LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA

Aida Kunigėlienė

IŠGYVENUSIŲ PO MĖGINIMO ŽUDYTIS IR GYDYTŲ PSICHIATRIJOS STACIONARE PACIENTŲ MĖGINIMO ŽUDYTIS YPATUMAI, POBŪDIS, JŲ SĄSAJOS SU PSICHIKOS SUTRIKIMAIS IR SOCIALINĖMIS-DEMOGRAFINĖMIS CHARAKTERISTIKOMIS

Daktaro disertacija
Biomedicinos mokslai,
medicina (06B)

Kaunas, 2014

Disertacija rengta 2006–2014 metai Lietuvos sveikatos mokslų universitete.

Moksliniai vadovai:

2006–2007 m. prof. dr. Diana Obelenienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, biomedicinos mokslai, medicina – 06B)

2007–2013 m. prof. dr. Virginija Adomaitienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, biomedicinos mokslai, medicina – 06B).

TURINYS

SANTRUMPOS 5

ĮVADAS 6

1. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI 8

1.1. Darbo tikslas 8
1.2. Darbo uždaviniai 8
1.3. Darbo naujumas 8

2. LITERATŪROS APŽVALGA 10

2.1. Savižudybės ir mėginimo žudytis definicija ir nomenklatūra 10
2.2. Savižudybių ir mėginimų žudytis epidemiologija 11
2.3. Savižudybių ir mėginimų žudytis ypatumai ir pobūdis 16
2.4. Savižudybių ir mėginimų žudytis rizikos veiksniai 19

2.4.1. Savižudybių ir mėginimų žudytis priežastys 19
2.4.2. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su lytimi 23
2.4.3. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su amžiumi 24
2.4.4. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su socialiniais veiksniais 26
2.4.5. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su psichologiniais veiksniais 27

2.5. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su psichikos sutrikimais 28

2.5.1. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su afektiniais sutrikimais 28
2.5.2. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su šizofrenija 30
2.5.3. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant psichoaktyviąsias medžiagas 30
2.5.4. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su asmenybės sutrikimais 32
2.5.5. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su neurozinėmis, stresiniais ir somatoforminiais sutrikimais 33
2.5.7. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su organiniais ir simptominiais psichikos sutrikimais 34

3. TIRIAMASIS KONTINGENTAS IR TYRIMO METODAI 36

3.1. Tiriamasis kontingentas 36
3.2. Tyrimo metodika 37
3.3. Statistinė duomenų analizė 40

4. REZULTATAI 41
4.1. Mėginimo žudytis ypatumų charakteristikos 41
4.1.1. Mėginimo žudytis būdų pasiskirstymas atsižvelgiant į tiriamųjų socialinius-demografinius veiksnius 42
4.1.2. Subjektyviai vertinamų psichotraumuojančių veiksnių ir socialinių-demografinių rodiklių sąsajos 45
4.1.3. Lėtinių somatinių ligų ir mėginimo žudytis sukeltų somatinės sveikatos sutrikimų sąsajos su socialinėmis-demografinėmis charakteristikomis 48
4.2. Mėginimo žudytis pobūdis ir jį atspindintys veiksniai 51
4.2.1. Ryšys tarp mėginimo žudytis pobūdžio ir ypatumų 54
4.2.2. Sąsajos tarp mėginimo žudytis pobūdžio ir socialinių-demografinių veiksnių 58
4.3. Sąsajos tarp mėginimo žudytis ir psichikos sutrikimų 61
4.3.1. Sąsajos tarp psichikos sutrikimų ir socialinių-demografinių veiksnių 64
4.3.2. Sąsajos tarp psichikos sutrikimų ir mėginimo žudytis ypatumų 68
4.3.3. Psichikos sutrikimų ir mėginimo žudytis pobūdžio sąsajos 70
5. REZULTATŲ APTARIMAS 79
5.1. Mėginimo žudytis ypatumai ir jų sąsajos su socialiniais-demografiniais veiksniais 79
5.2. Mėginimo žudytis pobūdis ir jo sąsajos su socialiniais-demografiniais veiksniais 83
5.3. Mėginimo žudytis ypatumų ir pobūdžio sąsajos su psichikos sutrikimais 87
IŠVADOS 94
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS 95
BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS 96
DISERTACIJOS TEMA PASKELBTOS PUBLIKACIJOS 109
PRIEDAI 110
1 priedas 110
2 priedas 110
3 priedas 114
4 priedas 115

SANTRUMPOS

PSO	–	Pasaulio sveikatos organizacija
TLK	–	tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija
TLK-10-AM	–	tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtasis pataisytas ir papildytas leidimas Australijos modifikacija
LSMUL KK	–	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos
RKL PL	–	Respublikinės Kauno ligoninės padalinys Psichiatrijos ligoninė
n	–	atvejų skaičius (absoliutus skaičius)
proc.	–	procentai
χ^2	–	chi kvadrato kriterijus
l.l.sk.	–	laisvės laipsnių skaičius, dydis lygus objektų stebėjimo skaičiaus ir ribojančių sąlygų, neleidžiančių objektui kisti, skirtumas.
GS	–	galimybių santykis
PS	–	pasikliautinasis intervalas

ĮVADAS

Savižudybės yra svarbi visuomenės sveikatos problema visame pasaulyje [153, 155, 209, 223]. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, kasmet nusižudo ~ 1 mln. pasaulio gyventojų [64, 132, 148, 210]. Per pastaruosius 45 m. savižudybių skaičiai kai kuriose valstybėse padidėjo iki 60 proc., o visame pasaulyje šiuo metu savižudybės yra trečioji mirties priežastis 15–34 m. amžiaus žmonių grupėje [1, 143, 223]. Mokslinėje literatūroje pateikiama, kad mėginimų žudytis yra nuo 20 iki 40 kartų daugiau nei savižudybių [8, 273]. Mėginimai žudytis gali pasireikšti skirtingai savižudybės ketinimų atžvilgiu ir pakenkimo savo sveikatai mastu [210]. Nepriklausomai nuo savižudybės ketinimų ir sveikatos pažeidimo laipsnio, bet koks savęs žalojimas atspindi sunkų emocinį distresą ir galimus psichikos sutrikimus [145, 199, 200, 201]. Kiekviena savižudybė ar mėginimas žudytis yra didelė emocinė našta ir stiprus sukrėtimas ne tik pačiam asmeniui, bet ir aplinkiniams [23, 64, 212]. Kaip ir kiekvienas ligos ar mirties atvejis, savižudybės ir mėginimai žudytis siejami su dideliais finansiniais kaštais valstybei [64, 189]. Kadangi savižudybės ir mėginimai žudytis turi neigiamų asmeninių, šeimos aplinkos, socialinių, ekonominių ir visuomenės sveikatos pasekmių, ypač svarbu yra išsiaiškinti tokio poelgio priežastis [90, 132, 218]. Suicidologijoje yra įvardinami labai įvairūs veiksniai, nulemiantys savižudybių ir mėginimų žudytis priežastis, tačiau nėra nė vieno, kuris būtų lemiamas ar būtinas šiems reiškiniams [1]. Suicidologijos mokslo pradininkas, žymus mokslininkas Edwin S. Shneidman teigė, kad neįmanoma sukurti tokios savižudybių teorijos, kuri paaiškintų savižudybės fenomeną taip, kad jis visiškai atitiktų šio autodestruktyvaus elgesio įvairovę ir sudėtingumą [200, 201]. Savižudybių prevencija daugumoje pasaulio valstybių yra viena iš svarbiausių visuomenės sveikatos politikos užduočių [3, 64, 102].

Savižudybės nuo seno nagrinėjamos skirtingais mokslo teoriniais modeliais: socialiniu-kultūriniu, psichologiniu, psichoanalitiniu, medicininiu, biologiniu-genetiniu ir kt. [99, 177, 199]. Dauguma naujausių mokslinių darbų apie savižudybes yra empiriniai, t. y. labiausiai nagrinėjant savižudybių priežastis ir rizikos veiksnius [177]. XX a. antroje pusėje savižudybės buvo ypač nagrinėjamos trimis skirtingais aspektais: psichologiniu, psichiatriniu-epidemiologiniu ir genetiniu [99, 177]. Edwin S. Shneidman – vienas iš pirmųjų savo moksliniuose darbuose išsamiai nagrinėjęs savižudybės koncepciją. Jis akcentavo psichologinį savižudybių aspektą (1985 m.). Jo nuomone, savižudybė – tai žmogaus atsakas į ekstremalų psichologinį skausmą, sunkius emocinius išgyvenimus, ir savižudybių prevencija turi

būti orientuota į psichologinės pagalbos suteikimą esant savižudybės grėsmei [153, 199, 202, 218]. Psichiatrinio-epidemiologinio aspekto šalininkai savižudišką elgesį, savižudybę traktuoja kaip glaudžiai susijusius su psichobiologiniais rizikos veiksniais [147]. Nagrinėdami savižudybes genetiniu aspektu, mokslininkai pateikė duomenis apie tokio reiškinio sąsajas su genetiniais ir biologiniais veiksniais [7, 141, 223]. Jie teigė, kad savižudiškas elgesys nėra tiesiog paprastas individo atsakas į nepalankias aplinkybes, bet tai atspindi genetiškai nulemtą pažeidžiamumą ir neatsparumą problemoms [7, 136]. Taigi, savižudybių etiologija susijusi su genetiniais, individualiais, socialiniais, ekonominiais, psichiatriniais ir psichologiniais veiksniais. Skirtingas požiūris į savižudiško elgesio rizikos veiksnius turi reikšmės pasirenkant savižudybių prevencijos taktiką [26, 210]. Pavyzdžiui, sociologinės ir makroekonominės savižudybių teorijos akcentuoja populiacijos socialinės, ekonominės gerovės kėlimą kaip reikšmingą savižudiško elgesio mažinimo priemonę [133]. Medicininės savižudiško elgesio teorijos savižudybių prevencijoje pabrėžia tinkamą ir savalaikį psichikos sutrikimų nustatymą ir gydymą [81, 82, 90, 120]. Apibendrinant galima pastebėti, kad, nagrinėjant savižudybės problemą skirtingais požiūriais ir aspektais – sociologiniu, filosofiniu, psichologiniu, medicininiu, psichiatriniu, visuomenės sveikatos, epidemiologiniu, genetiniu, galima geriau suprasti šį reiškinį ir taikyti tinkamas prevencijos priemones [81, 88, 102, 147, 207]. Daugumoje pasaulio valstybių vykdoma nacionalinė savižudybių prevencijos strategija [117]. Nežiūrint didelių prevencijai dedamų pastangų, savižudybių skaičiaus mažėjimas nėra toks spartus, kaip ekonominių ir žmogiškųjų išteklių investicijų šiai sričiai augimas [177].

Vienas iš reikšmingiausių savižudybių rizikos veiksnių yra mėginimai žudytis, todėl šio reiškinio nagrinėjimas – labai svarbus savižudybių prevencijoje [49, 89, 219, 223]. Lietuvoje bei kitose valstybėse trūksta pagrįstų mokslinių tyrimų apie mėginimus žudytis. Klinikinėje praktikoje ir atliekant mokslinius tyrimus susiduriama su tokio elgesio terminologijos problemomis, ypač nustatant ir diferencijuojant mėginimus žudytis ir save žalojantį elgesį be suicidinių ketinimų [21,69].

Mėginimai žudytis skiriasi savo ypatumais, pobūdžiu bei fizinėmis pasekmėmis, o priežastys, kaip ir savižudybių, labai skirtingos [138, 194, 183, 234].

Išnagrinėję medicininėje literatūroje publikuotus duomenis, iškėlėme hipotezę, kurią siekėme patikrinti atlikdami mokslinį tyrimą:

1. Vyrų ir moterų mėginimai žudytis skiriasi ypatumais, pobūdžiu ir sąsajomis su psichikos sutrikimais.

1. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

1.1. Darbo tikslas

Įvertinti išgyvenusių po mėginimo žudytis ir gydytų psichiatrijos stacionare pacientų mėginimo žudytis ypatumus, pobūdį, jų sąsajas su psichikos sutrikimais ir socialinėmis-demografinėmis charakteristikomis.

1.2. Darbo uždaviniai

1. Įvertinti tiriamųjų mėginimo žudytis ypatumus ir jų sąsajas su socialinėmis-demografinėmis charakteristikomis.
2. Įvertinti tiriamųjų mėginimo žudytis pobūdį ir jo sąsajas su socialinėmis-demografinėmis charakteristikomis.
3. Nustatyti tiriamųjų mėginimo žudytis ypatumų ir pobūdžio sąsajas su psichikos sutrikimais.

1.3. Darbo naujumas

Savižudybių bei mėginimų žudytis problema plačiai nagrinėjama moksliniame kontekste įvairiose pasaulio šalyse. Savižudiško elgesio aktualumą atspindi daugumoje valstybių išliekantys aukšti ar net didėjantys savižudybių bei mėginimų žudytis atvejų skaičiai. Savižudybių statistika problemos aktualumą atspindi iš dalies, kadangi daug daugiau yra mėginimų žudytis, kurie dažnai turi medicininių, juridinių, ekonominių pasekmių. Mėginimai žudytis – vienas iš reikšmingiausių savižudybės rizikos veiksnių. Literatūros šaltiniuose pateikiama nemažai mokslinių tyrimų apie mėginimus žudytis, tačiau savižudiško elgesio fenomenas iki šiol nėra aiškus. Viena iš savižudybių prevencijos užduočių – analizuoti savižudybių priežastis, aiškintis šį reiškinį įtakojančius veiksnius. Viena iš didžiausių savižudybių prevencijos kliūčių yra svariais įrodymais pagrįstų intervencinių priemonių stoka.

Lietuvoje bei kitose valstybėse trūksta pagrįstų mokslinių tyrimų apie mėginimus žudytis. Įrodymais grįsti savižudiško elgesio tyrimai – reikšmingiausi siekant tinkamos ir efektyvios savižudybių prevencijos.

Šio tyrimo metu Lietuvoje pirmą kartą analizuoti mėginimo žudytis atvejai, kuomet įvertinti tokio elgesio ypatumai ir pobūdis, sąsajos su psichikos sutrikimais ir socialinėmis-demografinėmis charakteristikomis. Kai kurie tyrimo rezultatai praktikoje padės vertinti savižudybės riziką dirbant su išgyvenusiais po mėginimo žudytis pacientais bei diegiant savižudiško elgesio prevencijos strategijų kūrimą.

Asmeninis indėlis. Disertacijos rengimo metu disertantė parengė tyrimo klausimyną, atliko tiriamųjų asmenų apklausą taikant pasirinktą metodiką, struktūravo duomenų bazę bei įvertino gautus duomenis.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Savižudybės ir mėginimo žudytis definicija ir nomenklatūra

Terminas „suicidas“ žodynuose pradėtas aiškinti nuo XVIII a. Oksfordo anglų kalbos žodyne šis terminas aiškintas kaip „savęs nužudymas ar sunaikinimas“ [69, 99]. Dabartinėse tarptautinėse socialinių mokslų enciklopedijose savižudybės apibrėžimas pateikiamas kaip paties žmogaus inicijuotas gyvybės nutraukimas [69]. Nuo 1903 m., kai buvo išleista pirmoji „Tarptautinė ligų ir mirties priežasčių klasifikacija“, savižudybės buvo priskirtos skyriui apie mirtingumą ir ligotumą dėl išorinių priežasčių. Nuo 1903 iki 1948 m. visi su savižudišku elgesiu susiję veiksmai buvo klasifikuojami kaip „Būklės, sukeltos išorinių priežasčių“, o savižudybės tikslintos kaip „savižudybė dėl...“. Nuo 1948 m. (TLK-6) iki 1965 m. (TLK-8) atsirado būklių kategorija „Nelaimingi atsitikimai, apsinuodijimai ir smurtas“, o savižudiškas elgesys priskirtas skirsniui „Savižudybės ir save žalojantis elgesys“ [20]. 1975 m. (TLK-9) atsirado skyrius „Susižalojimai ir apsinuodijimai“, kuriam priskirti mėginimai žudytis ir tyčiniai savęs sužalojimai [18]. 1992 m. (TLK-10) atsirado būklių kategorija, kuri pavadinta „Tyčiniai susižalojimai bei apsinuodijimai“. Šiai kategorijai buvo priskirti tikslingi, tyčiniai savęs žalojimai ir apsinuodijimai [48]. Literatūroje pagrindiniai suicidologijos terminai aiškinami taip: 1. Savižudybė, sin. suicidas (iš lot. *sui* – savęs, *caedere* – žudyti), tyčinis susižalojimas – tai savanoriškas valingas žalojimasis ar nuodijimasis siekiant pasitraukti iš gyvenimo arba mirties priežastis. 2. Mirtina savižudybė, sin. letalusis suicidas, – tai įvykdytas, t. y. pasibaigęs mirtimi, savanoriškas, valingas, tyčinis savo gyvybės nutraukimas. 3. Savižudybės mėginimas, sin. nemirtina savižudybė, neletalusis suicidas – tai sąmoningas, savo noru pasirinktas veiksmas, kurį, nebūdamas tikras dėl mirtinos baigties, atlieka individas, siekdamas susižaloti arba pasitraukti iš gyvenimo, ir kuris nesibaigia mirtimi. 4. Savižudiškas elgesys – tai procesas, kuris apima vidines ir išorines problemas, paskatinusias savanorišką valingą žalojimąsi ar nuodijimąsi [21, 190, 210, 216]. Klinikinėje praktikoje ir atliekant mokslinius tyrimus susiduriama su terminologijos problemomis, ypač nustatant ir diferencijuojant mėginimus žudytis ir save žalojantį elgesį be suicidinių ketinimų. Mokslininkai mėginimo žudytis apibrėžimą pateikia skirtingai [21, 69]. Kai kurie mokslininkai mėginimą žudytis įvardina kaip bet kokį save žalojantį veiksmą, nepriklausomai nuo savižudybės ketinimų [37, 97]. Kiti tokį apibrėžimą kritikuoja, kadangi didelė dalis taip pavadintų mėginančiųjų žudytis visiškai neturi savižudybės ketinimų ir noro mirti, be to, kiekvienas mėginimas žudytis labai skiriasi

savo charakteristikomis, pasirinktu žalojimosi metodu [5, 8, 42]. Mėginimu žudytis dažnai traktuojamas veiksmas, kai asmuo nebūtinai nori numirti, o siekia gyventi palankesnėmis sąlygomis, jis priimamas kaip pagalbos šauksmas ir bandymas sukelti norimus pokyčius aplinkoje [159, 202]. Literatūroje dažnai mėginimas žudytis įvardinamas kaip bet koks tyčinis, valingas savo sveikatos sužalojimas, nepasibaigęs mirtimi [37, 97, 220]. Toks šio reiškinio traktavimas atspindi pragmatinį požiūrį: savižudiško elgesio motyvai ir ketinimai gali būti ambivalentiški ir dviprasmiški [69, 204]. 1964 m. Stengel teigė, kad asmenys, traktuojami kaip mėginę žudytis, turėtų būti skiriami dvejopai. Jis pabrėžė, kad mėginimo žudytis terminas turi būti vartojamas tik tuo atveju, jei asmuo mėgino nusižudyti ar sužalojo save turėdamas aiškų tikslą numirti, o toks veiksmas nesibaigė mirtimi dėl tam tikrų priežasčių [99]. PSO Europos regiono valdybos sudaryta Savižudybių ir mėginimų nusižudyti prevencinės praktikos veikimo grupė mėginimą žudytis apibrėžė taip: „Mėginimas žudytis – ne mirtimi pasibaigęs sąmoningas ir apgalvotas poelgis, kai be kitų pagalbos ir įsikišimo susižalojama ar nuodijamasi, siekiant ne mirti, o realizuoti norimus tikslus.“ [232].

Dėl termino „mėginimas žudytis“ semantinės ir konceptualinės kliūties atsirado terminas „savižudiškas elgesys“ [210]. Nagrinėjant literatūros šaltinius, net tuose pačiuose tekstuose terminas „mėginimas žudytis“ keičiasi su „tyčiniu save žalojimu ar apsinuodijimu“ kaip sinonimai.

Savižudybės ir mėginimai žudytis nėra liga ar apibrėžta patologija, tai – elgesio išraiška, kurią gali nulemti daugelis veiksnių. Tačiau reikia pabrėžti, kad bet koks tyčinis savo sveikatos sužalojimas, nepriklausomai nuo savižudiškų ketinimų, yra vienas iš stipriausių savižudybės rizikos veiksnių, todėl jų priežasčių analizė yra viena iš pagrindinių savižudybių prevencijos užduočių.

2.2. Savižudybių ir mėginimų žudytis epidemiologija

Kasmet pasaulyje nusižudo apie 1 mln. gyventojų [221, 232]. Globalus savižudybių skaičius pasaulyje – 16/100 000 gyventojų per metus, o mirtingumas nuo savižudybių sudaro 1,8 proc. visų mirčių. Vidutiniškai kas 40 sekundžių nusižudo 1 pasaulio gyventojas [232, 235, 236]. Skirtingose šalyse savižudybės rodikliai labai skiriasi dėl ne visai aiškių priežasčių. Dėl nevienodo savižudybių statistinių duomenų rinkimo objektyviai sunku arba net ir neįmanoma palyginti savižudybių skaičiaus skirtingose pasaulio vietose [99, 153]. Savižudybių skaičiai dalyje valstybių nėra pakankamai tiksliai registruojami ir perduodami Pasaulio sveikatos organizacijai. Manoma, kad savižudybių skaičiai kai kuriose valstybėse gali būti didesni, nei pateikiama

oficialioje statistikoje [153, 177]. Savižudybių paplitimas pasaulyje labai įvairus – nuo 2,3/100 000 iki 107/100 000 gyventojų/ per metus. Mėginimų nusižudyti arba susižalojimų būna iki 20–40 kartų daugiau nei savižudybių [209]. Didžiausi savižudybių skaičiai yra Rytų Europoje ir kai kuriose Azijos šalyse, mažiausi – Pietų ir Centrinėje Amerikoje, islamo šalyse, vidutiniški – Vakarų Europoje, JAV, Azijoje. Nuo 1987 m. iki 1991–1992 m. savižudybių skaičius Rytų Europoje augo, priešingai nei Vakarų Europos šalyse, kur savižudybių skaičius mažėjo. Rytų Europos šalyse pastebimas ir didesnis savižudybių skaičiaus skirtumas tarp vyrų ir moterų. Savižudybių skaičius, pobūdis ir tendencijos labai skiriasi Vakarų ir Azijos šalyse. Skirtumai ryškūs ir tarp skirtingų Azijos šalių ir regionų. Pastebima tendencija, kad savižudybių rodikliai didėja pietrytinėje Azijos dalyje, tačiau mažėja Artimuosiuose Rytuose. Labai maži savižudybių rodikliai fiksuojami islamo šalyse. Kai kuriose Azijos šalyse užregistruojami dideli savižudybių skaičiai, pvz., Pietų Korėjoje, Šri Lankoje. Būdinga, kad rodikliai didėja didėjant žmonių amžiui – tiek vyrų, tiek moterų. Beveik visose šalyse, išskyrus Kiniją, savižudybių skaičiai daug didesni tarp vyrų. Pagal savižudybių epidemiologiją, yra 3 grupės valstybių: didelio savižudybių skaičiaus šalys (pvz., Grenlandija, Pietų Korėja, Lietuva, Rusija, Baltarusija, Kazachstanas, Japonija, Kinija); vidutinio savižudybių skaičiaus šalys (pvz., Belgija, Suomija, Šveicarija); mažo savižudybių skaičiaus šalys (pvz., Ispanija, Italija, Kuveitas, Bahreinas, Iranas, Argentina, Brazilija) [77, 78, 106, 123, 170, 179, 227, 232, 236].

Šalis	**Savižudybių skaičius 100 000 gyventojų/metus**	**Metai**
Grenlandija	83	2011
Pietų Korėja	28,1	2012
Lietuva	31	2012
Rusija	20,2	2012
Baltarusija	20,5	2012
Kazachstanas	31	2011
Kinija	22,23	2011
Japonija	21,7	2012
Šri Lanka	21,3	2012
Belgija	21	2011
Suomija	16,9	2011
Ispanija	7,6	2008
Italija	6,3	2007
Jungtinė Karalystė	11,8	2011
Kuveitas	1,8	2009

Tęsinys.

Šalis	Savižudybių skaičius 100 000 gyventojų/metus	Metai
Iranas	5	2012
Argentina	7,7	2008
Brazilija	4,8	2008
Bahreinas	0,3	2011

Grenlandijoje užregistruojami didžiausi savižudybių skaičiai pasaulyje. Šioje valstybėje savižudybių skaičius pradėjo smarkiai didėti nuo 1970 m., o nuo 1990–1994 m. tapo patys didžiausi pasaulyje – 107/100 000 gyventojų per metus. Kitaip nei kitose šalyse, Grenlandijoje daugiausia nusižudo jauno amžiaus žmonės, ypač 15–24 m. amžiaus grupėje, o didėjant amžiui savižudybių skaičius mažėja. Grenlandijos savižudybių statistikos duomenys pateikia, kad 1 iš 4–5 gyventojų per savo gyvenimą bent kartą mėgina žudytis [33].

Pietų Korėjoje savižudybių rodiklis ženkliai didėjantis. Paskutinįjį dešimtmetį čia savižudybių skaičius padvigubėjo. Jei 1982 m. savižudybių skaičius buvo 6,8/100 000 gyventojų, tai 2012 m. – 28,1/100 000 gyventojų. Savižudybės – viena pagrindinių žmonių iki 40 m. amžiaus mirties priežasčių, vyrų savižudybės sudaro 2/3 visų atvejų [106].

Lietuva jau dešimtmečius pirmauja tarp valstybių, pasižyminčių itin prastais visuomenės psichikos sveikatos rodikliais, ypač savižudybių, savidestrukcinio elgesio sąskaita. Tarpukario laikotarpiu Lietuvoje savižudybių pasitaikydavo daug mažiau nei kitose Europos šalyse (1930 m. – 9 savižudybės 100 000 gyventojų). Pirmaisiais sovietinės okupacijos metais savižudybių skaičius pradėjo smarkiai didėti. 1991 m. Lietuva savižudybių skaičius buvo didžiausias, palyginti su kitomis Baltijos regiono šalimis, o 1994 m. Lietuva tapo savižudybių skaičiumi pirmaujančia valstybe Europoje (45,8 atv. 100 000 gyventojų). 1996 m. savižudybių skaičius išaugo iki 46,4 atvejų 100 000 gyventojų, 2000 m. – 46,6 atvejai 100 000 gyventojų, ir tai didžiausias savižudybių rodiklis Lietuvoje 1999–2000 m. Nuo 2003 m. per ketverius metus savižudybių rodiklis sumažėjo iki 27,8 proc., t.y. iki 30,4 atvejų 100 000 gyventojų, o 2008 m. vėl padidėjo iki 33,1 atvejų, 2009 m. – 34,1 atvejų 100 000 gyventojų. Didžią savižudybių dalį sudaro vyrų savižudybės. Lietuvoje 1994 m. vyrų savižudybių rodiklis buvo 81,9/100 000, moterų – 13,4/100 000 (iš viso – 45,8/100 000), 1996 m. atitinkamai vyrų ir moterų savižudybių rodikliai – 79,3 ir 17,1/100 000 (iš viso – 46,4/100 000), 2000 m. – 80,4 ir 16,9/100 000 (iš viso – 46,6/100 000), 2008 m. – 58,7 ir 10,8/100 000 (iš viso – 33,1/100 000), 2010 m. – 53,6 ir 10,6/100 000 (30,6/100 000), 2011 m. – 54,6 ir

11,6/100 000 (31,6/100 000), 2012 m. – 54,7 ir 10,8/100 000 (iš viso – 31,0/100 000). Savižudybių rodikliai skiriasi ir amžiaus grupėse – dažniausiai Lietuvoje nusižudo 45–59 m. amžiaus vyrai. Savižudybių rodikliai amžiaus grupėse 2010 m. pasiskirstė taip: 10–19 m. amžiaus grupėje vaikinų savižudybių rodiklis buvo 11,9/100 000, merginų – 4/100 00 (iš viso – 8/100 000), 20–24 m. – vyrų – 51,8 ir moterų – 5,5/100 000 (iš viso – 29,2/100 000), 25–44 m. – atitinkamai 59,5 ir 10/100 000 (iš viso – 34,7/100 000), 45–59 m. – 91,4 ir 15,2/100 000 (iš viso – 50,5/100 000), 60–74 m. – 69,2 ir 11/100 000 (iš viso – 33,6/100 000), vyresnių nei 75 m. amžiaus grupėje – 70,6 ir 24,3/100 000 (iš viso – 37,8/100 000). Lietuvoje skiriasi savižudybių skaičiai tarp miesto ir kaimo gyventojų. 1994 m. Lietuvos kaimuose savižudybių rodiklis buvo 64,4/100 000 gyv. miestuose – 37/100 000 gyv., 1996 m. atitinkamai – 68,2 ir 36,1/100 000, 2000 m. – 67,7 ir 36,2/100 000, 2008 m. – 48,1 ir 25,6/100 000, 2010 m. – 46 ir 23/100 000, 2011 m. – 42,1 ir 26,4/100 000, 2012 m. – 42 ir 25,6/100 000 [78, 235].

Savižudybių skaičiai Lietuvoje

Metai	Savižudybių skaičius
1990	969
1994	1703
1998	1554
2002	1551
2006	1049
2010	1018
2012	927

Jungtinėse Amerikos Valstijose savižudybių skaičiai yra vidutiniai, tačiau matoma jų didėjimo tendencija. Nuo 1990 m. iki 2010 m. savižudybių rodikliai keitėsi: nuo 1990 m. iki 2000 m. sumažėjo nuo 12,5 iki 10,4/100 000, nuo 2000 m. iki 2010 m. padidėjo iki 12,1/100 000. 2010 m. Daugiausiai savižudybių įvykdyta 45–64 m. amžiaus grupėje (18,6/ 100 000), antra pagal savižudybių dažnumą amžiaus grupė – vyresni nei 85 m. (17,6/ 100 000). JAV vyrų nusižudo 4 kartus daugiau nei moterų: 2010 m. vyrų savižudybės sudarė 19,9/100 000, moterų – 5,2/100 000. Iš visų mirusiųjų nuo savižudybių – 78,9 proc. buvo vyrai ir 21,1 proc. – moterys. JAV statistikos duomenys pateikia, kad savižudybės yra trečioji mirties priežastis 15–24 m. amžiaus grupėje [9, 232].

Mėginimų žudytis skaičiai nėra tikslūs. Ne visose šalyse yra tyčinių apsinuodijimų ir susižalojimų nacionalinis registras. Skirtingi literatūros šal-

tiniai pateikia, kad mėginimų žudytis skaičiai yra nuo 20 iki 40 kartų didesni nei savižudybių [16, 62, 97, 183]. Pavyzdžiui, JAV mėginimų žudytis statistika pateikiama remiantis pacientų, patekusių į gydymo įstaigas dėl tyčinio susižalojimo ar apsinuodijimo, skaičiumi [9, 97]. 2010 m. JAV užregistruoti 464 995 asmenys, patekę į gydymo įstaigas dėl minėtų priežasčių, t. y. 1 savižudybei teko 12 mėginimų žudytis. Tačiau, net ir registruojant tokius atvejus, realiai problemos aktualumas neatsispindi, nes mėginimų žudytis skaičiai nėra tikslūs. Neretai nesunkūs ir gyvybei negrėsmingi tyčiniai susižalojimai arba apsinuodijimai gydomi ambulatoriškai, šeimos gydytojo, privačiose gydymo įstaigose, kur tokie atvejai nėra registruojami [79, 103, 107, 230]. Manoma, kad JAV per metus gali būti iki 1 mln. mėginimų žudytis. Jungtinėje Karalystėje dėl mėginimų žudytis į gydymo įstaigas patenka apie 170 000 asmenų/per metus [9]. Daugumoje šalių savižudybių ir mėginimų žudytis skaičių proporcijos skiriasi, tai priklauso nuo demografinių veiksnių, pvz.: vyrai 5 kartus daugiau nusižudo nei moterys, tačiau moterys 3 kartus dažniau bando žudytis nei vyrai [229]; jauno amžiaus asmenys daug dažniau mėgina žudytis [75, 97, 103]. Senyvame amžiuje mėginimai žudytis daug retesni, priešingai nei savižudybės, t. y. 1 savižudybei tenka iki 4 mėginimų žudytis [63, 91]. Europoje vienas iš reikšmingiausių mokslinių tyrimų apie mėginimus žudytis buvo atliktas PSO iniciatyva 1989–1992 m. Tyrimas buvo atliekamas skirtinguose 16 Europos regionuose, tiksliai skaičiuojant visus mėginusius žudytis asmenis, patekusius į gydymo įstaigas (įvairaus profilio stacionarus, ambulatorinę grandį ir kt.). Pastebėta, kad tokio reiškinio paplitimas labai skyrėsi regionuose, pvz., Prancūzijoje (Cergy-Pontoise regionas) moterų nuo 15 m. skaičius buvo 542/100 000, o Ispanijoje (San Sebastian regionas) – 72/100 000. Vidutinis moterų nuo 15 m. mėginimų žudytis atvejų skaičius buvo 193/100 000. Vyrų mėginimo žudytis didžiausias paplitimas buvo Suomijoje (Helsinkio regione) – iki 327/100 000, mažiausias – Ispanijoje (Guipuzcoa regionas) – 46/100 000. Vidutinis vyrų nuo 15 m. amžiaus mėginimų žudytis atvejų skaičius skirtinguose Europos regionuose buvo 140/100 000. Tyrimo metu gauti rezultatai parodė, kad mėginimų žudytis paplitimas didesnis buvo Šiaurinėje Europos dalyje, o mažesnis – Vidužemio regione. Vidužemio jūros regione yra mažiausias savižudybių ir mėginimų žudytis paplitimas Europoje [62, 173]. N. Zelandijos statistiniai duomenys pateikia, kad 2001/2002 m. dėl mėginimo žudytis ar savęs žalojančio elgesio į gydymo įstaigas pateko 128,2/100 000 gyventojų, moterims toks elgesys buvo būdingesnis – 169,3/100 000, vyrai – 86,8/100 000. Daugiausiai mėgino žudytis ar save žalojo 15–24 m. amžiaus žmonės, o ypač tokio amžiaus moterys – 428,4/100 000 [191]. Mančesterio universitete atliktas mokslinis tyrimas, kurio metu buvo registruojami visi į skubios pagalbos skyrių patekę pacientai dėl

tyčinio apsinuodijimo arba susižalojimo, neatsižvelgiant į savižudybės ketinimus. Tyrimo rezultatai parodė, kad tokių atvejų Mančesteryje 2008 m. buvo 404/100 000 gyv. (moterų ir vyrų atitinkamai buvo 493 ir 318/100 000). 2009 m. užregistruoti 397/100 000 gyv. (moterų ir vyrų atitinkamai buvo 449 ir 349/100 000) [117].

Savižudybių bei mėginimų žudytis epidemiologija skiriasi įvairiose pasaulio regionuose, tačiau, apibendrinus, kasmet pasaulyje nusižudo ~ 1 mln. gyventojų, daugiau nei pusė savižudybių įvykdo 25–35 m. amžiaus vyrai; 15–24 m. amžiaus žmonėms savižudybė yra trečioji mirties priežastis. Kadangi mirtinos savižudybės yra aiškiai apibrėžtos, jų registras skirtingose valstybėse nėra problematiškas. Mėginimų žudytis traktavimas yra daugiaprasmiškas, todėl pateikti šio reiškinio statistinius duomenis yra sudėtinga.

2.3. Savižudybių ir mėginimų žudytis ypatumai ir pobūdis

Savižudybės ir mėginimai žudytis skiriasi ypatumais ir pobūdžiu. Nagrinėjant savižudybių ir mėginimo žudytis ypatumus, akcentuojami pasirinkti žudymosi būdai [99]. Klinikinėje praktikoje dirbant su mėginusiais žudytis pacientais, svarbu išsiaiškinti pasirinktą žudymosi būdą vertinant išliekančią savižudybės riziką ir galimas pasekmes sveikatai. Mėginimo žudytis būdas dažnai siejasi su savižudybės ketinimais: kuo stipresni savižudybės ketinimai, tuo „letališkesnį“ žudymosi būdą asmuo pasirenka [96, 195]. Letalių savižudybių žudymosi būdų išsiaiškinimas svarbus formuojant savižudybių prevencijos koncepcijas [96].

Savižudybių ir mėginimų žudytis būdų santykis skiriasi. Klinikinėje praktikoje savęs žalojančiam elgesiui įvardinti naudojamas kodavimas pagal tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtojo pataisyto ir papildyto leidimo Australijos modifikacijos (TLK-10-AM) įvardintus kodus (X60–X84). Remiantis Lietuvos higienos instituto pateiktais statistiniais duomenimis, Lietuvoje 2010 m. dažniausi nusižudymo būdai buvo tyčinis susižalojimas pasikariant, pasismaugiant ar uždūstant, juos naudojo 90,8 proc. visų nusižudžiusiųjų. 3,2 proc. nusižudžiusiųjų susižalojo šaunamaisiais ginklais, 2 proc. apsinuodijo įvairiomis medžiagomis, 1,6 proc. nušoko nuo aukštumos. Kiti nusižudymo būdai buvo: susižalojimas aštriais daiktais, pasiskandinant, patekus po motorine transporto priemone, gaisru ir ugnimi [213]. Savižudybių ir mėginimo žudytis metodai Vakarų Europos, JAV ir Azijos šalyse skiriasi, taip pat jie skiriasi vertinant pagal laikotarpį. Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje 1960 m. apie 50 proc. visų savižudybių buvo apsinuodijimas namų dujomis, kuris šiuo metu yra labai retas. Šiuo metu vieni iš dažniausių savižudybių būdai šioje šalyje –

korimasis ir intoksikacija medikamentais [188, 220]. JAV iki 60 proc. savižudybių įvykdomos susižalojus šaunamuoju ginklu. Vyrai yra linkę rinktis drastiškesnius žudymosi būdus, tai susiję ir su didesniu vyrų letališkumu nuo tyčinių susižalojimų [25]. Azijos šalyse susižalojimai šaunamaisiais ginklais yra reti – iki 2 proc., tačiau dažniausiai čia nusižudoma pasikariant ir iššokant iš aukštumos. Kinijoje kaimo teritorijose iki 60 proc. savižudybių įvyksta dėl tyčinio apsinuodijimo pesticidais [87]. Remiantis kitų šalių savižudybių statistikos duomenimis, pvz., N. Zelandijoje dažniausi savižudybės būdai yra pasikorimas – 46,5 proc. visų nusižudžiusiųjų (2002 m.) ir apsinuodijimas išmetamosiomis dujomis – 21,5 proc. visų nusižudžiusiųjų; 10,7 proc. nusižudė susižaloję šaunamaisiais ginklais (dauguma vyrai). Jei lygintume mėginusius žudytis asmenis – daugiau nei 80 proc. tokių asmenų nuodijosi medikamentais [160]**.** Dažniausi mėginimo žudytis būdai – tyčiniai apsinuodijimai medikamentais [43, 47, 163] ir susižalojimai aštriais daiktais [39, 138]. Mokslinių tyrimų duomenys rodo, kad 71 proc. mėginusiųjų žudytis naudojo tyčinio apsinuodijimo medikamentais būdą (68 proc. vyrų ir 74 proc. moterų), tyčiniai susižalojimai aštriais daiktais sudaro 19 proc. (19 proc. vyrų ir 18 proc. moterų), kitus metodus (tokius, kaip korimasis, iššokimas iš aukštumos, pasidegimas, pasiskandinimas, nuodijimasis anglies monoksidu) rinkosi 9 proc. tiriamųjų (11 proc. vyrų ir 6 proc. moterų). Korimasis buvo dažniausias iš kitų metodų – 24 proc., ypač tarp vyrų. Tyčia apsinuodijant dažniausiai buvo vartojami nesteroidiniai analgetikai, vaistai nuo reumato, nuo uždegimo – iki 60 proc. apsinuodijimo atvejų, o iš jų net 3/4 sudarė apsinuodijimas paracetamoliu. Po šių medikamentų dažniausiai naudotas apsinuodijimo psichotropiniais medikamentais būdas [75, 160, 220]. Anglijoje atlikto mokslinio tyrimo metu buvo ištirti 7344 pacientai, patekę į gydymo įstaigas dėl mėginimo žudytis. 80 proc. iš jų buvo apsinuodiję medikamentais, 15 proc. – tyčia susižaloję įvairiais būdais, 4,2 proc. – apsinuodiję medikamentais ir susižaloję kitais būdais [97]. Šveicarijoje atliktoje PSO inicijuoto daugiacentrio tyrimo duomenimis, daugiausiai patekusių į gydymo įstaigas mėginusių žudytis asmenų rinkosi tyčinį apsinuodijimą medikamentais [75].

