

KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS

ALGIRDAS JARAS

**PAAUGLIŲ SAVIŽUDIŠKO ELGESIO IR JO RYŠIŲ SU
PSICHIKOS SUTRIKIMAIS, ASMENYBĖS YPATUMAIS BEI
PSICHOSOCIALINIAIS VEIKSNIAIS VERTINIMAS**

Daktaro disertacija

Biomedicinos mokslai, medicina (07 B)

Kaunas, 2008

Disertacija rengta 2003-2007 metais Kauno medicinos universiteto Psichiatrijos klinikoje.

Mokslinis vadovas:

2003–2006 m. doc. dr. Diana Obelienienė (Kauno medicinos universitetas, biomedicinos mokslai, medicina - 07 B)

2006–2007 m. doc. habil. dr. Daiva Rastenytė (Kauno medicinos universitetas, biomedicinos mokslai, medicina - 07 B, visuomenės sveikata - 10 B)

SUTRUMPINIMAI

TLK-10 - Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos dešimtoji redakcija

MMPI - Minesotos visapusiškas asmenybės klausimynas (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

HAD - skalė nerimo ir depresijos simptomams vertinti (Hospital Anxiety and Depression Scale)

HAM-D-21 - Hamiltono skalė depresijos sunkumui vertinti

PSO - Pasaulinė Sveikatos Organizacija

GS - galimybių santykis

PI - pasikliautinis intervalas

lls - laisvės laipsnių skaičius

χ^2 - chi kvadratas

p - reikšmingumo lygmuo

TURINYS

1. ĮVADAS.....	5
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	8
2.1. SAVIŽUDYBĖS SAMPRATA IR DEFINICIJA	8
2.1.1. Savižudybės istoriniai aspektai.....	8
2.1.2. Savižudiško elgesio šiuolaikinė samprata	10
2.2. PAAUGLIŲ SAVIŽUDIŠKO ELGESIO EPIDEMIOLOGIJA.....	12
2.3. PAAUGLIŲ SAVIŽUDIŠKAS ELGESYS	15
2.3.1. Paauglystės fiziologiniai ir psichologiniai ypatumai	15
2.3.2. Paauglių savižudiško elgesio ypatumai	16
2.4. PAAUGLIŲ PSICHOLOGINIAI, PSICHIATRINIAI SAVIŽUDIŠKO ELGESIO RIZIKOS VEIKSNIAI	17
2.4.1. Asmenybės ypatumai ir savižudiškas elgesys	17
2.4.2. Psichikos sutrikimai ir savižudiškas elgesys	20
2.5. PSICHOSOCIALINIŲ VEIKSNIŲ ĮTAKA PAAUGLIŲ SAVIŽUDIŠKAM ELGESIUI	23
2.5.1. Šeimos psichosocialiniai veiksniai ir savižudiškas elgesys	23
2.5.2. Fizinis, seksualinis smurtas ir savižudiškas elgesys.....	25
2.5.3. Visuomenės informavimo priemonių įtaka savižudiškam elgesiui	26
3.TYRIMO METODIKA IR KONTINGENTAS	28
3.1. TIRTASIS KONTINGENTAS.....	28
3.2. TYRIMO METODAI	29
3.2. STATISTINĖ ANALIZĖ	33
4. REZULTATAI.....	34
4.1. BANDŽIUSIŲ ŽUDYTIS PAAUGLIŲ SAVIŽUDIŠKO ELGESIO SKIRTUMAI TARP LYČIŲ	34
4.2. BANDŽIUSIŲ ŽUDYTIS PAAUGLIŲ PSICHIKOS SUTRIKIMŲ PASISKIRSTYMAS TARP LYČIŲ.....	38
4.3. ASMENYBĖS YPATUMŲ ĮTAKA PAAUGLIŲ SAVIŽUDIŠKAM ELGESIUI.....	41
4.3.1. Bandžiusių žudyti paauglių asmenybės ypatumai.....	41
4.3.2. Asmenybės ypatumų įtakos paauglių savižudiškam elgesiui vertinimas	42
4.4. PSICHOSOCIALINIŲ VEIKSNIŲ ĮTAKA PAAUGLIŲ SAVIŽUDIŠKAM ELGESIUI	47
4.4.1. Psichosocialiniai veiksniai tarp bandžiusių žudyti paauglių.....	47
4.4.2. Psichosocialinių veiksnių įtakos paauglių savižudiškam elgesiui vertinimas	50
5. REZULTATŲ APTARIMAS	60
6. IŠVADOS	75
7. DISERTACIJOS TEMA SPAUSDINTŲ DARBŲ SĄRAŠAS.....	76
8. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	78
9. PRIEDAI	96

1. ĮVADAS

Darbo aktualumas. Savižudybės yra aktuali ne tik psichikos, bet ir visuomenės sveikatos problema. Bandymas pasitraukti iš gyvenimo savo noru šiuo metu yra viena iš svarbiausių pasaulio visuomenės sveikatos problemų. Pasaulio sveikatos organizacijos leidinyje apie savižudybes pateikiami tokie duomenys: kas 40 sekundžių pasaulyje nusižudo 1 žmogus, kas 3 sekundes - bando žudyti, savižudybė yra viena iš 3 dažniausių 15–35 metų asmenų mirties priežasčių, kiekviena savižudybė skaudžiai paliečia mažiausiai dar 6 asmenis [WHO, 2004].

Pagal pastarųjų metų statistinius savižudybių rodiklius Lietuva pirmauja Europoje [WHO, 2004]. Stebima tendencija, jog savižudžių amžiaus vidurkis vis mažėja. Savižudybė yra viena iš pagrindinių mirties priežasčių paauglystės laikotarpiu [Gailienė D., 1998, McClure GMG., 2001]. Lietuvoje beveik 40 proc. vienuolikos, trylikos ir penkiolikos metų paauglių galvojo apie savižudybę, yra kūrę konkrečius savižudybės planus ar bandę žudyti. Apie 62 proc. paauglių mano, kad savižudybė yra priimtinas poelgis, prieš penkerius metus tokių buvo tik 36 proc. [Žemaitienė N. ir kt., 2004]. Lietuvoje kasmet nusižudo 30-40 jaunuolių ir merginų nuo 15 iki 19 metų amžiaus. Be to, kasmet nusižudo 5-7 vaikai nuo 10 iki 14 metų [Gailienė D., 1998, Lietuvos vaikai, 2001, Žemaitienė N. ir kt., 2004]. Įvairių tyrimų duomenimis, bandymų žudyti būna 50–200 kartų daugiau nei mirtinų savižudybių [Shaffer D. et al., 1993, WHO, 2004].

Savižudybės priklauso nuo daugelio veiksnių: visuomenės, kurioje individas gyvena, struktūros, integracijos ir bendrųjų nuostatų savižudybės atžvilgiu, todėl itin sunku vertinti priežastinius ryšius [Gailienė D., 1998, Beautrais AL., 2002, Pelkonen M. et al., 2003]. Dauguma autorių savo tyrimuose kaip rizikos veiksnius nagrinėja psichosocialinius veiksnius, asmenybės ypatumus, depresiškumą. Jie minimi kaip vieni pagrindinių veiksnių, galinčių turėti įtakos paauglių savižudiškam elgesiui. Dalis tyrėjų tai sieja su sudėtingais paauglystės laikotarpio vystymosi ypatumais [Marris J., 1980]. Paauglystė dažnai įvardijama kaip kritinis amžiaus tarpsnis, kuriam būdingi fizinės, emocinės bei socialinės raidos šuoliai. Didėjantis paauglio savęs suvokimas bei auganti individualizacijos paskata natūraliai silpnina šeimos, mokyklos bei kitų palaikymo sistemų paramą, o neigiami psichologiniai bei socialiniai pokyčiai lemia dar didesnę pažeidžiamumą nuo aplinkos streso ir turi įtakos savižudiškam elgesiui [Pilkauskaitė R., 1999]. Savižudybės fenomeno neįmanoma paaiškinti kuriuo nors vienu rizikos veiksniu, išanalizuoti vienu aspektu. Nėra vienos konkrečios savižudybės priežasties. Tai lemia daug dvasinių, psichologinių, socialinių, psichopatologinių veiksnių [Aro H. et al., 1993, Brent DA. et al., 1996]. Pats procesas dažniausiai ilgalaikis, daugialypis. Tik paskutinis, lemiamas veiksmas gali pasirodyti staigiu ir visiškai netikėtu. Visų

savižudybių ypatumas – didžiulė ambivalencija, sąmoningas ar nesąmoningas svyravimas tarp prieštaringų tendencijų – noro gyventi, sulaukti pagalbos, palengvėjimo ir sykiu noro negyventi [Shaffer D. et al., 1981, Pelkonen M. et al., 2003].

Lietuvos Respublikos Vyriausybės patvirtintoje, Sveikatos apsaugos ministerijos organizuojamoje, koordinuojamoje ir kontroliuojamoje Savižudybių prevencijos programoje nurodoma viena pagrindinių savižudybių prevencijos krypčių - pagalba rizikos grupėms ir asmenims. Tikslas – rizikos grupių ir asmenų nustatymas ir veiksminga pagalba jiems. Prie šios veiklos turi kuo daugiau prisidėti bendruomenės sveikatos priežiūros, švietimo, religinių grupių, socialinės apsaugos, teisėtvarkos, krašto apsaugos ir vidaus reikalų struktūros, tarpusavyje bendradarbiaudamos. Daugiausia dėmesio turi būti skiriama visuomenės grupėms, kurioms ypač reikia pagalbos - kaimo žmonėms, vaikams ir paaugliams. Taip pat pabrėžiama mokslinių tyrimų ir analizės būtinybė [Valstybės žinios 1998, Nr.64-1842, Valstybės žinios, 2003, Nr. 36-1575].

Visuomenės psichikos sveikata tampa svarbiausia visuomenės sveikatos sudedamąja dalimi ir reikšmingiausia sveikatos bei socialinės apsaugos politikos kryptimi. Lietuva kartu su kitomis Europos valstybėmis prisijungė prie Helsinkio konferencijos dokumentų, įsipareigodama žengti kiekybiškai ir kokybiškai naujus žingsnius psichikos sveikatos politikoje. Pagal šalies sveikatos strategiją ir prioritetus, Lietuvos sveikatos programą, ypač pabrėžiama būtinybė gerinti gyvenimo kokybę. Nurodomi siekiami gyventojų sveikatos lygio rodikliai. Greta kitų svarbių sveikatos problemų (širdies ir kraujagyslių, onkologinės ligos, nelaimingi atsitikimai ir traumos, užkrečiamosios, lytiniu būdu plintančios ligos, imunoprofilaktika, burnos sveikata, diabetas) minimi psichikos sutrikimai ir savižudybės. Numatyta iki 2005 metų stabilizuoti sergamumą psichikos ligomis, iki 2010 metų sumažinti savižudybių iki vidutinio Europos rodiklio – 25 savižudybių 100 tūkstančių gyventojų [Valstybės žinios 1998, Nr.64-1842, Savižudybių prevencijos programa, 2003].

Hipotezės:

1. Berniukų ir mergaičių savižudiškas elgesys skiriasi.
2. Paauglių bandymai žudyti susiję ne tik su psichikos sutrikimais, bet ir su asmenybės ypatumais bei psichosocialiniais veiksniais.

Darbo tikslas

[vertinti paauglių savižudišką elgesį ir jo ryšius su psichikos sutrikimais, asmenybės ypatumais bei psichosocialiniais veiksniais.

Darbo uždaviniai:

1. Nustatyti paauglių savižudiško elgesio skirtumus tarp lyčių.
2. Nustatyti bandžiusių žudyti paauglių psichikos sutrikimų pasiskirstymą tarp lyčių.
3. Nustatyti asmenybės ypatumų įtaką paauglių savižudiškam elgesiui.
4. Nustatyti psichosocialinių veiksnių įtaką paauglių savižudiškam elgesiui.

Darbo mokslinis naujumas. Dabartiniu metu, paauglių ir visos populiacijos atžvilgiu, savižudiško elgesio supratimas išlieka labai ribotas. Akivaizdžių ar visuotinai priimtinių atsakymų į klausimą, kodėl asmuo nusprendžia įvykdyti savižudybę, kol kas neturime. Lietuvoje nėra atlikta pakankamai mokslinių studijų, analizuojančių priežastis, kas apsprendžia paauglių savižudišką elgesį, o atlikti moksliniai tyrimai skiriasi imtimis, metodikomis, jų interpretacijomis, duomenys gana prieštaringi. Mėginimų žudyti detalios statistikos, baigtų epidemiologinių tyrimų Lietuvoje šiuo metu nėra. Mūsų tyrimo metu, taikant daugiaveiksnių logistinės regresijos metodus, buvo įvertinti psichikos sutrikimų, asmenybės ypatumų ir psichosocialinių veiksnių ryšiai bei įtaka paauglių savižudiškam elgesiui, o tai Lietuvoje dar nebuvo atlikta.

Darbo praktinė reikšmė. Įgyvendinant savižudybių populiacinę strategiją, dirbant komandinio darbo principais su psichologais, psichiatrais, socialiniais darbuotojais, slaugos personalu ir kt., itin svarbus vaidmuo tenka gebėjimui kiek įmanoma anksčiau atpažinti ir įvertinti riziką paauglio psichosocialinėje aplinkoje, tinkamai su juo elgtis, suteikti jam kuo skubesnę pagalbą.

Savižudybes bei bandymus žudyti galima sumažinti tikslingai suplanuotomis prevencijos priemonėmis. Prevencijos veiksmingumas pastaruosius du dešimtmečius įrodytas ne vienoje pasaulio valstybėje. Labai svarbu sudaryti kuo palankesnes sąlygas vaikams ir jaunimui, efektyviai gydyti psichikos sutrikimus, kontroliuoti rizikos veiksnius. Savižudybių prevencijos programų sėkmę lemia kryptinga veikla ir informacija. Šis tyrimas padeda vertinti pagrindinius savižudybių rizikos veiksnius psichiatrijos mokslo aspektu, papildydamas mokslinio, kompleksinio požiūrio į savižudybių problemą formavimo procesą, tebevykstantį Lietuvoje ir pasaulyje.

Asmeninis indėlis. Disertacijos rengimo metu disertantas parengė tyrimo anketas, atliko tiriamųjų ir kontrolinės grupės asmenų apklausą, taikant pasirinktas metodikas, struktūravo duomenų bazę bei įvertino gautus duomenis.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Savižudybės samprata ir definicija

2.1.1. Savižudybės istoriniai aspektai

Istorijos eigoje požiūris į savęs naikinimą kito nuo visiško priimtino iki absoliutaus pasmerkimo. Savižudybės koncepcija vienoje ar kitoje kultūroje gali būti įvairi: neatleistina nuodėmė, psichiškai nesveiko poelgis, žmogaus teisė, ritualinė prievolė, neišivaizduojamas veiksmas ir t.t. Savižudybės prasmė kyla iš kultūrinio patyrimo ir apima istorinius, emocinius ypatumus, simbolizuojančius savižudybę tam tikrai kultūrinei grupei.

Kai kuriose kultūrose savižudybė buvo toleruojama. Gotai ir keltai tikėjo, kad mirti natūraliai yra gėdinga; vikingai, pralaimėję mūšį, nusižudydavo kardų, arba šokdavo nuo uolų. Kai kuriose eskimų bendruomenėse buvo tikima, kad yra geriau nusižudyti prieš nusilpstant, nes kitą gyvenimą žmogus tęsia tokios būklės, kokios palieka šį. Kai kuriose tautose buvo reikalaujama, kad žmonos ir tarnai, mirus šeimininkui, taip pat nusižudytų, kad galėtų patarnauti savo šeimininkui ir po mirties [62, 176].

Ankstyvuosiuose rytiečių raštuose savižudybė vertinama prieštaringai: skatinama ir smerkiama. Senovės Kinijoje našlės pasiaukojimo ritualas buvo įprastas kaip ir Indijoje. O Japonijoje tarp samurajų, profesionalių feodalinės Japonijos karių, „seppuku“ buvo įtrauktas į etikos kodą, kuris reikalavo, kad karys atimtų sau gyvybę, sektų savo mirusį poną į kitą gyvenimą, kad taip atgautų garbę. Islamas griežtai smerkė savižudybę kaip Dievo valios nepaisymą [62, 176].

Pirmą kartą senovės Egipto rašytiniuose šaltiniuose savižudybė paminėta maždaug prieš 4000 metų. Egiptiečiams ji buvo priimtina, mirtį jie laikė tik kelione iš vieno gyvenimo į kitą, taip pat būdu išvengti nepakeliamo skausmo ar susigražinti garbę. Senovės Graikijoje ir Romoje požiūris į savižudybę buvo įvairus - žemesniųjų klasių atstovai žiūrėjo su siaubu ir pasmerkimu, o aukštesnės klasės buvo tolerantiškesnės ir palankesnės. Sokratas teigė, kad žmogus priklauso Dievui, o savižudybė yra Dievo nuosavybės sunaikinimas. Aristotelis ir Platonas smerkė savižudžius, bet numatė ir išimtis, tokias kaip nepakenčiama gėda, neišvengiama nesėkmė, ypatingas sielvartas [176].

Romos imperijos laikotarpiu pasitaikydavo savanoriškos kankinystės atvejų, siekiant išvengti nuodėmių ir patekti pas Dievą. Kankinystė garantuodavo visų iki mirties padarytų nuodėmių atleidimą, be to kankinių šeimos nariais iki mirties rūpindavosi bažnyčia [176, 247].

Ketvirtajame amžiuje prieš mūsų erą, sumažėjus Romos įtakai, bažnyčios požiūris pasikeitė, tapo labiau priešiškas, nuo nepritrimo iki pasmerkimo. Šv. Augustinas IV – ajame

amžiuje savižudybę įvardino kaip žmogžudystę, teigė, kad žmogus neturi teisės, atimti gyvybės nei kitam, nei pačiam sau; kančias ir skausmus siunčia Dievas ir juos būtina iškęsti; savižudybė yra baisiausia nuodėmė. Vėlesniuose amžiuose savižudybė buvo smerkiama, nebuvo leidžiama savižudžių laidoti kapinėse, laikyti mišių už nusižudžiusiojo sielą, savižudis savo šeimai užtraukdavo didelę gėdą. Tryliktame amžiuje Tomas Akvinietis apibendrino bažnyčios poziciją, teigdamas, kad savižudybė yra didžiausia blogybė, nes žmogus yra sukurtas Dievo ir tik Dievas gali nuspręsti gyventi ar mirti žmogui [176].

Renesanso ir reformacijos laikotarpiu (XV–XVII a.) požiūris į savižudybę pradėjo keistis. Vokiečių reformatorius Martinas Liuteris kėlė asmens atsakomybės, absoliutizmo ir paklusnumo, reikalaujamo bažnyčios, klausimus. Italijoje renesanso laikotarpiu daugelis rašytojų švelnino absoliutų savižudybės pasmerkimą. Anglų poetas John Donne laikomas pirmuoju teisės į savižudybę gynėju Anglijoje. Aštuoniose Šekspyro dramose yra net keturiolika savižudybių, daugiausia nusižudžiusiųjų iš aukštesnės klasės, žemesnėse klasėse ir toliau buvo laikomasi papročio smerkti ir net darkyti nusižudžiusiųjų kūnus. Rašytojai ir filosofai aštuonioliktame – devynioliktame amžiuje daug diskutavo apie savižudybes. Kai kurie į savižudžius žiūrėjo su užuojauta ir bandė atkreipti dėmesį į individo teises, pvz.: anglų dvasininkas Robert Burton „Anatomy of Melancholy” (1621), škotų filosofas ir istorikas David Hume „An Essay on Suicide (1773)” [62, 176]. Kiti dėstė argumentus, tokius kaip pareiga valstybei, kančios dorybė, atsakomybė prieš šeimą, gyvybės išsaugojimas yra pirminis įstatymas. Iš šios grupės žymiausias buvo vokiečių filosofas I. Kantas.

Devynioliktame amžiuje bandymus žudyti vis dažniau pradėta sieti su psichikos ligomis, tai dažniausiai buvo slepiama, ypač aukštesniuose sluoksniuose. Išlikę gyvi po bandymo žudyti, patirdavo didelę gėdą ir jų šeimos padėtis visuomenėje labai nusmukdavo. Daugelyje šalių savižudybės buvo laikomos net kriminaliniu nusikaltimu [176].

Kaip rodo istoriniai šaltiniai, senosios lietuvių ir kitų baltų genčių tradicijos tam tikrais atvejais savižudybę toleravo ar net laikė pageidaujama. Vėlesnė istorinė šalies raida formavo savas, specifines nuostatas ir tradicijas. Atsargi lietuvių nuostata savižudybės atžvilgiu susiformavo jau pagoniškuose tikėjimuose ir dar sustiprėjo atėjus krikščionybei. Europoje, įsigalėjus katalikų bažnyčiai, į savižudybes buvo žiūrima neigiamai [62].

Tarpukario laikotarpiu nepriklausoma Lietuvos valstybė buvo katalikiška Europos šalis su ypač mažu savižudybių skaičiumi, panašiai kaip ir Lenkija. Iki Antrojo pasaulinio karo savižudybių pasitaikydavo palyginti retai (1924 m. 10 tūkst., gyventojų teko 0,5, o 1937 m. – viena savižudybė). Jau tada žmonės dažniausiai nusižudydavo pasikardami, bet pasitaikydavo ir tyčinių susižalojimų šaunamaisiais ginklais bei nusinuodijimų [244]. Lyginant prieškarinius Lietuvos duomenis su tų pačių metų Vengrijos ir Estijos duomenimis, matyti, kad Lietuvoje

savižudybės buvo kelis kartus retesnės. Tačiau po karo savižudybių skaičius pradėjo smarkiai didėti [81]. 1984 m. savižudybių rodiklis buvo 36/100000 gyventojų. Nuo 1990 iki 1995 metų savižudybių skaičius išaugo beveik dvigubai (1990 m. – 26,9/100000 gyventojų; 1995 m. – 46,8/100000 gyventojų), 1995-1999 metais kiek sumažėjo (1999 m. – 41,8/100000 gyventojų), nuo 2000 metų vėl palaipsniui auga - 2004 metais 44,6/100000, ir iki šiol Lietuvos savižudybių rodikliai lieka vieni didžiausių pasaulyje [153, 262].

2.1.2. Savižudiško elgesio šiuolaikinė samprata

Albert Camus teigė, kad savižudybė yra pats fundamentaliausias iš visų filosofinių klausimų. Galbūt žudytis mėginantis asmuo negalvoja apie savo sprendimą, kaip apie filosofinį klausimą, tačiau jo aplinkos reiškinių įtakotas požiūris į gyvenimą ir mirtį, neabejotinai lemia požiūrį į pačią savižudybę, tuo pačiu liesdamas ir jo/jos asmeninį sprendimą. Kanados tyrėjas Menno Boldt nurodo tai, kaip labai svarbų momentą, teigdamas, kad „plačiai naudojami apibrėžimai turi mažai aktualumo savižudiško individo apsisprendimo procesui, kita vertus, savižudybės prasmė yra kritinis momentas, siekiant suvokti individo apsisprendimo procesą” [31].

Savižudybės prasmė, tikslinant ir klasifikuojant pačią savižudybę, netelpa į universalius psichologinius kriterijus: ji nurodo kaip priimama savižudybė esamoje kultūrinėje terpėje ir kaip tai susiję su egzistuojančiomis vertybėmis.

Savižudybe buvo laikomas savavališkas gyvenimo nutraukimas. Istorijos bėgyje šis veiksmas buvo vadinamas įvairiais vardais. Plačiai naudotas 1967 m. Erwin'o Stengel'o apibrėžimas, savižudybę apibrėžia kaip „mirtiną savęs sužalojimo aktą, esant sąmoningiems ketinimams save sunaikinti” [242].

Laikui bėgant šie apibrėžimai buvo kritikuojami kaip nepakankamai tikslūs, netinkami moksliniams tyrimams. Savo knygoje “Savižudybės apibrėžimas” Edwin Shneidman teigė, kad „išminties šaltinis glūdi aiškiose, konkrečiose sąvokose: tikslumas yra išeities pradžia”. Argumentuodamas, kad nei vienas iš iki tol vartotų apibrėžimų nėra pakankamai geras, kad leistų suvokti ir įtakoti egzistuojantį fenomeną, E. Shneidman 1994 m. į savo apibrėžimą įtraukė tokius aspektus, kaip ketinimas ir motyvacija, teigdamas:

„savižudybė yra sąmoningas, paties sukeltas susinaikinimas, geriausiai suprantamas kaip savitas, daugialypis sutrikimas, kurio metu asmuo savižudybę suvokia kaip geriausią priemonę esamoms problemoms išspręsti” [232].

Nepaisant nesutarimų, egzistavo bendras požiūris, pagal kurį tik sąmoningas, apgalvotas, tyčinis veiksmas yra laikomas savižudišku. Vyko diskusija, ar motyvai, pateisinimas ir tokia sąvoka kaip “mirties troškimas” turėtų būti apibrėžimo dalimi. Problema

tame, kad savižudybė buvo laikoma mirties būdu, o į mirtį galima žvelgti kaip į tikslą ir kaip į priemonę tikslui pasiekti. Argumentas prieš motyvų (tokių kaip siekis numirti) įtraukimą į apibrėžimą buvo tai, kad po mirties neįmanoma nustatyti jokių savižudybę paskatinusių priežasčių, ar įrodyti, kad egzistavo ir buvo pakankamai stiprus mirties troškimas. Be to, daugelis suicidologų mano, kad beveik visi savižudiški poelgiai yra lydimi mažiau ar daugiau išreikšto dvilypumo, ir, kad daugeliu atvejų asmuo nori ne mirti (nežvelgia į mirtį kaip į tikslą), o nori nustoti gyventi, ar, dar tiksliau, siekia nustoti būti sąmoningu (suvokia mirtį, kaip priemonę tikslui pasiekti).

1960-aisiais Erwin Stengel teigė, kad žmonės, kurie nusižudo, ir tie, kurie, nesėkmingai mėgina tai padaryti, sudaro dvi skirtingas grupes, kuriose yra gana išreikštas pasiskirstymas pagal amžių ir lytį. Jaunesni žmonės, ypač moterys, dažniau patenka į mėginusių žudyti, tačiau nusižudžiusių grupę [242]. Siekdami įrodyti, kad abi šios grupės skiriasi pagal tikslus bei motyvus, Kreitman ir kiti pasiūlė terminą parasuicidas, kuris turėjo pakeisti terminą “mėginimas nusižudyti”, tuo pačiu pabrėžiant, kad skirtumas tarp nusižudžiusių ir mėginusių tai padaryti nėra vien save žalojančio elgesio baigties klausimas [30, 140].

1986 metais PSO Europos regiono valdybos sudarytos Savižudybių ir mėginimų nusižudyti prevencinės praktikos veikimo grupės (Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide) susitikime Niujorke, dalyviai iš 15 Europos šalių aptarė mirtino ir nemirtino savižudiško elgesio sąvokų svarbą. Buvo susitarta ir priimta apibrėžimus formuluoti taip:

„Savižudybė yra mirtimi pasibaigęs, sąmoningai ir apgalvotai inicijuotas bei atliktas poelgis, kuriuo asmuo siekė realizuoti geidžiamus pokyčius, žinodamas ar tikėdamasis mirtinos poelgio baigties” [263].

Šiame apibrėžime nėra nieko apie “ryžtą numirti” ar poelgio letalumą, tačiau jis išskiria asmenis, kurie nesuvokia ar yra neįgalūs suvokti potencialų letalumą, pvz.: asmuo sergantis psichoze, kuris iššoka per langą, tikėdamas, kad gali skraidyti.

Daug sunkiau apibrėžti nemirtinus mėginimus nusižudyti. Didėjantis mėginimų žudyti dažnis parodė, kad nesėkminga savižudybė yra reiškinys, toli nutolęs nuo nemirtinų mėginimų žudyti. Mėginimas žudyti naudojamas ne kaip siekis numirti, o kaip galimybė gyventi palankesnėmis sąlygomis, jis priimamas kaip pagalbos šauksmas ir bandymas sukelti norimus pokyčius aplinkoje. PSO Europos regiono valdybos sudaryta Savižudybių ir mėginimų nusižudyti prevencinės praktikos veikimo grupė (Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide) mėginimą žudyti apibrėžė taip:

„Mėginimas žudyti (parasuicidas) yra ne mirtimi pasibaigęs, sąmoningas ir apgalvotas poelgis, kuomet be kitų pagalbos ir įsikišimo susižalojama ar nuodijamasi, siekiant ne mirti, o realizuoti norimus tikslus” [263].

Mėginimo žudyti apibrėžimas apima bandymus, kurių metu iki realios žalos sau padarymo, galimas ir kito asmens įsikišimas (pvz.: asmuo patraukiamas nuo bėgių prieš traukinio atvykimą). Tačiau apibrėžimas išskiria asmenis, kaip ir savižudybės atveju, kurie save susižaloja, nesuvokdami savo poelgio pasekmių, pvz.: sergant sunkiu psichikos sutrikimu.

Šie apibrėžimai yra patvirtinti ir naudojami daugumoje Europos šalių.

2.2. Paauglių savižudiško elgesio epidemiologija

Savižudybė yra viena pagrindinių sveikatos problemų jaunų žmonių populiacijoje. Nors įvairiose šalyse vaikų ir paauglių savižudybių dažnis skiriasi, tačiau daugelyje Vakarų ir Europos šalių, tame tarpe ir Lietuvoje, savižudybė yra viena pagrindinių paauglių mirties priežasčių [81, 171]. Remiantis PSO statistika, bendras pasaulinis savižudybių dažnis 100000 gyventojų, 5-14 metų amžiaus kategorijoje, yra 0,5 tarp mergaičių ir 0,9 tarp berniukų. Atitinkamai, 15-24 metų amžiaus kategorijoje - 12 tarp moteriškos ir 14,2 tarp vyriškos lyties [262]. 2004 metais Lietuvoje, 5-14 metų amžiaus kategorijoje, savižudybės dažnis 100000 gyventojų siekė 1,6, 15-24 metų – 25,4 [262]. Tai yra vieni didžiausių skaičių visoje Europoje.

Vertinant PSO duomenų pasiskirstymą pagal regionus, kiekviename regione, išskyrus Europos, didžiausius savižudybių rodiklius turi salų valstybės – Kuba, Japonija, Mauricijus ir Šri Lanka. Mažiausias savižudybių dažnis - Rytų Viduržemio regione, kuris apima Islamo tikėjimo šalis. Šių musulmoniškų šalių bendras savižudybių rodiklis yra artimas nuliui (pvz.: Kuveite 100000 gyventojų tenka 0,1 savižudybės per metus). Savižudybių rodiklis yra mažas pietinėse Europos šalyse (Italijoje, Graikijoje, Ispanijoje) ir Šiaurės Europoje (Airijoje), kur stipri Katalikų Bažnyčios įtaka. Budizmą, induizmą išpažįstančiose šalyse savižudybės dažnis yra gerokai didesnis [262]. Šiose šalyse savižudybės koncepcija suvokiama skirtingai nei šalyse, kurių religiją ją laiko tabu.

Per pastaruosius 20 metų atlikta nemažai tarptautinių studijų, tiriančių paauglių mirtingumo dėl savižudybės tendencijas [66, 142, 147, 221]. Vaikų ir jaunimo savižudybių ir bandymų žudyti skaičius didėja daugelyje išsivysčiusių šalių [20, 22, 110, 130, 132, 155, 177, 197]. Nuo 1990 metų tyrėjų dėmesį traukia didėjantis paauglių savižudybių skaičius buvusios Tarybų Sąjungos šalyse [143, 165, 252, 259].

