

Ona Kristina Polukordienė

**PSICHOLOGINĖS KRIZĖS
IR JŲ ĮVEIKIMAS**

Pagrindinės žinios apie krizių ir savižudybių
prevenciją, intervenciją ir postvenciją

Praktinis vadovas

Vilnius, 2003

*Skiriu Valdo Juršio atminčiai (1972–2003).
Kolegai, Bendraminčiui, Bendražygiui, Draugui.*

Dr. Kristinos Onos Polukordienės knygą – praktinį vadovą „Psichologinės krizės ir jų įveikimas“ – drąsiai galėčiau pavadinti šiuo metu pačia reikalingiausia knyga psichologų, psichoterapeutų, socialinių darbuotojų, savanorių, dirbančių psichologinės pagalbos srityje, kasdienei praktikai. Gaila, kad nemažai metų skaičiuodami augantį savižudybių skaičių Lietuvoje, kurdami nemažai kainuojančias prevencijos ir pagalbos priartėjusiems prie Nebūties ribos strategijas, ligi šiol neturėjome lietuvių kalba apibendrintų ir plačiai prieinamų specialistams svarbiausių pagalbos krizių ištiktiems žmonėms principų, galinčių būti orientyrais šios pagalbos teikimo praktikams. Tad ypatingai džiugu, kad pagaliau turime tokią knygą, parašytą žmogaus, turinčio ne tik ilgametę praktinio darbo patirtį, bet ir itin ženkliai prisidėjusio prie labiausiai prieinamos gyvenimo krizių atvejais pagalbos – konsultavimo telefonu – sistemos Lietuvoje organizavimo (beje, K. O. Polukordienė buvo Lietuvos telefoninių psichologinės pagalbos tarnybų asociacijos įkūrėja ir pirmoji prezidentė).

Koks bebūtų sėkmingas gyvenimas, jo tėkmėje mūsų neišvengiamai tyko situacijos ar sunkumai, išverti kuriuos, o tuo labiau įveikti, neretai stokojame psichologinių ir dvasinių resursų. Dėl to auga vidinė įtampa, apima stiprus nerimas, patiriame bejėgiškumą ir beviltiškumą, vidinio tuštumo ir gyvenimo beprasmiškumo būseną, užsisklendžiame savyje, nematydami jokios išeities. Tokią gyvenimo situaciją apibūdiname kaip krizę. Kokia ji bebūtų – netikėta, situacinė ar sąlygota pačios gyvenimo raidos, aštri ar lėtinė – krizė visada yra pačių gyvenimo pagrindų supurtymas, nes jos ženklus aptinkame visuose mūsų egzistencijos matmenyse – fizinėje, socialinėje, psichologinėje ir dvasinėje būtyje. Svarbu pastebėti ir tai, kad krizės dažniau yra natūrali gyvenimo proceso dalis, išdava nei netikėtai iškilusi psichologinė problema. Prisiminkime įžymųjį vokiečių psichiatrą ir filosofą Karlą Jaspersą, kuris kalbėjo apie „ribines situacijas“ (Grenzsituationen) gyvenime, kurių negalime nei išvengti, nei pakeisti. Todėl ir klausimas dažnai ne tame, kaip galėtume išvengti krizinių gyvenimo situacijų (nors kai kurias iš tikrųjų

galime daryti mažiau tikėtiniomis), o kaip ir kokiais jas galėtume pasitikti, kaip galėtume jose išgyventi, tapdami stipresniais, jautresniais, atviresniais gyvenimo pokyčiams. Tragiškai susiklosčiusios gyvenimo aplinkybės gali prislėgti mus ne tik savo beveik mistišku neišvengiamumu ir sunkiai pakeliamu kentėjimu, bet taip pat gali būti rūšiais, tačiau išmintingais mokytojais prasiskverbiant giliau į gyvenimo realybės paslaptį (prisiminkime G. Marselį – „Žmogus yra daugiau paslaptis nei problema“). Ir visame tame galetų padėti žmonės (nebūtinai diplomuoti psichologijos ar psichoterapijos profesionalai), pasirengę „susigrumti“ su krizėje esančiųjų bejėgiškumu, beviltiškumu, depresija. Tačiau norint būti tinkamu pagalbininku, maža vien būti stipresniu esamoje situacijoje. Pagalba krizių ištiktiems žmonėms reikalauja tikėjimo gyvenimo prasmingumo besąlygiškumu, gero šios pagalbos svarbiausių principų žinojimo, specifinių įgūdžių.

Tokį pagrindą po kojomis ir teikia K. O. Polukordienės parengtas praktinis vadovas, galintis būti palydovu žmonėms, savo kasdieniame darbe susiduriantiems su kitais žmonėmis, patekusiais į gyvenimo krizių labirintus.

Naudodamasis galimybe pristatyti šią knygą skaitytojams, noriu iš visos širdies padėkoti autorei už šį puikų savo ilgametės pagalbos KITIEMS apibendrinimą.

Prof. RIMANTAS KOČIŪNAS

PRATARMĖ

Šis leidinys – tai nedidelis praktinis vadovas visiems, kas ketina dirbti ar jau dirba krizių ir savižudybių prevencijos srityje, nori padėti žmonėms, išgyvenantiems krizes, ir turi klausimų apie pagrindinius krizių ir savižudybių psichologinius, prevencinius, paramos aspektus.

Leidinio idėja ir jo turinys gimė apibendrinant 12 metų praktinio darbo patirtį atliekant krizių ir savižudybių prevenciją, ruošiant paskaitas ir seminarus šia tema, teikiant paramą išgyvenantiems krizes žmonėms, kuriant ir vystant socialinės – psichologinės paramos jaunimui organizaciją – Jaunimo psichologinės paramos centrą, kurio prioritetinė veikla – savižudybių ir krizių prevencija.

Leidinį parengti ir publikuoti sudarė sąlygas Atviros Lietuvos Fondo ir Europos Bendrijos programos „ACCESS“ parama.

Praktiniai užsiėmimai krizių ir savižudybių įveikimo srityje parodo didelį metodinių leidinių poreikį, labai didelį ir nuoširdų užsiėmimuose dalyvaujančių specialistų ir savanorių įsitraukimą į atliekamą darbą, norą atlikti jį kuo geriau.

Tikiuosi, šis nedidelis leidinys padės rasti atsakymus į pagrindinius rūpimus klausimus specialistams ir savanoriams, kurie ketina skirti savo žinias ir paramos įgūdžius, žmogiškąją šilumą ir dėmesį visiems išgyvenantiems krizes, o tuo pačiu, tikiuosi, padėsime ir visiems, kam teko ar teks išgyventi krizes. Nuo krizinių įvykių ir išgyvenimų nėra apsaugotas niekas, krizė gali užklupti kiekvieną iš mūsų. Tikiu, kad nieko nėra svarbiau tokiais sunkių gyvenimo permainų momentais už įveikimo viltį ir galimybę sulaukti paramos.

DR. KRISTINA ONA POLUKORDIENĖ,
Jaunimo psichologinės paramos centras, Vilnius, 2003.

Projektą remia



Europos Bendrijos ACCESS programa

Šis dokumentas išleistas finansiškai padedant Europos Bendrijai. Jame išdėstytos Jaunimo psichologinės paramos centro pažtiūros ir pozicija, kurios negali būti laikomos oficialia Europos Bendrijos nuomone.

KRIZĖS

Žodis **krizė** yra plačiai vartojamas įvairiomis reikšmėmis, kurias vienija bendras *pasikeitimo* fenomenas: krizė – tai netikėtos ir sunkios gyvenimo permainos, lūžio sąlygota būseną/situacija, kurią lydi didelis nerimas, įtampa, grėsmė, nesaugumas, pavojus, pasimetimas ir kiti panašūs išgyvenimai.

Į gyvenimo krizes, dramatiškus įvykius, tragiškus išgyvenimus galima žiūrėti labai įvairiai. Tame tarpe ir kaip į *galimybes*. Galimybės reikšmę žodyje *krizė* tiksliai išreiškia kinų kalbos hieroglifas, panaudotas knygos viršelyje. Žodis „krizė“ kiniškai reiškia *dingstį ir pavojų* (cit. pagal R. Kočiūną, 1998).

Krizinio išgyvenimo metu žmogus, įveikdamas krizę, turi galimybę įgyti daug naujos patirties, gyvenimiškos išminties, įveikimo jėgos ir brandos. Tačiau neįveiktoje krizėje glūdi įtampa ir pavojus likti su skaudaus ir negyjančio dvasinio lūžio skausmu. Jean Vanier (1989), filosofas ir teologas, teigė: „Įtampa gali visiškai palaužti žmogų arba nuvesti jį prie esmės“.

Kiekviena krizė – tai ir ribinis egzistencinis išgyvenimas, kurio metu žmoguje įvyksta stiprus dvasinis sukrėtimas, perversmas, kuris arba palaužia, arba sustiprina atverdamas naują gyvenimo ir jo galimybių matymą. Krizė – tai permainos metas – po išgyventos krizės žmogus vienaip ar kitaip keičiasi.

Šiame leidinyje aprašomos situacinės krizės – kurios užklumpa žmogų dažniausiai netikėtai, vieną ar grupėje (nelaimingi atsitikimai, masinės katastrofos, savižudybės, prievartos atvejai, terorizmo pasekmės ir pan.). Labai daug krizinių situacijų lydi netekties išgyvenimai – artimų žmonių mirtys ar savižudybės. Netenkama sveikatos, sugebėjimo džiaugtis, prarandama įprasta gyvenimo kokybė. Netekties išgyvenimas lydi ir skyrybas, darbo, socialinio statuso, savo vertybių ar asmenybinės vertybės, tikėjimo praradimus. Krizes išgyvena žmonės, kurie patenka į krizinius įvykius. Kriziniai išgyvenimai slegia ir krizinės situacijos aukų artimuosius, kuriems tenka priimti dramatiškas kai kurių krizinių įvykių pasekmes – sau brangių, svarbių žmonių žūtį, savižudybes, dvasines ir fizines traumas, patirtą smurtą ar prievartą.

Visais šiais atvejais labai svarbu, kad būtų prieinama parama – žmogiškoji (šeimos, draugų, aplinkos), profesionalių psichikos sveikatos specialistų, savanorių krizių įveikimo darbuotojų. Svarbu, kad kiekvienas žmogus, kuris yra krizėje, galėtų tikėtis sulaukti taip reikalingos jam tuo metu žmogiškosios atjautos, supratimo ir psichologinės paramos, esant reikalui – efektyvios profesionalių psichikos sveikatos, kitų sričių specialistų pagalbos.

PSICHOLOGINĖS KRIZĖS

APIBŪDINIMAI, PAGRINDINIAI BRUOŽAI, KLASIFIKACIJA, FAZĖS

APIBŪDINIMAI, APIBRĖŽIMAS

Psichologinė krizė kaip terminas dažniausiai vartojamas: medicinos psichologijoje, asmenybės psichologijoje, psichoterapijoje.

Psichologinės krizės terminą ir krizių teorijos pagrindus į psichologiją ir psichiatriją įvedė Erich Lindemann (1944) ir Gerard Caplan (1964). E.Lindemann, amerikietis, vokiečių kilmės gydytojas, į krizinius išgyvenimus pradėjo daugiau gilintis po to, kai jam teko teikti pagalbą nukentėjusiems nuo didelio gaisro žmonėms Bostono naktiniame klube. Po gaisro buvo dvi nukentėjusiųjų grupės – gaisro siaubą išgyvenę, bet likę gyvi žmonės ir žuvusiųjų ugnyje artimieji. Tuomet E.Lindemann pirmą kartą atkreipė dėmesį į tai, kad žmonės gana skirtingai reagavo į šį traagišką išgyvenimą. Sukrėsti buvo visi, bet vieni nukentėję elgėsi pakankamai, kiek įmanoma tokioje situacijoje, ramiai ir organizuotai, jų emocinės, elgesio reakcijos buvo adekvačios įvykusiai nelaimei. Kitų žmonių elgesį buvo galima apibūdinti kaip sutrikusį (visiškas pasimetimas, šokas ir pan.). Stebėdamas krizę išgyvenusius žmones ilgesnį laiką, E.Lindemann aptiko, kad vienus žmones kriziniai išgyvenimai užgrūdina, sustiprina, kitus palaužia. E.Lindemann priėjo išvados, kad svarbiausi faktoriai, kurie įtakoja žmonių reakcijas krizinių išgyvenimų metu, krizinių išgyvenimų pasekmes, tai: *asmenybės brandumas ir galimybė gauti pagalbą tuo metu*.

E.Lindemann pačiam teko išgyventi sunkią gyvenimo krizę – jis susirgo vėžiu. Tačiau jis įveikinėjo šią krizę ir dirbo iki pat gyvenimo pabaigos. Gulėdamas ligoninėje, užrašinėjo savo stebėjimus ir kaip gydytojas, ir kaip pacientas. Kol galėjo, visą laiką padėjo kitiems pacientams. Prieš mirtį padėjo visiems už pagalbą, patvirtindamas, kad mirtinai sergančiam žmogui aplinkinių parama yra labai reikalinga.

Vieningo psichologinės krizės apibrėžimo nėra. Apibendrinę daugumos autorių pateikiamus psichologinės krizės apibūdinimus (Linde-

mann E., 1944; Caplan G., 1964; Plužek Z., 1991; Gailienė D., 1993; Doherty G.W., 2000 ir kt.), galėtume naudoti šį apibrėžimą:

Psichologinė krizė – tai sveiko žmogaus reakcija į sunkią ir reikšmingą jam emociškai gyvenimo situaciją, kuri reikalauja naujų adaptacijos ir įveikimo būdų, nes turimų nebepakanka. Ištikus krizei, žmogų apima didelio psichinio diskomforto būseną, kuriai būdingi tokie jausmai kaip neviltis, bejėgiškumas, baimė, įtampa, nerimas, prislėgta nuotaika, pasimetimas.

PAGRINDINIAI PSICHOLOGINĖS KRIZĖS BRUOŽAI

Kiekvieno žmogaus išgyvenama psichologinė krizė yra individuali, kaip individualus ir nepakartojamas yra kiekvieno žmogaus išgyvenimas. Tačiau visos psichologinės krizės turi ir bendrų bruožų. Juos svarbu žinoti atsakant į klausimą – ar tai psichologinė krizė, ar kitokį sutrikimą atspindinti būseną? Atsakymas į šį klausimą tampa svarbus, jei taikoma *krizių terapija arba intervencija* (čia ir toliau „krizių terapija“ ar „krizių intervencija“ vadinsime psichoterapijos pakraipą ir psichologinės paramos metodus, taikomus krizinių išgyvenimų metu). Nes krizių terapija turi keletą svarbių skirtumų nuo pagrindinių psichoterapijos rūšių. Šie skirtumai daugiausiai atsispindi krizių terapijos turinyje, kuris yra orientuotas į išgyvenimus, susijusius tik su krizine situacija, ir krizių terapijos trukmėje – maždaug iki dviejų mėnesių, – apie tai plačiau bus rašoma krizių terapijai skirtame skyriuje.

Pagrindiniai psichologinės krizės bruožai (pagal France K., 1990; Plužek Z., 1996 ir kt.).

1) *Specifinis emociškai reikšmingas žmogui įvykis*. Vienas dažniausiai psichologines krizes sukeliančių įvykių – *netektys* (Juršys V., 1996). Jas turėtume suprasti plačiau – tai gali būti ne tik artimo žmogaus mirtis, bet ir skyrybos, bedarbystė, socialinio statuso, materialinio gerbūvio netekimas. Tai visi atvejai, kai žmogus netenka kažko, kas jam asmeniškai, emociškai, vertybiškai yra labai svarbu. Psichologinės krizės gali išsivystyti ir įvykus tokiems dramatiškiems

įvykiams, kaip netikėtos katastrofos, tarp jų ir masinės: transporto avarijos, sprogimai, gaisrai, žemės drebėjimai, teroro aktai ir pan. Psichologines krizes gali sąlygoti išgyvenamo streso, frustracijos, vidinio konflikto suintensyvėjimas, patirtas smurtas.

- 2) *Psichinio diskomforto būseną*. Jos metu žmogus išgyvena labai stiprią įtampa, nerimą, pasimetimą, bejėgiškumą, beviltiškumą, baimę, kaltę ir kitus jausmus, kurie nebeleidžia normaliai funkcionuoti ir trunka ilgiau, negu būdavo anksčiau, kai tekdavo įveikinti iškilusias dides gyvenimo problemas.
- 3) *Žmogus nežino ką daryti* šioje naujoje gyvenimo situacijoje. Kiekvienas žmogus, esant sunkiems išgyvenimams, visuomet turi tam tikrą gyvenimo patirtį, kuri jam padeda įveikti kilusius sunkumus, su jais susijusias sunkias ir skausmingas būsenas. Tačiau psichologinės krizės atveju anksčiau sukaupta problemų įveikimo patirtis nebepadeda. Turimų, žinomų problemų sprendimo būdų nebepakanka. Tokia situacija gilina bendrą pasimetimą ir bejėgiškumą, mažina pasitikėjimą savimi.
- 4) *Pagalbos galimybė*. Psichologinės krizės metu labai svarbu, ar yra galimybė sulaukti pagalbos. Pagalbą gali teikti artimi žmonės (šeimos nariai, draugai), krizių įveikimo specialistai – profesionalūs psichikos sveikatos specialistai ir savanoriai. Jei pagalbos nesulaukiama, psichologinė krizė gali gilėti ir likti neįveikta.
- 5) *Psichologinės krizės trukmė*. Krizinis išgyvenimas trunka iki 2 mėnesių. Jei maždaug per 2 mėnesius nepraeina sunkūs, psichologinę krizę lydintys jausmai ir išgyvenimai, žmogui nepavyksta grįžti į įprastą kasdieninio gyvenimo ritmą ir kokybę, tai ši būseną jau nebevadinama krizine. Tuomet nustatomi ar diagnozuojami galimi tokiais atvejais sutrikimai (kurie kvalifikuojami pagal dominuojančius simptomus ar sutrikimus – emocijų, elgesio ir pan.). Todėl ir krizių terapija/intervencija paprastai yra taikoma tik išgyvenamos psichologinės krizės metu.
- 6) *Kiekvienoje psichologinėje krizėje glūdi dvi galimybės*
 - *Įveikti krizę*: jei psichologinė krizė įveikiama, krizinis išgyvenimas paskatina individo augimą, vystymąsi, emocinę brandą.
 - *Neįveikti krizės*: neįveikta psichologinė krizė sąlygoja *krizės chronizaciją*, t.y. galimus fizinės, psichikos sveikatos, asmenybės integracijos, socialinio funkcionavimo ir adaptacijos su-

trikimus, kurie pasireiškia kaip intensyvėjančios psichologinės problemos ar gilesni psichikos sutrikimai, ar kaip somatiniai simptomai ar ligos; gali atsirasti polinkis priklausomybėms – alkoholizmui, narkomanijai ir pan. Šios pasekmės veda į neadaptyvų žmogaus funkcionavimą. Visas šias pasekmes teks ilgai įveikinti jau daugeliui specialistų – bendrosios praktikos ir įvairių specializacijų gydytojams, psichologams, psichoterapeutams, psichiatrams, socialiniams darbuotojams ir t.t. Pasekmių likvidavimas kainuoja visuomet daug kartų brangiau, negu palankių sąlygų sudarymas, – kad būtų išvengta priežasčių, kurios sukelia tokias pasekmes. Todėl *krizinių išgyvenimų prevencija*, savalaikis krizių įveikimas yra labai svarbi visuomenės sveikatos apsaugos dalis.

Psichologinės krizės terminu neretai pakeičiami tokie terminai kaip *stresas, konfliktas, frustracija, kritinė būseną*. Tačiau šie terminai išreiškia skirtingus išgyvenimus (Janosik E.H., 1984; Vasiliuk F.E., 1984; Plužek Z., 1996).

Stresas – kyla *atsiradus specifiniams aplinkos reikalavimams, sutrikdo žmogaus adaptaciją, sukelia grėsmę žmogaus vitališkumui*. Lyginant su psichologine krize, stresas yra platesnė sąvoka negu krizė. Kiekviena krizė gali kilti dėl streso ir atvirkščiai.

Frustracija – tai *nemaloni psichinė būseną, atsirandanti dėl vidinių ar išorinių jėgų, kurios trukdo siekti tikslo. Šiai būsenai būdinga stipri motyvacija siekiant konkretaus tikslo ir kliūtis (fizinė, biologinė, psichologinė, socialinė), trukdanti šį tikslą pasiekti*. Frustracijos išgyvenimas yra mažiau intensyvus negu krizinis, atskirais atvejais, kai frustracija buvo labai stipri ir trukdė pasiekti subjektyviai svarbius žmogui tikslus, ji gali peraugti į krizinį išgyvenimą.

Konfliktas – *ji apibūdina dviejų svarbių motyvų kovą vidiniame žmogaus pasaulyje. Tai –išgyvenimas, kai žmogui tenka rinktis vieną iš kelių alternatyvių reagavimo būdų, kai susiduria tokie žmogaus sąmonės fenomenai kaip norai, tikslai, vertybės*.

Konfliktas kyla iš sudėtingesnių vidinio pasaulio išgyvenimų ir gali peraugti į krizinį išgyvenimą.

Kritinė būseną – *atsiranda staiga, netikėtai, dėl sunkius išgyvenimus sukėliančių įvykių. Kritinė būseną visuomet reikalauja greitų sprendimų ir neatidėliotinos pagalbos*. Jei žmogus negali laukti sprendimo ir pagalbos daugiau negu 24 val. – tai kritinė būseną.

KRIZIŲ KLASIFIKACIJA

Yra daug psichologinių krizių klasifikacijų, kurios turi daug bendrų bruožų. Pateikiame kelias iš jų.

Visas psichologines krizes būtų galima skirstyti į dvi stambias grupes (Janosik E.H., 1984):

- 1. situacinės** – jos yra daugiau individualios, mažiau universalios ir mažiau numatomos;
- 2. vystymosi** – būdingos atskiriems reikšmingiems kiekvieno žmogaus gyvenimo etapams.

Dažniausiai literatūroje yra pateikiami E.H.Erikson (1977) aprašyti 8 asmenybės vystymosi etapai, kurių kiekvienam būdinga atitinkama vystymosi krizė: kūdikystės, ankstyvosios vaikystės, vidurinėsios vaikystės, pradinio mokyklinio amžiaus, paauglystės, jaunystės, ankstyvosios brandos, senatvės.

Sutinkami įvairūs situacinių krizių apibūdinimai, kurie atspindi asmenybinius (Plužek Z., 1996) ir tarpasmeninius krizių aspektus.

Organizminės krizės – jos atsiranda, kai dėl stipraus dirgiklio (stresoriaus) veikimo pažeidžiama vidinė organizmo homeostazė. Toks dirgiklis gali būti ilgas, sekinantis fizinis ar protinis darbas, veikla slogioje, pavojingoje, emociškai rizikingoje aplinkoje (varžybos, konkurencija, konkursai, azartiniai lošimai), įvykę kataklizmai, pavyzdžiui, žemės drebėjimas ar potvynis.

Krizės, keliančios grėsmę vidinei integracijai – tipškiausius šios grupės krizės apibrėžimus pateikia Lindemann ir Caplan (1961): krizė kyla, kai žmogus patenka į situaciją, kurioje atsiranda pavojus jo vertybėms, gyvenimo tikslui. Tai gali atsitikti dėl artimo žmogaus mirties, mirtinos ligos, darbo netekimo ir pan.

Krizės, sukeliančios dideles permainas gyvenimo erdvėje – šį terminą siūlė Parkes, turėdamas omenyje Levin lauko teoriją apie žmogaus potyrius vidinėje ir išorinėje psichologinėje aplinkoje, t.y. gyvenimo erdvėje. Viskas, kas vyksta žmogaus aplinkoje, veikia jo vidų ir atvirkščiai. Žmogaus gyvenimo erdvės krizės pavyzdžiai – skyrybos, pasaulėžiūros kitimas, sveikatos netekimas ir pan.

Tarpasmeninės ir sociokultūrinės krizės – jų priežastys glūdi aplinkoje ir svarboje, kurią asmuo teikia kokiems nors socialiniams santykiams. Tai gali būti šeimos krizės, kylančios dėl prarasto kontakto tarp tėvų ir augančių vaikų, krizės, kylančios iš augančio priešiško kokiame nors asmeniui ar žmonių grupei.

Krizės, kylančios dėl reikiamos informacijos trūkumo – Viljams nuomone, krizės kyla dėl to, kad tarp žmonių stinga komunikacijos ir informacijos. Daugelis krizių kyla dėl nežinojimo, kaip elgtis naujai užklupusioje situacijoje (pavyzdžiui, įvykus žemės drebėjimui). Lindemann tokias krizes vadina *kolektyvinėmis*.

Savižudybės krizės – jos kyla po psichologinės krizės (kaip bandymas tokiu būdu išspręsti situaciją) arba ūmios krizės fazės metu.

Religinės krizės – jos susijusios su religiniu patyrimu. Tai tikėjimo krizės – joms būdingos visos abejonės, netikrumas, nežinios pojūtis, teologijos ir mokslo žinių neatitikimai asmeniniams tikėjimo išgyvenimams; krizės, kylančios dėl savojo religinio ir dvasinio gyvenimo raidos sunkumų.

Talpus ir atskleidžiantis krizinį būties aspektą yra egzistencinių krizių apibūdinimas: **egzistencinės krizės** – kyla iš vidinių konfliktų, nerimo išgyvenant ir sprendžiant esminius gyvenimo klausimus, atliekant svarbius gyvenime pasirinkimus, priimant reikšmingus sau ir kitiems sprendimus, susijusius su atsakomybe, laisve, nepriklausomybe, meile, mirtimi, tikėjimu ir kitais svarbiausiais žmogui egzistencijos fenomenais.

PSICHOLOGINIŲ KRIZIŲ FAZĖS

Psichologinėms krizėms būdinga tam tikra dinamika, pasireiškianti keliomis fazėmis. G.Caplan (1964) ir K.France (1992) išskiria **4 situacinių krizių fazes**.

- 1. Poveikio** (konfrontacijos, įžanginė) – tai pirmoji žmogaus reakcija į tai, kas netikėtai tapo neišvengiama, t.y. įvyko. Šioje fazėje mažėja žmogaus orientacija situacijoje, auga įtampa, didėja nerimas. Žmogus niekaip negali išspręsti problemos, jaučia, kad jo pastangos ieškant išeities yra bevaisės, dėl to didėja sutrikimo jausmas. Tačiau žmogus vis tiek bando konfrontuoti su problema, ieško išeities.
- 2. Pasidavimo** – įtampa auga toliau, stiprėja nevilties, bejėgiškumo jausmai, mažėja pasitikėjimas savo jėgomis, apima jausmas, kad ši problema niekuomet neišsprendės, skausmingi išgyvenimai nesibaigs.
- 3. Tvarkymosi** (mobilizacijos) – sukauptos, mobilizuojamos visos pastangos. Motyvacija sprendimams tuo metu milžiniška, labai aukšta galimybė asmenybės augimui. Žmogus yra atviresnis, prieinamesnis kitų įtakai (lyginant su kitomis fazėmis). **Šioje fazėje gali mos dvi išeitys.**
 - *Krizė įveikiama*, žmogus randa sprendimą. Įtampa palaipsniui atslūgsta, žmogus sustiprėja.
 - *Krizė neįveikiama*. Įtampa taip pat sumažėja, bet jau dėl kitų priežasčių: žmogus pasiduoda, jaučiasi įveiktas, tampa pasyvus. Kaip vienas iš galimų būdų išvengti su neįveikta krize susijusių jausmų gali kilti noras nusižudyti. Tačiau realiai žmogus dar netrokšta mirties. Nesulaukus adekvačios pagalbos, atsi-

randa neadaptyvūs reagavimo į krizinius išgyvenimus būdai, kurie signalizuoja apie prasidedantį **psichologinės krizės chronizacijos procesą**:

- 1) krizę sukėlusį problema, ją lydintys nemalonūs išgyvenimai yra klaidingai traktuojami (iškreipiami), neigiami, išstumiami. Pradedama pasireikšti per didelę psichologinę gynyba;
 - 2) žmogus atsisako atsakomybės už save, perkelia ją kitiems, dažnai kaltina kitus, neretai atsakymų ir sprendimų ima ieškoti mistiškuose išgyvenimuose;
 - 3) alkoholizacija, narkotizacija;
 - 4) psichologiniai sunkumai virsta somatinėmis, psichosomatinėmis arba psichiatrinėmis problemomis. Vienas iš dažniau pasireiškiančių sutrikimų po itin sunkių psichologinių traumų – potrauminio streso sutrikimas.
- 4. Galutinė** (pasitraukimo) – žmogus jaučia didelį fizinį ir psichinį išsekimą. Jei krizė įveikta, žmogus palaipsniui grįžta prie savo įprastos būsenos ir gyvenimo būdo. Jei krizė neįveikta, silpnėja vidinė asmenybės integracija. Tęsiasi galimi chronizacijos variantai.
Krizės trukmė: 6–8 savaitės (iki 2 mėnesių).