Savižudybės ir mėginimai žudytis skiriasi savo pobūdžiu. Literatūros duomenimis, mėginimo žudytis pobūdis – minčių ir planų apie savižudybę buvimas, t. y. savižudybės ketinimai, tokio poelgio impulsyvumas ar suplanavimas, mirties išvengimo ar pagalbos suteikimo aplinkybės, kai kurių veiksnių, pvz., alkoholio, įtaka tokiam elgesiui. Vienas iš savižudybės rizikos veiksnių yra savižudybės minčių ir planų, t. y. ketinimų, turėjimas [22, 197]. Letalių savižudybių pobūdis gali būti nagrinėjamas atliekant mokslinius tyrimus psichologinės autopsijos metodu. Mėginimo žudytis pobūdžio išsiaiškinimas labai svarbus klinikinėje praktikoje vertinant išliekan-

čią savižudybės grėsmę ir suteikiant tinkamą kvalifikuotą pagalbą [174]. TLK-10-AM ligų klasifikacijoje koduojant tyčinius apsinuodijimus ar susižalojimus X kodu, neatsispindi tokio elgesio motyvai ir savižudybės ketinimai [15]. Dalis mokslininkų bet kokį tyčinį savo sveikatos sutrikdymą (tiek sunkius, tiek visai nesunkius, be grėsmės gyvybei susižalojimus) traktuoja kaip mėginimą nusižudyti. Kitų mokslininkų nuomone, tyčiniai susižalojimai ir apsinuodijimai gali būti be tikslo numirti, o toks elgesys pasireiškia dėl asmeniui emociškai netoleruotinos situacijos, kurios jis negali pakeisti, ir tokiu būdu siekia sumažinti įtampą, pakeisti situaciją [5, 65, 159], o žalojimosi veiksmas nebūtinai yra mėginimas žudytis [159]. Nepaisant to, save žalojantis elgesys gali pasireikšti labai skirtingai, turėti sunkių fizinių pasekmių [46, 121, 122]. Dalis tyčia susižalojusių asmenų patys neigia mintis ir planus apie savižudybę. Tokie susižalojimai dažniausiai susiję su sudėtingomis asmeninėmis problemomis, patirtais sunkiais išgyvenimais, socialine ir ekonomine deprivacija, žemu išsilavinimu, psichikos sveikatos problemomis [39, 226]. Tyčiniai susižalojimai ar apsinuodijimai dažnai yra lydimi piktnaudžiavimo alkoholiu ar psichoaktyviosiomis medžiagomis [57, 95]. Tačiau net ir nesunkūs daugkartiniai savęs žalojimai labai padidina savižudybės riziką [5, 14, 27, 90]. Maždaug 1 iš 6 mėginusių žudytis asmenų mėgina žudytis pakartotinai vienerių metų laikotarpiu [118]. Save žalojantis elgesys savižudybės riziką padidina net iki 100 kartų, palyginti su bendrąja populiacija [162]**.** Savižudybės rizika yra didžiausia per pirmus 6 mėn. po mėginimo žudytis [118]. Viena iš savižudybių prevencijos priemonių – teisinga elgesio taktika su mėginusiais žudytis pacientais, siekiant išvengti pakartotinio tokio elgesio [14, 55, 162, 185]. Nors atlikta nemažai mokslinių tyrimų apie mėginimus žudytis, tyčinius savęs žalojimus, vis dėlto savižudiško elgesio fenomenas iki šiol nėra aiškus. Tiriant save susižalojusius ar apsinuodijusius pacientus, skirtingi mokslinių turimų duomenys pateikia, kad dalis tokių asmenų žalojimosi metu turėjo stiprius savižudybės ketinimus, kiti taip elgėsi visiškai nenorėdami numirti, dar viena dalis asmenų būna ambivalentiški savo poelgio atžvilgiu, pvz., pavartoję mirtiną dozę medikamentų, patys kviečiasi medicinos pagalbą [10, 210]. Tiriant mėginimų žudytis pobūdį skirtingose amžiaus grupėse matosi, kad vyresnio amžiaus asmenys daug dažniau turėjo savižudybės ketinimų nei jauni asmenys [66, 70].

Literatūroje pateikiama daug duomenų apie save žalojančius asmenis, kurie neturi savižudybės ketinimų. Tai apibrėžiama kaip save žalojantis elgesys. Tokie veiksmai linkę kartotis, gali įgauti periodiškumą ar net tapti „įpročiu“ [89]. Tyčinis savęs žalojimas yra vienas iš stipriausių savižudybės rizikos veiksnių ir priklauso nuo lyties ir amžiaus [92, 217]. Kai kurių mokslinių tyrimų išvadose rekomenduojama tyčinių susižalojimų mažinimą

kaip vieną iš svarbiausių nacionalinės savižudybių prevencijos strategijos elementų [51, 153, 162]. Mokslinėje literatūroje yra aprašomas tyčinio savęs žalojimosi sindromas. Šis sindromas pasireiškia vėlyvoje paauglystėje ir charakterizuojamas daugybiniais pasikartojančiais save žalojančiais veiksmais, dažniausiai be sunkių ir gyvybei pavojingų sveikatos sutrikdymų. Tačiau reikia pabrėžti, kad šis sindromas yra susijęs su padidėjusia savižudybės rizika ir yra vienas iš svarbiausių savižudybės rizikos veiksnių [167]. Literatūroje aprašomas ir netiesioginis savęs žalojimo fenomenas: piktnaudžiavimas alkoholiu ar psichoaktyviosiomis medžiagomis, valgymo sutrikimai, polinkis į rizikingą veiklą [210].

Kiekvienas save žalojantis veiksmas, nepriklausomai nuo savižudiškų ketinimų, atspindi sunkų emocinį distresą. Kiekvienam tokį veiksmą atlikusiam asmeniui turi būti suteikta tinkama pagalba dėl didelės savižudybės grėsmės.

2.4. Savižudybių ir mėginimų žudytis rizikos veiksniai

2.4.1. Savižudybių ir mėginimų žudytis priežastys

Savižudybės rizikos veiksnių nustatymas yra svarbus klinikiniame darbe susidūrus pacientu, kuriam yra kilusi savižudybės rizika, ir visuomenės sveikatos kontekste įdiegiant savižudybių prevencijos priemones [54, 77, 137]. Suicidologijoje yra įvardinami labai įvairūs veiksniai, paskatinantys savižudybes ir mėginimus žudytis, tačiau nėra nė vieno, kuris būtų lemiamas ar būtinas šiems veiksmams [1]. Skirtingi veiksniai turi didesnę ar mažesnę įtaką savižudybės grėsmei. Savižudiško elgesio fenomenui paaiškinti mokslinėje literatūroje gvildenami genetiniai, biologiniai, psichosocialiniai ir medicininiai veiksniai. Mokslininkai pateikia genetikos ir savižudybių sąsajas [141]. Vieno mokslinio tyrimo metu nagrinėtas skirtingas individų reagavimas į nepalankius, stresinius gyvenimo įvykius. Pastebėta, kad vieniems po sunkių stresinių išgyvenimų išsivysto depresija ir didelė savižudybės rizika, o kitiems tokie įvykiai neturi įtakos psichikos sveikatai. Tyrimo duomenimis, pirmiesiems individams būdingi pokyčiai su serotonino sinteze ir transportu susijusiuose genuose (5-HTT), t. y. jiems buvo būdingi trumpi aleliai [7, 136]. Literatūroje pateikiama, kad nusižudžiusių ar mėginusių žudytis asmenų šeimoje, giminėje buvę savižudybės atvejai taip pat pagrindžia genetines savižudiško elgesio priežastis [141]. Buvęs savižudybės atvejis šeimoje ar tarp pirmos eilės giminaičių smarkiai didina savižudybės riziką [23, 105, 180, 223]. Savižudybės rizika didėja asmenims, kurių šeimose yra psichikos sutrikimų turinčių asmenų [11]. Serotonino sintezės sutrikimai, triptofano hidrokzilazės polimorfizmas siejasi su mintimis apie

savižudybę [141]. Mokslinių tyrimų duomenimis, alkoholizmo ir savižudybių sąsajos yra nulemtos tam tikrų genetinių sutrikimų [7, 141, 223]. Nagrinėjant biologines priežastis, tiriamas depresijos, agresijos, impulsyvumo, streso ryšys su savižudišku elgesiu. Mokslinių tyrimų duomenimis, tokiam elgesiui didelę reikšmę turi neuromediatorių apykaitos sutrikimai [223]. Psichosocialinės priežastys gali būti labai įvairios, o suicidologai socialines ir psichologines problemas dažnai nagrinėja atskirai. Socialinės savižudybių ir mėginimų žudytis priežastys – tai bedarbystė, vienišumas, konfliktai ir problemos socialinėje aplinkoje, žemas išsilavinimas, sunki finansinė padėtis, nepriteklius [17, 36]. Psichologinės priežastys taip pat gali būti labai įvairios. Tam tikri asmenybės bruožai, atsparumas ar jautrumas nepalankiems gyvenimo įvykiams, stresams, impulsyvumas, specifinis problemų sprendimo būdas, perfekcionizmas, rigidiškas mąstymas skatina polinkį į savižudybes [2, 12, 17, 35, 74, 202]. Medicininės savižudybių ir mėginimo žudytis priežastys – viena iš labiausiai nagrinėjamų problemų suicidologijoje. Psichikos sutrikimai yra vienas iš stipriausių savižudybių ir mėginimo žudytis rizikos veiksnių, o kai kurių mokslininkų traktuojamas kaip labiausiai skatinantis tokius veiksmus [6, 11, 13, 48, 52]. Žymus mokslininkas psichiatras Robert Simon teigia, kad „Savižudybė – tai katastrofiškas poelgis, atliekamas paties žmogaus rankomis, sukrečiantis savižudžio artimuosius, draugus...“ Nagrinėdamas savižudybes ir mėginimus žudytis, mokslininkas neabejotinai pabrėžia šio reiškinio sąsajas su psichikos sutrikimais ir kaip labiausiai su savižudybės problema susidurančius specialistus nurodo psichiatrus. Mokslininkas teigia, kad „yra dvejopi psichiatrų tipai“: „...vieni psichiatrai, kurie savo praktikoje turėjo nusižudžiusių pacientų, ir kiti, kurie turės tokių pacientų“. Nors skirtingose šalyse ir kultūrose savižudybių ir mėginimo žudytis sąsajos su psichikos sutrikimais pateikiamos skirtingomis proporcijomis, šis ryšys vis dėlto yra neabejotinas [59, 76, 93]. Remiantis kai kurių Vakarų Europos šalių mokslininkų pateikiamais duomenimis, netgi iki 90 proc. nusižudžiusių žmonių galėjo sirgti bent viena psichikos liga [137, 138, 182, 210, 223]. 2003 m. Škotijoje mokslininkų atlikto tyrimo duomenimis, nuo 88 iki 95 proc. nusižudžiusiųjų turėjo psichikos sutrikimą [48]. Mokslininkai Harris ir Barracloug 1997 m. atliko mokslinį tyrimą, paremtą metaanalizės principu, kai analizuotas sergančiųjų psichikos sutrikimais mirtingumas. Tyrimo metu buvo lyginti sergančiųjų psichikos ligomis savižudybės atvejai su savižudybėmis bendrojoje populiacijoje. Tyrimo rezultatai parodė, kad visi psichikos sutrikimai, išskyrus protinį atsilikimą ir demenciją, yra susiję su padidėjusia savižudybės grėsme [222]. Taigi, savalaikis ir teisingas psichikos sutrikimų konstatavimas yra tiesioginis ir vienas iš svarbiausių veiksnių vertinant padidėjusią savižudybės riziką [3, 77, 194, 223]. Vystantis suicidologijos mokslui,

tiriant savižudybes reikšmingu tyrimo metodu tapo psichologinė autopsija. Šis tyrimo metodas apima retrospektyvųjį nusižudžiusio asmens tyrimą. Psichologinės autopsijos tikslas – gauti aiškų asmens psichologinį vaizdą, buvusį prieš savižudybę [23, 48]. Dauguma duomenų, gautų iš psichologinių autopsijų, pateikia, kad asmenys, mirę dėl savižudybės, sirgo psichikos sutrikimais [4, 23, 48, 200, 223]. Dalis mokslininkų teigia, kad savižudybė – tai biologinio smegenų pažeidimo pasekmė, kai psichikos sutrikimas yra smegenų pažeidimo išraiška [7, 141, 199]. Didžiosios Britanijos statistikos duomenys pateikia, kad 25 proc. nuo savižudybės mirę asmenys 12 mėnesių laikotarpiu iki savižudybės buvo konsultuoti gydytojo psichiatro [230]. Danijoje atlikto mokslinio tyrimo duomenimis, apie pusė visų nuo savižudybės mirusiųjų per savo gyvenimą bent kartą buvo hospitalizuoti psichiatrinio profilio gydymo įstaigoje [154]. Tame pačiame tyrime pateikiama, kad tokiems asmenims yra iki 20 kartų didesnė savižudybės rizika, palyginti su niekada nesigydžiusiais tokiose gydymo įstaigose. Vienerius metus po pirmojo hospitalizavimo savižudybės tikimybė yra padidėjusi iki 50 proc. [154]. Pateikiami du savižudybės „pikai“, susiję su hospitalizacija psichiatrinio profilio stacionare: pirma hospitalizacijos savaitė ir iš karto išsirašius iš stacionaro. Reikšmingai didesnė savižudybės rizika buvo pacientams, kurie buvo gydomi stacionare trumpesnį nei vidurkis laikotarpį. Didžiausia savižudybės rizika pastebėta hospitalizacijos pradžioje [108, 113, 154].

Mėginimai žudytis taip pat yra neabejotinai susiję su psichikos sutrikimais. Mėginusiems žudytis asmenims dažnai yra nustatomi psichikos sutrikimai [94, 98, 114, 151]. Anglijoje atlikto mokslinio tyrimo rezultatai parodė, kad iš 1108 pacientų, į gydymo įstaigą patekusių dėl tyčinio susižalojimo ar apsinuodijimo, 29 proc. buvo diagnozuota depresija, 32 proc. – psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį ar kitas psichoaktyviąsias medžiagas, nerimo sutrikimai – 13 proc., sunkūs psichikos sutrikimai (psichozinio spektro) – 7 proc., asmenybės sutrikimai – 4 proc., diagnozė nenustatyta 4 proc. atvejų [117]. Šveicarijoje atlikto PSO inicijuoto daugiacentrio tyrimo duomenimis, iš tyrime dalyvavusių 984 mėginusių žudyti pacientų 98,7 proc. buvo nustatytas psichikos sutrikimas [75].

Kita reikšminga medicininė savižudybės priežastis – tai anamnezėje buvę mėginimai žudytis [219]. Mokslinės literatūros duomenimis, daugiau nei 50 proc. iš nusižudžiusiųjų bent kartą mėgino žudytis anksčiau [54, 126, 234]. Savižudybės rizika dar labiau padidėja, jei anksčiau mėginęs žudytis asmuo taip pat serga psichikos liga, yra linkęs į socialinę izoliaciją [126]. Ypač savižudybės grėsmę didina daugkartiniai mėginimai žudytis [223], o dar labiau, jei jie buvo planuoti, su stipriais savižudybės ketinimais [8, 22]. Kai kurių mokslinių tyrimų duomenimis, mėginusiems žudytis asmenims yra iki 20–30 kartų didesnė savižudybės rizikos tikimybė, palyginti su

bendrąja populiacija [49, 89, 138, 234]. Apie 10 proc. jų nusižudo per 5–10 m. po mėginimo žudytis. Nuo 10 iki 40 proc. pacientų, kurie buvo hospitalizuoti dėl mėginimo žudytis, kartoja tokį veiksmą [54, 104, 138]. Mirtingumas dėl savižudybės didėja po kiekvieno mėginimo žudytis [104, 203]. N. Zelandijos mokslininkai atliko 5 m. trukmės tyrimą, kurio metu buvo tiriami 302 mėginę žudytis pacientai. Beveik pusė iš visų tiriamųjų mėgino žudytis arba nusižudė šiuo laikotarpiu, 6 proc. mirė dėl savižudybės [16]. Kito mokslinio tyrimo duomenimis, 1 m. laikotarpiu po mėginimo žudytis mirtimi nesibaigiančių savižudybės mėginimų pasitaiko iki 16 proc. Šiuo laikotarpiu 2 proc. tiriamųjų nusižudė, po 9 m. letalių savižudybių buvo 7 proc. [15, 16, 162, 191]. Tyrimo išvadose pateikiama, kad mėginusiems žudytis ar save žalojusiems asmenims savižudybės rizika yra 100 kartų didesnė, palyginti su bendrąja populiacija [86, 191]. 2008–2009 m. atliktas mokslinis tyrimas Mančesterio universitete „Mančesterio savęs sužalojimo projektas“, jo metu tirti į skubios pagalbos skyrius patekę pacientai po tyčinių susižalojimų arba apsinuodijimų, nepriklausomai nuo savižudybės ketinimų.Tyrimo metu gauti rezultatai parodė, kad 64 proc. asmenų buvo mėginę žudytis: 16 proc. asmenų tai įvykdė 6 mėn. laikotarpiu, 19 proc. – per vienerius metus, 29 proc. – 2 m. laikotarpiu [118].

Somatinės ligos traktuojamos kaip viena iš medicininių savižudybių ir mėginimų žudytis priežasčių [153]. Savižudybės rizikos padidėjimas susijęs su socialinio gyvenimo pasikeitimais sergant somatinėmis ligomis ir su antriniais psichikos sutrikimais dėl somatinių ligų. Literatūroje pateikiama, kad plaučių ligos, onkologinės ligos, stuburo ligos, insultas, astma didina savižudybės riziką vienodai vyrams ir moterims nuo 1,4 iki 2,1 karto, cukrinis diabetas ir išeminė širdies liga savižudybės riziką labiau didina vyrams – nuo 1,2 iki 1,4 karto [67]. Onkologinės ligos yra vienas iš savižudybės rizikos veiksnių [110]. Tiriant savižudybių skaičių tarp sergančiųjų vėžiu ir bendrojoje populiacijoje, nustatyta, kad tokių atvejų skaičius buvo daug didesnis tarp sergančiųjų. Kai kurių mokslinių tyrimų duomenys rodo, kad savižudybės rizika sergant vėžiu padidėja 2–4 kartus [115].

Savižudybė ir mėginimo žudytis reiškinys yra kompleksinis, daugelio skirtingų veiksnių įtakojamas fenomenas, tačiau, kaip teigė žymus mokslininkas suicidologas Edwin S. Shneidman, neįmanoma sukurti tokios savižudybių teorijos, kuri paaiškintų savižudybės reiškinį taip, kad jis visiškai atitiktų šio autodestruktyvaus elgesio įvairovę ir sudėtingumą.

2.4.2. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su lytimi

Savižudybių ir mėginimų žudyti sąsajos su lytimi yra neabejotinos [112, 210]. Savižudybių rodikliai daugumoje šalių yra daug didesni tarp vyrų, tačiau mėginimai žudytis dažnesni tarp moterų [82, 112, 194]. Lietuvoje vyrai nusižudo 5 kartus dažniau [78, 235]. Tarp pacientų, dėl mėginimų žudytis (tyčinio apsinuodijimo medikamentais ar tyčinio susižalojimo) patekusių į gydymo įstaigas, daug daugiau būna moterų [39, 75]. Kai kuriose šalyse moterų savižudybių skaičius yra didesnis nei vyrų (Kinijoje, Šri Lankoje) [170]. Sociologai įvardina socialinį reiškinį kaip „crisis of masculinity“ („vyriškumo krizė“) Vakarų Europos šalyse, kur vyrų ir moterų savižudybių rodikliai labai skiriasi [32, 198]. Pvz., nuo 1958 m. iki 1998 m. vyrų savižudybių skaičiai Anglijoje ir Velse padvigubėjo jaunesnių nei 45 m. amžiaus grupėje, nors tarp vyresnių savižudybių skaičiai išliko maždaug stabilūs, kaip ir tarp visų amžiaus grupių moterų. Savižudybės – viena iš pagrindinių vyrų iki 35 m. amžiaus mirties priežasčių [152]. Mokslinėje literatūroje pateikiamos pagrindinės priežastys, lemiančios reikšmingą savižudybių skaičiaus skirtumą tarp lyčių [45, 210, 223]. Vyrai daug dažniau nusižudo nei moterys, nes jie impulsyvesni, labiau linkę piktnaudžiauti alkoholiu ir psichoaktyviosiomis medžiagomis, komorbidiniai nuotaikos ir alkoholio, psichoaktyviųjų medžiagų sukelti psichikos sutrikimai būdingesni vyrams, jie dažniau renkasi daug drastiškesnius ir „letalius“ žudymosi metodus [32, 72]. Vyrai mažiau linkę ieškoti pagalbos esant psichologinėms ar psichikos problemoms ir sunkiau prisitaiko esant stipriems išgyvenimams, ypač nutrūkus tarpusavio santykiams su antrąja puse [181, 194]. Mėginimai žudytis būdingesni moterims. 2008–2009 m. atliktas mokslinis tyrimas Mančesterio universitete „Mančesterio savęs sužalojimo projektas“, kurio metu tirti į skubios pagalbos skyrius patekę pacientai po tyčinių susižalojimų arba apsinuodijimų, neatsižvelgiant į savižudybės ketinimus. Tyrimo rezultatai parodė, kad dėl tyčinių susižalojimų ir apsinuodijimų į skubios pagalbos skyrius moterų pateko daugiau. Pateikti duomenys, kad iš visų tiriamųjų 59 proc. sudarė moterys, ir jų buvo daugiau visose amžiaus grupėse [39, 117, 229]. Kito Anglijoje atlikto mokslinio tyrimo metu buvo ištirti 7344 pacientai, patekę į gydymo įstaigas dėl mėginimo žudytis, iš jų 57 proc. buvo moterys, o 43 proc. – vyrai [97].

Mažesniam moterų mirtingumui nuo letalių savižudybių turi įtakos didesnis jų religingumas nei vyrų, aktyvumas socialiniame gyvenime ir glaudesnių socialinių kontaktų turėjimas; moterys labiau nei vyrai linkusios reaguoti į savo psichologines problemas, kurios skatina ketinimus žudytis. Aprašomi ir nuo savižudybės saugantys veiksniai, kurie būdingi moterims: nėštumas ir mažų vaikų auginimas [142, 180, 181]. Mokslinių tyrimų

rezultatai pateikia, kad moterų savižudybėms didelę įtaką turi patirta fizinė ir seksualinė prievarta [186].

Savižudybių ir mėginimų žudyti sąsajos su lytimi yra neabejotos. Savižudybių rodikliai daugumoje šalių yra daug didesni tarp vyrų, tačiau mėginimai žudytis dažnesni tarp moterų.

2.4.3. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su amžiumi

Savižudybių skaičius Europoje, JAV ir kt. šalyse didėja didėjant žmonių amžiui [186]. Ryškiausi savižudybių skaičiaus padidėjimai, vadinamieji „pikai“, pastebimi vėlyvoje paauglystėje/jauname suaugusiame amžiuje ir senyvame amžiuje. Išsivysčiusiose valstybėse savižudybės yra trečioji mirties priežastis 15–24 m. amžiaus grupėje. Vėlyvoje paauglystėje ir jauname suaugusiame amžiuje padidėjęs savižudybių skaičius siejamas su tokiame amžiuje prasidedančiomis psichikos ligomis, kurios neabejotinai turi didelę įtaką savižudybėms [139]. 2010 m. Lietuvoje 10–19 m. vyrų amžiaus grupėje buvo 8/100 000 savižudybės, o 20–24 m. amžiaus grupėje jau 29,4/ 100 000. Tarp moterų tokių didelių savižudybių „pikų“ nepastebėta: 10–19 m. amžiaus grupėje buvo 4/100 000, o 20–24 m. – 5,5/100 000 [235]. Nors visuomenėje daugiau dėmesio skiriama jaunų žmonių savižudybėms, senyvo amžiaus žmonių populiacijoje ši problema dar aktualesnė. Išsivysčiusiose šalyse didžiausi savižudybių rodikliai yra tarp senyvo amžiaus žmonių. Lietuvoje tai labiau būdinga moterims – didžiausias savižudybių skaičius tarp moterų yra vyresnių nei 75 m. amžiaus grupėje. 2010 m. šioje amžiaus grupėje buvo 24,3/100 000 moterų. Taip pačiais metais vyresnių nei 75 m. amžiaus vyrų savižudybių užregistruota 70,6/100 000, tačiau 45–59 m. vyrų amžiaus grupėje buvo 91,4/100 000 [235]. Jauno amžiaus žmonėms daugiau būdingi mėginimai žudytis, tyčinis susižalojimas ar apsinuodijimas [103, 112, 122]. Daugumos mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad į gydymo įstaigas dėl mėginimų žudytis daug daugiau patenka jaunų asmenų [45, 233]. Anglijoje atlikto mokslinio tyrimo duomenimis, daugiausiai mėgino žudytis jauno amžiaus moterys – 15–19 m., tačiau vyrų šioje amžiaus grupėje taip pat buvo daugiausia. Kita „kritinė“ amžiaus grupė buvo 40–44 m. [66, 117]. Kaip jau minėta, savižudybių skaičius nekoreliuoja su mėginimų žudytis skaičiumi, nes jei senyvame amžiuje žmonės dažniau nusižudo, tai jauname amžiuje daug daugiau mėginimų žudytis. Didesnį mirtingumą dėl savižudybių senyvame amžiuje lemia tokie veiksniai: seni žmonės daug dažniau serga didesniu skaičiumi somatinių ligų, dėl kurių tampa neįgalūs, jie vartoja daug daugiau vaistų ir yra labiau socialiai izoliuoti [58, 111]. Todėl mėginant žudytis senyvame amžiuje yra daug mažesnė išgyvenamumo tikimybė. Senyvame amžiuje savižudybės būna mažiau

impulsyvios, labiau apgalvotos, pasirenkami drastiškesni savižudybės metodai; senyvi žmonės linkę mažiau kalbėti apie norą nusižudyti [58, 115]. Vienas iš svarbiausių veiksnių, nulemiančių didelį savižudybių skaičių senyvame amžiuje, – somatinės ligos: širdies ir kraujagyslių ligos, obstrukcinė plaučių liga ir kt. Savižudybės rizika labai didėja sergant keliomis somatinėmis ligomis [228]. Atliekant nusižudžiusių senyvo amžiaus žmonių psichologines autopsijas, nustatyta, kad prieš savižudybę iki 50 proc. asmenų 1 sav. laikotarpiu dėl prastos somatinės būklės lankėsi pas gydytoją [115]. Senyvame amžiuje yra daug mažesnis skirtumas tarp mėginusių žudytis ir nusižudžiusiųjų, palyginti su jauno amžiaus žmonėmis [58]. Anglijoje atlikto mokslinio tyrimo metu buvo ištirti 7344 pacientai, patekę į gydymo įstaigas dėl mėginimo žudytis. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad iš visų pacientų vyresni nei 60 m. sudarė 3,9 proc., t. y. 4,3 proc. vyrų ir 3,6 moterų [117]. Kaip ir kitose amžiaus grupėse, vienas iš svarbiausių veiksnių, skatinančių savižudybes senyvame amžiuje, – psichikos sutrikimai. Šis veiksnys nėra lemiamas, kadangi senyvame amžiuje didesnę savižudybės grėsmę lemia jau minėti veiksniai – somatinės problemos, vienišumas ir t. t. [70]. Literatūroje aprašomas senyvame amžiuje būdingas netiesioginis savidestrukcinis elgesys, dar vadinamas „tyliąja savižudybe“, kai asmuo atsisako valgyti, gerti, vartoti medikamentus, nesilaiko gydymo režimo, norėdamas numirti. Šis reiškinys būdingesnis moterims ir ypač palaikomojo gydymo, slaugos institucijose [58]. Tikslių statistinių apie mėginimus žudytis senyvame amžiuje nėra, tačiau, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos inicijuoto daugiacentrio tyrimo apie mėginimus žudytis pateiktais duomenimis, skirtingose Europos vietose šie skaičiai skiriasi: pvz., Vokietijoje (Wurzburge) vyresnių nei 75 m. amžiaus grupėje buvo 14/100 000, o Švedijoje (Huddinge) – 111/100 000 [99]. Dauguma skirtingų mokslinių tyrimų pateikia, kad senyvo amžiaus moterys mėgina žudytis dažniau nei vyrai, tačiau skirtumas tarp lyčių yra mažesnis nei jauname amžiuje – 3:2 [149]. Senyvame amžiuje dažniausi žudymosi metodai – tyčiniai apsinuodijimai medikamentais ir kiek mažiau naudojami tyčiniai susižalojimai aštriais daiktais. Senyvame amžiuje alkoholio vaidmuo savižudiškam elgesiui daug mažesnis nei jauname amžiuje [70, 206].

Savižudybių, mėginimų žudytis ir amžiaus sąsajų nagrinėjimas turi reikšmės tokio reiškinio prevencijoje dėl savižudybės rizikos veiksnių specifiškumo skirtingose amžiaus grupėse.

2.4.4. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su socialiniais veiksniais

Psichikos sveikata yra veikiama įvairių vidinių ir išorinių aplinkos santykių, todėl tam tikras socialinis ryšys, santykis su aplinka sukuria apsauginę funkciją ir suteikia socialinį saugumą. Savižudybių problemos supratimas visuomenės psichikos sveikatos kontekste vis dažniau grindžiamas biopsichosocialiniu modeliu [210]. Biopsichosocialinis modelis reiškia, kad individo psichikos sveikata glaudžiai siejasi su socialiniais, politiniais, ekonominiais veiksniais ir ypač jų pokyčiais. Mokslinėje literatūroje ši integrali būsena (t. y. daugialypė psichikos sveikatos ir socialinių veiksnių sąveika) įvardijama kaip psichikos sveikatos socialinis saitas ir analizuojama ne tik kaip medicininė, bet ir kaip socialinė problema [130, 159]. Socialinių veiksnių įtaka savižudybėms ir mėginimams žudytis plačiai nagrinėjama skirtinguose moksliniuose tyrimuose [99]. Socialiniais veiksniais įvardinami aplinkos kultūriniai bruožai, išsilavinimas, šeimyninė padėtis, darbingumas, socialinis statusas, socialinė deprivacija, finansinė padėtis, problemos socialinėje aplinkoje [2]. Dažnai pabrėžiama daugiaveiksnė, t. y. kelių socialinių veiksnių, įtaka savižudybėms ir mėginimams žudytis. Socialiniai veiksniai nulemia šių reiškinių dažnį sąveikaudami su kitais veiksniais (pvz., psichikos sutrikimais) [240]. Savižudybių ir mėginimo žudytis riziką didina bedarbystė, vienišumas, žemas išsilavinimas [197], problemos, susijusios su piktnaudžiavimu alkoholiu, sunki finansinė padėtis, problemos socialinėje aplinkoje [39]. Bedarbiai asmenys yra 2–3 kartus labiau linkę į savižudybes. Bedarbystė didina asmens pažeidžiamumą nepalankiems gyvenimo įvykiams, nulemia prastesnę psichinę sveikatą ir netiesiogiai stiprina kitų veiksnių įtaką savižudybių rizikai [53, 124, 140, 144]. Anglijoje atlikto tyrimo duomenimis, iš mėginusiųjų žudytis, tyčia save žalojusių ar apsinuodijusių asmenų 40 proc. buvo bedarbiai, 29 proc. – dirbantys, 6 proc. – nedirbo dėl neįgalumo, 15 proc. – bedarbiai, 2 proc. – pensininkai [117]. Socialinėje aplinkoje patirti stresai – tarpasmeninių santykių problemos, skyrybos, patirtas smurtas, juridinės problemos, seksualinis išnaudojimas, socialinė izoliacija skatina savižudybes ir mėginimus žudytis [125]. Beveik pusė mėginusių žudytis asmenų kaip žudymosi priežastį nurodė santykių su partneriu problemas [12]. Mėginę žudytis asmenys dažnai įvardino santykių problemas ne tik namų aplinkoje. Vyrai dažnai įvardino darbo, finansinius, su alkoholio vartojimu susijusius sunkumus [181]. Daugelio mokslinių tyrimų rezultatai pateikia šeimyninės padėties ir savižudybių bei mėginimo žudytis sąsajas.

Socialinių, psichosocialinių problemų, įtakojančių savižudybes bei mėginimus žudytis, įvairovė yra labai didelė. Pabrėžiama daugiaveiksnė, t. y.

kelių socialinių veiksnių, įtaka savižudybėms ir mėginimams žudytis, o socialiniai veiksniai nulemia šių reiškinių dažnį sąveikaudami su kitais veiksniais.

2.4.5. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su psichologiniais veiksniais

Suicidologijoje psichologiniai savižudybių ir mėginimo žudytis veiksniai nagrinėjami remiantis intrapsichinių procesų ir išorinių aplinkos veiksnių poveikio koncepcijomis. Shneidman psichologinė savižudybės koncepcija šį reiškinys sieja su dideliu „psichologiniu skausmu“, neatsižvelgiant į individo biologinius ir genetinius veiksnius [155, 202]. Šis mokslininkas vartojo terminą *psychache,* kuris reiškia psichinį skausmą, kančią, liūdesį, o savižudybės procesą siejo su „nepakeliamu psychache“ [199, 201, 202]. Shneidman teigė, kad savižudybės tikslas yra ieškoti sprendimo, uždavinys – nutraukti sąmonę, stimulas – netoleruotinas psichologinis skausmas, stresorius – frustracija dėl psichologinio poreikio, pagrindinė emocija – beviltiškumas, kognityvinė būsena – ambivalencija, susiaurėjusi suvokimo būsena, bendras veiksmas – išėjimas, tarpasmeniniai veiksmai – savižudiškų ketinimų perdavimas [159, 199, 202]. Psichologinės koncepcijos šalininkai teigia, kad savižudybė – tai stipraus, nepakeliamo psichologinio skausmo pasekmė kaip vienintelis ir geriausias problemos sprendimo būdas [202]. Mokslinių tyrimų rezultatai pateikia, kad impulsyvumas yra vienas iš svarbiausių asmenybės bruožų, skatinančių savižudišką elgesį, o mirtimi nepasibaigę mėginimai žudytis dažnai būna impulsyvūs [159]. Tyrimų rezultatai rodo, kad net iki 50 proc. mėginusių žudytis asmenų valandą iki tokio poelgio neturėjo savižudiškų ketinimų [210]. Neurobiologinių tyrimų rezultatai pateikia, kad tam tikri serotonino apykaitos sutrikimai galvos smegenyse skatina agresiją ir impulsyvumą, o šios savybės glaudžiai siejasi su savižudišku elgesiu ir smurtu [138]. Impulsyvumas turi tiesiogines sąsajas su padidėjusia savižudybės rizika. Pavyzdžiui, sergančiųjų bipoliniu sutrikimu mirtingumas dėl savižudybių yra didesnis nei sergančiųjų depresija, nes bipoliniam sutrikimui būdingas impulsyvumas [85, 169].

Į savižudybes ir mėginimus žudytis yra linkę asocialaus ir emociškai nestabilaus tipo asmenybės sutrikimų turintys asmenys dėl afektinio nestabilumo, pykčio išraiškų, priešiškumo, žemos frustracijos toleravimo, nesugebėjimo planuoti [72, 159, 223]. Pagrindiniai savižudybių ir mėginimo žudytis psichologiniai veiksniai yra dichotominis mąstymas, kognityvinis rigidiškumas, sunkumai spręsti problemas, „autobiografinės atminties“ ypatumai, beviltiškumo jausmas, „skausmingas verksmas“. Dichotominis mąstymas – tai mąstymas „viskas arba nieko“ („juoda arba balta“) principu

[127, 130]. Literatūroje aprašomi moksliniai tyrimai, kurių metu buvo lyginami mėginę žudytis, psichosomatinių problemų turintys pacientai ir kontrolinės grupės asmenys. Išvadose teigta, kad mėginusiems žudytis pacientams daug labiau buvo būdingas dichotominis mąstymas [127]. Kognityvinis rigidiškumas – nesugebėjimas spręsti iškilusių problemų. Mokslinių tyrimų rezultatai pateikia, kad į savižudišką elgesį linkę asmenys buvo daug labiau nelankstūs, rigidiški ir mažiau sugebantys keisti savo problemų sprendimo būdų strategijas [168, 169, 199, 200]. Mėginę žudytis asmenys yra pasyvesni, kai reikia spręsti problemas, labiau linkę „perkelti“ problemų sprendimą kitiems. Vienas iš psichologinių veiksnių, skatinančių savižudybes ir mėginimus žudytis, yra „autobiografinės atminties“ ypatumai. Didesnė savižudybės rizika yra tiems asmenims, kurie detaliau ir išsamiau atsimena (atkuria) gyvenimo įvykius, susijusius su neigiamais išgyvenimais [159, 199]. Beviltiškumas – vienas iš stipriausių psichologinių veiksnių, skatinančių savižudybes, kai asmuo jaučiasi sužlugdytas ir nemato jokios išeities iš susidariusios situacijos. Kai kurie mokslininkai teigia, kad beviltiškumas atsiranda dėl kognityvinio rigidiškumo, dichotominio mąstymo, nesugebėjimo spręsti problemų [127, 155, 208, 210].

Psichologiniai mechanizmai, įtakojantys padidėjusią savižudybių bei mėginimų žudytis riziką yra glaudžiai susiję su biologiniais bei socialiniais veiksniais, todėl jų visumos nagrinėjimas leidžia geriau suprasti savižudiško elgesio fenomeną.

2.5. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su psichikos sutrikimais

2.5.1. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su afektiniais sutrikimais

Afektiniai sutrikimai – plačiai paplitusi psichikos sutrikimų grupė. Vienas iš reikšmingiausių šios grupės sutrikimų – depresinis sutrikimas – labiausiai didina savižudybės riziką [157]. Depresija yra remituojanti liga, dažnai lėtinės eigos, kuri priklauso nuo išorinių veiksnių ir savalaikio tinkamo gydymo. Savižudybės ir mėginimai žudytis glaudžiai siejasi su depresija [223]. Depresinių sutrikimų paplitimas populiacijoje ~ 5 proc., tarp vyrų – 2–4 proc., tarp moterų – 2–6 proc. Manoma, kad apie 50 proc. klinikine depresija sergančių pacientų kyla minčių apie savižudybę, o šios labai susijusios su depresijos sunkumu [105, 153, 157]. Savižudybes ir mėginimus žudytis skatina beviltiškumas, kaltės jausmas, interesų praradimas, žemas savęs vertinimas. Manoma, kad iš visų į gydymo įstaigą patekusių mėginusių žudytis pacientų – 2/3 būna depresijos simptomų [155, 208].

Didžiausia savižudybės rizika – iš karto po gydymo stacionare [40, 50, 80, 211]. Esant komorbidinėms būklėms, kai depresija pasireiškia kartu su kitais psichikos sutrikimais, pvz., asmenybės sutrikimais, psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant alkoholį ar kitas psichoaktyviąsias medžiagas, šizofrenija, savižudybės rizika dar labiau padidėja [105, 129]. Literatūroje pateikiami skirtingų mokslinių darbų duomenys, kurie rodo neabejotinas sąsajas tarp afektinių sutrikimų ir savižudybės: sergantiesiems depresija savižudybės rizika yra iki 20 kartų didesnė, palyginti su bendrąja populiacija, esant bipoliniam sutrikimui – 15 kartų didesnė, distimijai – 12 kartų, kiti afektiniai sutrikimai šią riziką didina iki 16 kartų [209, 210]. Kai kurių mokslininkų duomenimis, sergančiųjų depresija mirtingumas dėl savižudybės siekia nuo 10 iki 20 proc. [158]. Atliekant psichologines autopsijas skirtingi moksliniai darbai pateikia, kad nuo 29 iki 88 proc. nusižudžiusiųjų sirgo depresija, iš jų – apie 50 proc. sunkia depresija. Kai kurių mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad apie 40 proc. depresija sergančių pacientų mėgina žudytis [135, 166, 205].

Nagrinėjant veiksnius, didinančius savižudybių ir mėginimo žudytis riziką sergantiesiems depresija, nustatyta, kad didžiausią įtaką turėjo stiprūs stresiniai išgyvenimai, piktnaudžiavimas alkoholiu, nesilaikymas medikamentinio gydymo rekomendacijų, ankstesni mėginimai žudytis [194]. Minčių apie savižudybę kyla apie 58 proc. sergančiųjų depresija [193, 214]. Sergant šia liga labai padidėja ir mėginimų žudytis rizika. Nuo 20 iki 65 proc. nusižudžiusiųjų depresija sergančiųjų asmenų buvo vykdę ankstesnius mėginimus žudytis [105, 153, 161, 172]. Literatūroje pateikiama, kad mėginimai žudytis sergant depresija yra būdingesni jauno amžiaus pacientams, taip pat esant sunkiai socialinei būklei, turintiems žemesnį išsilavinimą, vienišiems, sergantiems sunkia depresija ir esant remituojančiai ligos eigai, taip pat priklausomiems nuo alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų [72], patyrusiems ankstesnius mėginimus žudytis, turintiems minčių nusižudyti, taip pat tam turi įtaką nepalankūs gyvenimo įvykiai, beviltiškumo jausmas, šeimoje buvę savižudybės atvejų, agresija, impulsyvumas [138, 209, 210].