Pagal pastarųjų metų statistinius rodiklius Lietuva pirmauja Europoje. Per 30 metų vaikų nuo 5 iki 14 metų amžiaus savižudybių padaugėjo 8 kartus. Lietuvoje kasmet nusižudo 30-40 vaikų ir merginų nuo 15 iki 19 metų bei 5–7 vaikai nuo 10 iki 14 metų [81]. Lietuvoje savižudybė yra viena pagrindinių mirties priežasčių paauglystės laikotarpiu. 10-19 metų amžiaus grupėje savižudybės užima 2-3 vietą tarp mirties priežasčių, pradeda vyrauti jaunimo mirtingumo dėl išorinių priežasčių struktūroje [81, 153, 266]. Amžiaus grupėje iki septyniolikos metų 100 000 gyventojų 1998 m. teko 2,7, 1999 m. – 3,5, 2000 m. – 3,7 savižudybės [153].

Per pastarąjį dešimtmetį paauglių savižudybių skaičius įvairiose pasaulio šalyse kito nevienodai. Kai kuriose Europos šalyse, Naujojoje Zelandijoje, Australijoje paauglių savižudybių skaičius itin išaugo. Šio skaičiaus padidėjimas yra susijęs su didėjančiu vyriškos lyties asmenų savižudybių skaičiumi [61, 171, 254]. Anglijoje, 15-19 metų asmenų grupėje, savižudybių skaičius taip pat išaugo, tuo tarpu 10-14 metų amžiaus grupėje nebuvo jokių reikšmingų pokyčių [171]. Švedijoje nuo praėjusio amžiaus septintojo dešimtmečio fiksuotas paauglių savižudybių atvejų skaičiaus didėjimas tarp vyriškos lyties paauglių, 1990-aisiais metais stabilizavosi ir nuo to laiko nekito [4].

Pastebėta, kad savižudiškas elgesys turi polinkį plisti ir telktis tam tikroje populiacijoje [112, 256]. Savižudybės telkinys yra suprantamas kaip tam tikru laiku ir tam tikroje geografinėje vietoje atsirandanti savižudybių agregacija, viršijanti (paprastai, tris ir daugiau kartų) statistiniais paskaičiavimais tikėtiną savižudybių skaičių [87, 100]. Savižudybės telkiniai būdingi paaugliams. Savižudybės telkiniai yra reti (sudaro maždaug 5 proc. visų paauglių savižudybių), greičiausiai dėl to, savižudiško elgesio telkimosi mastai nėra gerai ištirtinėti [101, 183].

Ryškėja tendencija, jog savižudybių amžiaus vidurkis vis mažėja [81]. Vaikų ir paauglių tarpe egzistuoja tiesioginė priklausomybė tarp amžiaus ir savižudybės dažnio. Savižudybė išlieka gana retu reiškiniu vaikystėje, tačiau vyresnio amžiaus paauglių tarpe jos dažnis didėja [107].

Ypatingą visuomenės susirūpinimą kelia didėjantis savižudybių skaičius, ypač tarp vyriškos lyties paauglių [42, 111, 129, 171]. Pagal Pasaulinės Sveikatos Organizacijos (PSO) apskaičiavimus, industrinėse valstybėse jauni vyrai nusižudo apie 4 kartus dažniau nei to paties amžiaus moterys [262]. Didžiausias vyriškos lyties paauglių savižudybių dažnis stebimas Baltijos šalyse (iš jų didžiausias Lietuvoje), Rusijos Federacijoje, Naujojoje Zelandijoje ir Suomijoje. Skirtumai tarp šalių dalinai paaiškinami kultūriniais veiksniais, suvartojamo alkoholio kiekiu, taip pat požiūriu į savižudybę [202, 253]. Nors daugelyje pasaulio šalių vyriškos lyties atstovai savižudybių skaičiumi lenkia moteris, tačiau kai kuriose

šalyse, yra atvirkščiai, pvz.: Kinijoje moterų savižudybių skaičius lygus, ar net lenkia vyrų savižudybių skaičių [262]. Pastarųjų metų tyrimų duomenys rodo, kad savižudybės rizikos veiksniai Azijos šalyse yra panašūs kaip ir Vakarų šalyse, tačiau gali būti, kad Kinijoje atliktų tyrimų duomenys leidžia pritarti ir kultūrinių ypatumų, tokių kaip žemesnė nei vyro moters visuomeninė padėtis, įtakos svarbai [51, 198].

Tyrimų duomenimis, bandymų žudyti būna 50-200 kartų daugiau nei mirtinų savižudybių [225]. Paauglių ir jaunuolių apklausų duomenys rodo, kad mintys apie savižudybę, autodestruktyvūs veiksmai ir savižudybė dažniausiai keičia vienas kitą, sudarydami hierarchišką visumą [22, 81, 132, 145, 188, 208].

Užsienyje atliktų anoniminių paauglių apklausų duomenimis, apie savižudybę būna galvoję apie 20-30 proc. paauglių, nuo 2 iki 12 proc. jaunų žmonių teigia, kad yra bandę žudyti [22, 94, 110, 132]. Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 metų duomenimis, apklausus 14-21 metų amžiaus jaunuolius paaiškėjo, kad apie savižudybę galvoja 29-60 proc. asmenų, ketino žudyti 7,5-9 proc. jaunuolių, o 7,5 proc. mėgino tai padaryti [153].

Įrodyta, kad suicidinių minčių bei ketinimų rizika didėja didėjant jaunuolių amžiui. Suicidinių minčių dažniau turi merginos. Tačiau kuo amžius vyresnis, tuo daugiau vaikinų linkę į šias mintis, ir, sulaukus 21 metų amžiaus, merginos tik 1,3 karto dažniau nei vyrai svarsto apie savižudybę. Suicidinių ketinimų taip pat dažnėja su amžiumi, ir jų taip pat dažniau turi merginos. Yra nemažai įrodymų, jog dauguma jaunuolių bandymų žudyti baigiasi tik su nežymiomis fizinėmis pasekmėmis ir nėra susiję su rimtu ketinimu numirti [78]. Tačiau didelė rizika, kad dalis jaunuolių, turinčių nuolatinių suicidinių minčių ir rimtų ketinimų, ateityje įvykdys savižudybę. Merginos dažniau turi suicidinių minčių bei ketinimų, tačiau daugelyje šalių dažniau nusižudo vaikinai [7].

Daugiau kaip dešimtmetį atliekami Lietuvos moksleivių sveikatos ir gyvenamosios tyrimai rodo, kad šalies paauglių suicidiškumo rodikliai yra aukštesni nei paminėtieji. Pavyzdžiui, 1998 metų tyrimo duomenimis, beveik 40 proc., vienuolikos, trylikos ir penkiolikos metų paauglių buvo galvoję apie savižudybę, kūrę konkrečius planus ar bandę žudyti [266]. 2002 metų PSO Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) metodika atliktos apklausos duomenys rodo, kad moksleivių suicidinių polinkių dažnis kiek sumažėjo (suicidiniai polinkiai būdingi trečdaliui (32,5 proc.) vienuolikos, trylikos ir penkiolikos metų amžiaus moksleivių), o paplitimo ypatumai panašėja į kitose Europos šalyse nustatomus dėsningumus: galvojančių ir bandančių žudyti paauglių skaičius didėja su amžiumi, mergaičių suicidiškumo rodikliai beveik du kartus aukštesni nei berniukų. Suicidiškumo rodiklių sumažėjimą lėmė teigiami poslinkiai moksleivių, kurie „kartais“ pagalvoja apie savižudybę

grupėje; tačiau didelė suicidine rizika pasižyminčių (dažnai galvojančių apie savižudybę, planavusių ir bandžusių žudyti) moksleivių skaičius išlieka nepakitęs ir didelis. Tokie moksleiviai sudaro apie dešimt procentų [266].

Tarptautinius savižudybių dažnio skirtumus neabejotinai įtakoja ir klasifikacijų skirtumai (t.y. savižudybės kaip mirties priežasties nurodymas mirties liudijime). Nors bendrai tarptautinių savižudybės duomenų patikimumas laikomas aukštu, duomenų surinkimo metodų įtaka taip pat turėtų būti pasverta interpretuojant duomenis [48].

2.3. Paauglių savižudiškas elgesys

2.3.1. Paauglystės fiziologiniai ir psichologiniai ypatumai

Paauglystė – tai fizinio, emocinio ir socialinio brendimo laikotarpis. Greitas fizinis augimas, ryškūs fiziniai ir psichologiniai pokyčiai gali įtakoti paauglių fizinę ir psichinę sveikatą. Paauglystė dažnai įvardijama kaip kritinis amžiaus tarpsnis, kuriam būdingi fizinės, emocinės ir socialinės raidos šuoliai. Vystantis sugebėjimui abstrakčiai mąstyti, paaugliui tampa ypatingai svarbu išsiaiškinti, kas jis yra ir koks turėtų būti jo vaidmuo visuomenėje. Sėkmingas šio laikotarpio krizės sprendimas veda į pasitikėjimą savimi, supančia aplinka ir ateitimi, o nesėkmingas – į tam tikrą „vaidmenų sumaištį“. Tokiam jaunuoliui sunku adekvačiai suvokti save, įsisavinti suaugusiųjų vaidmenis. Maris J. apibrėžia paauglystę kaip laikotarpį, pažymėtą kraštutinumais, sumaištimi, didelėmis ambicijomis [159].

Dėl hormoninių reakcijų pokyčių bręstančiame kūne paaugliai gali tapti labai jautrūs ir irzlūs, audringai reaguoti. Paaugliams būdingas nesantūrumas, dažna ir greita nuotaikų kaita gali turėti aiškų fiziologinį pagrindą, nepriklausantį nuo jų pačių valios. Paauglį gali neigiamai paveikti gausybė išpūdžių, stiprūs nerviniai sukrėtimai, ilgai lauktas jaudinantis įvykis. Paauglių nervų sistema dar ne visada pajėgi atlaikyti stiprius ar ilgalaikius monotoniškus dirgiklius, todėl dažnai tokiais atvejais pradeda veikti slopinimas [194].

Paauglių psichologinė savijauta priklauso ir nuo santykių su tėvais [2, 25, 28, 37, 67, 75, 92, 97, 131, 134, 150, 151, 163, 178, 234, 235, 245, 248, 249]. Tėvų nesantaika bei kitos šeimoje kylančios problemos gali tapti psichologinių rūpesčių šaltiniu paauglystėje [132, 133, 194]. Tėvų elgesys ir požiūris į vaikus lemia, kaip lengvai paauglys išsiugdys įvairius įgūdžius, įgis savarankiškumo, pasitikėjimo savo jėgomis, suformuos teigiamą savęs vertinimą. Tėvų grubumas ir nesupratingumas, savo pareigų nevykdymas, tolerancijos stoka gerokai apsunkina paauglių gyvenimą ir sukelia psichologinių sunkumų [125].

Paauglio socialiniam gyvenimui ir adaptacijai labai daug įtakos turi bendraamžiai [132, 194, 210, 265, 266]. Paaugliui yra svarbu, kad bendraamžių grupė jį priimtų, mėgtų ir laikytų geru socialiniu partneriu. Tai priklauso nuo tarpusavio bendravimo stiliaus, paauglio vardo,

fizinio patrauklumo, padėties jo šeimoje ir kt. Tie, kuriuos savoji grupė atmeta, dažniausiai turi didesnių ar mažesnių psichologinių nesklandumų. Bendraamžių grupės atmetimas sietinas su paauglio konfliktiškumu, agresyvumu, itin aktyviu elgesiu ar kt. nebrandaus bendravimo formomis. Toks paauglys gali turėti kognityvaus sugebėjimo trūkumą. Kai paauglys yra atsiribojęs nuo bendraamžių, nenori bendrauti – tokia situacija palanki psichologinėms problemoms atsirasti. Atstumtieji buriasi į asocialias grupes, kur, veikiant asocialių paauglių tarpusavio pastiprinimo, spaudimo ir modeliavimo mechanizmams, formuojasi įvairios atstumtų paauglių asocialaus elgesio formos [194].

Šiuolaikinėje visuomenėje, vykstant dideliems ekonominiams ir technologiniams pokyčiams, paaugliui pateikiama daugybė prieštaringų vertybių [124]. Gilėjantis paauglio savęs suvokimas bei stipresnė individualizacijos paskata natūraliai silpnina šeimos, mokyklos bei kitų palaikymo sistemų paramą, o nepalankūs psichologiniai bei socialiniai pokyčiai lemia dar didesnę pažeidžiamumą streso sąlygomis ir turi įtakos savižudiškam elgesiui [13, 35, 226]. Paauglystės metais savižudybių ir suicidinių bandymų rizika ypač padidėja [171]. Kai kurie autoriai teigia, kad vaikai yra dalinai apsaugoti dėl nepakankamos kognityvinės brandos, reikalingos išgyventi beviltiškumo jausmus ir suplanuoti sėkmingą savižudišką veiksmą [223]. Manoma, kad asmenys, nusižudę ankstyvoje jaunystėje, buvo fiziškai ir pažintine prasme labiau subrendę nei dauguma jų bendraamžių [226].

2.3.2. Paauglių savižudiško elgesio ypatumai

Savižudybės būdo pasirinkimui įtakos turi lengvai prieinamos priemonės [45, 190].

Pasaulyje labiausiai paplitęs savižudybės būdas tarp vyriškos lyties paauglių yra korimasis, nusižudymas šaunamuoju ginklu bei mirtis kvėpuojant automobilio išmetamosiomis dujomis. Vyriškos lyties paaugliai nusižudo dažniau galimai dėl to, kad jų naudojami metodai staigiau sukelia letalias išėitis. Nuodijimasis psichotropinėmis medžiagomis yra labiausiai paplitęs būdas tarp mergaičių ir, tuo pačiu, yra dažniausia rimto, tačiau nesibaigiančio mirtimi mėginimo žudytis priemonė. Šis metodas, nepaisant savo didelio toksiškumo, yra sąlyginai lėtas ir mažo letalumo, tuo pačiu išgyvenimo šansai, lyginant su vaikinų naudojamomis intensyviomis, staigiau veikiančiomis priemonėmis, yra didesni [26, 46, 182, 220, 231].

Per keletą pastarųjų dešimtmečių, išaugo nusižudymų pasikariant ir nusinuodijant automobilių išmetamosiomis dujomis skaičius, o nusižudymų perdozuojant tam tikrų medžiagų ar nusišaukant skaičius sumažėjo [220, 231].

Lietuvoje besizudantys renkasi itin agresyvius savižudybės būdus, tačiau, kaip ir daugelyje kitų šalių, vyrai dažniau pasirenka agresyvesnius, o moterys mažiau agresyvius būdus, pasižyminčius mažesniu mirštamumu [190].

Kai kurių autorių nuomone, pasiskirstymas tarp lyčių savižudybės ir mėginimo žudyti atvejais yra įtakotas moteriškos ir vyriškos lyties paauglių skirtingų savižudiško elgesio tikslų [237]. Galbūt merginos tikslingai naudoja mažiau letalius, tačiau pavojaus iliuziją sukuriančius metodus, kadangi dažnai jų tikslas yra atkreipti dėmesį į save ir savo sunkią padėtį, o ne numirti. Tokią nuomonę įtakoja faktas, kad prieš 20 metų naudotus perdozavimo atveju pavojingus barbitūratų ir migdomuosius pakeitus naujesniais, kliniškai saugesniais vaistais, moterys nepakeitė savižudybės priemonių į labiau letalias, tradiciškai vyrų naudojamas priemones [45, 46, 182].

Tikėtina, kad galimas šališkumas, tendenciškumas patvirtinant ir klasifikuojant mirties priežastis, gali sąlygoti savižudiško elgesio tariamus skirtumus tarp lyčių [154, 181]. Diskutuojama, kad visi moterų savižudybės atvejai neužfiksuojami, kadangi jos kaip metodą pasirenka nusinuodijimą, o tai ne visada identifikuojama kaip savižudybė.

Nors dažnai bandoma paaiškinti, kad savižudiško elgesio skirtumai tarp lyčių didžiąja dalimi nulemti savižudybės metodo pasirinkimo, detalūs tyrimai rodo, kad problema yra daug sudėtingesnė ir kelianti diskusijų [7].

Lietuvoje savižudybės būdų priklausomumas nuo amžiaus yra mažesnis negu nuo lyties. Vaikai ir paaugliai, ypač mergaitės, dažniau nei suaugusieji nuodijasi medikamentais ir kt. medžiagomis. Tyrėjai pastebi pasikirimų dalies didėjimo tendencijas didėjant amžiui. Vaikų ir paauglių bandymų pasikarti dažnėja, ypač jų daugėja tarp mergaičių [190, 231]. Lengvai prieinamos priemonės, reikalingos pasikirimui, ir didelis mirštamumas neabejotinai sąlygoja didelį savižudybių paplitimą Lietuvoje. Savižudybės pasikariant kelia didelį rūpestį, nes tam reikalingos priemonės yra beveik nekontroliuojamos [190].

2.4. Paauglių psichologiniai, psichiatriniai savižudiško elgesio rizikos veiksniai

2.4.1. Asmenybės ypatumai ir savižudiškas elgesys

Nepaisant didelio susidomėjimo kaip asmenybės ir elgesio ypatumai gali įtakoti savižudišką elgesį, bandymai tirti asmenybę, naudojant įvairius klausimynus, bei atliktų tyrimų duomenys apie konkrečių asmenybės ypatumų įtaką yra negausūs, jų patikimumas kelia abejonių. Tai kyla iš metodologinių sunkumų: asmenybės charakteristikų protokolai gali būti iškraipomi esamos psichikos būklės (pvz.: depresijos); jaunų žmonių asmenybės charakteristika gali būti ne tokia aiški, galutinai susiformavusi kaip vyresnio amžiaus žmonių; diagnostškai gali būti sunku diferencijuoti psichikos sutrikimo formuojamą ir asmenybės

charakteristikų nulemtą elgesį bei pamatuoti šių dviejų rizikos veiksnių komorbidiškumo laipsnį. Šioje srityje yra didelis tolimesnių kontroliuojamų ir ilgalaikių tyrimų poreikis [80].

Tam tikri asmenybės bruožai yra susiję su savižudišku elgesiu ir dažnai įvardijami kaip predisponuojantys veiksniai. Tyrimai, nagrinėjantys paauglių savižudybių ir savižudiško elgesio sąsajas, bando įvertinti tokius asmenybės ypatumus ir jų svarbą: žemą savigarbą, išorės kontrolės poreikį, beviltiškumą, introversiją, neurotiškumą, impulsyvumą, nerūpestingumą, agresiją ir impulsyvų smurtą, nerimą ir pyktį, nepasitenkinimą, socialinį neadekvatumą ir nesugebėjimą įvertinti kito asmens veiksmų pasekmes [14, 24, 28, 37, 49, 55, 60, 65, 90, 95, 126-128, 133, 136, 139, 148, 163, 184, 187, 192, 224, 235, 239, 243].

Kai kurie tyrėjai teigia, kad paauglių savižudišką elgesį dažniau lemia asmenybės sutrikimai. Sadomazochistinė fiksacija bei savęs nemylėjimas, susiformavę dar vaikystėje, sąlygoja asmenybės sutrikimų vystymąsi ir vėliau paskatina savižudišką paauglių elgesį [203].

Pastebėta, kad paauglių antisocialus ir savižudiškas elgesys yra dažnai tarpusavyje susiję. Antisocialus elgesys – tai plati elgesio nukrypimų sritis, atspindinti socialinių normų pažeidimą, veiksmus, nukreiptus prieš kitus žmones, ar abu šiuos elgesio tipus [206]. Paauglių psichiatrijoje antisocialiam elgesiui priskiriami tokie poelgiai: melavimas, neklusnumas, pamokų praleidinėjimas, bėgimas iš namų, piktnaudžiavimas, padeginėjimas, vandalizmas, vagystės, smurtas prieš žmones [251]. Kartais antisocialus elgesys yra tapatinamas su delinkventiniu elgesiu. Tačiau delinkventinį elgesį galima apibūdinti kaip psichologinį polinkį pažeisti egzistuojančias elgesio normas. Delinkventinis elgesys – tai smulkūs nusižengimai, moralinių elgesio normų pažeidimai, kurie nesukelia didelio pavojaus ir nepadarо didelės žalos [251]. Antisocialus elgesys gali pasireikšti paaugliams, turintiems suicidinių minčių, bandžiusiems žudyti arba nusižudžiusiems. Antisocialaus elgesio sutrikimas dažniau pasitaiko tarp vyriškos lyties paauglių [33, 168, 224]. Antisocialus elgesys (įskaitant kompulsyvų elgesio, prieštaraujančio neklusnumo sutrikimus ir antisocialų asmenybės sutrikimą) tarp paauglių savižudybės riziką didina 3-6 kartus [38, 224].

Elgesio sunkumai, tokie kaip mokyklos nelankymas, bėgimai iš namų, vagystės, piktnaudžiavimas yra paplitę tarp nusižudžiusių paauglių [256, 132, 224, 227]. Atliktų mokslinių tyrimų duomenimis, tai sudaro 43–73 proc. [224, 227]. Shaffer D. (1988) su bendraautorais nustatė, kad elgesio sutrikimų turėjo 67 proc. savižudžių vaikų ir 30 proc. savižudžių merginų, palyginus su kontroline grupe, kur elgesio sutrikimų rasta 17 proc. vaikų ir 12 proc. merginų [227]. Zoccolillo M. (1993) nurodo, kad tai gana paplitusi diagnozė tarp merginų, bet labiau būdinga vyriškos lyties paaugliams [56, 132].

Agresyvus vaikų elgesys yra aktuali problema. Agresija apibūdinama kaip priešiškas elgesys, kuriam būdingas pranašumo demonstravimas ar net jėgos panaudojimas kito žmogaus atžvilgiu. Agresijos tikslas - psichologiškai ar fiziškai pakenkti kitam žmogui [200]. Agresija gali būti fizinė ar verbalinė, aktyvi ar pasyvi, tiesioginė ar netiesioginė. Tiesioginė fizinė agresija yra socialiai nepriimtina ir neretai pasireiškia su delinkventiniu elgesiu. Tačiau kiti agresijos tipai (netiesioginė, pasyvi, verbalinė) yra socialiai geriau toleruojami ir, augant vaikui, keičia tiesioginę fizinę agresiją [206].

Nustatyta aiški agresyvaus ir savižudiško elgesio sąsaja, tarp lyčių pastebimi tam tikri skirtumai. Įrodyta, kad berniukai yra fiziškai agresyvesni už mergaites [267]. Jiems būdinga ryškesnė tiesioginė, t.y. tiek verbalinė, tiek neverbalinė agresija [18, 267]. Mergaitėms būdingesnė netiesioginė agresija, pasireiškianti apkalbomis, paslapčių išdavimu ir kitaip [18].

Tyrinėjant delinkventinio elgesio paauglius, kurie bandė žudyti, nustatyta aiškių sąsajų tarp agresyvaus ir savižudiško elgesio. Jan-Tausch J. (1964), Gould M. S. ir kt. (1990), nurodo, kad 29–50 proc. savižudžių buvo agresyvūs [101, 121].

Tiriant bandžiusias žudyti paaugles, paaiškėjo, kad jų agresijos ir delinkventiškumo skalių rodikliai aukštesni. Priešgyniavimas bendraujant su suaugusiais ir priimtų elgesio taisyklių laužymas stipriausiai siejasi su savižudišku paauglių mergaičių elgesiu [206].

Kiti autoriai mergaičių agresijos pasireiškimą interpretuoja dvejopai: jų teigimu, agresija gali būti depresijos ekvivalentas, kuris daugiau atspindi disforinę paauglio nuotaiką, nors gali būti suprantama kaip elgesio sutrikimų sudedamoji dalis. Aukšti agresijos subskalės duomenys gali reikšti ir tai, kad bandžiusios žudyti paauglės sunkiai geba tvardyti savo pyktį, joms būdinga silpna impulsų kontrolė [127].

Daugelis autorių sutinka, kad pyktis ir impulsyvumas – vieni būdingiausių bandžiusiųjų žudyti paauglių bruožų [11, 50, 206]. Kiti autoriai pažymi, kad pyktis yra svarbiausias savižudiško elgesio prediktorius [11, 50, 135, 209, 211].

Tiriant bandžiusių žudyti mergaičių ir berniukų asmenybės ypatumus, išaiškėjo, kad mergaitės labiau pasitiki savimi, nepakančios aplinkinių kritikai, pervertina savo galimybes, linkusios valdyti kitus, yra despotiškesnės, o berniukai labiau linkę demonstruoti savo draugiškumą aplinkiniams bei pabrėžti daugumos interesų palaikymą, didelį altruizmą, savo pareigingumą, perdėtą socialumą [18].

Egzistuoja nemažai duomenų, kad moterys labiau nei vyrai linkę ieškoti pagalbos savo emocinėms problemoms spręsti, jos dažniau naudojasi pagalbos linijų paslaugomis, nors šiais atvejais abiejų lyčių atstovams garantuojamas vienodas anonimiškumas [190]. Be to, moterys dažniau nei vyrai lankosi pas šeimos gydytoją, kitus specialistus ir tokiu būdu dažniau turi

galimybę paprašyti ir gauti pagalbą. Šie elgesio ypatumai gali sukurti merginoms tam tikrą apsaugą nuo savižudybės, kuri nėra vienodai prieinama vaikinams [112, 256].

Yra duomenų, kad savižudiškas elgesys dažniau pasitaiko tarp gėjų, lesbiečių ir biseksualių paauglių [17, 88, 141, 204, 205, 222]. Šių tyrimų duomenys nurodo, kad mėginimo žudyti rizika gėjų, lesbiečių ar biseksualių paauglių tarpe yra padidėjusi [17, 88, 141, 205]. Tačiau kiti tyrimai, ieškoję sąsajų tarp seksualinės orientacijos ir mirties dėl savižudybės, tokio ryšio nenustatė [157, 158, 212].

Tyrėjai įspėja apie kartos krizę industriniame pasaulyje - paauglių stereotipai yra niūrus ir žiaurūs, jie nepatenkinti dabartimi ir pesimistiškai nusiteikę ateities atžvilgiu [70, 170, 199].

2.4.2. Psichikos sutrikimai ir savižudiškas elgesys

Psichikos sutrikimų įtaka vaikų ir paauglių savižudiškam elgesiui visuotinai pripažįstama, tačiau vertinama labai nevienodai. Pastarųjų metų ilgalaikės studijos parodė, kad emocijų ir elgesio sutrikimai bei psichotraumuojantys paauglystės įvykiai turi įtakos vėliau sekantiems psichikos sutrikimams, psichosocialinei dezadaptacijai, mintims apie savižudybę, mėginimams žudyti bei pačioms savižudybėms [78, 107].

Vystymosi eigoje dažni psichologiniai, biologiniai ir socialiniai pokyčiai daro paauglį pažeidžiamą nuo aplinkos streso, gali lemti paauglystės psichopatologiją [6, 13, 35, 52, 107].

Absoliuti dauguma tyrėjų sutinka, kad didžiausią įtaką savižudiškam elgesiui turi psichikos sutrikimai (depresija, psichotropinių preparatų vartojimas, asocialus elgesys) [25, 27, 78]. Įvairių tyrimų duomenimis, psichikos ligomis sirgo 25–98 proc. nusižudžiusių paauglių [10, 36, 38, 165, 213, 224, 228, 229]. Brent D. su kolegomis nustatė, kad psichikos liga buvo diagnozuota 93 proc. jaunesnių nei 19 metų savižudžių, kitų tyrėjų nustatyti skaičiai labai skiriasi [168, 186]. Tyrimai, lyginantys paauglių savižudybes su bendros populiacijos kontrolinėmis grupėmis, nurodo, kad tarp psichikos sutrikimų turinčių paauglių savižudybės rizika yra didesnė nuo 12 iki 35 [9, 38, 144].

Kai kurie tyrėjai teigia, kad, nors psichikos sutrikimai (depresija, šizofrenija, alkoholizmas) padidina savižudybės riziką, savižudiškas elgesys nėra nei vienai šių ligų būdingas diagnostinis požymis. Priešingai, dauguma šių ligonių vis dėlto nenusižudo – sergant depresija savižudybių dažnumas siekia iki 30 proc., šizofrenija - iki 10 proc. Dažniausiai nusižudoma ne ligos, simptomų paūmėjimo laikotarpiu, o atvirkščiai – būklei pagerėjus, kai pacientas gali kritiškiau įvertinti savo sutrikimą [63].

Dažnesni psichikos sutrikimai paauglystėje, lyginant su vaikyste, didžiąja dalimi yra susiję su didėjančiu depresinių susirgimų skaičiumi ir piktnaudžiavimu psichoaktyviomis

medžiagomis [61, 254], kas, absoliučios tyrėjų daugumos nuomone, laikoma paauglių savižudybės rizikos veiksniais.

Brenet D. A. ir kt. (1988), Shafii M. ir kt. (1988), Marttunen M. J. ir kt. (1991), atliktos nusižudžiusių paauglių psichologinių autopsijų studijos (mirusiojo gyvenimo psichologinė retrospektyvi analizė) aiškiai rodo, kad 50-70 proc. nusižudžiusių vaikų ir paauglių turėjo depresinį sutrikimą [1, 50, 116, 128, 267]. Autoriai Smith C.Z. ir Crawford D.S. (1986), Velez C. ir Cohen P. (1988), Garrison C. Z. ir kt. (1997) nurodo, kad tarp bandžiusiųjų žudytis yra nuo 3 iki 18 kartų daugiau depresiškų paauglių negu kontrolinėje grupėje [85, 235, 255].

Depresijos diagnostika paauglystėje yra gana sudėtinga. Tai gali būti viena iš priežasčių, kodėl paaugliams šis sutrikimas diagnozuojamas daug rečiau nei suaugusiems. Depresiją nėra lengva atskirti nuo natūralaus paauglio elgesio, todėl nemaža tikimybė, kad vietoj palaikymo ir tinkamo gydymo, depresiški paaugliai sulaukia bausmių ir atstūmimo [146].

Vaikų ir paauglių depresinė simptomatika dažnai skiriasi nuo suaugusiųjų. Paauglystėje depresija gali pasireikšti „paslėpta“ forma. Tokie vaikai būna priešiški, dirglūs, agresyvūs, neretai delinkventiško elgesio, hiperaktyvūs, piktnaudžiauja alkoholiu ir narkotikais, nenori mokytis. Kartais paauglių depresija kliniškai gali būti panaši į suaugusiųjų – vyrauja liūdesys, dažnai lydimas kaltės ir savigarbos praradimo jausmo. Tokie jaunuoliai vengia bendravimo, siekia izoliacijos ir emocinio neliečiamumo. Depresija jauname amžiuje gali pasireikšti ir nespecifiniais fiziniais negalavimais – bendru silpnumu, galvos, nugaros, pilvo skausmais ir pan. Angold A. ir Costello E. J. (1993) teigimu, paauglėms mergaitėms ryškesni vegetaciniai simptomai (svorio kritimas ar jo prieaugis ir insomnija arba hipersomnija) negu ikipubertatinio amžiaus mergaitėms [120, 267].

Nuotaikos sutrikimai ir su jais susiję mėginimai žudytis yra labiau paplitę tarp moteriškos lyties paauglių [33, 168, 224]. Lietuvoje atliktu tyrimu nustatyta, kad daug mieste gyvenančių paauglių mergaičių yra linkę į depresiškumą (47,9–58,8 proc.), o mėginusios žudytis paauglės buvo depresiškesnės nei kontrolinės grupės merginos [207]. Tarp į depresiškumą linkusių paauglių, apie savižudybę mąstančių mergaičių buvo beveik du kartus daugiau negu berniukų [201]. Mergaičių ir berniukų depresiškumo rodiklių skirtumai nustatomi daugelyje tokio pobūdžio tyrimų, tačiau nėra patikimų įrodymų, kad mergaitės ir moterys yra labiau pažeidžiamos depresijos. Pastebėta, kad jos linkusios pateikti išsamesnę ir nuoseklesnę savo sveikatos bei savijautos istoriją nei vyrai [179].