SAVIŽUDYBĖS

APIBŪDINIMAS, STATISTIKA, RIZIKOS FAKTORIAI, PSICHOLOGINIS ASPEKTAS, TIPAI

BENDRAS SAVIŽUDYBĖS FENOMENO APIBŪDINIMAS

Savižudybė – reiškinys, kurį tiria daug mokslų: sociologija, filosofija, medicina, psichologija, kriminologija, teologija ir kt. Savižudybė – sudėtinga, daugiareikšmė problema, kuri *neturi kokios nors vienintelės priežasties ar paaiškinimo*. Ją dažniausiai sukelia biologinių, psichologinių, kultūrinių, socialinių veiksnių visuma. Iki šiol niekas negali atsakyti į klausimą – kodėl žmonės žudosi?

E.Schneidman (1985) – vienas žymiausių šiuolaikinės suicidologijos – mokslo apie savižudybes kūrėjų, Kalifornijos universiteto Medicinos fakulteto profesorius, Amerikos suicidologų asociacijos įkūrėjas, savižudybę apibūdina taip:

Šiuo metu Vakarų pasaulyje savižudybe vadinamas sąmoningas susinaikinimo aktas, kuris yra daugiasluoksnis sutrikimas ir kurį vykdo kenčiantis individas, laikantis savižudybę geriausia išeitimi iš susiklosčiusios padėties.

SAVIŽUDYBIŲ PROBLEMOS MASTAI PASAULYJE

(pagal PSO leidinį „Savižudybės prevencija“, 2000.)

- 1995 metais pasaulyje nusižudė 900 000 žmonių.
- Kas 40 sekundžių pasaulyje nusižudo 1 žmogus.
- Kas 3 sekundes pasaulyje kas nors bando žudytis.
- Savižudybė yra viena iš trijų dažniausių mirties priežasčių 15–35 metų amžiaus žmonių grupėje.
- Kiekviena savižudybė skaudžiai atsiliepia mažiausiai šešioms kitiems žmonėms.
- Kiekvienai savižudybei tenka 7–10 suicidinių bandymų.

- Sunku išmatuoti psichologines, socialines bei finansines savižudybės pasekmės šeimai ir bendruomenei.
Numatoma, kad 2020-aisiais metais pasaulyje nusižudys 1,53 mln. žmonių (prof. Bertolote, 2000, Vilnius, pranešimas konferencijoje).

Pastaraisiais metais pagal lytį pasaulyje daugiausiai savižudybių:

(cit. prof. Norman Sartorius, 2000, Vilnius, pranešimas konferencijoje).

tarp vyrų	tarp moterų
1. Lietuvoje	1. Kinijoje
2. Rusijoje	2. Vengrijoje
3. Estijoje	3. Šri Lankoje
4. Latvijoje	4. Estijoje
5. Vengrijoje	
6. Slovėnijoje	

Europoje pagal savižudybių skaičių 100-ai tūkstančių gyventojų pastaraisiais keliais metais pirmąja Lietuva (44 savižudybės 2001m.) Rusija (39 savižudybės – 2000m.), Latvija (34 – 2000m.), Estija (33 – 2000m.), Vengrija (32 – 2000m.). Palyginimui, Europos Sąjungos šalyse tuo laikotarpiu savižudybių vidurkis šimtui tūkstančių gyventojų buvo apie 20 žmonių.

SAVIŽUDYBIŲ STATISTINIAI YPATUMAI LIETUVOJE

Lietuvoje savižudybių rodiklis yra labai aukštas.

100-ai tūkstančių gyventojų (Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenys) 1995–2002 m. kiekvienais metais nusižudydavo nuo 42 iki 46 (2000 m.) žmonių.

Vaikai ir jaunimas

Lietuvoje kasmet nusižudo 50 – 60 vaikų ir jaunuolių nuo 10 iki 19 metų. Vidutiniškai 6–7 iš šių nusižudžiusių būna vaikai iki 10 metų (N.Žemaitienė, L.Jaruševičienė, D.Gailienė, 2001). Šioje amžiaus grupėje pastebėtos tendencijos:

1. Vaikinų visada nusižudo kelis kartus (maždaug 5 kartus) daugiau negu merginų.
2. Miestuose nusižudo apie pusantro karto daugiau jaunuolių negu mažuose miesteliuose ir kaimuose.
3. Beveik 40% vienuolikos, trylikos ir penkiolikos metų vaikų ir paauglių galvoja apie savižudybę, yra kūrę konkrečius savižudybės planus ar net bandė žudyti.

Visos Lietuvos gyventojų savižudybėms būdingos šios tendencijos

(D.Gailienė, 2001):

- 1) vyrai nusižudo penkis kartus dažniau negu moterys. O daugumoje Europos Sąjungos šalių vyrų ir moterų savižudybių santykis yra 3:1;
- 2) absoliučiais skaičiais daugiau žmonių nusižudo didžiuosiuose miestuose (53% visų savižudybių), tačiau pagal skaičių 100-ai tūkst. gyventojų nuo 1971 m. kaime įvyksta daugiau savižudybių negu mieste (dvigubai);
- 3) dažniausiai nusižudo tarp vyrų: 40 – 49 metų kaimo vyrai, tarp moterų: 40 – 49 kaimo ir vyresnės negu 75 metų miesto ir kaimo moterys;
- 4) labai didelis jaunimo savižudybių skaičius – 31 savižudybė 100-ai tūkstančių jaunuolių;
- 5) pastarųjų metų tendencija: sparčiausiai daugėja 20–24 metų amžiaus vyrų ir 50–59 metų amžiaus moterų savižudybių.

SAVIŽUDYBĖS RIZIKOS FAKTORIAI IR KITI REIKŠMINGI VEIKSNIAI, KURIE GALI ĮTAKOTI SAVIŽUDYBĘ

- 1) Psichikos ligos (iki 60% – depresijos).
- 2) Alkoholizmas.
- 3) Narkomanija.
- 4) Ankstesni bandymai žudyti.
- 5) Chroniškas stresas, netektys ir kiti neigiami emociniai faktoriai, neviltis.
- 6) Ilga hospitalizacija, izoliacija (pvz., įkalinimo įstaigose).

- 7) Vienatvė, socialinių ryšių stoka.
- 8) Palaikymo (artimųjų, visuomenės) stoka.
- 9) Šeimos ar asmeninė istorija, kurioje buvo bandymai žudyti.
- 10) Socialinės problemos – bedarbystė, gyvenimas žemoje ekonominėje klasėje.
- 11) Biologiniai faktoriai: galimi serotonino metabolizmo sutrikimai.
- 12) Teigiama nuostata į savižudybes, pozityvus santykis į altruistines savižudybes.
- 13) Asmenybinės žmogaus savybės:
 - dichotomiškas mąstymas (dominuoja mąstymo ir išgyvenimų principas „arba-arba“. Tokio mąstymo modelio pavyzdys: „arba tai kas man svarbu yra, arba, jei nėra – be to gyventi neįmanoma“);
 - kognityvinis (pažintinis) rigidiškumas – savižudybei linkusio asmens mąstymas, jausmai, veiksmai, dažnai būna suvaržyti, nelankstūs ir todėl – riboti. Toks žmogus nuolat galvoja apie savižudybę ir nesugeba persijungti;
 - pasyvumas;
 - generalizuojanti atmintis: kai dabartinė nesėkmė, sunkus išgyvenimas aktualizuoja visus praeityje išgyventus neigiamus faktus, jausmus ir tokiu būdu, neatsiejant ankstesnių išgyvenimų nuo dabartinių, pastarieji tampa sunkiai pakeliami.

Visi rizikos faktoriai ir kitos savižudybes įtakančios priežastys yra svarbūs ir tolygiai reikšmingi. Jei mažiname rizikos faktorių įtaką, mažėja ir savižudybės tikimybė. Todėl vienas iš pagrindinių savižudybių prevencijos uždavinių – mažinti savižudybių rizikos faktorių poveikį.

PSICHOLOGINIS SAVIŽUDYBIŲ ASPEKTAS

Pagrindinis klausimas, kylantis visiems, kurie vienaip ar kitaip susiduria su savižudybėmis – kodėl žmonės žudosi? Kas atsitinka, kad žmogus nebenori gyventi? Tai labai sunkus klausimas, į kurį bando atsakyti daugelio mokslų atstovai, bet vienareikšmio atsakymo nėra. E.Shneidman galvoja, kad nors savižudybė yra daugiabriaunis reiškinys, apimantis

biologinius, biocheminius, kultūrinius, tarpasmeninius, socialinius, psichinius, loginius, filosofinius elementus, bet „*vis dėlto ir toliau manau, kad jos prigimtis – psichologinė*“ (Shneidman E.S.,1996).

Kas būdinga beveik visoms savižudybėms:

(pagal Shneidman E.S.,1996 ir kt.)

1. Savižudybės *prasmė* – rasti problemos sprendimo būdą. Problema šiuo atveju – sunki situacija, nepakeliamas dvasinis skausmas, kriziniai išgyvenimai. Tokiu būdu savižudybė tampa tariamu problemos sprendimu.
2. Savižudybės *tikslas* – siekiama atimti sau sąmonę, kad būtų galima negalvoti ir nejausti.
3. Savižudybės *veiksmas* – pasitraukimas, bėgimas. Tai – bėgimas nuo aplinkybių ir būsenos, kuriose labai sunku išbūti.
4. Savižudybės *postūmis* – nepakeliamas psichikos (psichologinis, dvasinis) skausmas.
5. *Nepatenkinti* (frustruoti) *psichikos poreikiai* – kiekvienos savižudybės atveju buvo nepatenkinti labai svarbūs konkrečiam žmogui ir jam emociškai reikšmingi poreikiai.
6. *Emocinė būklė* – *bejėgiškumas ir neviltis*. Tai labiausiai savižudybei būdingi jausmai. Juos labai dažnai lydi vienatvė, liūdesys, nereikalingumo jausmas.
7. *Vidinė pozicija* yra *ambivalentiškumas* gyvenimo atžvilgiu: noras gyventi ir negyventi susilygina. Daugeliu gyvenimo atvejų žmogus gali išgyventi priešingus jausmus vienu metu. Taip atsitinka ir su noru gyventi, ir noru mirti. Kuo labiau nepakeliamas tampa psichikos skausmas, kuo bejėgiškiau ir beviltiškiau jaučiasi žmogus, tuo labiau stiprėja jo noras mirti – intensyvėja suicidiniai impulsai. Tačiau tai nereiškia, kad greta to žmogus visiškai nebenori gyventi. Šis noras yra visuomet, koks mažas tuo metu jis bebūtų. Ir todėl visuomet yra svarbu bandyti padėti, kaip rašo E.Shneidman : „*Būtent dėl šio dvilypumo būtina nešališkai įsikišti. Kai vyksta kova tarp gyvenimo ir mirties, argi neturėtų kiekvienas kultūringas žmogus įsiterpti ir stoti gyvenimo pusėn?*“.
8. *Momentinis impulsyvumas* – savižudybė labai dažnai yra impulsyvus veiksmas, kuris įvykdomas tik *tam tikru momentu*. Impulsas žudyti dažniausiai nėra nuolatinis. Sustiprėjęs jis gali tęstis kelias mi-

nutes ar valandas. Todėl itin svarbu, kad pagalba būtų prieinama būtent tuo metu, kai impulsas žudytis sustiprėja.

9. *Suvokimo (pažinimo) sferos susiaurėjimas*: žmogus mato savo, kitų galimybes, situacijos, į kurią pateko, ypatumus siauriau, vienušiai, lyg pro „tamsius akinius“. Į sąmonės, suvokimo lauką nebepatenka išpareigojimai ir atsakomybė prieš artimus ir mylimus žmones, teigiami ir malonūs prisiminimai, vilties išgyvenimas. Kaip buvo minėta anksčiau, ketinančio nusižudyti žmogaus sąmonei būdingas dichotomiškas mąstymas – pagal principą „viskas arba nieko“.
10. Visuomet tiesiogiai ar netiesiogiai *kažkam yra pranešama apie ketinimą, planą nusižudyti*. Šis faktas aprašytas XX amžiaus 6-ajame dešimtmetyje. Apie savižudybes užsimername dvejopai: žodžiu ir elgesiu. Užuominos plaukia iš ambivalentiškų išgyvenimų – gilaus noro mirti nutraukiant kančias ir nuo neatsiejamo troškimo ir vilties, kad kas nors padėtų, išgelbėtų. Apie 90 % atvejų aptinkama, kad nusižudžiusieji maždaug savaitę prieš savižudybę žodžiu ar elgesiu apie tai buvo užsiminę.
11. Savižudybė – *procesas*, kurio pradžia dažnai glūdi dar vaikystėje, paauglystėje. Kaip teigia JAV klinikinis psichologas Israel Orbach (1988), šio proceso vystymuisi labai didelę įtaką daro šeimyniniai santykiai, svarbūs ir asmenybiniai žmogaus ypatumai. Jo manymu, savižudybės procesas prasideda nuo „nekaltų“ ketinimų, kai vaikas pradeda svarstyti, kaip bus paveikti aplinkiniai žmonės, jei jis išnyks. Šis procesas aktyvėja, kai aplinkiniai to nepastebi, nereaguoja į vaiko lūkesčius, kai neigia ar rimtai nepriima jo jausmų, užuominų apie savižudybę. Neretai šis ankstyvoje vaikystėje prasidėjęs procesas išsivysto iki letalios (mirtinos) baigties vėlesniais gyvenimo metais. Tikėtina, kad įvykdantys savižudybę suaugę žmonės turėjo ketinimų apie tai dar vaikystėje. Brandžiame amžiuje atsiradę stresoriai tik „įjungė“, dar vaikystėje atsiradusius savižudiškus impulsus. Savižudybę kaip procesą atspindi šie etapai:
 - *Mintys apie savižudybę*. Nėra pasaulyje žmogaus, kuriam kada nors galvoje nešmėkšteltų mintis, fantazija apie savižudybę. Tačiau kai kuriems išgyvenantiems sunkumus žmonėms tokios mintys į galvą ateina vis dažniau. Šiame etape žmogus realiai dar nenori mirti, bet pagalvoja apie savižudybę, kaip apie vie-

ną iš galimų sprendimų. Savižudiški impulsai yra, bet jie dar nėra labai stiprūs.

- *Ketinimas nusižudyti*. Žmogaus realus noras mirti didėja ir pasiekia tokią stadiją, kai jis pradeda ieškoti mirties. Savižudybė žmogui atrodo vienintelis ir pats geriausias sprendimas. Savižudiški impulsai stiprėja ir pasiekia tokį lygį, kad žmogaus gyvybei jau gresia pavojus. Pradedama galvoti apie būdus, kuriais būtų galima nusižudyti, savižudybės planas detalizuojamas.
- *Bandytas nusižudyti*. Tai paskutinysis savižudybės etapas. Žmogus apsisprendžia galutinai. Dėl to kartais net gali pagerėti jo nuotaika. Atsiranda atsisveikinimo ženklai (reikšmingos užuominos, poelgiai, atspindintys priimtą sprendimą). Po to gana greitai įvykdoma savižudybė.

Pagal Pasaulinės sveikatos organizacijos priimtą klasifikaciją savižudybės priskiriamos prie **autodestruktyvios elgsenos**, kuri gali būti:

- *tiesioginė* – asmuo jaučia norą, poreikį nužudyti arba žaloti save. Tai sąmoningas elgesys, kuris dažniausiai pasireiškia ūmaus streso ar psichologinės krizės situacijoje;
- *netiesioginė* – žmogus sąmoningai nesirenka mirties, specialiai savęs neluošina. Tačiau savo elgsena jis sukelia riziką savo gyvybei ar sveikatai: nesirūpina sveikata, vartoja kenkiančias sveikatai priemones (daug rūko, piktnaudžiauja alkoholiu, nuolat persivalgo ir pan.). Toks elgesys pasireiškia nesąmoningai, tam pa tam tikru gyvenimo būdu.

SAVIŽUDYBIŲ TIPAI

Literatūroje dažniausiai nurodomi šie savižudybių tipai (Plužek Z., 1996 ir kt.).

1. Tikrosios savižudybės

- Motyvacija mirčiai aukšta, bet dažnai nekonkreči – neaptinkama konkretesnė priežasčių grandinė, kuri sąlygotų tokią aukštą motyvaciją mirti. Šią būseną neretai lydi tokie žodžiai kaip:

„nesinori gyventi, gyvenimas neturi prasmės, noriu mirti“. Noras atimti sau gyvybę išreiškiamas pakankamai aiškiai ir atvirai.

- Nusižudyti norima bėgant nuo nepakeliamai sunkių išgyvenimų, slegiant nepakeliamam psichikos skausmui (sielvartaujant dėl labai artimo žmogaus netekties, sergant nepagydomomis ligomis ar pan.).
- Kai žmogus pasirenka savižudybę kaip būdą savo socialiniam protestui išreikšti, gindamas savo įsitikinimus ar pan. Tai vadinamosios „altruistinės savižudybės“ (susideginimai ar kiti susinaikinimo būdai).

2. Tariamasis savižudybės (parasuicidai)

Nėra aukštos, sąmoningos motyvacijos atimti sau gyvybę. Santykis į gyvenimą labai ambivalentiškas, bet dominuoja potraukis gyventi. Todėl pagrindiniu savižudybės akto tikslu tampa ne mirtis, o elgsena, kuri sudarytų mirties galimybę. Tai suicidinė elgsena, kai mirtis, kaip galutinis rezultatas, nėra laukiama, bet kaip rizikos faktorius egzistuoja. Tokios suicidinės elgsenos priežastimis tampa:

- troškimas atkreipti į save dėmesį, kai kitaip nepavyksta išreikšti savo sunkumų. Tai – pagalbos šauksmas;
- agresija, nukreipta prieš asmenį, su kuriuo konfliktuojama (tėvai, sutuoktinis, bendraamžiai);
- kerštas;
- pyktis ir noras sukelti kaltės jausmą asmeniui, sukėlusiam sunkius išgyvenimus;
- protestas prieš kitų spaudimą ar elgesį;
- noras pasiekti geidžiamą tikslą;
- bejėgiškumo jausmas.

3. Demonstratyviosios savižudybės

Šiuose mėginimuose nusižudyti nesiekama labai pakenkti sau, nėra noro mirti. Mirties galimybė netgi kelia baimę. Todėl suicidinis bandymas atliekamas demonstratyviai, norint parodyti savo emocijas, padaryti įspūdį rūpimam asmeniui, sulaukti užuojautos ir gailėsčio. Tačiau suicidinė rizika taip pat išlieka – dėl atsitiktinių, nenumatytų galimybių sąlygoti mirtį.

Visais savižudybių atvejais, nepriklausomai nuo jų tipo, kiekvienas savižudišką nuostatą išsakantis žmogus savo elgesiu praneša, kad jam sunku, ir kad jis nemoka kitaip spręsti savo problemų arba nesugeba kitaip apie tai pranešti šalia esantiems. Tikslėnis ketinimo nusižudyti tipo nustatymas leidžia tiksliau įvertinti savižudybės riziką. Tačiau reikia pažymėti, kad nustatant savižudybės riziką niekas ir niekuomet negali būti visiškai užtikrintas – visuomet gali įvykti nenumatytų ir dramatiškų netikėtumų. Todėl į visus ketinimus nusižudyti dera žiūrėti pakankamai rimtai, bandant suprasti, kodėl šis žmogus sprendžia savo problemas būtent tokiu būdu – ketindamas nusižudyti ar kalbėdamas, kad nusižudys.

VAIKŲ SAVIŽUDYBĖS

Net psichikos sveikatos specialistai dažnai nesuteikia pakankamai reikšmės faktui, kad ir vaikystėje pasireiškia autodestruktyvus ir savižudiškas elgesys. Dažnai klaidingai manoma, kad vaikai nesugeba suvokti mirties prasmės, neatskiria savo suicidiškų poelgių nuo galimos letalios baigties. Tačiau I.Orbach (1988) nuomone, vaikai dažniausiai supranta mirties reikšmę, išreiškia savo norą mirti. Šis suvokimas ir išraiška kinta priklausomai nuo raidos etapų, tačiau jie egzistuoja.

C.Pfeifer (1986) teigia, kad, kalbant apie vaikų savižudybes reikia žinoti, jog vaikas nebūtinai supras mirties negrįžtamumą, bet jis suvokia, nors ir labai neįprastai, kas yra mirtis. Vaikų savižudybė gali būti apibūdinama kaip autodestruktyvus elgesys siekiant rimtai susižaloti ar mirti.

Suaugę žmonės dažniausiai linkę tikėti, kad vaikai nesižudo. Egzistuoja daug mitų apie vaikystę: vaikystė – tai laimės ir nerūpestingumo metas, vaiko asmenybėje nėra savigriovos užuomazgų, vaikas nesugebės rimtai sugalvoti, kaip nusižudyti. Tokią nuomonę paneigia šis Rosenthal ir Rosenthal (1984) aprašomas 2,5 metų mergaitės suicidinio elgesio pavyzdys:

Ši mergaitė suvalgė daug aspirino tablečių ir po kelių valandų buvo rasta be sąmonės. Jos mama tuo metu buvo gydoma liginėje dėl užsitęsios depresijos. Po šio atsitikimo mergaitė buvo gydoma psichoterapiškai. Žaidimų kambaryje ji buvo ag-

resyvi, hiperaktyvi; jos žaidimai buvo kompulsyvaus pobūdžio, apie mirtį. Ji maitino lėlę aspirinu, o po to prašė terapeutą gelbėti lėlę. Mergaitė aiškino, kad lėlė turi šiandien numirti. Ji atsiguldavo ant kilimo, užsitempdavo ant galvos antklodę ir vaidindavo mirusią.

Suicidiniai vaikų ketinimai dažnai traktuojami kaip atsitiktiniai įvykiai, nelaimingi atsitikimai. Motto (1985) nuomone, taip yra todėl, kad vaikai nepalieka aiškesnių suicidinių pranešimų.

Dauguma statistinių duomenų apie vaikų suicidus pateikiama nuo 15 metų amžiaus. Statistikos apie vaikų iki 10 metų savižudybes praktiškai nėra. Tačiau yra duomenys, kurie nurodo, kad pasaulyje nusižudo 0,9 berniukų ir 0,5 mergaitės šimtui tūkstančių gyventojų (iš Bertolote pranešimo LR Seime, Vilnius, 2000).

Pfeffer (1981), Rosenthal ir Rosenthal (1984) duomenimis (cit. pagal Orbach I., 1988), vaikai suicidus atlieka pasirinkdami taip vadintus „žiaurius“ savižudybės būdus:

- 32% vaikų šoko žemyn nuo aukštų pastatų ar pan.;
- 31% vaikų šoko po važiuojančiomis mašinomis;
- 25 % nuodijosi;
- 6% dūrėsi, pjaustėsi;
- 6% deginosi.

Atlikdami pakartotinas savižudybes, vaikai dažnai pasirenka vis žiauresnius nusižudymo būdus.

Vaikai, kaip ir suaugę, *praneša apie ketinimą nusižudyti*: jie kalba apie savo norą numirti, žaidžia pasikartojančius žaidimus apie mirtį ir savižudybes, piešia destruktivaus turinio piešinius, kuria panašias istorijas, dainas.

ŠEIMYBINĖS SAVIŽUDYBĖS

Yra daug šeimų, giminių, kuriose kažkas nusižudė. Šį faktą beveik kiekviena giminė linkusi slėpti. Giminės narių nusižudymas neretai išgyvenamas kaip giminės gėda, bejėgiškumo įrodymas, kažkas itin nera-

minančio ir paslaptinai baisaus. Dažnai baiminamasi, kad savižudybė paveldima, ypač kai giminėje nusižudžiusių yra daugiau.

Tačiau prisiminus visoms savižudybėms būdingus bruožus, savižudė išgaminę narių elgesį galima vertinti kaip pasikartojantį, išmoktą būdą spręsti sunkumus nusižudant. Tai – lyg giminės problemų sprendimo blogas scenarijus. Bet jis nebūtinai turi būti fatališkas, nepakeičiamas ir mėgdžiojamas iš kartos į kartą. Tinkamai elgiantis, jį galima keisti. Savižudybė tokiu atveju turi būti įvardinta ir paskelbta netinkamu sunkių gyvenimo problemų sprendimų modeliu. Jei žudosi vieni šeimos nariai, kiti laisviau leidžia sau tą patį. Toks „leidimas“ žudyti neturi būti išduodamas. Vietoj jo prieinamais būdais turėtų būti skatinama nuostata gyventi – mokinant kaip įveikti gyvenimo sunkumus, kaip ir kur ieškoti pagalbos.

KRIZIŲ INTERVENCIJA

APIBŪDINIMAI, TURINYS, KONSULTAVIMO ETIKA,
KONTAKTO SU KRIZES IŠGYVENANČIAIS ŽMONĖMIS YPATUMAI

KRIZIŲ INTERVENCIJOS APIBŪDINIMAI

Krizių intervencija – tai psichoterapijos rūšis, skubi psichologinė pagalba, teikiama krizinių išgyvenimų metu.

Krizių intervencija taikoma prasidėjus kriziniam išgyvenimui. Tai – aktyvios pagalbos fazė. Ji gali trukti kelis susitikimus, pavyzdžiui 3–5, tačiau dažniau literatūroje minima vidutiniškai 10 sesijų krizinių būsenų terapija (Janosik E.H., 1984 ir kt.).

Krizių intervenciją atlieka profesionalūs psichikos sveikatos specialistai (krizinė psichoterapija) ir savanoriai krizių įveikimo darbuotojai (psichologinė ir kita parama krizių metu).

Krizių įveikimo komanda – profesionalių psichikos sveikatos specialistų (psichiatrų, psichologų, psichoterapeutų, socialinių darbuotojų), savanorių krizių įveikimo darbuotojų, kitų reikalingų specialistų (policininkų, gaisrininkų, dvasininkų, pedagogų, bendros praktikos gydytojų ir pan.) grupė, kuri organizuoja ir teikia pagalbą krizes išgyvenantiems žmonėms.

Mobili krizių įveikimo komanda – krizių įveikimo komanda, kuri pasitelkiama teikiant skubią pagalbą krizių atvejais, ir kuri gali per trumpiausią laiką organizuoti bei teikti pagalbą krizinių įvykių vietose, organizuoti krizes išgyvenusius žmonėms tolimesnę reikalingą pagalbą.

Krizių intervencija dažniausiai vyksta teikiant pagalbą psichologinės pagalbos telefonais, krizių įveikimo centruose, krizinių įvykių vietose.

Krizių intervencijos metu, kaip ir kitais psichoterapijos, konsultavimo ar psichologinės paramos atvejais, būtina laikytis *profesinės etikos taisyklių* (išsamiau – žr. toliau šiame skyriuje).

BENDRI KRIZIŲ INTERVENCIJOS YPATUMAI

Pagrindiniai krizių intervencijos ypatumai susiję su *krizinių išgyvenimų specifika*, kuri sąlygoja poreikį *skubiai* pagalbai ir *krizinės intervencijos specifika*, kurios esmė – apibrėžtas intervencijos taikymo laikas – *tik krizinio išgyvenimo metu*.

Krizinė intervencija/psichoterapija – pagal pobūdį artimesnė trumpalaikiai psichoterapijai, tačiau turi *esminių skirtumų* nuo bendrų trumpalaikės psichoterapijos ypatumų. Šie skirtumai krizių intervencijos/psichoterapijos metu sietini su:

- psichoterapeuto pozicija: aktyvesnė, labiau emociškai palaiškanti;
- psichoterapijos trukmė: terminuota – ne ilgiau 2 mėnesių;
- kai kuriais psichoterapijos turinio ir proceso ypatumais: krizių intervencijos metu pagrindinis dėmesys skiriamas situacijos ir išgyvenamų jausmų „čia ir dabar“ normalizavimui, neatliekamos psichoterapinės interpretacijos, neanalizuojami perkėlimo procesai, nesprenžiamos visos asmenybinės problemos. (Išsamiau apie tai – žr. skyriuje „Pagrindiniai krizių intervencijos/psichoterapijos kontakto ypatumai“.)