Dėl sunkios depresijos psichiatrijos stacionare besigydantiems pacientams savižudybės rizika yra iki 20 kartų didesnė. Kadangi ir depresija, ir mėginimai žudytis yra savižudybės rizikos veiksniai, esant šiems veiksniams kartu, savižudybės rizika labai padidėja [50, 80, 105, 225].

Apibendrinus, padidėjęs mirtingumas sergant afektiniais sutrikimais yra sąlygotas savižudybių, o daugiau nei pusė savižudybių turi sąsajų su šiais sutrikimais. Mėginę žudytis asmenys dažnai serga afektiniais sutrikimais, todėl teisingas psichiatrinis ištyrimas, savalaikis tokių sutrikimų diagnozavimas yra svarbus mažinant savižudybės riziką.

2.5.2. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su šizofrenija

Šizofrenija serga apie 20 mln. pasaulio gyventojų. Šizofrenija yra ne tik lėtinė, negalią sukelianti liga, bet ir nulemianti trumpesnę sergančiųjų gyvenimo trukmę. Šizofrenija – vienas iš stipriausią savižudybės riziką skatinančių veiksnių [94, 146, 100]. Literatūroje pateikiama, kad 10 proc. sergančiųjų šizofrenija nusižudo [164]. Kraepelinas (1909) ir Bleuleris (1911) rašė apie didelę savižudybės riziką sergant šizofrenija [199]. Mokslinės literatūros šaltiniai pateikia, kad savižudybių skaičius tarp sergančiųjų šizofrenija siekia 350–650/100 000, tai iki 30–40 kartų didesnė savižudybės rizika nei bendroje populiacijoje [99]. Reikšmingai savižudybės riziką didina šeimoje buvę savižudybės atvejai, taip pat ankstesni mėginimai žudytis [187]. Kiti veiksniai, didinantys savižudybės riziką sergant šizofrenija: vyriška lytis, vienišumas, socialinis atsiribojimas, bedarbystė [94, 112].

Šizofrenija sergantys pacientai pacientai, kaip ir sergantieji kitomis psichikos ligomis, linkę rinktis drastiškus, potencialiai letalius žudymosi būdus [101]. Dažniausiai nusižudoma jauname amžiuje (25–35 m.), ligos pradžioje, t. y. per pirmuosius 10 sirgimo metų. Kuo vyresnis šizofrenija sergančiojo amžius ir kuo labiau progresavusi liga, tuo savižudybės rizika yra mažesnė. Dažni ligos paūmėjimai ir hospitalizavimai į psichiatrinio profilio stacionarą atspindi nepakankamą gydymo poveikį arba nereguliarų vaistų vartojimą, o tai didina savižudybės riziką [131, 153, 164]. Dažniausiai nusižudoma tik išsirašius iš stacionaro, tai vėlgi sietina su savavališku medikamentų vartojimo nutraukimu ir adaptacijos sunkumais aplinkoje. Pastebėta didesnė savižudybės rizika, kai pacientas buvo gydomas stacionare trumpesnį nei vidutinis laikotarpį [182]. Pacientai, mėginę žudytis gydymo stacionare metu, išsirašę iš gydymo įstaigos dažnai nusižudo. Mėginimai žudytis būdingi nuo 25 iki 50 proc. sergančiųjų šizofrenija [146].

Šizofrenija sergančiųjų ženklus polinkis į savižudybes, mėginimus žudytis aprašomas ne tik mokslininkų, bet ir klinicistų, kurie remiasi savo klinikine patirtimi. Teisingas šios ligos nustatymas bei gydymas, kaip ir kitų psichikos sutrikimų atvejais, yra viena iš svarbiausių savižudybių prevencijos priemonių.

2.5.3. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant psichoaktyviąsias medžiagas

Mokslininkai jau daugiau nei 50 m. psichikos ir elgesio sutrikimus vartojant alkoholį traktuoja kaip vieną iš svarbiausių savižudybės prediktorių [99]. Daugumos mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad tiek piktnaudžiavimas alkoholiu, tiek kitomis psichoaktyviosiomis medžiagomis didina savižudybės riziką [59, 171, 153].

Jauno amžiaus asmenims piktnaudžiavimas psichoaktyviosiomis medžiagomis savižudybės riziką padidina 2–4 kartus, o tarp nusižudžiusiųjų 25–55 proc. asmenų buvo psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant alkoholį arba psichoaktyviąsias medžiagas. Alkoholizmas, narkotinių medžiagų vartojimas turi didelę įtaką įvairioms socialinėms problemoms – sudėtingiems tarpusavio santykiams, problemoms darbe, šeimoje, sukelia sveikatos sutrikimus. Šie veiksniai reikšmingai didina savižudybės riziką [56, 171, 209]. Savižudybės rizika labai padidėja, kai psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį ar kitas psichoaktyviąsias medžiagas pasireiškia kartu su depresija. Literatūroje pateikiama duomenų, kad iš nusižudžiusių asmenų, kuriems buvo diagnozuoti psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį ar kitas psichoaktyviąsias medžiagas, daugiau nei 2/3 vargino depresija [72, 171]. Atliekant psichologines autopsijas ir aiškinantis psichikos sutrikimų pasireiškimą tarp nusižudžiusiųjų, psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį yra antra dažniausia patologija, einanti po depresijos [56, 57, 59].

Kai kurie mokslininkai teigia, kad psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį ir kitas psichoaktyviąsias medžiagas yra vienas iš reikšmingiausių savižudybės rizikos veiksnių kartu su tokiais veiksniais, kaip neseniai išgyventas sunkus stresas, savižudiškas elgesys tarp pirmos eilės giminaičių [23, 57], emociškai nestabilaus tipo asmenybės sutrikimas [53]. Esant psichikos ir elgesio sutrikimams vartojant alkoholį, viso gyvenimo laikotarpiu savižudybės rizika yra 11–15 proc., tai priklauso nuo klinikinės būklės (gydymas stacionare dėl psichikos sutrikimo, gydymasis psichotropiniais vaistais ir pan.) ir nuo savižudybių epidemiologinės situacijos populiacijoje. Šalyse, kur mirtingumas dėl savižudybių yra nedidelis, rizika mirti dėl savižudybės psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant alkoholį yra 2,5–3,5 proc. Šalyse, kur mirtingumas dėl savižudybių yra didelis, mirtingumas dėl tokios priežasties esant minėtiems sutrikimams padidėja 2–3 kartus [53, 150, 192]. Alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų įtaka savižudybės rizikai daug didesnė vyrams nei moterims. Mėginimai žudytis, kaip ir savižudybės, siejasi su psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant alkoholį. Mokslinio tyrimo, kurio metu iširti 724 mėginę žudytis pacientai, pateikiami rezultatai rodo, kad 24 proc. vyrų ir 17 proc. moterų tokių sutrikimų buvo [95, 99]. Mėginusiems žudytis asmenims, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant alkoholį, dažniausiai būna ir komorbidiniai sutrikimai – asmenybės ar afektiniai sutrikimai [184, 206]. Remiantis mokslinių tyrimų duomenimis, apie pusė mėginimų žudytis arba tyčinių susižalojimų ar apsinuodijimų įvyksta dėl alkoholio poveikio, o daugiau nei pusė (58 proc.) atvejų alkoholį vartoja kaip žudymosi ar žalojimosi būdą kartu su kitomis priemonėmis [171]. Piktnaudžiavimą alkoholiu traktuojant kaip didesnį nei 7 alkoholio vienetų suvartojimą per dieną, toks sutrikimas buvo nustatytas

36 proc. tiriamųjų (46 proc. vyrų ir 30 moterų). Daugiausiai psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant alkoholį diagnozuota 35–54 m. amžiaus grupėje. To paties mokslinio tyrimo duomenys parodė, kad psichoaktyviosiomis medžiagomis piktnaudžiavo 25 proc. vyrų ir 13 proc. moterų [117].

Psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį ir kitas psichoaktyviąsias medžiagas didina savižudybių, mėginimų žudytis grėsmę dėl neigiamų medicininių, socialinių, psichologinių pasekmių. Alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo mažinimas turėtų būti viena iš svarbiausių savižudybių prevencijos priemonių.

2.5.4. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su asmenybės sutrikimais

Asmenybės sutrikimų paplitimas bendrojoje populiacijoje – 10–15 proc. Asmenybės sutrikimai ir šių sutrikimų komorbidiškumas su kitais sutrikimais (tokiais, kaip afektiniai sutrikimai, psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį ir kitas psichoaktyviąsias medžiagas) siejasi su padidėjusia savižudybių ir mėginimo žudytis rizika [68, 72, 73, 109]. Asmenybės sutrikimų varginamiems asmenims savižudybės rizika per gyvenimą yra 4–8 proc. Didžiausia tokio elgesio rizika būdinga emociškai nestabilaus tipo (ribinio) ir asocialaus tipo asmenybės sutrikimų turintiems asmenims. Literatūroje aprašomos sąsajos tarp savižudybių, mėginimų žudytis ir asocialaus elgesio bei asocialaus asmenybės sutrikimo [73]. Asocialus asmenybės sutrikimas pasireiškia kaip komorbidinė būklė su psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant alkoholį ir kitas psichoaktyviąsias medžiagas. Atliktų mokslinių tyrimų, kai buvo atliekamos psichologinės autopsijos mirusiems dėl savižudybės, duomenys parodė, kad iš visų nusižudžiusiųjų 31 proc. buvo asmenybės sutrikimas [41, 73]. Mokslinio tyrimo, kurio metu buvo tirti į gydymo įstaigą patekę dėl mėginimo žudytis asmenys, rezultatai parodė, kad psichikos sutrikimai diagnozuoti 92 proc. pacientų, o 45,9 proc. iš jų – asmenybės sutrikimai. Tačiau net 44,1 proc. asmenybės sutrikimų buvo komorbidiški su kitais psichikos sutrikimais [93]. Kai kurių mokslinių tyrimų duomenimis, beveik visi nusižudę asmenybės sutrikimų turintys asmenys turėjo psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant alkoholį ar kitas psichoaktyviąsias medžiagas [176]. Emociškai nestabilaus (ribinio) tipo asmenybės sutrikimą turintys asmenys linkę save žalotis be savižudybės ketinimų [134, 156]. Tačiau šis sutrikimas yra vienas iš savižudybės rizikos veiksnių. Tyčiniai susižalojimai emociškai nestabilaus tipo asmenybėms būna kaip pykčio ir nerimo išraiška, savęs baudimas ar net „išblaškymas“ [44, 134].

Įvairūs asmenybės sutrikimai pasižymi savitais simptomais, todėl atskirų asmenybės sutrikimų sąsajos su savižudybėmis ir mėginimais žudytis, skiriasi. Labiausiai į savižudišką elgesį yra linkę emociškai nestabilaus bei asocialaus tipo asmenybės sutrikimus turintys asmenys.

2.5.5. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su neuroziniais, stresiniais ir somatoforminiais sutrikimais

Neurozinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų grupei priklauso nerimo, obsesinis-kompulsinis, disociaciniai, reakcijos į sunkų stresą ir adaptacijos bei somatoforminiai sutrikimai. Šių sutrikimų grupė paplitusi populiacijoje. Mokslinės literatūros šaltiniai pateikia, kad sergant neuroziniais, stresiniais ir somatoforminiais sutrikimais didėja mėginimų žudytis ir savižudybės rizika [71, 116]. Nėra daug literatūros duomenų apie veiksnius, didinančius savižudybės riziką esant šiems sutrikimams. Neuroziniai sutrikimai dažnai būna kaip komorbidinės būklės su kitais psichikos sutrikimais, o tai ir nulemia didesnę savižudybės riziką. Dažniausi psichikos sutrikimai, pasireiškiantys su šiais sutrikimais, – psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį ir kitas psichoaktyviąsias medžiagas, afektiniai ir asmenybės sutrikimai [38, 224]. Retrospektyviųjų epidemiologinių tyrimų rezultatai rodo, kad nerimo sutrikimai kaip savarankiškas sutrikimas turi sąsajų su mėginimais žudytis praeityje ir didina savižudybės riziką ateityje. Šie sutrikimai mėginimo žudytis riziką 13 m. laikotarpiu didino 2 kartus, o 3 m. laikotarpiu – 3,6 karto [196]. Esant nerimo sutrikimams, mėginimų žudytis ir savižudybių rizika didėja esant nepalankiems socialiniams (vienišumas, sunki socialinė padėtis), psichiatriniams ir psichologiniams veiksniams (stiprus beviltiškumo jausmas, panikos sutrikimas, anamnezėje – buvusi priklausomybė nuo alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų, emociškai nestabilaus tipo asmenybės bruožai). Nerimo sutrikimai labai padidina savižudybės riziką, kai kartu yra psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant alkoholį [38]. Daugumos mokslinių epidemiologinių tyrimų rezultatai rodo, kad paroksizminis nerimo sutrikimas didina savižudybės riziką asmenims, kurie yra vieniši, turi sunkių socialinių ir sveikatos problemų [19]. Minėti veiksniai, kitų psichikos sutrikimų buvimas ir praeityje buvęs mėginimas žudytis savižudybės riziką dar labiau sustiprina [224]. Potrauminio streso sutrikimo sindromas turi įtakos padidėjusiai savižudybės rizikai, ypač jei šio sutrikimo metu yra ryškių depresijos simptomų [29, 165]. Mokslinių populiacinių tyrimų rezultatai rodo, kad tarp nusižudžiusių asmenų potrauminis streso sutrikimo sindromas buvo diagnozuotas 0,4 proc., iš jų 71 proc. buvo vyrai, o 58 proc. – vieniši asmenys [84]. Kai kurių mokslinių tyrimų duomenimis, minėtas sutrikimas didina savižudybės rizi-

ką, kai kartu pasireiškia ir depresija. Lyginant savižudybės riziką pacientams, kuriems buvo diagnozuotas potrauminio streso sutrikimas ir depresija, ir tiems, kurie sirgo tik depresija, paaiškėjo, kad ši rizika buvo daug didesnė pirmųjų pacientų grupėje [128]. Nedaug yra duomenų apie ūmios reakcijos į stresą ir padidėjusios savižudybės rizikos sąsajas. Mokslinės literatūros pateikiami duomenys rodo, kad šis sutrikimas savižudybės riziką didina 14 kartų, o ypač vyrams, vienišiems asmenims, taip pat jei anamnezėje buvusi depresija bei psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant alkoholį [83]. Somatoforminių sutrikimų sąsajos su padidėjusia savižudybės rizika nagrinėtos moksliniame tyrime, kai buvo tirti 142 tokį sutrikimą turintys pacientai. Iš jų 23,9 proc. aktyviai išsakė mintis apie savižudybę, o 17,6 proc. mėgino žudytis. Esant somatoforminiam sutrikimui savižudybės riziką reikšmingai didino kartu esantys depresijos simptomai ir anksčiau buvęs mėginimas žudytis [231].

Mokslinės literatūros šaltiniai pateikia, kad sergant neuroziniais, stresiniais ir somatoforminiais sutrikimais, didėja mėginimo žudytis ir savižudybės rizika, tačiau šie sutrikimai dažnai būna kaip komorbidinės būklės su kitais psichikos sutrikimais, o tai ir nulemia didesnę savižudybės riziką.

2.5.7. Savižudybių ir mėginimų žudytis sąsajos su organiniais ir simptominiais psichikos sutrikimais

Organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai – tai didelė sutrikimų grupė, TLK-10-AM klasifikacijoje sudaranti poskyrį F00-09. Šie sutrikimai išsivysto, kai pažeidžiamos smegenys ir sutrinka jų funkcija dėl pirminio arba antrinio pažeidimo. Egzogeniniai ir endogeniniai veiksniai, nulemiantys organinius ir simptominius psichikos sutrikimus, yra labai įvairūs. Šie sutrikimai turi įtakos savižudybės rizikai, kaip ir kiti psichikos sutrikimai [99]. Esant galvos smegenų pažeidimui ir funkcijos sutrikimui, kliniškai gali pasireikšti afektiniai, kognityviniai, psichoziniai, asmenybės ir sąmonės sutrikimai. Nagrinėjant sąsajas su savižudybės rizika, dažniausiai literatūros šaltiniai ją sieja su konkrečia liga. Pavyzdžiui, persirgus insultu gali atsirasti labai daug ir skirtingų pažeidimų, kurie turi įtakos savižudybės rizikai. Insultas – viena iš dažniausių mirties priežasčių daugumoje pasaulio šalių. Insultas sukelia ne tik somatinius pažeidimus, bet ir paskatina psichikos sutrikimų atsiradimą. Depresijos simptomai pasireiškia 18–60 proc. insultu persirgusių asmenų, o tai smarkiai padidina savižudybių riziką. Mokslinių tyrimų duomenys rodo, kad savižudybės rizika persirgus insultu labiau didėja vyresnio amžiaus žmonėms [215]. Kitos neurologinės ligos, kai pažeidžiama centrinė nervų sistema, t. y. išsėtinė sklerozė, Hantingtono chorėja, epilepsija ir kt., didina savižudybės riziką, tačiau kiek jaunesnio

amžiaus žmonėms [175]. Viename moksliniame tyrime buvo atliktos nusižudžiusiųjų vyresnio amžiaus asmenų psichologinės autopsijos ir gauti duomenys lyginti su kontroline grupe. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad nusižudžiusiems asmenims daug dažniau buvo psichikos sutrikimų, kurie buvo nulemti somatinės patologijos. Psichoziniai sutrikimai buvo nustatyti 10,7 proc., depresija – 31,8 proc., nerimo sutrikimai – 49,7 proc. asmenų [115].

Įvairios lėtinės somatinės ligos, neurologiniai, onkologiniai susirgimai ženkliai pakeičia žmogaus gyvenimo kokybę, sąlygodamos daug fizinių, psichologinių bei socialinių problemų, kurios turi reikšmės padidėjusiai savižudybės bei mėginimo žudytis rizikai.

3. TIRIAMASIS KONTINGENTAS IR TYRIMO METODAI

3.1. Tiriamasis kontingentas

Tyrimas atliktas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės (LSMUL) Kauno klinikų (KK) Psichiatrijos klinikoje ir Respublikinės Kauno ligoninės (RKL) padalinio Psichiatrijos ligoninėje (PL) nuo 2012 m. spalio mėn. 1 d. iki 2013 m. spalio mėn. 31 d. Leidimas atlikti tyrimą duotas Kauno regioninio bioetikos komiteto (Nr. BE-2-37; Nr. P1-138/2012). Tyrimo dalyviams buvo paaiškinti tyrimo tikslai, konfidencialumo ir anonimiškumo principai. Tyrime dalyvavo išgyvenę po mėginimo žudytis pacientai, kurie dėl tokio poelgio buvo hospitalizuoti į LSMUL Kauno klinikų Psichiatrijos kliniką arba į RKL padalinį PL. Mėginimas žudytis apibrėžtas kaip sąmoningas, savo noru pasirinktas veiksmas, kurį, nebūdamas tikras dėl mirtinos baigties, atliko asmuo, siekdamas susižaloti arba pasitraukti iš gyvenimo, ir kuris nesibaigė mirtimi [69, 117].

Tiriamųjų imtis sudaryta remiantis tiksline atranka. Apklausti 240 suaugusių pacientų, kurie atitiko žemiau išvardintus įtraukimo kriterijus. Tyrimo metu pacientai apklausti tik vieną kartą.

Įtraukimo kriterijai:

- Amžius – nuo 18 metų;
- Trijų dienų laikotarpis po mėginimo žudytis;
- Pacientas hospitalizuotas į psichiatrinio profilio skyrių dėl mėginimo žudytis;
- Nebuvo tirtas anksčiau šio tyrimo metu;
- Pacientas pasirašė Lietuvos bioetikos komiteto patvirtintą informuotą asmens sutikimo formą;
- Pacientas laisvai kalba lietuviškai.

Tiriamųjų kontingentą sudarė 101 (42,1 proc.) vyras ir 139 (57,9 proc.) moterys. Tiriamųjų amžius svyravo nuo 18 iki 84 metų (amžiaus vidurkis = 39,09; std. nuokrypis = ±16,57; žr. 2 priedą, 1 lentelę). Atlikus tiriamųjų imties amžiaus skirstinio normališkumo sąlygos tikrinimą *Shapiro- Wilko* testu, gautas statistiškai reikšmingas ($p<0,05$) skirstinio neatitikimas normaliajam skirstiniui. Dėl šios priežasties, atsižvelgiant į amžiaus imties kvartilius, sudarytos keturios tiriamųjų amžiaus grupės.

3.1.1 lentelėje pateikiamos socialinių-demografinių veiksnių charakteristikos, kurios atspindi bendrą tiriamųjų kontingentą ir pasiskirstymą vyrų

ir moterų grupėse. Šio disertacinio darbo dėmesio centre – mėginimo žudytis ypatumai, pobūdis ir jų sąsajos su tiriamųjų amžiaus, lyties, šeimyninės padėties, darbingumo ir išsilavinimo rodikliais.

3.1.1 lentelė. *Tiriamųjų pasiskirstymas vyrų ir moterų grupėse atsižvelgiant į socialinius-demografinius veiksnius*

Socialinės-demografinės charakteristikos		**Vyrai**		**Moterys**		**Iš viso**	
		n	**proc.**	**n**	**proc.**	**n**	**proc.**
Amžius	18–24 m.	24	39,3	37	60,7	61	25,4
	25–36 m.	32	52,5	29	47,5	61	25,4
	37–50 m.	19	32,8	39	67,2	58	24,2
	51–84 m.	26	43,3	34	56,7	60	25,0
Gyvenamoji vieta	Miestas	91	42,1	125	57,9	216	90,0
	Kaimas	10	41,7	14	58,3	24	10,0
Šeimyninė padėtis	Viengungiai	40	47,1	45	52,9	85	35,4
	Gyvena registruotoje/ neregistruotoje santuokoje	42	45,7	50	54,3	92	38,3
	Gyvena atskirai/išsiskyrę/našliai	19	30,2	44	69,8	63	26,3
Išsilavinimas	Pradinis/pagrindinis/vidurinis	62	42,8	83	57,2	145	60,4
	Aukštesnysis/nebaigtas aukštasis	21	40,4	31	59,6	52	21,7
	Aukštasis	18	41,9	25	58,1	43	17,9
Darbingumas	Dirba	40	43,0	53	57,0	93	38,8
	Nedirba	61	41,5	86	58,5	147	61,3
Finansinė padėtis	Sunki	31	47,7	34	52,3	65	27,1
	Vidutiniška	58	41,7	81	58,3	139	57,9
	Gera	12	33,3	24	66,7	36	15,0

3.2. Tyrimo metodika

Tyrimo duomenys surinkti disertantei apklausus išgyvenusius po mėginimo žudytis ir hospitalizuotus į psichiatrijos skyrių pacientus 3 dienų laikotarpiu po mėginimo žudytis. Tyrimo metu buvo naudojamas pačių autorių sudarytas klausimynas, kuriame išskirtos tokios dalys: socialiniai-demografiniai veiksniai, mėginimo žudytis ypatumai ir pobūdis, psichikos sveikatos sutrikimus vertinantys klausimai.

1. Socialinių-demografinių klausimų grupė. Šią grupę sudarė klausimai apie tiriamųjų lytį, amžių, išsimokslinimą, šeimyninę ir finansinę padėtį, darbingumą. Amžius, atsižvelgiant į kvartilius, buvo suskirstytas į tokias grupes: <24 m., 25–36 m., 37–50 m., >51 m. Atsakydami į klausimą

apie išsimokslinimą, tiriamieji galėjo pasirinkti 1 iš 6 atsakymų variantų: „pradinis“, „pagrindinis“, „vidurinis“, „aukštesnysis“, „nebaigtas aukštasis“ arba „aukštasis“. Šeimyninei padėčiai apibūdinti buvo skirti 1 iš 5 atsakymų variantai: „viengungis/ė“, „gyvena su partneriu registruotoje/neregistruotoje santuokoje“, „sutuoktinis/ė (partneris/ė) gyvena atskirai“, „išsiskyręs/išsiskyrusi“, „našlys/našlė“. Finansinei padėčiai apibūdinti buvo skirti 1 iš 3 atsakymų variantai: „sunki“, „vidutinė“ ar „gera“. Darbingumui apibūdinti buvo skirti 2 atsakymų variantai: „dirba“ ar „nedirba“.

2. Mėginimo žudytis ypatumų ir pobūdžio vertinimo klausimų grupė. Mėginimo žudytis ypatumai vertinti pateikiant klausimus apie subjektyviai tiriamajam reikšmingus psichotraumuojančius veiksnius aplinkoje, paskatinusius mėginimą žudytis, somatinės sveikatos sutrikimus ir mėginimo žudytis būdą. Atsakydami į klausimą apie psichotraumuojančius veiksnius aplinkoje, tiriamieji galėjo pasirinkti vieną ar kelis atsakymų variantus: „skyrybų procesas“, „smurtas, agresija namuose“, „didelės finansinės problemos“, „sunkiai sergantis šeimos narys“, „neseniai patirta, išgyventa sunki stresinė situacija“, „reikšmingas gyvenimo aplinkybių pasikeitimas“, „patirta seksualinė prievarta“, „kita“. Tokie psichotraumuojantys veiksniai pateikti remiantis kitų mokslininkų pateiktais duomenimis apie nepalankių, psichotraumuojančių veiksnių įtaką mėginimams žudytis [11, 99]. Somatinė sveikata vertinta pateikiant klausimus: „Ar sergate kokia nors lėtine somatine liga?“ (atsakymų variantai: „Taip“, „Ne“); „Ar mėginimas žudytis sukėlė grėsmingą gyvybei būklę, dėl ko turėjo būti taikytas intensyvus gydymas?“(atsakymų variantai: „Taip“, „Ne“).

Mėginimo žudytis būdai klausimyne sužymėti pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtojo pataisyto ir papildyto leidimo Australijos modifikacijos (TLK-10-AM) įvardintus kodus (X60–X84), kuriais koduojami tyčiniai apsinuodijimai ar apnuodijimai ir susižalojimai. Atliekant statistinę duomenų analizę, mėginimo žudytis metodai sugrupuoti į 4 grupes: „Tyčinis apsinuodijimas medikamentais“, „Tyčinis susižalojimas pasikariant, pasismaugiant ar uždūstant“, „Tyčinis susižalojimas aštriais daiktais“, „Tyčinis susižalojimas kitais ar keliais būdais“.

Tiriamųjų mėginimo žudytis pobūdis buvo vertintas analizuojant tiriamųjų planus ir mintis apie savižudybę, alkoholio vartojimą tokio poelgio metu, pagalbos suteikimo aplinkybes, buvusius mėginimus žudytis. Mintys apie savižudybę, planavimas mokslininkų yra vertinami kaip didelės savižudybės rizikos požymiai [10, 22, 66]. Vertinant mintis apie savižudybę ir su tuo susijusius planus, buvo užduodami tokie klausimai: „Ar mėginimo žudytis metu norėjote numirti?“, „Ar pastarąjį mėnesį buvo minčių apie savižudybę?“, „Ar buvote suplanavęs mėginimą žudytis?“, „Ar mėginimas

žudytis buvo impulsyvus, neplanuotas?“, „Ar šiuo metu turite minčių apie savižudybę?“, „Ar šiuo metu planuojate savižudybę?“(šių klausimų atsakymų variantai: „Taip“, „Ne“).

Alkoholio įtaka savižudybėms ir mėginimams žudytis pateikiama daugumoje skirtingų mokslinių darbų, o alkoholio pavartojimas mėginimo žudytis metu siejamas su impulsyvumu ir didesniu letališkumu [59, 99]. Apie alkoholio pavartojimą mėginimo žudytis metu buvo sprendžiama pagal tiriamųjų atsakymus į šį klausimą: „Ar mėginimo žudytis metu buvote pavartojęs/usi alkoholio?“ (atsakymų variantai: „Taip“, „Ne“).

Pagalbos suteikimo aplinkybėms išsiaiškinti buvo užduotas klausimas: „Kaip buvo suteikta pagalba mėginimo žudytis metu ir išvengta mirties?“ (atsakymų variantai: „Pats kvietėsi pagalbą, arba pagalba buvo suteikta toje pačioje aplinkoje esančių žmonių“, „Aplinkoje, kurioje mėgino žudytis, buvo vienas, tačiau atsitiktinai surastas“). Atsitiktinis mėginusio žudytis paciento suradimas, t. y. savižudybės aplinkybių numatymas, atspindi planuotą veiksmą [10, 174, 229].

Apie buvusius mėginimus žudytis buvo sprendžiama pagal tiriamųjų atsakymą į šį klausimą: „Ar kada nors gyvenime mėginote žudytis?“ (atsakymų variantai: „Mėgino žudytis vieną kartą“, „Mėgino žudytis du kartus“, „Mėgino žudytis tris ir daugiau kartų“, „Buvę savęs žalojimosi epizodų“, „Niekada nemėgino žudytis“). Mėginimai žudytis kuriuo nors gyvenimo metu yra labai reikšmingas savižudybės rizikos veiksnys, kurį būtina išsiaiškinti vertinant šią riziką [54, 126, 223, 234].

3. **Psichikos sveikatos sutrikimus vertinantys klausimai.** Psichikos sveikatos problemoms vertinti buvo naudojami duomenys apie ankstesnį gydymą psichiatrinio profilio skyriuje, ambulatorinį gydymą pas gydytoją psichiatrą, psichotropinių vaistų vartojimą, nustatoma galutinė klinikinė diagnozė. Psichikos sveikatos problemas vertinantys klausimai buvo tokie: „Ar kada nors gyvenime gydėtės psichiatrinio profilio stacionare?“, „Ar kada nors gyvenime gydėtės ambulatoriškai pas gydytoją psichiatrą?“, „Ar kada nors gyvenime esate vartojęs psichotropinius vaistus?“ (į šiuos klausimus atsakymų variantai: „Niekada nesigydė“, „Anksčiau gydėsi, tačiau ne prieš pastarąjį mėginimą žudytis“, „Gydosi esant pablogėjusiai būklei“, „Reguliariai gydosi“).

Tiriamųjų klinikiniams psichikos sutrikimų simptomams vertinti ir galutinei klinikinei diagnozei nustatyti buvo naudojamas TLK-10-AM, taikoma klinikiniame darbe Lietuvoje. Psichikos sutrikimas diagnozuotas tada, jeigu asmeniui nustatyta tam tikra seka simptomų, pasireiškiančių pakankamą laiką, ir kai jie buvo tokio stiprumo, kad trikdė normalų asmens funkcionavimą.

3.3. Statistinė duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo ir analizės SPSS 20.0 (*Statistical Package for Social Science 20 for Windows)* programų paketą. Kiekybiniai kintamieji aprašyti kaip aritmetinis vidurkis ir standartinis nuokrypis V(SN). Nagrinėjami pacientų grupių požymiai aprašyti vartojant bendrosios statistikos padėties, išsibarstymo ir simetrijos sąvokas.

Tolydaus kintamojo normalumo prielaida tikrinta naudojant Shapiro-Wilk'o testą. Jei kintamojo skirstinys netenkino skirstinio normališkumo prielaidos, atsižvelgiant į kintamojo imties kvartilius, buvo sudaromos kelios kintamojo grupės. Atitinkamai, kai kintamieji netenkino pasiskirstymo normališkumo sąlygos, ranginio kintamojo palyginimui dviejose nepriklausomose imtyse tikrinti buvo taikytas neparametrinis metodas – Mann-Whitney U testas. Kokybinių požymių tarpusavio suderinamumą ir priklausomumą vertinome chi kvadrato (χ^2) kriterijumi. Atsižvelgiant į imčių dydį, buvo taikytas tikslus (mažoms imtims) ir asimptotinis χ^2 kriterijus. Laisvės laipsnių skaičius pateiktas skliausteliuose.

Kokybinių kintamųjų priklausomybė vertinta naudojant koreliacijos koeficientą. Atsižvelgdami į kintamųjų kategorijų skaičių, taikėme *Spearman* koreliacijos koeficientą.

Ryšio tarp vieno priklausomo ir kelių nepriklausomų kategorinių kintamųjų analizei taikėme daugiaveiksnę binarinę regresinę analizę, kurios metu vertinome kiekvieno nepriklausomo kintamojo reikšmės ryšius su priklausomu kintamuoju, atsižvelgdami į nepriklausomų kintamųjų tarpusavio ryšius. Remiantis šiuo metodu nustatyti nagrinėjamų požymių galimybių santykiai su jų 95 proc. pasikliautinaisiais intervalais galutiniam rezultatui.

Skirtumas tarp dviejų nepriklausomų grupių duomenų laikytas statistiškai reikšmingu, kai reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$.

4. REZULTATAI

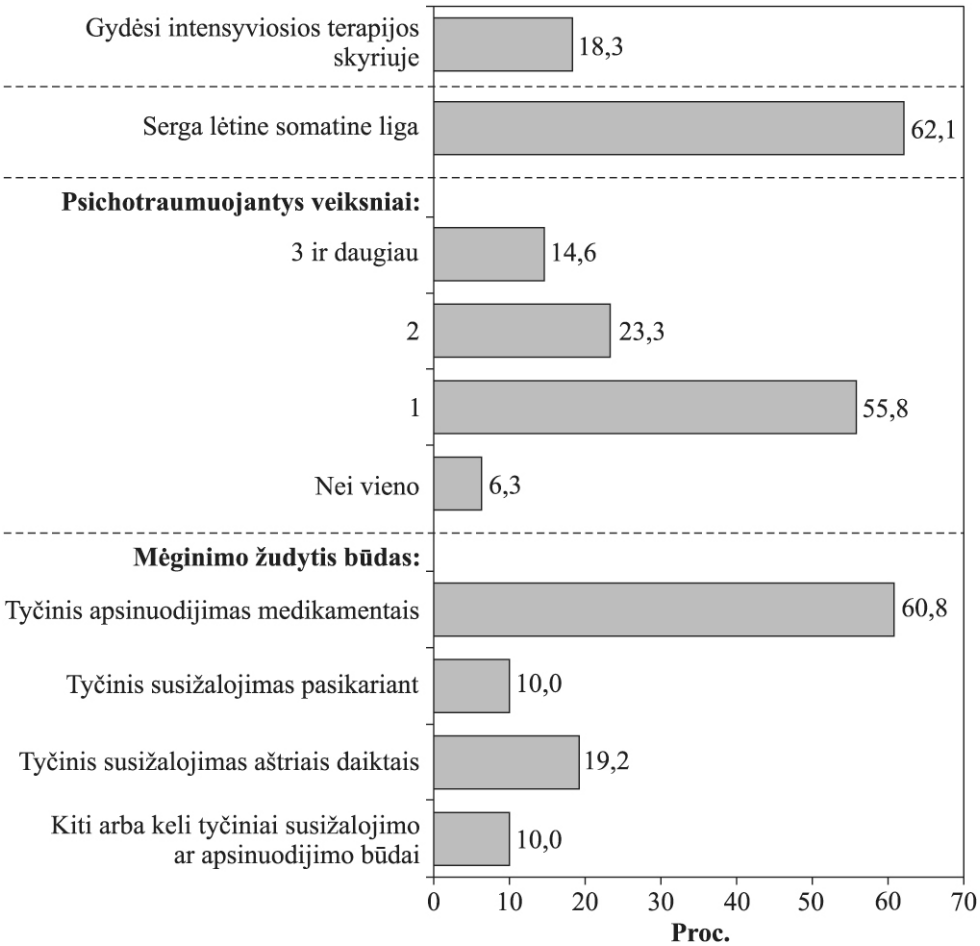
4.1. Mėginimų žudytis ypatumų charakteristikos

Šiame skyriuje pristatomi mėginimo žudytis ypatumai ir platesnė ypatumų analizė socialinių veiksnių kontekste.

Atsižvelgdami į literatūros analizę, atliktame tyrime mėginimo žudytis ypatumų rodiklius pabandėme sujungti į platesnes grupes, labiausiai atspindinčias mėginimo žudytis eigą. Sudarytame klausimyne pateikti klausimai apie mėginimo žudytis būdą, subjektyviai vertinamus psichotraumuojančius veiksnius, galėjusius paskatinti tokį pasirinkimą, lėtines somatines ligas ir grėsmingos gyvybei somatinės būklės atsiradimą, sukeltą mėginimo žudytis.

Nustatyta, kad 60,8 proc. tiriamųjų mėgino žudytis tyčia apsinuodiję medikamentais ar kenksmingomis medžiagomis (4.1.1 pav.), 19,2 proc. – tyčia susižalodami aštriais daiktais, 10 proc. – pasikardami, pasismaugdami ir uždūsdami, 10 proc. – keliais ar kitais mėginimo žudytis būdais. 7,5 procentų tiriamųjų naudojo kelis mėginimo žudytis būdus.

Dauguma tiriamųjų buvo patyrę subjektyviai vertinamų psichotraumuojančių įvykių, galėjusių padaryti įtaką mėginimui žudytis (93,7 proc.), daugiau nei pusė tiriamųjų sirgo somatinėmis ligomis (62,1 proc.) ir apie penktadalį tiriamųjų mėginimas žudytis sukėlė grėsmingą gyvybei būklę, dėl ko buvo taikytas intensyvus terapinis gydymas (18,3 proc.).



4.1.1 pav. *Tiriamųjų mėginimo žudytis ypatumus atspindinčių charakteristikų skirstinys (proc.)*

4.1.1. Mėginimo žudytis būdų pasiskirstymas atsižvelgiant į tiriamųjų socialinius-demografinius veiksnius

Tyrimo metu siekėme nustatyti mėginimo žudytis būdo pasirinkimą. Nustatyta, kad 222 (92,5 proc.) pacientų rinkosi vieną mėginimo žudytis būdą, 15 (6,3 proc.) – du būdus, 2(0,8 proc.) – tris būdus ir 1(0,4 proc.) pacientas – keturis mėginimo žudytis būdus.

Siekiant išsamesnės tiriamųjų analizės pateikiame kelis mėginimo žudytis būdus naudojusių tiriamųjų, sudariusių 7,5 proc. iš visų tiriamųjų atvejų, analizę, kurioje atsispindi naudojami žudymosi metodai (4.1.1.1 lentelė). Nustatyta, kad iš kelis mėginimo žudytis būdus naudojusių tiriamųjų didžio-

ji dalis apsinuodija įvairios kilmės medikamentais ir kenksmingomis medžiagomis (6,3 proc.).

4.1.1.1 lentelė. *Kelių mėginimo žudytis būdų naudojimo atvejų analizės rezultatai*

Mėginimo žudytis būdai	**Atvejų skaičius (abs. sk.) n=240**	**Iš viso (proc.) 100**
Vienas būdas	222	92,5
Du būdai		6,3
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas antiepilepsiniais, raminamaisiais ir migdomaisiais, antiparkinsoniniais ir psichotropiniais vaistais, neklasifikuojamais kitur, ir kitais vaistais, veikiančiais autonominę nervų sistemą	3	
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas antiepilepsiniais, raminamaisiais ir migdomaisiais, antiparkinsoniniais ir psichotropiniais vaistais, neklasifikuojamais kitur, ir kitais nepatikslintais medikamentais ir biologinėmis medžiagomis	3	
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas antiepilepsiniais, raminamaisiais ir migdomaisiais, antiparkinsoniniais ir psichotropiniais vaistais, neklasifikuojamais kitur, ir tyčinis susižalojimas pasikariant, pasismaugiant ir uždūstant	2	
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas nenarkotiniais analgetikais, antipiretikais ir antireumatiniais preparatais ir antiepilepsiniais, raminamaisiais ir migdomaisiais, antiparkinsoniniais ir psichotropiniais vaistais, neklasifikuojamais kitur	2	
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas antiepilepsiniais, raminamaisiais ir migdomaisiais, antiparkinsoniniais ir psichotropiniais vaistais, neklasifikuojamais kitur, ir kitais nepatikslintais chemikalais ir kenksmingomis medžiagomis	1	
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas antiepilepsiniais, raminamaisiais ir migdomaisiais, antiparkinsoniniais ir psichotropiniais vaistais, neklasifikuojamais kitur, ir tyčinis susižalojimas aštriais daiktais	1	
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas kitais ir nepatikslintais chemikalais ir kenksmingomis medžiagomis ir tyčinis susižalojimas aštriais daiktais	1	
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas kitomis dujomis ir garais bei tyčinis susižalojimas aštriais daiktais	1	
Tyčinis susižalojimas aštriais daiktais ir nušokus nuo aukštumos	1	

4.1.1.1 lentelės tęsinys

Mėginimo žudytis būdai	Atvejų skaičius (abs. sk.) n=240	Iš viso (proc.) 100
Trys būdai	2	0,8
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas nenarkotiniais analgetikais, antipiretikais ir antireumatiniais preparatais, apsinuodijimas ir apnuodijimas antiepilepsiniais, raminamaisiais ir migdomaisiais, antiparkinsoniniais ir psichotropiniais vaistais, neklasifikuojamais kitur, ir organiniais tirpikliais bei halogeniniais angliavandeniliais ir jų garais		
Keturi būdai	1	0,4
Tyčinis susižalojimas pasiskandinant, nušokus nuo aukštumos, iššokus prieš judantį objektą ar atsigulus jo kelyje, nepatikslintais būdais.		