Tyrėjų gauti duomenys varijuoja gana plačiose ribose, priklausomai nuo pasirinktos imties ir tyrimui naudotų metodikų. Atlikti moksliniai tyrimai įrodė, kad esama teigiamo ryšio tarp depresijos sunkumo ir savižudiško elgesio rizikos laipsnio. Depresinė simptomatika

vienodai dažnai nustatoma tiek savižudybių, tiek parasuicidiško elgesio atvejais. Tačiau, tyrėjų nuomone, ne visada depresinė būklė lemia savižudiškus ketinimus - jie daugiau priklauso nuo asmeninių nuostatų, savižudybės modelių ir savižudybės įrankių prieinamumo [120, 133].

Pasaulyje auga susidomėjimas kaip neuroendokrininiai ir biologiniai procesai gali įtakoti savižudybės riziką. Pastaruoju metu skiriamas didelis dėmesys labai žemų ir mažesnių nei norma neurotransmiterio 5-hidroksitriptamino (serotonino 5HT) ir/ar jo metabolito 5-hidroksiindoloacetato rūgšties (5-HIAA) kiekių ryšiui su depresija ir savižudybėmis [12, 15, 40, 53, 157, 158, 173, 240]. Naujausi tyrimai rodo, kad serotonino kiekis gali būti kiek labiau susijęs su silpna impulsų kontrole nei su savižudišku elgesiu, ir tai galėtų paaiškinti serotonino disreguliaciją, stebimą tiek savižudiško, tiek agresyvaus elgesio metu [196, 241].

Šizofrenijos spektro sutrikimai tarp nusižudžiusių paauglių diagnozuojami rečiau nei tarp nusižudžiusių jaunų suaugusių žmonių [38, 165, 229], tuo tarpu, adaptacijos sutrikimai dažniau pasitaiko tarp jaunesnių asmenų [144, 165, 224]. Nepaisant to, kad psichotiniai sutrikimai turi gana mažai įtakos bendram savižudybių dažniui, populiacijoje, turinčioje psichotinių sutrikimų, savižudybės dažnis yra aukštas. Iki 10 proc. šizofrenija sergančių paauglių nusižudo [114, 118, 175].

Pastaruoju metu vis daugiau jaunimo vartoja alkoholį bei kitas psichoaktyviasias medžiagas. Sprendimą nusižudyti daug greičiau ir lengviau priima neblaivūs asmenys. Nuo 25 iki 75 proc. visų nusižudžiusių paauglių diagnozuota priklausomybių nuo psichotropinių medžiagų [165, 229]. Priklausomybės sutrikimo diagnostinių kriterijų neatitinkantis piktnaudžiavimas psichotropinėmis medžiagomis taip pat susijęs su paauglių savižudybėmis [195].

Internalinių sutrikimų (įskaitant depresiją ir nerimo sutrikimus) dažnio skirtumai tarp lyčių įtakoja vyrų ir moterų skirtumus, susijusius su mintimis apie savižudybę bei mėginimais žudyti. Internalinių sutrikimų dažnis moterų populiacijoje yra maždaug du kartus didesnis nei vyrų, ir, panašu, kad šis lyčių skirtumas atsispindi dažnesniuose moterų mėginimuose žudyti, jos taip pat dažniau nei vyrai galvoja apie savižudybę [167]. Yra eilė tyrimų, kurių duomenimis, tarp vyrų dažniau nei tarp moterų pasitaiko eksternalinio elgesio epizodų (įskaitant asocialų bei smurtinį elgesį, psichotropinių medžiagų vartojimą, su mokykla susijusias elgesio problemas) [118, 166, 180, 189]. Šie skirtumai iš dalies gali paaiškinti didesnę mirtinų savižudybių dažnį tarp vaikų, - jie labiau nei merginos linkę į agresyvumą, asocialumą, kas, savo ruožtu, lemia labiau impulsyvų, aktyvų, letalų savižudišką elgesį.

Dažnas reiškiny tarp nusižudžiusių paauglių yra psichikos sutrikimų komorbidiškumas (51-81 proc.) [10, 36, 38, 165, 224, 228, 229]. Komorbidiškų būklių įtaka savižudybės rizikai

yra komplikauta ir gana mažai ištirta. Depresijos ir elgesio sutrikimų komorbidiškumas didina savižudybės riziką [206]. Kai kurių tyrimų duomenimis, piktnaudžiavimas psichotropinėmis medžiagomis, lydimas nuotaikos sutrikimo, lemia daug didesnę savižudybės riziką, lyginant su atvejais, kai nuotaikos sutrikimo nėra. Nerimo sutrikimai tampa rizikos veiksniu tik tuomet, kai yra komorbidiški su nuotaikos sutrikimais. Įdomu yra tai, kad elgesio sutrikimai, lydimi nuotaikos sutrikimų, yra susiję su mažesne savižudybės rizika, lyginant su nekomorbidiškais elgesio sutrikimais, kas leidžia daryti prielaidą, kad elgesio sutrikimas yra nepriklausomas nuo nuotaikos sutrikimo savižudybės rizikos veiksnys. Psichikos ligų komorbidiškumas, ypač afektinių sutrikimų, piktnaudžiavimo alkoholiu ir psichotropinėmis medžiagomis, delinkventinio elgesio paaugliams dar labiau didina savižudybės riziką [167, 180]. Tarp elgesio sutrikimų turinčių paauglių savižudybės rizika didėja, kai jų anamnezėje jau yra buvęs mėginimas ar mėginimai žudyti, piktnaudžiavimas psichotropinėmis medžiagomis. Elgesio sutrikimo diagnozės kriterijų nesiekiančios elgesio problemos ir simptomai, lydimi depresijos simptomų ir/ar piktnaudžiavimo psichotropinėmis medžiagomis, pasitaiko 43-73 proc. nusižudžiusių paauglių [112, 189, 256].

Tiriant mėginusius žudyti paauglius, gydomus psichiatrų, pastebėti rizikos veiksniai, kurie yra reti neklinikinėje populiacijoje, pvz.: bipolinis sutrikimas, kiti psichotiniai sutrikimai. Tarp pacientų, kuriems diagnozuojami šie sutrikimai, pastebėtas didesnis nei tikėtasi mirtingumas dėl savižudybės, kuris varijuoja nuo 1 iki 8 proc. [112, 189, 256].

2.5. Psichosocialinių veiksnių įtaka paauglių savižudiškam elgesiui

2.5.1. Šeimos psichosocialiniai veiksniai ir savižudiškas elgesys

Siekiant ištirti savižudiško elgesio ryšį su socialiniais, ekonominiais ir šeiminiiais veiksniais, yra atlikta nemažai tyrimų [65, 238, 258]. Šioje tyrimų grupėje autoriai išskiria rizikos veiksnius, lygina jų dažnį tiriamosiose ir kontrolinėse grupėse, tiria jų sąsajas su savižudišku elgesiu ir ieško veiksnių, kurie turi didžiausią įtaką savižudiškam elgesiui.

Tiriant sąsajas tarp vaikų ir paauglių savižudiško elgesio bei nepalankios socialinės padėties, pastebėta, kad savižudybės rizika didėja tarp nepalankioje socialinėje situacijoje esančių asmenų. Nepalankią socialinę padėtį charakterizuoja žemas socioekonominis statusas (SES), žemas išsilavinimas ar ribotos jo įgijimo galimybės, mažos pajamos ir skurdas [5, 23, 41, 67, 76, 97, 103, 144, 191, 234]. Pvz.: savižudybės galimybė žemo SES asmenų grupėje yra dvigubai didesnė nei geros socioekonominės padėties asmenų grupėje [41]. Savižudybės rizika didėja tų jaunų asmenų tarpe, kurie turi žemesnį išsilavinimą, buvo išmesti iš mokyimo įstaigos, nebėtęse mokslų aukštesniojoje ar aukštojoje mokykloje [97].

Daugelyje šalių savižudybių dažnis kaimuose ar nuošaliuose vietovėse yra didesnis nei miestuose [47, 68, 69, 113, 119, 182]. Tikėtina, kad tai lemia tam tikra izoliacija, paramos stoka stresinių išgyvenimų metu, tačiau nėra atlikta pakankamai tyrimų, kurie galėtų išsamiai paaiškinti tokį pasiskirstymą.

Žudytis linkusių paauglių šeimos skiriasi nuo kitų. Savižudybės tikimybę didina sunki ekonominė šeimos padėtis, asociali gyvensena, girtavimas, prievarta ir smurtas [36, 37, 146, 165, 224, 228, 229]. Gausus tyrimų skaičius pateikia duomenis, kad jauni žmonės iš išsiskyrusių šeimų yra dažniau linkę nusižudyti [37, 98], ar mėginti tai padaryti [3, 5, 25, 59, 60, 76, 82, 91, 102, 134, 138, 162, 185, 234, 250, 255], nei jų bendraamžiai iš pilnų šeimų. Yra duomenų, kad vieno ar abiejų tėvų netekimas, susijęs su jų išsiskyrimu, taip pat didina ir psichopatologijos (įskaitant ir savižudišką elgesį) riziką tarp jaunų asmenų, tačiau vieno iš tėvų mirtis panašių tendencijų neturi. Tėvų praradimas jiems mirštant ir jų praradimas dėl skrybių gali turėti skirtingą įtaką ir potencialiai skirtingas pasekmes [246].

Eilė tyrimų rodo, kad mėginimų žudytis dažnis yra didesnis tarp tų paauglių, kurių šeimose dažnai kyla konfliktai tarp tėvų [25, 75, 133, 138, 235, 245]. Tiriamieji paaugliai patys dažniausiai nurodo, kad bandyti žudytis paskatinusi priežastis buvo tėvų tarpusavio konfliktas [36, 54, 109, 137]. Tuo tarpu, duomenų, kurie rodytų, kad konfliktai tarp tėvų būtų susiję su įvykdytomis paauglių savižudybėmis, nėra [38].

Įtakos gali turėti neseniai įvykęs ir nusistovėjusią tvarką pakeitęs įvykis šeimoje: persikraustymas gyventi į kitą vietą, tėvų atleidimas iš darbo, susirgimas fizine ar psichikos liga, tėvų tarpusavio barnis. Kai kuriais atvejais, kai tėvai daug dirba ir mažai būna su šeima, vaikai nurodo, kad jaučiasi tėvų nesuprantami, atstumiami, ignoruojami [36, 37, 146, 165, 224, 228, 229].

Prasti tėvų ir vaiko santykiai, skurdus bendravimas, vaiko žeminimas, psichologinis spaudimas, siekiant vaiką priversti įgyvendinti jam sunkiai pasiekiamus tikslus, didina paauglių savižudybės ir mėginimo žudytis riziką [2, 25, 28, 37, 67, 75, 92, 97, 131, 134, 150, 151, 163, 178, 234, 235, 245, 248, 249]. Formuojantis jaunuolių savimonei, suvokiant ir vertinant savo poelgius, jausmus, mintis, vertybes, siekius, tėvų įtaka ir požiūris yra esminiai [125].

Paauglių savimonę neigiamai veikia patirta agresija šeimoje – gali atsirasti suicidinių minčių. Jaunuolių patirta agresija šeimoje gali būti fizinė ir psichologinė, atskirai išskiriant nepriežiūros sąvoką. Kiekvienas nurodytas agresijos raiškos atvejis prilygsta tam tikrai agresijos formai: ignoravimas, atstūmimas, žeminimas, įžeidinėjimas, grasinimas fizine bausme ir bauginimas atitinka psichologinę agresiją, o išvartymas iš namų, vertimas elgetauti – nepriežiūra, fizinė bausmė – fizinę agresiją [125]. Tėvai, susidūrę su vaikų auklėjimo

sunkumais, su jais elgiasi agresyviai. Vaikai, susidūrę su skausmingais išgyvenimais (įžeidimu, pažeminimu, patyrę fizinę bausmę ir pan.), problemos sprendimą taip pat sieja su agresija. Negalėdami agresijos nukreipti į jos šaltinį – tėvą ar motiną, agresiją nukreipia į save. Taigi, galima teigti, kad netinkamai parinkti metodai ir priemonės, auklėjant vaikus, taip pat gali lemti suicidinių minčių atsiradimą [125]. Tai, kad ne visi jaunuoliai, patiriantys agresiją šeimoje, turi suicidinių minčių, galima paaiškinti jaunuolių sugebėjimu prisitaikyti, t.y. ne kiekvienas vaikas, patiriantis neigiamą poveikį, išgyvena neigiamus padarinius. Tokie vaikai vadinami lanksčiais (prisitaikančiais) [218, 219, 261]. Besižudantys jaunuoliai patiria nuolatinę grėsmę, stresą, įtampą, nesėkmę, o tai griauja jų prisitaikymo metodus [153]. Nors mintys apie savižudybę yra tik prielaida pasireikšti savižudiškam poelgiui, tačiau jos atsiradimas rodo silpstantį jaunuolio gebėjimą konstruktyviai sąveikauti su aplinka. Emocinės ir bendravimo funkcijų nerealizavimas šeimoje gali įtakoti jaunuolių savimonei, skatinti mintis apie savižudybę [125].

Nemažai tyrimų leidžia daryti prielaidas, kad mėginimo žudytis ar/ir savižudybės rizika linkusi didėti tarp tų paauglių, kurių tėvai turėjo ar turi psichikos sutrikimų, įskaitant depresiją, piktnaudžiavimą psichoaktyviomis medžiagomis ir asocialų elgesį [27, 36, 37, 39, 59, 75, 82, 97, 122, 193, 217, 228]. Lyginant nusižudžiusių paauglių šeimas su kontrolinės grupės paauglių šeimomis, pastarosiose depresijos ir piktnaudžiavimo psichoaktyviomis medžiagomis sutrikimai yra retesni [37].

Yra patikimų duomenų, kurie rodo, kad savižudiškas šeimos narių elgesys yra susijęs tiek su padidėjusia bandymo žudytis [82, 102, 106, 193, 217], tiek savižudybės [36, 37, 39, 97, 228, 229] rizika paauglių tarpe. Tyrėjai teigia, kad savižudybės rizikai įtakos gali turėti genetiniai veiksniai. Paauglių, kurie nusižudė ar mėgino tai padaryti, šeimose fiksuojamas didesnis savižudybių dažnis nei kontrolinės grupės paauglių šeimose, kas leidžia daryti prielaidą, kad genetiniai veiksniai gali turėti įtakos savižudiškam elgesiui [34, 36, 37, 82, 97, 98, 102, 106, 193, 217]. Ši teiginį patvirtina dvynių ir įvaikintų vaikų tyrimai, kurių teigimu, didesnė savižudybės rizika yra tarp nusižudžiusių įvaikintų paauglių biologinių giminaičių, nei tarp nemėginusių to daryti paauglių giminaičių [215]; tarp monozygotinių dvynių savižudybių dažnis yra didesnis nei tarp dizigotinių [104, 123, 216, 264]. Šie dvynių tyrimų duomenys rodo, kad genetiniai veiksniai yra susiję su savižudybės rizika, tuo pačiu jie plačiai atspindi genetinę predispoziciją su savižudybe susijusiems psichikos sutrikimams.

2.5.2. Fizinis, seksualinis smurtas ir savižudiškas elgesys

Mėginimų žudytis dažnis didėja tarp fizinį smurtą patiriančių paauglių [25, 59, 83, 102, 115, 214, 230, 233, 235, 250, 257]. Lietuvoje atlikto tyrimo duomenimis, suicidiniai polinkiai

tarp fizinį smurtą patyrusių moksleivių buvo šešis kartus dažnesni, nei tarp tiriamųjų, kurie smurto nepatyrė (atitinkamai 78,5 ir 12,5 proc.). Tendencija dar ryškesnė, vertinant paauglius su didele savžudybės rizika - atitinkamai 29,0 proc. tarp fizinį smurtą patyrusių moksleivių ir 1,9 proc. tarp tiriamųjų, kurie smurto nepatyrė [64]. Kai kurių autorių nuomone, sunku įvertinti vien fizinio smurto reikšmingumą, nes paauglys susiduria ir su kitais svarbiais neigiamais veiksniais. Patirto smurto poveikis siejamas su menku, neadekvačiu savęs vertinimu, socialinės kompetencijos stoka, padidėjusiu depresiškumu, psichopatologine simptomatika [146, 149].

Patirto smurto ir menko savęs vertinimo ryšys ypač ryškus berniukų grupėje. Galima manyti, kad patirtas fizinis smurtas labai pažeidžia berniukų, kaip stipriosios lyties atstovų, savigarbą. Su vyriškumo samprata siejamos kultūrinės vertybės skatina berniukus slėpti patirtas nuoskaudas, riboja socialinius ryšius ir sąlygoja uždarumą. Susikaupusios nuoskaudos dažnai prasiveržia autoagresyviu ir destruktivių elgesiu [64]. Smurtą patyrę berniukai du kartus dažniau negu mergaitės jautėsi vieniši, sunkiau susirandantys draugų. Šie jausmai taip pat buvo susiję su suicidiniais polinkiais. Traumuojantis smurto poveikis trikdo asmenybės raidą, gebėjimą adekvačiai vertinti kitų žmonių jausmus bei elgesį, didina psichologinių ir elgesio sunkumų riziką [89, 117, 174]. Smurtą patiriantys vaikai priskiriami didesnės suicidinės rizikos grupei [8, 57, 265].

Tyrėjų teigimu, seksualinis išnaudojimas yra itin reikšmingas veiksnys, didinantis mėginimo žudyti riziką [16, 25, 59, 71, 72, 83, 84, 102, 115, 164, 204, 214, 230, 233]. Mėginimo žudyti rizika tarp seksualiai išnaudojamų paauglių yra 12 kartų didesnė už riziką tarp seksualiai neišnaudojamų paauglių [72].

2.5.3. Visuomenės informavimo priemonių įtaka savižudiškam elgesiui

Daugėja įrodymų, kad visuomenės informavimo priemonėmis pateikiama informacija apie savižudybes gali pastūmėti savižudiškam elgesiui. Tokiems teiginiams pagrindo suteikia tarptautinių tyrimų duomenys, kurie parodo, kad savižudybės problemų viešumas, pateikiamas tiek išgalvota, tiek dokumentine ar naujienų forma, provokuoja rizikos grupės asmenų savižudišką elgesį [21, 160]. Susirūpinimą kelia ir tai, kad paaugliai nėra apsaugoti ir pakankamai subrendę atlaikyti tam tikros muzikinės kultūros (pvz.: roko, „metalo“), gausios, romantizuotos informacijos, istorijų, žaidimų ar diskusijų grupių internete apie savižudybę įtaką, kas taip pat gali įtakoti savižudišką elgesį [19, 21, 32, 99, 105, 108, 160, 161, 236, 260]. Be to, informacijos apie savižudybę viešumas gali didinti jos riziką „normalizuodamas“ savižudybės koncepciją populiacijoje taip, kad tabu, kuris anksčiau gaubė savižudybę,

sumažėja ir savižudybė plačiau suvokiama kaip įprasta ir priimtina priemonė žmonėms, patiriantiems stresą [93].

D.Gailienė nurodo, kad matytas ar kitaip sužinotas savižudiško elgesio pavyzdys skatina pasirinkti savižudybę kaip išeitį iš sunkios situacijos ir pamėgdžioti savižudybės būdą. Imliausi tam yra vaikai ir paaugliai [81]. Tyrimai tai patvirtina – rodo intensyvų pasikorimų dalies didėjimą tarp paauglių. Pasikorimų mėgdžiojimas padėjo susiformuoti prognostiniu požiūriu pavojingai „pasikorimų kultūrai“ [190, 260].

Didelį susirūpinimą kelia smurto plitimas šeimoje ir visuomenėje. Smurto vaizdų gausu žiniasklaidoje, jo elementai tampa įprasti vaikų, paauglių ir jaunimo elgesiui, daugėja asocialių ir antisocialių smurtinių elgesį propaguojančių grupių [146].

Imituojamo savižudiško elgesio, sekančio po tikrojo mėginimo žudytis, augimo mąstai gali būti dalinai susiję su siekiama socialine padėtimi, jos patrauklumu, viešumu, patekimu į žiniasklaidą, televiziją [100]. Tačiau panašu, kad vien tik tai negali nulemti tendencijos savižudišku elgesiu imituoti buvusį mėginimą žudytis. Pasikartojantys savižudybei yra būdingi priežastiniai sunkumai ir/ar psichikos sutrikimai, kurie didina savižudiško elgesio riziką [58].

Apibendrinant, galima pasakyti, kad nežiūrint gana nemažo atliktų studijų skaičiaus pasaulyje, analizuojančių paauglių savižudišką elgesį, jo ryšius su įvairiais rizikos veiksniais, psichikos sutrikimais, asmenybės ypatumais, šiuo metu vis dar negalime patvirtinti bei pasakyti, kad paauglių savižudybę galimai sąlygojo tam tikras rizikos veiksnių kompleksas ar tam tikri psichikos bei asmenybės ypatumai. Atlikti moksliniai tyrimai labai skiriasi tirtųjų asmenų skaičiumi, taikytomis tyrimo metodikomis, jų interpretacijomis, analizuotais rizikos veiksniais, todėl įvairių studijų gauti duomenys yra gana prieštaringi. Europos psichiatrų kongresuose akcentuojama tolimesnių papildomų tyrimų būtinybė.

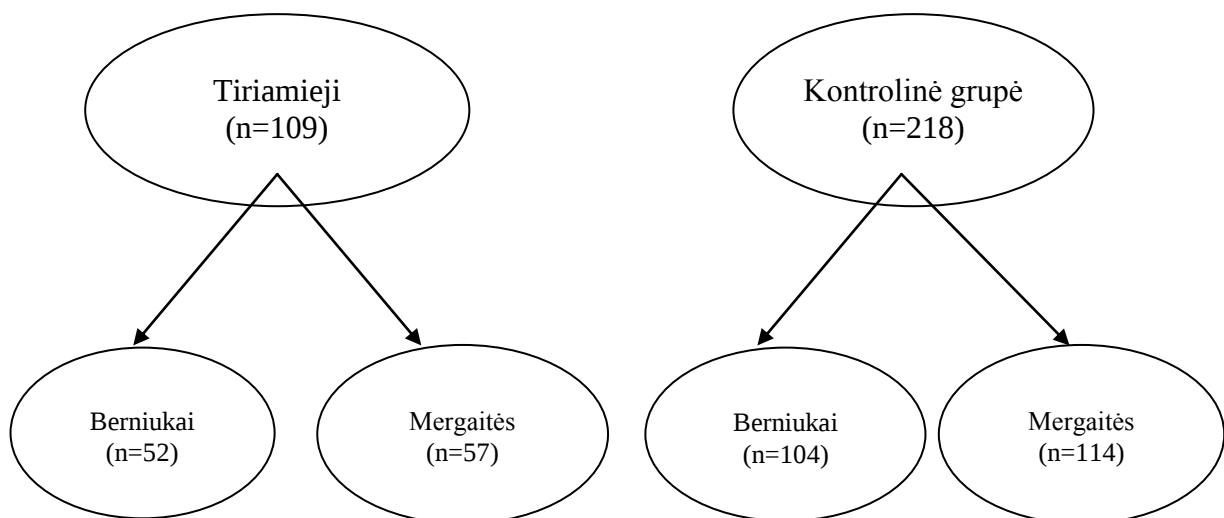
3.TYRIMO METODIKA IR KONTINGENTAS

3.1. Tirtasis kontingentas

Tyrimas buvo vykdomas 2002-2007 metais. Modelis paruoštas pagal Helsinkio deklaracijos etikos standartus, tyrimui atlikti gautas Kauno Regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto leidimas Nr. BE-2-79, bei Kauno miesto savivaldybės administracijos kultūros ir švietimo departamento švietimo ir ugdymo skyriaus leidimas Nr. 35-2-36 atlikti anketinę apklausą mokyklose. Tiriamieji ir vienas iš tėvų pasirašė informuoto sutikimo formą.

Tiriamąjį kontingentą sudarė 109 14-17 metų amžiaus paaugliai, iš jų 52 (47,7 proc.) berniukai ir 57 (52,3 proc.) mergaitės, po bandymo žudytis stacionarizuoti į Kauno Medicinos Universiteto Klinikų Psichiatrijos klinikos Vaikų-paauglių psichiatrijos sektorių (n=79) ar Vaikų ligų kliniką (n=30). Į tyrimą įtraukti visi 2002 – 2007 metais Psichiatrijos klinikoje po bandymo žudytis gydyti paaugliai. Trijų asmenų duomenys iš tyrimo pašalinti, įvertinus juos kaip nepatikimus dėl esamo intelekto deficito (diagnozuotas protinis atsilikimas). 12 Vaikų ligų klinikoje gydytų paauglių į tyrimą nepateko, kadangi jie patys ir/ar jų tėvai po būtinosios medicinos pagalbos suteikimo atsisakė tolimesnio psichiatrinio ištyrimo bei gydymo.

Kontrolinė paauglių grupė buvo sudaryta atsitiktinės atrankos būdu (atrenkant kas antrą 14-17 metų paauglį pagal klasės mokinių sąrašus iš atsitiktinai atrinktos mokyklos) iš Kauno apskrities bendrojo lavinimo mokyklose besimokančių 14-17 metų amžiaus paauglių. Iš viso į kontrolinę grupę atrinkta 250 moksleivių (125 berniukai ir 125 mergaitės). Tyrime dalyvavo 218 (atsako dažnis – 87,2 proc.) paauglių, iš jų 104 (47,7 proc.) berniukai ir 114 (52,3 proc.) mergaičių, kurie, remiantis apklausos duomenimis, niekada nebandė žudytis (3.1. pav.).



3.1.1. pav. Tyrimo schema.

3.2. Tyrimo metodai

Tyrimo duomenys surinkti disertanto akivaizdinės anketinės apklausos būdu, trijų dienų laikotarpiu po patekimo į stacionarą.

Tiriamųjų paauglių psichosocialinių veiksnių bei savižudiško elgesio vertinimui naudota originali anketa, kuri sudaryta disertacijos autoriaus, remiantis kitų tyrėjų patirtimi [58, 65, 151, 180, 186, 191, 238, 257]. Prieš pagrindinį tyrimą atliktas pilotinis tyrimas, kurio metu patikslinti klausimai, galimi jų atsakymų variantai. Įvertinus pilotinio tyrimo rezultatus, paruošta galutinė struktūruota klausimyno versija, siekiant maksimaliai tiksliai surinkti informaciją, apklausiant tiriamuosius paauglius.

Anketą sudarė 25 atviro ir pusiau uždaro tipo klausimai, išskirtos šios dalys: bendrieji duomenys (lytis, amžius, išsilavinimas, užimtumas, gyvenamoji vieta); šeiminė situacija (pilna šeima, tėvai išsituokę, patėvis, pamotė, globėjai, šeimos materialinė padėtis, alkoholinė, psichikos sutrikimų, suicidinė anamnezė); santykiai šeimoje (bendravimas, konfliktai, smurtas); psichosocialinė adaptacija (santykiai su bendraamžiais, mokytojais, teisėsauga, konfliktai, polinkis į vienatvę, pažangumas); savižudiškas elgesys (buvusios mintys, ketinimai, bandymai žudyti, priežastys, galimai paskatinusios savižudišką elgesį, bandymo žudyti aplinkybės - koku būdu, kur mėgino žudyti, kas suteikė pagalbą).

Tiriamųjų asmenų psichikos būklei, asmenybės ypatumams, depresijos bei nerimo simptomams bei jų sunkumui vertinti buvo naudotos sekančios tyrimo metodikos:

1. Minesotos visapusiškas asmenybės klausimynas - MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) - metodika asmenybės ypatumams vertinti.

Originalų MMPI variantą sudaro 566 klausimai, tačiau Lietuvoje naudojamas sutrumpintas variantas (395 klausimai), kuriuo remiantis A.Goštautas ir bendraautoriai adaptavo klausimyną paaugliams nuo 14 metų [43, 96]. Klausimynas suskirstytas į skales, kurios rodo atitinkamus asmenybės ypatumus. Pagal patikimumo (validumo) - netiesos, patikimumo ir korekcijos - skales vertinami tiriamojo požiūris į tyrimą, į save, introspektyvumas, atvirumas, gynybiškumas, nerimas. Pagal neurotinės triados - hipochondriškumo (Hs - 1 skalė), depresiškumo (D - 2 skalė), isteriškumo (Hy - 3 skalė) - skales vertinamas tiriamojo nerimas, emociingumas, nuotaikos, galimos reakcijos į emocinę įtampą - somatizacija, isteriškumas, depresiškumas. Pagal psichopatiškumo (Pd - 4 skalė) skalę vertinama, kaip tiriamojo elgesys dera su socialinėmis elgesio normomis, kiek jis konformiškas, kiek opoziciškas, kiek agresyvus. Vyriškumo/moteriškumo (Mff - 5 skalė) skalė rodo vyraujančius tiriamojo interesus, susitapatinimo su tradiciniu socialiniu vyro ar moters vaidmeniu laipsnį. Psichotinės-paranojiškumo (Pa - 6 skalė), psichasteniškumo (Pt - 7 skalė), šizoidiškumo (Sc - 8 skalė) ir hipomanijos (Ma - 9 skalė) - skalės leidžia įvertinti tiriamojo

nerimastingumą, aktyvumą/pasyvumą socialinėje veikloje ir bendraujant, emocinį sąstingį (rigidiškumą), įtarumą, įsijautimo (empatijos) stoką, emocinių santykių, elgesio keistumą ir nenuoseklumą. Socialinės intraversijos skalė (Si - 10 skalė) rodo, ar tiriamasis uždaras, drovus, vengia socialinių kontaktų, ar, priešingai, - linkęs daug ir paviršutiniškai bendrauti. Nerimo (Ax - 11 skalė) skalė atskleidžia padidėjusį tiriamojo jautrumą, įtampą, baikštumą ir pesimizmą [96, 268].

Atsakymai į teiginius dvejopi: sutinku ir nesutinku. Jie rašomi specialiame protokole, rezultatai skaičiuojami pagal šablonus. Skalių įverčiai balais žymimi specialiame blanke, pagal juos brėžiamas asmenybės profilis. Rezultatai interpretuojami atsižvelgiant į labiausiai nuo normos nukrypusius skalių rodmenis ir pagal jų derinius [96, 268, 269].

Šiame tyrime rezultatai vertinti dalyvaujant psichologui, pagal labiausiai nuo normos nukrypusius skalių įverčius. Netiesos, patikimumo ir korekcijos skalės į rinktų duomenų bazę nebuvo įtrauktos, pagal jas tik įvertintas atsakymų (profilų) patikimumas (validumo skalės).

2. Hamiltono skalė (Ham-D-21) depresijos sunkumui (lygiui) vertinti.

M.Hamilton 1960 metais sukurta skalė buvo kelis kartus redaguota ir toliau plačiai naudojama mokslo tiriamajame darbe pasaulyje ir Lietuvoje [106, 270]. Klausimyną pildė ir interpretuoja specialistas (psichiatras), vertindamas tiriamojo atsakymus į standartinius klausimus bei stebėdamas jo elgesį. Klausimai apima ne tik nuotaiką, bet ir somatinius depresijos, nerimo simptomus, miego sutrikimus, interesus, psichomotorinį aktyvumą, suicidines tendencijas, kritiką būklės atžvilgiu. Tai vertinama balais, kurie sumuojami: 0-7 balai - depresijos nėra, 8-12 balų - lengva depresija, 13-15 balų - vidutinė depresija, 16 ir daugiau balų - sunki depresija [270].