KRIZIŲ INTERVENCIJOS/PSICHOTERAPIJOS TURINYS

(pagal Bellak L., Langsley D., Schwartz S. Crisis intervention in the mental health emergency. A notebook for clinicians. Ir kt.)

1) Pagalba suteikiama neatidėliotinai.

Visoms krizėms būdinga tai, kad pagalba reikalinga *tuomet, kai kažkas atsitiko* – iš karto arba per kelias valandas, dienas.

2) Surenkama krizinio įvykio ir išgyvenimo istorija.

Ji reikalinga tam, kad būtų žinomi šie faktai:

- *kas sąlygojo krizę?* Reikia žinoti visus pagrindinius duomenis apie situaciją, kuri sąlygojo krizę ir konkretaus žmogaus ryšį su šia situacija;

- *kokios buvo prieškrizinės aplinkybės*: kada ir kur konkrečiai pradėjo vystytis krizinis išgyvenimas (kurį mėnesį, kurią dieną)? Tačiau daugiausiai kreipiama dėmesio į tai, kas atsitiko *dabar*. Dominuoja principas „*čia ir dabar*“. Praeitis šiuo atveju svarbi tiek, kiek leidžia geriau suprasti dabartį – t.y. kiek praeities įvykiai galėjo turėti įtakos dabartiniam kriziniam kliento išgyvenimui.
- 3) **Diagnozuojama, ar tai psichologinė krizė ar kitas panašus į krizę sutrikimas** (psichinės ligos recidyvas, kritinė būseną ir kt.). Būsenos, sutrikimo laipsnio įvertinimas reikalingas tikslesniam pagalbos plano numatymui. Pavyzdžiui, chroniška psichikos liga sergantis žmogus taip pat gali patekti į krizinę situaciją ir išgyventi krizei būdingus jausmus, tačiau tokiu atveju gal būt reikės ne tik psichologinės paramos bet ir medikamentų, kuriuos periodiškai ar nuolat vartoja šis žmogus, paskyrimo. Veiksmai:
- įvertinami krizinio išgyvenimo intensyvumas, fazė, rizikos faktoriai, galimybės gauti artimųjų/draugų pagalbą;
 - išsiaiškinama, ką klientas mėgina/mėgino daryti;
 - įvertinama, ką klientas gali daryti.
- 4) **Sudaromas krizinės intervencijos planas.**
- Nustatomi labai aiškiai suformuluoti ir *trumpalaikiai krizių intervencijos/psichoterapijos tikslai*.
 - Terapijos plane turi būti aiškiai apibrėžta *terapijos pabaiga*. Šis reikalavimas susijęs su krizių intervencijos specifiška (žr.toliau).
 - Susitikimai su klientu skiriami orientuojantis į *kliento poreikius* – ryt/poryt ar pan. Tinkama nuostata – dažnesni, bet trumpesni susitikimai. Tačiau susitikimų trukmė gali būti apspręsta ir realia kliento būseną bei jo būtinybę *išgyventi krizę* kartu su psichoterapeutu ar krizių įveikimo darbuotoju. Todėl labai griežtų limitų krizių intervencijos sesijai (kaip įprasta psichoterapijoje – 50–60 min.) nėra. Tačiau dera atsižvelgti ir į tai, kad krizinis klientas dažniausiai išsekintas savo išgyvenimų, todėl krizinė intervencija neturėtų trukti per ilgai ir netapti dar vienu klientą sekinančiu faktoriumi. Yra psichologinės ribos ir krizinio darbuotojo gebėjimui nuoširdžiai emociškai palaikyti klientą, iš-

- būti su jo skausmu terapijos metu. Tai – natūralios kiekvieno žmogaus galimybių ribos teikiant bet kokią pagalbą.
- Numatoma, *kas įsitrauks* teikiant paramą krizinio išgyvenimo metu – kokie reikalingi profesionalūs specialistai (pvz., gydytojas, teisininkas, socialinis darbuotojas ar pan.), kiek gali padėti artimieji ir draugai. Kliento artimųjų ir draugų, kitų galimų socialinio palaikymo struktūrų įtraukimas į krizių intervencijos procesą – labai svarbi sėkmingo krizių įveikimo proceso sąlyga. Tai atliekama atsižvelgiant į realias galimybes.
- Krizinės intervencijos/terapijos pabaigoje gali būti numatoma galimybė kontroliniam kontaktui: pavyzdžiui, po mėnesio susižinoti apie paciento būseną – galima prašyti, kad pacientas pats paskambintų ar parašytų (Bellak L., 1960), pacientui primenama, kad jis gali kreiptis, jei jam vėl iškiltų problemų (Langsley D.G., 1968).

5) **Pasirenkama siaura intervencijos sfera.**

Krizinės intervencijos/terapijos metu nesiiimama paveikti visas problematiškas kliento gyvenimo sferas, o išskiriama tik svarbiausia ir aktualiausia, sudaranti išgyvenamos krizės esmę, problema – pvz., ketinimas nusižudyti, netekties išgyvenimas ar pan. Prie kitų problemų, susijusių su kriziniu išgyvenimu sprendimo, jei reikia, perinama palaiptui. Asmenybės vystymosi ir nesusijusios su kriziniu išgyvenimu kliento asmenybės ir bendravimo problemos krizinės intervencijos metu nesprenžiamos.

6) **Informavimas.** Klientui suteikiama visa būtina informacija apie krizinę situaciją, jo išgyvenimus, savijautą, sveikatą ir kuri galėtų mažinti jo nerimą, kylantį dėl nežinojimo.

7) **Jeį įvyksta grupės, kolektyvo krizė** (pvz., šeimoje, mokyklos klasėje – vienas iš narių nusižudė ar susirgo psichoze) – **susitinkama pagal galimybes su visais grupės nariais**. Susitikti su visais šeimos nariais tokiais atvejais terapiniu požiūriu yra geriau negu susitikinėti atskirai – išvengiama klientų noro siekti su psichoterapeutu koalicijos, ypatingo santykio (Langsley D.G., 1968). Visi grupės nariai tokiu atveju gali išgirsti vienas kito išgyvenimus, pajusti daugiau bendrumo, tikėtis vienas iš kito didesnio supratimo ir palaikymo.

8) **Santūrus santykis į medikamentų taikymą (ypač – psichofarmakologinių preparatų).** Pastaba: toks santykis netinka tik tais atvejais, kai pacientas iki krizinio išgyvenimo nuolatos vartojo būtinus jo sveikatai palaikyti medikamentus. Jei taip nėra, bet dėl krizinio išgyvenimo kliento būseną yra labai sunki, ir gydytojai galvoja, kad pacientui laikinai reikalingi psichotropiniai vaistai, jie turėtų būti skiriami tik tam, kad palengvintų sunkią paciento būseną krizinio išgyvenimo metu, bet *ne tokiais kiekiais, kad visiškai užslopintų paciento nerimą.* Nerekomenduojama, kad vaistai pakeistų paciento būseną iki emocinio bukumo ir abejingumo (Bellak L., 1960). Tokiu atveju klientas netenka galimybės „išgyventi“ krizės, t.y. patirti visus neišvengiamus ir realius jausmus, kurie jam kyla išgyvenamos krizės periodu: pvz., neišvengiamą dvasinį skausmą, liūdesį, kančią, gedėjimą įvykus netekčiais. Nuslopintas medikamentais nerimas labai sumažina kliento galimybę įveikti krizę, nes krizės įveikimas reikalauja tam tikro aktyvumo, kurį sąlygoja išgyvenamas nerimas. Šia prasme, jei įmanoma, geriau išgyventi sunkius krizinius jausmus, o ne vartoti medikamentus, kurie sustabdo natūralų vidinį jausmų išgyvenimo „darbą“.

KONSULTAVIMO ETIKA KRIZIŲ INTERVENCIJOJE

Krizių intervencijos metu, kaip ir kitais psichoterapijos ar savanorių krizių įveikimo darbuotojų paramos taikymo atvejais, yra būtina laikytis profesinės etikos taisyklių. Visose šalyse, kuriose taikoma krizinė terapija, yra sukuriami šią veiklą apibrėžiantys profesinės etikos kodeksai. Pvz., Lietuvos telefoninės psichologinės pagalbos tarnybų asociacija yra taip pat paruošusi ir patvirtinusi psichologinės pagalbos telefonu etikos taisyklės (žr. prieduose), kurios atitinka tarptautinius telefoninio konsultavimo etikos reikalavimus ir kurių turi laikytis visi Lietuvos telefoninės psichologinės pagalbos tarnybose dirbantys profesionalūs psichikos specialistai bei savanoriai krizių įveikimo darbuotojai.

Pagrindinės priežastys, dėl kurių svarbu laikytis krizių intervencijos darbo etikos atliekant krizių intervencija/psichoterapiją

- 1) *Psichoterapeuto pozicija krizių psichoterapijoje.* Krizinės intervencijos metu psichoterapeutas yra aktyvesnis, emociškai nuolatos palaikantis, atjaučiantis ir šia prasme artimesnis kontakte, negu įprasta kitais psichoterapijos taikymo atvejais. Neretai psichoterapeutas krizių terapijos metu *laikina* prisiima ir daugiau atsakomybės už klientą. Toks psichoterapeuto vaidmuo padidina jo įtaką pacientui. Psichoterapeutas neturi pasinaudoti šios pozicijos pranašumais savo asmeniniams poreikiams patenkinti. Psichoterapeutas atsako už savo poveikį ir įtaką klientui.
- 2) *Paciento pozicija krizinėje psichoterapijoje.* Klientas psichoterapijiniame kontakte krizinio išgyvenimo metu yra labiau pažeidžiamas negu psichoterapeutas, nes išgyvena krizę ir ją lydinčius skausmingus jausmus. Klientas krizės metu paprastai atveria psichoterapeutui labai daug savo gilių išgyvenimų ir skausmo. Psichoterapeutas tokioje situacijoje tampa ne tik suprantančiu ir palaikančiu, bet ir labai svarbiu žmogumi klientui. Tokioje situacijoje atsiranda polinkis idealizuoti psichoterapeutus, siekti jų palankumo, artimesnių santykių. Etikos reikalavimai apsaugo klientą nuo šios priklausomybės, galimų piktnaudžiavimų jo krizine situacija ir išgyvenimais.
- 3) *Krizinės intervencijos kontakto ypatumai.* Psichoterapinės etikos būtina laikytis viso krizių įveikimo kurso metu. Tačiau **pagrindinės psichoterapinio darbo etikos taisyklės aptariamos su pacientu jau pirmųjų susitikimų metu:**
 - klientas informuojamas apie pagrindinius krizių terapijos tikslus, jos trukmę ir kuo psichoterapija gali būti naudinga konkrečiai jam;
 - aptariamos sąlygos kaip vyks krizių terapija (susitikimai, jų dažnumas, trukmė, viso krizių psichoterapijos kurso numatoma trukmė);
 - klientas neturėtų rūpintis krizinės terapijos apmokėjimu (krizių terapijos paslaugos turėtų būti apmokamos iš sveikatos, socialinės paslaugas apmokančių institucijų ar panašių fondų ar programų lėšų);
 - klientas informuojamas apie profesinę priežiūrą (supervizijas) ir aptariama galimybė aptarti jo atvejį su psichoterapeuto kolegomis;
 - įvardijamos konfidencialumo ribos.

Konfidencialumas

Krizių terapijos, kaip ir bet kurio psichoterapijos proceso metu klientas turi jaustis saugus. Informacija apie klientą naudojama tik profesiniais tikslais, tik profesinėse aplinkybėse ir rūpinantis, kad tai atitiktų kliento gerovę. Žinios apie klientus (kliento kortelė, psichoterapeuto užrašai) saugomos taip, kad būtų prieinami tik profesionaliam naudojimui ir tik krizių įveikimo tarnybos viduje.

Reikia numatyti sąlygas, kurioms esant konfidenciali informacija apie klientą gali būti panaudota plačiau. Klientas turi teisę tikėtis, kad tokia informacija bus panaudota tik jo gerovei, atstovaujant jo interesus. Todėl reikalingas kliento sutikimas, kai žiniomis apie klientą, jo paties labui, reikia pasidalinti su jo tėvais, sutuoktiniu, kitais šeimos nariais, mokytojais ar pan.

Psichoterapeutas turėtų informuoti klientą, kokiomis sąlygomis jis gali nesilaikyti konfidencialumo: jei klientas savo veiksmais kels grėsmę savo ar kitų gyvybei. Konfidencialumo ribos gali būti išplėstos, kai nepilnametis klientas tampa suaugusiųjų smurto, tvirkinimo, incesto ir kitų nusikalstamų veiksmų auka. Konfidencialumas gali būti pažeistas dėl būtinybės skubiai hospitalizuoti klientą, taip pat jei klientas dalyvauja platinant narkotikus ar atlieka kitus pavojingus nusikalstamus veiksmus, dėl kurių gali nukentėti tretieji asmenys.

Iškylus dilemai, ką pasirinkti: laikytis psichoterapijos etikos kodekso ar įgyvendinti teisės principus, visuomet tenka daug abejoti, tačiau praktikoje prioritetas dažniau taikomas antrajam variantui. Konfidencialumo ribos turėtų baigtis ten, kur prasideda pavojus kam nors kitam. Tačiau sprendimas dėl konfidencialumo ribų visuomet priimamas tik pasitarus su kolegomis, krizių įveikimo komandos nariais, visapusiškai įvertinus ir objektyvizavus situaciją, siekiant galutinės naudos kliento savijautai ir jo gyvenimui.

Anonimiškumas

Teikiant pagalbą psichologinės pagalbos telefonais, klientas ir konsultantas pagal tarptautines telefoninio konsultavimo taisykles išlieka anonimiški. Anonimiškumas klientui sudaro sąlygas atviriau kalbėti, atskleisti gilesnius savo išgyvenimus.

Anonimiškumo ir konfidencialumo ribas teikiant psichologinę paramą telefonu nustato krizių įveikimo tarnybų taisyklės. Veikia du stam-

besni telefoninio konsultavimo anonimiškumo ir konfidencialumo ribų nustatymo modeliai.

- 1) Kliento anonimiškumas ir konfidencialumas pažeidžiami tuo atveju, jei jo gyvybei gresia pavojus (savižudybių atvejais). Tai pasitarę nustato keli krizių įveikimo komandos nariai. Tuomet skubi pagalba klientui (atvykstant į vietą, kurioje tuo metu jis yra) organizuojama nepriklausomai nuo jo noro sulaukti šios pagalbos. Toks modelis dažniau būdingas Amerikos krizių įveikimo tarnyboms.
- 2) Kliento anonimiškumas ir konfidencialus nepažeidžiami. Skubi pagalba klientui organizuojama tik jam pačiam sutikus. Šis modelis dažniau būdingas Europos krizių įveikimo tarnyboms. Lietuvoje psichologinė pagalba telefonu teikiama laikantis šio modelio apibrėžtų anonimiškumo ir konfidencialumo ribų.

KONTAKTAS SU KRIZES IŠGYVENANČIAIS ŽMONĖMIS

Krizių intervencija, kontaktas su krizes išgyvenančiais žmonėmis – tai labai emociškai intensyvus procesas. Teikiantiems paramą specialistams – tai išbandymas, ar jie sugeba nuoširdžiai ir profesionaliai, artimai ir per daug nesusitapatindami su klientais, kantriai ir patys „neperdegdami“, teikti paramą žmonėms, kurie išgyvena krizes. Krizių intervencija – tai sudėtingas ir atsakingas teikiančiojo paramą specialisto profesionalumo ir jo žmogiškojo dalyvavimo kontakte derinys, kurio ribas iš vienos pusės nustato konsultavimo etika, iš kitos pusės – paties specialisto asmeninio susivokimo, jausmų ir intuicijos apraiškos, asmenybinė branda ir tinkamas pasiruošimas krizių intervencijos darbui. Pagrindinė užduotis teikiančiam pagalbą specialistui – sugebėti *išbūti* su klientu jo krizės periodu, išbūti taip, kad klientas išgyventų, išsakytų, išverktų visus jį slegiančius jausmus, jaustųsi išgirstas, suprastas ir palaikytas ir tokiu būdu pamažu įveiktų krizę. Tokioje situacijoje specialistui tenka ir dar viena svarbi užduotis – neprarasti savo profesinio ir asmeninio tapatumo ribų. Tai nėra paprasta – kiekvienas specialistas – žmogus, kuris negali būti abejingas kito žmogaus – savo kliento skausmui. Neįmanoma, nerealu visiškai atsiriboti nuo kliento išgyvenimų. Bet per didelis psichoterapeuto susitapatinimas su kliento išgyvenamais krizi-

niais jausmais gali vesti link krizinių išgyvenimų ir patį psichoterapeutą. Tokiu atveju jis nebegalės padėti klientui. Todėl labai svarbu tinkamai parengti krizių įveikimo darbuotojus tokiam darbui, pasirūpinti, kad krizių įveikimo tarnyboje ar komandoje visuomet egzistuotų specialistai, iš kurių pats psichoterapeutas gali tikėtis emocinės paramos po sunkaus krizių intervencijos darbo. Tai normalu ir netgi būtina.

Asmeninės savybės ir nuostatos, kurios turėtų būti būdingos krizių įveikimo specialistui

Ypač šis klausimas svarbus galvojant apie savižudybės krizes, savižudiškus klientus ir juos gelbstinčius specialistus.

Kiekvienas žmogus turi savyje savižudiškų impulsų. Kaip minėjome anksčiau – nėra pasaulyje žmogaus, kuris kada nors nebūtų pagalvojęs ar nefantazavęs apie savižudybę. Tik šios mintys ar fantazijos paprastai būna labai fragmentiškos ir visiškai atitrūkusios nuo realaus noro jas plėtoti, juolab – realizuoti. Normalioje būsenoje esančiam žmogui savižudiški impulsai nepasireiškia. Tačiau tam tikrose sunkiose ir emociškai reikšmingose gyvenimo situacijose, esant tam tikriems asmenybės ir aplinkybių ypatumams, savižudiški impulsai gali sustiprėti. Krizių įveikimo darbuotojai – profesionalūs specialistai ar savanoriai, kurie bendrauja su žmonėmis, galvojančiais ar ketinančiais nusižudyti, turi labai gerai pažinti, suvokti ir gebėti refleksuoti *savo asmeninį santykį* į mirtį ir į savižudybę, turėti savybę objektyviai spręsti apie savo pačių sugebėjimą teikti pagalbą tokių krizių atvejais. Jei dėl įvairiausių gyvenimo aplinkybių atsitinka taip, kad specialisto nuostata į savižudybę tampa vis labiau teigiama, jei jo paties priešara tarp noro gyventi ir mirti ima krypti į nenorą gyventi ir savižudiški impulsai stiprėja – tai labai rimtas signalas, kad reikia nutraukti darbą krizių ir savižudybių įveikimo sferoje ir pačiam ieškotis pagalbos. Nes tokiu atveju labai rizikuojama ne tik nesuteikti pagalbos, bet kartais ir pakenkti tiek savo klientams, tiek ir sau pačiam. Bet kokie mūsų pačių nesuvokti, nepriimami, slopinami ar slepiami autodestruktyvūs impulsai kontakte su klientu gali tapti arba didele nesupratimo siena, užgožiančia realų kliento ir situacijos matymą, arba erdve, kurioje nėra ribų, palaikančių nuostatą ir tikėjimą gyventi.

Todėl krizių įveikimo specialistui verta susipažinti su šiuo siektinu krizių įveikimo darbuotojui asmeninių savybių ir nuostatų sąrašu:

- neigiama asmeninė specialisto nuostata į savižudybę. Turėtų dominuoti asmeninė pozityvi nuostata į gyvenimą, jo sunkumų įveikimą, pasitikėjimas savo ir kitų noru gyventi;
- sugebėjimas gerbti galvojančius ir galvojusius kitaip. Sugebėjimas priimti nuostatą, kad savižudiškas žmogus gali likti ambivalencijoje dėl savižudybės arba net nusižudyti;
- tikėjimas atliekamo darbo prasme. Adekvatus pasitikėjimas savimi ir klientu;
- adekvačiai išgyvenamas kaltės jausmas;
- suvokimo realistiškumas;
- išvystytas empatijos (sugebėjimo jausti kitus) jausmas;
- sugebėjimas būti atviram, atjausti, suteikti žmogiškąją paramą;
- sugebėjimas išklaudyti;
- sugebėjimas priimti greitus, kūrybingus, adekvačius situacijai sprendimus;
- sugebėjimas imtis adekvačios atsakomybės.

Specialisto galių ir kompetencijos ribos

Suicidologas Hans Wedler savo pranešime suicidologų konferencijoje (Venecija, 1995) yra pasakęs: „Sulaikyti žmogų nuo savižudybės nėra pagrindinis mano uždavinys. Svarbiausia – aptarti su juo galimas elgesio alternatyvas. Taip aš suprantu atvirumą – aš nesu visagalis, aš tik galiu kartu su žmogumi svarstyti“.

Specialistas turi mokėti susitaikyti ir su tokia mintimi bei galimybe – jei klientas labai nori – jis nusižudys. Visiškai už klientą atsakomybės prisiimti neįmanoma. Kiekvienas ilgiau suicidologijos ar krizių įveikimo srityje dirbęs specialistas, net ir labai profesionalus ir visų pripažintas, visuomet paliudys, kad jo praktikoje yra ne vienas žmogus, kuris nusižudė nepaisant visų pastangų, skirtų jam išgelbėti. Bet tai nereiškia, kad specialistas dirbo blogai. Tai nepatvirtina ir žinomo mito apie savižudybes – „kad kiekvienas, kuris nori nusižudyti, būtinai tai kada nors padarys“. Tai reiškia, kad visi mes, nepriklausomai nuo profesionalumo, nesame visagaliai. Tai reiškia, kad kartais ne mūsų valioje išgelbėti kliento gyvybę, kaip mes to betrokštume. Krizių terapijoje su šia nuostata reikia būti itin giliai susipažinus ir susitaikius. Tik gilus šios tiesos supratimas, išgyvenimas ir priėmimas nesumažins specialistų tikėjimo savo atliekamo darbo prasmingumu, nepalauš profesinės kompetencijos jausmo.

Žmonių, kuriems buvo padėta įveikti savižudybės krizę yra nepalyginamai daugiau, negu tų, kurie nusižudė. Kiekviena išgelbėta gyvybė, kiekviena pastanga ją išsaugoti, net kai tai nepavyksta – verta labai didelės pagarbos.

Aptarus specialisto asmenines savybes ir nuostatas, kurios labai svarbios krizinės intervencijos metu vykstančiam kontaktui tarp krizių įveikimo specialisto ir kliento, galima grįžti ir prie paties kontakto ypatumų krizinės intervencijos metu. Gali kilti dar vienas klausimas – o kur krizinio kliento ypatumai? Bet kurio terapinio kontakto erdvėje veikia dvi pusės – psichoterapeutas ir klientas. Krizinio kliento išgyvenimams aprašyti skirtas jau ne vienas šio vadovo puslapis. Vienu sakiniu, į šį klausimą, panašu, yra atsakęs Gerald Caplan: „Žmonės, patekę į krizę, dažnai pamiršta, kas jie yra...“.

PAGRINDINIAI KRIZIŲ INTERVENCIJOS/ PSICHOTERAPIJOS KONTAKTO YPATUMAI

Artimesnis psichologinis ryšys tarp specialisto ir kliento

Atstumas krizinės intervencijos kontakte tarp specialisto ir kliento yra kiek mažesnis, negu trumpalaikės ar ilgalaikės psichoterapijos metu: specialistas klientui išreiškia daugiau savo paties empatiškų išgyvenimų; kiek sugeba, šiltų žmogiškos atjautos ir palaikymo jausmų.

Pakankamai aktyvus specialisto įsitraukimas į kontaktą krizinės intervencijos metu

Krizinės intervencijos metu svarbiausia – skatinti kliento jausmų išreiškimą ir jo asmenybinį aktyvumą, potenciją, kurie reikalingi krizei įveikti. Tačiau krizę išgyvenantis klientas dažnai yra pasimetęs, jo jausmuose vyrauja sumaištis. Todėl specialistui krizių intervencijos metu neretai tenka *laikina* priimti daugiau aktyvumo ir atsakomybės už klientą, negu yra priimta psichoterapijoje apskritai. Šis galimas laikinas padidintas specialisto aktyvumas ir atsakomybės prisiėmimas sąlygotas suprantama sunkia ir sudėtinga krizinės situacijos specifika, kliento jausmų ir veiksmų sumaištimi, krizinės intervencijos/psichoterapijos trumpalaikiškumu. Tam tikrais atvejais specialistui tenka elgtis net direkty-

viai: aštrioje krizės fazėje, sudarant savižudybės nevykdymo kontraktą, ieškant sutartu laiku neatvykusio savižudiško kliento, priimant laikinai kai kuriuos sprendimus už klientą – susijusius su kliento gyvybiniais ir itin svarbiais gyvenimo interesais krizės metu.

Rizika – galima kliento psichologinė priklausomybė nuo specialisto pagalbos ateityje. Rizikos išvengiama, jei nuosekliai laikomasi krizinės intervencijos taisyklių.

Specialistas palaiko realius kliento lūkesčius

Specialistas *palaiko realius kliento lūkesčius*, viltį apie sėkmingą krizės pabaigą ir jos įveikimą, stiprina kliento tikėjimą.

Specialistas *išsako klientui ir savo lūkesčius* – t.y., ko jis tikisi iš savo kliento: kad pastarasis bandys būti aktyvesnis, ieškos ir priims paramą, stengsis įveikti savo sunkumus, nenusižudys ir pan. (S.L.Schwartz). Paprastai psichoterapijoje psichoterapeutas neįpareigoja kliento savo lūkesčiais. Tačiau krizinės terapijos metu psichoterapeuto lūkesčiai gali tapti laikinai palaikančiu klientą faktoriumi.

Specialisto asmenybės įtaka krizinės intervencijos metu

Teigiama specialisto asmenybės įtaka klientui krizių įveikimo metu yra ypač svarbi. Specialistas klientui turi tapti svarbiu asmeniu, su kuriuo klientui norėtųsi susitikti, pabūti kartu, kalbėti apie išgyvenamus jausmus, sunkumų įveikimą. Specialisto asmenybinės savybės, jo sugebėjimas įveikinti sunkumus, priimti gyvenimo realybę tokią, kokia ji yra, sugebėjimas ir filosofiskai žiūrėti į daugelį gyvenimo sunkumų bei dramų tampa sektinu elgesio modeliu klientui.

Krizių intervencijos metu galima aktualizuoti teigiamus perkėlimo sukeltus kliento jausmus, kliento polinkį idealizuoti psichoterapeutą – galbūt klientas bus aktyvus tik todėl, kad to nori jo psichoterapeutas (S.L.Schwartz). Bet turime nepamiršti, kad tai galioja tik tol, kol klientas išgyvena psichologinę krizę.

Linę į depresiją ir savižudišką elgesį žmonės, ypač jauni, dažnai bijo prisirišti prie kito žmogaus, vengdami tapti nuo jo priklausomi. Jei specialistui pavyksta tapti svarbiu asmeniu tokio kliento gyvenime terapijos metu, formuojasi pozityvios priklausomybės, saugaus artimo kontakto pozityvus modelis ir mažėja savižudybės rizika.

Neatliekamos psichoterapinės interpretacijos

Krizių intervencijos metu nerekomenduojama interpretuoti perkėlimo reakcijas ar panašiai analizuoti kliento elgesį. Priežastys:

- trumpas intervencijai skirtas poveikio laikas. Savalaikėms interpretacijoms atlikti reikalingas žymiai ilgiau trunkantis psichoterapinis kontaktas;
- krizių intervencijos metu dirbama su aktualiais (o ne ateinančiais iš praeities) kliento išgyvenimais. Kaip jau buvo minėta, kliento praeitis aptariama tik tiek, kiek ji reikšmingai sąlygoja dabarties išgyvenimus;
- krizinių išgyvenimų intensyvumas: klientas, išgyvenantis krizinius jausmus, yra tuo metu emociškai sunkioje būklėje, – todėl papildomų jausmų išgyvenimas bei jų aptarimas (t.y. kliento santykių su psichoterapeutu analizė) yra neadekvatus ir nereikalingas krūvis klientui.

Priėmimas ir išklausymas

Visus krizinius kliento išgyvenimus, tokius kaip neviltį, pyktį, bejėgiškumą, kalnę, gėdą, tarp jų ir savižudiškus kliento ketinimus, specialistas turi gebėti emociškai priimti ir sudaryti sąlygas, kad kontaktas vyktų be šių galimų specialisto reakcijų:

- išankstinio nusistatymo;
- vertinimo;
- neigimo;
- per ankstyvos konfrontacijos.