Siekdami išsiaiškinti, ar skiriasi vyrų ir moterų taikomi mėginimo žudytis būdai, vertinome mėginimo žudytis būdų pasiskirstymą vyrų ir moterų grupėse. Nustatėme statistiškai reikšmingą skirtumą (χ^2 = 8,03 (3), p=0,045) tarp vyrų ir moterų pagal mėginimo žudytis būdą. Gauti rezultatai parodė, kad moterys dažniau mėgina žudytis apsinuodydamos medikamentais negu vyrai (4.1.1.2 lentelė). Vertinant kitus mėginimo žudytis būdus, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp vyrų ir moterų grupių neaptikta.

Taip pat negavome statistiškai reikšmingų rezultatų vertindami mėginimo žudytis būdų pasiskirstymą skirtingo amžiaus, išsilavinimo ir darbingumo grupėse. Amžiaus grupės sudarytos atsižvelgiant į medianą, jaunesni tiriamieji <37 m., vyresni – ≥ 37 m. amžiaus.

4.1.1.2 lentelė. *Mėginimų žudytis būdų skirstinys pagal lytį*

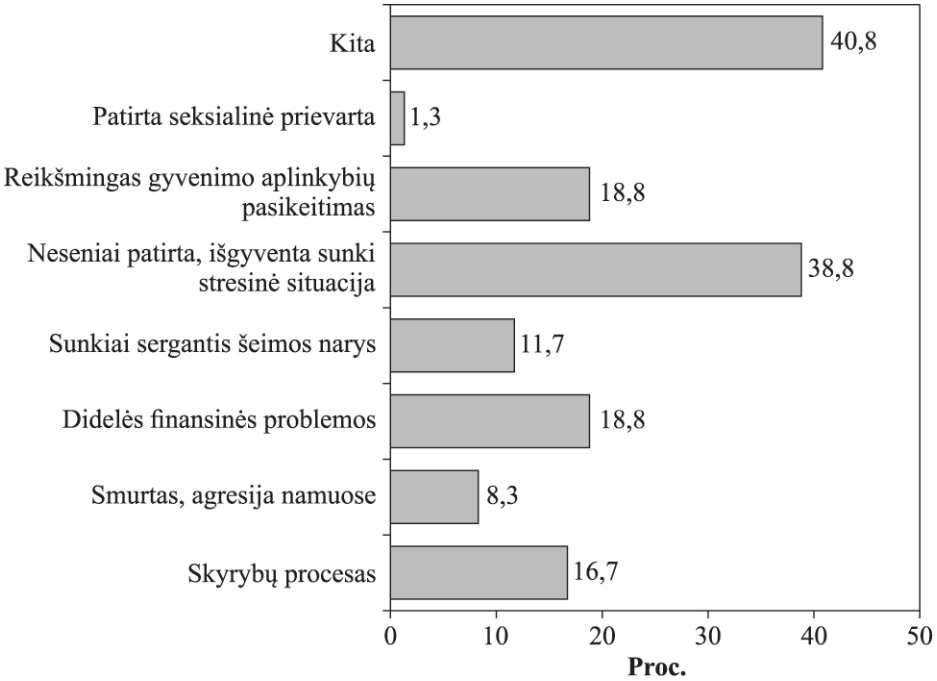
Mėginimų žudytis būdai	Lytis, n (proc.)	
	Vyrai	**Moterys**
Tyčinis apsinuodijimas medikamentais	52 (51,5)*	94 (67,7)*
Tyčinis susižalojimas pasikariant, pasismaugiant ar uždūstant	14 (13,9)	10 (7,2)
Tyčinis susižalojimas aštriais daiktais	22 (21,8)	24 (17,3)
Tyčinis susižalojimas kitais ar keliais būdais	13 (12,9)	11 (7,9)

χ^2=8,03, l.l.sk.=3, p=0,045, *p=0,01.

Apibendrindami gautus rezultatus, mėginimo žudytis būdų negalime sieti su socialiniais-demografiniais rodikliais. Gauti rezultatai parodė, kad moterys, palyginti su vyrais, statistiškai reikšmingai dažniau apsinuodija medikamentais.

4.1.2. Subjektyviai vertinamų psichotraumuojančių veiksnių ir socialinių-demografinių rodiklių sąsajos

Tyrimo metu siekta išsiaiškinti tiriamųjų subjektyviai vertinamas priežastis, kurios galėjo paskatinti mėginimą žudytis. Gauti rezultatai parodė, kad didžioji dalis tiriamųjų (93,3 proc.) manė, kad mėginimą žudytis nulėmė vienas ar keli veiksniai (rezultatai pateikti 4.1 skyriuje). Nustatyta, kad 38,8 proc. pacientų neseniai patyrė ir išgyveno sunkią stresinę situaciją. Apie penktadalis pacientų (18,8 proc.) mėginimą žudytis sieja su didelėmis finansinėmis problemomis ir reikšmingais gyvenimo aplinkybių pasikeitimais. Taip pat, subjektyviu tiriamųjų vertinimu, mėginimą žudytis paskatino skyrybų procesas, sunkiai sergantis šeimos narys, smurtas ir agresija šeimoje bei seksualinė prievarta. Apie 40 proc. tiriamųjų priežasties, nulėmusios mėginimą žudytis, tiksliai neįvardino, tačiau manė, kad tokia priežastis buvo (4.1.2.1 pav.).



4.1.2.1 pav. *Subjektyviai vertinamų psichotraumuojančių veiksnių, galinčių paskatinti mėginimą žudytis, skirstinys tiriamųjų imtyje (proc.)*

Šio tyrimo metu siekėme išsiaiškinti subjektyviai vertinamų psichotraumuojančių įvykių, galinčių paskatinti mėginimą žudytis, ir socialinių-demografinių veiksnių sąsajas. Kadangi tiriamųjų vertinimai skyrėsi, apie 60 proc. tiriamųjų teigė turėję vieną stresogeninį veiksnį, tačiau buvo tokių,

kurie įvardino du ir daugiau veiksnių, galėjusių nulemti mėginimą žudytis (apie 40 proc.). 5,4 proc. respondentų atsakė, kad nebuvo psichotraumuojančio veiksnio aplinkoje, 55,8 proc. nurodė vieną, 23,8 proc. – du, 10,4 proc. – tris, 2,9 proc. – keturis, 1,3 proc. – penkis ir 0,4 – šešis veiksnius. 4.1.2.1 lentelėje pateikiame patirtų psichotraumuojančių veiksnių kombinacijų pasiskirstymą. Remdamiesi duomenų rinkinių gavome, kad pacientai patyrė vidutiniškai 1,55 (0,99) psichotraumuojančius veiksnius aplinkoje.

4.1.2.1 lentelė. *Pacientų psichotraumuojančių veiksnių aplinkoje sukauptasis procentas*

Psicho traumuojantys veiksniai aplinkoje									**n (proc.)**
Nebuvo	**Skyrybų procesas**	**Smurtas, agresija namuose**	**Didelės finansinės problemos**	**Sunkiai sergantis šeimos narys**	**Neseniai patirta, išgyventa sunki stresinė situacija**	**Reikšmingas gyvenimo aplinkybių pasikeitimas**	**Patirta seksualinė prievarta**	**Kita**	
■									13 (5,4)
	■								13 (5,4)
		■							2 (0,8)
			■						16 (6,7)
				■					6 (2,5)
					■				28 (11,7)
						■			6 (2,5)
							■		2 (0,8)
								■	61 (25,4)
	■	■							1 (0,4)
	■		■						3 (1,3)
	■			■					2 (0,8)
	■				■				6 (2,5)
	■							■	2 (0,8)
		■			■				3 (1,3)
		■						■	2 (0,8)
			■		■				4 (1,7)
			■			■			1 (0,4)
			■					■	4 (1,7)
				■	■				2 (0,8)
				■		■			1 (0,4)

4.1.2.1 lentelės tęsinys

Psicho traumuojantys veiksniai aplinkoje									n (proc.)
Nebuvo	**Skyrybų procesas**	**Smurtas, agresija namuose**	**Didelės finansinės problemos**	**Sunkiai sergantis šeimos narys**	**Neseniai patirta, išgyventa sunki stresinė situacija**	**Reikšmingas gyvenimo aplinkybių pasikeitimas**	**Patirta seksualinė prievarta**	**Kita**	
				■				■	3 (1,3)
					■	■			11 (4,6)
					■			■	8 (3,3)
						■		■	4 (1,7)
	■	■			■				1 (0,4)
	■		■		■				1 (0,4)
	■			■		■			1 (0,4)
	■				■	■			2 (0,8)
		■			■			■	3 (1,3)
		■					■	■	1 (0,4)
			■	■	■				1 (0,4)
			■	■		■			1 (0,4)
			■		■	■			4 (1,7)
			■		■			■	1 (0,4)
				■	■	■			3 (1,3)
				■	■			■	3 (1,3)
					■	■		■	3 (1,3)
	■	■	■			■			1 (0,4)
	■	■			■	■			2 (0,8)
	■		■		■	■			2 (0,8)
			■	■	■	■			1 (0,4)
			■		■	■		■	1 (0,4)
	■	■	■	■	■				1 (0,4)
	■	■	■		■	■			1 (0,4)
		■	■	■	■			■	1 (0,4)
	■	■	■	■	■	■			1 (0,4)

■ – sukauptoji dalis.

Koreliacinių ryšių analizę atlikome remdamiesi psichotraumuojančių įvykių dažnumu. Į koreliacijos lygtis įtraukėme tiriamųjų amžių (<24 m., 25–36 m., 37–50 m., >51 m.), išsilavinimą (pradinis/pagrindinis/vidurinis; aukštesnysis/nebaigtas aukštasis; aukštasis), šeimyninę padėtį (viengungis, gyvena vienas/išsiskyręs/našlys; gyvena registruotoje/neregistruotoje santuokoje) ir psichotraumuojančius veiksnius, atsižvelgdami į subjektyviai vertinamą stresogeninių veiksnių dažnumą (nebuvo psichotraumuojančių veiksnių, vienas psichotraumuojantis veiksnys, du psichotraumuojantys veiksniai, trys ir daugiau psichotraumuojančių veiksnių).

Gauti rezultatai parodė silpną, tačiau statistiškai reikšmingą ryšį tarp psichotraumuojančių veiksnių dažnumo ir išsilavinimo. Nustatyta, kad daugiau stresogeninių veiksnių nurodė aukštesnį išsilavinimą turintys pacientai (žr. 4.1.2.2 lentelę). Atsižvelgiant į amžių ir šeimyninę padėtį, statistiškai reikšmingų sąsajų neaptikta. Taip pat negauta reikšmingų skirtumų atsižvelgiant į darbingumą.

4.1.2.2 lentelė. *Psichotraumuojančių veiksnių dažnumo sąsajos su išsilavinimu*

Psichotraumuojantys veiksniai	**Išsilavinimas, n (proc.)**	
	Žemesnis	**Aukštesnis**
Nenurodė	12(6,1)	1(2,3)
1–2	161(81,7)	30(69,8)
>2	24(12,2)*	12(27,9)*

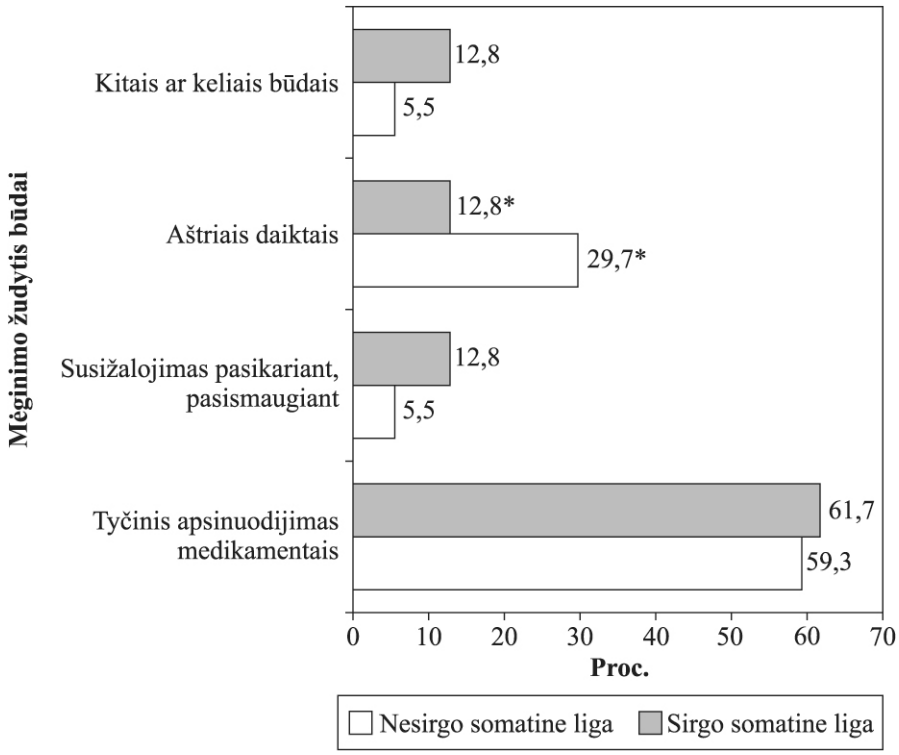
χ^2=7,376, l.l.sk.=2, p=0,025, *p=0,01.

Apibendrinę gautus rezultatus matome, kad daugelis išgyvenusių po mėginimo žudytis pacientų (93,3 proc.) teigia, kad mėginimui žudytis turėjo įtaką vienas ar keli psichotraumuojantys veiksniai, o beveik 40 proc. pacientų nurodė, kad neseniai patyrė sunkią stresinę situaciją. Tačiau teigti, kad patiriamų psichotraumuojančių įvykių dažnumas siejasi su socialiniais-demografiniais rodikliais, negalime.

4.1.3. Lėtinių somatinių ligų ir mėginimo žudytis sukeltų somatinės sveikatos sutrikimų sąsajos su socialinėmis-demografinėmis charakteristikomis

Tyrimo metu nustatyta, kad 62,1 proc. tiriamųjų prieš mėgindami žudytis sirgo lėtinėmis somatinėmis ligomis. Teigiant, kad sunki sveikatos būklė galėjo būti vienas iš veiksnių, paskatinusių mėginimą žudytis [67, 110, 115], pabandėme pasižiūrėti, koks vyraujantis lėtine liga sergančių pacientų mėginimo žudytis būdas ir kiek lėtine somatine liga sergančių tiriamųjų mėginimas žudytis sukėlė sunkią grėsmingą gyvybei būklę.

Rezultatų analizė parodė, kad sergančių ir nesergančių lėtinėmis somatinėmis ligomis pacientų mėginimo žudytis būdai nesiskyrė, išskyrus tyčinį susižalojimą aštriais daiktais, kurį naudojo statistiškai reikšmingai daugiau sveikų pacientų (4.1.3.1 pav.). Taip pat negauta skirtumų sunkios grėsmingos sveikatai būklės po mėginimo žudytis grupėse, todėl teigti, kad sveikatos būklė galėjo būti vienas iš sunkesnio mėginimo žudytis būdo pasirinkimo veiksnių, negalime.



4.1.3.1 pav. *Mėginimo žudytis būdų dažniai subjektyvaus sveikatos vertinimo grupėse (proc.). * p =0,007.*

Siekdami nustatyti, kokie mėginimo žudytis būdai siejasi su grėsminga gyvybei būkle, skaičiavome, ar būdų pasirinkimas turi statistiškai reikšmingas sąsajas su sunkia, gyvybei pavojinga būkle po mėginimo žudytis. Nustatyta reikšminga sąsaja tarp tyčinio apsinuodijimo medikamentais ir sveikatos būklės po mėginimo žudytis – tyčia apsinuodijant medikamentais, sveikatos būklė po mėginimo žudytis būna geresnė. Atsižvelgiant į kitus tyčinio žalojimosi būdų pasirinkimus, reikšmingų sąsajų neaptikta. Rezultatai pateikti 4.1.3.1 lentelėje.

4.1.3.1 lentelė. *Mėginimo žudytis būdų skirstinys atsižvelgiant į sveikatos būklę po mėginimo žudytis*

Mėginimo žudytis būdai	**Grėsminga gyvybei būklė, n (proc.)**	
	Nebuvo	**Buvo**
Tyčinis apsinuodijimas medikamentais	125 (63,8)*	21 (47,7)*
Tyčinis susižalojimas pasikariant, pasismaugiant ar uždūstant	19 (9,7)	5 (11,4)
Tyčinis susižalojimas aštriais daiktais	35 (17,9)	11 (25,0)
Tyčinis susižalojimas kitais ar keliais būdais	17 (8,7)	7 (15,9)

χ^2=5,549, l.l.sk.=3, p=0,046, *p=0,049.

Daugiaveiksnės binarinės regresinės analizės metodu buvo įvertintos sunkios sveikatos būklės po mėginimo žudytis ir socialinių-demografinių duomenų sąsajos. Į regresinės lygties modelį įtraukėme tiriamųjų amžiaus, lyties, šeimyninės padėties, išsilavinimo ir darbingumo nepriklausomus kintamuosius. Tiriamųjų sveikatos būklę po mėginimo žudytis atspindintį rodiklį pasirinkome kaip priklausomą kintamąjį.

Daugiaveiksnė sąsajų analizė parodė, kad iš visų į modelį įtrauktų socialinių-demografinių veiksnių statistiškai reikšmingas ryšys nustatytas tarp sveikatos būklės po mėginimo žudytis ir amžiaus bei lyties (4.1.3.2 lentelė). Remdamiesi gautais duomenimis, galime teigti, kad vyrams patirti sunkesnę somatinę būklę po mėginimo žudytis galimybė yra du kartus didesnė, nei moterims (GS=2,078; 95 proc. PI [1,052–4,105]). Taip pat nustatyta, kad ≥ 37 m. amžiaus pacientams galimybė patirti sunkesnę somatinę būklę po mėginimo žudytis yra daugiau nei du kartus didesnė, palyginti su jaunesniais (GS=2,248; 95 proc. PI [1,122–4,502]). Nustatyta, kad nedirbantiems pacientams sunkesnės somatinės būklės galimybė po mėginimo žudytis yra daugiau nei du kartus didesnė (GS=2,247; (95 proc. PI [1,057–4,776]), nei dirbantiesiems.

4.1.3.2 lentelė. *Sunkios sveikatos būklės po mėginimo žudytis analizė atsižvelgiant į socialinius-demografinius veiksnius*

Nepriklausomi veiksniai		n	GS	95 proc. PI	p
Amžius	<37 m. ≥37 m.	122 118	1 2,248	 1,122–4,502	 0,022
Lytis	Moterys Vyrai	139 101	1 2,078	 1,052–4,105	 0,035
Darbingumas	Dirba nedirba	147 93	1 2,247	 1,057–4,776	 0,035
Konstanta = -2,824, p<0,001					

GS – galimybių santykis, PI – pasikliautinasis intervalas; p=0.0001; χ^2=16,36 (5).

Apibendrinus gautus rezultatus nustatyta, kad 62,1 proc. tiriamųjų sirgo lėtinėmis somatinėmis ligomis, tačiau teigti, kad lėtinės somatinės ligos lemia mėginimo žudytis būdą, negalime. Įvertinę rezultatus neaptikome ryšio tarp sunkesnės sveikatos būklės po mėginimo žudytis ir mėginimo žudytis būdo. Analizuojant sunkios sveikatos būklės sąsajas su socialiniais-demografiniais veiksniais, rezultatai parodė, kad vyrams tokios būklės po mėginimo žudytis galimybė yra didesnė nei moterims. Taip pat, reikšmingas rezultatas gautas vertinant amžiaus grupes – didesnė galimybė sunkesnės somatinės būklės po mėginimo žudytis yra vyresnio amžiaus pacientams.

4.2. Mėginimo žudytis pobūdis ir jį atspindintys veiksniai

Tyrimo metu siekta ištirti tiriamųjų mėginimo žudytis pobūdį, kurį charakterizuoja mintys ir planai apie savižudybę, buvę mėginimai žudytis, alkoholio įtaka tokiam elgesiui ir pagalbos suteikimo aplinkybės. Mėginimo žudytis pobūdžio vertinimas leidžia geriau nustatyti ir prognozuoti savižudybės riziką [10, 22, 66, 89, 150]. Šiame darbe mėginimo žudytis pobūdį atspindi trys klausimų grupės: mintys ir planai apie savižudybę prieš mėginimą žudytis, veiksmai mėginimo žudytis metu ir išliekančios mintys bei planai apie savižudybę po mėginimo žudytis. Tikėtina, kad planuojant savižudybę, mėginant žudytis ne impulsyviai, kai pacientas randamas atsitiktinai, o ne pats kviečiasi pagalbą, ir kai išlieka mintys apie savižudybę po mėginimo žudytis, pakartotinio mėginimo žudytis rizika yra didesnė, palyginti su impulsyviais veiksmais, kai mėginama žudytis netoli esančių žmonių ir neplanuotai.

Atlikus mėginimo žudytis pobūdžio charakteristikų lyginamąją analizę nustatyta, kad iš visų tiriamųjų apie 40 proc. mąsto apie savižudybę mėnesį iki mėginimo nusižudyti ir apie 15 proc. savižudybę planuoja. Maždaug pu-

sė išgyvenusių pacientų mėginimo žudytis metu buvo pavartoję alkoholio, ir tiek pat tiriamųjų tai buvo impulsyvus veiksmas. Maždaug 70 proc. tiriamųjų po mėginimo žudytis kvietėsi patys pagalbą, arba ji buvo suteikta arti esančių žmonių. Analizės rezultatai pateikti 4.2.1 lentelėje.

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad mėginimo žudytis metu norėjo mirti apie 70 proc. tiriamųjų, iš jų apie 60 proc. minčių apie savižudybę turėjo paskutinį mėnesį (χ^2=72,18 (1); p<0,001), penktadaliui tai buvo planuotas veiksmas (23 proc., χ^2=24,46 (1); p<0,001). Pastebėta, kad iš anksto planavę savižudybę be išimties visi tiriamieji mėginimo žudytis metu norėjo mirti, nebuvo impulsyvių mėginimų žudytis (χ^2=39,58 (1); p<0,001) ir kad trečdaliui iš jų minčių apie savižudybę išliko po mėginimo žudytis (χ^2=10,43 (1); p=0,001). Apie 70 proc. tiriamųjų, mėginimą žudytis vertinę kaip impulsyvų, buvo pavartoję alkoholio (χ^2=19,71 (1); p<0,001) ir reikšmingai rečiau mėgino žudytis vieni, t. y. kai aplinkoje nebuvo kitų žmonių (χ^2=4,81 (1); p=0,03). Visi tiriamieji, kuriems mintys apie savižudybę po mėginimo žudytis išliko, nenorėjo gyventi tokio poelgio metu (χ^2=10,43 (1); p=0,001). Reikšmingai daugiau tiriamųjų, mėginusių žudytis praeityje, turėjo minčių apie savižudybę mėnesį iki savižudybės (χ^2=10,88 (1); p=0,001) ir planavo savižudybės veiksmą. (χ^2=5,04 (1); p=0,02).

Toliau šiame skyriuje bus plačiau nagrinėjamos mėginimo žudytis pobūdį atspindinčių veiksnių charakteristikos, jų sąsajos su mėginimo žudytis ypatumais ir socialiniais-demografiniais veiksniais.

4.2.1 lentelė. *Mėginimų žudytis pobūdį atspindinčių charakteristikų skirstinys (atvejų skaičius (proc.))*

Mėginimo žudytis pobūdis		**Noras negyventi mėginimo žudytis metu**	**Mintys apie savižudybę mėnesį iki savižudybės**	**Planai apie savižudybę**	**Mėgino žudytis praeityje**	**Impulsyvus veiksmas**	**Alkoholio vartojimas**	**Mėgino žudytis būdamas vienas**	**Mintys apie savi-žudybę išlieka po mėginimo žudytis**	**Planai apie savižudybę po mėginimo žudytis**
Mintys prieš mėginimą žudytis	Noras negyventi mėginimo žudytis metu	161 (100,0)	99 (61,5)*	37 (23,0)*	91 (71,1)	53 (32,9)*	74 (46,0)	56 (34,8)	36 (22,4)*	6 (3,7)
	Mintys apie savižudybę pastarąjį mėnesį	99 (97,5)*	102 (100,0)	36 (35,3)*	67 (52,3)*	13 (12,7)*	41 (40,2)*	36 (35,3)	27 (36,5)*	3 (2,9)
	Planai apie savižudybę	37 (100,0)*	36 (97,3)*	37 (100,0)	26 (20,3)*	0*	16 (43,2)*	15 (40,5)	12 (32,4)*	1 (2,7)
Mėgino žudytis praeityje		91 (56,5)	67 (65,7)*	26 (70,3)*	128 (100,0)	54 (47,4)	64 (50,8)	35 (43,8)*	20 (55,6)	3 (2,3)
Veiksmai žudymosi metu	Impulsyvus veiksmas	53 (46,5)*	13 (11,4)*	0*	54 (42,2)	114 (100,0)	77 (67,5)*	30 (26,3)*	4 (3,5)*	0
	Alkoholio vartojimas	74 (58,7)*	41 (32,5)*	16 (12,7)*	64 (50,0)	77 (61,5)*	126 (100,0)	46 (36,5)	12 (9,5)*	3 (2,4)
	Mėgino žudytis būdamas vienas	56 (70,0)*	36 (45,0)*	15 (18,8)*	35 (27,3)*	30 (37,5)*	46 (57,5)*	80 (100,0)	16 (20,0)*	4 (5,0)
Išliekančios mintys po mėginimosi žudytis	Mintys apie savižudybę išlieka po mėginimo žudytis	36 (100,0)*	27 (75,0)*	12 (33,3)*	20 (15,6)*	4 (11,1)*	12 (33,3)*	16 (41,4)	36 (100,0)	6 (16,7)
	Planai apie savižudybę išlieka po mėginimo žudytis	6 (100,0)	3 (50,0)	1 (16,7)	3 (2,3)	0	3 (50,0)	4 (66,7)	6 (100,0)	6 (100,0)
Iš viso		161 (67,1)	102 (42,5)	37 (15,4)	128 (53,5)	114 (47,5)	126 (52,5)	80 (33,3)	36 (15,0)	6 (2,5)

* – $p<0,05$.

4.2.1. Ryšys tarp mėginimo žudytis pobūdžio ir ypatumų

Tyrimo metu siekėme nustatyti sąsajas tarp mėginimo žudytis pobūdžio rodiklių ir mėginimo žudytis būdų. Tyrimo metu paaiškėjo, kad mėginę žudytis tyčia apsinuodijus medikamentais minčių negyventi turėjo 105(71,9 proc.), tyčiniu susižalojimu pasikariant, pasismaugiant ar uždūstant – 15 (62,5), tyčia susižaloję aštriais daiktais – 26 (56,5 proc.), mėginę žudytis kitais ar keliais būdais – 15 (62,5 proc.). Daugiaveiksnės binarinės regresijos būdu analizavome ryšius tarp priklausomų kintamųjų – mėginimo žudytis būdų ir nepriklausomų – mėginimą žudytis atspindinčių rodiklių. Į pirmąjį regresinės lygties modelį įtraukėme mintis prieš mėginimą žudytis atspindinčias charakteristikas, į antrąjį lygties modelį – mėginimo žudytis metu atliekamus veiksmus, į trečiąją regresinę lygtį – rodiklius, atspindinčius mintis po mėginimo žudytis.

Gauti rezultatai parodė, kad noras mirti mėginimo žudytis metu reikšmingai siejosi su tyčiniu apsinuodijimu medikamentais. Galime teigti, kad galimybė turėti minčių negyventi yra didesnė pacientams, kurie mėgino žudytis tyčiniu apsinuodijimu medikamentais (GS=1,73 8 (95 proc. PI [1,005–3,005], lyginant su kitus mėginimo žudytis metodus pasirinkusiais pacientais. Vertinant kitus mėginimo žudytis pobūdį atspindinčius rodiklius ir mėginimo žudytis būdus, reikšmingų sąsajų neaptikta.

Tyrimo metu siekėme nustatyti, ar lėtinė somatinė liga turėjo reikšmingą ryšį su mėginimo žudytis pobūdžio veiksniais. Rezultatai parodė, kad sergančių ir nesergančių lėtinėmis somatinėmis ligomis mėginusių žudytis pacientų pobūdžio rodikliai reikšmingai nesiskyrė, todėl galima teigti, kad lėtinės somatinės ligos nėra vienas iš pagrindinių veiksnių, lemiančių mėginimo žudytis pasirinkimo būdą. Galbūt išsamesni tyrimai galėtų paneigti šio tyrimo rezultatus. Atkreipiame dėmesį, kad somatinę ligą atspindėjo subjektyvus tiriamųjų savo sveikatos vertinimas, todėl tyrimo išvados gali neatspindėti realios pacientų sveikatos būklės.

Vertindami grėsmingą sveikatos būklę, t. y. ar mėginimo žudytis pobūdis siejasi su sveikatos būkle po mėginimo žudytis, taip pat negavome statistiškai reikšmingų rezultatų, todėl negalime teigti, kad nuo mėginimo žudytis pobūdžio priklauso grėsminga gyvybei būklė.

Analizuojant mėginimo žudytis pobūdžio charakteristikų rezultatus atsižvelgiant į patirtus subjektyviai vertinamus psichotraumuojančius veiksnius, nustatyta, kad reikšmingai daugiau tiriamųjų turinčių didelių finansinių problemų mėginimo žudytis metu buvo pavartoję alkoholio, palyginti su neturinčiais finansinių problemų tiriamaisiais (χ^2=4,46 (1), p=0,03; 4.2.1.1 lentelė). Taip pat alkoholio vartojimas reikšmingai susijęs su kitais psichotraumuojančiais veiksniais, kurių tiriamieji neįvardino. Reikšmingai daugiau tiriamųjų, turėjusių kitų, neįvardintų problemų, mėginimo žudytis metu buvo blaivūs (χ^2=6,18(1), p=0,01). Pastebima ir tai, kad didesnė dalis kitų, neįvardintų, subjektyviai vertinamų psichotraumuojančių veiksnių turėjusių pacientų po mėginimo žudytis kvietėsi pagalbą arba tokio veiksmo metu buvo netoli esančių žmonių (χ^2=5,39(1), p=0,02). Analizuojant kitus subjektyviai vertinamus psichotraumuojančius veiksnius, reikšmingų skirtumų neaptikta.

4.2.1.1 lentelė. *Mėginimų žudytis pobūdį atspindinčių charakteristikų skirstinys atsižvelgiant į tiriamųjų subjektyviai vertinamus psichotraumuojančius veiksnius (atvejų sk. (proc.)) *p<0,05.*

Mėginimo žudytis pobūdis	**Skyrybų procesas (n=40)**	**Smurtas, agresija šeimoje (n=20)**	**Didelės finansinės problemos (n=45)**	**Sunkiai sergantis šeimos narys (n=28)**	**Neseniai patirta stresinė situacija (n=93)**	**Reikšmingas gyvenimo aplinkybių pasikeitimas (n=45)**	**Patirta seksualinė prievarta (n=3)**	**Kita (n=98)**
Noras negyventi mėginimo žudytis metu	29 (72,5)	12 (60,0)	30 (66,7)	22 (78,6)	68 (73,1)	32 (71,1)	3 (100,0)	65 (66,3)
Mintys apie savižudybę mėnesį iki mėginimo žudytis	18 (45,0)	9 (45,0)	17 (16,7)	14 (50,0)	46 (49,5)	22 (21,6)	3 (100,0)	36 (36,7)
Planai apie savižudybę	7 (18,9)	4 (20,0)	7 (15,6)	5 (17,9)	17 (18,3)	7 (15,6)	2 (66,7)	15 (15,3)
Mėgino žudytis praeityje	19 (47,5)	14 (70,0)	23 (51,1)	11 (39,3)	53 (57,0)	21 (46,7)	3 (2,5)	49 (50,0)
Impulsyvus mėginimas žudytis	19 (47,5)	10 (50,0)	24 (53,3)	10 (35,7)	41 (44,1)	19 (42,2)	0	45 (45,9)
Alkoholio vartojimas mėginimo žudytis metu	25 (62,5)	9 (45,0)	30 (66,7)*	16 (57,1)	51 (54,8)	24 (53,3)	1 (33,3)	42 (42,9)*
Mėginimo žudytis metu pacientas buvo vienas, atsitiktinai surastas	12 (30,0)	5 (25,0)	13 (28,9)	12 (42,9)	28 (30,1)	17 (37,8)	1 (33,3)	41 (41,8)*
Mintys apie savižudybę po mėginimo žudytis išliko	4 (10,0)	1 (5,0)	4 (8,9)	5 (17,9)	10 (10,8)	8 (17,8)	2 (66,7)	20 (20,4)
Planai apie savižudybę po mėginimo žudytis išliko	–	–	–	1 (3,6)	–	–	–	5 (5,1)

Siekdami įvertinti, ar gali patirtų subjektyviai vertinamų psichotraumuojančių veiksnių skaičius reikšmingai sietis su mėginimo žudytis būdu, subjektyviai vertinamų psichotraumuojančių veiksnių skalės atžvilgiu tiriamuosius suskirstėme į dvi grupes: vieną veiksnį įvardinę tiriamieji ir du ir daugiau veiksnių įvardinę tiriamieji. Dėl per mažos tiriamųjų imties (n=13) tiriamuosius, kurie įvertino, kad psichotraumuojančių veiksnių nebuvo, atmetėme. Atlikome šių grupių tiriamųjų pasiskirstymo lyginamąją analizę, atsižvelgdami į mėginimo žudytis pobūdžio charakteristikas.

Nustatėme, kad reikšmingai daugiau mėginimo žudytis metu nenorėjo gyventi tiriamieji, įvardinę vieną psichotraumuojantį veiksnį, tačiau reikšmingai didesniam skaičiui tiriamųjų, įvardinusių du ir daugiau psichotraumuojančių veiksnių, minčių apie savižudybę buvo mėnesį iki mėginimo žudytis. Analizuojant kitas mėginimo žudytis pobūdžio charakteristikas, reikšmingų skirtumų neaptikta. 4.2.1.2 lentelėje pateikti reikšmingi analizės rezultatai.

4.2.1.2 lentelė. *Tiriamųjų, įvardinusių vieną ir du ar daugiau psichotraumuojančių veiksnių, skirstinys atsižvelgiant į mėginimo žudytis pobūdžio charakteristikas (atvejų sk. (proc.))*

Psichotraumuojantys veiksniai	**Mėginimo žudytis metu turėjo minčių numirti**	**Mintys apie savižudybę mėnesį iki mėginimo žudytis**
Vienas psichotraumuojantis veiksnys	82 (61,2)	46 (34,3)
Du ir daugiau psichotraumuojančių veiksnių	70 (75,3)	48 (51,6)
p	0,03	0,01

Tyrimo metu nustatyta, kad tiriamieji, nurodę du ir daugiau subjektyvius psichotraumuojančius veiksnius, turėjo du kartus didesnę galimybę mintims negyventi pastarąjį mėnesį (GS=2,041 (95 proc. PI [1,188–3,505]), nei nurodę mažiau psichotraumuojančų veiksnių.

Apibendrinę gautus rezultatus matome, kad mėginimo žudytis pobūdžio ir ypatumų sąsajos nedidelės. Tyrimo analizė atskleidė tik pavienių charakteristikų sąsajas, tačiau reikšmingi rezultatai parodė, kad vartojant medikamentus galimybė nenorėti gyventi mėginimo žudytis metu didesnė. Nustatyta, kad, tiriamajam nurodžius du ir daugiau psichotraumuojančių veiksnių, mintys apie savižudybę buvo mėnesį iki mėginimo žudytis.

4.2.2. Sąsajos tarp mėginimo žudytis pobūdžio ir socialinių-demografinių veiksnių

Siekdami platesnės analizės numatant mėginimo žudytis ir savižudybės rizikos veiksnius, atsižvelgdami į atliktus mokslinius tyrimus, kėlėme prielaidą, kad mėginimų žudytis pobūdis turi reikšmingas sąsajas su socialiniais-demografiniais rodikliais. Tyrimo metu skaičiavome socialinių-demografinių rodiklių charakteristikų skirstinį atsižvelgdami į tris mėginimo žudytis pobūdį atspindinčių klausimų grupes.

Nustatyta, kad planų apie savižudybę turėjimas reikšmingai siejasi su šeimynine padėtimi (p=0,008, 4.2.2.1 lentelė). Gyvenantiems vienumoje pacientams galimybė turėti planų apie savižudybę yra tris kartus didesnė, palyginti su pacientais, gyvenančiais poroje (GS=3,087 (95 proc. PI [1,295–7,359]). Turintiems žemesį išsilavinimą, galimybė žudytis praeityje yra daugiau nei du kartus didesnė (GS=2,51 (95 proc. PI [1,262–4,995]), nei turintiems aukštesnį išsilavinimą. Lyginant kitas socialinių-demografinių veiksnių charakteristikas atsižvelgiant į mintis prieš mėginimą žudytis, reikšmingų skirtumų neaptikta.

4.2.2.1 lentelė. *Tiriamųjų socialinius-demografinius veiksnius atspindinčių charakteristikų skirstinys atsižvelgiant į mintis prieš mėginimą žudytis ir mėginimą žudytis praeityje (atvejų sk. (proc.)).*

Socialinės-demografinės charakteristikos		**n**	**Mėginimo žudytis metu norėjo mirti**	**Mintys apie savižudybę mėnesį iki mėginimo žudytis**	**Planai apie savižudybę prieš mėginimą žudytis**	**Mėgino žudytis praeityje**
Lytis	Vyrai	101	68 (67,3)	44 (43,6)	17 (16,8)	48 (47,5)
	Moterys	139	93 (66,9)	58 (41,7)	20 (14,4)	80 (57,6)
Amžius	≤ 36 m.	122	82 (67,2)	48 (39,3)	19 (15,6)	71 (58,2)
	≥ 37 m.	118	79 (66,9)	54 (45,8)	18 (15,3)	57 (48,3)
Šeimyninė padėtis	Gyvena poroje	92	59 (64,1)	33 (35,9)	7 (7,6)*	42(45,7)
	Gyvena vienas	148	102 (68,9)	69 (46,6)	30 (20,3)*	86(58,1)
Išsilavinimas	Žemesnis	197	133 (67,5)	83 (42,1)	32 (16,2)	113 (57,4)*
	Aukštesnis	43	28 (65,1)	19 (44,2)	5 (11,6)	15 (34,9)*
Darbingumas	Dirba	93	62 (66,7)	39 (41,9)	13 (14,0)	46 (49,5))
	Nedirba	147	99 (67,3)	63 (42,9)	24 (16,3)	82 (55,8)

* – p<0,05.

Vertinant socialinius-demografinius veiksnius atspindinčių charakteristikų grupių skirstinį atsižvelgiant į pacientų elgesį mėginimo žudytis metu, gauti reikšmingi skirtumai keliose veiksnių grupėse (rezultatai pateikti 4.2.2.2 lentelėje).

Alkoholio vartojimas mėginimo žudytis metu reikšmingai siejasi su lytimi (χ^2=4,36 (1), p=0,04), šeimynine padėtimi (χ^2=8,09 (1), p=0,004) ir darbingumo rodikliais (χ^2=4,70 (1), p=0,03). Vyrams galimybė pavartoti alkoholio mėginimo žudytis metu didesnė, nei moterims (GS=1,736, 95 proc. PI [1,033–2,919]). Taip pat gyvenantiems poroje tiriamiesiems galimybė pavartoti alkoholio mėginimo žudytis metu yra du kartus didesnė (GS=2,161, 95 proc. PI [1,266–3,691]), nei gyvenantiems vienumoje. Dirbantiems pacientams mėginimo žudytis metu būti pavartojusiems alkoholį galimybė didesnė (GS=1,79, 95 proc. PI [1,055–3,035]), nei nedirbantiesiems.