Šiame tyrime naudota HAM-D-21 skalė tiriamosios grupės paauglių depresijos sunkumui papildomai įvertinti (pildė ir interpretavo disertantas).

3. HAD (*Hospital Anxiety and Depression*) skalė nerimo ir depresijos simptomams vertinti.

HAD skalė naudojama tiriamųjų asmenų emocinės būsenos sutrikimams - nerimo ir depresijos simptomams vertinti. Šią skalę 1983 metais pasiūlė anglų psichiatrai A.S.Zigmond ir R.P.Snaith, o 1991 metais R.Bunevičius ir bendraautorai išvertė į lietuvių kalbą ir adaptavo naudojimui Lietuvoje. HAD skalė sudaryta iš 14 klausimų, kurių 7 skirti depresijos (anhedonijos) simptomams, likusieji - nerimo (panikos sutrikimo, generalizuoto nerimo sutrikimo) simptomams įvertinti. Pateikti atsakymų variantai vertinami balais, atskiriant depresijos ir nerimo simptomus, rezultatai sumuojami: 0-7 balai - nėra depresijos ar nerimo, 8-10 balų - abejotina simptomatika, 11-12 balų - yra depresija ar nerimas [43, 271].

4. Tiriamųjų asmenų klinikinis - psichiatrinis vertinimas pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos, dešimtosios redakcijos (TLK-10) diagnostinius kriterijus.

Bandžiusių žudyti paauglių klinikiniam psichikos sutrikimų simptomams vertinti buvo naudojama TLK-10, taikoma klinikiniam darbe Lietuvoje. Psichikos sutrikimas diagnozuojamas tada, jeigu tiriamajam nustatoma tam tikra seka simptomų, kurie pasireiškia pakankamą laiko tarpą ir yra išreikšti tiek, kad trikdo normalų jo funkcionavimą ar sukelia negalią [116]. Mūsų tyrime diagnozės buvo sugrupuotos į žemiau aprašytas grupes. Tyrė ir klinikinės diagnozes formulavo paauglių gydytojai psichiatrai.

TLK-10 F20-25. Šizofreniniai sutrikimai.

Šizofrenijai TLK-10 F20 būdingi esminiai ir charakteringi tam tikro pobūdžio mąstymo ir suvokimo sutrikimai, bei neadekvatus, blankus afektas. Simptomai skirstomi į grupes, dažnai pasireiškia vienu metu:

- a) minčių skambėjimas, įterpimas, atėmimas, perdavimas;
- b) poveikio, įtakos, pasyvumo kliesdėsiai, specifinės mintys, veiksmai ar pojūčiai; kliesdėsinis suvokimas;
- c) haliucinaciniai balsai, komentuojantys paciento elgesį arba kitokio pobūdžio haliucinaciniai balsai, kylantys iš kažkokios kūno dalies;
- d) nuolatiniai kliesdėsiai, kurie kultūriškai neadekvatūs ir visiškai neįmanomi;
- e) bet kokios nuolatinės haliucinacijos, lydimos pusiau suformuotų kliesdžių be aiškaus afektinio turinio, arba kai jų kyla kiekvieną dieną savaitėmis, mėnesiais;
- f) minčių eigos nutrūkimas, dėl to atsirandanti kalbos inkoherencija, nerišlumas, neologizmai;
- g) katatoniškas elgesys (sujaudinimas, įmantrios pozos, vaškinis lankstumas, negatyvizmas, mutizmas, stuporas);
- h) negatyvūs simptomai - ryški apatija, kalbos, emocinių reakcijų skurdumas, neadekvatumas, dėl to atsirandantis socialinis atsiribojimas;
- i) žymus ir nuolatinis kai kurių asmenybės savybių pasikeitimas, pasireiškiantis interesų praradimu, betiksliskumu, socialiniu atsiribojimu.

Diagnozei paprastai reikia vieno aiškaus simptomo iš grupių nuo „a“ iki „d“, arba mažiausiai 2 grupių simptomų nuo „e“ iki „h“, kurie pasireikštų vieną mėnesį ir ilgiau. Jei būseną atitinka šiuos reikalavimus, bet trunka trumpiau nei vieną mėnesį, pirmiausiai diagnozuojamas ūminis psichozinis sutrikimas TLK-10 F23. Jei šizofrenijos ir afektyvių simptomų atsiranda vienu metu, ir jie yra vienodai išreikšti, diagnozuojamas šizoafektyvus sutrikimas TLK-10 F25 [116].

TLK-10 F32 Depresijos epizodas.

Pagrindiniai diagnostikos simptomai: liūdna nuotaika, sumažėję interesai, pasitenkinimas, energijos stoka, mažas aktyvumas.

Kiti įprastiniai simptomai:

- a) susilpnėjusi koncentracija, dėmesys;
- b) sumažėjęs savęs vertinimas;
- c) kaltės ir bevertiškumo idėjos;
- d) niūrus, pesimistinis ateities vertinimas;
- e) savęs žalojimo ar savižudybinės idėjos;
- f) sutrikęs miegas;
- g) sumažėjęs apetitas.

Skirtumai tarp lengvos, vidutinės ir sunkios depresijos epizodų pagrįsti sudėtinio klinikinio vertinimo, apimančiu simptomų skaičių, tipą ir sunkumą. Epizodo minimali trukmė - dvi savaitės [116].

TLK-10 F43 Adaptacijos sutrikimai.

Tai subjektyvaus distreso ar emocijų sutrikimo būseną, paprastai sukelianti socialinės veiklos ar įgūdžių sutrikimų, pasireiškianti prisitaikymo prie stresogeniškų gyvenimo pokyčių ar stresogeniškų gyvenimo įvykių laikotarpiu. Sutrikimas paprastai prasideda per mėnesį po stresogeninio poveikio, ir retai tęsiasi ilgiau nei šešis mėnesius. Diagnozė nustatoma nuodugniai įvertinus ryšius tarp:

1. simptomų formos, turinio ir išreikštumo;
2. asmenybės ir anamnezės;
3. stresogeniško poveikio, situacijos ar gyvenimo krizės.

Trečiasis kriterijus turi būti tiksliai nustatytas, ir turėtų būti aišku, kad sutrikimas neatsirastų be šio poveikio [116].

TLK-10 F91-92 Elgesio bei elgesio ir emocijų sutrikimai, prasidedantys vaikystėje ir paauglystėje.

Elgesio sutrikimai apibūdinami kaip pasikartojantis ir nuolatinis disocialus, agresyvus, iššaukiantis elgesys, kuris trikdo šiam amžiui būdingas socialines elgesio normas. Elgesio ypatumai, kuriais pagrįsta diagnozė: didelis polinkis peštynėms ir triukšmavimui; žiaurus elgesys su gyvūnais ar žmonėmis; žymus destruktivumas nuosavybei; padeginėjimas; vagiliavimas; pasikartojantis melavimas; pamokų praleidinėjimas, pabėgimai iš namų; neįprastai dažni ir stiprūs pykčio priepuoliai; iššaukiantis ir provokuojantis elgesys; nuolatinis ir ryškus neklusnumas. Mišriems elgesio ir emocijų sutrikimams, kartu su anksčiau aprašytais simptomais, būdingi depresijos, nerimo ar kiti emocinių protrūkiai. Pavieniai poelgiai nėra

pagrindas šiai diagnozei, jos nepatariama nustatyti kol elgesio trukmė mažesnė nei šeši mėnesiai [116].

Tiriamoji grupė vertinta pagal klinikinio psichiatrinio įvertinimo, autorių sudaryto klausimyno, MMPI metodikos, HAD, HAM-D-21 skalių (tik su depresijos diagnoze) duomenis. Kontrolinė – pagal autorių sudaryto klausimyno, HAD, MMPI duomenis.

3.2. Statistinė analizė

Analizuojant skirtumus tarp kokybinių dydžių, naudotas chi kvadrato (χ^2) kriterijus – nustatyta, ar skiriasi požymių skirstiniai tirtose paauglių populiacijose. Hipotezės apie dviejų proporcijų lygybę tikrinimui naudotas z kriterijus. Tikrinant atskirų požymių grupių statistinių rodiklių (dažnumų) lygybės hipotezes, ir nustatius, kad $p < 0,05$, skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu. Tuo atveju, kai požymiai turėjo 3 ir daugiau kategorijų, buvo taikoma Bonferonio pataisa, t. y. kiekvieno porinio lyginimo gautą reikšmingumo lygmenį p dauginome iš lyginimų skaičiaus. Atskirų veiksnių galima įtaka paauglių savižudiškam elgesiui vertinta vienaveiksnės logistinės regresijos metodu, skaičiuojant šansų santykį ir 95 proc. pasikliautiną intervalą. Tam tikslui, veiksniai (požymiai), kurie buvo suskirstyti į 3 ir daugiau kategorijų (atsakymų variantų), buvo perskirstyti (apjungti) į dvi kategorijas.

Veiksnių galima nepriklausoma įtaka paauglių savižudiškam elgesiui vertinta pažingsninės daugiaveiksnės logistinės regresijos metodu, skaičiuojant šansų santykį ir 95 proc. pasikliautiną intervalą. Asmenybės ypatumų ir psichosocialinių veiksnių pažingsninė daugiaveiksnė logistinė regresija buvo skaičiuojama tik tiems atvejams, kuriems, taikant vienaveiksnę logistinę regresiją, buvo gauti reikšmingi skirtumai. Priklausomu kintamuoju pasirinkta grupė (kontrolinė – 0, ligoniniai – 1), nepriklausomais – reikšmingi ($p < 0,05$) asmenybės ypatumus apibūdinantys veiksniai ir reikšmingi ($p < 0,05$) psichosocialiniai veiksniai. Visi veiksniai į modelį įtraukti kaip kategoriniai. Lyginamąja (ataskaitine grupe), skaičiuojant šansų santykį, pasirinkta sąlyginai geresnioji. Ar logistinės regresijos modelis suderintas su duomenimis, vertinome χ^2 kriterijumi. Skaitiškai įvertinti, ar priklausomo Y ir nepriklausomų kintamųjų priklausomybė yra didelė, buvo skaičiuojami determinacijos koeficientai (Kokso-Snelo ir Nagelkerkės). Ar modelis tinka prognozavimui, skaičiavome teisingų prognozių procentą (klasifikavimo lentelė). Skaičiavimai atlikti naudojant standartinius SPSS 10.0 ir STATISTICA 6.0 programų paketus.

4. REZULTATAI

4.1. Bandžiusių žudytis paauglių savižudiško elgesio skirtumai tarp lyčių

Vertinant tirtųjų paauglių berniukų ir mergaičių savižudiško elgesio ypatumus, buvo nustatyta, kad daugiau nei pusė visų berniukų ir mergaičių, kurie bandė žudytis, žudėsi pirmą kartą, o likusioji dalis tirtųjų asmenų žudėsi kartotinai (kartotinai žudėsi 46,2 proc. berniukų ir 42,1 proc. mergaičių, $p=0,7$). Beveik trečdalis tirtųjų, norėjusių nusižudyti paauglių (32,7 proc. berniukų ir 28,1 proc. mergaičių, $p=0,7$) planavo savižudybę. Tik 1,9 proc. berniukų paauglių, kurie bandė žudytis, rašė atsisveikinimo laišką, kai tuo tarpu tokių paauglių mergaičių buvo 12,3 proc. ($p=0,06$). Beveik trečdalis tirtųjų, norėjusių nusižudyti paauglių (44,2 proc. berniukų ir 29,8 proc. mergaičių, $p=0,2$) perspėjo apie savižudybę. Daugiau kaip dviem trečdaliams tirtųjų paauglių (69,2 proc. berniukų ir 71,9 proc. mergaičių, $p=0,8$) savižudybė yra problemų sprendimo būdas (4.1.1. lentelė).

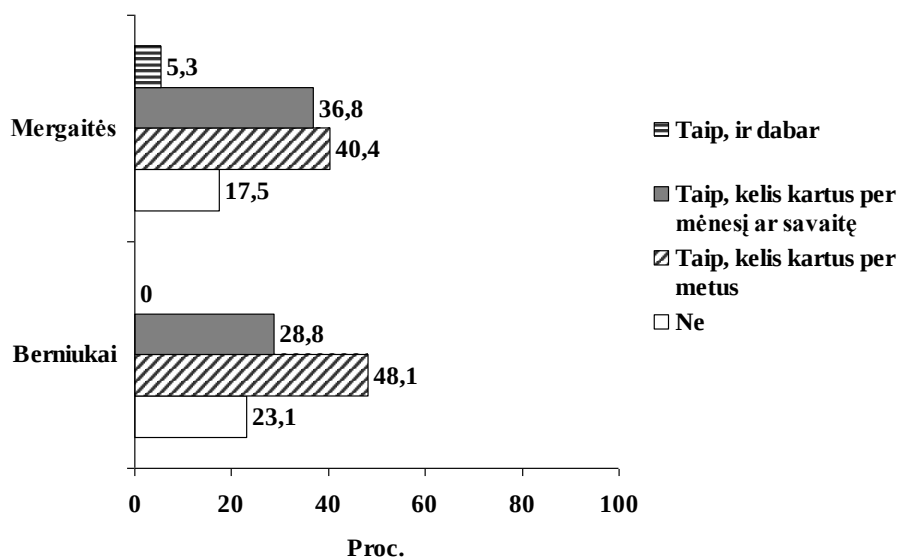
4.1.1. lentelė. Bandžiusių žudytis paauglių savižudiško elgesio charakteristikos

Savižudiško elgesio charakteristikos	Atsakymai	Berniukai (N=52) proc.	Mergaitės (N=57) proc.	Reikšmingumo lygmuo
Ar bandė žudytis kartotinai?	Taip	46,2	42,1	$\chi^2=0,18$, lls=1, $p=0,7$
	Ne	53,8	57,9	
Ar planavo savižudybę?	Taip	32,7	28,1	$\chi^2=0,28$, lls=1, $p=0,7$
	Ne	67,3	71,9	
Ar rašė atsisveikinimo laišką?	Taip	1,9	12,3	$\chi^2=4,29$, lls=1, $p=0,06$
	Ne	98,1	87,7	
Ar perspėjo apie savižudybę?	Taip	44,2	29,8	$\chi^2=2,43$, lls=1, $p=0,2$
	Ne	55,8	70,2	
Ar savižudybė yra problemų sprendimo būdas?	Taip	69,2	71,9	$\chi^2=0,1$, lls=1, $p=0,8$
	Ne	30,8	28,1	
Ar savižudybė padėjo išspręsti problemas?	Taip	28,8	36,8	$\chi^2=0,79$, lls=1, $p=0,4$
	Ne	71,2	63,2	
Ar bandytų dar kartą žudytis?	Taip	34,6	22,8	$\chi^2=5,09$, lls=2, $p=0,08$
	Ne	15,4	33,3	
	Nežino	50,0	43,9	

Trečdalis paauglių, kurie bandė žudytis, (28,8 proc. berniukų ir 36,8 proc. mergaičių, $p=0,4$), pažymėjo, kad savižudybė padėjo išspręsti susidariusias problemas. Beveik kas šeštas (15,4 proc.) berniukas paauglys ir kas trečia (33,3 proc.) paauglė mergaitė daugiau nebandytų žudytis ($p=0,08$), kas trečias (34,6 proc.) paauglys berniukas ir kas penkta (22,8 proc.)

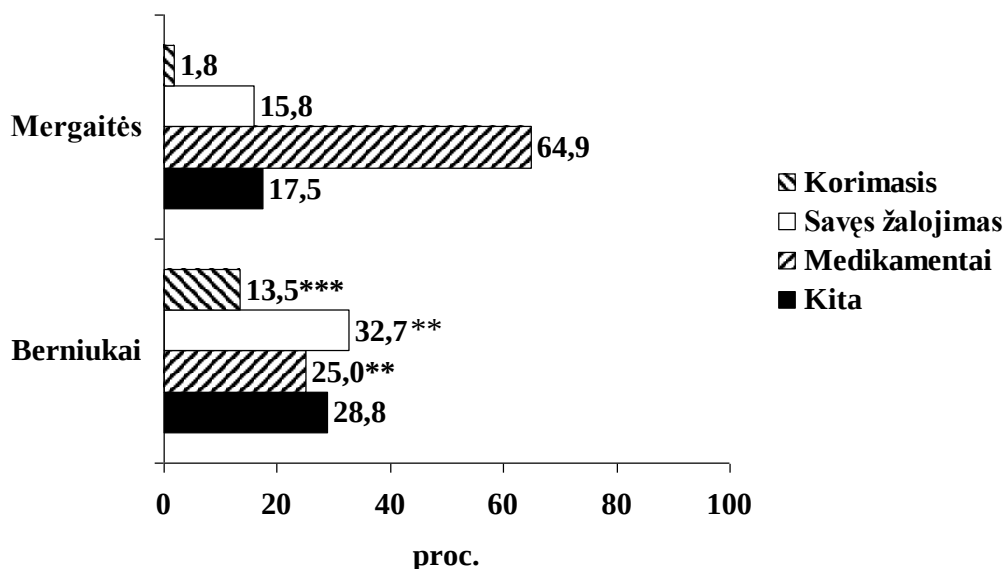
paauglė mergaitė dar kartą bandytų žudyti ($p=0,08$), o pusė (50,0 proc.) tirtųjų paauglių berniukų ir mažesnė pusė (43,9 proc.) tirtųjų paauglių mergaičių nežinojo, ar dar kartą bandytų žudyti ($p=0,08$) (4.1.1. lentelė).

Analizuojant suicidinių minčių dažnumą tarp paauglių, kurie bandė žudyti, buvo nustatyta, kad beveik kas ketvirtas (23,1 proc.) berniukas ir kas šešta (17,5 proc.) mergaitė prieš žudymąsi niekada negalvojo žudyti, beveik kas antras (48,1 proc.) berniukas ir 40,4 proc. mergaičių prieš žudymąsi kelis kartus per metus galvojo apie savižudybę, kas ketvirtas (28,8 proc.) berniukas ir trečdalis (36,8 proc.) mergaičių apie žudymąsi galvodavo kelis kartus per mėnesį ar savaitę, o nedidelė dalis mergaičių (5,3 proc.) taip galvoja ir po bandymo žudyti (4.1.1. pav.). Statistiškai reikšmingų skirtumų, vertinant suicidinių minčių dažnumą tarp bandžiusių žudyti berniukų ir mergaičių, nebuvo nustatyta ($\chi^2=4,04$, $lfs=3$, $p=0,3$) (4.1.1. pav.).



4.1.1. pav. Bandžiusių žudyti paauglių pasiskirstymas pagal suicidinių minčių dažnumą

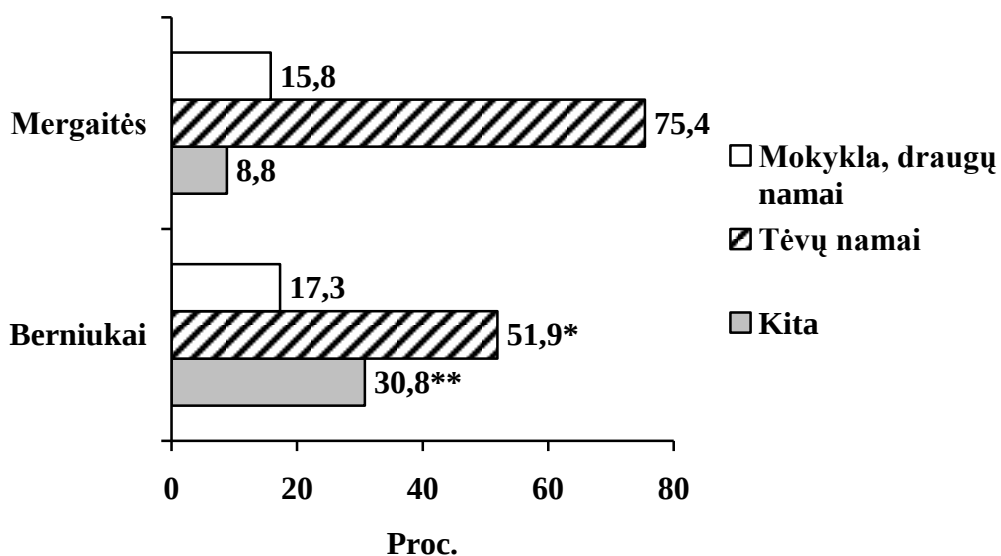
Vertinant paauglių, kurie bandė žudyti, pasiskirstymą pagal savižudybės būdą, nustatyta, kad tik kas ketvirtas (25,0 proc.) paauglys-berniukas žudėsi medikamentų pagalba, kai tuo tarpu mergaičių, besižudančių medikamentų pagalba, buvo net du trečdaliai (64,9 proc.). Tarp berniukų, kurie žudėsi, daugiau buvo paplitęs savęs žalojimo aktas (32,7 proc.), lyginant su mergaitėmis (15,8 proc.), o korimasis, kaip vienas iš žudymosi būdų, net aštuonis kartus dažniau buvo sutinkamas tarp berniukų nei tarp mergaičių, atitinkamai 13,5 proc. ir 1,8 proc. Kiti savižudybės būdai taip pat dažniau buvo nustatyti tarp berniukų (28,8 proc.) nei tarp mergaičių (17,5 proc.) ($\chi^2=19,29$, $lfs=3$, $p=0,0001$) (4.1.2. pav.).



4.1.2. pav. Bandžiusių žudyti paauglių pasiskirstymas pagal savižudybės būdą

** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,0001$, lyginant berniukus ir mergaites.

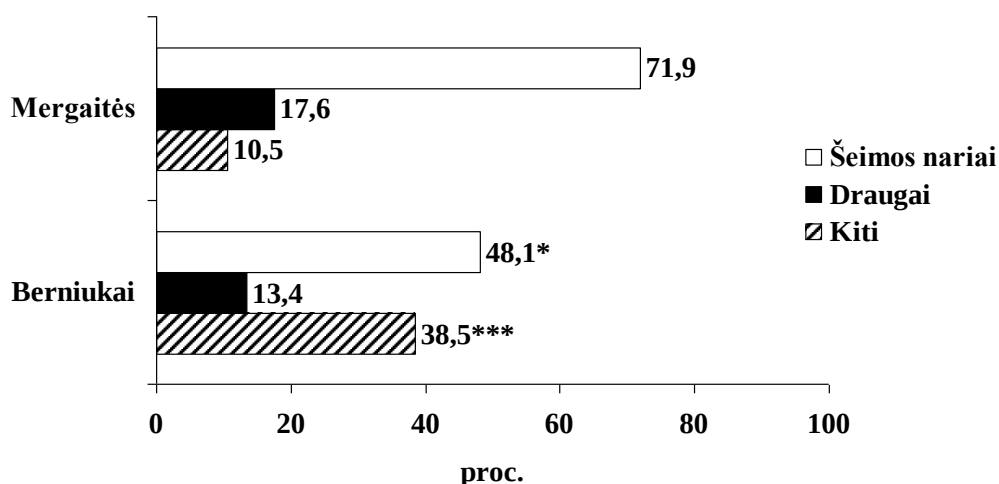
Vertinant paauglių, kurie bandė žudyti, savižudybės aplinką, buvo nustatyta, kad trys ketvirtadaliai (75,4 proc.) besižudančių mergaičių pasirinko tėvų namų aplinką, berniukų, besirenkančių tėvų namų aplinką, buvo tik kas antras (51,9 proc.) ($p < 0,05$). Mokyklos ir draugų namų aplinką pasirinko beveik toks pats tirtųjų berniukų ir mergaičių skaičius, atitinkamai 17,3 proc. ir 15,8 proc., o kitą aplinką pasirinko tris kartus daugiau berniukų nei mergaičių, atitinkamai 30,8 proc. ir 8,8 proc. ($\chi^2 = 9,21$, $l.s = 2$, $p = 0,01$) (4.1.3. pav.).



4.1.3. pav. Bandžiusių žudyti paauglių pasiskirstymas pagal savižudybės aplinką

* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, lyginant berniukus ir mergaites.

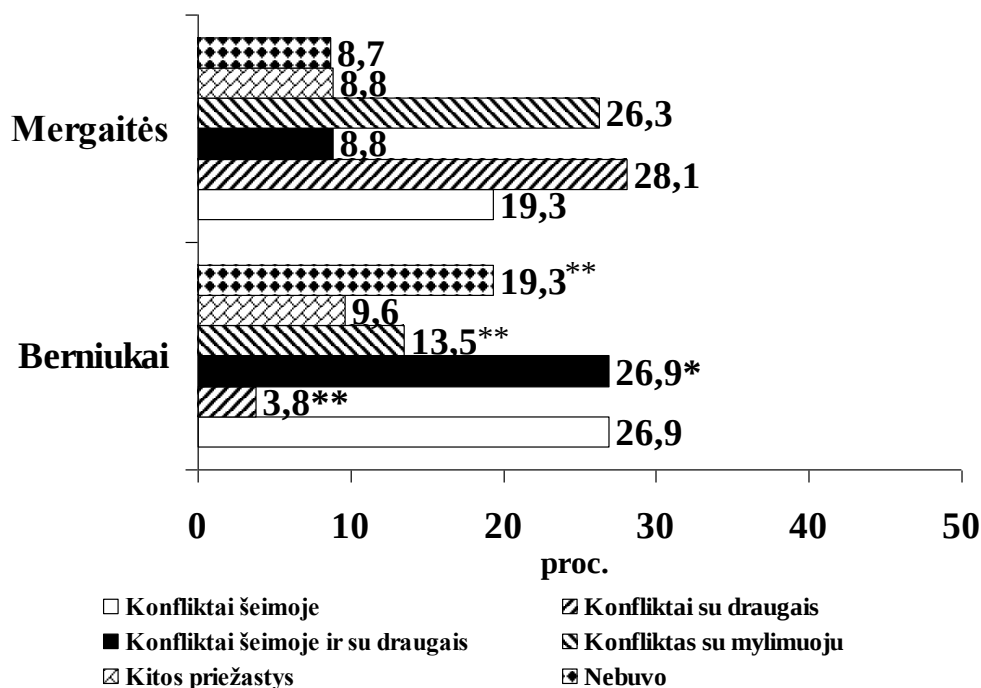
Analizuojant bandžiusių žudyti paauglių pasiskirstymą pagal tai, kas jiems po bandymo žudyti suteikė pirmąją pagalbą, buvo nustatyta, kad beveik trims ketvirtadaliams (71,9 proc.) mergaičių ir beveik pusei (48,1 proc.) berniukų pirmąją pagalbą suteikė šeimos nariai ($p<0,05$). Berniukams daugiau nei tris kartus dažniau nei mergaitėms pirmąją pagalbą suteikė kiti asmenys, atitinkamai 38,5 proc. ir 10,5 proc. ($p<0,0001$), o draugai pirmąją pagalbą suteikė 13,4 proc. berniukų ir 17,6 proc. mergaičių ($\chi^2=11,74$, $l.s=2$, $p=0,003$) (4.1.4. pav.).



4.1.4. pav. Bandžiusių žudyti paauglių pasiskirstymas pagal tai, kas suteikė pirmąją pagalbą
* - $p<0,05$, *** - $p<0,001$, lyginant berniukus ir mergaites.

Vertinant paauglių, kurie bandė žudyti, pasiskirstymą pagal laiką nuo žudymosi pradžios iki pirmosios pagalbos suteikimo, nustatyta, kad 42,3 proc. berniukų ir beveik pusei (49,1 proc.) mergaičių pirmoji pagalba suteikta per 30 min., kas antram (50,0 proc.) berniukui ir 42,1 proc. mergaičių pirmoji pagalba suteikta per 1-2 val., o 7,7 proc. berniukų ir 8,8 proc. mergaičių pirmoji pagalba buvo suteikta daugiau nei per 2 val. ($\chi^2=0,68$, $l.s=2$, $p=0,7$).

Analizuojant paauglių, kurie bandė žudyti, pasiskirstymą pagal pačių nurodytas paskatinimo savižudybei priežastis, buvo nustatyta, kad berniukai kaip savižudybės priežastį dažniau įvardijo konfliktus šeimoje bei konfliktus šeimoje ir su draugais, o mergaitės paauglės dažniau pažymėjo konfliktus su draugais bei konfliktus su mylimuoju asmeniu. Mergaitės paauglės net 7 kartus dažniau kaip savižudybės priežastį pažymėjo konfliktus su draugais, lyginant su berniukais paaugliais, atitinkamai 28,1 proc. ir 3,8 proc. ($p<0,01$), o berniukai, kaip savižudybės priežastį, dažniau pažymėjo konfliktus šeimoje ir su draugais, atitinkamai 26,9 proc. ir 8,8 proc. ($p<0,05$). Konfliktus su mylimuoju, kaip savižudybės priežastį, dvigubai dažniau pažymėjo mergaitės paauglės nei berniukai paaugliai, atitinkamai 26,3 proc. ir 13,5 proc., o savižudybės priežasties neįvardino beveik kas penktas (19,3 proc.) paauglys berniukas ir tik 8,7 proc. paauglių mergaičių ($\chi^2=19,90$, $l.s=5$, $p=0,001$) (4.1.5. pav.).



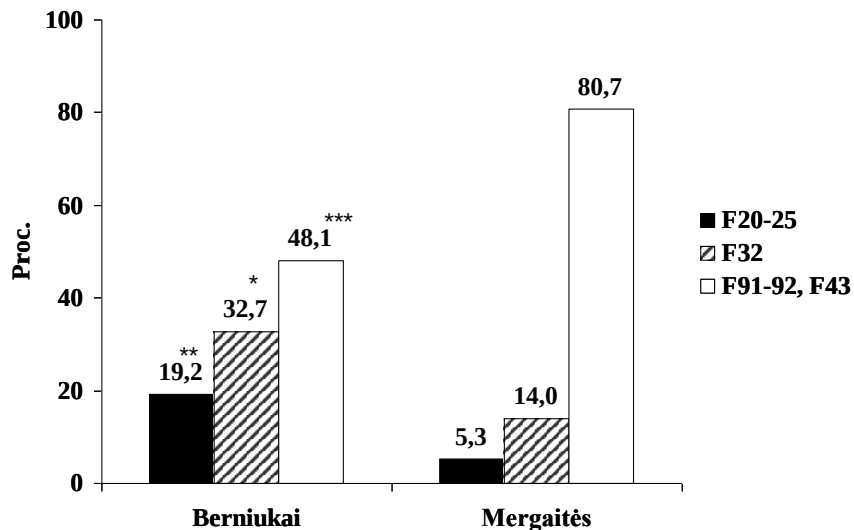
4.1.5. pav. Bandžiusių žudyti paauglių pasiskirstymas pagal paskatinimo savižudybei priežastis
 * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, lyginant berniukus ir mergaites.

4.2. Bandžiusių žudyti paauglių psichikos sutrikimų pasiskirstymas tarp lyčių

Šiame darbo skyriuje buvo vertinama paauglių, kurie bandė žudyti, psichiatrinė anamnezė, tam tikrų psichikos sutrikimų pagal TLK- 10 diagnostinius kriterijus buvimas tyrimo metu, nerimo ir depresijos simptomams įvertinti buvo panaudota HAD skalė, o depresijos sunkumui (lygiui) papildomai įvertinti naudojome Hamiltono skalę (HAM-D-21).

Analizės metu nebuvo nustatyta reikšmingo ryšio tarp psichiatrinės anamnezės ir lyties ($\chi^2=0,24$, $lfs=1$, $p=0,7$). Psichiatrinę anamnezę turėjo pusė visų tirtųjų paauglių, 53,8 proc. berniukų ir 49,1 proc. mergaičių.