Klientas skatinamas išpasakoti ir išreikšti kuo daugiau jį slegiančių jausmų – tai palengvina jo būseną. Tokiu būdu ir priėmimo atmosferoje išsakomi jausmai, susiję su savižudiškais ketinimais – mažina savižudybės riziką.

Kiek leidžia asmeninės specialisto galimybės, apie sunkiausius kliento išgyvenimus, apie kuriuos jis nori kalbėti, kalbama ramiai, jokia būdu nestabdant kliento noro, poreikio apie tai kalbėti. Dera ramiai kalbėti ir apie savižudiškus kliento ketinimus, jo savižudiškus planus, tikslinti savižudiškų impulsų stiprumą, leisti juos išsakyti, net skatinti klientą apie tai kalbėti.

Specialistas stengiasi aptikti stiprius, krizės nepažeistus ar mažiau pažeistus kliento jausmus ir padeda klientui juos aktualizuoti bei jais remtis.

Nesikoncentruojama ties kliento ateitimi, kurioje kada nors bus rastas nusiramimas, sprendimai, mylimi žmonės, kurioje viskas pozityviai keisis. Krizę išgyvenantis klientas krizės metu dažniausiai nemato ateities. Bet koks kalbėjimas su klientu apie ateitį ar kitus svarbius faktus ar asmenis kaip apie realią perspektyvą, kai jis tuo metu nemato šios perspektyvos – tik dar labiau pagilina klientui jausmą, kad jo nesupranta. Ypač pažeidžiami šiuo atveju savižudiški klientai, kurie tokio nesupratimo atmosferoje dar labiau izoliuojasi ir užsidaro tad savo ruožtu, gali didėti savižudybės rizika. Todėl krizių intervencijos metu koncentruojamasi tik ties tuo, kas rūpi klientui *dabar* – ties jo kriziniiais išgyvenimais, kalbama apie kliento aktuales jausmus. Svarbiausia: **priimti ir išklausti klientą, išgirsti, kaip jam yra „dabar“**. Todėl vienas iš pagrindinių savanorių krizių įveikimo darbuotojų darbo metodų – *aktyvus (sisteminis) klausymas* (apie jį plačiau – žr. skyriuje „Krizių įveikimo metodai“).

Neskubama raminti kliento kasdieniniais receptais: „viskas susitvarkys, viskas bus gerai“ ar pan. Tokie raminiai dažniausiai nepasiekia krizę išgyvenančio kliento, nes jis yra giliai paniręs į krizę ir jo išgyvenami jausmai tuo metu yra labai toli nuo objektyvaus matymo bei tikėjimo galimais pozityviais išgyvenimais ateityje.

Savižudiškas klientas, ypač jei ketinimas nusižudyti – rimtas, apskritai jau nebetiki, kad kažkas „gali susitvarkyti ar būti gerai“. Todėl norint sumažinti savižudybės riziką reikia itin vengti šių nesupratimą klientui liudijančių frazių ir kitų optimistiškų nuostatų. Šiuo atveju gali padėti tik bandymas kalbėti su klientu, kas jam yra blogai dabar ir kaip blogai. Jei pavyksta tokiam pokalbyje užmegzti pasitikėjimu ir supratimu grįstą kontaktą – tai atsiranda didesnė tikimybė sumažinti nepakeičiamo skausmo sukeltą įtampą, o tuo pačiu ir savižudybės riziką.

Linkęs į savižudybę klientas empatiškai išklausomas, pirmų susitikimų metu nėra įkalbinėjamas nesižudyti. Kai žmogus jaučiasi įkalbinėjamas nesižudyti, jis vėl gi jaučiasi nesuprastas, ima vengti tokios pagalbos, – savižudybės rizika didėja. Konfrontacija su klientu dėl savižudybės galima tik užsimezgdus giliam ir geram psichoterapiniam ryšiui su juo. Tik atgimus realiam kliento pasitikėjimui bent vienu žmogumi, kuris gali jam padėti, šiuo atveju – specialistu, galima lygiavertiškai kontakte kalbėti apie gyvenimo ir mirties pasirinkimo klausimus, konfrontuoti su kliento pasirinkimu mirti ir skatinti kliento nuostatą gyventi.

Plečiamos krizinio kliento suvokimo ribos

Kadangi krizę išgyvenantis klientas dėl jausmų sumaištis dažnai psichologiškai ir socialiai yra mažiau orientuotas, specialistas turi padėti, kiek leidžia galimybės, palapsniui sumažinti kliento sumaištis pasekmes, stiprinti jo orientaciją savyje ir aplinkoje. Savižudiškam klientui, kaip jau minėjome, būdingas fenomenas – pažintinės sferos, suvokimo susiaurėjimas. Todėl visų krizių atvejais labai svarbu padėti plėstis kliento suvokimo riboms.

Kaip jau buvo minėta, labai svarbu suteikti klientui visą reikalingą informaciją, susijusią su krizine situacija (faktai, įvykiai, pagalbos galimybės) ir jo jausmais bei išgyvenimais (ką normalu jausti išgyvenant krizę, simptomų trukmė, laikinumas, kas padeda juos susilpninti ar įveikti).

Darbas su kliento pykčiu

Kriziniame išgyvenime visuomet yra ir pyktis, – tik nebūtinai jis iš karto ar net vėliau pripažįstamas, išsakomas ar nukreipiamas tiems, kam iš tikrųjų yra skirtas. Pyktis kyla iš bejėgiškumo jausmo ką nors pakeisti krizinėje situacijoje, iš protesto likimui – („kodėl aš? Kodėl su manimi taip atsitiko?“), iš nusivylimo tais, kurie mirė/nusižudė – „paliko“, tais, „kurie laiku nesuteikė pagalbos“, iš neišspręstų, neišsakytų jausmų artimiesiems, kurie prarasti, mirė ar su kuriais teko išsiskirti dėl kitų individualių priežasčių.

Visais šiais ir kitais atvejais specialistas turi būti pasiruošęs priimti šį pyktį, padėti klientui jį suvokti ir įvardinti, išreikšti priimtinais būdais.

Ketinančiam žudyti klientui svarbu padėti suvokti tarpasmeninį savo išgyvenimų, ypač depresiškų, aspektą – kad jo liūdesys, skausmas, nusivylimas, labai tikėtina, yra susijęs su reikšmingais jam žmonėmis. Svarbu padėti klientui suvokti ir padėti priimti pyktį, kurį jis jaučia šiems žmonėms, bet jo neišreiškia.

Jei krizinės intervencijos metu savižudiškas klientas kalbėdamas išreiškia pyktį specialistui, tai reikia priimti kaip pozityvų ženklą apie kliento būseną, kuris rodo, kad autoagresijos, t.y. neišsakyto kitiems ir nukreipto į save pykčio lygis mažėja.

Specialisto asmenybė krizių intervencijos metu gali būti psichoterapiškai tinkamu, „naudingu“ klientui objektu ne tik teigiamo perkėlimo, idealizacijos sukeltiems jausmams, bet ir pykčiui, nusivylimui išreikšti. Tokiais atvejais problemų specialistui, jo profesiniam orumui ir

kompetencijai nekyla tik tuomet, kai šie faktai specialistui yra žinomi ir jis moka juos ramiai priimti bei išgyventi kaip neišvengiamą ir būtiną psichoterapijos proceso dalį, skirtą kliento labui.

Psichologinės gynybos pasireiškimas ir korekcija

Psichologinė gynyba pasireiškia tuomet, kai žmoguje kyla nerimas, su kuriuo jis nesusitvarko. Tada ieškomos ir randamos tokios įvykių, išgyvenamų jausmų aiškinimo nerealios, bet dažnai neprieštaraujančios formaliai gyvenimo logikai versijos, kurios padeda išvengti šio nerimo. Kriziniai išgyvenimai perpildyti nerimo, todėl vienas iš bandymų įveikti šį nerimą – psichologinės gynybos pasireiškimas. Krizių intervencijos pradžioje psichologinės gynybos išraiškos kliento elgesyje priimamos kaip ir visi krizinės sumaištis jausmai. Vėliau, plečiant suvokimo ribas, padedant priimti klientui jam netikėtą naują krizinę ir pokrizinę realybę, atsargiai koreguojami ir gynybos mechanizmai.

Krizinių išgyvenimų metu dažniausiai pasireiškia šie gynybos mechanizmai

- *Projekcija* – dėl savo paties nesėkmių, nelaimių, sunkumų dažnai kaltinami kiti žmonės: kitiems klaidingai priskiriami savo paties nepriimtini jausmai, impulsai ar mintys. Taip lengviau išgyventi likimo neteisybes – kažkas turi būti kaltas, kad taip atsitiko: pvz., „medikai per vėlai atvažiavo ir neišgelbėjo“, „jei jie būtų darę kaip sakiau, taip nebūtų atsitikę“, „jei ne konfliktas darbe, jis nebūtų nusižudęs“ ir pan. Kol kaltinami kiti, klientas neturi motyvacijos užsiimti savimi, prisiimti atsakomybę už savo naują, krizės eigos pakeistą egzistenciją (dažniausiai šie pasikeitimai susiję su netektimis).
- *Pernešimas* – jausmas ar reakcija pernešami nuo vieno objekto į kitą, paprastai į tokį, kuris yra mažiau grėsmingas.
- *Racionalizacija* – tai bandymas „nuraminti“ save racionaliais argumentais. Tikri savo minčių, veiksmy ar jausmų motyvai nutylimi, o vietoj to pateikiami raminantys, sau patogūs, bet nesutampantys su nesuvokiamais ar tik dalinai suvokiamais vidiniais motyvais aiškinimai: pvz.: („jam dabar geriau, kai jis mirė“, „po to kas atsitiko, argi liko man prasmė rūpintis savimi?“).

- *Slopinimas* – sąmoningai vengiama galvoti apie neraminančias problemas, norus, jausmus.
- *Afekto izoliacija* – žmogus su krizinės situacijos sąlygotais išgyvenimais ir nerimu tvarkosi atskirdamas mintis nuo jausmų, su kuriais jie buvo iš pradžių surišti. Jis praranda ryšį su jausmais, kuriuos kelia tam tikra mintis (pvz., traumavęs krizinis įvykis), tačiau toliau suvokia kognityvinius (pažintinius) elementus (pvz., šio įvykio detales).
- *Neigimas* – tai kliento pozicija „nėra problemų“. Tiesa ir tai, kad tam tikras problemų neigimas sunkiausiais momentais leidžia klientui lengviau ištvirti su krize susijusį nerimą. Todėl, kai neigimas, kaip gynybos mechanizmas, visai nepasireiškia, galimos net panikos atakos. Tačiau visiškas problemų neigimas iškreipia gyvenimo suvokimo realybę, kas atitinkamai veda prie daugelio sveikatos ir santykių sutrikimų.
- *Išstūmimas* – kriziniai įvykiai, mintys ar išgyvenimai yra „pašalinami“ iš sąmonės. Jausmo komponentas gali būti suvokiamas, bet jis lieka atskirtas nuo jį sukėlusių minčių ar įvykių. Įvykis – „pamirštas“.
- *Idealizacija* – perdėtai pabrėžiamos teigiamos kitų žmonių, į kuriuos baiminamasi nukreipti nesąmoningą pyktį, savybės.
- *Mistifikacija* – nerimas dėl krizinės situacijos ir išgyvenimų mažinamas viską aiškinant mistinėmis jėgomis, sutapimais, įvykiais, „bloga akimi“, pagalbos ieškoma pas ekstrasensus ir pan.

Adaptacija prie naujų gyvenimo vaidmenų

Krizinis išgyvenimas dažnai sąlygoja klientų įprastų gyvenimo vaidmenų pasikeitimus: pavyzdžiui, žmona tampa našle, šeimos maitintojas tampa bedarbiu. Specialistas padeda klientui palaipsniui priimti šiuos naujus vaidmenis, apsiprasti su jais, vėliau, esant galimybei, ieškoti naujų pozityvių pasikeitimų galimybių.

Krizės išgyvenimas kartu su klientu

Kaip bebūtų sunku, reikia sudaryti galimybę klientui išgyventi savo krizę: skausmą, netektį, jausmų sumaištį, pyktį. Išgyventi čia ir dabar, kartu su specialistu.

Specialistas tokioje situacijoje būdamas su klientu turėtų jaustis ir būti pakankamai autentiškai (ne dirbtinai) tvirtas, bet greta to – nebijoti savo silpnumo ir žinoti, kad nėra tiek stiprus, jog gali visiškai pakeisti kliento gyvenimą norima linkme.

Specialistas krizinės terapijos metu turi įdėmiai stebėti ir savo būseną. Svarbu aptikti, atspindėti ir įvardinti sau visus jausmus, kurie kyla būnant kartu su klientu krizėje. Svarbu pastebėti, ar nevyksta per didelis susitapatinimas su kliento išgyvenamais kriziniais jausmais, kas riboja, kaip jau buvo minėta, pagalbos klientui galimybę ir veda prie būtinybės padėti pačiam specialistui. Svarbu įvertinti ir priešingus savo jausmus – ar nėra tam tikro slopinimo, abejingumo kliento kriziniams išgyvenimams, kas gali liudyti ir apie prasidėjusį „perdegimo sindromą“ ar apie tai, kad kliento kriziniai išgyvenimai palietė stiprius, bet nesuvoktus paties specialisto jausmus, kurie trukdo priartėti kontakte prie krizinio kliento, neleidžia empatiškai priimti kliento išgyvenimų, užkerta kelią tikrai atjautai ir kliento palaikymui.

Labai svarbu laiku aptikti, kada specialistas jaučiasi lyg per daug „nusiraminęs“ dėl kliento galimos savižudybės. Tai gali atsitikti, kai specialisto ir kliento ryšys silpnėja, klientas „užsidaro“ – mažiau pasakoja apie pačius svarbiausius savo jausmus, o specialistas dėl savo paties psichologinės gynybos to nepastebi ir kliento būseną vertina nerealiai, galvodamas, kad klientas jau neišgyvena rizikingų savižudisčių jausmų. Toks specialisto elgesys dar labiau padidina kliento uždarumą ir savižudybės riziką vėl didėja.

Problema, jei specialistas nesuvokia ir nepriima tokių savo jausmų kaip pyktis. Tuomet išoriniam specialisto elgesiui dažnai būdingas per didelis, nerealus gerumas santykiuose su klientu. Klientas, jausdamas itin didelį specialisto gerumą kontakto metu, negali sau leisti išreikšti jam kylančių savo negatyvių jausmų – kaip kitiems, taip ir pačiam specialistui. Tokia nerealių santykių su specialistu situacija dar labiau blokuoja kliento jausmus, neleidžia vyksti krizinio išgyvenimo procesui. Jei egzistuoja savižudybės rizika – tokioje situacijoje ji didėja, nes klientas neišreiškia savo tikrų gilių jausmų.

Profesinė priežiūra

Todėl, kaip ir įprasta psichoterapijoje, verta dažniau aptarti savo darbą su profesinės priežiūros specialistais (supervizoriais), profesionaliais krizių įveikimo komandos nariais. Tai – visuomet galimybė ir objektyvizuoti terapinio kontakto ypatumus, ir pačiam specialistui sulaukti emocinės paramos bei palaikymo, kurio itin reikia kontaktuojant su kriziniais klientais.

Pagrindinės šio poskyrio išvados

Tinkamai atliekama krizių intervencija/psichoterapija, terapinis kontaktas mažina krizinio išgyvenimo intensyvumą, leidžia išgyventi (o ne užslopinti) krizinius jausmus ir tai padeda įveikti krizę. Toks kontaktas mažina ir savižudybės riziką.

KRIZIŲ INTERVENCIJOS METODAI

AKTYVUS KLAUSYMAS, PSICHOLOGINĖ APKLAUSA, DEMOBILIZACIJA,
ĮVYKIŲ APŽVALGA

Visų krizių intervencijos metodų pagrindinis tikslas – *padėti įveikti krizę tuo metu, kai ji išgyvenama* – t.y. suteikti išgyvenančiam krizę žmogui emocinę paramą (palaikymą) ir reikiamą socialinę ar kitą pagalbą; padėti išgyventi kilusią jausmų sumaištį, sudaryti galimybę išreikšti visus su kriziniais išgyvenimais kilusius jausmus, priimti juos ir numatyti, jei reikia, tolimesnius pagalbos būdus.

Krizių intervencijos metodai taikomi individualiai ir grupėse. Individualiai krizių intervencija paprastai taikoma visų individualių situacinių krizių atvejais – kai vienas žmogus išgyvena individualią krizę. Grupėse krizių intervencijos metodai taikomi dažniau tuomet, kai tą pačią krizę vienu metu išgyvena grupė žmonių – įvykus masinei katastrofai, nukentėjusiems nuo teroro akto, nusižudžius kolektyvo nariui ir pan. Grupinę krizių intervenciją rekomenduojama taikyti ir paties krizių įveikimo darbuotojams – krizių komandos nariams, dalyvavusiems grupiniuose gelbėjimo veiksmuose po dramatiškų įvykių: likviduojant gaisrų, teroro aktų, masinių katastrofų pasekmes, ypač kai gelbėtojams teko susidurti su aukomis tarp žmonių.

Bendrus individualaus ir grupinio krizių intervencijos darbo ypatumus apibūdiname „Krizių intervencijos“ skyriuje. Šiame skyriuje pristatomi krizių intervencijos metodai:

1. Aktyvus klausymas.
2. Psichologinės apklausos metodai (angl.–„debriefing“):
 - vienkartinė psichologinė apklausa;
 - demobilizacija;
 - įvykio apžvalga.

AKTYVUS KLAUSYMAS

Literatūroje *aktyvus klausymas* yra vadinamas ir *sisteminis klausymas* (Weber W., 1998).

Aktyvų klausimą galėtume pavadinti ir menu išklausti. Tai reiškia, kad tas, kuris išklauso kitą, ne tik klauso, bet ir girdi, o tas, kuris kalba, ne tik pasakoja, bet ir jaučiasi girdimas, priimamas bei supastas.

Atliekant krizių intervenciją, aktyvus klausymas dažniausiai taikomas konsultuojant psichologinės pagalbos telefonais. Tačiau pagrindiniai aktyvaus klausymo principai taikomi ir kitais krizių intervencijos atvejais. Nes aktyvus klausymas – tai metodas, padedantis krizę išgyvenančiam žmogui išreikšti jį slegiančius jausmus, sulaukti emocinės paramos. Kliento išsikalbėjimas sudaro teigiamą, terapinį poveikį jo sveikatai. Poreikis išsikalbėti – tai vienas iš bazinių žmogaus poreikių, kurio svarbą raiškiai perteikė Seneka: „Išklausk mane bent vieną dieną, bent valandą, bent akimirka, tik šito trokštu, kitaip pražūsiu laukinėje vienvėje!“,.

Tačiau aktyvus klausymas, kaip metodas, nebus veiksnus, jei bus taikomas tik kaip „techninis instrumentas“. Kontakte, kuriame svarbu suprasti, atjausti, palaikyti – jokia technika pati savaime „nedirba“. Aktyvus klausymas gali būti naudingas krizių intervencijos praktikoje tik tuomet, kai konsultantas jį taiko pakankamai spontaniškai, autentiškai ir nuoširdžiai. Kai šio metodo pagrindinės nuostatos atitinka vidinę konsultanto nuostatą į teikiamą pagalbą, kai konsultantas tikrai nori ir gali užjausti, suprasti, padėti krizę išgyvenančiam žmogui. Tai yra, taikomas metodas turėtų būti autentiškai integruotas į vidinę konsultanto būties erdvę.

Aktyvus klausymas – tai ne kliento monologo priėmimas – tai *dialogas* tarp konsultanto ir kliento, kuris reikalauja labai didelio konsultanto emocinio įsitraukimo, sugebėjimo užjausti, galvoti kartu su klientu, ieškoti išeities.

Pagrindinės aktyvaus klausymo nuostatos

1. Aktyvus klausymas – tai lygiavertis, partneriškas žmonių bendravimas. Konsultantas aktyviai klausydamas nekalba kaip autoritetas „iš viršaus“ ir nenurodinėja klientui ką jis turi daryti. Aktyvus klausymas vyksta iš kontakto viename lygyje pozicijų.
2. Visas dėmesys skiriamas klientui. Konsultantas nesikoncentruoja ties savimi.

3. Klientas priimamas ir palaikomas emociškai. Konsultantui būdingas teigiamas požiūris į klientą.
4. Kliento pasakojimas, jausmai nėra vertinami – nei teigiamai, nei neigiamai.
5. Užduodami tikslingi – padedantys suprasti klientą klausimai:
 - *atviri klausimai* – tai klausimai, į kuriuos negalima atsakyti vienareikšmiškai: „taip„ arba „ne“ ir tuomet kontaktas „užsidaro“. Atviri klausimai skatina pasakoti, išplečia kontaktą. Pavyzdžiui: vietoj uždaro klausimo apie savijautą krizinėje situacijoje „ar labai išsigandote, pasimetėte?“ – geriau užduoti atvirą klausimą – „ką išgyvenote, kai tai atsitiko?“. Kiti atvirų klausimų pavyzdžiai: „Kaip pasireiškia Jūsų nerimas? Kas pasikeitė po to, kai išsiskyrėte? Kas Jus baugina daugiausiai? Ką dar apie tai galėtumėte papasakoti?“.
 - klausimai, *kurie skatina klientą išreikšti savo jausmus*. Pavyzdžiui: „Kaip jaučiatės, kai prisimenate tuos įvykius? Kaip pasireiškia Jūsų pyktis? Papasakokite, kokie išgyvenimai skatina Jūsų ketinimą nusižudyti?“.
 - *vengiama užduoti klausimą „kodėl?“* – atsakyti į šį klausimą klientui dažnai yra per sunku, kartais – neįmanoma. Neturime savo klausimais dar labiau didinti kliento bejėgiškumo jausmą ar kelti jam dėl to susierzinimą. Todėl uždavus šį klausimą, galima sulaukti daugiausiai racionalių, gynybiškų atsakymų, kurie riboja išgyvenamų kliento jausmų suvokimą ir išreiškimą.
6. Konsultantas turėtų kalbėti *tik išklauses* klientą:
 - kai klientas išreiškė save visiškai ir yra pasiruošęs išklausti konsultantą;
 - kai konsultantas nori atsiliepti į tai, ką išgirdo;
 - kai konsultanto kalbėjimas yra reikalingas ir padeda klientui, pavyzdžiui, kai klientas nežino, ką tuo metu sakyti ar daryti;
 - kai konsultantas nori struktūruoti dialogą;
 - kai verta pastiprinti kliento teiginius (pvz., kai depresiškas ir suicidiškas klientas staiga parodo pirmuosius aktyvumo ar net agresijos, nukreiptos ne į save, ženklus);
 - kai konsultantas nori įsitikinti, ar teisingai suprato klientą arba kai nori jį geriau suprasti;

PSICHOLOGINĖS APKLAUSOS METODAI

Psichologinės apklausos, kaip krizių intervencijos metodų grupę vienija keli bendri ypatumai:

1) *Tikslai:*

- atlikti prevenciją – siekiant užkirsti kelią krizės plėtotei ir chronizacijai, sveikatos ir adaptacijos sutrikimams;
- informuoti – suteikiama visa reikalinga informacija, kuri gali mažinti krizę išgyvenančių žmonių nerimą;
- padėti išreikšti ir normalizuoti patirtus krizinėje situacijoje ir aktualius dabar išgyvenimus;
- nustatyti labiausiai pažeistus/traumuotus individus, kuriems būdinga didesnė rizikos faktorių grupė ir kuriems reikalinga specializuota pagalba.

2) *Dalyviai* – apklausa atliekama krizinės situacijos dalyvių, nukentėjusiųjų, liudininkų, gelbėtojų grupėse.

3) *Laikas* – pagalba organizuojama pagal galimybes kuo anksčiau – krizinės situacijos ir išgyvenimų pradžioje.

4) *Struktūra* – psichologinės apklausos metodams būdinga pakankamai aiški ir griežta struktūra (standartiniai klausimai, pateikiami tam tikra tvarka, numatyti apklausos etapai ir pan.).

Psichologinės apklausos metodų atsiradimas

Psichologinės apklausos metodų (grupinės apklausos, angl. – „debriefing„) idėja kildinama iš paramos sistemos tarp gaisrininkų (JAV), kuriems atliekant darbą dažnai tenka išgyventi labai didelį ir intensyvų fizinį bei emocinį krūvį, daug rizikuoti veikiant ir priimant sprendimus. Buvo pastebėta, kad po gelbėjimo darbų vykstantis aptarimas ir pasidalinimas išgyvenimais yra reikalingas ir padeda geriau jaustis. Su kriziniais išgyvenimais susijusi gelbėtojų veikla ir poreikiai tapo modeliu teikiant pagalbą žmonėms krizinių situacijų metu (nukentėjusiems ir liudininkams).

Vienas pirmųjų psichologinės apklausos modelių apibūdino Jeffrey T. Mitchell (JAV, 1983).

Toliau pristatome vieną iš galimų grupinės psichologinės apklausos modelių (remiantis: Everly G.S., Mitchell J.T., 1996 – 1997; Brock S.E., 2001). Toks susitikimas paprastai vyksta vieną kartą.

- kai klientas užduoda konkrečius klausimus, į kuriuos pats negali atsakyti;
- kai klientas visiškai nesugeba savęs išreikšti – neranda būdo kaip prabilti, netikėtai nutyla;
- kai konsultantas nori parodyti, kad supranta klientą, kad juo rūpinasi ir priima draugiškai;
- kai konsultantui tenka įvardinti tai, ko nesugeba žodžiais išreikšti klientas, pavyzdžiui, kai klientui tenka kalbėti apie sudėtingus, prieštarigus jausmus ar neleistinus troškimus.

Pagrindiniai aktyviam klausymui reikalingi konsultanto įgūdžiai

1) Sugebėjimas *skatinti klientą kalbėti:*

- neverbaliniais būdais (balso tonu; specialiais, kalboje, kuria vyksta konsultacija, klausymą, susidomėjimą išreiškiančiais garsais);
- skatinančiais kalbėti, atspindinčiais norą išgirsti tolimesnį pasakojimą žodžiais ar išsireiškimais kalboje („taip“, „ir tada?“ ir pan.);
- užduodant atvirus klausimus.

2) *Pakartojimas ir atspindėjimas* – kai laikas nuo laiko klientui išsako mi, pakartojami – atspindimi jo paties išsakyti jausmai, mintys, sprendimai ar abejonės.

3) *Perfrazavimas* – kliento išsakyta mintis yra perfrazuojama taip, kad klientui akivaizdu, jog konsultantas jį gerai suprato, o esant galimybei – ir dar akivaizdžiau ir suprantamiau išreikškė.

4) *Apibendrinimas* – tai kliento pasakojimo (faktų, minčių, jausmų) etapinis apibendrinimas, kurį atlieka konsultantas. Apibendrinimas padeda parodyti klientui, kad konsultantas jį girdi ir supranta. Laikas nuo laiko apibendrinant pokalbis vyksta nuosekliau, yra geriau struktūruojamas.

5) *Empatija* – sugebėjimas kuo tiksliau jausti kliento išgyvenimus.

6) *Sugebėjimas tiksliai fiksuoti ir atspindėti sau pačiam kontakto su klientu metu atsirandančius ir išgyvenamus savo fizinius pojūčius, jausmus, nuojautas, įžvalgas;* žinoti savo kontakto braižą (neverbalinio bei verbalinio) ir kaip jis paprastai priimamas kitų.

VIENKARTINĖ GRUPINĖ PSICHOLOGINĖ APKLAUSA

Šis metodas taikomas tais atvejais, kai krizinė situacija tuo pačiu metu ištinka žmonių grupę, pavyzdžiui: vieno užpuolimo metu buvo žiauriai nužudyti keli apsaugos darbuotojai; mokykloje nusižudė direktorius, klasėje vienu metu nusižudė dvi moksleivės; lėktuvo katastrofoje ar nuskendus laivui žuvo visi keleiviai ir įgula; kariuomenėje dėl neapdairaus elgesio su ginklais vienas kareivis netyčia nušovė du savo būrio draugus; terorizmo atvejai – pvz., įkaitų drama Maskvoje 2002 m., kai įkaitais tapo miuziklo žiūrovai). Šį liūdną ir dramatiškų pavyzdžių sąrašą galima tęsti ilgai – atsitinka labai daug nelaimių, kurių metu reikalinga krizių įveikimo darbuotojų pagalba.