Reikšmingai daugiau mėginimo žudytis metu vieni aplinkoje buvo vyresnio amžiaus (χ^2=8,54 (1), p=0,003) ir aukštesnio išsilavinimo (χ^2=9,58 (1), p=0,002) tiriamieji. Jaunesniame amžiuje mėginimo žudytis metu patiems kviestis pagalbą arba būti šalia kitų žmonių galimybė daugiau nei du kartus didesnė (GS=2,255, 95 proc. PI [1,30–3,91]), nei būti atsitiktinai surastam. Turint aukštesnį išsilavinimą mėginimo žudytis galimybė nuošalyje kitų žmonių yra daugiau nei du kartus didesnė (GS=2,825, 95 proc. PI [1,44–5,41]), nei turint žemesnį išsilavinimą. Tyrimo rezultatai parodė, kad gyvenantiems poroje galimybė mėginti žudytis impulsyviai yra didesnė, lyginant su gyvenančiais vienumoje (GS=1,678; 95 proc. PI [1,001–2,836], dirbantiems pacientams galimybė mėginti žudytis impulsyviai yra didesnė, lyginant su nedirbančiaisiais (GS=1,79; 95 proc. PI [1,055–3,035].

4.2.2.2 lentelė. *Tiriamųjų socialinius-demografinius veiksnius atspindinčių charakteristikų skirstinys atsižvelgiant į mėginimo žudytis pobūdį (atvejų sk. (proc.))*

Socialinės-demografinės charakteristikos		n	Mėginimas žudytis impulsyvus	Alkoholio vartojimas	Pacientas buvo vienas, rastas atsitiktinai
Lytis	Vyrai	101	47 (46,5)	61 (60,4)*	37 (36,6)
	Moterys	139	67 (48,2)	65 (46,8)*	43 (30,9)
Amžius	≤ 36 m.	122	62 (50,8)	66 (54,1)	30 (24,6)*
	≥ 37 m.	118	52 (44,1)	60 (50,8)	50 (42,4)*
Šeimyninė padėtis	Gyvena poroje	92	51 (55,4)*	59 (64,1)*	34 (37,0)
	Gyvena vienas	148	63 (42,6)*	67 (45,3)*	46 (31,1)
Išsilavinimas	Žemesnis	197	95 (48,2)	103 (52,3)	57 (28,9)*
	Aukštesnis	43	19 (44,2)	23 (53,5)	23 (53,5)*
Darbingumas	Dirba	93	50 (53,8)	57 (61,3)*	27 (29,0)
	Nedirba	147	64 (43,5)	69 (46,9)*	53 (36,1)

*p<0,05.

Socialinių-demografinių rodiklių skirstinys atsižvelgiant į išliekančias mintis apie savižudybę po mėginimo žudytis, pateiktas 4.2.2.3 lentelėje. Atliekant išsamesnius tyrimus reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kad planų apie savižudybę po mėginimo žudytis turėjo daugiau vyresnio amžiaus ir nedirbantys pacientai, o išliko minčių apie savižudybę šioje imtyje daugiau vyresnio amžiaus ir gyvenantiems vienumoje asmenims.

4.2.2.3 lentelė. *Tiriamųjų socialinius-demografinius veiksnius atspindinčių charakteristikų skirstinys atsižvelgiant į išliekančias mintis apie savižudybę po mėginimo žudytis (atvejų sk. (proc.))*

Socialinės-demografinės charakteristikos		n	Išlieka minčių apie savižudybę	Išlieka planų apie savižudybę
Lytis	Vyrai	101	14 (13,9)	3 (3,0)
	Moterys	139	22 (15,8)	3 (2,2)
Amžius	≤ 36 m.	122	15 (12,3)	1 (0,8)
	≥ 37 m.	118	(17,8)	5 (4,2)
Šeimyninė padėtis	Gyvena poroje	92	9 (9,8)	2 (2,2)
	Gyvena vienas	148	27 (18,2)	4 (2,7)
Išsilavinimas	Žemesnis	197	31 (15,7)	5 (2,5)
	Aukštesnis	43	5 (11,6)	1 (2,3)
Darbingumas	Dirba	93	10 (10,8)	1 (1,1)
	Nedirba	147	26 (17,7)	5 (3,4)

Apibendrinę gautus rezultatus galime teigti, kad galimybė turėti planų apie savižudybę prieš mėginimą žudytis gyvenant vienumoje yra didesnė. Ne poroje gyvenantys pacientai dažniau vartojo alkoholio mėginimo žudytis metu. Mėginimo žudytis metu netoli buvo žmonių arba patys kvietėsi pagalbą daugiau jaunesni ir žemesnio išsilavinimo tiriamieji. Mėginimo žudytis metu alkoholį dažniau vartoja vyrai ir dirbantys pacientai. Mėginimą žudytis praeityje reikšmingai siejame su žemesniu išsilavinimu.

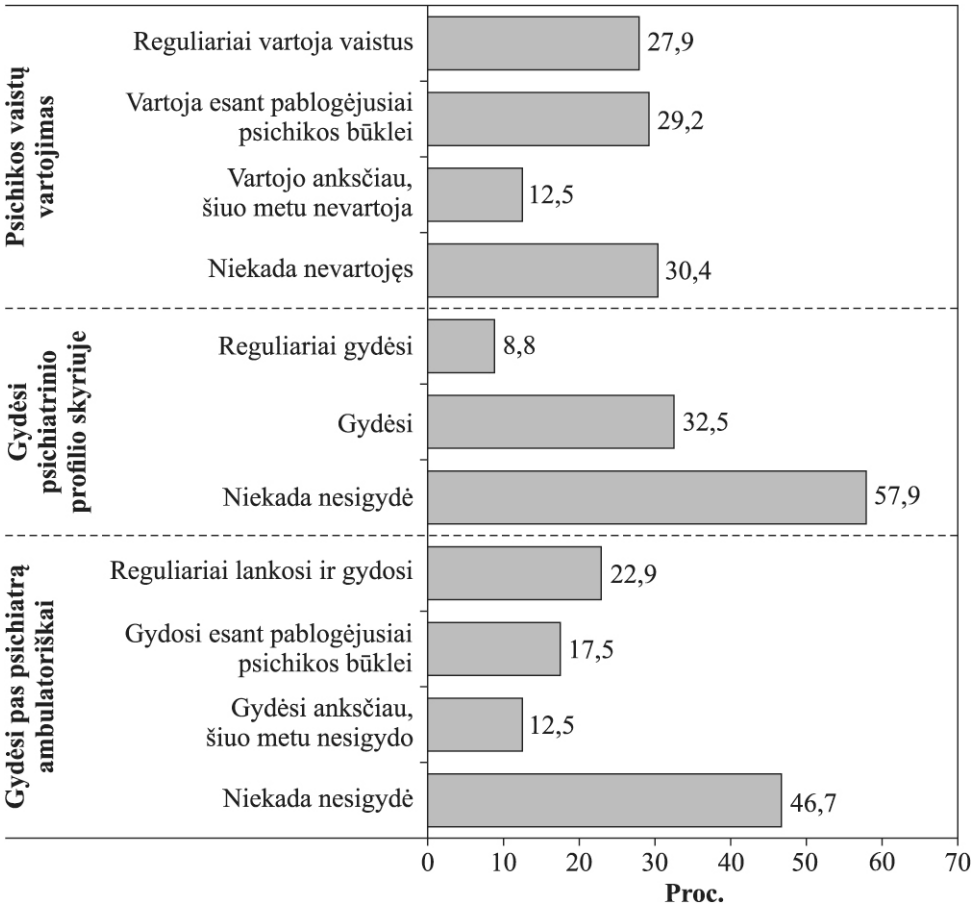
4.3. Sąsajos tarp mėginimo žudytis ir psichikos sutrikimų

Tyrimo metu siekta išsiaiškinti psichikos sutrikimų pasireiškimą tarp mėginusių žudytis pacientų. Remiantis mokslinės literatūros duomenimis, savižudybės ir mėginimai žudytis neabejotinai susiję su psichikos sutrikimais [3, 77, 194, 223].

Šio tyrimo metu pacientų psichikos sutrikimus atspindi klausimai, susiję su galimomis psichikos sveikatos problemų apraiškomis praeityje ir galutinės klinikinės psichiatrinės diagnozės, nustatytos gulint ligoninėje po mėginimo žudytis.

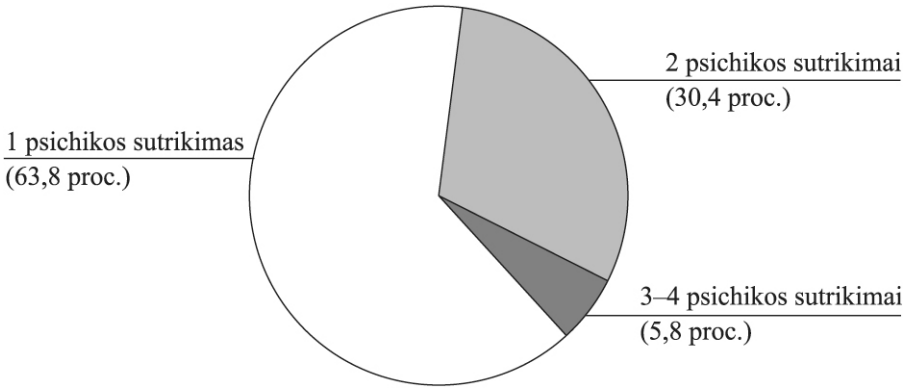
Ar anksčiau pacientui buvo nustatytas psichikos sutrikimas, darėme išvadą iš klausimų, kuriuose tiriamieji turėjo atsakyti, ar kada nors gydėsi psichiatrinio profilio skyriuje, ar kada nors gydėsi pas gydytoją psichiatrą ambulatoriškai ir ar kada nors gyvenime vartojo psichotropinius vaistus. Tyrimo rezultatai pateikti 4.3.1 paveiksle.

Tyrimo rezultatai parodė, kad niekada nesilankė pas gydytoją psichiatrą ir nebuvo vartoję psichotropinių vaistų apie 30 proc. pacientų. Bent kartą ir daugiau lankėsi pas gydytoją psichiatrą 52,9 proc. tiriamųjų, apie 40 proc. tiriamųjų yra gydęsi psichiatrinio profilio skyriuje ir 8,8 proc. – psichiatrinio profilio skyriuje gydosi reguliariai. Kadangi klausimai buvo atsakyti subjektyviu tiriamųjų psichikos sveikatos vertinimu, siekdami kuo didesnio tyrimo objektyvumo, tiriamuosius suskirstėme į dvi grupes: visiškai nevartojusių psichotropinių vaistų, niekada nesilankiusių pas gydytoją psichiatrą ambulatoriškai ir niekada negulėjusių psichiatrinio profilio skyriuje tiriamųjų grupes priskyrėme nesigydžiusių grupei, o kitus tiriamuosius tiems, kurie gydėsi grupei. Tyrimo analizėje naudojome šių dviejų grupių skirstinio rezultatus.



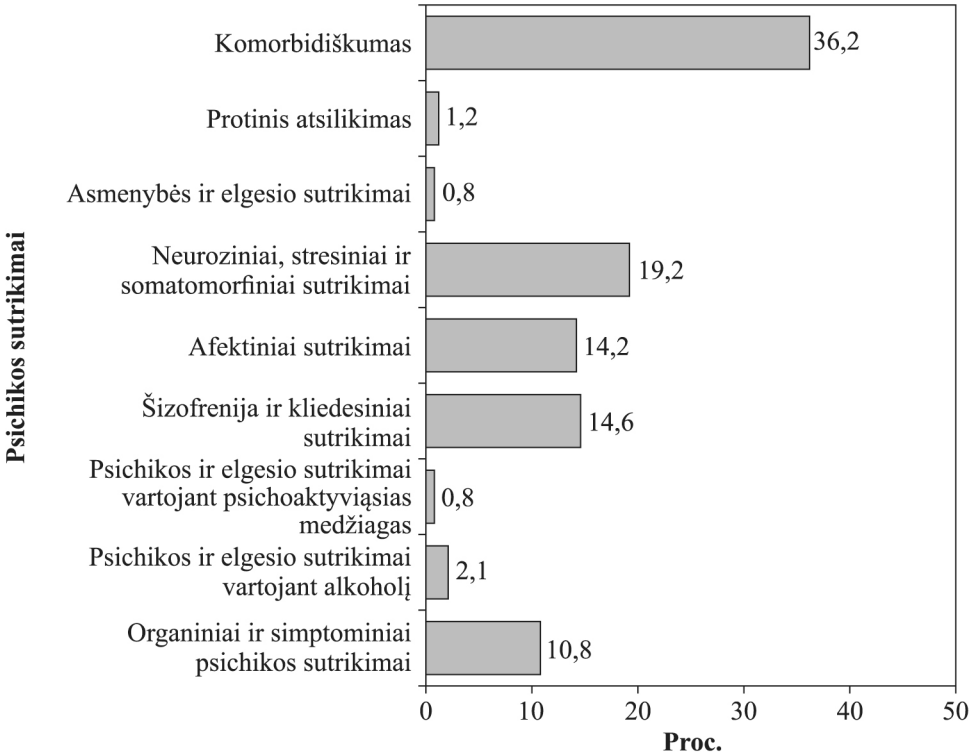
4.3.1 pav. *Tiriamųjų skirstinys atsižvelgiant į psichikos sveikatą atspindinčius rodiklius prieš mėginimą žudytis (proc.)*

Tyrimo metu visiems išgyvenusiems po mėginimo žudytis pacientams, kurie buvo hospitalizuoti į psichiatrijos skyrių, remiantis TLK-10-AM kriterijais, buvo nustatytas psichikos sutrikimas. Gauti rezultatai parodė, kad daugiau kaip pusei pacientų (63,8 proc.) buvo nustatytas vienas sutrikimas, apie 30 proc. tiriamųjų nustatyti du sutrikimai, ir 5,8 proc. tiriamųjų buvo trys ir daugiau sutrikimų (4.3.2 pav.). Pagal tai tiriamieji buvo suskirstyti į dvi grupes: „vieną psichikos sutrikimą turinčius pacientus“ ir „du ir daugiau psichikos sutrikimus turinčius pacientus“, t. y. kuriems buvo nustatytas psichikos ligų komorbidiškumas.



4.3.2 pav. *Tiriamųjų skirstinys atsižvelgiant į nustatytų psichikos sutrikimų skaičių (proc.).*

Tiriamųjų skirstinys atsižvelgiant į nustatytas galutines klinikines psichiatrines diagnozes pateiktas 4.3.3 pav. Daugiausiai vienos galutinės klinikinės psichiatrinės diagnozės tiriamųjų grupėje nustatyta neurozinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų (19,2 proc.) (4.3.3 pav.).



4.3.3 pav. *Tiriamųjų skirstinys atsižvelgiant į nustatytus psichikos sutrikimus (proc.)*

Literatūros duomenimis, skirtingų psichikos sutrikimų nulemta savižudybės rizika priklauso nuo ligos trukmės [108, 113, 154]. Mūsų tyrimo metu tokius duomenis atspindėjo ankstesnis, t. y. iki pastarojo mėginimo žudytis, gydymasis dėl psichikos sutrikimų ambulatoriškai arba hospitalizacijos metu ir psichotropinių vaistų vartojimas. Pacientams, prieš mėginimą žudytis niekada nesigydžiusiems dėl psichikos sutrikimų, tyrimo metu dažniausiai buvo diagnozuoti neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai – 45,7 proc. (4.3.2 lentelė), dažniau gydėsi dėl psichikos sutrikimų prieš mėginimą žudytis pacientai, sergantys šizofrenija ir kliedesiniais sutrikimais – 88,6 proc. bei afektiniais sutrikimais – 91,2 proc.

4.3.2 lentelė. *Dėl psichikos sutrikimų gydžiusių tiriamųjų skirstinys atsižvelgiant į galutinę klinikinę psichiatrinę diagnozę (atvejų sk. (proc.))*

Psichikos sutrikimai	**Gydėsi dėl psichikos sutrikimų prieš mėginimą žudytis (n=172)**
Organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai	17 (65,4)
Psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį	2 (40,00)
Psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant psichoaktyviąsias medžiagas	1 (50,0)
Šizofrenija ir kliedesiniai sutrikimai	31 (88,6)
Neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai	21 (45,7)*
Elgesio sindromai, susiję su fiziologiniais sutrikimais ir somatiniais veiksniais	0
Asmenybės ir elgesio sutrikimai	2 (100)
Protinis atsilikimas	3 (100)
Afektiniai sutrikimai	31 (91,2)*
Psichikos ligų komorbidiškumas	64 (73,6)

χ^2=32,198, l.l.s.=8, p=0,001; *p<0,05.

4.3.1. Sąsajos tarp psichikos sutrikimų ir socialinių-demografinių veiksnių

Siekdami nustatyti, ar psichikos sutrikimų gydymas praeityje turi sąsajų su socialiniais-demografiniais veiksniais, skaičiavome skirtingų socialinių-demografinių charakteristikų sąsajas atsižvelgdami į tai, ar praeityje pacientas vartojo psichotropinių vaistų, ar lankėsi pas gydytoją psichiatrą ambulatoriškai ir ar praeityje gydėsi psichiatrijos profilio skyriuje. Gauti skirtumai parodė, kad vyrai reikšmingai rečiau vartojo psichotropinius vaistus, lankėsi pas gydytojus psichiatrus ambulatoriškai ir gydėsi psichiatrinio profilio skyriuje. Taip pat pastebima, kad vyresnio amžiaus pacientai (≥ 37 m.) reikš-

mingai dažniau vartojo psichotropinius vaistus ir dažniau lankėsi pas gydytoją psichiatrą ambulatoriškai (4.3.1.1 lentelė).

Rezultatai parodė, kad gyvenantys poroje ir dirbantys pacientai dažniau gydėsi psichiatrinio profilio skyriuje. Gauti rezultatai parodė, kad moterims vartoti praeityje psichotropinius vaistus galimybė yra daugiau nei tris kartus didesnė (GS=3,469; 95 proc. PI [1,953–6,162], nei vyrams. Vyresnio amžiaus pacientams vartoti praeityje psichotropinius vaistus galimybė du kartus didesnė (GS=2,04; 95 proc. PI [1,16–3,587], nei jaunesnio amžiaus pacientams. Moterims gydytis ambulatoriškai pas gydytoją psichiatrą iki mėginimo žudytis galimybė yra beveik du kartus didesnė (GS=1,951; 95 proc. PI [1,086–3,506], lyginant su vyrais. Vyresniems nei 37 m. amžiaus pacientams ambulatoriškai gydytis pas gydytoją psichiatrą iki mėginimo žudytis galimybė yra daugiau nei tris kartus didesnė (GS=3,812; 95 proc. PI [2,219–6,549], lyginant su jaunesnio amžiaus pacientais.

4.3.1.1 lentelė. *Socialinius-demografinius veiksnius atspindinčių charakteristikų grupių skirtumai atsižvelgiant į psichikos sutrikmų gydymąsi praeityje*

Socialiniai-demografiniai rodikliai		**n**	**Ar kada nors vartojo psichotropinius vaistus**	**Ar kada nors gydėsi pas gydytoją psichiatrą ambulatoriškai**	**Ar kada nors gydėsi psichiatrinio profilio skyriuje**
Lytis	Vyrai	101	55 (54,5)*	35(34,7)*	69(69,7)*
	Moterys	139	112 (80,6)*	93(66,9)*	70(50,4)*
Amžius	<37 m.	122	76 (62,3)*	57(46,7)*	75(61,5)
	≥ 37 m.	118	91 (77,1)*	71(60,2)*	64(55,2)
Šeimyninė padėtis	Gyvena vienas (-a)	148	100 (67,6)	81(54,7)	78(53,1)*
	Gyvena poroje	92	67 (72,8)	47(51,1)	61(67,0)*
Išsilavinimas	Žemesnis	145	135 (68,5)	104(52,8)	109(55,6)
	Aukštesnis	95	32 (74,4)	24(55,8)	30(71,4)
Darbingumas	Dirba	93	62(66,7)	44(47,3)	62(66,7)*
	Nedirba	147	105(71,4)	84(57,1)	77(53,1)*

* – p<0,05.

Siekdami tikslesnės analizės, atsižvelgdami į psichikos sutrikimų gydymą praeityje atspindinčius rodiklius, tiriamuosius suskirstėme į praeityje nesigydžiusius ir praeityje gydžiusius dėl psichikos sutrikimų tiriamuosius. Skaičiavome šių grupių tiriamųjų skirstinį atsižvelgdami į socialines-demografines charakteristikas. Statistiškai reikšmingi analizės rezultatai pateikti 4.3.1.2 lentelėje. Rezultatai patvirtino gautas išvadas vertinant tiriamųjų lytį, todėl galime daryti išvadą, kad psichikos sutrikimus dažniau gydėsi moterys negu vyrai.

Vertinant dvi amžiaus grupes (<37 m. ir ≥ 37 m.), nustatyta, kad jaunesniame am žiujeyra du kartus didesnė galimybė nesigydyti dėl psichikos sutrikimų iki mėginimo žudytis (GS=2,04, 95 proc. PI [1,16–3,587], nei vyresniame amžiuje.

Vertinant kitus socialinius-demografinius rodiklius statistiškai reikšmingų skirtumų neaptikta, todėl teigiame, kad psichikos sutrikimų buvimas prieš mėginimą žudytis reikšmingai siejasi su lytimi ir amžiumi.

4.3.1.2 lentelė. *Gydžiusių ir nesigydžiusių psichikos sutrikimus praeityje tiriamųjų skirstinys atsižvelgiant į lytį ir amžių (atvejų sk.(proc.))*

Psichikos sutrikimų gydymasis praeityje	**Socialiniai-demografiniai rodikliai**			
	Lytis		**Amžius**	
	Vyrai	**Moterys**	**<37 m.**	**≥37 m.**
Gydėsi	59 (58,4)	113 (81,3)	77 (63,1)	95 (80,5)
p	<0,001		<0,01	

Siekdami plačiau panagrinėti psichikos sutrikimų sąsajas su lytimi ir amžiumi, vertinome nustatytų galutinių klinikinių psichiatrinių diagnozių skirstinį atsižvelgdami į minėtus rodiklius (4.3.1.3 lentelė). Nustatyta, kad moterys dažniau sirgo afektiniais sutrikimais negu vyrai (χ^2=12,70 (1), p<0,001), tačiau vyrams reikšmingai dažniau buvo nustatytas psichikos ligų komorbidiškumas. Tyrimo rezultatai rodo, kad mėginusioms žudytis moterims galimybė sirgti afektiniais sutrikimais yra daugiau nei šešis kartus didesnė (GS=6,674; 95 proc. PI [2,27–19,625], nei vyrams. Vyrams yra du kartus didesnė galimybė psichikos ligų komorbidiškumui (GS=2,154; 95 proc. PI [1,26–3,683], nei moterims. Jaunesniems nei 37 m. amžiaus pacientams sirgti neuroziniais, stresiniais ir somatoforminiais sutrikimais galimybė beveik tris kartus didesnė (GS=2,995; 95 proc. PI [1,485–6,038], nei vyresniems. Vyresniems nei 37 m. amžiaus pacientams devynis kartus didesnė galimybė sirgti organiniais ir simptominiais psichikos sutrikimais (GS=9,604; 95 proc. PI [2,799–32,954], nei jaunesniems.

Vertindami kitų psichiatrinių diagnozių pasiskirstymą atsižvelgdami į lytį ir amžių, reikšmingų skirtumų negavome.

4.3.1.3 lentelė. *Nustatytų galutinių klinikinių psichiatrinių diagnozių skirstinys vyrų ir moterų bei jaunesnio ir vyresnio amžiaus grupėse (atvejų sk. (proc.))*

Psichikos sutrikimai	**Lytis**		**Amžius**	
	Vyrai	**Moterys**	**Jaunesnis**	**Vyresnis**
Organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai	11 (10,9)	15 (10,8)	3 (2,5)*	23 (19,5)*
Psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį	2 (2,0)	3 (2,2)	2 (1,6)	3(2,5)
Psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant psicho aktyviąsias medžiagas	2 (2,0)	0	2 (1,6)	0
Šizofrenija ir kliedesiniai sutrikimai	11 (10,9)	24 (17,3)	17 (13,9)	18 (15,3)
Afektiniai sutrikimai	4 (4,0)*	30 (21,6)*	15 (12,3)	19 (16,1)
Neurozinai ir stresiniai somatoforminiai sutrikimai	22 (21,8)	24 (17,3)	33 (27,0)*	13 (11,0)*
Asmenybės ir elgesio sutrikimai	1(1,0)	1 (0,7)	1(0,8)	1 (0,8)
Elgesio sindromai, susiję su fiziologiniais sutrikimais bei somatiniais veiksniais	1 (25,0)		4 (100,0)	0
Protinis atsilikimas	1 (1,0)	2 (1,4)	2 (1,6)	1 (0,8)
Komorbidiškumas	47 (46,5)* 40 (28,8)		47 (38,5) 40 (33,9)	

* – $p<0,05$.

Apibendrinus gautus rezultatus, nustatyti reikšmingi skirtumai vyrų ir moterų grupėse. Reikšmingai mažiau vyrų praeityje kreipėsi į psichiatrus ambulatoriškai, vartojo psichotropinius vaistus ir gydėsi psichiatrinio profilio skyriuose. Taip pat daugiau psichikos sutrikimų nesigydžiusių tiriamųjų buvo jaunesnio amžiaus. Moterims reikšmingai daugiau aptikta afektinių sutrikimų. Jaunesniame amžiuje dažniau sergama neurozinais, stresiniais ir somatoforminiais sutrikimais, organiniai sutrikimai būdingi vyresniame amžiuje. Psichikos ligų komorbidiškumas labiau būdingas vyrams, nei moterims.

4.3.2. Sąsajos tarp psichikos sutrikimų ir mėginimo žudytis ypatumų

Siekdami nustatyti, ar psichikos sutrikimų buvimas praeityje turi sąsajų su mėginimo žudytis ypatumais, skaičiavome mėginimo žudytis ypatumų charakteristikas atspindinčių rodiklių skirstinį atsižvelgdami į tai, ar praeityje buvo vartojami psichotropiniai vaistai, ar buvo lankomasi pas gydytoją psichiatrą ambulatoriškai ir ar pacientas praeityje gulėjo psichiatrinio profilio skyriuje. Kadangi tyrimo analizė parodė, kad vyrai praeityje kreipėsi į psichiatrus ambulatoriškai, vartojo psichotropinius vaistus ir gydėsi psichiatrinio profilio skyriuose rečiau negu moterys, mėginimo žudytis ypatumus vertinome vyrų ir moterų grupėse atskirai.

Nustatyta, kad reikšmingai daugiau lėtinėmis somatinėmis ligomis sergančių vyrų vartojo psichotropinius vaistus praeityje, palyginti su vyrais, kurie nesirgo somatinėmis ligomis. Taip pat daugiau nei 70 proc. moterų, sirgusių somatinėmis ligomis, kreipėsi į gydytoją psichiatrą ambulatoriška, o 86,6 proc. vartojo psichotropinius vaistus. Vertinant sunkią somatinę būklę po mėginimo žudytis, statistiškai reikšmingų skirtumų neaptikta.

4.3.2.1 lentelė. *Somatinės sveikatos sutikimų skirstinys tarp vyrų ir moterų atsižvelgiant į psichikos sutrikimų gydymą praeityje*

Lytis	Somatinė būklė	Gydėsi pas gydytoją psichiatrą ambulatoriškai	Vartojo psichotropinius vaistus	Gulėjo psichiatrinio profilio skyriuje
Vyrai	Sirgo lėtine somatine liga (n=67)	26 (38,8)	39 (58,2)*	46 (70,8)*
Moterys	Sirgo lėtine somatine liga (n=82)	63 (76,8)*	71(86,6)*	33 (40,2)

* – p<0,05.

Vertinant psichikos sutrikimų gydymo praeityje rodiklius atsižvelgiant į praeityje patirtus subjektyviai vertinamus psichotraumuojančius veiksnius, statistiškai reikšmingų skirtumų neaptikta. Taip pat negavome reikšmingų sąsajų su mėginimo žudytis būdo pasirinkimu.

Tyrimo metu siekėme nustatyti psichikos sutrikimų ir mėginimo žudytis būdų sąsajas. Įvertinę, kad psichikos ligų komorbidiškumas statistiškai reikšmingai siejasi su tiriamųjų lytimi, psichikos sutrikimus atspindinčių rodiklių pasiskirstymą vyrų ir moterų grupėse skaičiavome atskirai. Iš tiriamųjų, kuriems buvo diagnozuotas vienas sutrikimas, išrinkome šiuos atvejus: organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai, šizofrenija ir kliedesiniai sutrikimai, neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai, afektiniai sutrikimai. Kitus sutrikimus atmetėme dėl per mažos vienos nustatytos

diagnozės grupės tiriamųjų imties. Skaičiavome šių sutrikimų grupių skirstinį atsižvelgdami į mėginimo žudytis būdą.

Nustatyta, kad reikšmingai daugiau moterų, kurios sirgo neuroziniais, stresiniais ir somatoforminiai sutrikimais (χ^2=6,72 (1); p=0,01) mėgino žudytis tyčiniu apsinuodijimu medikamentais (91,7 proc. iš neurozinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų grupės tiriamųjų). Tyrimo rezultatai taip pat rodo, kad moterys, sirgusios šizofrenija ir kliedesiniais bei afektiniais sutrikimais dažniau rinkosi tyčinio apsinuodijimo medikamentais mėginimo žudytis būdą. 4.3.2.2 lentelėje pateiktas tiriamųjų pasiskirstymas.

4.3.2.2 lentelė. *Vyrų ir moterų, kuriems nustatyta viena klinikinė psichiatrinė diagnozė, skirstinys pagal nustatytą diagnozę ir mėginimo žudytis būdą (atvejų sk. (proc.))*

Lytis	Psichikos sutrikimai	Tyčinis apsinuodijimas medikamentais	Tyčinis susižalojimas pasikariant	Tyčinis susižalojimas aštriais daiktais	Susižalojimas kitais arba keliais būdais
Vyrai (n=54)	Organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai	5 (45,5)	2 (18,2)	2 (18,2)	2 (18,2)
	Šizofrenija ir kliedesiniai sutrikimai	4 (36,4)	1 (9,1)	4 (36,4)	2 (18,2)
	Afektiniai sutrikimai	3 (75,0)	0	1 (25,0)	0
	Neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai	15 (68,2)	1 (4,5)	2 (9,1)	4 (18,2)
	Psichikos ligų komorbidiškumas	23 (48,9)	8 (17,0)	11 (23,4)	5 (10,6)
Moterys (n=99)	Organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai	6 (40,0)*,**	3 (20,0)	2 (13,3)	4 (26,7)^,^^
	Šizofrenija ir kliedesiniai sutrikimai	12 (50,0)+,++	3 (12,5)	6 (25,0)	3 (12,5)
	Afektiniai sutrikimai	24 (80,0)*,+	1 (3,3)	4 (13,3)	1 (3,3)^
	Neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai	22 (91,7)**,++	0	2 (8,3)	0
	Psichikos ligų komorbidiškumas	27 (67,5)	3 (7,5)	7 (17,5)	3 (7,5)

χ^2=23,788; *,**,+,++,^,^^ p<0,05.

Siekdami išsiaiškinti, ar tiriamųjų subjektyviai nurodyti psichotraumuojantys veiksniai turi reikšmingų sąsajų su psichikos ligomis, statistiškai reikšmingų rezultatų negavome.

Negavome reikšmingų skirtumų atsižvelgdami į tiriamųjų somatinę būklę, todėl teigiame, kad somatinė būklė su nustatytomis diagnozėmis sąsajų neturi.

Apibendrinę gautus rezultatus galime teigti, kad galutinės klinikinės psichiatrinės diagnozės stipriai sieti su mėginimo žudytis ypatumais negalima. Norint patvirtinti ar paneigti šią išvadą ir siekiant plačiau patyrinėti atskirų psichiatrinių sutrikimų sąsajas, reikėtų išsamesnių tyrimų.

Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad tyčiniu apsinuodijimu medikamentais mėgino žudytis reikšmingai daugiau moterų, kurios sirgo neurozniais, stresiniais ir somatoforminiais sutrikimais. Taip pat rezultatai parodė, kad šizofrenija ir kliedesiniais bei afektiniais sutrikimais sergančios moterys dažniau mėgino žudytis tyčiniu apsinuodijimu medikamentais nei kitais būdais. Vertinant psichotraumuojančių veiksnių dažnumą, reikšmingų rezultatų negauta. Gauti rezultatai pateikiami daugiau aprašomajai statistikai, siekiant pateikti galimas tendencijas, o ne galutinėms apibendrinamosioms išvadoms.

4.3.3. Psichikos sutrikimų ir mėginimo žudytis pobūdžio sąsajos

Tyrimo metu siekėme išanalizuoti psichikos sutrikimus atspindinčių veiksnių sąsajas su mėginimo žudytis pobūdžiu. Analizavome tai, ar skiriasi praeityje gydžiusių ir nesigydžiusių psichikos sutrikimus pacientų mintys mėginimo žudytis metu, koks skirstinys vyrauja tarp turėjusių minčių apie savižudybę mėnesį iki mėginimo žudytis ir kiek besikreipusių pagalbos į gydytojus psichiatrus pacientų turėjo planų apie savižudybę. Kadangi vyrai praeityje kreipėsi į psichiatrus ambulatoriškai, vartojo psichotropinius vaistus ir gydėsi psichiatrinio profilio skyriuose rečiau negu moterys, mėginimo žudytis pobūdį vyrų ir moterų grupėse vertinome atskirai.

Tyrimo analizė parodė, kad statistiškai reikšmingai skyrėsi lankiusių ir nesilankiusių pas gydytoją psichiatrą ambulatoriškai mintys apie savižudybę prieš mėginimą žudytis. Gauti rezultatai rodo, kad daugiau nesilankiusių pas gydytoją psichiatrą vyrų mėginimo žudytis metu turėjo minčių numirti ir turėjo minčių apie savižudybę mėnesį iki mėginimo žudytis, palyginti su grupe vyrų, kurie lankėsi pas gydytojus psichiatrus ambulatoriškai (χ^2=5,87 (1); p=0,01). Analogiški skirtumai gauti vartojusių psichotropinius vaistus vyrų grupėje. Nustatyta, kad statistiškai reikšmingai daugiau vyrų, vartojusių psichotropinius vaistus, turėjo minčių apie savižudybę mėnesį iki mėginimo žudytis ir mėginimo žudytis metu norėjo numirti, palyginti su vyrais, kurie

nevartojo psichotropinių vaistų praeityje (χ^2=4,48 (1); p=0,03). Vertinant moterų grupės analizės rezultatus statistiškai reikšmingų skirtumų negauta.

4.3.3.1 lentelė. *Vyrų ir moterų skirstinys pagal psichikos sutrikimų gydymąsi praeityje ir mintis apie savižudybę prieš mėginimą žudytis (atvejų sk. (proc.))*

Lytis	**Psichikos sutrikimų gydymasis praeityje (prieš paskutinį mėginimą žudytis)**		**Mėginimo žudytis metu turėjo minčių numirti**	**Turėjo minčių apie savižudybę mėnesį prieš mėginimą žudytis**	**Turėjo planų apie savižudybę**
Vyrai (n=101)	Gydymasis pas psichiatrą ambulatoriškai	Gydėsi	29 (82,9)*	21 (60,0)*	6 (17,1)
		Nesigydė	39 (59,5)*	23 (34,8)*	11 (16,7)
	Psichotropinių vaistų vartojimas	Vartojo	72 (76,4)*	30 (54,5)*	9 (16,4)
		Nevartojo	26 (56,5)*	14 (30,4)*	8 (17,4)
	Gydymasis psichiatrinio profilio skyriuje	Gydėsi	44 (63,8)	27 (39,1)	11 (15,9)
		Nesigydė	23 (76,7)	17 (56,7)	6 (20,0)
Moterys (n=139)	Gydymasis pas psichiatrą ambulatoriškai	Gydėsi	65 (69,9)	41 (44,1)	13 (14,0)
		Nesigydė	28 (60,9)	17 (37,0)	7 (15,2)
	Psichotropinių vaistų vartojimas	Vartojo	75 (67,0)	49 (43,8)	16 (14,3)
		Nevartojo	18 (66,7)	9 (33,3)	4 (14,8)
	Gydymasis psichiatrinio profilio skyriuje	Gydėsi	46 (65,7)	26 (37,1)	9 (12,2)
		Nesigydė	47 (68,1)	32 (46,4)	11 (15,9)

* – p<0,05.

Siekdami įvertinti sąsajas tarp mėginimo žudytis praeityje ir psichikos sutrikimų, *Mann-Whitney U* kriterijumi palyginome atskirai vyrų ir moterų mėginimų žudytis praeityje pasiskirstymą su psichikos sutrikimų gydymu praeityje. *Mann-Witney* kriterijaus pasirinkimą lėmė tai, kad mėginimo žudytis praeityje rodiklis turi penkias reikšmes, kurias mes galime įvertinti nuo mažiausios iki didžiausios reikšmės (niekada nemėgino žudytis, yra buvę žalojimosi epizodų, mėgino žudytis viena kartą, mėgino žudytis du kartus ir mėgino žudytis tris ir daugiau kartų).

Palyginus tų, kurie gydėsi ir kurie nesigydė pas gydytoją psichiatrą ambulatoriškai, vyrų mėginimų žudytis skaičių praeityje, paaiškėjo, kad tie, kurie gydėsi ambulatoriškai, statistiškai reikšmingai dažniau mėgino žudytis praeityje, palyginti su nesigydžiusiais pas gydytoją psichiatrą pacientais. Nagrinėjant vyrų grupėje psichotropinių vaistų vartojimo sąsajas su mėginimu žudytis, nustatyta, kad vartojantieji psichotropinius vaistus tiriamieji statistiškai reikšmingai dažniau praeityje mėgino žudytis, palyginti su nevartojančių psichotropinių vaistų vyrų grupe.

Tyrimo rezultatai taip pat parodė statistiškai reikšmingą didesnį polinkį žudytis nesigydžiusių psichiatrinio profilio skyriuje vyrų grupėje, palyginti su vyrų, kurie praeityje gydėsi psichiatrinio profilio skyriuje, grupe (4.3.3.2 lentelė).

Panašūs skirtumai gauti analizuojant mėginusių žudytis moterų grupę. Moterų, kurios lankėsi pas gydytoją psichiatrą ambulatoriškai ir vartojo psichotropinius vaistus, dažniau mėgino žudytis praeityje, palyginti su moterimis, kurios nesilankė pas gydytoją psichiatrą ir nevartojo psichotropinių vaistų. Iš gautų rezultatų galime daryti išvadą, kad psichikos sutrikimai yra svarbus veiksnys, galintis daryti įtaką mėginimo žudytis skaičiui.

4.3.3.2 lentelė. *Vyrų ir moterų mėginimų žudytis atvejų praeityje palyginimas atsižvelgiant į psichikos sutrikimų gydymą praeityje*

Lytis	**Psichikos sutrikimų gydymas praeityje**		**n**	**Vidutinis rangas**	***Mann-Whitney* kriterijus**	**p (dvipusis)**
Vyrai (n=101)	Gydymasis pas psichiatrą ambulatoriškai	Gydėsi	35	66,64	607,50	<0,001
		Nesigydė	66	42,70		
	Psichotropinius vaistų vartojimas	Vartojo	55	59,62	791,00	<0,001
		Nevartojo	46	40,70		
	Gydymasis psichiatrinio profilio skyriuje	Gydėsi	69	40,50	380,50	<0,001
		Nesigydė	30	71,82		
Moterys (n=139)	Gydymasis pas psichiatrą ambulatoriškai	Gydėsi	92	80,95	1155,00	<0,001
		Nesigydė	47	48,57		
	Psichotropinius vaistų vartojimas	Vartojo	112	77,51	670,50	<0,001
		Nevartojo	27	38,83		
	Gydymasis psichiatrinio profilio skyriuje	Gydėsi	70	48,77	929,00	<0,001
		Nesigydė	69	91,54		

Vertinant tiriamųjų veiksmus mėginimo žudytis metu gauti statistiškai reikšmingi skirtumai moterų grupėje. Nustatyta, kad reikšmingai daugiau moterų, kurios praeityje gydėsi psichiatrinio profilio skyriuje, mėginimo žudytis metu buvo pavartojusios alkoholio, palyginti su moterimis, kurios negulėjo psichiatrinio profilio skyriuje (χ^2=4,54 (1); p=0,03). Analizės rezultatai pateikti 4.3.3.3 lentelėje.

Analizuojant kitus mėginimo žudytis pobūdį atspindinčius veiksmus mėginimo žudytis metu reikšmingų skirtumų nenustatyta.