Vertinant tam tikrų psichikos sutrikimų buvimą tyrimo metu tarp tirtųjų paauglių, buvo nustatyta reikšmingų skirtumų ($\chi^2=13,02$, $lfs=2$, $p=0,001$). Adaptacijos ir/ar elgesio sutrikimai dažniau diagnozuoti paauglėms-mergaitėms nei berniukams, atitinkamai 80,7 proc. ir 48,1 proc. ($p < 0,001$), o šizofreninių sutrikimų bei įvairaus sunkumo depresijos diagnozės buvo dažniau nustatytos tirtiesiems paaugliams berniukams nei mergaitėms, atitinkamai 19,2 proc. ir 5,3 proc. ($p < 0,01$) ir 32,7 proc. ir 14,0 proc. ($p < 0,05$) (4.2.1. pav.).



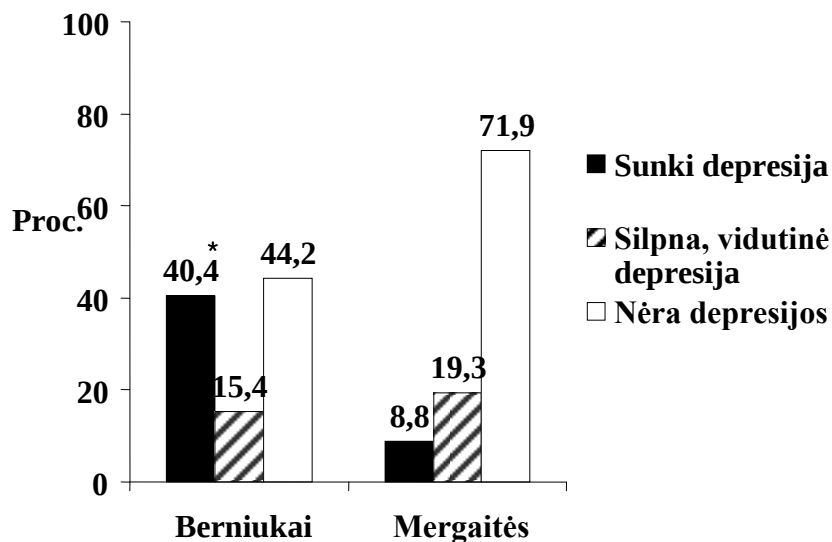
4.2.1. pav. Bandžiusių žudyti paauglių pasiskirstymas pagal psichiatrinę diagnozę tyrimo metu
 * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$, lyginant berniukus ir mergaites

F20-25 - šizofreniniai sutrikimai.

F32 - depresijos epizodas;

F91-92, F43 - elgesio ir/ar adaptacijos sutrikimai;

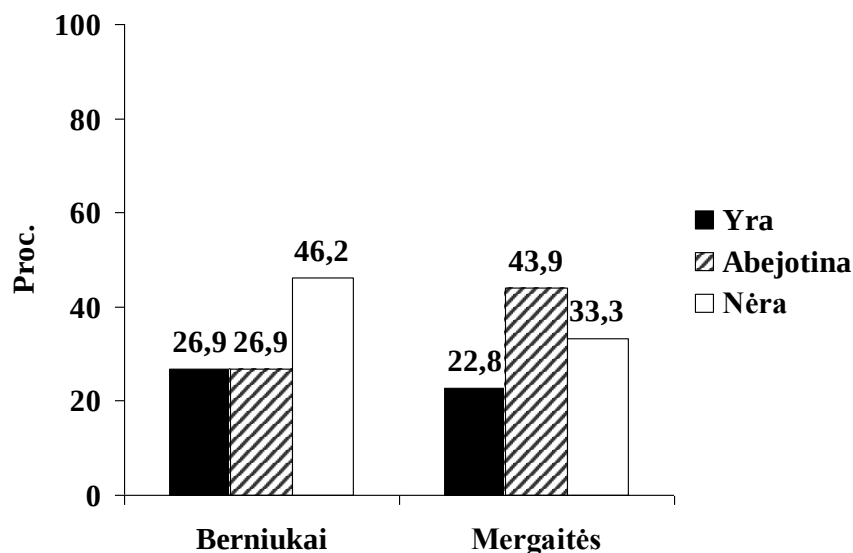
Remiantis Hamiltono skale, buvo papildomai įvertintas paauglių, kurie bandė žudyti, depresijos sunkumas. Sunki depresija berniukams buvo nustatyta apie 5 kartus dažniau nei mergaitėms, atitinkamai 40,4 proc. ir 8,8 proc. ($p < 0,05$). Silpna ir vidutinė depresija buvo nustatyta beveik tokiam pačiam bandžiusių žudyti berniukų ir mergaičių skaičiui, atitinkamai 15,4 proc. ir 19,3 proc. ($\chi^2 = 15,19$, $l.s = 2$, $p = 0,001$) (4.2.2. pav.).



4.2.2. pav. Bandžiusių žudyti paauglių pasiskirstymas pagal depresijos sunkumo laipsnį (HAM-D-21- Hamiltono skalė)

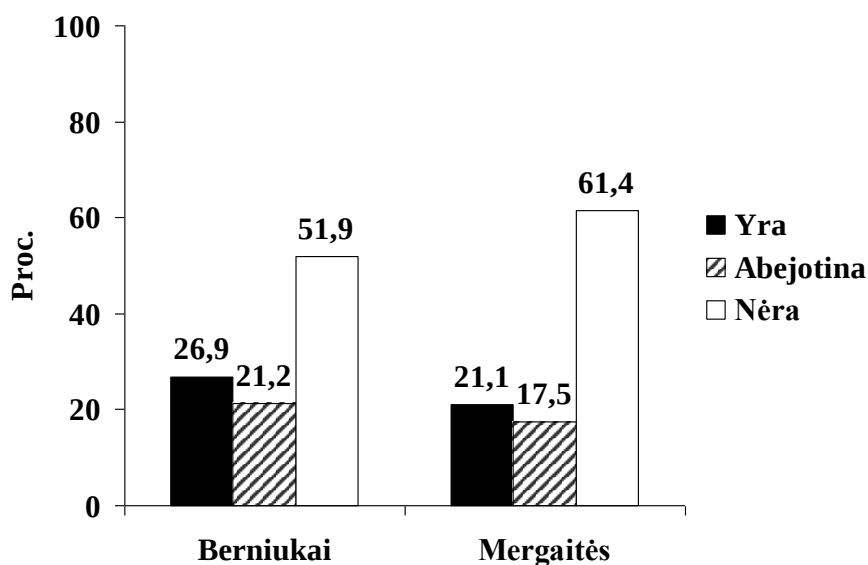
* - $p < 0,001$, lyginant berniukus ir mergaites.

Vertinant paauglių, kurie bandė žudyti, nerimo simptomus pagal HAD skalę, nerimo simptomų buvo nustatyta 22,8 proc. mergaičių ir 26,9 proc. berniukų, o trečdaliui (33,3 proc.) mergaičių ir beveik pusei (46,2 proc.) berniukų nerimo simptomų nestebėta ($\chi^2=3,50$, $lfs=2$, $p=0,2$) (4.2.3. pav.).



4.2.3. pav. Bandžiusių žudyti paauglių pasiskirstymas pagal nerimo simptomų išreikštumą (HAD skalė -Hospital Anxiety and Depression Scale)

Vertinant paauglių-savižudžių depresijos simptomus pagal HAD skalę, nebuvo nustatyta reikšmingų skirtumų tarp lyčių ($\chi^2=1,01$, $lfs=2$, $p=0,6$). Depresijos simptomų buvo nustatyta 26,9 proc. berniukų ir 21,1 proc. mergaičių, o dviem trečdaliams (61,4 proc.) mergaičių ir pusei (51,9 proc.) berniukų depresijos simptomų nestebėta (4.2.4. pav.).



4.2.4. pav. Bandžiusių žudyti paauglių pasiskirstymas pagal depresijos simptomų išreikštumą (HAD skalė -Hospital Anxiety and Depression Scale)

4.3. Asmenybės ypatumų įtaka paauglių savižudiškam elgesiui

4.3.1. Bandžiusių žudytis paauglių asmenybės ypatumai

Šiame darbo skyriuje buvo vertinami mėginusių žudytis paauglių asmenybės ypatumai, taikant MMPI metodiką. Šie rezultatai pateikti 4.3.1.1. lentelėje. Vertinant šių paauglių asmenybės ypatumus pagal MMPI1 (hipochondriškumo) skalę, pusei (49,1 proc.) tirtųjų paauglių mergaičių ir dviem trečdaliams (67,3 proc.) berniukų buvo nustatytas MMPI1 skalės įverčių pakilimas ($p>0,05$). MMPI2 (depresiško) skalės įverčių pakilimas buvo nustatytas 14,0 proc. paauglių mergaičių ir 2,5 karto dažniau (34,6 proc.) berniukams, kurie bandė žudytis ($p=0,01$). MMPI3 (isterijos) skalės įverčių pakilimas buvo nustatytas 7 kartus dažniau mergaitėms, nei berniukams, atitinkamai 59,6 proc. ir 7,7 proc. ($p=0,0001$). MMPI4 (psichopatijos) skalės įverčių pakilimas buvo nustatytas trimis ketvirtadaliams (73,7 proc.) tirtųjų paauglių mergaičių ir beveik pusei (48,1 proc.) berniukų ($p=0,006$). MMPI5 (vyriškumo, moteriškumo) skalės įverčių pakilimas buvo nustatytas 5,3 proc. paauglių mergaičių ir 1,9 proc. berniukų, kurie mėgino žudytis ($p>0,05$). MMPI6 (paranojos) skalės įverčių pakilimas buvo nustatytas 14,0 proc. tirtųjų paauglių mergaičių ir 3,8 proc. berniukų ($p>0,05$). MMPI7 (psichastenijos) skalės įverčių pakilimas buvo nustatytas kas penktai (22,8 proc.) mergeitei ir beveik keturiems iš penkių (84,6 proc.) berniukų, kurie mėgino žudytis ($p=0,0001$). MMPI8 (šizoidiškumo) skalės įverčių pakilimas buvo nustatytas 8,8 proc. mergaičių ir kas dešimtam (9,6 proc.) berniukui ($p>0,05$). MMPI9 (manijos) skalės įverčių pakilimas buvo nustatytas trečdaliui (36,8 proc.) bandžiusių žudytis mergaičių ir 15 kartų rečiau (1,9 proc.) berniukams, kurie bandė žudytis ($p=0,0001$). MMPI10 (socialinės intraversijos) skalės įverčių pakilimas buvo nustatytas 12,3 proc. mergaičių ir kas devintam (11,5 proc.) berniukui ($p>0,05$). MMPI11 (nerimo) skalės įverčių pakilimas buvo nustatytas 3,5 proc. tirtųjų mergaičių ir kas ketvirtam (28,8 proc.) tirtajam berniukui ($p=0,0001$) (4.3.1.1. lentelė).

4.3.1.1. lentelė. Bandžiusių žudytis paauglių asmenybės ypatumų pasiskirstymas (proc.) pagal MMPI (Minesotos visapusiško asmenybės klausimyno) skales

MMPI skalės	Įvertinimai	Berniukai (N=52) proc.	Mergaitės (N=57) proc.	Reikšmin- gumo lygmuo
MMPI1 (hipochondriškumo)	Norma	32,7	50,9	$\chi^2=3,69$, lls=1,
	Pakilimas	67,3	49,1	p=0,08
MMPI2 (depresiškumo)	Norma	65,4	86,0	$\chi^2=6,34$, lls=1,
	Pakilimas	34,6	14,0	p=0,01
MMPI3 (isterijos)	Norma	92,3	40,4	$\chi^2=32,33$, lls=1,
	Pakilimas	7,7	59,6	p=0,0001
MMPI4 (psichopatijos)	Norma	51,9	26,3	$\chi^2=7,53$, lls=1,
	Pakilimas	48,1	73,7	p=0,006
MMPI5 (vyriškumo, moteriškumo)	Norma	98,1	94,7	$\chi^2=0,86$, lls=1,
	Pakilimas	1,9	5,3	p=0,6
MMPI6 (paranojos)	Norma	96,2	86,0	$\chi^2=3,39$, lls=1,
	Pakilimas	3,8	14,0	p=0,1
MMPI7 (psichastenijos)	Norma	15,4	77,2	$\chi^2=41,64$, lls=1,
	Pakilimas	84,7	22,8	p=0,0001
MMPI8 (šizoidiškumo)	Norma	90,4	91,2	$\chi^2=0,02$, lls=1,
	Pakilimas	9,6	8,8	p=1,0
MMPI9 (manijos)	Norma	98,1	63,2	$\chi^2=20,58$, lls=1,
	Pakilimas	1,9	36,8	p=0,0001
MMPI10 (socialinės intraversijos)	Norma	88,5	87,7	$\chi^2=0,01$, lls=1,
	Pakilimas	11,5	12,3	p=1,0
MMPI11 (nerimo)	Norma	71,2	96,5	$\chi^2=13,26$, lls=1,
	Pakilimas	28,8	3,5	p=0,0001

4.3.2. Asmenybės ypatumų įtakos paauglių savižudiškam elgesiui vertinimas

Vertinant asmenybės ypatumų ryšius su paauglių savižudišku elgesiu, buvo skaičiuojamas galimybių santykis, įvertinta savižudiško elgesio galimybė tarp bandžiusių žudytis berniukų ir mergaičių, bei paauglių, kurie nebandė žudytis (kontrolinė paauglių grupė). Vienaveiksnės logistinės regresijos modelio duomenys pateikti 4.3.2.1. ir 4.3.2.2. lentelėse.

Atlikus šią analizę paaiškėjo, kad tirtiesiems paaugliams berniukams savižudiško elgesio galimybę vidutiniškai 27,0 kartus didino MMPI2 (depresijos) skalės įverčių pakilimas (95 proc. PI 5,9-122,4), vidutiniškai 4,7 kartus reikšmingai didino MMPI7 (psichastenijos)

skalės įverčių pakilimas (95 proc. PI 2,0-11,0) ir vidutiniškai 10,1 karto reikšmingai didino MMPI11 (nerimo) skalės įverčių pakilimas (95 proc. PI 3,2-32,5), kai tuo tarpu MMPI3 (isterijos) ir MMPI9 (manijos) skalių įverčių pakilimai tirtiesiems paaugliams berniukams savižudiško elgesio galimybę reikšmingai mažino, atitinkamai (GS=0,1; 95 proc. PI 0,0-0,4 ir GS=0,02; 95 proc. PI 0,003-0,14). Kitų skalių, tokių kaip MMPI1, MMPI4, MMPI5, MMPI6, MMPI8 ir MMPI10, įverčiai (pakilimas), tarp tirtųjų paauglių berniukų galimybę savižudiškam elgesiui nei didino, nei mažino (4.3.2.1. lentelė).

4.3.2.1. lentelė. *Asmenybės ypatumų ryšys su paauglių berniukų savižudišku elgesiu (MMPI - Minesotos visapusiško asmenybės klausimyno skalės, vienaveiksnės logistinės regresijos modelis)*

Tiriamieji požymiai	Kontrolinė grupė proc.	Tiriamieji proc.	GS	95 proc. PI	p
MMPI1					
Norma	21,2	32,7	1		
Pakilimas	78,8	67,3	0,6	0,3-1,2	0,1
MMPI2					
Norma	98,1	65,4	1		
Pakilimas	1,9	34,6***	27,0	5,9-122,4	0,0001
MMPI3					
Norma	60,6	92,3	1		
Pakilimas	39,4	7,7***	0,1	0,0-0,4	0,0001
MMPI4					
Norma	57,7	51,9	1		
Pakilimas	42,3	48,1	1,3	0,6-2,5	0,5
MMPI5					
Norma	95,2	98,1	1		
Pakilimas	4,8	1,9	0,4	0,04-3,4	0,7
MMPI6					
Norma	98,1	96,2	1		
Pakilimas	1,9	3,8	2,0	0,3-14,9	0,6
MMPI7					
Norma	46,2	15,4	1		
Pakilimas	53,8	84,6***	4,7	2,0-11,0	0,0001
MMPI8					
Norma	97,1	90,4	1		
Pakilimas	2,9	9,6	3,6	0,8-15,6	0,1
MMPI9					
Norma	50,0	98,1	1		
Pakilimas	50,0	1,9***	0,02	0,003-0,14	0,0001
MMPI10					
Norma	79,8	88,5	1		
Pakilimas	20,2	11,5	0,5	0,2-1,4	0,3
MMPI11					
Norma	96,2	71,2	1		
Pakilimas	3,8	28,8***	10,1	3,2-32,5	0,0001

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001, tiriamuosius lyginant su kontroline grupe,

GS – galimybių santykis, PI – pasikliautinis intervalas, p – reikšmingumo lygmuo.

Analizuojant paauglių mergaičių duomenis, nustatyta kitokia rizika bandyti žudyti (4.3.2.2. lentelė). Tarp tirtųjų mergaičių galimybę savižudiškam elgesiui vidutiniškai 4,0 kartus reikšmingai didino MMPI3 (isterijos) skalės įverčių pakilimas (95 proc. PI 2,0-7,7), vidutiniškai 10,0 kartų didino MMPI4 (psichopatijos) skalės įverčių pakilimas (95 proc. PI 4,8-20,8), kai tuo tarpu MMPI1 (hipochondrijos), MMPI5 (moteriškumo), MMPI9 (manijos) ir MMPI11 (nerimo) skalės įverčių pakilimas reikšmingai mažino mergaičių savižudiško elgesio galimybę, atitinkamai (GS=0,4; 95 proc. PI 0,2-0,7), (GS=0,06; 95 proc. PI 0,02-0,2), (GS=0,3; 95 proc. PI 0,2-0,6), (GS=0,1; 95 proc. PI 0,03-0,6). Kitų skalių, tokių kaip MMPI6, MMPI7, MMPI8 ir MMPI10 įverčiai (pakilimas), savižudiško elgesio galimybei tarp paauglių mergaičių neturėjo reikšmingos įtakos (4.3.2.2. lentelė).

4.3.2.2. lentelė. *Asmenybės ypatumų ryšys su paauglių mergaičių savižudišku elgesiu (MMPI - Minesotos visapusiško asmenybės klausimyno skalės, vienaveiksnės logistinės regresijos modelis)*

Tiriamieji požymiai	Kontrolinė grupė proc.	Tiriamieji proc.	GS	95 proc. PI	p
MMPI1					
Norma	28,1	50,9	1		
Pakilimas	71,9	49,1**	0,4	0,2-0,7	0,001
MMPI2					
Norma	95,6	86,0	1		
Pakilimas	4,4	14,0*	3,6	1,1-11,4	0,03
MMPI3					
Norma	72,8	40,4	1		
Pakilimas	27,2	59,6***	4,0	2,0-7,7	0,0001
MMPI4					
Norma	78,1	26,3	1		
Pakilimas	21,9	73,7***	10,0	4,8-20,8	0,0001
MMPI5					
Norma	50,9	94,7	1		
Pakilimas	49,1	5,3***	0,06	0,02-0,2	0,0001
MMPI6					
Norma	93,9	86,0	1		
Pakilimas	6,1	14,0	2,5	0,9-7,3	0,09
MMPI7					
Norma	84,2	77,2	1		
Pakilimas	15,8	22,8	1,6	0,7-3,5	0,3
MMPI8					
Norma	92,1	91,2	1		
Pakilimas	7,9	8,8	1,1	0,4-3,5	1,0
MMPI9					
Norma	36,0	63,2	1		
Pakilimas	64,0	36,8**	0,3	0,2-0,6	0,001
MMPI10					
Norma	90,4	87,7	1		
Pakilimas	9,6	12,3	1,3	0,5-3,6	0,6
MMPI11					
Norma	78,1	96,5	1		
Pakilimas	21,9	3,5***	0,1	0,03-0,6	0,001

p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001, tiriamuosius lyginant su kontroline grupe,

GS – galimybių santykis, PI – pasikliautinis intervalas, p – reikšmingumo lygmuo.

Vertinant nepriklausomą asmenybės ypatumų ir lyties įtaką paauglių berniukų ir mergaičių savižudiškam elgesiui, buvo taikomas pažingsninės daugiaveiksnės logistinės regresijos modelis, įtraukiant visus tiriamus požymius. Šios analizės duomenys pateikti 4.3.2.3. lentelėje. Atlikus daugiaveiksnią analizę, paaiškėjo, kad lytis buvo viena iš nepriklausomų kintamųjų ir turėjo reikšmingą įtaką savižudiškam elgesiui: berniukai, lyginant su mergaitėmis, turėjo reikšmingai mažesnę galimybę patekti į bandžiusiųjų žudytis grupę (GS=0,24, 95 proc. PI 0,11-0,51, $p=0,0001$). MMPI2, MMPI3, MMPI4, MMPI7 ir MMPI11 skalių įverčių pakilimai didino savižudiško elgesio galimybę: MMPI2 (depresiškumo) skalės - vidutiniškai 6,6 karto, MMPI3 (isterijos) skalės - vidutiniškai 2,8 karto, MMPI4 (psichopatijos) skalės - vidutiniškai 10,8 karto, MMPI7 (psichastenijos) skalės - vidutiniškai 3,3 karto ir MMPI11 (nerimo) skalės - vidutiniškai 3,6 karto. MMPI5 (vyriškumo, moteriškumo) ir MMPI9 (manijos) skalių įverčių pakilimai mažino šią galimybę, atitinkamai GS=0,1, 95 proc. PI 0,03-0,6 ir GS=0,4, 95 proc. PI 0,18-0,8.

4.3.2.3. lentelė. *Asmenybės ypatumų įtaka paauglių berniukų ir mergaičių savižudiškam elgesiui (MMPI - Minesotos visapusiško asmenybės klausimyno skalės, pažingsninės daugiaveiksnės logistinės regresijos modelis)*

Tiriamieji požymiai	GS	95 proc. PI	p
Lytis			
Mergaitės	1		
Berniukai	0,24	0,11-0,51	0,0001
MMPI2 (depresiškumo)			
Norma	1		
Pakilimas	6,6	2,0-21,9	0,002
MMPI3 (isterijos)			
Norma	1		
Pakilimas	2,8	1,2-6,2	0,01
MMPI4 (psichopatijos)			
Norma	1		
Pakilimas	10,8	4,8-24,2	0,0001
MMPI5 (vyriškumo, moteriškumo)			
Norma	1		
Pakilimas	0,1	0,03-0,6	0,0001
MMPI7 (psichastenijos)			
Norma	1		
Pakilimas	3,3	1,4-7,7	0,007
MMPI9 (manijos)			
Norma	1		
Pakilimas	0,4	0,18-0,8	0,01
MMPI11 (nerimo)			
Norma	1		
Pakilimas	3,6	1,3-10,0	0,02

Modelio suderinamumas su duomenimis - $\chi^2=164,34$, lls=10, $p=0,0001$;

Modelio tinkamumas - determinacijos koeficientas $R^2=0,549$;

Modelis prognozavo 84,1 proc. tikslumu;

GS – galimybių santykis, PI – pasikliautinis intervalas, p – reikšmingumo lygmuo.

Taikant pažingsninės daugiaveiksnės logistinės regresijos modelį asmenybės ypatumams ir savižudiško elgesio galimybei įvertinti tik paaugliams berniukams, į modelį įtraukti tik reikšmingi požymiai, gauti taikant vienaveiksnę logistinę regresiją. Nustatyta, kad MMPI2 ir MMPI11 skalių įverčių pakilimai savižudiško elgesio galimybę reikšmingai didino, o MMPI3 ir MMPI9 skalių pakilimai – reikšmingai mažino. MMPI2 (depresijos) skalės įverčių pakilimas berniukų savižudiško elgesio galimybę didino vidutiniškai 15,2 karto (95 proc. PI 2,9-80,3), MMPI11 (nerimo) skalės įverčių pakilimas šią galimybę didino vidutiniškai 7,0 kartus (95 proc. PI 1,6-30,8), o MMPI3 (isterijos) ir MMPI9 (manijos) skalių pakilimai berniukų savižudiško elgesio galimybę reikšmingai mažino, atitinkamai GS=0,1, 95 proc. PI 0,03-0,4 ir GS=0,02, 95 proc. PI 0,003-0,2 (4.3.2.4. lentelė).

4.3.2.4. lentelė. Asmenybės ypatumų įtaka paauglių berniukų savižudiškam elgesiui (MMPI - Minesotos visapusiško asmenybės klausimyno skalės, pažingsninės daugiaveiksnės logistinės regresijos modelis)

Tiriamieji požymiai	GS	95 proc. PI	p
MMPI2 (depresijos)			
Norma	1		
Pakilimas	15,2	2,9-80,3	0,001
MMPI3 (isterijos)			
Norma	1		
Pakilimas	0,1	0,03-0,4	0,001
MMPI9 (manijos)			
Norma	1		
Pakilimas	0,02	0,003-0,2	0,0001
MMPI11 (nerimo)			
Norma	1		
Pakilimas	7,0	1,6-30,8	0,01

Modelio suderinamumas su duomenimis - $\chi^2=97,82$, lls=4, p=0,0001;

Modelio tinkamumas - determinacijos koeficientas $R^2=0,647$;

Modelis prognozavo 84,6 proc. tikslumu;

GS – galimybių santykis, PI – pasikliautinis intervalas, p – reikšmingumo lygmuo.

Taikant tą patį pažingsninės daugiaveiksnės logistinės regresijos modelį tik paauglėms mergaitėms, buvo nustatyta, kad MMPI3 ir MMPI4 skalių įverčių pakilimas savižudiško elgesio galimybę reikšmingai didino, o MMPI1 skalės įverčių pakilimas – reikšmingai mažino. MMPI3 (isterijos) skalės įverčių pakilimas mergaičių savižudiško elgesio galimybę didino vidutiniškai 4,2 karto (95 proc. PI 1,6-11,2), MMPI4 (psichopatijos) skalės įverčių pakilimas šią galimybę didino vidutiniškai 9,1 karto (95 proc. PI 3,3-24,7), o MMPI1 (hipochondrijos) skalės įverčių pakilimas mergaičių savižudiško elgesio galimybę reikšmingai mažino GS=0,2, 95 proc. PI 0,06-0,5 (4.3.2.5. lentelė).

4.3.2.5. lentelė. Asmenybės ypatumų įtaka paauglių mergaičių savižudiškam elgesiui ((MMPI - Minesotos visapusiško asmenybės klausimyno skalės, pažingsninės daugiaveiksnės logistinės regresijos modelis)

Tiriamieji požymiai	GS	95 proc. PI	p
MMPI1 (hipochondrijos)			
Norma	1		
Pakilimas	0,2	0,06-0,5	0,001
MMPI3 (isterijos)			
Norma	1		
Pakilimas	4,2	1,6-11,2	0,004
MMPI4 (psichopatijos)			
Norma	1		
Pakilimas	9,1	3,3-24,7	0,0001

Modelio suderinamumas su duomenimis - $\chi^2=104,68$, lls=6, p=0,0001;

Modelio tinkamumas - determinacijos koeficientas $R^2=0,636$;

Modelis prognozavo 86,0 proc. tikslumu;

GS – galimybių santykis, PI – pasikliautinis intervalas, p – reikšmingumo lygmuo.

4.4. Psichosocialinių veiksnių įtaka paauglių savižudiškam elgesiui

4.4.1. Psichosocialiniai veiksniai tarp bandžusių žudyti paauglių

Vertinant paauglių berniukų ir mergaičių, kurie bandė žudyti, tėvų išsilavinimą buvo nustatyta reikšmingų skirtumų ($\chi^2=19,08$, lls=2, p=0,0001). Tarp mergaičių, kurios bandė žudyti, buvo daugiau tėvų su nebaigtu viduriniu išsilavinimu, lyginant su berniukais, atitinkamai 35,1 proc. ir 5,8 proc. (p<0,001), o tarp berniukų, kurie bandė žudyti, buvo daugiau tėvų su viduriniu ir aukštesniojo išsilavinimu, lyginant su mergaitėmis (78,8 proc. ir 40,4 proc., p<0,001) (4.4.1.1. lentelė).

Analizuojant paauglių, kurie bandė žudyti, tėvo darbinį užimtumą, buvo nustatyta gana reikšminga tendencija ($\chi^2=4,14$, lls=1, p=0,06). Mergaičių, kurios bandė žudyti, tėvai dažniau buvo bedarbiai, lyginant su berniukais, kurie bandė žudyti, atitinkamai 36,8 proc. ir 19,2 proc. (p=0,06) (4.4.1.1. lentelė).

Analizuojant paauglių, kurie bandė žudyti, pasiskirstymą pagal bendravimo ne mokykloje laiką buvo nustatyta reikšmingų skirtumų ($\chi^2=11,76$, lls=2, p=0,003). Tarp mergaičių, kurios bandė žudyti, buvo mažiau tokių, kurios bendravo ne mokykloje rečiau kaip kelios valandos per savaitę, lyginant su berniukais, atitinkamai 5,3 proc. ir 28,8 proc. (p<0,01), o mergaičių, kurios mėgino žudyti, bendraujančių 1 val. ir daugiau per dieną buvo daugiau nei berniukų, atitinkamai 52,6 proc. ir 32,7 proc. (p<0,05) (4.4.1.1. lentelė).

Analizuojant paauglių berniukų ir mergaičių, kurie bandė žudyti, pasiskirstymą priklausomai nuo nuostatos, ar galima rodyti jausmus kitiems, buvo nustatyta reikšmingų skirtumų ($\chi^2=13,21$, lls=1, p=0,0001). Tarp mergaičių, kurios bandė žudyti, buvo mažiau

tokių, kurios galvojo, kad negalima rodyti jausmų kitiems, lyginant su berniukais, atitinkamai 15,8 proc. ir 48,1 proc. ($p < 0,0001$), o mergaičių buvo daugiau nei berniukų, kurios manė, kad galima rodyti jausmus kitiems, lyginant su berniukais, atitinkamai 84,2 proc. ir 51,9 proc. ($p < 0,05$) (4.4.1.1. lentelė).

Analizuojant paauglių, kurie bandė žudyti, pasiskirstymą pagal mokymosi pažangumą, buvo nustatyta reikšmingų skirtumų ($\chi^2=6,02$, $lks=2$, $p=0,049$). Tarp berniukų, kurie bandė žudyti, buvo daugiau tokių, kurių mokymosi vidurkis buvo iki 6 balų, lyginant su mergaitėmis, atitinkamai 65,4 proc. ir 42,1 proc. ($p < 0,01$), o mergaičių buvo daugiau nei berniukų, kurių mokymosi vidurkis buvo didesnis nei 6 balai ($p < 0,05$) (4.4.1.1. lentelė).

Analizuojant paauglių, kurie bandė žudyti, pasiskirstymą priklausomai nuo to, su kuo sprendžia iškilusias problemas, buvo nustatyta reikšmingų skirtumų ($\chi^2=16,63$, $lks=4$, $p=0,002$). Berniukai, kurie mėgino žudyti, iškilusias problemas dažniau bandydavo spręsti vieni, o mergaitės iškilusias problemas dažniau bandydavo spręsti kartu su draugais, atitinkamai 63,5 proc. ir 40,4 proc. ir atitinkamai 33,3 proc. ir 9,6 proc. ($p < 0,05$). Berniukai dažniau nespėdavo savo problemų, lyginant su mergaitėmis, atitinkamai 15,4 proc. ir 3,5 proc. ($p < 0,05$) (4.4.1.1. lentelė).