Bendros taisyklės

Vienkartinė grupinė psichologinė apklausa (toliau – apklausa) – tai susitikimas su krizinėje situacijoje dalyvavusiais žmonėmis, joje nukentėjusiais asmenimis, nukentėjusiųjų, žuvusiųjų artimaisiais. Šiems žmonėms *siūloma* dalyvauti apklausos grupėje, jie *kviečiami* į ją, prieš tai paaiškinus, kad tai ne gydymas, o paramos būdas, kuris siūlomas atsižvelgiant į juos ištikusios nelaimės sunkumą.

Apklausiai vadovauja psichologas ir tam pasiruošęs krizių įveikimo darbuotojas, kuris (pageidautina) ir pats yra turėjęs panašių krizinių išgyvenimų. Apklausoje laikomasi konfidencialumo.

Apklauskos metu nėra vertinami: faktai, mintys, reakcijos, jausmai.

Apklausa turėtų vykti praėjus 24 – 72 val. (2–3 paros) po krizinio įvykio.

Apklauskos trukmė: iki 3 val.

Grupės dydis: nuo 3 iki 40 dalyvių.

Aplinka, kurioje vyksta apklausa

Patalpa turi būti pakankamai patogi apklausos dalyviams (tvarkinga, pritaikyta grupiniam bendravimui). Patalpoje turi būti prieinami mineralinis vanduo ar kiti gaivinantys gėrimai, popierinės vienkartinės nosinės. Kėdės (jų skaičius atitinka apklausos dalyvių skaičių) sustatomos ratu. Netoli patalpos, kurioje vyks apklausa, turi būti lengvai randamas tualetų kambarys.

Darbas, kurį atlieka krizių įveikimo darbuotojai iki apklausos grupės

Surenkama reikalinga faktinė informacija apie krizinį įvykį – kas atsitiko, kada atsitiko, kiek žmonių yra įtraukti į krizinius išgyvenimus, kokie pagalbos veiksmai jau atlikti, yra atliekami, kokie dar bus. Susipažinama su esama dokumentine medžiaga apie krizinę situaciją (žiniasklaidos pranešimais, foto nuotraukomis, ekspertų išvadomis ir pan.). Jei krizinio įvykio vietoje dar nėra parengtos informacijos, skirtos visiems, susijusiems su krizine situacija žmonėms, krizių įveikimo darbuotojai rekomenduoja kaip ją parengti. Ši informacija turi būti trumpa ir aiški, bei joje turi būti žinios apie tai:

- kas įvyko;
- kada įvyko;
- kokių priemonių buvo imtasi dėl šio įvykio.

APKLAUSOS FAZĖS

- 1) Įvadas.
- 2) Faktai.
- 3) Mintys.
- 4) Emocijos.
- 5) Mokymas.
- 6) Uždarymas.

1. Įvadas

Vadovai:

Išreiškia užuojautą apklausos grupės dalyviams.

Prisistato – pasako savo vardus, pavardes, iš kokios organizacijos atvyko, pareigas ir specialybę.

Labai trumpai informuoja, ką žino apie krizinį įvykį.

Tikslinama apklausos grupės struktūra: grupės dalyvių paklausiama, ar visi dalyvaujantys pažįsta vienas kitą, pasiteiraujama, ar tarp apklausos grupės dalyvių nėra asmenų, kuriems dalyvaujant vieni ar kiti grupės nariai negalėtų atviriau kalbėti (pvz., dėl pareigybinių ypatumų ar kitų galimų faktorių).

Jei taip atsitinka – ši problema turi būti taktiškai sprendžiama, bet kuriuo atveju numatant, kad pagalba turės būti suteikta visiems, kas atėjo kviečiamas į apklausos grupę. Tam tikrais atvejais, gali tekti orga-

nizuoti papildomą grupę. Šiuos faktorius, kiek tai leidžia aplinkybės, patartina numatyti iš anksto.

Nurodomas apklausos grupės tikslas – parama: paaiškinamas prevencinis apklausos aspektas, kas yra krizinių išgyvenimų normalizacija; informuojama, kad bus aptarti streso įveikimo būdai. Pavyzdys: „norime padėti jums valdyti mintis, emocijas ir elgesio reakcijas, kurios atsirado dėl patirto krizinio išgyvenimo, suteikti informaciją apie tai, kaip jūs patys galite padėti sau. Tikėtina, kad ir jūs patys įveiksite krizinio išgyvenimo pasekmes, tačiau yra pastebėta, kad žmonės, kurie dalyvavo tokioje apklausoje, po to geriau valgo ir miega, jaučiasi darbingesni, ramiau jaučiasi namuose. Todėl mes ir norime jums padėti“.

Patvirtinama, kad psichologinė apklausa – ne gydymo metodas: nebus taikoma jokia terapija. Psichologinė apklausa – tai ne psichoterapinė grupė, o grupė, kurioje bus galima išsikalbėti apie tai kas slepia ir svarbu dabar, gauti žinių, kaip įveikti sunkumus, kuriuos tenka dabar išgyventi.

Patvirtinama, kad apklausos metu nebus atliekami jokie moksliniai ar kitokie tyrimai.

Pristatomi organizaciniai grupės darbo aspektai:

- dalyviai informuojami apie grupės trukmę, tiksliai nurodoma numatyta grupės darbo pabaiga;
- pasakoma informacija apie tai, kad kai apklausos grupė baigs savo darbą, grupės vedantieji dar pasiliks šioje patalpoje 20-iai minučių ir bus prieinami visiems, kas norėtų individualiai pasitarti dėl jiems rūpimų klausimų.

Aptiriamos ir priimamos darbo grupėje taisyklės:

Pastaba: prieš pateikiant apklausos taisykles, kartais, reikia prisiminti įvykį/nelaimę, peržiūrėti video, foto nuotraukas.

1. Šis susitikimas yra visiškai konfidencialus. Niekas neužrašoma ir neįrašoma. Svarbu, kad mes vieni kitais pasitikime, kad viskas, kas sakoma, lieka tarp mūsų.
2. Jums nebūtina kalbėti apklausos metu. Tačiau jei jūs kalbėsite, tai daugiau padės ir jums, ir kitiems grupės nariams.
3. Jums nebūtina sakyti to, kas gali jus žeisti.
4. Nekalbama už ką nors kitą, dalinamasi tik savo mintimis, jausmais bei reakcijomis.

5. Drąsiai užduokite klausimus.
6. Kiekvienas grupės dalyvis įsipareigoja išbūti grupėje nuo pradžios iki pabaigos.
7. Apklausos metu nebus pertraukų. Jei jums reiktų į tualetą, – pasakykite ir nueikite.
8. Išjungiamos bet kokios ryšio priemonės. Darbuotojai nekviečiami iš grupės jokiais kitais darbiniais reikalais.
9. Apklausos metu nėra pasiskirstymo pagal užimamą padėtį – visi yra lygūs.
10. Pasisakymai nekritikuojami, iš jų nesišaipoma.

2. Faktų fazė

Vadovai trumpai informuoja, ką žino apie krizinį įvykį ir kokiais informacijos šaltiniais remiasi.

Grupės dalyviai prašomi trumpai prisistatyti ir atsakyti į klausimus.

Klausimai:

- Ką žinote apie nelaimingą įvykį?
- Koks Jūsų ryšys su nukentėjusiu/-iais?
- Kur buvote, kai atsitiko nelaimė?

3. Minčių išsakymo fazė

Šios fazės tikslas – įvardinti, ką dalyviai girdėjo ir matė.

Vadovas klausia, ar jie gali išsakyti savo „pirmąsias mintis“ apie tai kas atsitiko ir kada pirmąkart pastebėjo, kad daug galvoja apie tai, kas įvyko.

Klausimai:

- Kaip sužinojote apie įvykį?
- Kokia buvo pirmoji mintis, kai sužinojote apie nelaimę?
- Kokios mintys kilo vėliau?

4. Emocijų (reakcijos) fazė

Klausimai:

- Kas jums buvo baisiausia tame, ką sužinojote?
- Kaip jautėtės fiziškai?
- Kokius jausmus išgyvenote?
- Ką pirmiausiai darėte, kai sužinojote apie nelaimę?
- Kaip reaguojate į tai kas atsitiko dabar?

Vadovas apibendrina grupės dalyvių išsakytus faktus, mintis ir jausmus, papasakoja apie visas įprastas fizines, emocines reakcijas neįprastoje (krizinėje) situacijoje. Apibūdina išgirstus simptomus. Pamini (neakcentuojant) kitus galimus simptomus, kurie gali reikšti tokiose situacijose. Konstatuoja, kad normalu taip jaustis tokios didelės įtampos ir nelaimės akivaizdoje. Faktų ir minčių lygio išgyvenimai susiejami su emocinėmis reakcijomis ir jausmais.

5. Mokymo fazė

Klausimai:

- Ką Jūs darote, kai išgyvenate stresą?
- Kas Jums padeda labiausiai?

Apibendrinami grupės dalyvių pasisakymai apie streso įveikimo būdus. Pristatoma bendra informacija apie krizes, jų vystymąsi, fazes.

Jei įvyko savižudybė – pateikiama bendra informacija apie savižudybes.

Apibūdinamos bendros fizinės, emocinės reakcijos, elgesio reakcijos, būdingos kriziniams išgyvenimams, bei reakcijos, kurios būdingos pokriziniam laikotarpiui.

Pagrindinė šios fazės tezė: „Jūs negalėjote kontroliuoti to, kas įvyko, tačiau jūs galite kontroliuoti tai, kas vyksta su Jumis dabar“.

Papasakojama apie įvairius streso, krizinių išgyvenimų įveikimo būdus:

- išsikalbėjimas;
- dienoraštis;
- specialios literatūros (biblioterapinės) skaitymas;
- psichofizinė ir fizinė treniruotė;
- pokrizinės mitybos ypatumai;
- sveikas poilsis;
- elgsena šeimoje – kaip sulaukti didesnio šeimos narių supratimo ir palaikymo;
- konsultacijos psichologinės pagalbos telefonais;
- individualios ir grupinės specialistų konsultacijos;
- savipagalbos – paramos grupės.

Išdalunami informaciniai lapeliai apie krizinius išgyvenimus, kita turima ir galinti būti naudinga prevencinė medžiaga (psichologinės pagalbos telefonų numeriai, krizių įveikimo tarnybų adresai ir t.t).

Klausimas šios fazės pabaigoje: ką ketinate daryti dabar?

6. Uždarymo fazė

Paklausama: „Gal yra dar kas nors nepasakyta, ar liko neatsakyti klausimų, kurie jums rūpi?“.

Vadovai padėkoja už apklausos dalyvių sutikimą dalyvauti ir pasidalinti savo išgyvenimais.

Visi apklausos dalyviai skatinami siekti paramos. Vadovai palieka savo vizitines korteles.

Primenama apie konfidencialumą ir apie tai, kad vadovai liks patalpoje dar 20 minučių – jei kas norėtų kreiptis individualiai.

Posityviai palaikomi visi grupės dalyviai.

Atsisveikinama ir išsiskirstoma.

SUTRUMPINTOS PSICHOLOGINĖS APKLAUSOS METODŲ PAVYZDŽIAI

Yra ir kitos, sutrumpintos psichologinės apklausos versijos. Jos dažniausiai taikomos gelbėjimo komandų nariams siekiant padėti jiems atlikti sunkių ir emociškai bei fiziškai įtemptą darbą. Nelaimingi atsitikimai/katastrofos gali neigiamai įtakoti ir gelbėjimo tarnybų darbuotojus. Tai – policijos, gaisrininkų, kariškių, greitosios medicinos pagalbos darbuotojų komandos, kurios dalyvauja sudėtinguose gelbėjimo darbuose.

Tokiais atvejais reikia iš anksto būti susipažinusiems su nelaimingų įvykių likvidavimo darbų poveikiu žmogaus psichikai bei turėti ar parengti savo strategiją, kaip sumažinti galimus neigiamus tokių išgyvenimų padarinius. Krizių įveikimo darbuotojai, teikiantys psichologinę socialinę paramą gelbėtojams, turi būti gerai susipažinę su gelbėtojų darbo specifiška. Gelbėjimo darbų metu krizių įveikimo darbuotojai turi sukurti palankią emociškai atmosferą gelbėtojams, kurioje labai svarbų vaidmenį atlieka emocinis palaikymas, tolerancija žmonių elgesiui, emocijų reakcijų priėmimas.

Sutrumpintų psichologinės apklausos metodų tikslai:

- sušvelninti nelaimingo įvykio ir/ar gelbėjimo darbų sąlygotą poveikį psichikai;
- pagreitinti psichologinės būsenos normalizaciją;
- nustatyti kam ir kokios pagalbos reikia.

Toliau trumpai aprašomi du sutrumpintos psichologinės apklausos metodai – demobilizacija ir skubi įvykių apžvalga.

DEMOBILIZACIJA

JAV krizių įveikimo specialistai rekomenduoja, baigus gelbėjimo darbus, visus juose dalyvavusius darbuotojus kviešti į susitikimą, kuris vyktų ne nelaimingo atsitikimo/katastrofos vietoje, o kitur ir kuo jaukiau įrengtose patalpose. Šį krizių įveikimo darbą JAV specialistai vadina **demobilizacija**. Susitikimo metu visi dalyviai pasiskirsto į nedideles grupes, kuriose krizių įveikimo darbuotojai jiems suteikia visą reikiamą informaciją apie galimas reakcijas į stresą, krizinius išgyvenimus bei kokiais būdais galima bandyti įveikti šiuos laikinus sutrikimus. Susitikimas grupėje trunka apie 30 minučių. Dalyviai yra aprūpinami prevencine informacija, maitinami. Pagal galimybę jiems sudaromos sąlygos poilsiui.

SKUBI ĮVYKIŲ APŽVALGA – PAVOJAUS PAŠALINIMAS

Įvykus mažesnio masto nelaimingam atsitikimui, gelbėjimo darbuose dalyvavę žmonės skubiai kviečiami į nedideles 6–8 žmonių grupes, kuriose visi kartu apžvelgia tik ką buvusius įvykius. Tai sumažina pavojaus jausmą. Šis metodas – taip pat sutrumpinta psichologinės apklausos versija. Geriausia, kai tokių grupių darbas prasideda kuo anksčiau (ne vėliau kaip 8 val. po gelbėjimo darbų pabaigos). Toks susitikimas trunka apie 20–25 minutes, susitikimui vadovauja specialiai tam paruoštas personalas. Susitikimo metu neturi būti jokių trukdančių, dėmesį blaškančių faktorių.

Skiriamasis apibendrinimas

Žmonės, patenkantys į krizines situacijas, dažniausiai patys iš karto neieško pagalbos. Tačiau galimybė gauti pagalbą, paramą ir palaikymą turėtų būti prieinama visiems krizinės situacijos dalyviams ir liudininkams. Parama reikalinga ir patiems gelbėtojams. Tai natūralu – gelbėti žmones dramatiškų katastrofų, stichinių ir kitokių nelaimių metu – taip pat krizinis išgyvenimas. Nejmanoma būti krizinėje situacijoje ir jos neišgyventi. Todėl emocinė parama turėtų būti siūloma visiems, kas dalyvauja krizinėje situacijoje. Šiuo tikslu ir taikomi aprašyti bei kiti panašūs krizių intervencijos metodai.

POSTVENCIJA

POSTVENCIJOS APIBŪDINIMAI.

EMOCINĖS REAKCIJOS PO ARTIMŲJŲ SAVIŽUDYBĖS, GEDĖJIMAS,
PARAMA NUSIŽUDŽIUSIŲJŲ ARTIMIESIEMS,
PSICHOLOGINĖS PARAMOS GRUPĖS MODELIS

Postvencija – tai visi veiksmai, skirti padėti žmogui, bandžiusiam žudyti, arba įveikti neigiamus jausmus, išgyvenusiems savižudybę – nusižudžiusiųjų artimiesiems (Schneidman, 1973).

Parama bandžiusiems žudyti žmonėms

Visiems bandžiusiems žudyti žmonėms turėtų būti prieinama psichikos sveikatos specialistų pagalba. Tai gali būti speciali darbuotojų komanda ligoninėse (Regula Freytag, 2001), kai pagalbą kartu teikia gydytojas, slaugos specialistas, psichologas, teologas. Tai gali būti specializuotų tarnybų darbuotojai, ateinantys į ligoninę pas linkusius žudyti pacientus. Pagalba bandžiusiems žudyti asmenims turėtų būti teikiama mokyklose bei būti prieinama psichologinės–socialinės paramos įstaigose (jaunimo, vaikų paramos centruose, globos organizacijose, kitos specializuotose paramos organizacijose). Po bandymo žudyti rekomenduojama taikyti kompleksinę pagalbą (socialinę, psichologinę, medicininę).

Nusižudžiusių artimieji

Nusižudžiusiajam artimi žmonės (toliau tekste dažniausiai vartosis terminą *nusižudžiusiųjų artimieji* – *aut. pastaba*), dar kitaip vadinami *savižudybės liudininkai* (angliškoje literatūroje naudojamas terminas – „survivors“ – išgyvenę) – tai nusižudžiusiųjų šeimos nariai, bendradarbiai, bendramoksliai, draugai, mokytojai, pacientai; specialistai, teikusieji nusižudžiusiajam asmeniui pagalbą – gydytojai, psichoterapeutai, psichiatrai, konsultantai, slaugės.

Paramos poreikis nusižudžiusiųjų artimiesiems

Anksčiau tyrėjų, praktikų dėmesys daugiausiai buvo skiriamas nusižudžiusiųjų žmonių atvejams nagrinėti ar bandžiusiems žudyti žmo-

nėms. Postvencinė pagalba buvo teikiama tik bandžiusiems žudyti asmenims, nes jie patenka į didelės rizikos dėl galimų pakartotinių savižudybių žmonių grupę.

Iki 1960 metų apie nusižudžiusiųjų artimuosius ir juolab paramą jiems nei literatūroje, nei praktiškai nebuvo kalbama. Tik 1970 m. Los Andželo savižudybių prevencijos centre buvo pastebėta, kad yra reikalinga pagalba ir savižudybių liudininkams (Litman ir kt., 1970). Los Andželo savižudybių prevencijos centre pirmą kartą buvo atlikta psichologinė autopsija, kurios pagrindinis tikslas – surinkti išsamią informaciją apie velionio gyvenimą ir visas aplinkybes, kurios galėjo įtakoti jo savižudybę. Autopsija vykdoma ir kalbantis su nusižudžiusiojo artimaisiais. Atliekantys tyrimą specialistai aptiko, kad šie pokalbiai, turėjo ir terapinę reikšmę nusižudžiusiųjų artimiesiems – po šių nelengvų pokalbių nusižudžiusiųjų artimieji vis dėlto jausdavosi geriau.

Pastaruoju metu vis daugiau dėmesio siūlant psichologinę paramą skiriama ir nusižudžiusiųjų artimiesiems. Manoma, kad vidutiniškai po kiekvieno nusižudžiusiojo žmogaus lieka mažiausiai 5 – 7 savižudybės liudininkai.

Kaip atsirado parama nusižudžiusiųjų artimiesiems (Grad O., 2000)

Pirmosios publikacijos apie netektis dėl savižudybės dažniausiai buvo skelbiamos psichoterapeutų, kuriems tekdavo dirbti su žmonėmis, neįveikiančiais sielvarto.

Amerikoje apie 1970 metus grupė psichoterapeutų, kurie patys išgyveno artimųjų savižudybes, pradėjo dirbti kartu paramos (savipagalbos) grupėje. Vėliau šios grupės darbas buvo aprašytas literatūroje. Taip JAV, o vėliau ir kitose pasaulio šalyse, pradėjo plisti pagalbos nusižudžiusiųjų artimiesiems judėjimas.

Kita specialistų grupė, kuri palaikė paramos sistemos kūrimą nusižudžiusiųjų artimiesiems – tai gydytojai, psichoterapeutai, psichologai, kurių pacientai nusižudė. Chemtob (1988) nurodo: 57% JAV psichiatrų teigė, kad po savo pacientų savižudybės jie patyrė asmeninę traumą. Paciento savižudybė bet kuriam iš minėtų specialistų taip pat sukelia sunkius išgyvenimus: daug liūdesio, skausmingo gailėsčio, pykčio, kurie, kaip universali reakcija, kyla po kiekvienos netekties. Neretai specialistams gali pasireikšti neigiami, ambivalentiški jausmai, susiję su savo asmeninės profesinės kompetencijos vertinimu, abejonės dėl savo

sugebėjimo apginti, išsaugoti pacientą. Todėl visiems specialistams, kurių pacientai nusižudė, taip pat turėtų būti prieinama emocinė parama ir pagalba.

Teikiant paramą nusižudžiusių artimiesiems reikia būti susipažinus su dramatiškų išgyvenimų dėl artimojo savižudybės specifika, visoms netektims būdingais išgyvenimais ir emocinėmis reakcijomis į netektis.

EMOCINĖS REAKCIJOS PO ARTIMŲJŲ SAVIŽUDYBĖS

Kaip ir kitų mirčių atvejais, dėl artimojo savižudybės išgyventai netekčiai būdingi 4 išgyvenimo etapai (Bowlby, 1991):

- 1) *šokas arba galima neįautra*: tęsiasi 1–7 dienos po savižudybės;
- 2) *ilgesys, neviltis*: išgyvenami 2 savaites – 3 mėnesius. Per šį laiką baigiasi ir aktyvesnė aplinkinių parama netektį išgyvenusiam žmogui. Tačiau nusižudžiusiojo artimasis dar giliai išgyvena netektį, jam norėtųsi apie ją kalbėti, dažnai lankyti nusižudžiusiojo kapą. Tačiau socialinė aplinka jau riboja šiuos gedinčiojo norus – aplinkiniai nenoriai leidžiasi į kalbas apie nusižudžiusį ar apie gedinčiojo jausmus ir išgyvenimus. Aplinkiniai nori kuo greičiau „pamiršti“ įvykusią savižudybę ir su ja susijusius skausmingus išgyvenimus;
- 3) *bejėgiškumas* (dezorganizacijos etapas): trunka iki 1 metų; pasireiškia fiziniai sutrikimai, psichologinės ir socialinės adaptacijos problemos;
- 4) *persitvarkymas*: grįžtama į funkcionavimo lygį, kuris buvo iki netekties.

Kiekvienas žmogus, kurio artimasis nusižudė, išgyvena labai daug skausmingų jausmų, kurie dažniausiai yra prieštaringi, dalis jų, tokie, kaip pavyzdžiui, pyktis ant nusižudžiusiojo, nusivylimas juo, slegia ir tuo, kad tai nėra „priimtini“ jausmai galvojant apie mirusiuosius ir ne kiekvienas juos leidžia sau išgyventi, juolab, pasidalinti šiais jausmais su aplinkiniais. Liudininkų emocines reakcijas apsprendžia labai daug faktorių: emocinis ryšys su nusižudžiusiuoju, jo trukmė, nusižudžiusiojo amžius, lytis, giminystės ryšiai, asmenybiniai ypatumai, sociokultūriniai veiksniai, savižudybei pasirinkti metodai.

Emociniai nusižudžiusių artimųjų išgyvenimai (N.Farberow, 1992)

Stiprus netekties jausmas, lydimas liūdesio, sielvarto ir gedėjimo.

Kaltė ir pyktis dėl patiriamo bejėgiškumo jausmo – „nieko negalėjau padaryti, kad užkirsčiau kelią savižudybei“.

Taip pat pyktis, kuris kyla dėl įsitikinimo, kad savižudis ignoravo socialines ir moralines, religines normas.

Gėda, kad gentyje, šeimoje įvyko savižudybė – dėl neigiamos visuomenės nuostatos.

Atstūmimo jausmas – nes tas, kuris nusižudė, nesitikėjo, ar atsisakė – atstūmė artimojo pagalbą.

Palengvėjimas – jei tas, kuris nusižudė, visai sunkino artimųjų gyvenimą.

Apleistumo jausmas – nes kiekvienas nusižudžiusiojo artimasis jaučiasi paliktas.

Galimas savižudiškų impulsų sustiprėjimas pačiam nusižudžiusiojo artimajam.

Savižudybės liudininkai dėl savo jausmų sumaišties neretai jaučia, kad praranda sugebėjimą kontroliuoti savo gyvenimą ar net esą prie išprotėjimo ribos.

Visus nusižudžiusiojo artimuosius kamuoja pagrindinis klausimas – kodėl jis/ji nusižudė?

Tačiau *tai klausimas, kuris neturi atsakymo*. Nes savižudybė – daugiafaktorinis fenomenas, ir niekuomet negalima rasti vienintelės priežasties, kodėl žmogus nusižudė. Daugiausiai apie tai galėtų papasakoti tik tas, kurio jau nebėra – nusižudęs asmuo.

Apibendrinant dažniausiai pasireiškiančius jausmus – tai labai didelis nerimas, kaltė, liūdesys, sielvartas, gėda, pažeminimas, pyktis, sutrikimas. Šis skausmingai išgyvenamų jausmų sąrašas leidžia priskirti artimųjų savižudybę prie labai giliai traumuojančių žmogų faktorių, prie sunkiausių netekčių atvejų.

Visas netektis lydi labai sunkūs išgyvenimai. Sunku ir turbūt neįmanoma lyginti netekties sukeltų jausmų sunkumo. Tyrimai tik parodo, kad išgyvenimai po artimųjų savižudybės yra itin sunkūs: išgyvenami labai gilūs kaltės, gėdos jausmai, gedėjimo reakcijos dažnai tęsiasi ilgiau negu esant kitoms mirties priežastims – pavyzdžiui, netekus artimųjų dėl smurtinės ar staigios mirties (Calhoun ir kt., 1991).

Atskirai reikia paminėti itin skausmingą nusižudžiusiojo artimųjų išgyvenimą – tai prisiminimai apie tai, kaip atrodė nusižudęs asmuo, jo kūnas, įvykdžius savižudybę.

Nusižudžiusiojo kūno vaizdas. Prisiminimai

Tai labai sunkūs prisiminimai, kurie vargina tuos, kurie aptiko nusižudžiusiuosius arba pirmą kartą pamatė juos tik po nusižudymo. Ypač šie vaizdai kankina, jei nusižudžiusiojo kūnas buvo labai sužalotas, ar kaip kitaip pasikeitęs.

Ne mažiau problemų išgyvena tie, kurie visai nepamatė nusižudžiusiojo po mirties – arba patys nepanoro tuo metu pamatyti, arba, jei savižudžio kūnas po mirties nebuvo rastas ar kitaip neišliko – nes tai, kas nepamatyta, fantazijoje savo baisumu kartais pranoksta realybę.

GEDĖJIMAS

Gedėjimas po artimojo savižudybės, kaip ir kitų netekčių atvejais, pasireiškia ir atsispindi įvairiuose lygmenyse: jausmų, fizinių pojūčių, pažintinių procesų, elgsenoje (Grad O., 2000).

Gedinčiojo jausmai:

- liūdesys;
- sielvartas;
- pyktis: ant gydytojų, kurie „laiku nesuteikė pagalbos“, ant artimųjų – kurie tikisi ir nesulaukia norimos pagalbos ir užuojautos vien iš kitų, ant nusižudžiusiojo.
- gėda;
- nerimas;
- kaltė;
- vienišumas, apleistumas.

Galimi fiziniai pojūčiai:

- padidintas jautrumas triukšmui;
- galvos, skausmai;

- veržimo, spaudimo, užgulimo jausmas krūtinėje (akmuo ant širdies);
- pilvo skausmai ir virškinimo sutrikimai;
- energijos trūkumo jausmas;
- raumenų silpnumas;
- sausa burna;
- kvėpavimo sunkumai – pasireiškia prabudus, miegant jų nėra;
- kyla pojūtis apie savo kūno funkcijų kontrolės sumažėjimą.

Kognityviniai (pažinimo sferos) sutrikimai:

- netikėjimas, kad artimasis nusižudė (pvz., itin dažnai atsiranda versijos, kad gal jis buvo nužudytas);
- jausmas, kad „nusižudęs yra kažkur netoli“;
- galimos laikinos iliuzijos, kartais net haliucinacijos apie nusižudžiusįjį.

Elgsenos problemos ir ypatumai:

- miego sutrikimai;
- apetito sutrikimai;
- „protingo“ elgesio stoka;
- verksmas;
- labai dažnas mirties vietų lankymas (savižudybės, kapinių);
- nusižudžiusiojo daiktų kaupimas;
- fantazijos apie nusižudžiusįjį.

PARAMA NUSIŽUDŽIUSIŲJŲ ARTIMIESIEMS

Dauguma artimųjų savižudybes išgyvenusių žmonių po netekties neieško pagalbos. Dažniausiai netektis išgyvenama ir paramos sulaukiama siaurame artimųjų rate. Pagalbos dažniausiai neieškoma dėl to, kad išgyvenamas gėdos jausmas, nes visuomenėje vyrauja įsitikinimas, nuostata, kad būti nusižudžiusiojo artimuoju, savižudybės liudininku yra gėda. Savižudybės faktus dažnai bandoma nuslėpti dėl nerašyto socialinio „tabu“, kuris neleidžia kalbėti apie savižudybes.