4.3.3.3 lentelė. *Vyrų ir moterų skirstinys pagal psichikos sutrikimų gydymą praeityje ir veiksmus mėginimo žudytis metu (atvejų sk. (proc.))*

Lytis	**Psichikos sutrikimų gydymas praeityje**		**Mėginimas žudytis vertintas kaip impulsyvus**	**Mėginimo žudytis metu buvo pavartota alkoholio**	**Kvietėsi pagalbą arba buvo šalia žmonių**
Vyrai (n=101)	Gydymasis pas psichiatrą ambulatoriškai	Gydėsi	14 (40,0)	22 (62,9)	25 (71,4)
		Nesigydė	33 (50,0)	39 (59,1)	39 (59,1)
	Psichotropinių vaistų vartojimas	Vartojo	23 (41,8)	33 (60,0)	38 (69,1)
		Nevartojo	24 (51,1)	28 (60,9)	26 (56,5)
	Gydymasis psichiatrinio profilio skyriuje	Gydėsi	35 (50,7)	42 (60,9)	42 (60,9)
		Nesigydė	12 (40)	19 (63,3)	22 (73,3)
Moterys (n=139)	Gydymasis pas psichiatrą ambulatoriškai	Gydėsi	43 (46,2)	41 (44,1)	62 (67,7)
		Nesigydė	24 (52,2)	24 (52,2)	34 (71,7)
	Psichotropinių vaistų vartojimas	Vartojo	52 (46,4)	51 (45,5)	76 (67,9)
		Nevartojo	15 (15,6)	14 (51,9)	20 (74,1)
	Gydymasis psichiatrinio profilio skyriuje	Gydėsi	38 (54,3)	39 (55,7)*	48 (68,6)
		Nesigydė	29 (42,0)	26 (37,7)*	48 (69,6)

* – $p<0,05$.

Vertinant psichikos sutrikimų gydymo rodiklių praeityje ir išliekančių minčių apie savižudybę po mėginimo žudytis sąsajas, negavome reikšmingų rezultatų, todėl negalime pateikti galutinių išvadų. 4.3.3.4 lentelėje pateikti analizės rezultatai, siekiant įvertinti tendencijas tolimesniems tyrimams.

4.3.3.4 lentelė. *Vyrų ir moterų skirstinys pagal psichikos sutrikimų gydymąsi praeityje ir išliekančias mintis apie savižudybę po mėginimo žudytis (atvejų sk. (proc.))*

Lytis	Psichikos sutrikimų gydymas praeityje		Mintys apie savižudybę išlieka	Planai apie savižudybę išlieka
Vyrai (n=101)	Gydymasis pas psichiatrą ambulatoriškai	Gydėsi	5 (14,3)	1 (2,9)
		Nesigydė	9 (13,6)	2 (3,0)
	Psichotropinių vaistų vartojimas	Vartojo	9 (16,4)	2 (3,6)
		Nevartojo	5 (10,9)	1 (2,2)
	Gydymasis psichiatrinio profilio skyriuje	Gydėsi	10 (14,5)	3 (4,3)
		Nesigydė	4 (13,3)	0
Moterys (n=139)	Gydymasis pas psichiatrą ambulatoriškai	Gydėsi	15 (16,1)	2 (2,2)
		Nesigydė	7 (15,2)	1 (2,2)
	Psichotropinių vaistų vartojimas	Vartojo	16 (14,3)	2 (1,8)
		Nevartojo	6 (22,2)	1 (3,7)
	Gydymasis psichiatrinio profilio skyriuje	Gydėsi	10 (14,3)	2 (2,9)
		Nesigydė	12 (17,4)	1 (1,4)

Siekdami išsamiau išanalizuoti psichikos sutrikimų ir mėginimo žudytis pobūdžio sąsajas, vertinome mėginusių žudytis vyrų ir moterų grupių skirstinį pagal nustatytus psichikos sutrikimus atsižvelgiant į mėginimo žudytis pobūdžio rodiklius. Nustatyta, kad sergančiųjų šizofrenija ir kliedesiniais sutrikimais vyrų ir moterų grupėje statistiškai reikšmingai daugiau pacientų mėgino žudytis praeityje. Reikšmingai mažiau mėginimo žudytis praeityje atvejų pastebėta moterų, kurioms nustatyti organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai (χ^2=5,13 (1); p=0,02), ir vyrų, kuriems nustatyti neurozinai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai grupėje (χ^2=7,09 (1); p=0,008; žr. 4.3.3.5 lentelę).

Statistiškai reikšmingai daugiau mėginimo žudytis veiksmas vertintas kaip impulsyvus moterims, sergančioms neuroziniais, stresiniais ir somatoforminiais sutrikimais (χ^2=10,71 (1); p=0,001), taip pat vyrų ir moterų, kuriems nustatytos dvi ir daugiau galutinių diagnozių grupėje (vyrų grupėje – χ^2=4,21(1); p=0,04; moterų grupėje – χ^2=13,28(1); p<0,001). Statistiškai rečiau impulsyvų mėginimo žudytis būdą renkasi šizofrenija sergančios moterys, taip pat tos, kurioms yra kliedesinių sutrikimų (χ^2=4,13 (1); p=0,04; žr. 4.3.3.6 lentelę). Reikšmingai mažiau moterų, kurioms nustatyti organiniai ir simptominiai sutrikimai (χ^2=7,12 (1); p=0,008), šizofrenija ir kliedesiniai sutrikimai (χ^2=8,37 (1); p=0,004), mėginimo žudytis metu vartojo alkoholį. Alkoholį vartojo reikšmingai daugiau mėginusių žudytis tų pacientų tiek vyrų (χ^2=26,47 (1); p<0,001), tiek moterų grupėje (χ^2=12,18 (1); p<0,001), kuriems nustatytos dvi ir daugiau galutinės diagnozės. Pastebėta ir tai, kad moterys, kurioms yra organinių ir simptominių sutrikimų, reikšmingai dažniau mėgina žudytis būdamos vienos (χ^2=5,16 (1); p<0,02).

4.3.3.5 lentelė. *Vyrų ir moterų skirstnys pagal nustatytą psichikos sutrikimą atsižvelgiant į mintis apie savižudybę ir veiksmus prieš mėginimą žudytis (atvejų sk. (proc.))*

Psichikos sutrikimas	**Mėginimo žudytis metu turėjo minčių numirti**		**Turėjo minčių apie savižudybę mėnesį iki mėginimo žudytis**		**Turėjo planų apie savižudybę**		**Mėgino žudytis praeityje**	
	Vyrai	**Moterys**	**Vyrai**	**Moterys**	**Vyrai**	**Moterys**	**Vyrai**	**Moterys**
Organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai	8 (72,7)	9 (60,0)	6 (54,5)	6 (40,0)	3 (27,3)	3 (20,0)	3 (27,3)	4 (26,7)*
Šizofrenija ir kliedesiniai sutrikimai	8 (72,7)	21 (87,5)	7 (63,6)	16 (66,7)	1 (9,1)	5 (20,8)	9 (75,0)*	20 (83,3)*
Afektiniai sutrikimai	4 (100,0)	20 (66,7)	4 (100,0)	15 (50,0)	1 (25,0)	6 (20,0)	2 (50,0)	15 (50,0)
Neroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai	16 (72,7)	16 (66,7)	6 (27,3)	9 (37,5)	3 (13,6)	3 (12,5)	5 (22,7)*	10 (41,7)
Psichikos ligų komorbidiškumas	28 (59,6)	22 (55,0)	18 (38,3)	9 (22,5)	7 (14,9)	2 (5,0)	24 (51,1)	27 (67,5)

* – p<0,05.

4.3.3.6 lentelė. *Vyrų ir moterų skirstinys pagal nustatytą psichikos sutrikimą atsižvelgiant į veiksmus mėginimo žudytis metu (atvejų sk. (proc.))*

Psichikos sutrikimas	**Mėginimas žudytis vertintas kaip impulsyvus**		**Mėginimo žudytis metu vartojo alkoholio**		**Kvietė pagalbą ar buvo šalia kitų žmonių**	
	Vyrai	**Moterys**	**Vyrai**	**Moterys**	**Vyrai**	**Moterys**
Organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai	2 (10,0)	4 (26,7)	3 (27,3)	1 (6,7)*	5 (45,5)	6 (40,0)*
Šizofrenija ir kliedesiniai sutrikimai	4 (33,3)	5 (20,8)*	3 (25,0)	3 (12,5)*	10 (83,3)	17 (70,8)
Afektiniai sutrikimai	0	11 (36,7)	1 (25,0)	14 (46,7)	3 (75,0)	20 (66,7)
Neroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai	11 (50,0)	16 (66,7)*	11 (50,0)	15 (62,5)	12 (54,5)	17 (70,8)
Psichikos ligų komorbidiškumas	27 (57,4)*	29 (72,5)*	41 (87,2)*	28 (70,0)*	29 (61,7)	31 (77,5)

* – p<0,05.

Vertinant kitus mėginimo žudytis pobūdį atspindinčius rodiklius praeityje ir mėginimo žudytis metu vyrų ir moterų grupėse atsižvelgiant į nustatytus psichikos sutrikimus, reikšmingų sąsajų negauta.

Vertinome tiriamųjų skirstinį atsižvelgdami į išliekančias mintis apie savižudybę po mėginimo žudytis. Nustatyta, kad reikšmingai mažiau po mėginimo žudytis turi minčių negyventi pacientai, kuriems yra du ir daugiau psichikos sutrikimų (vyrų grupėje – χ^2=4,12 (1); p=0,04; moterų grupėje χ^2=4,94 (1); p=0,03), ir moterys, kurioms nustatyti afektiniai sutrikimai (χ^2=4,89 (1); p=0,03; žr. 4.3.3.7 lentelę).

4.3.3.7 lentelė. *Vyrų ir moterų skirstinys pagal nustatytą psichikos sutrikimą atsižvelgiant į mintis apie savižudybę po mėginimo žudytis (atvejų sk. (proc.))*

Psichikos sutrikimas	**Šiuo metu turi minčių negyventi**		**Šiuo metu turi planų negyventi**	
	Vyrai	**Moterys**	**Vyrai**	**Moterys**
Organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai	3 (27,3)	6 (40,0)	1 (9,1)	1 (6,7)
Šizofrenija ir kliedesiniai sutrikimai	1 (9,1)	7 (29,2)	0	0
Afektiniai sutrikimai	2 (50,0)	2 (6,7)*	0	0
Neroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai	4 (18,2)	2 (8,3)	1 (50,0)	0
Komorbidiškumas	3 (6,4)*	2 (5,0)*	1 (2,1)	0

* – p<0,05.

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad didesnei daliai tiriamųjų, kurie lankėsi pas gydytoją psichiatrą, vartojo psichotropinius vaistus ir polinkis žudytis yra didesnis. Didesnė dalis tiriamųjų, kurie lankėsi praeityje pas gydytoją psichiatrą ir vartojo psichotropinius vaistus daugiau kartų mėgino žudytis. Didesnė dalis tiriamųjų, kurie gulėjo psichiatrinio profilio skyriuose, mažiau kartų mėgino žudytis praeityje.

Nustatyta, kad didesnei daliai vyrų, vartojusių psichotropinius vaistus, buvo minčių apie savižudybę mėnesį iki mėginimo nusižudyti ir norėjo mirti mėginimo žudytis metu, tačiau didesnė dalis vyrų, turėjusių minčių apie savižudybę iki mėginimo žudytis ir norėję mirti mėginimo žudytis metu, pas gydytojus psichiatrus ambulatoriškai nesilankė. Daugiau moterų, kurios buvo gydytos psichiatrinio profilio skyriuje praeityje, mėginimo žudytis metu vartojo alkoholį.

Apibendrinant, nustatytos tokios mėginimų žudytis ypatumų ir pobūdžio sąsajos su psichikos sutrikimais: 1. Tikėtina, kad sergant šizofrenija ir kliedesiniais sutrikimais mėginimai žudytis kartosis, o šiuo

sutrikimu sergančios moterys mėginimo žudytis veiksmą rinksis vienumoje ir suplanuotai. 2. Moterys, kurioms diagnozuoti organiniai ir simptominiai sutrikimai, mažiau linkusios mėginti žudytis praeityje bei vartoti alkoholį mėginimo žudytis metu. Daugiau šį sutrikimą turinčių moterų mėginimo žudytis metu būna vienos, randamos atsitiktinai. 3. Vyrų, kuriems diagnozuoti neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai, mėginimo žudytis praeityje atvejų skaičius mažesnis. Moterys, kurioms nustatyti neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai, mėginimas žudytis dažniau būna neplanuotas, impulsyvus. 4. Mėginimo žudytis impulsyvumas ir alkoholio vartojimas tokio elgesio metu reikšmingai siejasi su psichikos ligų komorbidiškumu. Pastebima tai, kad mažesnei daliai pacientų, kuriems buvo nustatytas psichikos ligų komorbidiškumas, minčių apie savižudybę išlieka po mėginimo žudytis.

5. REZULTATŲ APTARIMAS

5.1. Mėginimo žudytis ypatumai ir jų sąsajos su socialiniais-demografiniais veiksniais

Savižudybes ir mėginimus žudytis paskatina dauguma skirtingų veiksnių. Analizuodami socialinius-demografinius veiksnius, susijusius su tiriamųjų mėginimais žudytis, vertinome lytį, amžių, darbingumą, šeimyninę ir finansinę padėtį, išsilavinimą. Mūsų tyrimo metu ieškotos sąsajos tarp socialinių-demografinių veiksnių ir mėginimų žudytis ypatumų, pobūdžio ir psichikos sutrikimų. Mokslinės literatūros duomenimis, socialiniai veiksniai daro įtaką savižudybėms ir mėginimams žudytis kartu su kitais – medicininiais, psichologiniais ir kt. – veiksniais. Dažnai pabrėžiama daugiaveiksnė, t. y. kelių socialinių veiksnių, įtaka savižudybėms ir mėginimams žudytis. Socialiniai veiksniai nulemia šių reiškinių dažnį sąveikaudami su kitais veiksniais (pvz., psichikos sutrikimais) [240]. Mūsų tyrimo metu po mėginimo žudytis daugiau išgyvenusių buvo moterų – 57,9 proc. nei vyrų – 42,1 proc. Taigi, tyrimo rezultatai parodė, kad mėginimai žudytis neabejotinai turi sąsajų su lytimi. Literatūros duomenimis, lytis yra vienas iš svarbiausių savižudybės rizikos veiksnių [112, 210]. Daugumoje šalių savižudybių ir mėginimų žudytis skaičių proporcijos tarp lyčių skiriasi, pvz., vyrai 5 kartus dažniau nusižudo nei moterys, tačiau moterys 3 kartus dažniau bando žudytis nei vyrai [39, 75, 198]. Moterims yra būdingesni mėginimai žudytis. Įvairių mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad tarp pacientų, dėl mėginimų žudytis (tyčinio apsinuodijimo medikamentais ar tyčinio susižalojimo) patekusių į gydymo įstaigas, daug daugiau būna moterų [39, 75]. Literatūroje pateikiama, kad iš visų patekusių į gydymo įstaigas dėl tyčinio susižalojimo ar apsinuodijimo 2/3 buvo asmenys iki 35 m. amžiaus, ir 2/3 iš jų buvo moterys. Anglijoje atlikto tyrimo duomenimis, iš 4903 mėginusių žudytis asmenų 59 proc. sudarė moterys, ir jų buvo daugiau visose amžiaus grupėse [39, 117, 229]. Kito Anglijoje atlikto mokslinio tyrimo metu buvo ištirti 7344 mėginę žudytis pacientai, iš jų 57 proc. buvo moterys, o 43 proc. – vyrai [97]. Šveicarijoje atlikto tyrimo duomenimis, iš ištirtų 984 mėginusių žudytis asmenų moterų buvo dvigubai daugiau nei vyrų [75]. Pagal tiriamųjų amžių mėginę žudytis pacientai pasiskirstė skirtingose amžiaus grupėse. Literatūros duomenys pateikia, kad amžius yra vienas iš svarbiausių savižudybės rizikos veiksnių [139]. Jau minėto Šveicarijoje atlikto tyrimo duomenimis, dažniausiai mėgino žudytis 20–24 m. amžiaus moterys ir 30–34 m. amžiaus vyrai [75]. Literatūros duomenimis, senyvame amžiuje yra daug mažesnis skirtumas tarp mėginusių žudytis ir nusižudžiusiųjų, paly-

ginti su jauno amžiaus žmonėmis [58]. Senyvame amžiuje 1 savižudybei tenka iki 4 mėginimų žudytis [149]. Daugumos mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad į gydymo įstaigas dėl mėginimo žudytis daug daugiau patenka jaunų asmenų. Anglijoje atlikto mokslinio tyrimo duomenimis, daugiausiai mėgino žudytis arba save žalojo jauno, 15–19 m., amžiaus moterys, tačiau vyrų šioje amžiaus grupėje taip pat buvo daugiausiai. Kita „kritinė“ amžiaus grupė buvo 40–44 m. Vyresni nei 60 m. sudarė 3,9 proc., t. y. 4,3 proc. vyrų ir 3,6 moterų [117]. Remdamiesi mūsų tyrimo metu gautais rezultatais, negalime sieti mėginimų žudytis su amžiumi, reikia tolesnių ir išsamesnių tyrimų.

Tyrimo metu vertinome mėginusių žudytis asmenų šeiminę, finansinę padėtis, darbingumą, išsilavinimą. Vertindami tiriamųjų šeiminę padėtį, nustatėme, kad 61,7 proc. pacientų – viengungiai, našliai arba išsiskyrę, 38,3 proc. – nevieniši (gyvena su partneriu registruotoje arba neregistruotoje santuokoje). Literatūros duomenimis, vienišumas yra vienas iš socialinių savižudybės rizikos veiksnių, gyvenimas santuokoje mažina savižudybės riziką abiem lytims [125, 223]. Anglijoje atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad iš visų mėginusių žudytis arba tyčia save žalojusių ar apsinuodijusių pacientų 69 proc. buvo vieniši, 21 proc. turėjo partnerį, 9 proc. – išsiskyrę, 2 proc. – našliai [117, 119]. Vertinant tiriamųjų darbingumą nustatyta, kad dirbo 38,8 proc., nedirbo 61,3 proc. tiriamųjų. Bedarbystė didina asmens pažeidžiamumą nepalankiems gyvenimo įvykiams, nulemia prastesnę psichinę sveikatą ir netiesiogiai stiprina kitų veiksnių įtaką savižudybių rizikai [53, 124, 140]. Jau minėto Anglijoje atlikto tyrimo duomenimis, 40 proc. mėginusių žudytis asmenų buvo bedarbiai, 29 proc. – dirbantys, likusi dalis dėl tam tikrų priežasčių gaudavo socialinę paramą. [117]. Vertinant tiriamųjų išsilavinimą nustatyta, kad 60,4 proc. turėjo žemesnįjį išsilavinimą, o 39,6 proc. – aukštesnįjį. Literatūros duomenimis, išsilavinimas, kaip vienas iš socialinių veiksnių, turi įtakos savižudybėms ir mėginimams žudytis. Asmenys, linkę žudytis ar save žaloti, dažniau yra žemesnio išsilavinimo [197]. Šveicarijoje atlikto tyrimo duomenys (n=984) parodė, kad iš mėginusių žudytis pacientų daug daugiau buvo žemesnio išsilavinimo [75].

Tyrimo metu nagrinėta mėginusių žudytis pacientų finansinė padėtis. Daugiausiai, 57,9 proc., tiriamųjų atsakė, kad jų finansinė padėtis vidutiniška, 27,1 proc. tiriamųjų atsakė, kad jų finansinė padėtis sunki, 15,0 proc. – gera. Tiriamieji finansinę padėtį vertino subjektyviai, ir tik daliai jų finansinės problemos buvo vienas iš mėginimą žudytis paskatinusių veiksnių. Literatūros duomenimis, prasta finansinė padėtis didina savižudybių ir mėginimo žudytis riziką, o asmenys, neturintys nuolatinių pajamų, socialinio saugumo, daug dažniau nusižudo arba mėgina žudytis [181].

Tyrimo metu vertintos mėginimo žudytis ypatumų sąsajos su socialiniais-demografiniais veiksniais. Atsižvelgiant į literatūros analizę, mėginimo žudytis ypatumai charakterizuoti mėginimo žudytis būdu, subjektyviai vertinamais psichotraumuojančiais veiksniais, galėjusiais paskatinti mėginimą žudytis, lėtinių somatinių ligų buvimu ir grėsmingos gyvybei somatinės būklės atsiradimu dėl tokio veiksmo [10, 11, 22, 59, 99, 174, 229]. Klinikinėje praktikoje dirbant su mėginusiais žudytis pacientais svarbu išsiaiškinti pasirinktą žudymosi būdą, vertinant išliekančią savižudybės riziką ir galimas pasekmes sveikatai. Mėginimo nusižudyti būdas dažnai siejasi su ketinimais žudytis: kuo stipresni ketinimai, tuo „letališkesnį“ žudymosi būdą asmuo pasirenka [96, 195]. Didelio letališkumo mėginimo žudytis būdų išaiškinimas svarbus formuojant savižudybių prevencijos koncepcijas [96]. Nustatyta, kad šiek tiek daugiau nei pusė tiriamųjų mėgino žudytis tyčia apsinuodydami medikamentais ar kenksmingomis medžiagomis, penktadalis pacientų – tyčiniu susižalojimu aštriais daiktais, mažiau nei penktadalis – pasikardami, pasismaugdami ir uždusdami, skandindamiesi, šaunamojo ginklo šūviu, gaisru ar garais, bukais daiktais, nušokdami nuo aukštumos, iššokdami prieš judantį objektą ar nepatikslintais būdais; tokia pati dalis tiriamųjų naudojo kelis mėginimo žudytis būdus.

Siekdami išsiaiškinti, ar skiriasi vyrų ir moterų taikomi mėginimo žudytis būdai, vertinome mėginimo žudytis būdų skirstinį vyrų ir moterų grupėse. Gauti rezultatai parodė, kad moterys beveik du kartus daugiau mėgina žudytis apsinuodydamos medikamentais negu vyrai.

Remiantis Lietuvos higienos instituto pateiktais statistiniais duomenimis, Lietuvoje 2010 m. dažniausias nusižudymo būdas buvo tyčinis susižalojimas pasikariant, pasismaugiant ar uždūstant – jis sudarė 90,8 proc. visų nusižudžiusiųjų naudotų būdų. 3,2 proc. nusižudžiusiųjų susižalojo šaunamaisiais ginklais, 2 proc. apsinuodijo įvairiomis medžiagomis, 1,6 proc. nušoko nuo aukštumos. Kiti nusižudymo būdai buvo: susižalojimas aštriais daiktais, pasiskandinant, patekus po motorine transporto priemone, gaisru ir ugnimi [213]. Vyrai yra linkę rinktis drastiškesnius žudymosi būdus, tai susiję ir su didesniu vyrų letališkumu mėginant žudytis [25]. Literatūros duomenimis, mėginimų žudytis ir savižudybės būdų santykis skiriasi, t. y. savižudybių metodai dažniau yra drastiškesni nei mėginimų žudytis. Dažniausi mėginimo žudytis būdai yra tyčiniai apsinuodijimai medikamentais [43, 47, 163] ir susižalojimai aštriais daiktais [39, 138]. Mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad 71 proc. tiriamųjų naudojo tyčinio apsinuodijimo medikamentais būdą (68 proc. vyrų ir 74 proc. moterų), tyčiniai susižalojimai aštriais daiktais sudaro 19 proc. (19 proc. vyrų ir 18 proc.moterų), kitus metodus (tokius, kaip korimasis, iššokimas iš aukštumos, pasidegimas, pasiskandinimas, nuodijimasis anglies monoksidu) rinkosi 9 proc. tiriamųjų (11

proc. vyrų ir 6 proc. moterų). Korimasis buvo dažniausias iš kitų metodų – 24 proc., ypač tarp vyrų [160, 220]. Anglijoje atlikto mokslinio tyrimo duomenimis, iš tirtų 7344 mėginusių žudytis pacientų 80 proc. jų buvo apsinuodiję medikamentais, 15 proc. – tyčia susižaloję įvairiais būdais, 4,2 proc. – apsinuodiję medikamentais ir susižaloję kitais būdais [97]. Tyrimo metu nustatyta, kad vyresnio amžiaus žmonės ir vyrai dažniau rinkosi didesnio letališkumo mėginimo žudytis metodus. Literatūroje pateikiami nevienodi duomenys apie mėginimo žudytis būdo pasirinkimo skirtumus tarp lyčių. Kai kurių mokslinių tyrimų išvadose pažymima, kad vyrai ir moterys pasirenka panašius mėginimo žudytis metodus [111, 226]. Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad dažniausiai mėginama žudytis apsinuodijant medikamentais, o moterys šį būdą renkasi dažniau nei vyrai.

Dauguma tiriamųjų turėjo subjektyviai vertinamų psichotraumuojančių įvykių, galėjusių paskatinti mėginimą žudyti. Gauti rezultatai parodė, kad didžioji dalis tiriamųjų manė, jog mėginimą žudytis nulėmė vienas ar keli veiksniai. Nustatyta, kad 38,8 proc. pacientų neseniai patyrė ir išgyveno sunkią stresinę situaciją. Apie penktadalis pacientų (18,8 proc.) mėginimą žudytis sieja su didelėmis finansinėmis problemomis ir reikšmingais gyvenimo aplinkybių pasikeitimais. Taip pat, subjektyviu tiriamųjų vertinimu, mėginimą žudytis paskatino skyrybų procesas, sunkiai sergantis šeimos narys, smurtas ir agresija šeimoje, seksualinė prievarta. Apie 40 proc. tiriamųjų priežasties, nulėmusios mėginimą žudytis, tiksliai neįvardino, tačiau manė, kad tokia priežastis buvo. Vertinant subjektyviai nurodytų psichotraumuojančių įvykių, galėjusių paskatinti mėginimą žudytis, ir socialinių-demografinių veiksnių sąsajas, gauti rezultatai parodė silpną, tačiau statistiškai reikšmingą ryšį tarp psichotraumuojančių veiksnių dažnumo ir išsilavinimo. Nustatyta, kad daugiau stresogeninių veiksnių nurodė aukštesnį išsilavinimą turintys pacientai.

Literatūros duomenimis, socialinėje aplinkoje patirti stresai – tarpasmeninių santykių problemos, skyrybos, patirtas smurtas, juridinės problemos, seksualinis išnaudojimas, socialinė izoliacija, didelės finansinės problemos didina savižudybių ir mėginimų žudytis riziką [53, 124, 140]. Beveik pusė mėginusių žudytis asmenų nurodė, kad mėginimo žudytis priežastis – santykių problemos su partneriu [12].

Literatūros duomenimis, išsilavinimas, kaip vienas iš socialinių veiksnių, turi įtakos savižudybėms ir mėginimams žudytis. Asmenys, linkę žudytis ar save žaloti, dažniau yra žemesnio išsilavinimo [17, 36]. Šveicarijoje atlikto tyrimo duomenys (n=984) parodė, kad iš mėginusių žudytis pacientų daug daugiau buvo žemesnio išsilavinimo [75].

Somatinės ligos traktuojamos kaip viena iš medicininių savižudybių ir mėginimų žudytis priežasčių [153]. Savižudybės rizikos padidėjimas susijęs

su socialinio gyvenimo pasikeitimais sergant somatinėmis ligomis ir su antriniais psichikos sutrikimais, atsiradusiais dėl somatinių ligų. Mūsų tyrimo metu nustatyta, kad apie 60 proc. tiriamųjų prieš mėginimą žudytis sirgo lėtinėmis somatinėmis ligomis, tačiau teigti, kad lėtinės somatinės ligos nulemia mėginimą žudytis, negalime.

Įvertinę rezultatus neaptikome sąsajų tarp sunkesnės sveikatos būklės po mėginimo žudytis ir mėginimo žudytis būdo. Tačiau tyrimo metu paaiškėjo, kad vyrai linkę patirti sunkesnes somatinės sveikatos pasekmes dėl mėginimo žudytis nei moterys. Tokios pačios tendencijos pastebėtos vyresnio amžiaus tiriamųjų grupėje. Tikėtina, kad vyresnio amžiaus ir vyrų pacientų mėginimo žudytis forma sunkesnė. Sprendžiant apie išliekančią savižudybės ir mėginimo žudytis riziką svarbu įvertinti mėginusių žudytis pacientų sveikatos sutrikimus, nulemtus mėginimo žudytis. Mokslinių tyrimų duomenimis, mėginimai žudytis su sunkiomis sveikatos pasekmėmis labai didina savižudybės riziką ateityje ir atspindi rimtus ketinimus nusižudyti [46, 96, 121]. Remiantis mokslinės literatūros pateikiamais duomenimis, vyresnio amžiaus žmonėms būdingi sunkesni mėginimai žudytis, su stipriais savižudybės ketinimais, naudojant letališkesnius mėginimo žudytis būdus ir su sunkesnėmis somatinės sveikatos pasekmėmis [66, 70, 115].

Taigi, tyrimo pradžioje iškeltai hipotezei, kad vyrų ir moterų mėginimai žudytis skiriasi, pagrįsti, išnagrinėję tokio elgesio ypatumus ir jų sąsajas su socialiniais-demografiniais veiksniais, pateikiame tokius teiginius: 1. Moterys dažniau mėgino žudytis apsinuodydamos medikamentais negu vyrai. 2. Mėginusių žudytis vyrų sveikatos būklė po mėginimo žudytis buvo sunkesnė negu moterų. 3. Didesnė sunkesnės somatinės būklės po mėginimo žudytis galimybė gauta vertinant vyresnio amžiaus grupę, todėl tikėtina, kad vyrų ir vyresnių asmenų mėginimo žudytis forma bus sunkesnė.

5.2. Mėginimo žudytis pobūdis ir jo sąsajos su socialiniais-demografiniais veiksniais

Tyrimo metu siekta ištirti tiriamųjų mėginimo žudytis pobūdį, kurį charakterizuoja mintys ir planai apie savižudybę, buvę mėginimai žudytis, alkoholio įtaka tokiam elgesiui ir pagalbos suteikimo aplinkybės. Mėginimo žudytis pobūdžio vertinimas leidžia geriau nustatyti ir prognozuoti savižudybės riziką [10, 22, 66, 89, 150]. Tikėtina, kad planuojant savižudybę, mėginant žudytis ne impulsyviai, kai pacientas randamas atsitiktinai, o ne pats kviečiasi pagalbą, ir kai išlieka mintys apie savižudybę po mėginimo žudytis, pakartotinio mėginimo žudytis rizika yra didesnė, palyginti su

impulsyviais veiksmais, kai mėginama žudytis netoli esančių žmonių ir neplanuotai. Tyrimo metu nustatyta, kad apie 40 proc. tiriamųjų mąsto apie savižudybę mėnesį iki savižudybės ir apie 15 proc. savižudybę planuoja. Maždaug pusė išgyvenusių pacientų mėginimo žudytis metu buvo pavartoję alkoholio, ir tiek pat tiriamųjų mėginimas žudytis buvo impulsyvus veiksmas. Maždaug 70 proc. tiriamųjų po mėginimo žudytis kvietėsi patys pagalbą, arba ji buvo suteikta arti esančių žmonių. Mėginimo žudytis metu norėjo mirti apie 70 proc. tiriamųjų, iš jų apie 60 proc. minčių apie savižudybę turėjo mėnesį iki savižudybės, ir penktadaliui tai buvo planuotas veiksmas. Pastebima tai, kad iš anksto planavę savižudybę be išimties visi tiriamieji mėginimo žudytis metu norėjo mirti, nebuvo impulsyvių mėginimų žudytis, trečdaliui iš jų mintys apie savižudybę išliko po mėginimo žudytis. Apie 70 proc. tiriamųjų, mėginimą žudytis vertinusių kaip impulsyvų, buvo pavartoję alkoholio ir reikšmingai rečiau mėgino žudytis vieni, t. y. kai aplinkoje nebuvo kitų žmonių. Visi tiriamieji, kuriems mintys apie savižudybę po mėginimo žudytis išliko, nenorėjo gyventi tokio poelgio metu. Reikšmingai daugiau tiriamųjų, mėginusių žudytis praeityje, turėjo minčių apie savižudybę mėnesį iki savižudybės ir planavo savižudybės veiksmą. Literatūros duomenimis, tyčiniai susižalojimai ir apsinuodijimai gali būti be tikslo numirti, o toks elgesys pasireiškia dėl asmeniui emociškai netoleruotinos situacijos, kurios jis negali pakeisti, ir tokiu būdu siekia sumažinti įtampą, pakeisti situaciją [25]. Žalojimosi veiksmas nebūtinai yra mėginimas žudytis, kartais jis įvardijamas kaip keista „savęs apsaugojimo“ forma. Tiriant mėginusius žudytis asmenis, skirtingi mokslinių tyrimų duomenys pateikia, kad dalis tokių asmenų žalojimosi metu turėjo stiprius savižudybės ketinimus, kiti taip elgėsi visiškai nenorėdami numirti [159]. Literatūros duomenimis, minčių apie savižudybę buvimas yra labai stiprus savižudybės rizikos veiksnys. Minčių apie savižudybę išsiaiškinimas leidžia klinicistui taikyti tinkamas prevencijos priemones siekiant išvengti skaudžių pasekmių [10, 22, 66].

Asmenys, kurie planavo mėginimą žudytis, dažniau patiria sveikatos sutrikimus dėl mėginimo žudytis [22, 197]. Dalies mokslinių tyrimų duomenimis, yra stiprus ryšys tarp savižudybės ketinimų, planavimo ir letališkumo: kuo stipresni savižudybės ketinimai, tuo mėginimas žudytis būna sunkesnis (somatinės sveikatos pasekmės, drastiški žudymosi metodai) [89, 150, 174]. Tačiau tokius duomenis pateikia ne visi moksliniai tyrimai. Danijoje atliktas tyrimas, kurio metu ištirti 139 mėginę žudytis asmenys. Mėginimo žudytis metodo sunkumas koreliavo su savižudybės ketinimais tik tų tiriamųjų, kurie tokio elgesio metu visiškai nebuvo vartoję alkoholio [150]. Dar viena dalis mokslinių tyrimų pateikia, kad savižudybės ketinimai visiškai neturi sąsajų su pasirinkto žudymosi būdo sunkumu [174].

Savižudybės plano turėjimas yra labai reikšmingas savižudybės rizikos veiksnys [66, 174]. Literatūros duomenimis, kiekvienas mėginimas žudytis skiriasi savo pobūdžiu, nes vieni taip besielgiantys asmenys nori numirti, kiti siekia kokių nors tikslų, o dalis asmenų būna ambivalentiški savo poelgio atžvilgiu, pvz., pavartoję mirtiną dozę medikamentų, patys kviečiasi medicinos pagalbą [10, 210]. Pasaulio sveikatos organizacijos savižudybių prevencijos programos ir kitos tokio pobūdžio nuorodos klinicistams pažymi, kad dirbant klinikiniame darbe su mėginusiais žudytis pacientais svarbu išsiaiškinti pagalbos suteikimo aplinkybes. Pavyzdžiui, atsitiktinis mėginusio žudytis asmens suradimas, somatinės sveikatos pasekmės dėl tokio poelgio rodo labai didelę pakartotinio mėginimo žudytis ir savižudybės riziką. Mūsų tyrimo duomenimis, beveik pusei mėginusių žudytis asmenų pagalba buvo suteikta, nes toje pačioje aplinkoje buvo kitų žmonių. Tačiau tyrimo metu išsiaiškinome, kad iš atsitiktinai surastų pacientų daug daugiau buvo vyresnio amžiaus, o tie, kurie patys kvietėsi pagalbą ar kuriems ji buvo suteikta, nes toje pačioje aplinkoje buvo kitų žmonių, buvo jaunesnio amžiaus asmenys. Literatūros duomenimis, vyresni asmenys mažiau informuoja aplinkinius apie savižudybės ketinimus, daugiau planuoja savižudybes ir taip vengia pagalbos suteikimo galimybių, jie daug dažniau ketina žudytis [66, 70]. Senyvame amžiuje savižudybės būna mažiau impulsyvios, labiau apgalvotos, pasirenkamas drastiškesnis savižudybės metodas; senyvi žmonės linkę mažiau kalbėti apie norą nusižudyti [58, 70, 111, 115].

Tyrimo metu siekėme nustatyti, ar lėtinė somatinė liga turėjo sąsajų su mėginimo žudytis pobūdžio veiksniais. Rezultatai parodė, kad sergančių ir nesergančių lėtinėmis somatinėmis ligomis mėginusių žudytis pacientų pobūdžio rodikliai reikšmingai nesiskyrė.

Tyrimo metu vertinant subjektyviai patirtų psichotraumuojančių veiksnių sąsajas su mėginimo žudytis pobūdžiu nustatyta, kad daugiau tokio veiksmo metu nenorėjo gyventi tiriamieji, įvardinę vieną psichotraumuojantį veiksnį, tačiau daug daugiau tiriamųjų, įvardinusių du ir daugiau psichotraumuojančių veiksnių, minčių apie savižudybę turėjo mėnesį iki mėginimo žudytis. Remdamiesi tokiais duomenimis, galime teigti, kad mėginimams žudytis turi įtakos subjektyvūs psichotraumuojantys veiksniai, o kuo tokių veiksnių daugiau, tuo stipresni savižudybės ketinimai [2, 17, 35]. Tyrimo rezultatai parodė, kad planuojant savižudybę dažniau naudojamas vienas mėginimo žudytis būdas. Literatūros duomenimis, savižudybės planų turėjimas atspindi rimtus savižudybės ketinimus ir didelę savižudybės riziką, o planai apie savižudybę – tai ir būdo bei aplinkos pasirinkimas [10, 96].

Siekdami išsamesnės analizės numatant mėginimo žudytis ir savižudybės rizikos veiksnius, atsižvelgdami į atliktus mokslinius tyrimus, kėlėme

prielaidą, kad mėginimų žudytis pobūdis turi reikšmingas sąsajas su socialiniais-demografiniais rodikliais. Nustatyta, kad planų apie savižudybę turėjimas reikšmingai siejasi su šeimynine padėtimi. Gyvenantys poroje pacientai reikšmingai rečiau turi planų apie savižudybę, palyginti su pacientais, gyvenančiais vienumoje, tai rodo didesnę savižudybės riziką vienišiems. Daugelio mokslinių tyrimų rezultatai pateikia šeimyninės padėties ir savižudybių bei mėginimo žudytis sąsajas. Gyvenimas santuokoje mažina tokio elgesio riziką abiem lytims [125, 223]. Tačiau, vieno mokslinio tyrimo duomenimis, didesnė savižudybių ir mėginimo žudytis rizika yra išsiskyrusiems, našliams ir niekada nevedusiems vyrams, o moterims ši rizika nenustatyta [180, 183]. „Mančesterio savęs sužalojimo projekto“ duomenys parodė, kad iš visų mėginusių žudytis pacientų 69 proc. buvo vieniši, 21 proc. turėjo partnerį, 9 proc. – išsiskyrę, 2 proc. – našliai [117, 119].

Vertinant sąsajas tarp išsilavinimo ir mėginimų žudytis praeityje, nustatyta, kad daugiau tiriamųjų, turinčių žemesnį už aukštąjį išsilavinimą, mėgino žudytis praeityje. Literatūros duomenimis, išsilavinimas, kaip vienas iš socialinių veiksnių, turi įtakos savižudybėms ir mėginimams žudytis. Asmenys, linkę žudytis ar save žaloti, yra dažniau žemesnio išsilavinimo [197]. Šveicarijoje atlikto tyrimo duomenys (n=984) parodė, kad iš mėginusių žudytis pacientų daug daugiau buvo žemesnio išsilavinimo [75].

Tyrimo metu nagrinėta alkoholio įtaka mėginimui žudytis. Alkoholio vartojimas mėginimo žudytis metu reikšmingai siejasi su lytimi, šeimynine padėtimi ir darbingumo rodikliais. Vyrai, mėgindami žudytis, beveik du kartus dažniau linkę vartoti alkoholį negu moterys. Taip pat reikšmingai dažniau mėginimo žudytis metu alkoholio pavartojo gyvenantys poroje ir dirbantys pacientai. Remiantis mokslinių tyrimų duomenimis, apie pusę mėginimų žudytis arba tyčinių susižalojimų ar apsinuodijimų įvyksta dėl alkoholio poveikio. Kai kurių mokslinių tyrimų duomenimis, daugiau nei pusė (58 proc.) mėginusių žudytis asmenų alkoholį vartojo kaip žudymosi ar žalojimosi metodą kartu su kitomis priemonėmis [95, 99, 171]. Anglijoje atlikto jau minėto tyrimo metu nustatyta, kad 36 proc. asmenų, patekusių į gydymo įstaigą dėl mėginimo žudytis, tokio poelgio metu buvo pavartoję daugiau nei 7 vienetus alkoholio. Daugiausiai psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant alkoholį diagnozuota 35–54 m. amžiaus grupėje [117]. Senyvame amžiuje alkoholio vaidmuo savižudiškam elgesiui daug mažesnis nei jauname amžiuje [70, 206]. Daugumos mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad alkoholio vartojimas didina savižudybės riziką [59, 153, 171]. Gyvenantys ne vieni ir dirbantys tiriamieji dažniau buvo vartoję alkoholį mėginimo žudytis metu – tai atspindi mažesnius savižudybės ketinimus ir veiksmo impulsyvumą.