Analizuojant paauglių, kurie bandė žudyti, pasiskirstymą pagal priklausomybes šeimoje, buvo nustatyta reikšmingų skirtumų ($\chi^2=6,63$, $lks=4$, $p=0,002$). Mergaitės, kurių šeimos nariai turėjo priklausomybių, mėgino žudyti dažniau nei berniukai, atitinkamai 45,6 proc. ir 26,9 proc. ($p < 0,05$) (4.4.1.1. lentelė).

Kitų psichosocialinių veiksnių, tokių kaip šeimos sudėtis, vaikų skaičius šeimoje, motinos darbinė padėtis, tėvų užimamos pareigos, materialinė šeimos padėtis, paauglio žalingi įpročiai, psichikos sutrikimai bei savižudybės šeimoje, atskiras vaiko kambarys, konfliktai, savijauta, fizinės bausmės šeimoje, savijauta tarp bendraamžių, hobis reikšmingų skirtumų tarp tirtųjų berniukų ir mergaičių nebuvo nustatyta (4.4.1.1. lentelė).

4.4.1.1. lentelė. Psichosocialiniai veiksniai tarp bandžiusių žudyti paauglių

Psichosocialiniai veiksniai	Požymiai	Berniukai (N=52) proc.	Mergaitės (N=57) proc.	Reikšmingumo lygmuo
1	2	3	4	5
Šeimos sudėtis	Pilna	36,5	36,8	$\chi^2=0,56$, lls=2, p=0,7
	Nepilna	53,9	49,1	
	Globėjai, internatas	9,6	14,1	
Vaikų skaičius šeimoje	Vienas	21,2	21,1	$\chi^2=0,00$, lls=1, p=1,0
	Daugiau nei vienas	78,8	78,9	
Tėvų išsilavinimas	Nebaigtas vidurinis	5,8	35,0	$\chi^2=19,08$, lls=2, p=0,0001
	Vidurinis, aukštesnysis	78,8	40,4	
	Aukštasis	15,4	24,6	
Materialinė šeimos padėtis	Gera	7,7	12,3	$\chi^2=0,77$, lls=2, p=0,7
	Patenkinama	73,1	66,7	
	Bloga	19,2	21,0	
Motinos užimtumas	Dirba	75,0	70,2	$\chi^2=0,32$, lls=1, p=0,7
	Bedarbė	25,0	29,8	
Tėvo užimtumas	Dirba	80,8	63,2	$\chi^2=4,14$, lls=1, p=0,06
	Bedarbis	19,2	36,8	
Motinos pareigos	Vadovaujančios	1,9	5,3	$\chi^2=1,29$, lls=1, p=0,4
	Nevadovaujančios	98,1	94,7	
Tėvo pareigos	Vadovaujančios	5,8	10,5	$\chi^2=0,81$, lls=1, p=0,5
	Nevadovaujančios	94,2	89,5	
Priklausomybės šeimoje	Nėra	73,1	54,4	$\chi^2=4,09$, lls=1, p=0,049
	Yra	26,9	45,6	
Vaiko žalingi įpročiai	Nėra	50,0	68,4	$\chi^2=4,45$, lls=2, p=0,1
	Alkoholis ir rūkymas	36,5	26,3	
	Alkoholis, rūkymas ir narkotikai	13,5	5,3	
Psichikos sutrikimai šeimoje	Nėra	78,8	87,7	$\chi^2=1,55$, lls=1, p=0,3
	Yra	21,2	12,3	
Savižudybės šeimoje	Nebuvo	88,5	87,7	$\chi^2=0,01$, lls=1, p=1,0
	Buvo	11,5	12,3	
Savijauta šeimoje	Labai gera	1,9	-	$\chi^2=4,82$, lls=3, p=0,2
	Gera	19,3	15,8	
	Patenkinama	63,4	52,6	
	Bloga	15,4	31,6	
Atskiras kambarys	Turi	48,1	35,1	$\chi^2=1,89$, lls=1, p=0,2
	Neturi	51,9	64,9	
Konfliktai šeimoje	Labai retai	1,9	3,5	$\chi^2=1,49$, lls=2, p=0,5
	Kartais	44,3	33,3	
	Dažnai	53,8	63,2	

4.4.1.1. lentelės tęsinys

1	2	3	4	5
Fizinės bausmės šeimoje	Nėra	42,3	50,9	$\chi^2=5,69$, lls=3, p=0,1
	Labai retai	17,3	22,8	
	Kartais	30,8	12,3	
	Dažnai	9,6	14,0	
Mokymosi vidurkis	≤ 6 balų	65,4	42,1	$\chi^2=6,03$, lls=2, p=0,049
	7-8 balai	26,9	47,4	
	9-10 balų	7,7	10,5	
Savijauta tarp bendraamžių	Labai gera	7,7	5,3	$\chi^2=2,34$, lls=3, p=0,5
	Gera	48,1	50,9	
	Patenkinama	25,0	33,3	
	Bloga	19,2	10,5	
Bendravimo ne mokykloje laikas	> 1 val. per dieną	32,7	52,6	$\chi^2=11,76$, lls=2, p=0,003
	2 val. per savaitę rečiau	38,5	42,1	
		28,8	5,3	
Laikas praleistas vienumoje	> 1 val. per dieną	86,5	93,0	$\chi^2=3,03$, lls=2, p=0,2
	2 val. per savaitę rečiau	13,5	5,2	
		-	1,8	
Hobis	Neturi	55,8	54,4	$\chi^2=0,02$, lls=1, p=1,0
	Turi	44,2	45,6	
Jausmai kitiems	Negalima rodyti	48,1	15,8	$\chi^2=13,21$, lls=1, p=0,0001
	Galima rodyti	51,9	84,2	
Kaip sprendžia problemas	Nesprendžia	15,3	3,5	$\chi^2=16,63$, lls=4, p=0,002
	Su tėvais	7,8	19,3	
	Su draugais	9,6	33,3	
	Vienas	63,5	40,4	
	Su tėvais, draugais	3,8	3,5	

4.4.2. Psichosocialinių veiksnių įtakos paauglių savižudiškam elgesiui vertinimas

Vertinant psichosocialinių veiksnių sąsajas su tirtųjų paauglių savižudišku elgesiu buvo skaičiuojamas galimybių santykis, kurio metu buvo įvertinta savižudiško elgesio galimybė, priklausomai nuo tam tikrų psichosocialinių veiksnių tirtųjų paauglių aplinkoje (vienaveiksnės logistinės regresijos modelis). Nustatyta, kad paaugliai tiek berniukai, tiek mergaitės, gyvendami nepilnoje šeimoje, su globėjais ar internate, turėjo atitinkamai vidutiniškai 5,8 ir 5,5 karto didesnę savižudiško elgesio galimybę, nei paaugliai gyvendami pilnoje šeimoje (atitinkamai 95 proc. PI 2,8-12,0 ir 95 proc. PI 2,8-11,0) (4.4.2.1. ir 4.4.2.2. lentelės).

Paaugliai berniukai ir mergaitės, gyvendami šeimoje, kurioje tėvų išsilavinimas buvo žemesnis, turėjo atitinkamai vidutiniškai 4,2 ir 2,8 karto didesnę savižudiško elgesio galimybę, nei paaugliai gyvendami šeimoje, kurioje tėvų išsilavinimas buvo aukštesnis (atitinkamai 95 proc. PI 1,8-9,8 ir 95 proc. PI 1,4-5,6) (4.4.2.1. ir 4.4.2.2. lentelės).

Paaugliai berniukai ir mergaitės gyvendami šeimoje, kurioje materialinė padėtis buvo blogesnė, turėjo atitinkamai vidutiniškai 15,7 ir 10,6 karto didesnę savižudiško elgesio

galimybę, nei paaugliai gyvendami šeimoje, kurioje materialinė padėtis buvo geresnė (atitinkamai 95 proc. PI 5,3-46,9 ir 95 proc. PI 4,4-25,3) (4.4.2.1. ir 4.4.2.2. lentelės).

Paauglės mergaitės, gyvendamos šeimoje, kurioje motina buvo bedarbė, turėjo vidutiniškai 4,0 karto didesnę savižudiško elgesio galimybę, nei paauglės mergaitės, kurių motinos dirbo (95 proc. PI 1,7-9,2). Tarp paauglių berniukų tokios tendencijos nebuvo nustatyta. Panaši situacija nustatyta ir šeimose, kuriose tėvas buvo bedarbis. Tiek paauglės mergaitės, tiek paaugliai berniukai turėjo atitinkamai vidutiniškai 6,1 ir 3,3 karto didesnę savižudiško elgesio galimybę, nei paauglės mergaitės ir berniukai, kurių šeimose tėvai dirbo (atitinkamai 95 proc. PI 2,6-14,1 ir 95 proc. PI 1,2-9,3) (4.4.2.1. ir 4.4.2.2. lentelės).

Motinos bei tėvo pareigos taip pat didino savižudiško elgesio galimybę. Paauglės mergaitės ir paaugliai berniukai, kurių tėvai dirbo nevadovaujančiose pareigose, turėjo didesnę savižudiško elgesio galimybę, nei tų paauglių, kurių tėvai dirbo vadovaujantį darbą. Tarp berniukų, kurių motinos dirbo nevadovaujantį darbą, tokių berniukų vidutiniškai buvo 20,7 kartų (95 proc. PI 2,7-156,5), o mergaičių vidutiniškai 6,2 karto (95 proc. PI 1,8-21,4) daugiau, lyginant su tais paaugliais, kurių motinos dirbo vadovaujantį darbą. Berniukai, kurių tėvai dirbo nevadovaujantį darbą, turėjo didesnę savižudiško elgesio galimybę vidutiniškai 16,3 karto (95 proc. PI 4,8-55,7), o mergaitės - 6,4 karto (95 proc. PI 2,5-16,1), lyginant su tais paaugliais, kurių tėvai dirbo vadovaujančiose pareigose (4.4.2.1. ir 4.4.2.2. lentelės).

Priklausomybės šeimoje bei vaiko žalingi įpročiai (alkoholio, narkotinių medžiagų vartojimas, rūkymas) taip pat didino savižudiško elgesio galimybę. Paauglės mergaitės ir berniukai, kurių šeimos nariai ar jie patys turėjo žalingų įpročių, turėjo didesnę savižudiško elgesio galimybę, nei paaugliai, kurių šeimos nariai ar jie patys neturėjo žalingų įpročių; esant artimųjų priklausomybėms, berniukai vidutiniškai 7,3 karto (95 proc. PI 2,5-21,6), mergaitės - 12,8 karto (95 proc. PI 5,1-32,4), o esant paauglio žalingiems įpročiams, berniukai vidutiniškai 16,3 karto (95 proc. PI 6,1-43,8), mergaitės 17,1 karto (95 proc. PI 4,8-61,1), lyginant su tais paaugliais, kurių šeimos nariai ar jie patys neturėjo žalingų įpročių (4.4.2.1. ir 4.4.2.2. lentelės).

Nustatyti psichikos sutrikimai šeimoje paaugliams berniukams beveik 4 kartus didino savižudiško elgesio galimybę, lyginant su mergaitėmis. Paaugliams berniukams ir mergaitėms, kurių šeimose buvo nustatyti psichikos sutrikimai, savižudiško elgesio galimybė buvo, atitinkamai vidutiniškai 27,6 karto (95 proc. PI 3,5-220,9) ir 7,8 karto (95 proc. PI 1,6-39,1) didesnė, lyginant su paaugliais berniukais ir mergaitėmis, kurių šeimose nebuvo nustatytų psichikos sutrikimų. Panaši situacija stebėta vertinant savižudiško elgesio galimybę, atsižvelgiant į buvusias savižudybes šeimoje ar giminėje. Vertinant šiuos duomenis, reikšmingi skirtumai nustatyti tikrai tarp paauglių mergaičių. Paauglėms mergaitėms, kurių

šeimose ar giminėje įvyko savižudybė, nustatytas vidutiniškai 3,9 karto (95 proc. PI 1,1-13,8) didesnis polinkis savižudybei, lyginant su paauglėmis mergaitėmis, kurių šeimose ar giminėje bandymų žudyti nebuvo (4.4.2.1. ir 4.4.2.2. lentelės).

Savijauta šeimoje taip pat labai didino savižudiško elgesio galimybę tarp paauglių berniukų ir mergaičių. Bloga ir patenkinama savijauta šeimoje savižudiško elgesio galimybę labiau didino paauglėms mergaitėms nei berniukams, vidutiniškai apie 2,5 karto. Paaugliams berniukams ir mergaitėms, kurių savijauta šeimoje buvo bloga ar patenkinama, savižudiško elgesio galimybė buvo, atitinkamai vidutiniškai 19,1 karto (95 proc. PI 8,2-44,4) ir 49,9 karto (95 proc. PI 19,4-128,5) didesnė, lyginant su paaugliais berniukais ir mergaitėmis, kurių savijauta šeimoje buvo labai gera ir gera (4.4.2.1. ir 4.4.2.2. lentelės).

Paauglio gyvenimo sąlygos taip pat didino savižudiško elgesio galimybę. Paauglės mergaitės ir paaugliai berniukai, kurie neturėjo atskiro kambario, turėjo didesnę savižudiško elgesio galimybę, nei paaugliai, kurie turėjo atskirą kambarį: berniukai vidutiniškai 2,9 karto (95 proc. PI 1,5-5,9), mergaitės vidutiniškai 4,7 karto (95 proc. PI 2,4-9,4) (4.4.2.1. ir 4.4.2.2. lentelės).

Konfliktai šeimoje bei fizinės bausmės taip pat didino paauglių savižudiško elgesio galimybę. Paauglės mergaitės ir paaugliai berniukai, kurių šeimose dažni konfliktai bei naudojamos fizinės bausmės, turėjo didesnę savižudiško elgesio galimybę, nei paaugliai, kurių šeimose konfliktai retesni bei nenaudojamos fizinės bausmės; priklausomai nuo konfliktų šeimose - berniukai vidutiniškai 4,6 karto (95 proc. PI 2,2-9,5), mergaitės 7,6 karto (95 proc. PI 3,4-15,5), o priklausomai nuo fizinių bausmių - berniukai vidutiniškai 3,9 karto (95 proc. PI 1,9-7,9), mergaitės 5,1 karto (95 proc. PI 2,5-10,6) (4.4.2.1. ir 4.4.2.2. lentelės).

Nepažangus mokymasis taip pat didino savižudiško elgesio galimybę. Paaugliai berniukai ir mergaitės, kurių mokymosi vidurkis buvo iki 7 balų, turėjo didesnę savižudiško elgesio galimybę, nei paaugliai, kurių mokymosi vidurkis 7-10: berniukai vidutiniškai 3,0 karto (95 proc. PI 1,5-6,1), mergaitės vidutiniškai 2,9 karto (95 proc. PI 1,4-5,8) (4.4.2.1. ir 4.4.2.2. lentelės).

Savijauta tarp bendraamžių taip pat labai didino savižudiško elgesio galimybę tarp paauglių berniukų ir mergaičių. Bloga ir patenkinama savijauta tarp bendraamžių labiau didino savižudiško elgesio galimybę paaugliams berniukams, nei mergaitėms, vidutiniškai apie 3 kartus. Paaugliams berniukams ir mergaitėms, kurių savijauta tarp bendraamžių buvo bloga ar patenkinama, savižudiško elgesio galimybė buvo, atitinkamai vidutiniškai 15,7 karto (95 proc. PI 5,5-45,0) ir 5,6 karto (95 proc. PI 2,6-12,0) didesnė, lyginant su paaugliais berniukais ir mergaitėmis, kurių savijauta tarp bendraamžių buvo labai gera ir gera. Paaugliams berniukams, kurie rečiau bendravo ne mokykloje, nustatyta vidutiniškai 4,8 karto

(95 proc. PI 2,4-9,9) didesnė savižudiško elgesio galimybė, lyginant su paaugliais berniukais, kurie ne mokykloje bendravo dažniau. Tarp mergaičių tokios tendencijos nebuvo nustatyta (4.4.2.1. ir 4.4.2.2. lentelės).

Vienatvė paauglėms mergaitėms beveik 3 kartus didino savižudiško elgesio galimybę, lyginant su paaugliais berniukais. Paaugliams berniukams ir mergaitėms, kurie daugiau laiko praleisdavo vienumoje, savižudiško elgesio galimybė buvo, atitinkamai vidutiniškai 6,9 karto (95 proc. PI 2,9-16,8) ir 18,9 karto (95 proc. PI 6,4-55,8) didesnė, lyginant su paaugliais berniukais ir mergaitėmis, kurie mažiau laiko praleisdavo vienumoje. Panaši situacija buvo nustatyta ir vertinant savižudiško elgesio galimybę, atsižvelgiant į hobį. Vertinant šiuos duomenis, reikšmingi skirtumai nustatyti tiek berniukams, tiek mergaitėms. Paaugliams berniukams, kurie neturėjo hobiaus, nustatyta vidutiniškai 4,2 karto (95 proc. PI 2,1-8,6), o paauglėms mergaitėms vidutiniškai 2,3 karto (95 proc. PI 1,2-4,4) didesnė savižudiško elgesio galimybė, lyginant su paaugliais berniukais ir mergaitėmis, kurie turėjo hobį (4.4.2.1. ir 4.4.2.2. lentelės).

Nuostata nerodyti savo jausmų kitiems didino savižudiško elgesio galimybę tik tarp paauglių berniukų. Paaugliai berniukai, kurie buvo linkę nerodyti ar slėpti savo jausmus kitiems, turėjo vidutiniškai 9,8 karto (95 proc. PI 4,1-23,4) didesnę polinkį savižudiškam elgesiui, nei paaugliai berniukai, kurie rodydavo ar neslėpdavo savo jausmų kitiems (4.4.2.1. ir 4.4.2.2. lentelės).

Savo problemų sprendimo būdas taip pat didino savižudiško elgesio galimybę tiek tarp berniukų, tiek tarp mergaičių. Priklausomai nuo problemų sprendimo būdo, paaugliams berniukams tai didino savižudiško elgesio galimybę net 5 kartus dažniau, nei paauglėms mergaitėms. Paaugliai berniukai ir mergaitės, kurie savo problemas sprendavo vieni ar visai jų nespėdavo, turėjo didesnę savižudiško elgesio galimybę, nei paaugliai, kurie savo problemų sprendimui pasitelkdavo draugus ar tėvus: berniukai vidutiniškai 10,1 karto (95 proc. PI 4,6-22,4), mergaitės vidutiniškai 1,9 karto (95 proc. PI 1,0-3,7) (4.4.2.1. ir 4.4.2.2. lentelės).

4.4.2.1. lentelė. Psichosocialinių veiksnių ryšys su paauglių berniukų savižudišku elgesiu (vienaveiksnės logistinės regresijos modelis)

Tiriamieji požymiai	Kontrolinė grupė proc.	Tiriamieji proc.	GS	95 proc. PI	p
1	2	3	4	5	6
Šeimos sudėtis					
Pilna	76,9	36,5	1		
Nepilna, globėjai, internatas	23,1	63,5***	5,8	2,8-12,0	0,0001
Vaikų skaičius šeimoje					
Daugiau nei vienas	80,8	78,8	1		
Vienturtis	19,2	21,2	1,1	0,5-2,6	0,8
Tėvų išsilavinimas					
Aukštasis	43,3	15,4	1		
Nebaigtas vidurinis, vidurinis ir aukštesnysis	56,7	84,6***	4,2	1,8-9,8	0,001
Materialinė šeimos padėtis					
Gera	56,7	7,7	1		
Patenkinama ir bloga	43,3	92,3***	15,7	5,3-46,9	0,0001
Motinos užimtumas					
Dirba	86,5	75,0	1		
Bedarbė	13,5	25,0	2,1	0,9-5,0	0,1
Tėvo užimtumas					
Dirba	93,3	80,8	1		
Bedarbis	6,7	19,2*	3,3	1,2-9,3	0,03
Motinos pareigos					
Vadovaujančios	28,8	1,9	1		
Nevadovaujančios	71,2	98,1***	20,7	2,7-156,5	0,0001
Tėvo pareigos					
Vadovaujančios	50,0	5,8	1		
Nevadovaujančios	50,0	94,2***	16,3	4,8-55,7	0,0001
Priklausomybės šeimoje					
Nėra	95,2	73,1	1		
Yra	4,8	26,9***	7,3	2,5-21,6	0,0001
Vaiko žalingi įpročiai					
Nėra	94,2	50,0	1		
Yra	5,8	50,0***	16,3	6,1-43,8	0,0001
Psichikos sutrikimai šeimoje					
Nėra	99,0	78,8	1		
Yra	1,0	21,2***	27,6	3,5-220,9	0,0001
Savižudybės šeimoje					
Nebuvo	94,2	88,5	1		
Buvo	5,8	11,5	2,1	0,7-7,0	0,2
Savijauta šeimoje					
Labai gera ir gera	83,7	21,2	1		
Patenkinama ir bloga	16,3	78,8***	19,1	8,2-44,4	0,0001
Atskiras kambarys					
Turi	73,1	48,1	1		
Neturi	26,9	51,9**	2,9	1,5-5,9	0,003
Konfliktai šeimoje					
Ne dažniau kaip kelis kartus per mėnesį	79,8	46,2	1		
Kartą, kelis per savaitę ir dažniau	20,2	53,8***	4,6	2,2-9,5	0,0001
Fizinės bausmės					
Nenaudoja	74,0	42,3	1		
Naudoja	26,0	57,7***	3,9	1,9-7,9	0,0001

4.4.2.1. lentelės tęsinys

1	2	3	4	5	6
Mokymosi vidurkis					
7-10 balai	61,5	34,6	1		
≤ 6 balų	38,5	65,4***	3,0	1,5-6,1	0,002
Savijauta tarp bendraamžių					
Labai gera ir gera	95,2	55,8	1		
Patenkinama ir bloga	4,8	44,2***	15,7	5,5-45,0	0,0001
Bendravimo ne mokykloje laikas					
Kelios valandos per savaitę ir dažniau	70,2	32,7	1		
Rečiau nei kelios valandos per savaitę	29,8	67,3***	4,8	2,4-9,9	0,0001
Laikas, praleistas vienumoje					
Rečiau nei kelios valandos per savaitę	51,9	13,5	1		
Kelios valandos per savaitę ir dažniau	48,1	86,5***	6,9	2,9-16,8	0,0001
Hobis					
Turi	76,9	44,2	1		
Neturi	23,1	55,8***	4,2	2,1-8,6	0,0001
Jausmai kitiems					
Rodyti galima	91,3	51,9	1		
Rodyti negalima	8,7	48,1***	9,8	4,1-23,4	0,0001
Kaip sprendžia problemas					
Tariasi su draugais ar tėvais	73,1	21,2	1		
Sprendžia vienas ar išvis nesprendžia	26,9	78,8***	10,1	4,6-22,4	0,0001

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001, tiriamuosius lyginant su kontroline grupe,

GS – galimybių santykis, PI – pasikliautinis intervalas, p – reikšmingumo lygmuo.

4.4.2.2. lentelė. Psichosocialinių veiksnių ryšys su paauglių mergaičių savižudišku elgesiu (vienaveiksnės logistinės regresijos modelis)

Tiriamieji požymiai	Kontrolinė grupė proc.	Tiriamieji proc.	GS	95 proc. PI	p
1	2	3	4	5	6
Šeimos sudėtis					
Pilna	76,3	36,8	1		
Nepilna, globėjai, internatas	23,7	63,2***	5,5	2,8-11,0	0,0001
Vaikų skaičius šeimoje					
Daugiau nei vienas	84,2	78,9	1		
Vienturtis	15,8	21,1	1,4	0,6-3,2	0,4
Tėvų išsilavinimas					
Aukštasis	47,4	24,6	1		
Nebaigtas vidurinis, vidurinis ir aukštesnysis	52,6	75,4**	2,8	1,4-5,6	0,005
Materialinė šeimos padėtis					
Gera	59,6	12,3	1		
Patenkinama ir bloga	40,4	87,7***	10,6	4,4-25,3	0,0001
Motinos užimtumas					
Dirba	90,4	70,2	1		
Bedarbė	9,6	29,8***	4,0	1,7-9,2	0,002
Tėvo užimtumas					
Dirba	91,2	63,2	1		
Bedarbis	8,8	36,8***	6,1	2,6-14,1	0,0001
Motinos pareigos					
Vadovaujančios	27,2	5,7	1		
Nevadovaujančios	72,8	94,3***	6,2	1,8-21,4	0,001

4.4.2.2. lentelės tęsinys

1	2	3	4	5	6
Tėvo pareigos					
Vadovaujančios	43,0	10,5	1		
Nevadovaujančios	57,0	89,5***	6,4	2,5-16,1	0,0001
Priklausomybės šeimoje					
Nėra	93,9	54,4	1		
Yra	6,1	45,6***	12,8	5,1-32,3	0,0001
Vaiko žalingi įpročiai					
Nėra	97,4	68,4	1		
Yra	2,6	31,6***	17,1	4,8-61,1	0,0001
Psichikos sutrikimai šeimoje					
Nėra	98,2	87,7	1		
Yra	1,8	12,3**	7,8	1,6-39,1	0,007
Savižudybės šeimoje					
Nebuvo	96,5	87,7	1		
Buvo	3,5	12,3*	3,9	1,1-13,8	0,04
Savijauta šeimoje					
Labai gera ir gera	90,4	15,8	1		
Patenkinama ir bloga	9,6	84,2***	49,9	19,4-128,5	0,0001
Atskiras kambarys					
Turi	71,9	35,1	1		
Neturi	28,1	64,9***	4,7	2,4-9,4	0,0001
Konfliktai šeimoje					
Ne dažniau kaip kelis kartus per mėnesį	81,6	36,8	1		
Kartą, kelis per savaitę ir dažniau	18,4	63,2***	7,6	3,7-15,5	0,0001
Fizinės baudmės					
Nenaudoja	84,2	50,9	1		
Naudoja	15,8	49,1***	5,1	2,5-10,6	0,0001
Mokymosi vidurkis					
7-10 balai	79,8	57,9	1		
≤ 6 balų	20,2	42,1**	2,9	1,4-5,8	0,004
Savijauta tarp bendraamžių					
Labai gera ir gera	87,7	56,2	1		
Patenkinama ir bloga	12,3	43,8***	5,6	2,6-12,0	0,0001
Bendravimo ne mokykloje laikas					
Kelios valandos per savaitę ir dažniau	63,2	52,6	1		
Rečiau nei kelios valandos per savaitę	36,8	47,4	1,5	0,8-2,9	0,2
Laikas, praleistas vienumoje					
Rečiau nei kelios valandos per savaitę	58,8	7,0	1		
Kelios valandos per savaitę ir dažniau	41,2	93,0***	18,9	6,4-55,8	0,0001
Hobis					
Turi	65,8	45,6	1		
Neturi	34,2	54,4**	2,3	1,2-4,4	0,01
Jausmai kitiems					
Rodyti galima	92,1	84,2	1		
Rodyti negalima	7,9	15,8	2,2	0,8-5,9	0,1
Kaip sprendžia problemas					
Tariasi su draugais ar tėvais	70,8	56,1	1		
Sprendžia vienas ar išvis nesprendžia	29,2	43,9*	1,9	1,0-3,7	0,06

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001, tiriamuosius lyginant su kontroline grupe,

GS – galimybių santykis, PI – pasikliautinis intervalas, p – reikšmingumo lygmuo.

Tiriant psichosocialinių veiksnių ir lyties galimą nepriklausomą įtaką paauglių berniukų ir mergaičių savižudiškam elgesiui, buvo taikomas pažingsninės daugiaveiksnės logistinės

regresijos modelis, įtraukiant visus tiriamus požymius. Šios analizės duomenys pateikti 4.4.2.3. lentelėje. Atlikus daugiaveiksnę analizę, tiriant psichosocialinių veiksnių įtaką, gauta, kad lytis neturėjo reikšmingos įtakos bandymui žudyti. Analizuojant visų tiriamųjų berniukų ir mergaičių duomenis, nustatyta, kad tam tikri psichosocialiniai veiksniai didino bandymo žudyti galimybę: nepilna šeima savižudiško elgesio galimybę paaugliams berniukams ir mergaitėms didino vidutiniškai 5,2 karto, nevadovaujančios motinos pareigos - vidutiniškai 8,3 karto, esančios priklausomybės šeimoje - vidutiniškai 5,7 karto, vaiko žalingi įpročiai - vidutiniškai 12,8 karto, psichikos sutrikimai šeimoje - 12,3 karto, patenkinama ar bloga savijauta šeimoje - vidutiniškai 23,6 karto, naudojamos fizinės bausmės šeimoje - vidutiniškai 4,9 karto, patenkinama ir bloga savijauta tarp bendraamžių - vidutiniškai 5,0 kartus, ilgesnis laikas praleistas vienumoje - vidutiniškai 15,7 karto, o hobbio neturėjimas - vidutiniškai 3,8 karto.

4.4.2.3. lentelė. *Psichosocialinių veiksnių įtaka paauglių berniukų ir mergaičių savižudiškam elgesiui (pažingsninės daugiaveiksnės logistinės regresijos modelis)*

Tiriamieji požymiai	GS	95 proc. PI	p
Šeima			
Pilna	1		
Nepilna, globėjai, internatas	5,2	1,8-15,3	0,003
Motinos pareigos			
Vadovaujančios	1		
Nevadovaujančios	8,3	1,9-35,9	0,004
Priklausomybės šeimoje			
Nėra	1		
Yra	5,7	1,4-23,4	0,02
Vaiko žalingi įpročiai			
Nėra	1		
Yra	12,8	3,4-48,0	0,0001
Psichikos sutrikimai šeimoje			
Nėra	1		
Yra	12,3	1,9-78,2	0,008
Savijauta šeimoje			
Labai gera ir gera	1		
Patenkinama ir bloga	23,6	6,8-82,4	0,0001
Fizinės bausmės šeimoje			
Nenaudoja	1		
Naudoja	4,9	1,7-14,5	0,004
Savijauta tarp bendraamžių			
Labai gera ir gera	1		
Patenkinama ir bloga	5,0	1,5-16,4	0,008
Laikas praleistas vienumoje			
Rečiau nei kelios valandos per savaitę	1		
Kelios valandos per savaitę ir dažniau	15,7	4,4-55,6	0,0001
Hobis			
Turi	1		
Neturi	3,8	1,4-10,4	0,01

Modelio suderinamumas su duomenimis - $\chi^2=286,60$, $lls=12$, $p=0,0001$;

Modelio tinkamumas - determinacijos koeficientas $R^2=0,822$;

Modelis prognozavo 94,4 proc. tikslumu;

GS – galimybių santykis, PI – pasikliautinis intervalas, p – reikšmingumo lygmuo.

Taikant pažingsninės daugiaveiksnės logistinės regresijos modelį psichosocialiniams veiksniams ir savižudiško elgesio galimybei vertinti tarp bandžiusių žudyti ir kontrolinės grupės berniukų, į modelį įtraukti tik reikšmingi požymiai, gauti taikant vienaveiksnę logistinę regresiją. Nustatyta, kad savižudiško elgesio galimybę reikšmingai didino šie psichosocialiniai veiksniai: nevadovaujančios motinos ir tėvo pareigos, atitinkamai GS=105,9 ir GS=34,8, paauglio žalingi įpročiai (GS=43,8), patenkinama ir bloga savijauta šeimoje (GS=61,9) ir tarp bendraamžių (GS=52,1) (4.4.2.4. lentelė).