Gedėjimo procese žmonės, jei ir kreipiasi pagalbos, tai dažniausiai ne iš karto, o po 0,5 – 1 metų, o kai kurie – ir praėjus keliems metams po artimųjų savižudybės.

Kaip siūlyti pagalbą, kurios niekas neprašo?

Pirmiausiai padeda nuostata – žmonės nori pagalbos, tik yra pasimetę ir todėl jos neprašo.

Reikia teikti nuolatinę informaciją apie tokios pagalbos reikalingumą – kad, pvz., pedagogai, moksleiviai, kiti nusižudžiusiųjų artimieji žinotų, jog gali tikėtis/kreiptis ir sulaukti pagalbos visais tokiais sunkiais atvejais.

Svarbu, kad būtų aiškiai informuojama, kur gali rasti pagalbą nusižudžiusiųjų artimieji.

Tokios informacijos, skirtos nusižudžiusiųjų artimiesiems, pavyzdys – žr. prieduose.

Pagrindiniai pagalbos principai nusižudžiusiųjų artimiesiems (Grad O., 1996)

1. Padėti nusižudžiusiojo artimajam priimti netekties faktą ir realybę, nes mirties faktas dažnai nepriimamas – „žinau, bet negaliu tuo patikėti“. Kalbant labai svarbu įvardinti aiškiai – „kad artimasis nusižudė“ – o ne „išėjo, paliko“ ar pan.
2. Padėti nusižudžiusiojo artimajam išgyventi dvasinį skausmą dėl artimojo savižudybės, nes:
 - jis neišvengiamas;
 - skausmo neišgyvenimas (nuslopinimas) veda į depresiją;
 - skausmo išgyvenimas padeda priimti mirties realumą.
3. Reikalinga atsargi medikamentų naudojimo taktika – per didelis medikamentinis jausmų nuraminimas ir slopinimas neleidžia išgyventi skausmo (apie tai plačiau jau rašyta skyriuje „Krizių intervencija“).
4. Svarbu teisingai informuoti nusižudžiusiojo artimąjį apie tai, kas jam rūpi, apie netekties ir gedėjimo išgyvenimų ypatumus, kad daug fizinių pojūčių, skausmingų išgyvenimų yra neišvengiami, bet praeinantys po tam tikro laiko.
5. Pagalba suvokiant, priimant ir kuriant naujus po netekties įvykstančius gyvenimo pasikeitimus, nes nusižudžiusiojo artimasis turi įveikti šias problemas:

- tenka prisitaikyti prie naujų gyvenimo pasikeitimų, sąlygų, kai nebėra nusižudžiusiojo asmens;
- turi atsirasti nauji gyvenimo įgūdžiai – gyventi be nusižudžiusiojo;
- vyksta adaptacija prie naujų socialinių vaidmenų (našlė ar pan.);
- išgyvenama emocinė perorientacija – jausmai nusižudžiusiam investuojami į naujus reikšmingus tarpasmeninius santykius.

Pagalbos būdai nusižudžiusių artimiesiems

- 1) Psichikos sveikatos profesionalų pagalba: individualiai ir grupėse.
- 2) Savipagalbos grupės.

Visais netekčių atvejais, tame tarpe ir netekus artimųjų dėl savižudybės, padeda taikomi krizinės intervencijos būdai jau aprašyti anksčiau. Toliau pateikiame psichologinės paramos grupės modelį, kuris skirtas teikti paramą nusižudžiusių artimiesiems bei veiksmų planą, skirtą mokykloms, kuriose įvyko savižudybė.

PSICHOLOGINĖS PARAMOS GRUPĖS NUSIŽUDŽIUSIŲJŲ ARTIMIESIEMS MODELIS

Šis modelis (O.Grad, A.Zavasnik, 2000) atstovauja psichologinės paramos grupę, kurią veda psichikos sveikatos specialistai, ir kurios pagrindiniai principai yra šie:

- geriau kai tokioje grupėje dirba du vadovai, nes vienam tektų per didelis ir per sunkus emocinis krūvis;
- rekomenduotina, kad grupės darbą vadovams padėtų aptarti profesinę priežiūrą galintis atlikti specialistas (supervizorius);
- bent vienas iš vadovų turėtų būti patyręs netekčių įveikimo specialistas ir/arba išgyvenęs netektį dėl artimųjų savižudybės;
- geriau, kai tokios grupės būtų uždaros – t.y., kai jas pradeda ir baigia lankyti tie patys žmonės (pastaba: JAV sėkmingai vedamos ir atviros grupės – t. y. kai į jau veikiančias grupes nuolatos priimami nauji dalyviai. Tai susiję su visuomenės, bendravimo

atvirumo laipsniu, galiojančiomis socialinės distancijos normomis kultūroje);

- trukmė – 8 sesijos (1 kartą per savaitę, po pusantros valandos);
- turinys: grupės narių pasidalinimas išgyvenimais dėl artimųjų savižudybės ir emocinė parama visiems dalyviams. Šiose grupėse neanalizuojama, neinterpretuojama, nederinama su perkėlimu ir kitais ilgalaikės psichodinamiškai orientuotos psichoterapijos metodais.

Kaip ir visoms grupėms, taip ir čia pristatomi, yra būdingos tam tikros grupinių procesų fazės

1) Pirma fazė: trunka 1–3 sesijas.

Grupės nariai pasakoja apie artimųjų savižudybės aplinkybes. Atgaminama kuo daugiau su artimojo savižudybės momentu susijusių detalių. Papasakojama kaip buvo rastas nusižudžiusiojo kūnas – iki tol žmonės dažniausiai būna to neišpasakoję niekam – nes tai žiaurios aplinkybės, kurias baisu/drovu kam nors pasakoti. Kalbama apie nusižudžiusiojo laidotuves, pirmąsias savo ir aplinkinių reakcijas per laidotuves.

Šioje fazėje grupės nariai linkę daugiau kreiptis ne vienas į kitą, o į grupę vadovaujantį psichoterapeutą: viską pasakoja jam, o ne vienas kitam. Todėl jau pirmojo susitikimo metu svarbu visiems priminti, kad grupės nariai kuo daugiau kalbėtusi vienas su kitu, ir kalbėtų apie visus jausmus. Grupės narių elgesys šioje fazėje pakankamai egocentriškas. Išgyvendami savo skausmą, jie nelabai klauso ir girdi vienas kitą, kalbėdami kartais vos nelenktnyčiau, kam yra blogiau: „aš jau nebeturiu nei vieno vaiko, o tau dar liko vienas...“ Tačiau tai suprantamos netekties ir skausmo išgyvenimo reakcijos.

Po pirmųjų grupės susitikimų žmonės skundžiasi, kad jaučiasi blogiau, negu jautėsi iki tol. Tai natūralu. Bet vis tiek reikia skatinti kalbėti apie skausmingus išgyvenimus ir savižudybės detales. Reiktų įspėti grupės narius apie tokį laikiną savijautos pablogėjimą, paaiškinant, kad tai neišvengiama, kad vėliau būtų lengviau ir geriau.

Labai svarbu paaiškinti grupės nariams, kad jie niekuomet neras tikro atsakymo į klausimą: „Kodėl nusižudė?“ Kad jiems teks gyventi be šio atsakymo.

2) **Antra fazė:** 4–5 sesijos.

Grupės nariai dalinasi dabartinais išgyvenimais. Aptariama, kaip dabar klostosi santykiai su kitais žmonėmis: ką žmonės, kaimynai, kiti artimieji kalba apie savižudybę, kokius kaltinimus tenka išgirsti nusižudžiusių artimiesiems, kokiose situacijose buvo sunkiausia bendrauti – dėl nežinojimo ką daryti, kaip elgtis jei esi nusižudžiusiojo artimasis ir pan.

Kalbama apie naktinius košmarus, sapnus, deliuzijas (bauginantys reginiai, susiję su nusižudžiusiojo kūno radimu), kurie dažnai būna įkyriai pasikartojančio pobūdžio.

Psichoterapeutui užduodama daug klausimų, į kuriuos jis turėtų atsakyti kognityviniame lygyje. Tokie atsakymai veikia raminančiai – dera papasakoti grupės nariams apie savižudybes, kaip fenomeną, apie psichologinius savižudybių aspektus, kaip aiškina savižudybes mokslininkai.

Šioje grupės fazėje daugėja komunikacijos tarp grupės narių, didėja grupės narių sutelktumas, grupės nariai daugiau išklauso, palaiko vienas kitą.

3) **Trečia fazė:** 6–8 sesijos.

Grupės nariai daugiau bendrauja, dalijasi, palaiko vienas kitą. Mažiau išreiškiama liūdesio. Atsiranda noras pratęsti grupę. Nesikonzentruojama į psichoterapeuto asmenybę. Atsiranda grupės narių planai tolimesniems susitikimams.

Grupių komplektavimas

Į tokias grupes gali būti priimami gedintys žmonės dėl įvairių netekčių – netekę artimųjų, kurie nusižudė ar mirė po nelaimingų atsitikimų ir pan.

Pageidautina, kad būtų praėjęs ne mažiau kaip vienas mėnuo po netekties.

Aštuonis grupinius susitikimus veda psichoterapeutai. Jei grupės nariai nori toliau susitikti – galima siūlyti tęsti darbą savipagalbos grupėje ar įkurti nusižudžiusių artimųjų palaikymo klubą. Šie susitikimai vyksta be psichoterapeuto vadovavimo.

Psichoterapeutas turi išlikti prieinamu savipagalbos grupių nariams.

Apibendrinimas. Pagrindiniai paramos ypatumai, nusižudžiusių artimiesiems

- 1) Normalizuoti su netektimi susijusius išgyvenimus.
- 2) Mažinti mirties/savižudybės neigimą. Jei artimojo mirtis nepriimama ir neišgyvenama emociškai – nepraeina netekties skausmas.
- 3) Leisti ir padėti nusižudžiusiojo artimajam išgyventi netekties skausmą.
- 4) Nevengti žodžio „savižudybė“ kalboje – pvz., reikia sakyti: „jis nusižudė“ o ne: „jis pasitraukė ar išėjo iš gyvenimo“.
- 5) Išklaudyti. Neretai pasiliekant be atsakymų, kurie taip rūpi nusižudžiusių artimiesiems.
- 6) Nevertinti (teisinga-neteisinga, gerai-blogai).
- 7) Nepiktnaudžiauti moksliniais terminais, o kalbėti suprantama ir artima netektį patyrusiajam kalba.
- 8) Bendra strategija: išgyvenamų netekties jausmų eksternalizacija ir išreiškimas.

Kyla natūralus klausimas – kodėl taip lėtai į mūsų kultūrą ateina paramos nusižudžiusių artimiesiems kūrimas? Kodėl tik nedaug specialistų ir visame pasaulyje imasi šio labai reikalingo darbo – teikti pagalbą savižudybių liudininkams? Vienas iš atsakymų – tai labai nelengvas emociškai darbas, sunkus dvasinis krūvis šiems specialistams ir visiems, kas dalyvauja tokių krizinių išgyvenimų procese. Tai suprantamo mūsų visų nerimo prieš skausmą, kančią ir mirtį išraiška. Tačiau kiekvienas, kuris teikė tokią pagalbą, neabejodamas patvirtins, kokia gili ir didelė prasmė lydi tokią veiklą.

KĄ REIKIA ŽINOTI IR KĄ REIKIA DARYTI ĮVYKUS SAVIŽUDYBEI MOKYKLOJE

Pagrindinės nuostatos į savižudybių prevenciją mokykloje

Mokykloje, kaip ir bet kurioje kitoje įstaigoje, organizacijoje įvyksta ir gali įvykti savižudybės – moksleivių, mokytojų, mokyklos administracijos atstovų. Taip atsitinka visose pasaulio mokyklose, ir *nei viena konkreti mokykla negali būti dėl to kalta ar visiškai atsakinga*. Kaip jau minėjome, kiekviena savižudybė – tai labai sudėtingas daugiafaktorinis procesas ir vienos priežasties, dėl ko žmogus nusižudė – nėra.

Dera keisti visuomenės, švietimo institucijų, mokyklos bendruomenės požiūrį į įvykusį savižudybės faktą mokykloje: mokykla, kurios auklėtinis, mokytojas ar direktorius nusižudė, iš esmės nesiskiria nuo kitų, nes bet kurioje mokykloje gali įvykti savižudybė. Žinome, kad dėl tam tikrų kultūroje, visuomenėje vyraujančių tradicinių nuostatų savižudybės faktas dar dažnai priimamas kaip gėdingas mokyklai įvykis. Tai – klaidinga nuostata, iš kurios reikia vaduotis.

Į mokyklą, kurioje įvyko mokyklos bendruomenės nario savižudybė, pirmiausiai turi būti žiūrima kaip į *struktūrą, kurioje atsitiko krizinis įvykis*, kuris turės pasekmių:

- Universalus šio krizinio įvykio poveikis: daugiau ar mažiau tam tikri į krizinius panašūs išgyvenimai bus būdingi visiems mokyklos bendruomenės nariams – visi asmenys mokykloje jaus daugiau ar mažiau išreikštą nerimą dėl to, kad nusižudė jų bendruomenės narys, visi bus vienaip ar kitaip prislėgti, kai galvos apie tai, kas atsitiko, visi jausis daugiau ar mažiau pasimetę, kaip jaučiasi visi žmonės, kai sužino, kad kažko netikėtai neteko.
- Tam tikra mokyklos bendruomenės narių dalis žmonės, artimiau susiję su nusižudžiusiuoju, kuriems kontaktas su juo buvo emociškai reikšmingas, tikėtina, bus labiau *paveikti emociškai arba išgyvens psichologinę krizę*, kurios įveikimui reikės daugiau laiko (iki 2 mėnesių) ir kurios išgyvenimams sušvelninti labai svarbi pagalba – žmogiškoji parama, gal būt bus reikalinga ir psichikos sveikatos specialistų (psichologų, psichoterapeutų) pagalba.
- Kai kurie mokyklos bendruomenės nariai, kurie labiau psichiškai pažeidžiami arba ir iki šio krizinio įvykio turėję minčių ar ketinimų nusižudyti, šį krizinį savižudybės atvejį priims kaip itin reikšmingą jiems asmeniškai. Tai gali sukelti jų psichikos būsenos pablogėjimą, psichologinių problemų daugėjimą ir gilėjimą ir/arba sustiprinti savižudiškas mintis bei ketinimus.

Mokykla – tai sistema, kurią lanko psichiškai labiau pažeidžiamo amžiaus žmonių grupė: vaikai, paaugliai, jaunimas. Jie auga, vystosi, – dėl šios raidos ypatumų yra itin atviri ir imlūs išorės poveikiams. Todėl savižudybės faktas mokykloje vaikams ir jaunuoliams yra visuomet rizi-

kos faktorius – dėl galimybės, kad savižudiškas elgesys bus imituojamas arba taps netinkamu modeliu savo asmeninems problemoms spręsti. Ši rizika yra tuo didesnė, kuo reikšmingesnis asmuo mokykloje nusižudė – žinomas daugeliui moksleivis, mokytojas, direktorius. Kuo atsakingesnis nusižudžiusiojo socialinis vaidmuo mokykloje, tuo daugiau žmonių išgyvens šią netektį kaip sau reikšmingą. Kai nusižudo mokytojas arba administracijos atstovas, visuomet neišvengiamai didėja suaugusio žmogaus elgsenos pavyzdžio savo ugdytiniams poveikis, šiuo atveju, suprantama, nesektinas.

Būtina, kad mokykla, kurios auklėtinis, mokytojas ar administracijos atstovas nusižudė, iš karto *sulauktų paramos* iš išorės (švietimo, sveikatos apsaugos sistemų) bei *pati būtų pasiruošusi krizių įveikimo ir postvenciniam darbui*.

Mokykloje, kurioje įvyko mokyklos bendruomenės nario savižudybė, visuomet bus kelios *labiausiai išgyvenimų dėl savižudybės emociškai paveiktos žmonių grupės*, kurioms turi būti pirmiausiai siūloma psichologinė parama:

- asmenys, kurie kartu mokėsi (klasės draugai) ar dėstė (pedagogai) klasėje, kurioje nusižudė moksleivis;
- nusižudžiusiojo moksleivio, mokytojo ar administracijos atstovo artimieji, draugai, žmonės, su kuriais nusižudęs asmuo buvo emociškai labiau susijęs.

Todėl teikiant psichologinę paramą svarbu žinoti, kad mokykloje, bet kurios savižudybės atveju, jos reikės: moksleiviams, pedagogams ir administracijai.

Kodėl būtina pagalba, kai mokykloje įvyksta savižudybė?

Savižudybė – tai krizinis įvykis, kuris vienaip ar kitaip neapeina nei vieno bet kurios mokyklos bendruomenės nario. Šio giliai emociškai sukrečiančio krizinio įvykio pasekmės visuomet yra susijusios su tam tikra rizika kitų mokyklos bendruomenės narių fizinei ir psichikos sveikatai, todėl pasiūlyti pagalbą mokyklos bendruomenės nariams, ir ypač iš rizikos grupių (turintiems savižudiškų ketinimų asmenims, nusižudžiusiojo artimiesiems) yra būtina. Tai praktiškai visų mokslininkų ir praktikų, dirbančių krizių įveikimo ir savižudybių prevencijos srityje, išvada.

Priemonės, kurias reikia taikyti iš karto, kai mokykloje įvyko savižudybė (pagal Žemaitienė N., Jaruševičienė L., 2000 ir kt.)

PIRMAS ŽINGSNIS

Skubus mokyklos administracijos ir pedagogų susirinkimas, kurio metu aptariamas konkretus veiksmų planas.

Jei mokykloje yra iš anksčiau patvirtintos administracijos taisyklės, kaip elgtis administracijai ir pedagogams įvykus kriziniams įvykiams, tarp jų ir savižudybei – vykdomos šios taisyklės, vykdymo tvarka tik detalizuojama ir konkretinama. Patvirtintas iš anksto taisyklės, veiksmų planą vykdyti žymiai lengviau, negu imtis šio plano kūrimo įvykus savižudybei ar kitam nelaimingam dramatiškam atsitikimui, kurį galime kvalifikuoti kaip krizinius išgyvenimus galintį sukelti atvejį, nes tuomet visų mokyklos bendruomenės narių išgyvenamos skausmingos ir sunkios emocijos apsunkina efektyvios pagalbos organizavimą.

Tačiau, jei mokykloje tokių taisyklių nėra, jos kuriamos tuo metu, kai atsitiko nelaimė.

ANTRAS ŽINGSNIS

Mokyklos direktorius arba jį pavaduojantis asmuo *skiria mokyklos krizių įveikimo komandos narius ir šios komandos koordinatorių.*

Mokyklos krizių įveikimo komandos nariai turėtų būti pakankamai susipažinę su krizių įveikimo darbo specifika. Jos nariais gali būti mokyklos administracijos atstovai, pedagogai, mokykloje dirbantis ar ryšį su mokykla palaikantis psichologas ar kitas psichikos sveikatos specialistas.

Krizių įveikimo darbas: su bazinėmis krizių ir savižudybių prevencijos žiniomis pedagogai gali susipažinti per 6–12 val. trukmės paskaitas ir seminarus, kuriuos rengia krizių ir savižudybių darbą atliekantys specialistai. Šiuo metu Lietuvoje visiems būsimiems pedagogams tokios žinios dar nėra dėstomos. Jas dažniausiai tenka įgyti kaip papildomą kvalifikaciją. Krizių įveikimo darbą ir savižudybių prevenciją sudaro žinios ir praktiniai įgūdžiai apie tai, kaip išvengti krizių ir savižudybių, kokie savižudybių atpažinimo ženklai, savižudybių ir krizių rizikos faktoriai; kaip elgtis, kai kažkas nori nusižudyti, ką daryti, kai kas nors nusižudė mokykloje; prevenciniai švietimo aspektai ir visos kitos žinios, susijusios su veikla, kuri gali užkirsti kelią krizėms ir savižudybėms arba kaip teikti pagalbą joms įvykus.

Jei mokyklos krizių įveikimo komandos nariai specialių reikiamų žinių apie savižudybių prevenciją ir postvenciją neturi, mokyklos administracija turėtų kreiptis pagalbos į krizių įveikimo darbą atliekančius specialistus, kurių reikia ieškoti mokyklų pedagoginėse psichologinėse tarnybose ir centruose, psichikos sveikatos centruose, kitose organizacijose, kurios atlieka savižudybių ir krizių įveikimo prevenciją. Bet kuriuo atveju, norint taikyti krizių įveikimo ir postvencinę pagalbą, yra rekomenduotina kviesti specialistus ir iš šių nurodytų tarnybų, kadangi mokyklos krizių įveikimo komanda gali daug nuveikti atlikdama organizacines prevencines funkcijas (mokyklos bendruomenės informavimas, kontaktai su žiniasklaida, laidotuvių organizavimas ir pan.), tačiau krizių įveikimo – intervencinį darbą efektyviau atliks specialiai tam pasiruošę specialistai iš kitų tarnybų, kurios specializuojasi krizių įveikime, savižudybių prevencijoje.

TREČIAS ŽINGSNIS

Mokyklos krizių įveikimo komanda imasi tokių priemonių

1. *Paruošia informacijos apie įvykusią savižudybę tekstą*, kuris bus skirtas mokyklos bendruomenei, moksleivių tėvams. Tekstas turi būti aiškus, konkretus, trumpas ir emociškai neutralus. Tekste aiškiai įvardijama kas įvyko: kad asmuo „nusižudė“, kada nusižudė ir kas nusižudė. Tekstas pagarbus, kaip ir kalbant ar rašant apie bet kurį mirusį žmogų. Taip pat tekste turėtų būti išreikštas mokyklos kolektyvo liūdesys dėl netekties ir supratimas, kad visa mokyklos bendruomenė skaudžiai išgyvena šį įvykį. Tuo pačiu nurodomos priemonės, kokių veiksmų bus imtasi norint įveikti mokyklą ištikusią krizę (bus kviečiama krizių įveikimo komanda, prieinami psichikos sveikatos konsultantai, išplatinta informacija apie visas psichologinę paramą teikiančias tarnybas – psichologinės pagalbos telefonus, psichologines konsultacijas ir t.t.).
2. *Aptaria, kaip mokytojai pristatys ir komentuos šį informacinį tekstą ir kalbės apie įvykusį faktą su moksleiviais, jų tėvais.* Aptartas ir patvirtintas tekstas pristatomas visiems mokyklos bendruomenės nariams, geriausiai – visiems vienu metu, iš karto po įvykusios savižudybės, pvz., kitą rytą. Į moksleivių amžiaus ypatumus atsižvelgiama, tačiau bendri informacinio teksto principai išlieka. Kiekvieno mokytojo užduotis pristatant informaciją – kuo aiškiau informuoti

moksleivius apie savižudybę mokykloje, sumažinti moksleivių nerimą ir užkirsti kelią įvairių versijų apie savižudybę tikrinimui. Svarbu paaiškinti moksleiviams, kad savižudybė niekuomet nėra vienos priežasties rezultatas, kad niekas asmeniškai negali būti atskingas mokykloje už šią mirtį, kad nebus rastas atsakymas į klausimą, kodėl nusižudė šis asmuo. Kalbant apie nusižudžiusį asmenį labai svarbu atskirti jo asmenines savybes nuo poelgio – savižudybės. Kai kalbama apie asmenį – jis gali būti menamas kaip geras žmogus, pareigingas darbuotojas, bet kai kalbama apie jo poelgį – savižudybę – dera laikytis nuostatos, kad savižudybė – tai ne išeitis sprendžiant problemas nes:

- savižudybė dažniausiai – nepakeliamo psichikos skausmo, beviltiškumo jausmo išraiška, kuriais žmogus nerado/nesugebėjo/nemokėjo su kuo nors pasidalinti ar kitaip su jais išbūti tuo metu – t.y. jis neieškojo arba nesugebėjo rasti reikiamos pagalbos;
- savižudybė palieka labai sunkias psichologines, dvasines pasekmes nusižudžiusiojo artimiesiems, draugams, bendradarbiams, visiems, su kuriais nusižudęs asmuo turėjo reikšmingesnius asmeninius kontaktus.

Mokytojai turėtų būti labai dėmesingi ir jautrūs moksleivių emocijoms, elgesio reakcijoms, kurias pastebės, kai praneš ir kalbės apie įvykusią savižudybę. Moksleiviams turi būti sudaryta galimybė būti išklaustytiems, jiems turi būti lengvai prieinama psichologinė parama arba pagalba, jei jos prireikia.

Tėvams taip pat turi būti žinoma informacija apie savižudybę mokykloje. Geriau, kai šią informaciją tėvai gali gauti individualiai ar nedidelėmis grupėmis – turima galvoje, kad dideli tėvų susirinkimai, įvykus savižudybei mokykloje, neturėtų būti šaukiama. Tėvams, kaip ir visos mokyklos bendruomenės nariams, turėtų būti prieinama visa prevencinė informacija, informacija apie visas pagalbos tarnybas bei kokių priemonių ėmėsi mokykla, kad padėtų visiems moksleiviams išgyventi ištikusią juos krizę dėl mokyklos bendruomenės nario savižudybės.

3. *Informuoja apie įvykį reikiamas institucijas.* Mokyklos administracija informuoja apie įvykusią savižudybę švietimo struktūrą, kuriai pavaldi. Švietimo institucijų vadovai, kurioms yra atskaitinga kon-

kreiti mokykla, turėtų padėti mokyklai organizuoti visą reikiamą krizės įveikimo pagalbą arba padėti/nurodyti, kaip ją organizuoti, jei mokykla nėra dar tam pasiruošusi. Tai turėtų būti daroma ne tik formalių nurodymų ir įsakymų forma, o profesionaliai ir žmogiškai, suvokiant, kad mokyklą ištiko krizė, ir visiems šios mokyklos bendruomenės nariams, tarp jų mokytojams ir administracijai, reikalinga parama, palaikymas ir užuojauta.

4. *Paskiria atstovą, kuris teiks informaciją žiniasklaidai.* Rekomenduotina, kad su žiniasklaida bendrautų ir informaciją teiktų vienas, mokyklos administracijos paskirtas asmuo. Šis asmuo turėtų būti susipažinęs su rekomendacijomis kaip apie savižudybes turėtų informuoti žiniasklaidą. Informacija apie savižudybę žiniasklaidai teikiama laikantis bendrai priimto informacinio teksto apie savižudybę, bei prevenciniu aspektu – tai informavimas, kokių priemonių mokykla imasi, kad būtų suteikta parama visos mokyklos bendruomenės nariams, ypač arčiau su nusižudžiusiuoju bendravusiems asmenims. Mokyklos atstovas neprivalo ir neturėtų teikti žurnalistams įvairių versijų apie savižudybę ir jos detales. Tai – juridinių institucijų kompetencija. Žurnalistų apklausa ir skelbiama vėliau informacija apie tai dažnai labai traumuojančiai veikia krizės būsenoje atvirai ir nuoširdžiai kalbėjusius žmones, ypač tuos, kurie buvo susiję artimiau su nusižudžiusiuoju. Mokyklos krizės įveikimo komanda turėtų tai numatyti.
5. *Peržiūri naujausią visų esamų pagalbos įstaigų sąrašą: psichologinės pagalbos telefonų, psichologinių konsultacijų ir pan. Šis sąrašas su telefonais ir adresais turi būti prieinamas kiekvienam mokyklos bendruomenės nariui.* Šios informacijos mokyklos krizių įveikimo komanda gali kreiptis į prevencines savižudybių ir krizių įveikimo tarnybas. Šiuo metu informaciją apie psichologinės pagalbos telefonus, psichologinės ir socialinės paramos tarnybas galima rasti ir interneto svetainėse, kurias sukuria organizacijos, besirūpinančios psichikos sveikatos apsauga, krizių ir savižudybių prevencija (pvz.: Jaunimo psichologinės paramos centro internetinė svetainė: www.jppc.lt).
6. *Aptaria laidotuvių detales prevenciniu aspektu.* Organizuojant nusižudžiusiojo asmens laidotuves išlaikomi tradiciniai mirusiajam pagarbos aspektai ir ritualai. Tačiau mokyklos krizių įveikimo koman-

dai laidotuvių organizacijos metu dera nuolatos prisiminti ir prevencinius principus, kurių tikslas – sumažinti savižudybės fakto sukeliamus emocinius išgyvenimus:

- laidotuvėse dalyvauja tik norintys mokyklos bendruomenės nariai;
 - velionis šarvojamas ne mokykloje;
 - atsisakoma kai kurių įprastų laidotuvių ritualų, tokių kaip didelis velionio portretas visų lankomoje mokyklos vietoje ar klasėse su įvairiais gedulo simboliais – degančios žvakės ir pan.;
 - neviešinami, neplatinami, nepridedami prie nusižudžiusiojo foto nuotraukos, neskaitomi viešai velionio atsiveikinimo žodžiai;
 - pagarba mirusiajam, kaip ir susitaikymas su jo pasirinkimu mirti, neturi tapti savižudybės fakto garbinimu.
7. *Įvertina situaciją ir galimybes bei kviečia krizių įveikimo komandą iš kitų savižudybių ir krizių atvejais galinčių teikti pagalbą tarnybų.* Mokyklos krizių įveikimo komanda, įvertinusi, kurie mokyklos bendruomenės nariai pateko į didžiausią įvykusios savižudybės sukeltą emocinio poveikio riziką, siūlo/rekomenduoja/ kviečia į mokyklą savižudybių prevencijos specialistus, kurie taiko įprastus tokiais atvejais psichologinės apklausos metodus, rekomenduoja kaip atlikti postvencinį darbą arba atlieka jį patys, nurodo veikiančias paramos grupes nusižudžiusiųjų artimiesiems, jei tokios yra, konsultuoja individualiai, teikia prevencinę informaciją, padeda nustatyti labiausiai emociškai paveiktus ir pagalbos reikalingus asmenis mokykloje, sudaro galimybes į juos kreiptis ir pabaigus intervencinį-postvencinį darbą mokykloje, padeda susisiekti su kitais reikiamais specialistais.
8. *Numato priemones, kaip bus laikomasi įprasto darbo ritmo mokykloje.* Įprasto darbo ritmo išlaikymas suteikia saugumo jausmą krizinėje situacijoje. Tai reiškia, kad rūpinamasi, kad pamokos, numatyti renginiai prasidėtų laiku. Emociškai paveikti ir laikinai krizę išgyvenantys mokytojai, turėtų būti pavaduojami kolegų. Visos mokyklos bendruomenės struktūros turėtų veikti įprastu laiku ir ritmu. Jei mokykloje įvyko savižudybė, įprastas mokyklos gyvenimas neturi dėl to sustoti ar sutrikti.