Taigi, hipotezė, kad vyrų ir moterų mėginimai žudytis skiriasi, pasitvirtina ir nagrinėjant tokio veiksmo pobūdį, t. y. vyrai mėginimo žudytis metu alkoholio buvo pavartoję daug dažniau nei moterys.

Reikšmingai daugiau mėginimo žudytis metu vieni aplinkoje buvo vyresnio amžiaus ir aukštesnio išsilavinimo tiriamųjų. PSO savižudybių prevencijos programos ir kitos tokio pobūdžio nuorodos klinicistams pažymi, kad dirbant klinikiniame darbe su mėginusiais žudytis pacientais svarbu išsiaiškinti pagalbos suteikimo aplinkybes. Pavyzdžiui, mėginusio žudytis asmens atsitiktinis suradimas, somatinės sveikatos pasekmės dėl tokio poelgio rodo labai didelę pakartotinio mėginimo žudytis ir savižudybės riziką [99]. Mūsų tyrimo duomenimis, beveik pusei mėginusių žudytis asmenų pagalba buvo suteikta, nes toje pačioje aplinkoje buvo kitų žmonių. Tačiau tyrimo metu išsiaiškinome, kad iš atsitiktinai surastų pacientų daug daugiau buvo vyresnio amžiaus, o tie, kurie patys kvietėsi pagalbą ar ji buvo suteikta, nes toje pačioje aplinkoje buvo kitų žmonių, buvo jaunesnio amžiaus asmenys. Literatūros duomenimis, vyresni asmenys mažiau informuoja aplinkinius apie savižudybės ketinimus, daugiau planuoja savižudybes ir taip vengia pagalbos suteikimo galimybių. Literatūros duomenimis, vyresnio amžiaus asmenys daug dažniau ketina nusižudyti. Senyvame amžiuje savižudybės būna mažiau impulsyvios, labiau apgalvotos, pasirenkamas drastiškesnis savižudybės metodas; senyvi žmonės linkę mažiau kalbėti apie norą nusižudyti [58, 70, 111, 115, 149].

5.3. Mėginimo žudytis ypatumų ir pobūdžio sąsajos su psichikos sutrikimais

Tyrimo metu siekta išsiaiškinti psichikos sutrikimų pasireiškimą tarp mėginusių žudytis pacientų. Remiantis mokslinės literatūros duomenimis, savižudybės ir mėginimai žudytis neabejotinai susiję su psichikos sutrikimais [3, 77, 194, 223]. Šio tyrimo metu vertintos psichikos sveikatos sutrikimų apraiškos praeityje ir galutinės klinikinės psichiatrinės diagnozės, nustatytos hospitalizacijos po mėginimo žudytis metu. Ar anksčiau pacientui buvo nustatytas psichikos sutrikimas, darėme išvadą iš atsakymų į tokius klausimus, kaip: ar kada nors gydėsi psichiatrinio profilio skyriuje, ar kada nors gydėsi pas gydytoją psichiatrą ambulatoriškai ir ar kada nors gyvenime vartojo psichotropinius vaistus. Tyrimo rezultatai parodė, kad niekada nesilankė pas gydytoją psichiatrą ir nebuvo vartoję psichotropinių vaistų apie 30 proc. pacientų. Bent kartą ir daugiau lankėsi pas gydytoją psichiatrą 52,9 proc. tiriamųjų, apie 40 proc. tiriamųjų yra gydęsi psichiatrinio profilio skyriuje ir 8,8 proc. – psichiatrinio profilio skyriuje gydosi reguliariai. Taigi, tyrimo rezultatai parodė, kad didesnei daliai mėginusių žudytis pacientų

jau prieš paskutinį mėginimą žudytis buvo problemų dėl psichikos sveikatos. Psichikos sutrikimai yra vienas iš stipriausių savižudybių ir mėginimo žudytis rizikos veiksnių, o kai kurių mokslininkų traktuojami kaip labiausiai skatinantys tokius veiksmus [6, 11, 13, 48, 52]. Remiantis kai kurių Vakarų Europos šalių mokslininkų pateikiamais duomenimis, netgi iki 90 proc. nusižudžiusių žmonių galėjo sirgti bent viena psichikos liga [137, 138, 182, 210, 223]. 2003 m. Škotijoje mokslininkų atlikto tyrimo rezultatai parodė, nuo 88 iki 95 proc. nusižudžiusiųjų buvo psichikos sutrikimas [48]. Mėginimai žudytis taip pat yra neabejotinai susiję su psichikos sutrikimais. Mėginusiems žudytis asmenims dažnai yra nustatomi psichikos sutrikimai [94, 98, 114, 151].

Tyrimo metu visiems išgyvenusiems po mėginimo žudytis pacientams, kurie buvo hospitalizuoti į psichiatrijos skyrių, buvo nustatytas psichikos sutrikimas remiantis TLK-10-AM kriterijais. Gauti rezultatai parodė, kad daugiau kaip pusei pacientų (63,8 proc.) buvo nustatytas vienas sutrikimas, apie 30 proc. tiriamųjų nustatyti du sutrikimai, 7,1 proc. tiriamųjų buvo trys ir daugiau sutrikimų. Anglijoje atlikto mokslinio tyrimo duomenimis, iš 1108 pacientų, į gydymo įstaigą patekusių dėl tyčinio susižalojimo ar apsinuodijimo, 29 proc. buvo diagnozuota depresija, 32 proc. – psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį ar kitas psichoaktyviąsias medžiagas, nerimo sutrikimai – 13 proc., sunkūs psichikos sutrikimai (psichozinio spektro) – 7 proc., asmenybės sutrikimai – 4 proc., diagnozė nenustatyta 4 proc. atvejų [117]. Šveicarijoje atlikto PSO inicijuoto daugiacentrio tyrimo duomenimis, iš tyrime dalyvavusių 984 mėginusių žudyti pacientų 98,7 proc. buvo nustatytas psichikos sutrikimas [75]. Mūsų tyrimo metu daugiausiai vienos galutinės klinikinės psichiatrinės diagnozės tiriamųjų grupėje nustatyta neurozinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų. Dažniausia diagnozė, pasireiškianti kaip komorbidinė būklė su kitomis ligomis, – psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį. Šie sutrikimai vieni diagnozuoti 2,1 proc. pacientų, kaip vieni iš dviejų psichikos sutrikimų – 57,1 proc., vieni iš trijų – 88,2 proc. atvejų. Literatūros duomenimis, skirtingų psichikos sutrikimų nulemta savižudybės rizika priklauso nuo ligos trukmės [108, 113, 154]. Mūsų tyrimo metu tokius duomenis atspindėjo ankstesnis, t. y. iki pastarojo mėginimo žudytis, gydymasis dėl psichikos sutrikimų ambulatoriškai arba hospitalizacijos metu ir psichotropinių vaistų vartojimas. Pacientams, kurie anksčiau niekada nesigydė dėl psichikos sutrikimų, tyrimo metu dažniausiai buvo diagnozuoti neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai – 55,6 proc. Siekiant nustatyti, ar psichikos sutrikimų gydymas praeityje turi sąsajų su socialiniais-demografiniais veiksniais, gauti skirtumai parodė, kad vyrai reikšmingai rečiau vartojo psichotropinius vaistus, lankėsi pas gydytojus psichiatrus ambula-

toriškai ir gydėsi psichiatrinio profilio skyriuje. Taip pat pastebima, kad vyresnio amžiaus pacientai (nuo 37 m.) reikšmingai dažniau vartojo psichotropinius vaistus ir dažniau lankėsi pas gydytoją psichiatrą ambulatoriškai. Remiantis literatūros duomenimis, vyrai mažiau linkę ieškoti pagalbos esant psichologinėms ar psichikos problemoms [181, 194]. Reikšmingi skirtumai tarp šeimyninės padėties ir darbingumo rodiklių atskleidė, kad gyvenantys poroje ir dirbantys pacientai dažniau gydėsi psichiatrinio profilio skyriuje. Remiantis šiais rezultatais galima teigti, kad tokie pacientai, atsiradus psichikos sveikatos problemoms, labiau linkę kreiptis pagalbos į psichiatrus. Vertinant dvi amžiaus grupes, <37 m. ir ≥ 37 m. amžiaus, nustatyta, kad jaunesniame amžiuje buvo reikšmingai du kartus daugiau nesigydžiusių dėl psichikos sutrikimų tiriamųjų negu vyresniame amžiuje. Šiems rezultatams paaiškinti reikalinga būtų išsamesnė analizė, tačiau amžiaus ir gydymosi psichiatrijos skyriuje sąsajos vis dėlto atspindi psichikos sutrikimų trukmę.

Siekdami plačiau panagrinėti psichikos sutrikimų sąsajas su lytimi ir amžiumi, vertinome nustatytų galutinių klinikinių psichiatrinių diagnozių pasiskirstymą atsižvelgdami į minėtus rodiklius. Mūsų tyrimo metu gauti duomenys rodo, kad moterims buvo būdingesni afektiniai sutrikimai nei vyrams. Daugumos mokslinių tyrimų duomenimis, mėginusioms žudytis moterims dažniausiai būna nustatomi afektiniai sutrikimai [6, 31, 99]. Mūsų tyrimo metu taip pat išaiškėjo sąsajos tarp amžiaus ir psichikos sutrikimų: jaunesnio amžiaus mėginę žudytis pacientai dažniau sirgo neuroziniais, stresiniais ir somatoforminiais sutrikimais, o organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai dažniau diagnozuoti vyresnio amžiaus žmonėms. Tokios pačios tendencijos pateikiamos ir kituos moksliniuose tyrimuose, kur jaunų žmonių mėginimai žudytis dažnai būna paskatinti išorinių veiksnių, kurie sukelia adaptacijos problemų [44, 62, 75]. Senyvo amžiaus žmonėms dažnai psichikos sutrikimai būna antriniai, t. y. dėl kitų somatinių ligų, kurie ir nulemia mėginimus žudytis [115]. Mūsų tyrimo metu taip pat paaiškėjo, kad gana dažnai buvo nustatytas psichikos ligų komorbidiškumas, o ypač tai buvo būdinga vyrams. Kitų mokslinių tyrimų duomenimis, psichikos ligų komorbidiškumas yra labai reikšmingas savižudybių ir mėginimų žudytis rizikos veiksnys, o tokios būklės būdingesnės vyrams [129, 184].

Tyrimo metu vertinome mėginimo žudytis ypatumų sąsajas su praeityje, t. y. prieš pastarąjį mėginimą žudytis, buvusiais psichikos sutrikimais. Kadangi tyrimo analizė parodė, kad vyrai praeityje kreipėsi į psichiatrus ambulatoriškai, vartojo psichotropinius vaistus ir gydėsi psichiatrinio profilio skyriuose rečiau negu moterys, mėgimo žudytis ypatumus atskirai vertinome vyrų ir moterų grupėse.

Tyrimo metu siekėme nustatyti sąsajas tarp psichikos sutrikimų ir mėginimo žudytis būdų. Nustatyta, kad reikšmingai daugiau tiriamųjų, kuriems

nustatyti neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai, mėgino žudytis tyčia apsinuodydami medikamentais. Pirmiau aprašyti rezultatai ir kitų mokslinių tyrimų duomenys rodo, kad mėginantieji žudytis dažniausiai renkasi tyčinio apsinuodijimo medikamentais būdą, o neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai yra viena iš dažniausių diagnozių, nustatyta mūsų tyrimo metu. Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad galutinės klinikinės psichiatrinės diagnozės stipriai sieti su mėginimo žudytis ypatumais negalime. Norint patvirtinti ar paneigti šią išvadą ir siekiant plačiau patyrinėti atskirų psichiatrinių sutrikimų sąsajas, reikėtų išsamesnių tyrimų.

Tyrimo metu siekdami išsiaiškinti psichikos sutrikimus atspindinčių veiksnių sąsajas su mėginimo žudytis pobūdžiu, vertinome tai, ar skiriasi pacientų, kurie praeityje gydėsi dėl psichikos sutrikimų ir kurie nesigydė, mintys mėginimo žudytis metu, koks pasiskirstymas vyrauja tarp turėjusių minčių apie savižudybę mėnesį iki savižudybės ir kiek besikreipusių pagalbos į gydytojus psichiatrus pacientų turėjo planų apie savižudybę. Kadangi vyrai praeityje kreipėsi į psichiatrus ambulatoriškai, vartojo psichotropinius vaistus ir gydėsi psichiatrinio profilio skyriuose rečiau negu moterys, mėgimo žudytis pobūdį vyrų ir moterų grupėse vertinome atskirai. Daugiau nesilankiusių pas gydytoją psichiatrą vyrų mėginimo žudytis metu turėjo minčių numirti ir turėjo minčių apie savižudybę mėnesį iki savižudybės, palyginti su grupe vyrų, kurie lankėsi pas gydytojus psichiatrus ambulatoriškai. Analogiški skirtumai gauti vartojusių psichotropinius vaistus vyrų grupėje. Nustatyta, kad statistiškai reikšmingai daugiau vyrų, vartojusių psichotropinius vaistus, turėjo minčių apie savižudybę mėnesį iki mėginimo žudytis ir mėginimo žudytis metu norėjo numirti, palyginti su vyrais, kurie nevartojo psichotropinių vaistų praeityje. Remdamiesi šiais rezultatais, galime teigti, kad vyrams, kurie lankėsi pas gydytojus psichiatrus, buvo konstatuotas psichikos sutrikimas, tačiau jiems buvo skirtas tinkamas gydymas. O vyrai, kurie pas gydytojus psichiatrus prieš mėginimą žudytis nesilankė, nors ir vartojo psichotropinius vaistus, toks psichikos sutrikimų gydymas buvo nepakankamas, tai galėjo nulemti mėginimą žudytis. Tokie rezultatai rodo teisingą psichikos sutrikimų diagnozavimo ir teisingo gydymo skyrimo svarbą siekiant išvengti savižudybių ir mėginimų žudytis rizikos [177]. Palyginus besigydžiusius ir nesigydžiusius pas gydytoją psichiatrą ambulatoriškai vyrus ir mėginimų žudytis skaičių praeityje, paaiškėjo, kad tie, kurie gydėsi ambulatoriškai, dažniau mėgino žudytis praeityje, palyginti su nesigydžiusiais pas gydytoją psichiatrą pacientais. Nagrinėjant vyrų grupėje psichotropinių vaistų vartojimo sąsajas su mėginimu žudytis, nustatyta, kad vartojantieji psichotropinius vaistus tiriamieji dažniau kartų praeityje mėgino žudytis, palyginti su nevartojančių psichotropinių vaistų vyrų grupe. Tokie rezultatai rodo, kad buvę psichikos sutrikimai turi sąsajų su buvusiais

mėginimais žudytis. Mokslinės literatūros duomenimis, daugiau nei 50 proc. iš nusižudžiusiųjų bent kartą mėgino žudytis anksčiau [54, 126, 234]. Savižudybės rizika dar labiau padidėja, jei anksčiau mėginęs žudytis asmuo taip pat serga psichikos liga, yra linkęs į socialinę izoliaciją [126]. Ypač savižudybės grėsmę didina daugkartiniai mėginimai žudytis [223], o dar labiau, jei jie buvo planuoti, su stipriais savižudybės ketinimais [8, 22]. Kai kurių mokslinių tyrimų duomenimis, mėginusiems žudytis asmenims yra iki 20–30 kartų didesnė savižudybės rizikos tikimybė, palyginti su bendrąja populiacija [49, 89, 138, 234], apie 10 proc. jų nusižudo per 5–10 m. po mėginimo žudytis, nuo 10 iki 40 proc. pacientų, kurie buvo hospitalizuoti dėl mėginimo žudytis, kartoja tokį veiksmą [54, 104, 138]. Mirtingumas nuo savižudybės didėja po kiekvieno mėginimo žudytis [104, 203]. N. Zelandijos mokslininkai atliko 5 m. trukmės tyrimą, kurio metu buvo tiriami 302 mėginę žudytis pacientai. Beveik pusė iš visų tiriamųjų mėgino žudytis arba šiuo laikotarpiu, 6 proc. mirė dėl savižudybės [16].

Mūsų tyrimo rezultatai taip pat parodė didesnį polinkį žudytis nesigydžiusių psichiatrinio profilio skyriuje vyrų grupėje, palyginti su vyrų, kurie praeityje gydėsi psichiatrinio profilio skyriuje, grupe. Nors gydymasis psichiatrijos skyriuje didina savižudybės ir mėginimų žudytis riziką (dėl esamo psichikos sutrikimo) [154], tačiau tokie rezultatai atspindi galbūt nepakankamą psichikos sutrikimų gydymą, kai toks gydymas reikalingas. Tokioms prielaidoms patikslinti reikia tolesnių tyrimų.

Panašūs skirtumai gauti vertinant mėginusių žudytis moterų grupę. Moterys, kurios lankėsi pas gydytoją psichiatrą ambulatoriškai ir vartojo psichotropinius vaistus, dažniau mėgino žudytis praeityje, palyginti su moterimis, kurios nesilankė pas gydytoją psichiatrą ir nevartojo psichotropinių vaistų. Reikšmingai daugiau moterų, nesigydžiusių psichiatrinio profilio skyriuje, mėgino žudytis praeityje, palyginti su moterimis, kurios praeityje gulėjo psichiatrinio profilio skyriuje. Iš gautų rezultatų galime daryti išvadą, kad psichikos sutrikimai yra svarbus veiksnys, galintis daryti įtaką mėginimo žudytis skaičiui, o tinkamas psichikos sutrikimų gydymas yra viena iš svarbiausių savižudybių ir mėginimo žudytis prevencijos priemonių.

Siekdami išsamiau išanalizuoti sąsajas tarp psichikos sutrikimų ir mėginimo žudytis pobūdžio, vertinome mėginusių žudytis vyrų ir moterų grupių pasiskirstymą pagal nustatytus psichikos sutrikimus atsižvelgdami į mėginimo žudytis pobūdžio rodiklius. Nustatyta, kad šizofrenija ir kliedesiniais sutrikimais sergančių vyrų ir moterų grupėje daugiau pacientų mėgino žudytis praeityje. Reikšmingai mažiau mėginimo žudytis praeityje atvejų pastebima moterų, kurioms nustatyti organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai, ir vyrų, kuriems nustatyti neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai, grupėse. Rezultatai rodo, kad mėginimo žudytis

pobūdis turi sąsajų su psichikos sutrikimais. Šizofrenija ir kliedesiniai sutrikimai yra sunkūs psichikos sutrikimai, kurie yra vieni iš stipriausių savižudybės rizikos veiksnių [94, 146, 100]. Mėginimai žudytis būdingi nuo 25 iki 50 proc. sergančiųjų šizofrenija [146].

Vertinant mėginimo žudytis veiksmo impulsyvumo sąsajas su psichikos sutrikimais, nustatyta, kad moterys, sirgusios neuroziniais, stresiniais ir somatoforminiais sutrikimais, dažniau tokį veiksmą vertino kaip impulsyvų. Psichikos ligų komorbidiškumas siejosi su impulsyviu mėginimu žudytis tiek vyrams, tiek moterims. Neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai yra nulemti išorinių nepalankių veiksnių, psichinių traumų, tai gali turėti įtakos impulsyviems, neplanuotiems veiksmams. Psichikos ligų komorbidiškumas siejasi su impulsyviais mėginimais žudytis, nes viena iš pagrindinių komorbidinių diagnozių – psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį. Sunkūs psichikos sutrikimai, tokie kaip šizofrenija ir kliedesiniai sutrikimai, organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai, paskatina neimpulsyvius mėginimus žudytis, o šiomis ligomis sergantys pacientai rečiau buvo pavartoję alkoholį mėginimo žudytis metu. Tokie rezultatai atspindi rimtus sergančiųjų sunkiais psichikos sutrikimais savižudybės ketinimus, veiksmo planavimą, o kartu didesnę pakartotinių mėginimų žudytis riziką.

Tyrimo metu pastebėta, kad moterys, kurioms pasireiškia organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai, reikšmingai dažniau mėgina žudytis būdamos vienos.

Vertinome tiriamųjų pasiskirstymą pagal išliekančias mintis apie savižudybę po mėginimo žudytis. Nustatyta, kad reikšmingai mažiau po mėginimo žudytis minčių negyventi turi pacientai, sergantys dviem ir daugiau psichikos sutrikimų. Kaip jau minėta, komorbidinių psichikos sutrikimų sudėtyje dažniausiai būna psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį, o dėl alkoholio poveikio mėginimai žudytis dažniau būna impulsyvūs [150]. Tyrimo rezultatai rodo, kad moterys, kurioms nustatyti afektiniai sutrikimai, taip pat turėjo mažiau išliekančių minčių apie savižudybę po mėginimo žudytis. Norint išsamiau paaiškinti tokius duomenis, reikėtų tolesnių tikslesnių tyrimų nagrinėjant klinikines sąsajas tarp afektinio sutrikimo išraiškos ir savižudybės ketinimų.

Taigi, tyrimo pradžioje iškeltai hipotezei, kad vyrų ir moterų mėginimai žudytis skiriasi, patvirtinti skirtumus nustatėme nagrinėdami tokio veiksmo ir psichikos sutrikimų sąsajas. Šiai hipotezei pagrįsti pateikiame tokius teiginius: 1. Tikėtina, kad šizofrenija ir kliedesiniais sutrikimais sergančios moterys mėginimo žudytis veiksmą rinksis būdamos vienos ir suplanuotai, mažiau tikėtina, kad mėginimo žudytis metu vartos alkoholio. 2. Mažesnė tikimybė, kad pakartotinai mėgins žudytis moterys, kurioms diagnozuoti

organiniai ir simptominiai sutrikimai, taip pat mažesnė tikimybė, kad tokio veiksmo metu jos vartos alkoholį. Daugiau šį sutrikimą turinčių moterų mėginimo žudytis metu būna vienos, randamos atsitiktinai. 3.Vyrų, kuriems diagnozuoti neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai, mėginimo žudytis praeityje atvejų skaičius mažesnis. Moterys, kurioms nustatyti neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai, mėginimas žudytis dažniau būna neplanuotas, impulsyvus.

IŠVADOS

1. Dauguma išgyvenusiųjų po mėginimo žudytis pažymi, kad mėginimui žudytis turėjo įtaką vienas ar keli subjektyviai vertinami psichotraumuojantys veiksniai. Moterys dažniau mėgino žudytis apsinuodydamos medikamentais negu vyrai. Mėginusių žudytis vyrų sveikatos būklė po mėginimo žudytis buvo sunkesnė negu moterų. Didesnė sunkesnės somatinės būklės galimybė po mėginimo žudytis būdinga vyresnio amžiaus pacientams.

2. Išgyvenusiems po mėginimo žudytis pacientams, kurie gyvena vieni, yra didesnė galimybė planuoti savižudybę. Mėginimo žudytis metu alkoholį dažniau vartojo vyrai ir dirbantys asmenys, palyginti su moterimis ir bedarbiais. Gyvenantys poroje dažniau mėgino žudytis pavartoję alkoholio, palyginti su gyvenančiais vienumoje. Vyresnio amžiaus, taip pat ir aukštesnio išsilavinimo pacientai buvo linkę mėginti žudytis nuošalyje nuo kitų žmonių, palyginti su jaunesnio amžiaus ar žemesnio išsilavinimo pacientais. Žemesį išsilavinimą turintys tiriamieji yra daugiau kartų mėginę žudytis praeityje.

3. Sergantieji šizofrenija ir kliedesiniais sutrikimais linkę kartoti mėginimus žudytis, o šiais sutrikimais sergančios moterys dažniau mėgino žudytis nuošalyje kitų žmonių ir suplanuotai, nevartodamos alkoholio. Organiniais ir simptominiais psichikos sutrikimais sergančios moterys linkusios nekartoti mėginimų žudytis ir tokio elgesio metu nevartoti alkoholio. Daugiau šį sutrikimą turinčių moterų mėginimo žudytis metu buvo vienos ir rastos atsitiktinai. Vyrai, sergantys neuroziniais, stresiniais ir somatoforminiais sutrikimais rečiau mėgino žudytis praeityje. Šiuos sutrikimus turinčių moterų mėginimas žudytis dažniau buvo neplanuotas, o impulsyvus. Sergančios neuroziniais, stresiniais ir somatoforminiais sutrikimais moterys dažniausiai mėgino žudytis tyčia apsinuodydamos medikamentais. Po mėginimo žudytis išgyvenusiems vyrams dažniau buvo nustatyti komorbidiniai psichikos sutrikimai nei moterims. Psichikos sutrikimų komorbidiškumas reikšmingai siejosi su mėginimo žudytis impulsyvumu ir alkoholio vartojimu tokio veiksmo metu.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Įvertinę šio tyrimo rezultatus, galime pateikti keletą praktinių rekomendacijų.

1. Mėginimo žudytis atvejai turėtų būti fiksuojami kiekvienoje sveikatos priežiūros įstaigoje, kad galima būtų tiksliau vertinti tokio reiškinio problematiškumą.
2. Išgyvenę po mėginimo žudytis pacientai turi būti tiriami gydytojų psichiatrų, o nustačius psichikos sutrikimus – skiriamas gydymas.
3. Išgyvenę po mėginimo žudytis pacientai turi didelę riziką kartoti tokį veiksmą, todėl klinikiniame darbe, sprendžiant prievartinio gydymo indikacijas psichiatrinio profilio stacionare, svarbu įvertinti veiksnius, įtakojančius savižudybės riziką.
4. Daliai išgyvenusių po mėginimo žudytis pacientų atsiranda sunkios somatinės sveikatos problemos, kuomet reikalingas intensyvus gydymas somatinio profilio skyriuose, todėl klinikiniame darbe kiekvienu atveju svarbu kruopščiai įvertinti tokių pacientų grėsmės gyvybei riziką savižudybės bei somatinių komplikacijų atžvilgiu.
5. Išgyvenusiems po mėginimo žudytis pacientams, kuriems buvo nustatyti psichikos sutrikimai ir kurie buvo gydomi psichiatrijos skyriuje, turi būti užtikrintas gydymo tęstinumas pabaigus stacionarinį gydymą.
6. Tyrimas reikšmingas ateityje formuojant tolimesnių tyrinėjimų kryptis suicidologijos srityje.

BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS

1. Alexander MJ, Haugland G, Ashenden P, Knight E, Brown I. Coping With Thoughts of Suicide: Techniques Used by Consumers of Mental Health Services. Psychiatr Serv. 2009;60(9):1214-21.
2. Ando S, Kasai K, Matamura M, Hasegawa Y, Hirakawa H, Asukai N. Psychosocial factors associated with suicidal ideation in clinical patients with depression. J Affect Disord. 2013;151(2):561-5.
3. Appleby L, Dennehy JA, Thomas CS, Faragher EB, Lewis G. After care and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: a case control study. Lancet 1999;353(9162):1397-400.
4. Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. BMJ 1999;318(7193):1235-9.
5. Arensman E, Larkin C, Corcoran P, Reulbach U, Perry IJ. Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: Findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm. Eur J Public Health. 2014;24(2):292-7.
6. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2004. 4:37.
7. Avshalom C, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science. 2003; 301(5631) 386-9.
8. Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Resa EG, Blasco H, Conesa DB, Saiz-Ruiz J, de Leon J. Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt. Psychiatr Serv. 2004;55 (7):792-7.
9. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Keyes KM, Oquendo MA, Hasin DS, Grant BF, Blanco C. Suicidal ideation and suicide attempts in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. Mol Psychiatry. 2010;15(3):250-9.
10. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Oquendo MA, Keyes KM, Hasin DS, Grant BF, Blanco C. Estimating risk for suicide attempt: Are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. J Affect Disord. 2011;134(1-3):327-32.
11. Bae S, Lee Y, Cho I, Kim S, Im J, Cho S. Risk factors for suicidal ideation of the general population. J Korean Med Sci. 2013;28(4):602-7.
12. Bagge C, Glenn C, Lee H. Quantifying the impact of recent negative life events on suicide attempts. J Abnorm Psychol. 2013;122(2):359-68.
13. Batty GD, Whitley E, Deary IJ, Gale CR, Tynelius P, Rasmussen F. Psychosis alters association between IQ and future risk of attempted suicide: cohort study of 1 109 475 Swedish men. BMJ. 2010; 340:c2506.
14. Beautrais AL. Suicidal behavior among medically serious suicide attempters. Br J Psychiatry. 2002; 181: 193-199.
15. Beautrais AL. Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. Suicide Life Threat Behav. 2004;34(1):1-11.
16. Beautrais AL. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. Aust N Z J Psychiatry. 2003; 37 (5):595-9.
17. Beautrais AL. Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. Am Behav Scient. 46(9): 1137-1156.
18. Beck AT, Beck R, Kovacs M. Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. Am J Psychiatry. 1975;132(3):285-7.

19. Beck AT, Steer RA, Sanderson WC, Skeie TM. Panic disorder and suicidal ideation and behavior: discrepant findings in psychiatric outpatients. Am J Psychiatry. 1991;148(9):1195-9.
20. Benton W. Suicide. Encyclopedia Britannica (Vol. 21). Chicago: 1973. pp. 383-385.
21. Bergen H, Hawton K, Waters K, Cooper J, Kapur N. Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England: 2000-2007. Br J Psychiatry.2010; 197(6): 493-8.
22. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, et al. Suicide attempts, plans and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. Psychol Med. 2005;35(10):1457-65.
23. Beskow J, Runeson B, Asgård U. Ethical aspects of psychological autopsy. Acta Psychiatr Scan. 1991; 84(5): 482-7.
24. Bethell J, Rhodes AE, Bondy SJ, Lou WY, Guttmann A. Repeat self-harm: application of hurdle models. Br J Psychiatry. 2010; 196(3): 243-4.
25. Betz ME, Barber CW, Miller M. Firearm restriction as suicide prevention: variation in belief and practice among providers in an urban emergency department. Inj. Prev. 2010; 16(4): 278-81.
26. Bhogal K, Baldwin D, Hartland L, Nair R. Brief communication: differences between ethnic groups in demographic and clinical features of patients admitted and assessed after deliberate self-harm: a retrospective case-note study. Int J Soc Psychiatry. 2006; 52(6): 483-6.
27. Bilén K, Ottosson C, Castrén M, Ponzer S, Ursing C, Ranta P, Ekdahl K, Pettersson H. Deliberate self-harm patients in the emergency department: factors associated with repeated self-harm among 1524 patients. Emerg Med J. 2011; 28(12): 1019-25.
28. Bilén K, Ponzer S, Ottosson C, Castrén M, Pettersson H. Deliberate self-harm patients in the emergency department: who will repeat and who will not? Validation and development of clinical decision rules. Emerg Med J. 2013; 30(8): 650-6
29. Bill B, Ipsch L, Lucae S, Pfister H, Maragkos M, Ising M, Bronisch T. Attempted suicide related posttraumatic stress disorder in depression – an exploratory study. Suicidology Online. 2012; 3: 138-144
30. Bille-Brahe U, Jessen G. Repeated suicidal behavior: a two-year follow-up. Crisis. 1994; 15(2): 77-82.
31. Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D, Schmidtke A, Crepet P, Lonnqvist J, et al. A repetition-prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from part II of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide in co-operation with the EC concerted action on attempted suicide. Acta Psychiatr Scand. 1997; 95(2): 81-6.
32. Bilsker D, White J. The silent epidemic of male suicide. BCMJ. 2011; 529-534
33. Bjerregaard P, Lynge I. Suicide – a challenge in modern Greenland. Arch Suicide Res. 2006; 10(2): 209-20.
34. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. J Pers Disord. 2004; 18(3): 226-39.
35. Blakely C, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? J Epidemiol Community Health. 2003; 57(8): 594-600.
36. Blakely TA, Collings SC, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? J Epidemiol Community Health. 2003; 57(8): 594-600.

37. Boyce P, Carter G, Penrose-Wall J, Wilhelm K. Australian and New Zealand clinical practice guideline for the management of adult deliberate self-harm. Austr Psych. 2003; 11:150-155.
38. Bolton JM, Cox BJ, Afifi TO, Enns MW, Bienvenu OJ, Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. Depress Anxiety. 2008; 25(6): 477-81.
39. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. J Clin Psychiatry. 2010; 71(12): 1617-28.
40. Bradvik L, Berglund M. Repetition and severity of suicide attempts across the life cycle: a comparison by age group between suicide victims and controls with severe depression. BMC Psychiatry. 2009; 9:62.
41. Brauns ML, Berzewski H. Follow-up study of patients with attempted suicide. Int J Soc Psychiatry. 1988; 34(4): 285-91.
42. Brenner L, Breshears R, Betthauser L, Bellon K, Holman E, Harwood J. Implementation of a suicide nomenclature within two VA healthcare settings. J Clin Psychol Med Settings. 2011; 18(2): 116-28.
43. Broadhurst M, Gill P. Repeated self-injury from a liaison psychiatry perspective. Advances in Psychiatric Treatment. 2006; 12: 193-201.
44. Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. J Abnorm Psychol. 2002; 111(1): 198-202.
45. Carter G, Reith DM, Whyte IM, McPherson M. Non-Suicidal Deaths Following Hospital-Treated Self-Poisoning. Aust N Z J Psychiatry. 2005; 39(1-2):101-7.
46. Carter G, Reith DM, Whyte IM, McPherson M. Repeated self-poisoning: increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide. Br J Psychiatry. 2005; 186:253-7.
47. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C. Postcards from the EDge: 5-year outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. Br J Psychiatry. 2013; 202(5): 372-380.
48. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med. 2003; 33(3): 395-405.
49. Cedereke M, Ojehagen A. Prediction of repeated parasuicide after 1 - 2 months. Eur Psych. 2005; 20(2): 101-9.
50. Chen YW, Dilsaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. Biol Psychiatry. 1996; 39(10): 896-9.
51. Chen VC, Tan HK, Cheng AT, Chen CY, Liao LR, Stewart R, Dewey M, Prince M. Non-fatal repetition of self-harm: population-based prospective cohort study in Taiwan. Br J Psychiatry. 2010; 196(1): 31-5.
52. Cheng AT. Mental illness and suicide: a case-control study in east Taiwan. Arch Gen Psychiatry. 1995; 52(7): 594-603.
53. Cheng AT, Chen TH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide Case—control psychological autopsy study. Br J Psychiatry. 2000; 177: 360-5.
54. Christiansen E, Jensen BF. Risk of Repetition of Suicide Attempt, Suicide or all Deaths after an Episode of Attempted Suicide: A Register-Based Survival Analysis. Aust N Z J Psychiatry. 2007; 41(3):257-265.

55. Colman I, Newman SC, Schopflocher D, Bland RC, Dyck RJ. A multivariate study of predictors of repeat parasuicide. Acta Psychiatr Scand. 2004; 109(4): 306-12.
56. Conner KR, Beautrais AL, Conwell Y. Risk factors for suicide and medically serious suicide among alcoholics: analyses of Canterbury suicide project data. J Stud Alcohol. 2003; 64(4): 551-4.
57. Conner KR, Houston RJ, Swogger MT, Conwell Y, You S, He H, Gamble SA, Watts A, Duberstein PR. Stressful life events and suicidal behavior in adults with alcohol use disorders: role of event severity, timing, and type. Drug Alcohol Depend. 2012; 120(1-3): 155-61.
58. Conwell Y. Suicide among elderly persons. Psychiatr Serv. 1995; 46(6): 563- 4.
59. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and Axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. Am J Psychiatry. 1996; 153(8):1001-8.
60. Cooper J, Kapur N, Mackway-Jones K. A comparison between clinicians' assessment and the Manchester Self-Harm Rule: a cohort study. Emerg Med J. 2007; 24(10):720-1.
61. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. Am J Psychiatry. 2005; 162(2): 297-303.
62. Corcoran P, Keeley HS, O'Sullivan M, Perry IJ. The incidence and repetition of attempted suicide in Ireland. Eur J Public Health. 2004; 14(1): 19-23.
63. Corten Ph, Ribourdouille M, Hermann P, Rorsman B, Sims A. Epidemiological survey of the ""natural"" mortality in psychiatry. " Acta Psychiatr Belg. 1988; 88(5-6): 349-71.
64. Crawford MJ, Kumar P. Intervention following deliberate self-harm: enough evidence to act? Evid. Based Ment. Health. 2007; 10(2): 37-9.
65. Crawford MJ, Thomas O, Khan N, Kulinskaya E. Psychosocial interventions following self-harm: Systematic review of their efficacy in preventing suicide. Br J Psychiatry. 2007; 190: 11-7.
66. Crosby AE, Han B, Ortega LA, Parks SE, Gfroerer J. Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥18 years--United States, 2008-2009. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)). MMWR Surveill Summ. 2011; 60(13): 1-22.
67. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. Psychol Med. 2014; 44(2): 279-89.
68. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicidein young people. PLoS One. 2013; 8(10):e77555
69. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U. Definitions of Suicidal Behavior: Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study. Crisis. 2006; 27(1): 4-15.
70. Dennis M, Owens D. Self-harm in older people: a clear need for specialist assessment and care Br J Psychiatry. 2012; 200(5): 356-358.
71. Diefenbach GJ, Woolley SB, Goethe JW. The association between self-reported anxiety symptoms and suicidality. J Nerv Mental Dis. 2009; 197(2): 92-7.
72. Dumais A, Lesage AD, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawky N, Roy M, Mann JJ, Benkelfat C, Turecki G. Risk factors for suicide completion in major depression:

a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. Am J Psychiatry. 2005; 162(11): 2116-24.
73. Edelyn V, Christopher P, Joiner T. Psychopathy, antisocial personality, and suicide risk. J Abnorm Psychol. 2001; 110(3): 462-70.
74. Flamenbaum R, Holden R. Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. J Coun Psych. 2007; 54(1): 51-61.
75. Flavio M, Martin E, Pascal B, Stephanie C, Gabriela S, Merle K, Anita RR. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Swiss Med Wkly. 2013;143:w13759.
76. Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. Am J Psychiatry. 2004; 161(3): 437-43.
77. Foster T, Gillespie K, McClelland R. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. Br J Psychiatry. 1997; 170: 447-452.
78. Gailienė D. Jie neturėjo mirti. 1998.
79. Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. Br J Psychiatry. 2003; 183:28-33.
80. Galfalvy HC, Oquendo MA, Mann JJ. Evaluation of clinical prognostic models for suicide attempts after a major depressive episode. Acta Psychiatr Scand. 2008; 117 (4): 244-52.
81. Gibb SJ, Beautrais AL, Surgenor LJ. Health-care staff attitudes towards self-harm patients. Aust N Z J Psychiatry. 2010; 44(8): 713-720.
82. Gibb SJ, Beautrais AL, Fergusson DM. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. Aust N Z J Psychiatry. 2005; 39(1-2): 95-100.
83. Gradus JL, Qin P, Lincoln AK, Miller M, Lawler E, Sørensen HT, Lash TL. Acute stress reaction and completed suicide. Int J Epidemiol. 2010; 39(6): 1478-84.
84. Gradus JL, Qin P, Lincoln AK, Miller M, Lawler E, Sørensen HT, Lash TL. Posttraumatic stress disorder and completed suicide. Am J Epidemiol. 2010; 171(6): 721-7.
85. Guillaume S, Jaussent I, Jollant F, Rihmer Z, Malafosse A, Courtet P. Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempters with recurrent depression. J Affect Disord. 2010; 122(1-2): 53-9.
86. Gunnarsdottir OS, Rafnsson V. Risk of suicide and fatal drug poisoning after discharge from the emergency department: a nested case-control study. Emerg. Med. J. 2010; 27(2): 93-96.
87. Gunnell D, Eddleston M. Suicide by intentional ingestion of pesticides: a continuing tragedy in developing countries. Int J Epidemiol. 2003; 32(6): 902-9.
88. Haawton K. Psychosocial treatments following attempted suicide: evidence to inform clinical practice. Prevention and treatment of suicidal behavior: from science to practice, 2005.
89. Harriss L, Hawton K, Zahl D. Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. Br J Psychiatry. 2005; 186:60-66.
90. Hatcher S, Sharon C, Parag V, Collins N. Problem-solving therapy for people who present to hospital with self-harm: Zelen randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2011; 199(4): 310-6.

91. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. Am J Epidemiol. 2008; 167(10):1155-1163.
92. Haw C, Bergen H, Casey D, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm: a study of the characteristics and subsequent deaths in patients presenting to a general hospital according to extent of repetition. Suicide Life Treat Behav. 2007;37(4): 379-96.
93. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. Br J Psychiatry. 2001; 178(1): 48-54.
94. Haw C, Hawton K, Sutton L, Sinclair J, Deeks J. Schizophrenia and deliberate self-harm: a systematic review of risk factors. Suicide Life Threat Behav. 2007; 37(4): 379-96.
95. Haw C, Houston K, Townsend E, Hawton K. Deliberate self-harm patients with alcohol disorders: characteristics, treatment, and outcome. Crisis. 2001; 22(3): 93-101.
96. Hawton K. Restricting access to methods of suicide. Crisis. 2007; 28:4-9.
97. Hawton K, Bergen H, Casey D, Simkin S, Palmer B, Cooper J, Kapur N, Horrocks J, House A, Lilley R, Noble R, Owens D. Self-harm in England: a tale of three cities. Multicentre study of self-harm. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007; 42(7): 513-21.
98. Hawton K, Harriss L, Casey D, Simkin S, Harrison K, Bray I, Blatchley N. Self-harm in UK armed forces personnel: descriptive and case-control study of general hospital presentations. Br J Psychiatry. 2009; 194(3): 266-272.
99. Hawton K, Heeringen K. The International handbook of suicide and attempted suicide. Published in Paperback. May 2002.
100. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Suicide and schizophrenia: identifying risk factors and preventive strategies. Br J Psychiatry. 2005; 187: 9-20.
101. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. Br J Psychiatry. 2005; 35(1): 50-62.
102. Hawton K, Zahl D. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. Br J Psychiatry. 2003; 182: 537-42.
103. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. Br J Psychiatry. 2003; 182:537-542.
104. Heyerdahl F, Bjornaas MA, Dahl R, Hovda KE, Nore AK, Ekeberg O, Jacobsen D. Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. Br J Psychiatry. 2009; 194: 73-79.
105. Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IA, Sokero TP, Isometsa ET. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. Am J Psychiatry. 2010; 167(7): 801–808.
106. Hong J, Knapp M. Geographical inequalities in suicide rates and area deprivation in South Korea. J Ment Health Policy Econ. 2013; 16(3): 109-19.
107. Horrocks J, Price S, House A, Owens D. Self-injury attendances in the accident and emergency department: Clinical database study. Br J Psychiatry. 2003; 183: 34-39.
108. Hotopf M, Lee W, Price A. Assisted suicide: why psychiatrists should engage in the debate. Br J Psychiatry. 2011; 198:83-84.
109. Yen S, Pagano ME, Shea MT, Grilo CM, Gunderson JG, Skodol AE, McGlashan TH, Sanislow CA, Bender DS, Zanarini MC. Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the collaborative

longitudinal personality disorders study. J Consult Clin Psychol. 2005;73(1): 99-105.
110. Yousaf U, Christensen ML, Engholm G, Storm HH. Suicides among Danish cancer patients 1971-1999. Br J Cancer. 2005; 92(6): 995-1000.
111. Iliceto P, Fino E, Sabatello U, Candilera G. Personality and suicidal ideation inthe elderly: factorial invariance and latent means structures across age. Aging Ment Health. 2014; 18(4): 401-406.
112. Isometsa ET, Henriksson M, Marttunen M, Heikkinen M, Aro H, Kuoppasalmi K, Lonnqvist J. Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. BMJ. 1995;310(6991): 1366-7.
113. Isometsa ET, Lonnqvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. Br J Psychiatry 1998;173: 531-5.
114. Johnsson Fridell E, Ojehagen A, Traskman-Bendz LA. 5-year follow-up study of suicide attempts. Acta Psychiatrica Scandinavica 1996; 93(3):151-7.
115. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly. Arch Intern Med. 2004; 164(11): 1179-84.
116. Kanwar A, Malik S, Prokop LJ, Sim LA, Feldstein D, Wang Z, Murad MH. The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. J Abnorm Psychol. 2002;111(1): 198-202.
117. Kapur N Gunnell D, Hawton K, Bennewith O, Cooper J, Simkin S, Donovan J, Evans J, Longson D, O Connor S, Kapur N. A multicentre programme of clinical and public health research in support of the National Suicide Prevention Strategy for England Programme Grants for Applied Research. Vol.: 1 Issue: 1. 2013.
118. Kapur N, Cooper J, Rodway C, Kelly J, Guthrie E, Mackway-Jones K. Predicting the risk of repetition after self harm: cohort study. BMJ. 2005; 330(7488): 394-395.
119. Kapur N, Murphy E, Cooper J, Bergen H, Hawton K, Simkin S, Casey D, Horrocks J, Lilley R, Noble R, Owens D. Psychosocial assessment following self-harm: results from the multi-centre monitoring of self-harm project. J Affect Disord. 2008; 106(3): 285-93.
120. Kendall T, Taylor C, Bhatti H, Chan M, Kapur N. Longer term management of self harm: summary of NICE guidance. BMJ. 2011; 343: 7073.
121. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. J Am Board Fam Med. 2010; 23(2): 240-59.
122. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1999; 56(7):617-26.
123. Kontaxakis V, Papaslanis T, Havaki-Kontaxaki B, Tsouvelas G, Giotakos O, Papadimitriou GN. Psychiatrike. Suicide in Greece: 2001-2011. Psychiatrike. 2013; 24(3): 170-4.
124. Kposowa AJ. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. Psychol Med. 2001; 31(1): 127-38.
125. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. Research report. J Epidemiol Community Health 2000; 54:254-261.
126. Kuo CJ, Gunnell D, Chen CC, Yip PS, Chen YY. Suicide and non-suicide mortality after self-harm in Taipei City, Taiwan. BJP. 2012; 200: 405-411.
127. Larkin C, Di Blasi Z, Arensman E. Self-cutting versus intentional overdose: Psychological risk factors. Med Hypotheses. 2013; 81(2): 347-54.

128. Lassnig RM, Hofmann P. Life crisis as a consequence of depression and anxiety. Wien Med Wochenschr. 2007; 157(17-18): 435-44.
129. Lecrubier Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. Eur Psychiatry. 2001; 16(7): 395-9.
130. Leenaars A. Edwin S. Shneidman on Suicide. Suicidology Online 2010; 1:5-18.
131. Lilley R, Owens D, Horrocks J, House A, Noble R, Bergen H, Hawton K, Casey D, Simkin S, Murphy E, Cooper J, Kapur N. Hospital care and repetition following self-harm: multicentre comparison of self-poisoning and self-injury. Br J Psychiatry. 2008; 192: 440-445.
132. Lopez-Castroman J, Perez-Rodriguez Mde L, Jaussent I, Alegria AA, Artes-Rodriguez A et al. Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. J Psychiatr Res. 2011; 45(5): 619-25.
133. Lorant V, Kunst AE, Huisman M, Costa G, Mackenbach J.Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. Br J Psychiatry. 2005; 187: 49-54.
134. Maddock GR, Carter GL, Murrell ER, Lewin TJ, Conrad AM. Distinguishing suicidal from non-suicidal deliberate self-harm events in women with borderline personality disorder. Aust N Z J Psychiatry. 2010; 44: 574-582.
135. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. J Affect Disord. 1995; 34(3): 173–185.
136. Mann J. Neurobiology of suicidal behavior. Curr Psychiatry Rep. 2007; 9(6): 460-6.
137. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005; 294(16): 2064-74.
138. Mann JJ, Ellis SP, Waternaux CM, Liu X, Oquendo MA, Malone KM, Brodsky BS, Haas GL, Currier D. Classification trees distinguish suicide attempters in major psychiatric disorders: a model of clinical decision making. J Clin Psychiatry. 2008; 69(1): 23-31.
139. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry 1999; 156(2): 181-9.
140. Maris RW, Morton MJ. Prediction of repetition of parasuicide: with special reference to unemployment. Int J Soc Psychiatry. 1993; 39(2): 87-99.
141. Marusic A. Genetic risk factors as possible causes of the variation in European suicide rates. Br J Psychiatry. 2001; 179: 194-196.
142. Marzuk P, Tardiff K, Leon A, Hirsch C, Portera L, Hartwell N, Iqbal M. Lower Risk of Suicide During Pregnancy. Am J Psychiatry. 1997; 154(1): 122-3.
143. McGirr A, Turecki G. The relationship of impulsive aggressiveness to suicidality and other depression-linked behaviors. Curr Psychiatry Rep. 2007; 9(6): 460-6.
144. Milner A, Page A, D LaMontagne A. Duration of unemployment and suicide in Australia over the period 1985–2006: an ecological investigation by sex and age during rising versus declining national unemployment rates. J Epidemiol Comm Health. 2013; 67: 237-244.
145. Mitchell AJ, Dennis M. Self harm and attempted suicide in adults: 10 practical questions and answers for emergency department staff. Emerg Med J. 2006; 23: 251–255.
146. Mork E, Walby FA, Harkavy-Friedman JM, Barrett EA, Steen NE, Lorentzen S, Andreassen OA, Melle I, Mehlum L. Clinical characteristics in schizophrenia patients with or without suicide attempts and non-suicidal self-harm--a cross-sectional study. Crisis. 2001; 22(3): 93-101.
147. Morriss R, Kapur N, Byng R. Assessing risk of suicide or self harm in adults. BMJ. 2013; 347:f4572.

148. Morthorst B, Krogh J, Erlangsen A, Alberdi F, Nordentoft M. Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomised controlled trial. BMJ. 2012; 345: 4972.
149. Murphy E, Kapur N, Webb R, Purandare N, Hawton K, Bergen H, Waters K, Cooper J. Risk factors for repetition and suicide following self-harm in older adults: multicentre cohort study. Br J Psychiatry. 2012; 200(5): 399-404.
150. Nielsen A, Stenager E, Brahe U. Attempted suicide, suicidal intent, and alcohol. Crisis. 1993; 14(1): 32-8.
151. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. J Clin Psychiatry. 2010; 71(12): 1617-28.
152. Nordentoft M, Branner J. Gender differences in suicidal intent and choice of method among suicide attempters. Crisis. 2008; 29(4): 209-12.
153. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in DK. Epidemiological studies of suicide and intervention. Dan Med Bull. 2007; 54(4): 306-69.
154. Nordentoft M, Qin P. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(4): 427-432.
155. Ogilvie DN, Stone PJ. Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university. Suicidology Online.2010; 1: 5-18.
156. Oldham J. Borderline personality disorder and suicidality. Am J Psychiatry 2006;163(1): 20-6.
157. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? Acta Psychiatr Scand. 2006; 114(3): 151-8.
158. Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, Grunebaum MF, Malone KM, Brodsky BS, Sackeim HA, Mann JJ. Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression. Am J Psychiatry. 2002; 159(10): 1746-51.
159. Orbach I. Self-Destructive Processes and Suicide. J Nerv Ment Dis. 1993; 181(3): 145-7.
160. Ostamo A, Lönnqvist J. Excess mortality of suicide attempters. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2001; 36(1): 29-35.
161. Osvath P, Kelemen G, Erdos MB, Voros V, Fekete S. The main factors of repetition: review of some results of the Pecs center in the WHO/EURO multicentre study on suicidal behaviour. Crisis. 2003; 24(4): 151-4.
162. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. Br J Psychiatry. 2002; 181:193-9.
163. Owens D, Wood C, Greenwood DC, Hughes T, Dennis M. Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: 16-year outcome study. Br J Psychiatry. 2005; 187: 470-5.
164. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia: A Reexamination. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(3): 247-53.
165. Panagioti M, Gooding P, Tarrier N. Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review. Clin Psychol Rev. 2009; 29(6): 471-82.
166. Parker G, Malhi G, Mitchell P, Kotze B, Wilhelm K, Parker K. Self-Harming in Depressed Patients: Pattern Analysis. Aust N Z J Psychiatry. 2005; 39(10): 899-906.
167. Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. Am J Psychiatry. 1983; 140(7): 867-72.

168. Pearl J. Causality: models, reasoning, and inference. Cambridge University Press; 2000.
169. Perroud N, Baud P, Mouthon D, et al. Impulsivity, aggression and suicidal behavior in unipolar and bipolar disorders. J Affect Disord. 2011; 134(1-3): 112-8.
170. Phillips MR, Li X, Zhang Y. Suicide rates in China, 1995—99. Lancet. 2002; 359(9309): 835-40.
171. Pirkola SP, Isometsä ET, Heikkinen ME, Lönnqvist JK. Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. Alcohol Alcohol. 2000; 35(1): 70-75.
172. Placidi GP, Oquendo MA, Malone KM, Brodsky B, Ellis SP, Mann JJ. Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts. Am J Psychiatry 2000; 157(10):1614-8.
173. Platt S, Bille BU, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. Introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psychiatr Scand. 1992; 85(2): 97-104.
174. Plutchik R, van Praag HM, Picard S, Conte HR, Korn M. Is there a relation between the seriousness of suicidal intent and the lethality of the suicide attempt? Psychiatry Res. 1989; 27(1): 71-9.
175. Pompili M, Forte A, Palermo M, Stefani H, Lamis DA, Serafini G, Amore M, Girardi P. Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. J Psychosom Res. 2012;73(6): 411-7.
176. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. Int J Environ Res Public Health. 2010; 7(4): 1392-431.
177. Pompili M, Tatarelli R. Evidence-based practice in suicidology. 2011. 45-55.
178. Pridmore S, Walter G. Suicide prediction and prevention. Australas Psychiatry. 2013; 21(4): 410-1.
179. Pritchard C, Amanullah S. An analysis of suicide and undertermined deaths in 17 predominantly Islamic countries contrasted with the UK. Psychol Med. 2007; 37(3): 421–430.
180. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register–based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. Am J Psychiatry 2003; 160: 765-772.
181. Qin P, Agerbo E, Westergård-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in factor for suicides in Denmark. Br J Psychiatry. 2000;177: 546-50.
182. Qin P, Nordentoft M. Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization Evidence Based on Longitudinal Registers. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(4): 427-32.
183. Ramdurg S, Goyal S, Goyal P, Sagar R, Sharan P. Sociodemographic profile, clinical factors, and mode of attempt in suicide attempters in consultation liaison psychiatry in a tertiary care center. Ind Psychiatry J. 2011; 20(1): 11-6.
184. Rao KN, Kulkarni RR, Begum S. Comorbidity of psychiatric and personality disorders in first suicide attempters. Indian J Psychol Med. 2013; 35(1): 75-9
185. Reith DM, Whyte I, Carter G, McPherson M, Carter N. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. Br J Psychiatry. 2004; 185:70-75
186. Reith DM, Whyte I, Carter G, McPherson M, Carter N. Risk factors for suicide and other deaths following hospital treated self-poisoning in Australia. Aust N Z J Psychiatry. 2004; 38: 520-525.

187. Reutfors J, Brandt L, Jönsson EG, Ekbom A, Sparén P, Osby U. Risk factors for suicide in schizophrenia: findings from a Swedish population-based case-control study. Suicide Life Threat Behav. 2005; 35(1): 50-62.
188. Rygnestad TA. A prospective 5-year follow-up study of self-poisoned patients. Acta Psychiatr Scand. 1988; 77(3): 328-31.
189. Rissmiller DJ, Steer R, Ranieri WF, Rissmiller F, Hogate P. Factors complicating cost containment in the treatment of suicidal patients. Hosp Community Psychiatry. 1994;45(8): 782-8.
190. Robinson J, Hetrick SE, Martin C. Preventing suicide in young people: systematic review. Aust N Z J Psychiatry. 2011; 45(1): 3-26.
191. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm. Australian and New Zealand Clinical Practice Guidelines for the Management of Adult Deliberate Self-Harm. Aust N Z J Psychiatry. 2004; 38(11-12): 868-884
192. Rossow I, Amundsen A. Alcohol abuse and suicide: a 40-year prospective study of Norwegian conscripts. Addiction. 1995; 90(5): 685-91.
193. Ruengorn C, Sanichwankul K, Niwatananun W, Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Patumanond J. Incidence and risk factors of suicide reattempts within 1 year after psychiatric hospital discharge in mood disorder patients. Clinical Epidemiology. 2011; 3: 305–313.
194. Ruengorn C, Sanichwankul K, Niwatananun W, Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Patumanond J. Factors related to suicide attempts among individuals with major depressive disorder. Int J Gen Med. 2012; 5: 323-30
195. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Långström N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. BMJ. 2010; 341: 3222.
196. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, Have M, Stein MB. Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts A Population-Based Longitudinal Study of Adults. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(11): 1249-57.
197. Scocco P, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J. Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders--World Mental Health study. Compr Psychiatry. 2008; 49(1): 13-21.
198. Scourfield J. Suicidal Masculinities. Sociological Research Online. 2005; 10(2).
199. Shneidman ES. Anodyne psychotherapy for suicide: a psychological view of suicide. Clin Neuropsych. 2005; 2(1): 7-12.
200. Shneidman ES. Clues to suicide reconsidered. Suicide Life Threat Behav. 1994; 24(4): 395-7.
201. Shneidman ES. Letter to editor. Rational suicide and psychiatric disorders. N Engl J Med. 1992; 326: 889-891.
202. Shneidman ES. Suicide as psychache. J Nerv Ment Dis. 1993; 181(3): 145-7.
203. Sidley GL, Calam R, Wells A, Hughes T, Whitaker K. The prediction of parasuicide repetition in a high-risk group. Br J Clin Psychol. 1999; 38(4): 375-86.
204. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 1: background, rational and methodology. Suicide Life Threat Behav. 2007; 37(3): 248-63.

205. Simon G, Savarino J, Operskalski B, Wang P. Suicide Risk During Antidepressant Treatment. Am J Psychiatry. 2006; 163: 41-47.
206. Slama F, Courtet P, Golmard JL, Mathieu F, Guillaume S, Yon L, et al. Admixture analysis of age at first suicide attempt. J Psychiatr Res. 2009; 43(10): 895-900.
207. Slee N, Garnefski N, van der Leeden R, Arensman E, Spinhoven P. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2008; 192(3): 202-11.
208. Smith JM, Alloy LB, Abramson LY. Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation: Multiple pathways to self-injurious thinking. suicide life threat behav. 2006; 36(4): 443-54.
209. Sokero TP, Melartin TK, Rytsälä HJ, et al. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. Br J Psychiatry. 2005; 186: 314–318.
210. Sokero TP, Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. J Clin Psychiatry. 2003; 64(9): 1094-100.
211. Spiessl H, Hubner-Liebermann B, Cording C. Suicidal behaviour of psychiatric inpatients. Acta Psychiatr Scand. 2002; 106(2):134-8.
212. Spirito A, Overholser J, Ashworth S, Morgan J, Benedict-Drew C. Evaluation of a suicide awareness curriculum for high school students. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1988; 27(6): 705-11.
213. Stacionare gydytų sužalojimų ir apsinuodijimų priežastys Lietuvoje. 2012 m. Higienos instituto sveikatos informacijos centras. Vilnius 2013. p. 5–12.
214. Stack S, Scourfield J. Recency of divorce, depression, and suicide risk. J Fam Issues. 2013; 40: 25.
215. Stenager EN, Madsen C, Stenager E, Boldsen J. Suicide in patients with stroke: epidemiological study. BMJ. 1998; 316(7139): 1206.
216. "Suicide" in the Encyclopedia Britannica, 1777-1997. Archives of Suicide Research, 4, 189-199.
217. Suominen K, Isometsä E, Suoka J, Haukka J, Kalle Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after attempted suicide. A 37-Year Follow-Up Study. Am J Psychiatry 2004; 161: 562-563.
218. Taylor TL, Hawton K, Fortune S, Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. Br J Psychiatry. 2009; 194: 104-110.
219. Tejedor MC, Diaz A, Castillon JJ, Pericay JM. Attempted suicide: repetition and survivale findings of a follow-up study. Acta Psychiatr Scand. 1999;100: 205-11.
220. Teo AI, Cooper J. The epidemiology and management of adult poisonings admitted to the short-stay ward of a large Scottish emergency department. Scott Med J. 2013; 58: 149-153.
221. Thomas A, Combalbert N, Fay J, Paquis J. Morbidity-mortality review in psychiatry: suicide or suicide attempts. Encephale. 2010; 36(2): 32-40.
222. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. BMJ. 2008; 337:a2205.
223. Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. J Psychiatry Neurosci. 2005; 30(6): 398-408.

224. Uebelacker LA, Weisberg R, Millman M, Yen S, Keller M. Prospective study of risk factors for suicidal behavior in individuals with anxiety disorders. Psychol Med. 2013; 43(7): 1465-74.
225. Van Gastel A, Schotte C, Maes M. The prediction of suicidal intent in depressed patients. Acta Psychiatr Scand. 1997; 96(4): 254-9.
226. Vasiliadis HM, Gagné S, Préville M. Gender differences in determinants of suicidal ideation in French-speaking community living elderly in Canada. Int Psychogeriatr. 2012; 24(12): 2019-26.
227. Voracek M. Regional analysis of big five personality factors and suicide rates in Russia. Psychol Rep. 2013; 113(1): 1043-7.
228. Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmson K, Allebeck P. Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. BMJ. 2002; 324(7355): 1355.
229. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. Psychol Med. 1999; 29(1): 9-17.
230. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. Lancet. 2012; 379(9820): 1005-12.
231. Wiborg JF, Gieseler D, Fabisch AB, Voigt K, Lautenbach A, Löwe B. Suicidality in primary care patients with somatoform disorders. Psychosom Med. 2013; 75(9): 800-6.
232. World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva, WHO, 1999.
233. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. Br J Psychiatry. 2004; 185: 70-5.
234. Zambon F, Laflamme L, Spolaore P, Visentin C, Hasselberg M. Youth suicide: an insight into previous hospitalisation for injury and sociodemographic conditions from a nationwide cohort study. Inj. Prev. 2011; 17(3):176-181.
235. www.vpsc.lt. Valstybinio psichikos sveikatos centro prieiga internete.
236. www.who.int.(Pasaulio sveikatos organizacijos prieiga internete).

DISERTACIJOS TEMA PASKELBTOS PUBLIKACIJOS

1. Kunigėlienė, Aida; Adomaitienė, Virginija; Jonušienė, Giedrė; Juodakys, Mantas. Savižudškam elgesiui įtakos turintys veiksniai: socialinės-demografinės charakteristikos bei psichikos sutrikimai/Aida Kunigėlienė, Virginija Adomaitienė, Giedrė Jonušienė, Mantas Juodakys// Sveikatos mokslai=Health sciences. Vilnius:Sveikata. (Visuomenės sveikata/Public health).ISSN 1392-6373.2014, t. 24, Nr.1, p. 31-36:pav. [Index Copernicus].

2. Kunigėlienė, Aida; Adomaitienė, Virginija; Tomkevičiūtė, Jūratė. Mėginimo žudytis arba tokio poelgio grėsmės vertinimas: sąsajos su lytimi, amžiumi bei psichikos sutrikimais=Assessment of suicide attempt and risk of suicide: links to gender, age and mental disorders/ Aida Kunigėlienė, Virginija Adomaitienė, Jūratė Tomkevičiūtė//Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. Kaunas: Vitae Litera. (Moksliniai darbai). ISSN 1392-3218.2013, t.17, Nr.2, p. 78-83: pav. [Index Copernicus].

3. Kunigėlienė, Aida; Adomaitienė, Virginija; Jonušienė, Giedrė; Juodakys, Mantas. Mėginusių žudytis asmenų psichikos sutrikimų sąsaja su sociodemografiniais ir psichiatrinės anamnezės duomenimis=Psychiatrics disorders in suicides survivors and assessment of their psychiatric anamnesis and sociodemographic factors/Aida Kunigėlienė, Virginija Adomaitienė, Giedrė Jonušienė, Mantas Juodakys//Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. Kaunas: Vitae Litera. (Moksliniai darbai). ISSN 1392-3218. 2013, t.17, Nr. 6, p. 404-409:pav, lent. [Index Copernicus).

PRIEDAI

1 priedas

VALSTYBINĖ DUOMENŲ APSAUGOS INSPEKCIJA

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto
Psichiatrijos klinikos
A. Mickevičiaus g. 9, LT-44307 Kaunas
(reg. laišku ir el.p. aida.kunigeliene@gmail.com)

SPRENDIMAS
DĖL LEIDIMO LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETO PSICHIATRIJOS KLINIKOMS ATLIKTI ASMENS DUOMENŲ TVARKYMO VEIKSMUS

2014 m. vasario 21 d. Nr. 2R- 863 (2.6-1.)
Vilnius

Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija, išnagrinėjusi Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Psichiatrijos klinikos 2013-12-17 pateiktą Pranešimą Nr. 1 dėl išankstinės patikros (toliau – Pranešimas) dėl mokslinio medicininio tyrimo ir raštu pateiktus patikslinimus (Inspekcijoje gauta 2013-12-30, reg. Nr. 1R-6204, 2014-01-20, reg. Nr. 1R-332 ir 2014-02-12, reg. Nr. 1R-800),

n u s t a t ė,

kad Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Psichiatrijos klinikų Pranešime ir patikslinimuose nurodyti asmens duomenų tvarkymo veiksmai atitinka Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatyme (Žin., 1996, Nr. 63-1497; 2011, Nr. 65-3046) nustatytus asmens duomenų tvarkymo ir duomenų subjektų teisių įgyvendinimo reikalavimus, bei numatytos tinkamos organizacinės ir techninės duomenų saugumo priemonės.

Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija, vadovaudamasi Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo 33 straipsniu, Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos direktoriaus 2006 m. vasario 2 d. įsakymu Nr. 1T-6 (Žin., 2006, Nr. 18-653; 2011, Nr. 104-4899) patvirtintų Išankstinės patikros atlikimo taisyklių 11 ir 18.1 punktais,

n u s p r e n d ž i a

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Psichiatrijos klinikoms išduoti leidimą atlikti Pranešime ir patikslinimuose nurodytų asmens duomenų apie sveikatą tvarkymo mokslinio medicininio tyrimo „Suicidinių ir parasuicidinių atvejų analizė: psichosocialinių veiksnių vertinimas bei ryšys su psichikos sutrikimais" tikslu, veiksmus.

Direktorius dr. Algirdas Kunčinas

V. Perednienė, tel. (8 5) 219 7279, el. p. vanda.perednienе@ada.lt;
L. Ragauskas, tel. (8 5) 219 7267, el. p. linas.ragauskas@ada.lt

KAUNO REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS
LSMUL KK, Fiziologijos ir farmakologijos institutas (Klinikinės farmakologijos padalinys), Eivenių g.2, LT-50009 Kaunas,
tel. (+370) 37 32 62 43;el.paštas: aurelija.noreikaitė@lsmuni.lt

LEIDIMAS ATLIKTI BIOMEDICININĮ TYRIMĄ

2012-09-18 Nr. BE-2-37

Biomedicininio tyrimo pavadinimas: **„Suicidinių ir parasuicidinių atvejų analizė: psichosocialinių veiksnių vertinimas bei ryšys su psichikos sutrikimais“.**	
Protokolo Nr.:	**1**
Data:	**2012-09-05**
Versija:	**1**
Pagrindinis tyrėjas:	**Prof. Dr. V. Adomaitienė**
Biomedicininio tyrimo vieta: Įstaigos pavadinimas: Adresas:	**VšĮ LSMUL Kauno klinikų Skubios pagalbos skyriuje,** **Psichiatrijos klinikoje** **Eivenių g. 2, Kaunas**

Išvada:
Kauno regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto posėdžio, įvykusio **2012 m. rugsėjo 12 d.** (protokolo Nr. 99/2012) sprendimu pritarta biomedicininio tyrimo vykdymui.

Mokslinio eksperimento vykdytojai įsipareigoja: (1) nedelsiant informuoti Kauno Regioninį biomedicininių Tyrimų Etikos komitetą apie visus nenumatytus atvejus, susijusius su studijos vykdymu, (2) iki sausio 15 dienos – pateikti metinį studijos vykdymo apibendrinimą bei, (3) per mėnesį po studijos užbaigimo, pateikti galutinį pranešimą apie eksperimentą.

Kauno regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto nariai			
Nr.	Vardas, Pavardė	Veiklos sritis	Dalyvavo posėdyje
1.	Doc. Irena Marchertienė	anesteziologija	taip
2.	Doc. Romaldas Mačiulaitis	klinikinė farmakologija	taip
3.	Prof. Nijolė Dalia Bakšienė	pediatrija	taip
4.	Prof. Irayda Jakušovaitė	filosofija	taip
5.	Dr.Eimantas Peičius	filosofija	taip
6.	Laima Vasiliauskaitė	psichoterapija	ne
7.	Gintaras Česnauskas	chirurgija	ne
8.	Zelmanas Šapiro	terapija	ne
9.	Jurgita Laurinaitytė	bioteisė	ne

Kauno regioninis biomedicininių tyrimų etikos komitetas dirba vadovaudamasis etikos principais nustatytais biomedicininių tyrimų Etikos įstatyme, Helsinkio deklaracijoje, vaistų tyrinėjimo Geros klinikinės praktikos taisyklėmis.

Pirmininkė Irena Marchertienė

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS * KAUNO REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

KAUNO REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS
LSMUL KK, Fiziologijos ir farmakologijos institutas (Klinikinės farmakologijos padalinys), Eivenių g 2, LT-50009 Kaunas,
tel. +370 37 32 68 89; e-mail: aurelija.noreikaite@lsmuni.lt

PRITARIMAS TYRIMO PRATĘSIMUI

2013-02-06 Nr. P1-138/2012

Biomedicininio tyrimo pavadinimas: **„Suicidinių ir parasuicidinių atvejų analizė: psichosocialinių veiksnių vertinimas bei ryšys su psichikos sutrikimais“**	
Pagrindinis tyrėjas:	**Prof. Dr. V. Adomaitienė**
Biomedicininio tyrimo vieta:	**VšĮ LSMUL Kauno klinikų Skubios pagalbos skyrius, Psichiatrijos klinika;** **nuo 2013-02-06 papildomai VšĮ Respublikinės Kauno ligoninės padalinys Psichiatrijos ligoninė.**

Peržiūrėti šie [√] su minėtu tyrimu susiję dokumentai:

[√] Prašymas dėl tyrimo „Suicidinių ir parasuicidinių atvejų analizė: psichosocialinių veiksnių vertinimas bei ryšys su psichikos sutrikimais“, kuris atliekamas VšĮ LSMUL Kauno klinikų Skubios pagalbos skyriuje, Psichiatrijos klinikoje, papildomo centro VšĮ Respublikinės Kauno ligoninės padalinio Psichiatrijos ligoninės įtraukimo.
[√] VšĮ Respublikinės Kauno ligoninės Psichiatrijos ligoninės padalinio direktorės sutikimas.
[√] Paraiška biomedicininiam tyrimui.

[√] Nutarta:
[√] Pritarti papildomo centro VšĮ Respublikinės Kauno ligoninės padalinio Psichiatrijos ligoninės įtraukimui.

Kauno regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto nariai		
Nr.	Vardas, Pavardė	Veiklos sritis
1.	Prof. Romaldas Mačiulaitis	Klinikinė farmakologija
2.	Prof. Edgaras Stankevičius	Fiziologija, farmakologija
3.	Doc. Eimantas Peičius	Filosofija
4.	Dr. Ramunė Kasperavičienė	Kalbotyra
5.	Med. dr. Jonas Andriuškevičius	Chirurgija
6.	Agnė Krušinskaitė	Teisė
7.	Prof. Skaidrius Miliauskas	Pulmunologija, vidaus ligos
8.	Med. dr. Rokas Bagdonas	Chirurgija
9.	Eglė Vaižgelienė	Visuomenės sveikata

Kauno regioninis biomedicininių tyrimų etikos komitetas dirba vadovaudamasis etikos principais nustatytais biomedicininių tyrimų Etikos įstatyme, Helsinkio deklaracijoje, vaistų tyrinėjimo Geros klinikinės praktikos taisyklėmis.

Pirmininkas

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS * KAUNO REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

Prof. Romaldas Mačiulaitis

2 priedas

1 lentelė. *Tiriamųjų amžiaus imties sklaidos skaitinės charakteristikos*

Tiriamųjų skaičius		240
Vidurkis		39,09
Std.Vidurkio paklaida		1,07
Mediana		36,00
Std.Nuokrypis		16,57
Asimetrijos koeficientas		0,68
Ekscesas		-0,39
Mažiausia reikšmė		18,00
Didžiausia reikšmė		84,00
Kvartiliai	25	24,00
	50	36,00
	75	49,75
Rangas		66,00
Interkvartilinis rangas		26,00
Shapiro-Wilk testas		0,93
	l.l.sk	240
	p <	0,01

2 lentelė. *Mėginimų žudytis būdų skirstinys pagal išsilavinimą ir darbingumą*

Mėginimo žudytis būdai	**Išsilavinimas**	**n (proc.)**	**χ^2 testas**	**Darbin-gumas**	**n (proc.)**	**χ^2 testas**
Tyčinis apsinuodijimas medikamentais	Pradinis, pagrindinis, vidurinis	78 (57,4)	5,61(2); p=0,61	Dirba	58 (42,6)	1,86(1); p=0,17
	Aukštesnysis, nebaigtas aukštasis	30 (22,1)				
	Aukštasis	28 (20,6)		Nedirba	28 (20,6)	
Tyčinis susižalojimas pasikariant, pasismaugiant ar uždūstant	Pradinis, pagrindinis, vidurinis	16 (66,7)	1,36(2); p=0,52	Dirba	10 (41,7)	0,63(1); p=0,80
	Aukštesnysis, nebaigtas aukštasis	6 (25,1)				
	Aukštasis	2 (8,3)		Nedirba	14(58,3)	
Tyčinis susižalojimas aštriais daiktais	Pradinis, pagrindinis, vidurinis	34 (73,9)	3,95(2); p=0,12	Dirba	13 (28,3)	3,04(1); p=0,08
	Aukštesnysis, nebaigtas aukštasis	8 (17,4)				
	Aukštasis	4 (8,7)		Nedirba	33 (71,8)	
Tyčinis susižalojimas kitais ar keliais būdais	Pradinis, pagrindinis, vidurinis	18 (50,0)	2,39(2); p=0,30	Dirba	12 (35,3)	0,20(1); p=0,65
	Aukštesnysis, nebaigtas aukštasis	8 (23,5)				
	Aukštasis	9 (26,5)		Nedirba	22 (64,7)	

4 priedas

Klausimynas

1) Amžius.....

2) Lytis:

   1. Vyr.
   2. Mot.

3) Šeimyninė padėtis:

   1. Viengungis/ė
   2. Gyvena su partneriu/e registruotoje/neregitruotoje santuokoje
   3. Sutuoktinis/ė (partneris/ė) gyvena atskirai
   4. Išsiskyręs/išsiskyrusi
   5. Našlys/našlė

4) Išsilavinimas:

   1. Pradinis
   2. Pagrindinis
   3. Vidurinis
   4. Aukštesnysis
   5. Nebaigtas aukštasis arba aukštasis

5) Darbingumas:

   1. Dirbantis/i
   2. Nedirbantis/i

6) Finansinė padėtis:

   1. Sunki
   2. Vidutinė
   3. Gera

7) Psichotraumuojantys veiksniai aplinkoje:

   1. Skyrybų procesas
   2. Smurtas, agresija namuose
   3. Didelės finansinės problemos
   4. Sunkiai sergantis šeimos narys
   5. Neseniai patirta, išgyventa sunki stresinė situacija
   6. Reikšmingas gyvenimo aplinkybių pasikeitimas
   7. Patirta seksualinė prievarta
   8. Kita

8) Ar sergate kokia nors lėtine somatine liga?

1. Taip
2. Ne

9) Ar mėginimas žudytis sukėlė grėsmingą gyvybei būklę, dėl ko turėjo būti taikytas intensyvus gydymas?

1. Taip
2. Ne

10) Savęs žalojimosi arba žudymosi metodas:
1. X 60 Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas nenarkotiniais analgetikais, antipiretikais ir antireumatiniais preparatais
2. X 61 Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas antiepilepsiniais, raminančiaisiais bei migdomaisiais, antiparkinsoniniais ir psichotropiniais vaistais, neklasifikuojamais kitur
3. X 62 Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas narkotikais, psichodisleptikais (haliucinogenais), neklasifikuojamas kitur
4. X 63 Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas kitais vaistais, veikiančiais autonominę nervų sistemą
5. X 64 Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas kitais ir nepatikslintais medikamentais ir biologinėmis medžiagomis
6. X 65 Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas alkoholiu
7. X 66 Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas organiniais tirpikliais bei halogeniniais angliavandeniliais ir jų garais
8. X 67 Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas kitomis dujomis ir garais
9. X 68 Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas pesticidais
10. X 69 Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas kitais ir nepatikslintais chemikalais ir kenksmingomis medžiagomis
11. X 70 Tyčinis susižalojimas pasikariant, pasismaugiant ir uždūstant
12. X 71 Tyčinis susižalojimas pasiskandinant
13. X 72 Tyčinis susižalojimas pistoleto šūviu
14. X 73 Tyčinis susižalojimas šautuvo, medžioklinio šautuvo ir sunkaus šaunamojo ginklo šūviu
15. X 74 Tyčinis susižalojimas kito ir nepatikslinto šaunamojo ginklo šūviu
16. X 75 Tyčinis susižalojimas sprogstamųjų medžiagų sprogimu
17. X 76 Tyčinis susižalojimas gaisru ir ugnimi
18. X 77 Tyčinis susižalojimas vandens garais, karštais garais ir karštais daiktais
19. X 78 Tyčinis susižalojimas aštriais daiktais
20. X 79 Tyčinis susižalojimas bukais daiktais
21. X 80 Tyčinis susižalojimas nušokus nuo aukštumos
22. X 81 Tyčinis susižalojimas iššokus prieš judantį objektą ar atsigulus jo kelyje
23. X 82 Tyčinis susižalojimas patekus po motorine transporto priemone
24. X 83 Tyčinis susižalojimas kitais nepatikslintais būdais
25. X 84 Tyčinis susižalojimas nepatikslintais būdais

11) Ar mėginimo žudytis metu norėjote numirti?

1. Taip
2. Ne

12) Ar pastarąjį mėnesį buvo minčių apie savižudybę?

1. Taip
2. Ne

13) Ar buvote suplanavęs mėginimą žudytis (turėjote planų apie savižudybę)?

1. Taip
2. Ne

14) Ar mėginimas žudytis buvo impulsyvus, neplanuotas?

1. Taip
2. Ne

15) Ar mėginimo žudytis metu buvote pavartojęs alkoholio?

1. Taip
2. Ne

16) Kaip buvo suteikta pagalba mėginimo žudytis metu bei išvengta mirties?

1. Asmuo pats kvietėsi pagalbos
2. Aplinkoje, kurioje bandė žudytis ar žalotis save buvo kitų asmenų, kurie organizavo pagalbą
3. Aplinkoje, kurioje bandė žudytis ar žalotis save buvo vienas, tačiau atsitiktinai buvo surastas bei suorganizuota pagalba
4. Nežino

17) Ar šiuo metu turite minčių negyventi?

1. Taip
2. Ne

18) Ar šiuo metu turite planų apie savižudybę?

1. Taip
2. Ne

19) Ar kada nors gyvenime gydėtės psichiatrinio profilio stacionare?

1. Gydėsi anksčiau, šiuo metu nesigydo
2. Gydosi reguliariai
3. Niekada nesigydė

20) Ar kada nors gyvenime gydėtės ambulatoriškai pas gydytoją psichiatrą?

1. Gydėsi anksčiau, šiuo metu nesigydo
2. Reguliariai lankosi ir gydosi
3. Gydosi esant pablogėjusiai psichikos būklei
4. Niekada nesigydė

21) Ar kada nors gyvenime esate vartojęs psichotropinius vaistus?

1. Vartojo anksčiau, šiuo metu nevartoja
2. Reguliariai vartoja vaistus
3. Vartoja esant pablogėjusiai psichikos būklei
4. Niekada nevartojo

22) Ar kada nors gyvenime mėginote žudytis?

1. Mėgino žudytis vieną kartą
2. Mėgino žudytis du kartus
3. Mėgino žudytis tris ir daugiau kartų
4. Buvę savęs žalojimosi epizodų
5. Niekada nemėgino žudytis ar žalotis

23) Nustatyta galutinė klinikinė diagnozė:

1. F 00–09 Organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai
2. F 10 Psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį
3. F 11–19 Psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant psichoaktyviąsias medžiagas
4. F 20–29 Šizofrenija ir kliedesiniai sutrikimai
5. F 30–39 Afektiniai sutrikimai
6. F 40–49 Neroziniai, stresiniai sutrikimai ir somatoforminiai sutrikimai.
7. F 50–59 Elgesio sindromai, susiję su fiziologiniais sutrikimais bei somatiniais veiksniais.
8. F 60–69 Asmenybės ir elgesio sutrikimai.
9. F 70–71 Protinis atsilikimas.