4.4.2.4. lentelė. *Psichosocialinių veiksnių įtaka paauglių berniukų savižudiškam elgesiui (pažingsninės daugiaveiksnės logistinės regresijos modelis)*

Tiriamieji požymiai	GS	95 proc. PI	p
Motinos pareigos			
Vadovaujančios	1		
Nevadovaujančios	105,9	3,1-3620,4	0,01
Tėvo pareigos			
Vadovaujančios	1		
Nevadovaujančios	34,8	1,6-767,1	0,02
Vaiko žalingi įpročiai			
Nėra	1		
Yra	43,8	3,5-556,2	0,004
Savijauta šeimoje			
Labai gera ir gera	1		
Patenkinama ir bloga	61,9	5,6-688,6	0,001
Savijauta tarp bendraamžių			
Labai gera ir gera	1		
Patenkinama ir bloga	52,1	3,4-805,5	0,005

Modelio suderinamumas su duomenimis - $\chi^2=152,71$, lls=10, p=0,0001;

Modelio tinkamumas - determinacijos koeficientas $R^2=0,867$;

Modelis prognozavo 95,5 proc. tikslumu;

GS – galimybių santykis, PI – pasikliautinis intervalas, p – reikšmingumo lygmuo.

Taikant tą patį pažingsninės daugiaveiksnės logistinės regresijos modelį paauglėms mergaitėms, buvo nustatyta, kad nepilna šeima, bedarbis tėvas, žalingi įpročiai, patenkinama ir bloga savijauta šeimoje, taikomos fizinės bausmės reikšmingai didino savižudiško elgesio galimybę. Nepilna šeima paauglių mergaičių savižudiško elgesio galimybę didino vidutiniškai 8,3 karto, bedarbis tėvas – vidutiniškai 16,8 karto, paauglio žalingi įpročiai – vidutiniškai 25,8 kartus, patenkinama ir bloga savijauta šeimoje - vidutiniškai 45,0 kartus, o naudojamos fizinės bausmės šeimoje - vidutiniškai 10,8 karto (4.3.2.5. lentelė).

4.4.2.5. lentelė. *Psichosocialinių veiksnių įtaka paauglių mergaičių savižudiškam elgesiui (pažingsninės daugiaveiksnės logistinės regresijos modelis)*

Tiriamieji požymiai	GS	95 proc. PI	p
Šeima			
Pilna	1		
Nepilna, globėjai, internatas	8,3	1,2-55,7	0,03
Tėvo užimtumas			
Dirba	1		
Bedarbis	16,8	1,1-259,0	0,04
Vaiko žalingi įpročiai			
Nėra	1		
Yra	25,8	2,3-286,3	0,008
Savijauta šeimoje			
Labai gera ir gera	1		
Patenkinama ir bloga	45,0	7,3-276,2	0,0001
Fizinės bausmės šeimoje			
Nenaudoja	1		
Naudoja	10,8	1,1-105,2	0,04

Modelio suderinamumas su duomenimis - $\chi^2=158,27$, lls=9, p=0,0001;

Modelio tinkamumas - determinacijos koeficientas $R^2=0,860$;

Modelis prognozavo 94,6 proc. tikslumu;

GS – galimybių santykis, PI – pasikliautinis intervalas, p– reikšmingumo lygmuo.

5. REZULTATŲ APTARIMAS

Per pastaruosius 20 metų atlikta nemažai tarptautinių studijų, tiriančių paauglių mirtingumo dėl savižudybės tendencijas [66, 142, 147, 221]. Vaikų ir jaunimo savižudybių ir bandymų žudyti skaičius didėja daugelyje išsivysčiusių šalių [20, 22, 110, 130, 132, 155, 177, 197]. Kai kuriose Europos šalyse, Naujojoje Zelandijoje, Australijoje paauglių savižudybių skaičius itin išaugo. Savižudybė yra viena pagrindinių paauglių mirties priežasčių Lietuvoje: 10-19 metų amžiaus grupėje savižudybės užima 2-3 vietą tarp mirties priežasčių, pradeda vyrauti jaunimo mirtingumo dėl išorinių priežasčių struktūroje [81, 153, 266]. Šio skaičiaus padidėjimas yra susijęs su didėjančiu vyriškos lyties asmenų savižudybių skaičiumi [61, 171, 254]. Pagal PSO apskaičiavimus, industrinėse valstybėse jauni vyrai nusižudo apie 4 kartus dažniau nei to paties amžiaus moterys [262]. Didžiausias vyriškos lyties paauglių savižudybių dažnis stebimas Baltijos šalyse (iš jų didžiausias Lietuvoje), Rusijos Federacijoje, Naujojoje Zelandijoje ir Suomijoje. Nors daugelyje pasaulio šalių vyriškos lyties atstovai savižudybių skaičiumi lenkia moteris, tačiau kai kuriose šalyse, yra atvirkščiai, pvz.: Kinijoje, moterų savižudybių skaičius lygus, ar net lenkia, vyrų savižudybių skaičių [262]. Skirtumai tarp šalių dalinai paaiškinami kultūriniais veiksniais, suvartojamo alkoholio kiekiu, taip pat požiūriu į savižudybę [202, 253].

Suicidinių minčių dažniau turi merginos. Tačiau kuo amžius vyresnis, tuo daugiau vaikinių linke į šias mintis, ir, sulaukus 21 metų amžiaus, merginos tik 1,3 karto dažniau nei vyrai svarsto apie savižudybę. Suicidinių ketinimų taip pat dažnėja su amžiumi, ir jų taip pat dažniau turi merginos. Merginos dažniau turi suicidinių minčių bei ketinimų, tačiau daugelyje šalių dažniau nusižudo vaikinai [7]. Bandymų žudyti būna iki 200 kartų daugiau nei mirtinų savižudybių [225]. Užsienyje atliktų anoniminių paauglių apklausų duomenimis, apie savižudybę būna galvoję apie 20-30 proc. paauglių, nuo 2 iki 12 proc. jaunų žmonių teigia, kad yra bandę žudyti [22, 94, 110, 132]. Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 metų duomenimis, apklausus 14-21 metų amžiaus jaunuolius paaiškėjo, kad apie savižudybę galvojo 29-60 proc. asmenų, ketino žudyti 7,5-9 proc. jaunuolių, o 7,5 proc. mėgino tai padaryti [153].

Mūsų tyrimo duomenimis, beveik kas ketvirtas (23,1 proc.) berniukas ir kas šešta (17,5 proc.) mergaitė prieš žudymąsi niekada negalvojo apie savižudybę, beveik kas antras (48,1 proc.) berniukas ir 40,4 proc. mergaičių prieš žudymąsi kelis kartus per metus galvojo apie savižudybę, kas ketvirtas (28,8 proc.) berniukas ir trečdalis (36,8 proc.) mergaičių apie žudymąsi galvodavo kelis kartus per mėnesį ar savaitę, o nedidelė dalis mergaičių (5,3 proc.) taip galvoja ir pabandę žudyti. Mūsų tirtame kontingente statistiškai reikšmingų skirtumų

pagal suicidinių minčių dažnumą tarp bandžusių žudyti berniukų ir mergaičių nebuvo nustatyta.

Daugiau kaip dešimtmetį atliekami Lietuvos moksleivių sveikatos ir gyvenimo tyrimai rodo, kad šalies paauglių suicidiškumo rodikliai yra aukštesni nei paminėtieji. Pavyzdžiui, 1998 metų tyrimo duomenimis, beveik 40 proc., vienuolikos, trylikos ir penkiolikos metų paauglių buvo galvoję apie savižudybę, kūrę konkrečius planus ar bandę žudyti [266]. 2002 metų PSO Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) metodika atliktos apklausos duomenys rodo, kad moksleivių suicidinių polinkių dažnis kiek sumažėjo (suicidiniai polinkiai būdingi trečdaliui (32,5 proc.) vienuolikos, trylikos ir penkiolikos metų amžiaus moksleivių), o paplitimo ypatumai panašėja į kitose Europos šalyse nustatomus dėsningumus: galvojančių ir bandančių žudyti paauglių skaičius didėja su amžiumi, mergaičių suicidiškumo rodikliai beveik du kartus aukštesni nei berniukų. Suicidiškumo rodiklių sumažėjimą lėmė teigiami poslinkiai moksleivių, kurie „kartais“ pagalvoja apie savižudybę grupėje, tačiau didelė suicidine rizika pasižyminčių (dažnai galvojančių apie savižudybę, planavusių ir bandžusių žudyti) moksleivių skaičius išlieka nepakitęs ir didelis. Tokie moksleiviai sudaro apie dešimt procentų [266]. Tarptautinius savižudybių dažnio skirtumus neabejotinai įtakoja ir klasifikacijų skirtumai (t.y. savižudybės kaip mirties priežasties nurodymas mirties liudijime). Nors bendrai tarptautinių savižudybės duomenų patikimumas laikomas aukštu, duomenų surinkimo metodų įtaka taip pat turėtų būti pasverta interpretuojant duomenis [48].

Mūsų tyrimo duomenimis tik kas ketvirtas tirtasis paauglys-berniukas žudėsi medikamentų pagalba, kai tuo tarpu mergaičių, besižudančių medikamentų pagalba, buvo net du trečdaliai. Tarp berniukų, kurie žudėsi, daugiau buvo paplitęs savęs žalojimo aktas (32,7 proc.), lyginant su mergaitėmis (15,8 proc.), o korimasis kaip vienas iš žudymosi būdų net 8 kartus dažniau buvo sutinkamas tarp berniukų nei tarp mergaičių. Kiti savižudybės būdai (šokimas iš aukštai, skandinimasis, nuodijimasis automobilio išmetamosiomis dujomis) taip pat buvo dažnesni tarp berniukų (28,8 proc.) nei tarp mergaičių (17,5 proc.). Šie rezultatai atspindi pasaulines tendencijas. Daugelis autorių nurodo, kad nuodijimasis psichotropinėmis medžiagomis yra labiausiai paplitęs būdas tarp mergaičių ir, tuo pačiu, yra dažniausia rimto, tačiau nesibaigiančio mirtimi, mėginimo žudyti priemonė. Šis metodas, nepaisant savo didelio toksiškumo, yra sąlyginai lėtas ir mažo letalumo, tuo pačiu išgyvenimo šansai, lyginant su vaikinų naudojamomis intensyviomis, staigiau veikiančiomis priemonėmis, yra didesni. Labiausiai paplitęs savižudybės būdas tarp vyriškos lyties paauglių yra korimasis, žudymasis šaunamuoju ginklu bei mirtis kvėpuojant automobilio išmetamosiomis dujomis [26, 46, 182, 220, 231]. Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų šalių, vyrai dažniau pasirenka

agresyvesnius būdus, o moterys mažiau agresyvius, pasižyminčius mažesniu mirštamumu. Kai kurių autorių nuomone, pasiskirstymas tarp lyčių savižudybės ir mėginimo žudyti atvejais yra įtakotas moteriškos ir vyriškos lyties paauglių skirtingų savižudiško elgesio tikslų [237]. Galbūt merginos tikslingai naudoja mažiau letalius, tačiau pavojaus iliuziją sukuriančius metodus, kadangi dažnai jų tikslas yra atkreipti dėmesį į save ir savo sunkią padėtį, o ne numirti [45, 46, 182]. Yra nemažai įrodymų, jog dauguma jaunuolių bandymų žudyti baigiasi tik su nežymiomis fizinėmis pasekmėmis, ir nėra susiję su rimtu ketinimu numirti [78].

Mūsų tyrimo duomenimis, dviem trečdaliams tirtųjų paauglių savižudybė yra problemų sprendimo būdas. Trečdalis norėjusių žudyti paauglių pažymėjo, kad savižudybė padėjo išspręsti susidariusias problemas. Daugiau nei pusė visų berniukų ir mergaičių, kurie bandė žudyti, žudėsi pirmą kartą, o likusioji dalis tirtųjų asmenų žudėsi kartotinai. Beveik trečdalis tirtųjų norėjusių nusižudyti paauglių planavo savižudybę. Tik 1,9 proc. paauglių berniukų, kurie bandė žudyti, rašė atsisveikinimo laišką, kai, tuo tarpu, tokių paauglių mergaičių buvo 12,3 proc. Beveik trečdalis tirtųjų norėjusių žudyti paauglių perspėjo apie galimą savižudybę. Beveik kas šeštas paauglys berniukas ir kas trečia paauglė mergaitė daugiau nebandytų žudyti, kas trečias paauglys berniukas ir kas penkta paauglė mergaitė dar kartą bandytų žudyti, o pusė (50,0 proc.) tirtųjų paauglių berniukų ir mažesnė pusė (43,9 proc.) tirtųjų paauglių mergaičių nežinojo, ar dar kartą bandytų žudyti.

Aukščiau paminėti mūsų tyrimo rezultatai patvirtina pasaulio mokslininkų stebimą ryškėjančią paauglių požiūrio į savižudybę tendenciją – bandymas žudyti tampa priimtina priemone tam tikram tikslui pasiekti, problemoms spręsti. Tam įtakos neabejotinai turi žiniasklaida, visuomenės informavimo priemonėmis pateikiama informacija. Nemažai tyrėjų akcentuoja, kad paaugliai nėra apsaugoti ir pakankamai subrendę, kad galėtų atsispirti tam tikros muzikinės kultūros (pvz.: roko, „metalo“), gausios, romantizuotos informacijos, istorijų, žaidimų ar diskusijų internete apie savižudybę įtakai [19, 21, 32, 99, 105, 108, 160, 161, 236, 260]. Informacijos apie savižudybę viešumas gali didinti jos riziką „normalizuodamas“ savižudybės koncepciją populiacijoje taip, kad savižudybė vis dažniau suvokiama kaip įprasta ir priimtina priemonė žmonėms, patiriantiems stresą [93].

Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad trys ketvirtadaliai besišudančių mergaičių savižudybei pasirinko tėvų namų aplinką, kai, tuo tarpu, berniukų, besirenkančių tėvų namų aplinką, buvo tik kas antras. Mokyklos ir draugų namų aplinką pasirinko beveik toks pats tirtųjų berniukų ir mergaičių skaičius, o kitą aplinką (atokesnes vietas, parkus, paupius ir pan.) pasirinko tris kartus daugiau berniukų nei mergaičių, atitinkamai 30,8 proc. ir 8,8 proc. Beveik trims ketvirtadaliams mergaičių ir beveik pusei berniukų pirmąją pagalbą suteikė

šeimos nariai. Berniukams daugiau nei tris kartus dažniau nei mergaitėms pirmąją pagalbą suteikė kiti asmenys (pašaliniai, atsitiktiniai praeiviai ir kt.).

Šie duomenys neprieštarauja kai kurių tyrėjų nuomonei, kad mergaičių bandymai žudyti neretai yra gan demonstratyvus pagalbos šauksmas, tai skatina mintis apie galimai skirtingus savižudiško elgesio tikslus [45, 46, 182, 237]. Merginos naudojasi ne tik mažiau letaliais metodais, bet ir dažniau bando žudyti, tarsi, saugesnėje, artimesnėje aplinkoje, pirmąją pagalbą dažniausiai joms teikia artimieji.

Paauglių psichologinė savijauta priklauso ir nuo santykių su tėvais [2, 25, 28, 37, 67, 75, 92, 97, 131, 134, 150, 151, 163, 178, 234, 235, 245, 248, 249]. Tėvų nesantaika bei kitos šeimoje kylančios problemos gali tapti psichologinių rūpesčių šaltiniu paauglystėje [132, 133, 194]. Tėvų elgesys ir požiūris į vaikus lemia, kaip lengvai paauglys išsiugdys įvairius įgūdžius, įgis savarankiškumo, pasitikėjimo savo jėgomis, suformuos teigiamą savęs vertinimą. Tėvų grubumas ir nesupratingumas, savo pareigų nevykdymas, tolerancijos stoka gerokai apsunkina paauglių gyvenimą ir sukelia psichologinių sunkumų [125]. Eilė tyrimų rodo, kad mėginimų žudyti dažnis yra didesnis tarp tų paauglių, kurių šeimose dažnai kyla konfliktai tarp tėvų [25, 75, 133, 138, 235, 245]. Tiriamieji paaugliai patys dažnai nurodo, kad bandyti žudyti paskatinusi priežastis buvo tėvų konfliktas [36, 54, 109, 137]. Tuo tarpu, duomenų, kurie rodytų, kad konfliktai tarp tėvų būtų susiję su įvykdytomis paauglių savižudybėmis, nėra [38].

Mūsų tyrimo duomenimis, berniukai kaip savižudybės priežastį dažniau įvardijo konfliktus šeimoje ir konfliktus šeimoje bei su draugais, kai, tuo tarpu, mergaitės paauglės dažniau nurodė konfliktus su draugais ir konfliktus su mylimuoju asmeniu. Mergaitės paauglės net 7 kartus dažniau kaip savižudybės priežastį pažymėjo konfliktus su draugais, lyginant su berniukais paaugliais, o berniukai kaip savižudybės priežastį dažniau nurodė konfliktus šeimoje bei su draugais, atitinkamai 26,9 proc. ir 8,8 proc. Konfliktus su mylimuoju kaip savižudybės priežastį dvigubai dažniau pažymėjo mergaitės nei paaugliai berniukai.

Paauglio socialiniam gyvenimui ir adaptacijai labai daug įtakos turi bendraamžiai [132, 194, 210, 265, 266]. Paaugliui yra svarbu, kad bendraamžių grupė jį priimtų, mėgtų ir laikytų geru socialiniu partneriu. Tai priklauso nuo tarpusavio bendravimo stiliaus, paauglio vardo, fizinio patrauklumo, padėties jo šeimoje ir kt. Tie, kuriuos savoji grupė atmeta, dažniausiai turi didesnių ar mažesnių psichologinių nesklandumų. Bendraamžių grupės atmetimas sietinas su paauglio konfliktiškumu, agresyvumu, itin aktyviu elgesiu ar kitomis nebrandaus bendravimo formomis. Toks paauglys gali turėti kognityvaus sugebėjimo trūkumų. Kai

paauglys yra atsiribojęs nuo bendraamžių, nenori bendrauti – tokia situacija palanki psichologinėms problemoms atsirasti.

Psichikos sutrikimų įtaka vaikų ir paauglių savižudiškam elgesiui visuotinai pripažįstama, tačiau vertinama labai nevienodai. Įvairių tyrimų duomenimis, psichikos ligomis sirgo 25–98 proc. nusižudžiusiųjų paauglių [10, 36, 38, 165, 213, 224, 228, 229].

Mes savo darbe taip pat vertinome mėginusių žudyti paauglių psichikos sutrikimus. Psichiatriinę anamnezę turėjo pusė visų bandžiusių žudyti, 49,1 proc. mergaičių ir 53,8 proc. berniukų. Adaptacijos ir/ar elgesio sutrikimai diagnozuoti daugiau paauglių mergaičių nei berniukų, atitinkamai 80,7 proc. ir 48,1 proc., o šizofreninių sutrikimų diagnozė bei įvairaus sunkumo laipsnio depresija buvo dažniau nustatyta tirtiesiems paaugliams berniukams nei mergaitėms, atitinkamai 19,2 proc. ir 5,3 proc. bei 32,7 proc. ir 14,0 proc. Remiantis Hamiltono skale, buvo papildomai įvertintas paauglių, kurie bandė žudyti, depresijos sunkumas. Sunki depresija paaugliams berniukams buvo nustatyta apie 5 kartus dažniau nei mergaitėms, atitinkamai 40,4 proc. ir 8,8 proc. Silpna ir vidutinė depresija buvo nustatyta tokiam pačiam skaičiui bandžiusių žudyti berniukų ir mergaičių, atitinkamai 15,4 proc. ir 19,3 proc. Naudojant HAD skalę, nerimo simptomų buvo nustatyta 22,8 proc. mergaičių ir 26,9 proc. berniukų, o depresijos simptomų buvo nustatyta 21,1 proc. mergaičių ir 26,9 proc. berniukų.

Šie mūsų gauti rezultatai iš esmės neprieštarauja išliekančiai diskusijai tarp pasaulio mokslininkų. Skirtingų tyrėjų gauti duomenys varijuoja gana plačiose ribose, priklausomai nuo pasirinktos imties ir tyrimui naudotų metodikų. Dauguma sutinka, kad didžiausią įtaką savižudiškam elgesiui turi psichikos sutrikimai [25, 27, 78]. Kai kurie teigia, kad nors psichikos sutrikimai (depresija, šizofrenija, alkoholizmas) padidina savižudybės riziką, savižudiškas elgesys nėra nei vienai šių ligų būdingas diagnostinis požymis. Priešingai, dauguma šių ligonių vis dėlto nenusižudo – sergant depresija savižudybių dažnumas siekia iki 30 proc., šizofrenija - iki 10 proc. [62]. Autoriai Smith C.Z. ir Crawford D.S. (1986); Velez C. ir Cohen P. (1988); Garrison C. Z. ir kt. (1997) nurodo, kad tarp bandžiusiųjų žudyti yra nuo 3 iki 18 kartų daugiau depresiškų paauglių negu kontrolinėje grupėje [85, 235, 255]. Atlikti moksliniai tyrimai įrodė, kad esama teigiamo ryšio tarp depresijos sunkumo ir savižudiško elgesio rizikos laipsnio. Depresinė simptomatika vienodai dažnai nustatoma tiek savižudybių, tiek savižudiško elgesio atvejais. Kai kurių tyrėjų duomenimis, nuotaikos sutrikimai ir su jais susiję mėginimai žudyti yra labiau paplitę tarp moteriškos lyties paauglių [33, 168, 224]. Mergaičių ir berniukų depresiškumo rodiklių skirtumai nustatomi daugelyje tokio pobūdžio tyrimų, tačiau nėra patikimų įrodymų, kad mergaitės ir moterys yra labiau pažeidžiamos depresijos. Pastebėta, kad jos linkusios pateikti išsamesnę ir nuoseklesnę savo sveikatos bei

savijautos istoriją nei vyrai [179]. Apibendrinami, mokslininkai pažymi, kad ne visada depresinė būklė lemia savižudiškus ketinimus: jie daugiau priklauso nuo asmeninių nuostatų, savižudybės modelių ir savižudybės įrankių prieinamumo [120, 133]. Šizofrenijos spektro sutrikimai nusižudžiusių paauglių tarpe diagnozuojami rečiau nei nusižudžiusių jaunų suaugusių žmonių tarpe [38, 165, 229], tuo tarpu, adaptacijos sutrikimai dažniau pasitaiko jaunesniems asmenims [144, 165, 224].

Nepaisant didelio susidomėjimo, kaip asmenybės ir elgesio ypatumai gali įtakoti savižudišką elgesį, bandymai tirti asmenybę naudojant įvairius klausimynus, bei atliktų tyrimų duomenys apie konkrečių asmenybės ypatumų įtaką yra negausūs, jų patikimumas kelia abejonių. Tai kyla iš metodologinių sunkumų: asmenybės charakteristikų protokolai gali būti iškraipomi esamos psichikos būklės (pvz.: depresijos); jaunų žmonių asmenybės charakteristika gali būti ne tokia aiški, galutinai susiformavusi kaip vyresnio amžiaus žmonių; diagnostškai gali būti sunku diferencijuoti psichikos sutrikimo formuojamą ir asmenybės charakteristikų nulemtą elgesį bei pamatuoti šių dviejų rizikos veiksnių komorbidiskumo laipsnį. Šioje srityje yra didelis tolimesnių kontroliuojamų ir ilgalaikių tyrimų poreikis [80].

Mūsų darbe taip pat buvo vertinami mėginusių žudyti paauglių asmenybės ypatumai, taikant MMPI metodiką, lyginant profilius tarp lyčių. MMPI2 (depresiskumo) skalės įverčių pakilimas buvo nustatytas 14,0 proc. paauglių mergaičių ir 2,5 karto dažniau berniukams, kurie bandė žudyti. Depresiskumo skalė rodo depresiją ir nerimą, kuris dažniau susijęs su subjektyviomis priežastimis. Aukšti šios skalės įvertinimai būdingi linkusiems į pesimizmą žmonėms, kuriems svarbūs ryšiai su artimaisiais. MMPI3 (isterijos) skalės įverčių pakilimas buvo nustatytas 7 kartus dažniau mergaitėms, nei berniukams. Isterijos skalės pakilimas atspindi emocinį labilumą, demonstratyvumą, egoistiškumą, aukštą pretenzijų lygį, kartu deklaruojant altruistines tendencijas. MMPI4 (psichopatijos) skalės įverčių pakilimas buvo nustatytas trims ketvirtadaliams tirtųjų paauglių mergaičių ir beveik pusei berniukų. Šiai skalei būdingas impulsyvumas, savikontrolės stoka, protesto, agresijos reakcijos. Reikia pabrėžti, kad paauglystėje psichopatiškumo skalės pakilimas gan būdingas reiškinys ir bendrojoje populiacijoje, ši skalė atspindi priimtų elgesio normų sutrikimus. Aukštos isteriskumo ir psichopatiškumo skalės rodo polinkį į asocialų elgesį, o ypač bendraujant su nepažįstamais žmonėmis. Žmogui gali būti būdingas dirglumas, pyktis ir bloga nuotaika, sunku užmegzti gilesnius kontaktus, gali būti polinkis į alkoholizmą, narkomaniją. MMPI7 (psichastenijos) skalės įverčių pakilimas buvo nustatytas kas penktai mergaitei ir beveik keturiems iš penkių berniukų, kurie mėgino žudyti. Psichastenijos skalė atspindi dvasios silpnumą, kuris susijęs su žmonių ir gyvenimo baime. Žmonės, kurių profilyje pakilę minėtos skalės įverčiai, yra neužtikrinti, jiems būdingas asmenybės nebrandumas, pavojų, nesėkmių

vengimas, polinkis jausti įkylų nerimą. Depresiško ir psichastenijos skalės patvirtina viena kitą, jų derinys rodo, kad žmogus jaučia nuolatinį nerimą, jam būdingas pesimizmas, savęs nuvertinimas. MMPI9 (manijos) skalės įverčių pakilimas buvo nustatytas trečdaliui bandžusių žudyti mergaičių ir 15 kartų rečiau berniukams. Manijos skalės įverčių pakilimas rodo itin aktyvią, tačiau nepakankamai pastovią tiriamojo poziciją, dėmesio siekimą, perdėtai gerą savęs vertinimą, pakilią nuotaiką, galimos staiga kylančios ir praeinančios pasipriešinimo, pykčio reakcijos. MMPI11 (nerimo) skalės įverčių pakilimas buvo nustatytas 3,5 proc. tirtųjų mergaičių ir kas ketvirtam (28,8 proc.) tirtajam berniukui. Vyrų šios skalės balų suma, viršijanti 28, rodo aukštą nerimo lygį.

Tam tikri asmenybės bruožai yra susiję su savižudišku elgesiu ir dažnai įvardijami kaip predisponuojantys veiksniai. Tyrimai, nagrinėjantys paauglių savižudybių ir savižudiško elgesio sąsajas, bando įvertinti tokius asmenybės ypatumus ir jų svarbą: žemą savigarbą, išorės kontrolės poreikį, beviltiškumą, introversiją, neurotiškumą, impulsyvumą, nerūpestingumą, agresiją ir impulsyvų smurtą, nerimą ir pyktį, nepasitenkinimą, socialinį neadekvatumą ir nesugebėjimą įvertinti kito asmens veiksmų pasekmes [14, 24, 28, 37, 49, 55, 60, 65, 90, 95, 126-128, 133, 136, 139, 148, 163, 184, 187, 192, 224, 235, 239, 243]. Daugelis autorių sutinka, kad pyktis ir impulsyvumas – vieni būdingiausių bandžusiųjų žudyti paauglių bruožų, svarbiausias savižudiško elgesio rizikos veiksnys [11, 50, 135, 209, 211]. Tiriant bandžusių žudyti mergaičių ir berniukų asmenybės ypatumus išaiškėjo, kad mergaitės labiau pasitiki savimi, nepakančios aplinkinių kritikai, pervertina savo galimybes, linkusios valdyti kitus, yra despotiškesnės, o berniukai labiau linkę demonstruoti savo draugiškumą aplinkiniams bei pabrėžti daugumos interesų palaikymą, didelį altruizmą, savo pareigingumą, perdėtą socialumą [18].

Nustatyta aiški agresyvaus ir savižudiško elgesio sąsaja. Jan-Tausch J. (1964), Gould M. S. ir kt. (1990) nurodo, kad 29–50 proc. savižudžių buvo agresyvūs [101, 121]. Autorių nuomonės, kurios lyties asmenys agresyvesni kiek išsiskiria. Dalis teigia, kad berniukai yra fiziškai agresyvesni už mergaites. Jiems būdinga ryškesnė tiesioginė, t.y. tiek verbalinė, tiek neverbalinė agresija. Mergaitėms būdingesnė netiesioginė agresija, pasireiškianti apkalbomis, paslapčių išdavimu ir kitaip [18]. Tyrinėjant delinkventinio elgesio paauglius, kurie bandė žudyti, gaunami kiek kitokie rezultatai. Tiriant bandžusias žudyti paaugles, paaiškėjo, kad jų agresijos ir delinkventiškumo skalių rodikliai aukštesni. Priešgyniavimas bendraujant su suaugusiais ir priimtų elgesio taisyklių laužymas stipriausiai siejasi su savižudišku paauglių mergaičių elgesiu [206]. Mūsų tyrimo duomenys atspindi pastarąją tendenciją.

Vertinant asmenybės ypatumų galimą įtaką mūsų tirtųjų paauglių savižudiškam elgesiui, buvo skaičiuojamas galimybių santykis, kurio metu buvo nustatyta savižudiško

elgesio galimybę tarp paauglių, kurie bandė žudyti ir tarp paauglių, kurie nebandė žudyti (kontrolinė paauglių grupė). Pradiniame etape, atlikus vienaveiksnės logistinės regresijos analizę, paaiškėjo, kad tirtiesiems paaugliams berniukams galimybę patirti savižudišką elgesį vidutiniškai 27,0 kartus didino MMPI2 (depresijos) skalės įverčių pakilimas, vidutiniškai 4,7 karto reikšmingai didino MMPI7 (psichastenijos) skalės įverčių pakilimas ir vidutiniškai 10,1 karto reikšmingai didino MMPI11 (nerimo) skalės įverčių pakilimas, kai tuo tarpu MMPI3 (isterijos) ir MMPI9 (manijos) skalių įverčių pakilimas, tirtiesiems paaugliams berniukams galimybę savižudiškam elgesiui reikšmingai mažino. MMPI1, MMPI4, MMPI5, MMPI6, MMPI8 ir MMPI10 skalių įverčių pakilimai tarp tirtųjų paauglių berniukų galimybę savižudiškam elgesiui nei didino, nei mažino.

Analizuojant paauglių mergaičių duomenis nustatyta kiek kitokia rizika. Tarp tirtųjų mergaičių savižudiško elgesio galimybę vidutiniškai 4,0 kartus reikšmingai didino MMPI3 (isterijos) skalės įverčių pakilimas, vidutiniškai 10,0 kartų didino MMPI4 (psichopatijos) skalės įverčių pakilimas, kai tuo tarpu MMPI1 (hipochondrijos), MMPI5 (moteriškumo), MMPI9 (manijos) ir MMPI11 (nerimo) skalių įverčių pakilimai, atitinkamai, reikšmingai mažino savižudiško elgesio galimybę tarp paauglių mergaičių. MMPI6, MMPI7, MMPI8 ir MMPI10 skalių įverčių pakilimas savižudiško elgesio galimybei tarp paauglių mergaičių neturėjo reikšmingos įtakos.