ORGANIZACINIAI KRIZIŲ ĮVEIKIMO ASPEKTAI

PAGALBOS LYGIAI, TARPŽINYBINIS BENDRADARBIAVIMAS,
KRIZIŲ ĮVEIKIMO TARNYBOS, PSICHOLOGINĖS PAGALBOS TELEFONAI

PAGALBOS LYGIAI

Klasikiniu yra laikomas G.Caplano (1964; cit.pagal Antoon Leenars, 2001) požiūris į psichikos sveikatos ir visuomenės sveikatos problemų prevenciją. Pasak jo, esama *pirminės, antrinės ir tretinės prevencijos*. Pastaruoju metu šios trys *prevencijos* rūšys dažniau vadinamos *prevencija, intervencija ir postvencija*.

K.France (1992) taip pat pateikia **3 panašius pagalbos krizę išgyvenantiems žmonėms lygius**.

1) Pirminės prevencijos lygis – *prevencija*.

Tai apskritai rūpinimasis psichikos higiena: ieškomos strategijos, kaip panaikinti įvairias sąlygas, kurios gali sukelti krizines situacijas, savižudybių grėsmę.

Šiame lygyje svarbiausias vaidmuo tenka bendruomenės narių ir institucijų atliekamai praktinei prevencinei veiklai, visuomenės, specialistų švietimui.

Visos pastangos nukreiptos kuo greičiau aptikti krizes išgyvenančius žmones ir pasiūlyti jiems paramą: labai svarbu kuo anksčiau pradėti koreguoti krizinius išgyvenimus, nelaukti, kol jie pasireikš intensyviai, arba chronizuosis. Pirmoji pagalba turi sustabdyti psichologinės krizės negatyvų vystymąsi, padėti žmogui sukaupti jėgas įveikti krizę.

Tokią pagalbą teikia krizių įveikimo tarnybos, krizių įveikimo komandos. Todėl labai svarbu kurti kuo platesnį ir prieinamesnį krizes išgyvenantiems žmonėms tokių tarnybų tinklą.

2) Antrinės prevencijos lygis – *intervencija*.

Jis orientuotas į aktualių dėl krizės kilusių, problemų sprendimą. Tai – parama tuo metu išgyvenantiems krizes žmonėms. Tai „įėjimas“ į patį krizės, savižudybės procesą, kuriame:

- taikoma aktyvi krizių įveikimo terapija/intervencija;
- svarbiausias vaidmuo tenka specialistams (psichologams, psichiatrams, socialiniams darbuotojams, slaugos specialistams, krizių įveikimo centrų darbuotojams bei savanoriams ir t.t.);
- krizę išgyvenančiam žmogui padedama priimti su juo gyvenime atsitikusius įvykius ir su jais susijusius išgyvenimus, stiprinama žmogaus motyvacija pozityviems sprendimams, tvirtinami viltis ir tikėjimas. Problemos sprendžiamos palaipsniui, sudaromi konkretūs artimiausios veiklos planai. Jei leidžia galimybės ir yra poreikis, į pagalbą yra įtraukiami išgyvenančiojo krizę artimieji, draugai, reikalingos profesinės tarnybos ar kitos svarbios visuomeninės paramos institucijos.

3) Tretinės prevencijos lygis – *postvencija*.

Tai – pagalba, kuri teikiama išgyvenusiems krizes žmonėms, nusižudžiusiųjų artimiesiems siekiant greitesnio grįžimo į įprastą jiems gyvenimo ir funkcionavimo lygį.

Postvencijos terminą įvedė E.Schneidman 1973m. Šiuo atveju terminas talpina viską, ko imamasi įvykius savižudybei ar bandymui žudyti:

- daroma viskas, kad krizė netaptų chronišku išgyvenimu. Šalinami liekamieji krizės efektai: taikoma psichoterapija, dirbama specialiose paramos ir savipagalbos grupėse;
- siūloma ir teikiama parama nusižudžiusiojo, bandžiusiojo žudyti, kitas netektis patyrusiems artimiesiems.

TARPŽINYBINIS BENDRADARBIAVIMAS

Optimali psichologinių krizių ir savižudybių prevencijos, intervencijos ir postvencijos sistema praktikoje turėtų apjungti švietimo sistemas, sveikatos, socialinės apsaugos, vidaus reikalų, religijos institucijų/žinybų, nevyriausybinių organizacijų pastangas ir finansinius resursus bei garantuoti gerą ryšį tarp jų.

Švietimo sistema

Visuomenė turi būti adekvačiai ir prieinamai informuojama apie tai, kaip teikti paramą krizes išgyvenantiems, galvojančiams apie savi-

žudybę žmonėms; kur ieškoti pagalbos tokiais atvejais. Svarbu, kad pirminės prevencinės žinios apie savižudybes, psichologines krizes būtų prieinamos kuo platesniam visuomenės ratui – per žiniasklaidą, platinant prevencinio turinio lankstukus, lipdukus ir t.t. Šia veiklą turėtų vykdyti: švietimo įstaigos, visuomenės sveikatos priežiūros institucijos, psichologinę-socialinę paramą teikiančios organizacijos, visos bendruomeninio lygio paramos tarnybos.

Tokios profesinės grupės kaip mokytojai, dėstytojai, medikai, socialiniai ir slaugos darbuotojai, policijos pareigūnai, religinių institucijų atstovai turėtų gauti pagrindines krizių ir savižudybių prevencijos žinias bei mokymą, kaip praktiškai jas taikyti. Tokiam kursui išdėstyti pakanka 8–12 valandų.

Žiniasklaida

Žiniasklaidai tenka labai svarbus vaidmuo formuojant nuostatą į savižudybes, skleidžiant žinias apie pagalbos tarnybas krizes išgyvenantiems žmonėms. Tačiau labai dažnai žiniasklaidos atstovai neįvertina šio vaidmens ir kitaip naudoja savo įtaką visuomenėje. Teikiant informaciją apie krizines situacijas, savižudybes neretai pažeidžiamas žurnalistų etikos kodeksas, perlipamos informacijos sklaidos žmogiškumo ribos – publikuojant kaip įdomias ir didinančias tiražą sensacijas, įvykius apie žmonių nelaimes – savižudybes ar kitus krizinius atvejus. Žiniasklaidos atstovai dažnai nepaiso asmens privatumo teisių, neatsižvelgia į tai, kaip giliai traumuojami aprašyti ir fotonuotraukomis pristatyti žiniasklaidos priemonėse pasimetę krizėje žmonės, kokius skausmingus jausmus dėl nusižudžiusiųjų asmenų tendencingų aprašymų, supaprastintų jų savižudybių versijų išgyvena jų artimieji. Žiniasklaidoje skelbiant informaciją apie krizes ir savižudybes greta rekomenduojama skelbti ir informaciją apie galinčias padėti tokiais atvejais paramos tarnybas. Pateikiant žinias apie krizinius, savižudybių atvejus rekomenduotina korektiška, tik neutralaus informavimo lygį atspindinti įvykių pristatymo taktika. Neteisingai rašant ir kalbant apie savižudybes galima sudaryti sąlygas naujoms savižudybėms – pagal aprašytųjų pavyzdį. Dažniausiai rekomendacijose kaip išvengti savižudybės pamėgdžiojimo žurnalistai prašomi (Gailienė D., 1998): vengti supaprastinimo (kai lengva ranka aprašomos įvairios ir labai vienareikšmės savižudybių versijos ir pan.), nenutylėti psichikos svei-

katos sutrikimų, jei nusižudžiusysis jų turėjo (depresija, alkoholizmas), vengti sensacingo savižudybės pateikimo, nespausdinti žinių apie savižudybes pirmuose leidinių puslapiuose, neminėti žodžio „savižudybė“ publikacijų antraštėse, nepublikuoti nusižudžiusiųjų fotonuotraukų, neromantizuoti savižudybės atvejų. Ir būtinai pateikti ir pozityvią, viltį palaikančią informaciją apie galimybes gauti pagalbą, konkrečiai nurodant adresus ir telefonus.

Sveikatos apsauga

Sveikatos apsauga funkcionuoja optimaliai, kai ji nukreipta į realią sveikatos apsaugą ir problemų, sukeliančių ligas, prevenciją, o ne tik į ligų gydymą. Tačiau krizių ir savižudybių prevencinės paslaugos praktiškai nėra apmokamos iš sveikatos sistemos lėšų. Krizių intervencijos apmokėjimas išlieka opia problema, nors būtent sveikatos sistemoje dažniausiai bazuojasi tokios reikalingos krizių bei savižudybių prevencijai bei galinčios teikti krizių intervencines paslaugas tarnybos:

- psichikos sveikatos centrai;
- specializuot stacionarai;
- juose ar prie jų veikiančios psichologinės anoniminės pagalbos telefonai.

Visi iki šiol man žinomi Lietuvoje bandymai iš sveikatos sistemos lėšų finansuoti prevencines krizių ir savižudybių paslaugas yra mažai sėkmingi ir mažai efektyvūs, arba pasižymi programinio finansavimo ribotumais, negarantuoja prevencinės veiklos tęstinumo ir koordinuojami labai formaliai. Akivaizdi iliustracija – 2003m. patvirtinta valstybinė savižudybių prevencijos programa, kurios efektyviam vykdymui vietoj reikiamų 3 mln. litų skirta 40 000 Lt visai Lietuvai. Vargu ar čia reikalingi papildomi komentarai.

Socialinė apsauga

Didelis vaidmuo tenka socialinės paramos tarnyboms, kurios gali teikti adekvačią informaciją ir konsultacijas visais svarbiais krizės ištiktam žmogui klausimais (socialiniais, juridiniais, įdarbinimo, apie kitas pagalbos tarnybas), kurioms svarbus vaidmuo tenka socialinių darbuotojų atliekamai veiklai, trumpalaikio prieglobsčio organizacijai, kitai bendruomenės lygyje teikiamai socialinei pagalbai, kuri reikalinga krizes išgyvenantiems žmonėms.

Socialinės apsaugos sistemoje teikdamos socialines paslaugas, krizių ir savižudybių prevencinę veiklą vykdo:

- socialinės paramos tarnybos;
- specializuoti krizių įveikimo centrai (smurtą išgyvenusioms moterims ir pan.);
- psichologinio-socialinio konsultavimo tarnybos: bendros ir specializuotos (vaikams, paaugliams, jaunimui, patyrusiems seksualinę prievartą žmonėms, priklausomiems asmenims bei jų artimiesiems ir t.t.).

Didelę prasmę įgyja ir daug vilčių teikia pradėtas socialinių paslaugų pirkimas konkurso keliu iš kvalifikuotai jas vykdančių valstybinių ir nevalstybinių organizacijų, sudarant sąlygas šių paslaugų tęstinumui – kai paslaugos perkamos ne nuo pavasario ir iki gruodžio 31d. (kas būdingiausia programinio finansavimo realybei laike) be savalaikio susitarimo dėl šių paslaugų tęstinumo, o numatant bendradarbiavimą su paslaugos teikėjais keliems metams.

Sistemos teikiančios greitąją pagalbą krizių ir savižudybių atvejais, bei galinčios atlikti ir prevencinę funkciją: policija, greitoji medicinos pagalba, gaisrinė.

Iš policijos struktūrų visuomenė pamažu sulaukia vis daugiau ir prevencinio vaidmens vykdymo. Tradicines tvarkos visuomenėje saugojimo funkcijas vis dažniau papildoma ir nusikalstamumo, narkomanijos, kitų socialinių problemų, tame tarpe ir krizių bei savižudybių prevencijos funkcijos arba bendradarbiavimas su kitomis organizacijomis, atliekančiomis šį darbą.

Policijos pareigūnai, greitosios medicinos pagalbos darbuotojai, gaisrininkai vieni pirmųjų vyksta į masinių krizių (katastrofų, avarių) vietas, policija ir greitosios medicinos pagalbos darbuotojai labai dažnai dalyvauja teikiant pagalbą krizes ištiktiems, savižudiškiems žmonėms. Šiuo atveju neretai jiems tenka skubių gelbėtojų vaidmuo (šis vaidmuo atitinka ir gaisrinės darbuotojų, kariuomenės struktūrų, dalyvaujančių masinėse gelbėjimo operacijose darbą). Todėl svarbu, kad šių struktūrų darbuotojai taip pat būtų supažindinti su krizių ir savižudybių prevencijos pagrindais, patys po sunkių gelbėjimo darbų galėtų tikėtis psichologinės paramos ir palaikymo.

Religinės institucijos

Dvasininkų, bažnyčios vaidmuo atliekant savižudybių ir krizių prevenciją bendruomenės lygyje yra taip pat labai svarbus. Religijos institucijų dvasinės paramos funkcija tiesiogiai susijusi su pagalba žmonėms, išgyvenantiems krizes, galvojantiems apie savižudybę. Daugelyje pasaulio šalių religijos institucijos ženkliai prisideda organizuodamos savipagalbos grupes netektis išgyvenusiems žmonėms. Beje, pirmąjį psichologinės pagalbos telefoną pasaulyje 1953 metais įkūrė taip pat dvasininkas – anglų šventikas Chad Varah.

Nevyriausybinių organizacijų, teikiančių socialinę-psichologinę paramą

Nevyriausybinių organizacijų kūrimąsi ir veiklą dažniausiai skatina pilietinės iniciatyvos. Tai visuomenės narių atsakas ir gebėjimas prisimti atsakomybę sprendžiant aktualias visuomenėje problemas. Nevyriausybinių organizacijų greičiausiai reaguojama į aktualius visuomenėje poreikius – užsiimdamos ta veikla, teikdamos tas paslaugas, kurios tuo metu reikalingiausios visuomenei. Atliekant savižudybių ir krizių prevenciją Lietuvoje nevyriausybinių organizacijų vaidmuo taip pat labai didelis. Pavyzdys – du trečdaliai tarnybų, tiesiogiai atliekančių krizių įveikimo ir savižudybių prevencijos funkcijas Lietuvoje – nevyriausybinių organizacijų.

Visų šių valstybinių ir nevalstybinių sistemų bendradarbiavimas – būtina sąlyga efektyviai atliekant savižudybių ir krizių prevenciją valstybėje.

Apie tarpžinybinį, valstybinių ir nevyriausybinių organizacijų bendradarbiavimą, jo poreikį ir būtinybę – kalbama ir rašoma daug, bet realioje gyvenimo praktikoje šis bendradarbiavimas dar neatitinka esamo poreikio ir nepakankamai tarnauja tiems, kam yra skirtas šiuo atveju – žmonėms, išgyvenantiems krizes, galvojantiems apie savižudybę, bei specialistams ir savanoriams, teikiantiems pagalbą, visiems neabejingiems piliečiams visuomenėje, vienaip ar kitaip dalyvaujantiems atliekant savižudybių ir krizių prevenciją.

KRIZIŲ ĮVEIKIMO TARNYBOS

Krizių įveikimo tarnyba – tai tarnyba, kurios veikla skirta bendrai ar specializuotai krizių įveikimo veiklai, kuri yra lengvai prieinama potencialiems vartotojams (dėl to dirba visą parą). Krizių atvejais paslaugas klientams krizių įveikimo tarnybos paprastai teikia nemokamai.

Krizių įveikimo tarnybų darbuotojai:

- profesionalūs psichikos sveikatos specialistai (psichiatrai, psichologai, psichoterapeutai, socialiniai darbuotojai);
- savanoriai konsultantai (kartais vadinami paraprofesionalais).

Optimalu, kai krizių įveikimo sistemoje ar tarnyboje yra suformuotos mobilios krizių įveikimo komandos, kurios gali greitai reaguoti į krizinius įvykius – konsultuodamos, kai reikia, kitus specialistus, atvykdamos į krizinių įvykių vietas taip skubiai kaip reikia. Priečiuose galima susipažinti su vienu iš mobilios krizių įveikimo komandos organizacijos modeliu savivaldybių lygmenyje, kurį parengė Lietuvos telefoninių psichologinės pagalbos tarnybų asociacijos atstovai.

PSICHOLOGINĖS PAGALBOS TELEFONAI

Atliekant krizių ir savižudybių prevenciją svarbus vaidmuo tenka *psichologinės pagalbos telefonams*, kurie teikia skubią pagalbą krizių ir savižudybių atvejais. Psichologinės pagalbos telefonų tarnybų darbuotojai dažnai atlieka ir daugiau krizių įveikimo centrų funkcijų – švietimo, organizuoja specialistų konsultacijas kriziniams klientams, atlieka postvencinį darbą, dalyvauja mobilių krizių įveikimo komandų darbe.

Žinau, kad dar dažnai kam nors kyla klausimai, kaip gali padėti pokalbiai psichologinės pagalbos telefonu, juolab, kai telefonu dažnai konsultuoja ne profesionalūs psichikos sveikatos specialistai, o savanoriai konsultantai. Pabandyčiau trumpai atsakyti ir į šiuos du klausimus.

Psichologinės pagalbos telefonu privalumai

Lengvai prieinama bet kam ir bet kuriuo metu. Psichologinės pagalbos telefonai – lengviausiai pasiekiamos pagalbos tarnybos žmonėms,

kurie galvoja apie savižudybę, išgyvena psichologines krizes ar turi kitokių gyvenimo problemų. Ypač tie, kurie dirba visą parą. Naktį – tai kol kas vienintelė galimybė Lietuvoje kreiptis tiesiai į pasiruošusį išklaustyti ir pasiūlyti pagalbą žmogų.

Siūlo žmogiškąjį ryšį. Viena veiksmingiausių pagalbos priemonių, kai žmogus galvoja ar ketina žudyti – tai priimantis, kupinas žmogiškojo supratimo ir palaikymo kontaktas. Toks kontaktas, kai sunkią krizinių išgyvenimų minutę atsiranda gilesnis ryšys tarp dviejų žmonių, iš kurių vienas nusivylęs, abejojantis, balansuojantis tarp gyvenimo ir mirties, išgyvenantis gilios izoliacijos jausmą, o kitas – pasiruošęs ir norintis bei turintis įgūdžių padėti, be to prieinamas tuo metu, kai skambinančiam labiausiai reikia – *toks kontaktas visuomet mažina savižudybės riziką.*

Suteikia reikalingiausią informaciją. Užsimezges ir pasitikėjimu grįstas kontaktas leidžia priimti ir realius sprendimus, susijusius su skambinančiojo kliento problemomis – arba padėti klientui išsakyti savo skaudžiausius jausmus ir išgyvenimus, arba padėti rasti jam reikiamą psichikos sveikatos ar kitą specialistą, arba, jei to reikalauja aplinkybės – organizuoti skubią pagalbą – dažniausiai – greitąją medicininę (kai klientas paskambino jau pradėjęs žudyti: išgėręs vaistų ar kitaip pradėjęs save žaloti), arba krizių įveikimo komandos ar kitų psichikos sveikatos specialistų profesionalią konsultaciją, kuri ir nusprendžia, kokia bus tolesnė pagalbos taktika šiam klientui. Visi psichologinės pagalbos telefonai turi sukaupę ir informacinę psichologinių-medicinos-socialinių paramos tarnybų adresų ir telefonų banką, kurio dėka klientas gali gauti reikiamos jo problemoms spręsti informacijos apie kitas pagalbos tarnybas.

Du trečdalius Lietuvos psichologinės pagalbos telefonų sudaro tarnybos, kuriose dirba savanoriai konsultantai.

Kas būdinga savanorių konsultantų darbui?

Visi savanoriai prieš darbą psichologinės pagalbos telefone specialiai paruošiami. Šiuo tikslu veikia 3 etapų sistema, kurią sudaro:

- 1) *atranka* – visi savanoriai darbui psichologinės pagalbos telefonu tarnyboje yra atrenkami;
- 2) *parengiamieji kursai* – atrinkti savanoriai baigia maždaug 100–150 val. parengiamuosius kursus (priečiuose galima susipažinti su viena iš dažniausiai Lietuvoje naudojamų savanorių rengimo programų);

- 3) *kvalifikacijos kėlimas* – visi dirbantys konsultantai nuolatos kelia kvalifikaciją, taip pat veikia ir konsultantų psichologinės paramos sistema: profesinės priežiūros užsiėmimai (supervizijos), asmeninės profesionalių specialistų konsultacijos, savipagalbos grupės, atvejų analizės grupės.

Savanoriai konsultantai dirba be atlyginimo.

Visi baigę dirbti savanoriai – tai labai vertinga žmogiškųjų resursų investicija į visuomenę, prevencinių problemų sprendimą. Buvę savanoriai konsultantai – tai žmonės, kurie dažniausiai vėliau tampa profesionalūs medicinos, psichologijos, socialinio darbo, pedagogikos specialistai, puikiai išmano savižudybių ir krizių prevencijos aspektus, sugeba teikti psichologinę paramą, yra įgiję daug pozityvios gyvenimo sunkumų įveikimo patirties, kas sąlygoja jų efektyvesnę bendravimo, bendradarbiavimo stilių visą gyvenimą.

Lietuvoje psichologinės pagalbos telefonai – tai vienas iš potencialiausių krizių įveikimo centrų kūrimosi resursų. Daugumos visų Lietuvos psichologinės pagalbos telefonų darbuotojai, kaip jau buvo minėta, be telefoninio konsultavimo ir krizių intervencijos telefonu, atlieka ir žymiai daugiau krizių ir savižudybių prevencijos funkcijų: visuomenės švietimo (kaip atpažinti savižudišką elgseną, ką daryti, kai tenka sužinoti, kad kažkas ketina žudyti), bendruomenės grupių mokymo (savanorių, specialistų, jaunimo ir pan.). Būtent psichologinės pagalbos telefonu tarnybos šiuo metu rodo daugiausiai iniciatyvos kuriant naujus krizių įveikimo centrų modelius Lietuvoje.

Lietuvos telefoninių psichologinės pagalbos tarnybų asociacija (LTPPTA)

Pirmasis Lietuvos psichologinės pagalbos telefonas, kuriame dirbo psichologai, buvo įsteigtas 1982 metais. Tai – Vilniaus psichologinė konsultacija telefonu, kuri tuo metu dirbo visą parą. 1991 metais įkurtas pirmasis psichologinės pagalbos telefonas Lietuvoje, kuriame pradėjo dirbti savanoriai konsultantai – Vilniaus „Jaunimo linija“.

1996 metais devynios Lietuvos telefoninės psichologinės pagalbos tarnybos apsiungė į Lietuvos telefoninių psichologinės pagalbos tarnybų asociaciją (LTPPTA). Šiuo metu asociacija vienija jau visas Lietuvos telefoninės psichologinės pagalbos tarnybas, kurių yra 21 (aut. pastaba: čia ir toliau pateikiamų duomenų apskaitos laikas – 2003m.).

Visos LTPPTA tarnybos laikosi vieningo darbo ir veiklos etikos kodekso, kuris atitinka pagrindinius tarptautiniame lygyje keliamus tokioms tarnyboms reikalavimus.

2002 m. LTPPTA bei LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija sudarė bendros veiklos sutartį, kurios pagrindinė nuostata – tobulinti ir plėtoti psichologinio konsultavimo paslaugą, didinti jos prieinamumą klientams.

800-oji paslauga – nemokami skambučiai klientams

Tai – vienas didžiausių LTPPTA pasiekimų rūpinantis savo klientais. 1998 m., įvedus Lietuvoje mokamus vietinius telefoninius pokalbius, 11-os LTPPTA tuo metu vienijusių tarnybų atstovai ir LTPPTA nariai rėmėjai pasirašė po LTPPTA kreipimusi į Lietuvos Respublikos Vyriausybę ir visas kitas atsakingas institucijas. Kreipimesi buvo kviečiama bendradarbiauti savižudybių ir krizių įveikimo srityje bei įvesti nemokamų pokalbių paslaugą psichologinės anoniminės pagalbos telefonų klientams. Kreipimasis atnešė teigiamų rezultatų: LR Vyriausybė 1998 m. vasario 19d. priėmė nutarimą Nr. 209 „Dėl nemokamų pokalbių telefonu su kai kuriomis tarnybomis“. Tai buvo labai pozityvus Lietuvos Respublikos Vyriausybės žingsnis ir indėlis į savižudybių bei krizių prevenciją Lietuvoje. Pokalbius apmoka LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Vieniems metams klientų pokalbiams apmokėti LR Vyriausybė numato 200 000 Lt.

2001 metais prasidėjo istorinis Lietuvos psichologinės pagalbos telefonų judėjimas link vieno/kelių specializuotų nacionalinių psichologinės pagalbos numerių. Šį judėjimą inicijavo Vilniaus „Jaunimo linija“, netrukus į šį judėjimą įsitraukė Vilniaus „Vaikų telefono linija“.

Šiuo metu – LTPPTA veiklos programoje numatytas visų telefoninių tarnybų iš įvairių miestų jungimasis darbu vienu numeriu pagal specializaciją. Taip pat numatyta siekti, kad nemokami skambučiai į LTPPTA tarnybas būtų prieinami klientams, skambinantiems iš mobilių telefonų.

* * *

Krizių, savižudybių prevencija, intervencija, postvencija Lietuvos socialinių-psichologinių paslaugų praktikoje žengia pirmuosius nuoseklesnius žingsnius. Tam, kad visa tai taptų organizuota pagalbos sistema, reikės dar nemažai laiko. Svarbu, kad žinome, ką ir kaip reikia daryti. Tikimasi, visi, nuo kurių priklauso šios paramos sistemos krizes išgyvenantiems žmonėms įgyvendinimas, prisiims atsakomybę ir veiks kartu.

NAUDOTA LITERATŪRA

Lietuvių kalba

1. **Gailienė D.**, Jie neturėjo mirti: savižudybės Lietuvoje. Vilnius: Tyto alba, 1998.–184p.
2. **Gailienė D.** Asmenybės krizės. Pranešimas, skaitytas Humanistinės psichologijos asociacijos suvažiavime. 1993.
3. **Gailienė D., Bulotaitė L., Sturlienė N.** Aš myliu kiekvieną vaiką. Apie vaikų psichologinio atsparumo ugdymą. Knyga mokytojams ir auklėtojams. Vilnius: Valstybinis leidybos centras, 1996.–118p.
4. **Grad O., A. Zavasnik.** Savižudybių „liudininkai“ – kas jie? – Seminaro, vykusio Vilniuje, 2000 05 04 medžiagos. – 6p.
5. **Juršys V.** Subjektyvūs ir objektyvūs jaunimo psichologinių krizių įvertinimai. Bakalaurinis darbas. Darbo vadovė D.Gailienė, konsultantė K.O.Polukordienė. VU, Filosofijos fakultetas. Klinikinės ir socialinės psichologijos katedra. Vilnius, 1996. – 46p.
6. **Kočiūnas R.** Humanistinis optimizmas ar egzistencinis realizmas? // Psichologija. Mokslo darbai, 1998, Nr 18., p. 117 – 123.
7. **Kočiūnas R.** Psichologinis konsultavimas. – V.: Lumen, 1995. – 192p.
8. **Plužek Z.** Pastoracinė psichologija / Iš lenkų k. vertė A.Baliulienė, E. Patiejūnienė.–V.: Amžius, 1996.–319p.
9. **Savižudybių prevencijos idėjos:** straipsnių rinkinys / sudarytoja D.Gailienė. – V.: Tyto alba, 2001. – 209p.
10. **Savižudybės prevencija.** Atmintinė pirminės sveikatos priežiūros darbuotojams. PSO leidinys / vert. iš anglų kalbos. Vilnius: Valstybinis sveikatos centras, 2000. – 20p.
11. **Shneidman E.S.** Savižudžio sąmonė. – V.: ViaRecta, 2002. – 151p.
12. **Vanier J.** Bendruomenė, atleisti ir švęsti / Vert. iš pranc.–V.: Vyturis, 1998.–336p.
13. **Žemaitienė N., Jaruševičiūtė L.** Moksleivių savižudybės. Rizikos veiksniai ir pagalbos principai. Kaunas, Kauno Jaunimo sveikatos centras, 2000.–102p.
14. **Weber W.** Kaip kalbėti teikiant pagalbą. Praktinė mokymo programa. Vert. į liet.kalbą gavus IFOTES sutikimą naudoti leidinį LTPPTA tarnybose. Išleista ir versta iš anglų kalbos LTPPTA, Europos Sąjungos LIEN programos lėšomis Vilnius, 1998.

Anglų kalba

1. **Bowlby J.** Attachment and loss, Volume III. Loss: sadness and depression. Harmondsworth: Penguin, 1999.
2. **Brock S.E.** Group crisis intervention. Lodi Unified School District, revised 2001.
3. **Callahan J.** Negative effects of school suicide postvention program – a case example / „Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. Volume 17, No3, 1996.
4. **Caplan G.** Principles of preventive psychiatry. Basic Books, New York, 1964.
5. **Crisis Counseling** / Monterey, California, 1984.–317p. (P.3–22).
6. **Crisis intervention in the mental health emergency.** A notebook for clinicians. Articles by Leopold Bellak, Donald Langsley and Stephen Schwartz. Abbott Laboratories, North Chicago, Illinois.
7. **Dictionary of Psychology.** Arthur S.Reber. Penguin Books. – 1985. –850p.
8. **Doherty George W.** Crisis intervention in stress, trauma, and disaster situations, 2000.
9. **Erikson E.** Childhood and society. N-Y., 1963
10. **Erikson E.** Identity. Youth and crisis. N-Y, 1968.
11. **Farberow N.L.** (Ed.) The many faces of suicide. New York: McGraw-Hill, 1980.
12. **Farberow N.L.** The Los Angeles Survivors after Suicide Program. An Evaluation / Crisis. 1992, 13/1, P. 23–34.
13. **France K.** Crisis intervention. A Handbook of Immediate Person- to-Person Help. 2-nd ed.-USA, Illinois, Springfield: Charles Thomas Publisher, 1990.–262p.
14. **Grad O.** Suicide – How to survive as a survivor / Crisis. 1996, 17, P.136 – 142.
15. **Orbach I.** Children who don't want to live. Understanding and treating the suicidal child. Jossey-Bass Publishers. San Francisco, London, 1988.–268p.
16. **Leenaars A.** Suicide notes. New York: Human Sciences Press, 1988.
17. **Lindemann E.** Symptomatology and management of acute grief. The American Journal of Psychiatry, 1944, No 101., P. 141 – 148.
18. **Mitchell, J.T., Everly, G.S.** Critical incident stress management: the basic course workbook. Ellicot City, MD: International Critical Incident Stress Foundation, 1996.
19. **Pfeffer. C.** The suicidal child. New York: Guilford, 1986.
20. **Schneidman E.** Definition of suicide. New York: Wiley, 1985.

Rusų kalba

1. **Василюк Ф. Е.** Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200 с.

PRIEDAI

LIETUVOS TELEFONINIŲ PSICHOLOGINĖS PAGALBOS TARNYBŲ ASOCIACIJOS (LTPPTA) VEIKLOS IR DARBO ETIKOS PRINCIPAI

Ižanga

Lietuvos telefoninių psichologinės pagalbos tarnybų asociacija (LTPPTA) yra savanoriškas organizacijų ir asmenų, dirbančių telefoninės psichologinės pagalbos srityje, susivienijimas.

LTPPTA tikslai:

1. Vienyti Lietuvoje dirbančias psichologinės pagalbos telefonu tarnybas.
2. Vykdyti savižudybių ir psichologinių krizių prevencines programas.
3. Padėti steigti naujoms telefoninės pagalbos tarnyboms.
4. Rengti mokymo kursus, kvalifikacijos kėlimo seminarus, mokslines-praktines konferencijas šių tarnybų darbuotojams.
5. Siekti Lietuvos ir tarptautinių telefoninės pagalbos tarnybų darbo etikos ir kvalifikacinių reikalavimų atitikimo.
6. Sukurti ir naudotis vieningu informaciniu ir statistiniu duomenų banku.
7. Atstovauti telefoninės pagalbos tarnybų interesus valstybinėse ir kitose suinteresuotose institucijose.
8. Bendradarbiauti su giminingomis tarptautinėmis ir kitose valstybėse veikiančiomis organizacijomis.
9. Organizuoti telefoninės pagalbos populiarinimo, švietimo, leidybinę bei kitokią veiklą psichologinės, socialinės pagalbos srityje, įstatymo numatyta tvarka steigti įmones savo lėšų papildymui.
10. LTPPTA sudaro profesionalios ir savanoriškos telefoninės psichologinės pagalbos tarnybos (toliau – TT). Šių tarnybų pagrindinis tikslas yra teikti skubią psichologinę pagalbą žmonėms, išgyvenantiems krizes, apimtiems nevilties, ketinantiems nusižudyti, turintiems kitokių psichologinių problemų. TT dirba profesionalūs psichinės sveikatos specialistai arba turintys specialų paruošimą ir negaunantys atlyginimo savanoriai.

1. LTPPTA veiklos principai:

- 1.1. TT pagalba yra lengvai prieinama ir, pageidautina, bet kuriuo paros metu pasiekama bet kuriam žmogui, esančiam sunkioje gyvenimo situacijoje.
- 1.2. TT pagalba yra nemokama.

- 1.3. TT konsultantas privalo turėti pakankamą kvalifikaciją:
 - profesionalus psichinės sveikatos specialistas: klinikinio psichologo arba psichoterapeuto arba psichiatro;
 - savanoris konsultantas turi būti dalyvavęs specialioje atrankoje, baigęs parengiamuosius teorinius ir praktinius kursus ir gavęs pažymą, suteikiančią teisę dirbti TT konsultantu;
 - profesionalūs ir savanoriai TT darbuotojai nuolat kelia kvalifikaciją, dalyvauja konferencijose, seminaruose, TT susirinkimuose, atvejų analizės grupėse, specializuotose paskaitose ir kt.
- 1.4. TT konsultanto darbo metodai:
 - profesionalaus specialisto: psichologinė konsultacija telefonu;
 - savanorio konsultanto: aktyvus klausymas.
- 1.5. TT konsultantas suteikia klientui reikalingą informaciją apie psichologinę, socialinę ar kitokią pagalbą teikiančias tarnybas.
- 1.6. TT tvarko tarnybinę dokumentaciją pagal LTPPTA rekomendacijas. TT statistiniai duomenys ar kita svarbi tarnybinė informacija gali būti platinami tik laikantis LTPPTA etikos principų.
- 1.7. Kiekvienas TT darbuotojas rūpinasi ir yra asmeniškai atsakingas už gerą TT vardą visuomenėje.

2. Etikos principai

- 2.1. TT konsultantas privalo, o skambinantysis turi teisę išlikti anonimišku.
- 2.2. TT įsipareigoja išlaikyti asmeninės informacijos apie klientą, pokalbio ir tarnybinės dokumentacijos konfidencialumą.
- 2.3. TT konsultantas yra dėmesingas, geranoriškas, nuoširdus skambinančiajam. Konsultanto nuostata skambinančiojo atžvilgiu yra tolerantiška ir pagarbi.
- 2.4. TT konsultantas yra neutralus kliento religiniams, politiniams, ideologiniams įsitikinimams.
- 2.5. Jeigu yra įmanoma, TT konsultantas sudaro galimybes klientui kalbėti gimtąja arba kuo geriau jam suprantama kalba.
- 2.6. TT konsultantas visada siekia palengvinti kliento skausmą, sielvartą, padeda rasti klientui išeitį iš sunkios gyvenimo situacijos.
- 2.7. Konsultantas pokalbio metu neleidžia skambinančiajam tyčiotis ar manipuliuoti juo; piktnaudžiauti konsultantu kaip seksualinių poreikių patenkinimo objektu. Tik šiais atvejais konsultantas turi teisę pirmas nutraukti pokalbį, prieš tai perspėjęs klientą.

Parengė: Robertas Petronis, Kristina Ona Polukordienė.
Lietuvos telefoninių psichologinės pagalbos tarnybų asociacija (LTPPTA),
Vilnius, 1997

MOBILIŲ KRIZIŲ ĮVEIKIMO KOMANDŲ ORGANIZAVIMAS LIETUVOS MIESTUOSE IR RAJONUOSE

Lietuvos telefoninių psichologinės pagalbos tarnybų asociacija (LTPPTA), 2002.
Pasiūlymą ir rekomendacijas parengė: LTPPTA pareigūnų darbo grupė: Kristina Ona Polukordienė, Linas Slušnys, Nijolė Pilipavičienė, Vanda Benaitienė. Kuriant panašaus pobūdžio tarnybas, vadovaujantis LTPPTA rekomendacijomis, nuoroda į šį dokumentą yra būtina.

Lietuvoje vis dažniau kalbama apie įvairias galimybes skubiai teikti krizių intervencijos paslaugas vaikams ir suaugusiems, esantiems krizinėse situacijose. Poreikį mobilių krizių įveikimo komandų veiklai patvirtina ir Lietuvos psichologinės pagalbos telefonu tarnybos, teikiančios psichologinę paramą Lietuvos piliečiams savižudybių, krizių atvejais. Paprastai susiduriama su problema, kad niekas negali skubiai psichologiškai padėti krizės ištiktam asmeniui krizinio įvykio vietoje. Psichologinės pagalbos telefonu tarnybos krizinių atvejų metu suteikia labai reikalingą psichologinę paramą klientui telefonu, tačiau dažniausiai negali padėti klientui krizinio įvykio vietoje, nes neturi specialiai tam skirtos mobilios krizių įveikimo komandos, o konsultuojantis telefonu konsultantas negali susitikti su klientu pagal tarptautinį konfidencialumo ir anonimiškumo principą.

Didieji Lietuvos miestai turi daugiau galimybių įkurti krizių intervencijos centrus, kurie galėtų teikti skubią pagalbą krizių metu. Tačiau šiuo metu ir didžiuosiuose miestuose praktiškai nėra krizių įveikimo centrų, kurie veiktų visą parą ir galėtų teikti skubią pagalbą krizinių įvykių vietose.

Kita vertus, išlaikyti nuolatos budinčias „Mobilias krizių įveikimo komandas“ yra per daug brangu ir ekonomiškai nenaudinga, o mažesniuose miestuose – apskritai nėra tikslinga.

2002 metais rugpjūčio 22–25 dienomis, Klaipėdoje, Smiltynėje, LTPPTA konferencijos metu buvo svarstytas klausimas, kaip būtų galima geriau padėti asmenims, išgyvenantiems krizes, ketinantiems nusižudyti, atsižvelgiant į realią Lietuvos finansinę-ekonominę situaciją. Mobilių krizių įveikimo komandų poreikį išsakė ne tik psichologinės pagalbos telefonu tarnybų darbuotojai, bet ir valstybinių institucijų, žinybų, atsakingų už krizių įveikimo darbą, atstovai.

Buvo prieita išvados, kad siekiant ekonomiškiau ir efektyviau naudoti turimus žmogiškuosius ir finansinius resursus, reikia sukurti naują

mobilių krizių įveikimo komandų organizacijos modelį, kuris atitiktų ir realius visuomenės poreikius tokiai paslaugai, ir realias tokios paslaugos finansavimo galimybes. Toks modelis buvo aptartas ir sukurtas bei šiame pasiūlyme ir pristatomas.

Lietuvos savivaldybės, pagal siūlomą mobilių krizių įveikimo komandų modelį, galėtų įkurti ir finansuoti mažiausiomis sąnaudomis mobilias krizių įveikimo komandas, kurios budėtų ne nuolatos, o būtų mobilizuojamos tik esant krizinėms situacijoms: masinių katastrofų atvejais, esant bandymams žudyti viešose vietose, agresijos ir smurto aukoms iš karto po įvykio, nukentėjusiųjų/žuvusiųjų artimiesiems ir pan.

Šiuo tikslu mobilių krizių įveikimo komandų kūrimo vietose reikia atlikti analizę, kuri padėtų nustatyti, kokios organizacijos konkrečiame mieste ar rajone gali teikti skubią krizių įveikimo paslaugą. Tai galėtų būti viena ar kelios šiuo metu veikiančios ir vienokią ar kitokią psichologinę, psichikos sveikatos paslaugas teikiančios organizacijos. Šios organizacijos galėtų pasirūpinti, jog krizinės situacijos metu į įvykio vietą jos nukreipia mobilios krizių įveikimo komandos specialistus, kurie padės tiek tuo metu krizę išgyvenantiems asmenims, tiek ir kitų žinybų specialistams efektyviau veikti teikiant pagalbą krizinėje situacijoje. Mobilios krizių įveikimo komandos specialistai, jei anksčiau nėra atlikę panašaus darbo, turėtų būti specialiai paruošti šiai veiklai.

Šios paslaugos apmokėjimui savivaldybių biudžetuose iš anksto turėtų būti numatytos tam tikros lėšos, skirtos skubiai psichologinei paramai krizių metu.

Lietuvos telefoninių psichologinės pagalbos tarnybų asociacijos (LTPPTA) valdybos posėdyje, kuriame dalyvavo beveik visų Lietuvos psichologinės pagalbos telefonu tarnybų atstovai, vienbalsiai buvo patvirtintas čia aprašomas **mobilių krizių įveikimo komandų organizavimo modelis, pagal kurį savivaldybėms rekomenduojama:**

- 1) Išsiaiškinti, kurios psichikos sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos organizacijos (valstybinės ir nevyriausybinės) galėtų teikti mobilios krizių įveikimo komandos paslaugas mieste ar rajone.
- 2) Įvertinti šių organizacijų realias galimybes suteikti skubią psichologinę pagalbą asmenims, jų grupėms, nukentėjusiųjų/žuvusiųjų/nusižudžiusiųjų artimiesiems. (Priede Nr. 1 pateikiamos kelios rekomendacijos, nustatančios tokio darbo organizavimo principus.)
- 3) Sudaryti sutartis su organizacijomis, kurios geba teikti šias paslaugas (paslaugos aprašymas pateikiamas priede Nr.2).

- 4) Numatyti lėšas biudžete skubiai psichologinei pagalbai organizuoti krizinių įvykių metu.
- 5) Įvertinant labai sudėtingą emociškai darbą krizės įveikimo vietoje ir tai, jog specialistas yra nuolatos pasirengęs suteikti šią paslaugą nurodytu laiku, adekvačiai apmokėti šią paslaugą. Rekomenduojamas valandinis darbo užmokestis tokių atveju metu yra ne mažiau kaip 80 litų/val. atskaičius mokesčius.

Siūlomo mobilių krizių įveikimo komandų organizacijos modelio privalumai:

- Nereikia išlaikyti mobilios krizių įveikimo komandos nuolatinį darbuotojų etatų, kas brangiai kainuotų savivaldybei.
- Savivaldybė gali būti užtikrinta, jog krizinėse situacijose reikiamu momentu visuomenei bus suteikta skubi, neatidėliotina psichologinė pagalba.
- Paslaugos teikėjas, sudaręs su savivaldybe sutartį, gali būti tikras, kad už skubų krizių įveikimo darbą bus adekvačiai sumokėta.
- Modelis užtikrina kokybiškos paslaugos teikimą, nes savivaldybė visuomet turės galimybę nutraukti sutartį, jei paslaugos teikėjas nesilaikys sutartyje prisiimtų įsipareigojimų ar kitaip pažeis paslaugos teikimo sąlygas.

Priedas Nr. 1

Pagrindiniai mobilios krizių įveikimo komandos organizavimo principai

1. Tarnyba arba organizacija, gavusi informaciją apie krizinę situaciją, privalo užtikrinti specialistų atvykimą į krizinio įvykio vietą per patį trumpiausią laiką (kuris numatomas sutartyje).
2. Specialistai nebūtinai turėtų budėti darbo vietoje, tačiau jie privalo būti pasiekiami nustatytu laikotarpiu arba nustatytais dienomis.
3. Apie tokios komandos egzistavimą turėtų būti informuotos policijos, švietimo ir mokymo įstaigos, kitos žinybos, kurioms gali būti reikalinga panašaus pobūdžio pagalba.
4. Mobilios krizių įveikimo komandos darbuotojai turėtų būti apmokyti teikti skubią pagalbą krizių įveikimo ir savižudybių atvejais – įsisi-

nę krizių intervencijos metodus. Taip pat komandos nariai turi būti gerai susipažinę su postvencijos principais (pagalbos nukentėjusiųjų, nusižudžiusiųjų artimiesiems, kitiems asmenims, kuriems reikalinga parama po išgyventos krizės organizacija). Tokio pobūdžio mokymus gali organizuoti patvirtinti LTPPTA specialistai, kitų krizių įveikimo tarnybų atstovai, kurie gerai susipažinę su krizių, savižudybių prevencijos, intervencijos ir postvencijos teorija ir praktiniais darbo metodais, bei patys yra turėję tokio darbo praktiką.

Priedas Nr. 2

Mobilios krizių įveikimo komandos paslauga

1. Organizacija, pasirašiusi sutartį su vietos valdžia, įsipareigoja krizių, bandymų žudyti metu, kitais kritiniais momentais organizuoti specialisto pagalbą per patį trumpiausią galima laiką.
2. Specialistai skubiai vyksta į krizinio įvykio vietą, kurią nurodo suinteresuotos problemos sprendimu institucijos.
3. Specialistai turi būti gerai pasirengę teikti ir individualią, ir grupinę psichologinę pagalbą krizinio įvykio vietoje.
4. Specialistai turi ne tik padėti asmenims krizinio įvykio vietoje, bet privalo informuoti krizes išgyvenusius asmenis, suinteresuotus specialistus apie tolimesnės reikalingos pagalbos galimybes tiek vietoje, tiek visoje Lietuvoje. Todėl mobilios krizių įveikimo komandos specialistai turi puikiai išmanyti vietos psichosocialinių paslaugų rinką ir pasiūlyti pagalbą pagal kliento poreikius ir galimybes.
5. Rekomenduojama, jog į įvykio vietą vyktų ne vienas specialistas, bet mažiausiai du asmenys. Tai yra būtina dėl to, kad krizinių įvykių metu paprastai pagalbos reikia ne vienam, o keliems asmenims, be to, tai garantuoja teikiančio paslaugą krizių įveikimo darbuotojo objektyvų darbą ir emocinę apsaugą. Vienas iš mobilios krizių įveikimo komandos specialistų, vykstančių į krizinės situacijos vietą, būtinai turi būti profesionalus psichikos sveikatos specialistas (psichologas, psichoterapeutas, psichiatras), kitas/kiti gali būti kiti psichikos sveikatos specialistai ir savanoriai, specialiai parengti krizių įveikimo darbui.

Vilniaus „Jaunimo linijos“ psichologinės anoniminės pagalbos telefono parengiamųjų kursų savanoriams konsultantams mokymo

PROGRAMA

Programa sudaro sąlygas kvalifikuotai paruošti savanorius konsultantus darbui telefoninės psichologinės pagalbos tarnybose.

Programos tikslas: paruošti praėjusius atranką savanorius darbui telefoninės psichologinės anoniminės pagalbos tarnyboje atliekant psichologinių krizių ir savižudybių prevenciją.

Programos trukmė: 8 mėnesiai, arba 116–126 valandos.

Programos vadovai: profesionalūs psichologai, psichoterapeutai ir supervizoriaus (profesinės priežiūros) statusą tarnyboje turintys patyrę konsultantai – savanoriai.

Pažyma apie parengiamųjų kursų baigimą: išduodama kai kursų dalyvis įsisavina visą programos medžiagą, dirba reikiamą valandų skaičių praktiniuose užsiėmimuose ir sėkmingai atlieka baigiamąsias supervizijas.

Už priėmimą į konsultantus turi balsuoti ne mažiau kaip 2/3 konsultanto darbą vertinusių ekspertų.

Vilniaus „Jaunimo linijos“, anoniminės psichologinės pagalbos telefonu tarnybos, savanorių ruošimo
PROGRAMA

	UŽSIĖMIMAI	LAIKAS
I blokas BAZINIS	Įvadas 4 ak. val. Etikos principai 4 ak. val. Aktyvus klausymas 14 ak. val.	2 mėnesiai
II blokas SUDĖTINGI SKAMBUČIAI	Individuali arba grupinė asmeninė terapija 10 arba 20 ak. val. Sudėtingas kontaktas 12 ak. val. – tylintys klientai (2 ak. val.) – agresyvūs skambintojai (4 ak. val.) – manipuliatyvūs klientai (4 ak. val.) – tyčiniai skambučiai (2 ak. val.) Seksualinės problemos, AIDS 6 ak. val. Piktnaudžiavimas narkotinėmis ir toksinėmis medžiagomis 4 ak. val. Pradinės psichiatrijos žinios 4 ak. val.	2 mėnesiai
III blokas KRIZĖS IR SAVIŽUDYBĖS	Psichologinės krizės 8 ak. val. – egzistencinė krizė (2 ak. val.) Savižudybės 8 ak. val. Netektys 6 ak. val. Smurtas 6 ak. val.	2 mėnesiai
IV blokas BAIGIAMASIS ETAPAS	Nuolatiniai klientai 2 ak. val. Praktika „Jaunimo linijoje“ 20 ak. val. Atvejų analizės grupė(s) 2 ak. val. 3 baigiamosios supervizijos 6 ak. val.	2 mėnesiai
Iš viso: 116 arba 126 ak. val.		8 mėnesiai

PASTABOS.

- Po BAZINIO bloko, supervizorių susirinkimas priima sprendimą, ar pratęsimas kontraktas su parengiamųjų kursų lankytoju.
- Po BAIGIAMOJO etapo, supervizorių susirinkimas priima sprendimą, ar parengiamųjų kursų lankytojas jau pasiruošęs dirbti „Jaunimo linijos“ konsultantu.
- Jei parengiamųjų kursų lankytojas neįsisavina kurio nors bloko medžiagos, jis kartoja to bloko užsiėmimus su kita grupe.

Programą paruošė: Dr. Kristina Ona Polukordienė

1992 m. programa aprobuota Lietuvos psichoterapijos draugijos tarybos posėdyje.
1993 m. programa licenzijuota Lietuvos švietimo ir kultūros ministerijoje.
1994 01 15 atlikta II programos redakcija, 1995 02 07 atlikta III programos redakcija, 1996 03 05 atlikta IV programos redakcija, 1999 10 31 atlikta V programos redakcija, 2000 07 19 atlikta VI programos redakcija. Jaunimo psichologinės paramos centras, Vilnius, 2000.

INFORMACIJA NUSIŽUDŽIUSIŲJŲ ARTIMIESIEMS

Teksto pavyzdys

Artimųjų pasirinkimai kartais pranoksta viską, ką galėjome įsivaizduoti blogiausio. Savižudybė. Ir ne todėl, kad jie nieko nemylėjo ar nebuvo niekieno mylimi. Jie tuo metu jautė ir suprato pasaulį KITAIP. Kodėl? Šis klausimas liks be atsakymo. Bet skausmas, su kuriuo liko tie, kurie buvo arti, vertas pagarbiausios užuojautos ir ramybės gražinančio atsako. Niekas nėra apsaugotas nuo tokios dramatiškos patirties. Bet kiekvienas, tai išgyvenęs, turėtų būti apsugotas nuo tylėjimo, nesupratimo, gėdos, nesibaigiančio skausmo, kančios, kaltės, slegiančių jausmų sumaišties, – kad teko tai išgyventi.

Artimųjų – šeimos narių, draugų, kolegų, svarbių žmonių – savižudybė yra vienas skaudžiausių išgyvenimų ir gyvenimo sukrėtimų.

Jaunimo psichologinės paramos centre Jūsų laukia centro specialistai ir savanoriai, su kuriais galima pasikalbėti apie šiuos išgyvenimus bei su jais susijusias problemas, kurias slegia iki šiol.

Skambinti:

telefonai: (8-5) 2 31 34 34, mob.: 8-699 –33127.

Adresas: Rasų g. 20, Vilnius.

Dėl susitikimo laikų galima susitarti paskambinus nurodytais telefonais. Skambinant teirautis psichologės Kristinos Onos Polukordienės.

Norintys kviečiami dalyvauti Paramos nusižudžiusiųjų artimiesiems grupės veikloje.

Susitikimai, konsultacijos nemokami.

Parengė: Dr. Kristina Ona Polukordienė, psichologė-psichoterapeutė. 2003m.

TURINYS

IŽANGOS ŽODIS.....	3
PRATARMĖ.....	5
KRIZĖS.....	7
PSICHOLOGINĖS KRIZĖS.....	9
Apibūdinimai, apibrėžimas.....	9
Pagrindiniai psichologinės krizės bruožai.....	10
Krizių klasifikacija.....	13
Psichologinių krizių fazės.....	15
SAVIŽUDYBĖS.....	17
Bendras savižudybės fenomeno apibūdinimas.....	17
Savižudybių problemos mastai pasaulyje.....	17
Savižudybių statistiniai ypatumai Lietuvoje.....	18
Savižudybės rizikos faktoriai ir kiti reikšmingi faktoriai, kurie gali įtakoti savižudybę.....	19
Psichologinis savižudybių aspektas.....	20
Savižudybių tipai.....	23
Vaikų savižudybės.....	25
Šeimyninės savižudybės.....	26
KRIZIŲ INTERVENCIJA.....	28
Krizių intervencijos apibūdinimai.....	28
Bendri krizių intervencijos ypatumai.....	29
Krizių intervencijos/psichoterapijos turinys.....	29
Konsultavimo etika krizių intervencijoje.....	32
Kontaktas su krizes išgyvenančiais žmonėmis.....	35
Pagrindiniai krizių intervencijos/psichoterapijos ypatumai.....	38
KRIZIŲ INTERVENCIJOS METODAI.....	47
Aktyvus klausymas.....	48
Psichologinės apklausos metodai.....	51
Vienkartinė grupinė psichologinė apklausa.....	52
Sutrumpintos psichologinės apklausos metodų pavyzdžiai.....	57

Demobilizacija.....	58
Skubi įvykių apžvalga.....	58
POSTVENCIIJA.....	59
Postvencijos apibūdinimai.....	59
Emocinės reakcijos po artimųjų savižudybės.....	61
Gedėjimas.....	63
Parama nusižudžiusiųjų artimiesiems.....	64
Psichologinės paramos grupės nusižudžiusiųjų artimiesiems modelis.....	66
Ką reikia daryti ir žinoti įvykus savižudybei mokykloje.....	69
ORGANIZACINIAI KRIZIŲ IR SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJOS ASPEKTAI.....	77
Pagalbos lygiai.....	77
Tarpžinybinis bendradarbiavimas.....	78
Krizių įveikimo tarnybos.....	83
Psichologinės pagalbos telefonai.....	83
LITERATŪRA.....	87
PRIEDAI.....	89
Lietuvos telefoninių psichologinės pagalbos tarnybų asociacijos (LTPPTA) veiklos ir darbo etikos principai.....	89
Mobilių krizių įveikimo komandų organizacija Lietuvos miestuose ir rajonuose.....	91
Vilniaus „Jaunimo linijos“ savanorių rengimo programa.....	95
Informacija nusižudžiusiųjų artimiesiems. Teksto pavyzdys.....	97