Vertinant asmenybės ypatumų ir lyties galimą nepriklausomą įtaką paauglių berniukų ir mergaičių savižudiškam elgesiui, buvo taikomas pažingsninės daugiaveiksnės logistinės regresijos modelis, į modelį įtraukiant visus tiriamus požymius. Atlikus daugiaveiksnę analizę paaiškėjo, kad lytis buvo viena iš nepriklausomų kintamųjų ir turėjo reikšmingą įtaką bandymams žudyti, šalia asmenybės ypatumų, įvertintų MMPI metodika; berniukai turėjo reikšmingai mažesnę galimybę patekti į bandžiusiųjų žudyti grupę, lyginant su mergaitėmis ($GS=0,24$, 95 proc. PI 0,11-0,51, $p=0,0001$). Kai kurie MMPI skalių įverčių pakilimai berniukams ir mergaitėms didino, kai kurie mažino savižudiško elgesio galimybę. MMPI2, MMPI3, MMPI4, MMPI7 ir MMPI11 skalių įverčių pakilimai didino savižudiško elgesio galimybę, o MMPI5 ir MMPI9 skalių įverčių pakilimai – mažino šią galimybę.

Galutiniame etape, vertinant asmenybės ypatumų galimą nepriklausomą įtaką paauglių berniukų ir mergaičių savižudiškam elgesiui, buvo taikomas pažingsninės daugiaveiksnės logistinės regresijos modelis, į modelį įtraukiant reikšmingiausius požymius, gautus atlikus vienaveiksnės logistinės regresijos analizę. Berniukams MMPI2 ir MMPI11 skalių įverčių pakilimai savižudiško elgesio galimybę reikšmingai didino, o MMPI3 ir MMPI9 skalių įverčių pakilimas – reikšmingai mažino. Mergaitėms MMPI3 ir MMPI4 skalių įverčių

pakilimas savižudiško elgesio galimybę reikšmingai didino, o MMPI1 skalės įverčių pakilimas – reikšmingai mažino.

Apibendrinant šiuos rezultatus, galima teigti, kad nerimastingumas ir depresiškumas yra būdingiausi bandančios žudytis vyriškos lyties asmenybės ypatumai, turintys reikšmingos įtakos berniukų savižudiškam elgesiui. Šiems asmenybės ypatumams radikaliai priešingi yra isteriškumas ir manijos bruožai, todėl tikėtina, kad jie galėtų mažinti berniukų savižudiško elgesio galimybę. Šie duomenys iš esmės sutampa su dalies autorių nuomone [18, 206]. Vertinant gautus mergaičių asmenybės ypatumų duomenis, galima teigti, kad isteriškumas ir psichopatijos bruožai reikšmingai didina, o hipochondriškumas reikšmingai mažina paauglių mergaičių savižudiško elgesio galimybę. Tai neprieštarauja kai kurių autorių teiginiams [18, 127, 206].

Siekiant ištirti savižudiško elgesio ryšį su socialiniais, ekonominiais ir šeiminingais veiksniais yra atlikta nemažai tyrimų [65, 238, 258]. Šioje grupėje tyrimų autoriai išskiria rizikos veiksnius, lygina jų dažnį tiriamosiose ir kontrolinėse grupėse, tiria jų sąsajas su savižudišku elgesiu ir ieško veiksmų, kurie, vertinant jų šansų dažnį, turi didžiausią įtaką savižudiškam elgesiui.

Tiriant sąsajas tarp vaikų ir paauglių savižudiško elgesio ir nepalankios socialinės padėties, pastebėta, kad savižudybės rizika didėja tarp nepalankioje socialinėje situacijoje esančių asmenų. Nepalankią socialinę padėtį charakterizuoja žemas socioekonominis statusas (SES), žemas išsilavinimas ar ribotos jo įgijimo galimybės, mažos pajamos ir skurdas [5, 23, 41, 67, 76, 97, 103, 144, 191, 234]. Tyrejų duomenimis, savižudybės tikimybę didina sunki ekonominė šeimos padėtis, asociali gyvensena, girtavimas, prievarta ir smurtas [36, 37, 146, 165, 224, 228, 229]. Savižudybės rizika taip pat didėja tarp tų jaunų asmenų, kurie turi žemesnį išsilavinimą, buvo išmesti iš mokymo įstaigos, nebetęsė mokslų aukštesniojoje ar aukštojoje mokykloje [97].

Mūsų tyrimo duomenimis nustatyti beveik tokie patys psichosocialiniai veiksniai, kuriuos pažymėjo ir kiti mokslininkai. Tarp mergaičių, kurios bandė žudytis, buvo daugiau tėvų su nebaigtu viduriniu išsilavinimu, lyginant su berniukais, atitinkamai 35,1 proc. ir 5,8 proc., o tarp berniukų, kurie bandė žudytis, buvo daugiau tėvų su viduriniu ir aukštesniu išsilavinimu, lyginant su mergaitėmis (78,8 proc. ir 40,4 proc.). Mergaitės, kurios bandė žudytis, turėjo daugiau nedarbingų tėvų, lyginant su berniukais, kurie bandė žudytis, atitinkamai 36,8 proc. ir 19,2 proc. Tarp berniukų, kurie bandė žudytis, buvo daugiau tokių, kurių mokymosi vidurkis buvo iki 6 balų, lyginant su mergaitėmis, atitinkamai 65,4 proc. ir 42,1 proc., o mergaičių buvo daugiau nei berniukų, kurių mokymosi vidurkis buvo didesnis

nei 6 balai. Mergaitės, kurių šeimose buvo priklausomybių (dažniausiai piktnaudžiavimas alkoholiu), mėgino žudyti dažniau nei berniukai, atitinkamai 45,6 proc. ir 26,9 proc.

Prasti tėvų ir vaiko santykiai, skurdus bendravimas, vaiko žeminimas, psichologinis spaudimas siekiant vaiką priversti įgyvendinti jam sunkiai pasiekiamus tikslus didina savižudybės ir mėginimo žudyti riziką paauglių tarpe [25, 75, 133, 138, 235, 245]. Formuojantis jaunuolių savimonei, suvokiant ir vertinant savo poelgius, jausmus, mintis, vertybes, siekius, tėvų įtaka ir požiūris yra esminiai [125]. Kai kuriais atvejais, kai tėvai daug dirba ir mažai būna su šeima, vaikai nurodo, kad jaučiasi tėvų nesuprantami, atstumiami, ignoruojami, ryškėja atsiribojimo tendencijos [36, 37, 146, 165, 224, 228, 229].

Mūsų tyrimo duomenys atspindi tam tikrą polinkį į atsiribojimą, vienišumą. Berniukai, kurie mėgino žudyti, iškilusias problemas dažniau bandydavo spręsti vieni, o mergaitės iškilusias problemas dažniau sprendavo kartu su draugais, atitinkamai 63,5 proc. ir 40,4 proc. ir atitinkamai 33,3 proc. ir 9,6 proc., o taip pat berniukai dažniau nespėdavo savo problemų, lyginant su mergaitėmis, atitinkamai 15,4 proc. ir 3,5 proc. Tarp mergaičių, kurios bandė žudyti, buvo mažiau tokių, kurios bendravo su bendraamžiais ne mokykloje rečiau kaip kelios valandos per savaitę, lyginant su berniukais, atitinkamai 5,3 proc. ir 28,8 proc., o mergaičių buvo daugiau nei berniukų, bendraujančių 1 val. ir daugiau per dieną, lyginant su berniukais, atitinkamai 52,6 proc. ir 32,7 proc. Tarp mergaičių, kurios bandė žudyti, buvo mažiau tokių, kurios galvojo, kad negalima rodyti jausmų kitiems, lyginant su berniukais, atitinkamai 15,8 proc. ir 48,1 proc., o mergaičių buvo daugiau nei berniukų, kurios manė, kad galima rodyti jausmus kitiems, lyginant su berniukais, atitinkamai 84,2 proc. ir 51,9 proc.

Kitų psichosocialinių veiksnių skirtumų tarp bandžiusių žudyti berniukų ir mergaičių nebuvo nustatyta.

Vertinant psichosocialinių veiksnių sąsajas su tirtųjų paauglių savižudišku elgesiu buvo skaičiuojamas galimybių santykis, įvertinta savižudiško elgesio galimybė, priklausomai nuo tam tikrų psichosocialinių veiksnių tirtųjų paauglių aplinkoje.

Paaugliai berniukai, tiek mergaitės, gyvendami nepilnoje šeimoje, gyvendami su globėjais ar internate turėjo atitinkamai vidutiniškai 5,8 ir 5,5 karto didesnę savižudiško elgesio galimybę nei paaugliai gyvendami pilnoje šeimoje.

Daugelis tyrimų pateikia duomenis, kad jauni žmonės iš išsiskyrusių šeimų yra dažniau linkę nusižudyti [37, 98], ar mėginti tai padaryti [3, 5, 25, 59, 60, 76, 82, 91, 102, 134, 138, 162, 185, 234, 250, 255], nei jų bendraamžiai iš pilnų šeimų. Yra duomenų, kad vieno ar abiejų tėvų netekimas, susijęs su jų išsiskyrimu, taip pat didina ir psichopatologijos (įskaitant ir savižudišką elgesį) riziką jaunų asmenų tarpe, tačiau vieno iš tėvų mirtis panašių tendencijų neturi.

Vertinant žemą socioekonominių šeimos statusą, asocialią gyvenseną, prievartą, smurtą šeimose, mūsų tyrimo duomenys patvirtina daugelio mokslininkų teiginius [36, 37, 41, 146, 165, 224, 228, 229]. Paaugliai berniukai ir mergaitės, gyvendami šeimoje, kurioje tėvų išsilavinimas buvo žemesnis, turėjo atitinkamai vidutiniškai 4,2 ir 2,8 karto didesnę savižudiško elgesio galimybę nei paaugliai gyvendami šeimoje, kurioje tėvų išsilavinimas buvo aukštesnis, o paaugliai berniukai ir mergaitės gyvendami šeimoje, kurioje materialinė padėtis buvo blogesnė turėjo atitinkamai vidutiniškai 15,7 ir 10,6 karto didesnę savižudiško elgesio galimybę nei paaugliai gyvendami šeimoje, kurioje materialinė padėtis buvo geresnė. Paauglės mergaitės ir paaugliai berniukai, kurie neturėjo atskiro kambario, turėjo didesnę savižudiško elgesio galimybę nei paaugliai, kurie turėjo atskirą kambarį: berniukai vidutiniškai 2,9 karto, mergaitės vidutiniškai 4,7 karto.

Mūsų tyrimo duomenimis, paauglės mergaitės gyvendamos šeimoje, kurioje motina buvo bedarbė, turėjo vidutiniškai 4,0 karto didesnę savižudiško elgesio galimybę nei paauglės mergaitės, kurių motinos dirbo. Panaši situacija nustatyta ir šeimose, kuriose tėvas buvo bedarbis. Tiek paauglės mergaitės, tiek paaugliai berniukai turėjo atitinkamai vidutiniškai 6,1 ir 3,3 karto didesnę savižudiško elgesio galimybę nei paauglės mergaitės ir berniukai, kurių šeimose tėvai dirbo. Motinos bei tėvo pareigos taip pat didino savižudiško elgesio galimybę. Paauglės mergaitės ir paaugliai berniukai, kurių tėvai dirbo nevadovaujančiose pareigose, turėjo didesnę savižudiško elgesio galimybę; priklausomai nuo motinos pareigų - berniukai vidutiniškai 20,7 karto, mergaitės 6,2 karto, o priklausomai nuo tėvo pareigų - berniukai vidutiniškai 16,3 karto, mergaitės 6,4 karto.

Priklausomybės šeimoje bei vaiko žalingi įpročiai (alkoholio, narkotinių medžiagų vartojimas, rūkymas) taip pat didino bandymo žudyti galimybę. Paauglės mergaitės ir berniukai, kurių šeimos nariai ar jie patys turėjo žalingų įpročių, taip pat turėjo didesnę savižudiško elgesio galimybę nei paaugliai, kurių šeimos nariai, ar patys neturėjo žalingų įpročių; esant artimųjų priklausomybėms - berniukai vidutiniškai 7,3 karto, mergaitės 12,8 karto, o esant paties paauglio priklausomybėms - berniukai vidutiniškai 16,3 karto, mergaitės 17,1 karto.

Pastaruoju metu vis daugiau jaunimo vartoja alkoholį bei kitas psichoaktyviasias medžiagas. Sprendimą nusižudyti daug greičiau ir lengviau priima neblaivūs asmenys. Nuo 25 iki 75 proc. visų nusižudžiusių paauglių buvo diagnozuotos psichotropinių medžiagų priklausomybės [165, 229]. Priklausomybės sutrikimo diagnostinių kriterijų neatitinkantis piktnaudžiavimas psichotropinėmis medžiagomis taip pat susijęs su paauglių savižudybėmis [195].

Mūsų tyrimo duomenimis, nustatyti psichikos sutrikimai šeimoje paaugliams berniukams didino savižudiško elgesio galimybę 4 kartus dažniau nei paauglėms mergaitėms, o paaugliams berniukams ir mergaitėms, kurių šeimos nariams buvo nustatyti psichikos sutrikimai, savižudiško elgesio galimybė buvo atitinkamai vidutiniškai 27,6 karto ir 7,8 karto didesnė, lyginant su paaugliais berniukais ir mergaitėmis, kurių šeimos nariams nebuvo nustatyta psichikos sutrikimų. Panaši situacija stebėta vertinant savižudiško elgesio galimybę, atsižvelgiant į buvusias savižudybes šeimoje ar giminėje. Reikšmingi skirtumai nustatyti tikrai tarp paauglių mergaičių. Paauglėms mergaitėms, kurių šeimose ar giminėje įvyko savižudybė, nustatytas vidutiniškai 3,9 karto didesnis polinkis savižudiškam elgesiui, lyginant su paauglėmis mergaitėmis, kurių šeimose ar giminėje nebuvo tokių įvykių.

Yra patikimų duomenų, kurie rodo, kad savižudiškas šeimos narių elgesys yra susijęs tiek su padidėjusia bandymo žudyti [82, 102, 106, 193, 217], tiek su savižudybės [36, 37, 39, 97, 228, 229] rizika tarp paauglių. Paauglių, kurie nusižudė ar mėgino tai padaryti, šeimose fiksuojamas didesnis savižudybių dažnis nei kontrolinės grupės paauglių šeimose [34, 36, 37, 82, 97, 98, 102, 106, 193, 217].

Savijauta šeimoje taip pat labai didino savižudiško elgesio galimybę tarp paauglių berniukų ir mergaičių. Bloga ir patenkinama savijauta šeimoje labiau didino savižudiško elgesio galimybę paauglėms mergaitėms nei berniukams, vidutiniškai apie 2,5 karto. Paaugliams berniukams ir mergaitėms, kurių savijauta šeimoje buvo bloga ar patenkinama, savižudiško elgesio galimybė buvo atitinkamai vidutiniškai 19,1 karto ir 49,9 karto didesnė, lyginant su paaugliais berniukais ir mergaitėmis, kurių savijauta šeimoje buvo labai gera ir gera. Konfliktai šeimoje bei fizinės bausmės didino savižudiško elgesio galimybę paaugliams. Paaugliai mergaitės ir berniukai, kurių šeimose dažni konfliktai bei buvo taikomos fizinės bausmės, turėjo didesnę savižudiško elgesio galimybę nei paaugliai, kurių šeimose konfliktai retesni bei netaikomos fizinės bausmės; priklausomai nuo konfliktų šeimose - berniukai vidutiniškai 4,6 karto, mergaitės 7,6 karto, o priklausomai nuo fizinių bausmių - berniukai vidutiniškai 3,9 karto, mergaitės 5,1 karto.

Eilė tyrimų rodo, kad mėginimų žudyti dažnis yra didesnis tarp tų paauglių, kurių šeimose dažnai kyla konfliktai tarp tėvų [25, 75, 133, 138, 235, 245], yra ribotas, skurdus bendravimas, taikomos psichologinio spaudimo priemonės, fizinės bausmės [25, 59, 83, 102, 115, 214, 230, 233, 235, 250, 257]. Tuo tarpu, duomenų, kurie rodytų, kad konfliktai tarp tėvų būtų susiję su įvykdytomis paauglių savižudybėmis, nėra [38].

Nepažangus mokymasis taip pat didino savižudiško elgesio galimybę. Paaugliai berniukai ir mergaitės, kurių mokymosi vidurkis iki 7 balų, turėjo didesnę savižudiško elgesio

galimybę, nei paaugliai, kurių mokymosi vidurkis 7-10 balų: berniukai vidutiniškai 3,0 karto, mergaitės vidutiniškai 2,9 karto.

Savijauta tarp bendraamžių didino savižudiško elgesio galimybę tarp paauglių berniukų ir mergaičių. Bloga ir patenkinama savijauta tarp bendraamžių labiau didino savižudiško elgesio galimybę paaugliams berniukams nei mergaitėms, vidutiniškai apie 3 kartus. Paaugliams berniukams ir mergaitėms, kurių savijauta tarp bendraamžių buvo bloga ar patenkinama, savižudiško elgesio galimybė buvo atitinkamai vidutiniškai 15,7 karto ir 5,6 karto didesnė, lyginant su paaugliais berniukais ir mergaitėmis, kurių savijauta tarp bendraamžių buvo labai gera ir gera. Paaugliams berniukams, kurie rečiau bendravo ne mokykloje, nustatyta vidutiniškai 4,8 karto didesnė savižudiško elgesio galimybė, lyginant su paaugliais berniukais, kurie ne mokykloje bendravo dažniau. Tarp mergaičių tokios tendencijos nebuvo nustatyta.

Vienatvė paauglėms mergaitėms didino savižudiško elgesio galimybę beveik 3 kartus dažniau nei paaugliams berniukams, o paaugliams berniukams ir mergaitėms, kurie daugiau laiko praleisdavo vienumoje, savižudiško elgesio galimybė buvo atitinkamai vidutiniškai 6,9 karto ir 18,9 karto didesnė, lyginant su paaugliais berniukais ir mergaitėmis, kurie mažiau laiko praleisdavo vienumoje. Panaši situacija buvo nustatyta, vertinant savižudiško elgesio galimybę, atsižvelgiant į hobį. Reikšmingi skirtumai nustatyti tiek berniukams, tiek mergaitėms. Paaugliams berniukams, kurie neturėjo hobiaus, nustatyta vidutiniškai 4,2 karto, o paauglėms mergaitėms vidutiniškai 2,3 karto didesnė savižudiško elgesio galimybė, lyginant su paaugliais berniukais ir mergaitėmis, kurie turėjo hobį. Nuostata nerodyti savo jausmų kitiems didino savižudiško elgesio galimybę tik tarp paauglių berniukų. Paaugliai berniukai, kurie buvo linkę nerodyti ar slėpti savo jausmus kitiems, turėjo vidutiniškai 9,8 karto didesnę polinkį savižudiškam elgesiui, nei paaugliai berniukai, kurie buvo linkę neslėpti savo jausmų kitiems.

Savo problemų sprendimo būdas taip pat didino savižudiško elgesio galimybę tiek tarp berniukų, tiek tarp mergaičių. Priklausomai nuo problemų sprendimo būdo, paaugliams berniukams tai didino savižudiško elgesio galimybę net 5 kartus dažniau, nei paauglėms mergaitėms. Paaugliai berniukai ir mergaitės, kurie savo problemas sprendavo vieni ar visai jų nespėdavo, turėjo didesnę savižudiško elgesio galimybę nei paaugliai, kurie savo problemų sprendimui pasitelkdavo draugus ar tėvus: berniukai vidutiniškai 10,1 karto, mergaitės vidutiniškai 1,9 karto.

Aprašyti rezultatai dar kartą patvirtina daugelio autorių nuomonę, kad vienišumas, nepritapimas bendraamžių grupėje, socialinis atsiribojimas, dezadaptacija gali skatinti paauglių savižudiško elgesio tendencijas [132, 194, 210, 265, 266].

Tiriant psichosocialinių veiksnių ir lyties galimą nepriklausomą įtaką paauglių berniukų ir mergaičių savižudiškam elgesiui, buvo taikomas pažingsninės daugiaveiksnės logistinės regresijos modelis, įtraukiant visus tiriamus požymius. Atlikus daugiaveiksnių analizę gauta, kad lytis neturėjo reikšmingos įtakos bandymui žudyti, tiriant psichosocialinius veiksniai. Analizuojant visų tiriamųjų berniukų ir mergaičių duomenis, nustatyta, kad tam tikri psichosocialiniai veiksniai didino bandymo žudyti galimybę: nepilna šeima - vidutiniškai 5,2 karto, nevadovaujančios motinos pareigos - vidutiniškai 8,3 karto, šeimos narių priklausomybės - vidutiniškai 5,7 karto, vaiko žalingi įpročiai - vidutiniškai 12,8 karto, psichikos sutrikimai šeimoje - 12,3 karto, patenkinama ar bloga savijauta šeimoje - 23,6 karto, taikomos fizinės bausmės šeimoje - vidutiniškai 4,9 karto, patenkinama ir bloga savijauta tarp bendraamžių - vidutiniškai 5,0 kartus, ilgesnis laikas praleistas vienumoje - vidutiniškai 15,7 karto, o hobbio neturėjimas - vidutiniškai 3,8 karto.

Analizuojant tik berniukų duomenis, vertinant psichosocialinių veiksnių galimą nepriklausomą įtaką savižudiškam elgesiui, buvo taikomas pažingsninės daugiaveiksnės logistinės regresijos modelis, įtraukiant tik reikšmingus požymius, gautus taikant vienaveiksnės logistinės regresijos modelį. Nustatyta, kad savižudiško elgesio galimybę berniukams reikšmingai didino sekantys psichosocialiniai veiksniai: nevadovaujančios motinos ir tėvo pareigos, žalingi įpročiai, patenkinama ir bloga savijauta šeimoje ar tarp bendraamžių. Vertinant tik mergaičių duomenis, taikant tą patį tyrimo modelį, nustatyta, kad savižudiško elgesio galimybę reikšmingai didino nepilna šeima, bedarbis tėvas, žalingi įpročiai, patenkinama ir bloga savijauta šeimoje bei taikomos fizinės bausmės.

Paauglių savižudiškam elgesiui didžiausią įtaką turintys veiksniai siejasi su tam tikrais asmenybės ypatumais, psichosocialiniais veiksniais. Mūsų tyrimo rezultatai atspindi daugelio autorių teiginius, kad sunkiai tramdomas pyktis, agresija, silpna impulsų kontrolė yra būdingiausi bandžusių žudyti paauglių bruožai [89, 117, 174]. Taip pat dauguma tyrėjų sutinka, kad depresiskumas turi įtakos paauglių savižudiškam elgesiui [25, 61, 85, 235, 254, 255]. Šio tyrimo rezultatuose pirmoji tendencija ženklesnė buvo besižudžusių paauglių merginų tarpe (MMPI psichopatijos skalės įverčių pakilimas), antroji – tarp bandžusių žudyti vaikinų (MMPI depresijos skalės įverčių pakilimas). Abiems lytims itin svarbus veiksnys buvo savijauta šeimoje. Šį teiginį taip pat patvirtina absoliuti dauguma mokslininkų [2, 25, 28, 37, 67, 75, 92, 97, 131, 134, 150, 151, 163, 178, 234, 235, 245, 248, 249].

Apibendrinant visus rezultatus, reikėtų paminėti, kad paauglių asmenybės ypatumai, psichikos sutrikimai, psichosocialiniai ir kiti veiksniai bei jų įtaka savižudiškam elgesiui tyrėjų dažnai vertinama gan prieštaringai. Mūsų tyrimo duomenys iš esmės neprieštarauja išsakomoms bendroms pasaulio mokslininkų tendencijoms. Norėtusi akcentuoti imčių,

metodikų suvienodinimo, sistematizacijos būtinybę ir svarbą – galimai dėl šių priežasčių skirtingų šalių tyrėjų pateikiami duomenys varijuoja itin plačiose ribose. Ateityje reikalingos sistematizuotos, ilgalaikės ir plačios studijos, įgalinančios atskleisti ir patikslinti šiuos minimus rizikos veiksnius bei jų derinius, padedančios įvertinti jų galimą įtaką paauglių savižudiškam elgesiui. Tik tokiu būdu įmanoma laiku ir tinkamai išsiaiškinti, kontroliuoti rizikos veiksnius, taikyti tam tikras prevencijos priemones, siekiant sumažinti ir išvengti paauglių savižudybių ateityje.

6. IŠVADOS

1. Berniukų ir mergaičių savižudiškas elgesys reikšmingai skyrėsi. Tarp berniukų, lyginant su mergaitėmis, buvo daugiau paplitęs savęs žalojimo aktas, korimasis, savižudybei jie dažniau rinkosi atokesnę aplinką, pirmąją pagalbą jiems dažniau teikė pašaliniai asmenys, kaip savižudybės priežastį dažniau nurodė konfliktus šeimoje ir su draugais. Mergaitės, lyginant su berniukais, dažniau bandė žudyti vartodamos medikamentus, savižudybei rinkosi tėvų namų aplinką, pirmąją pagalbą joms dažniau teikė šeimos nariai, kaip savižudybės priežastį dažniau nurodė konfliktus su draugais ar mylimuoju.

2. Depresijos bei šizofreniniai sutrikimai diagnozuoti daugiau nei tris kartus dažniau bandžiusiems žudyti berniukams nei mergaitėms, o adaptacijos ir/ar elgesio sutrikimai - beveik du kartus dažniau bandžiusioms žudyti mergaitėms nei berniukams. Depresijos ir nerimo simptomų nustatyta beveik ketvirtadaliui bandžusių žudyti berniukų ir mergaičių.

3. Paaugliams berniukams savižudiško elgesio galimybę reikšmingai didino polinkis į pesimizmą ir nerimastingumą, o reikšmingai mažino - padidėjęs dėmesio siekimas bei aktyvumas daugelyje veiklos sričių; mergaitėms savižudiško elgesio galimybę reikšmingai didino blogesnė emocijų ir elgesio kontrolė bei išreikštas dėmesio siekimas, o reikšmingai mažino - perdėtas susirūpinimas savo sveikata. Berniukams, lyginant su mergaitėmis, nustatyta reikšmingai mažesnė savižudiško elgesio galimybė.

4. Paaugliams berniukams savižudiško elgesio galimybę reikšmingai didino nevadovaujančios motinos ir tėvo pareigos, paauglio žalingi įpročiai, patenkinama ir bloga savijauta šeimoje ar tarp bendraamžių, o mergaitėms - nepilna šeima, bedarbis tėvas, žalingi įpročiai, patenkinama ar bloga savijauta ir taikomos fizinės bausmės šeimoje. Berniukams ir mergaitėms nustatyta vienoda savižudiško elgesio galimybė.

7. DISERTACIJOS TEMA SPAUSDINTŲ DARBŲ SĄRAŠAS

Pagrindinės publikacijos

1. Jaras A, Burba B, Arbačiauskas V, Morkevičienė J, Putelienė D, Šveikauskienė I, Šimaitė J. Paauglių savižudiško elgesio rizikos veiksniai. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2006;10:485-487.
2. Jaras A, Burba B, Arbačiauskas V, Grigaliūnienė V, Laukienė I, Jankuvienė O. Paauglių savižudiškas elgesys ir psichosocialiniai veiksniai. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2006;10:462-466.
3. Jaras A, Burba B, Arbačiauskas V, Grigaliūnienė V, Laukienė I, Jankuvienė O. Paauglių savižudiško elgesio skirtumai tarp lyčių: sąsajos su depresija, asmenybiniais ypatumais. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2006;10:709-713.
4. Jaras A, Burba B, Grigaliūnienė V, Sobolevskaja T, Bielickaitė J, Baranauskaitė A. Savižudybių prevencija šeimos gydytojų praktikoje. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2007;11:350-354.

Kitos publikacijos

1. Grigaliūnienė V, Burba B, Jaras A, Jankuvienė O, Laukienė I. Gender differences of teenagers suicidal behavior: correlation with depression, personality features // European psychiatry: 14th AEP congress: abstract book: Nice, France, 4-8 March, 2006 / Association of European psychiatrists; editors: Henning Sass, Philippe H. Robert. 2006;21:S160, poster no. P115.
2. Jaras A, Arbačiauskas V, Gudienė D, Jankuvienė Odeta, Burba B, Grigaliūnienė V. Gender differences of teenagers suicidal behavior: correlation with depression, personal peculiarities // European psychiatry: 15th AEP congress: abstract book: Madrid, Spain, 17-21 March, 2007 / Association of European psychiatrists; editors: Cyril Hoschl, Juan Lopez-Ibor. 2007;22:S233, poster no. P041.
3. Jaras A, Arbačiauskas V, Gudienė D, Jankuvienė O, Burba B, Grigaliūnienė V. Teenagers suicidal behavior and psychosocial factors // European psychiatry: 15th AEP congress: abstract book: Madrid, Spain, 17-21 March, 2007 / Association of European psychiatrists; editors: Cyril Hoschl, Juan Lopez-Ibor. 2007;22:S253, poster no. P111.
4. Jaras A, Burba B, Grigaliūnienė V, Jankuvienė O, Morkevičienė J, Jarienė K, Gudienė D. Gender differences of teenagers manner of suicide // European psychiatry: 16th AEP congress: abstract book: Nice, France, 5-9 April, 2008 / Association of European psychiatrists; editors: Cyril Hoschl, Philippe H. Robert. 2008;23:S379, poster no. P0270.

5. Jaras A, Burba B, Grigaliūnienė V, Jankuvienė O, Morkevičienė J, Jarienė K, Gudienė D. Peculiarities of teenagers suicidal behavior // European psychiatry: 16th AEP congress: abstract book: Nice, France, 5-9 April, 2008 / Association of European psychiatrists; editors: Cyril Hoschl, Philippe H. Robert. ISSN 0924-9338. 2008;23:S379, poster no. P0269.

8. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Achenbach TM. Integrative Guide for the CBCL/4-18, YSR and TRF Profiles. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991.
2. Adam KS, Keller A, West M, Larose S, Goszer LB. Parental representation in suicidal adolescents: a controlled study. *Aust N Z J Psychiatry* 1991;28:418–425.
3. Adams DM, Overholser JC, Lehnert KL. Perceived family functioning and adolescent suicidal behaviour. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:498–507.
4. Allebeck P, Brandt L, Nordstrom P, et al. Are suicide trends among the young reversing: age, period and cohort analyses of suicide rates in Sweden? *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:43-48.
5. Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:655–662.
6. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med* 1998;28:51-61.
7. Annette L Beautrais. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emergency Medicine* 2002;14:35–42.
8. Antonovsky A. The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Soc Sci Med* 1993;36:725-733.
9. Appleby L, Cooper J, Amos T, et al. Psychological autopsy of suicides by people under 35. *Br J Psychiatry* 1999;175:168-174.
10. Apter A, Bleich A, King RA, et al. Death without warning: a clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:138-142.
11. Apter A, Plutchik R, Van Praag HM. Anxiety, compulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:1-5.
12. Arango V, Underwood MD, Gubbi AV, Mann JJ. Localized alterations in pre and post-synaptic serotonin binding sites in the ventrolateral prefrontal cortex of suicide victims. *Brain Research* 1995;688:121-133.
13. Aro H, Marttunen M, Lonnqvist J. Adolescent development and youth suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1993;23:359-365.
14. Asarnow JR, Guthrie D. Suicidal behaviour, depression and hopelessness in child psychiatric inpatients: a replication and extension. *J Clin Child Psychol* 1989;18:129–136.

15. Asberg M, Nordstrom P, Traskman-Bendz L. Cerebrospinal fluid studies. In: Mann JJ, Stanley M, eds. *Psychobiology of suicidal behaviour*. New York: New York Academy of Sciences, 1986.
16. Bagley C, Bolitho F, Bertrand L. Mental health profiles, suicidal behaviour, and community sexual assault in 2112 Canadian adolescents. *Crisis* 1995;16:126–131.
17. Bagley C, Tremblay P. Suicidal behaviours in homosexual and bisexual males. *Crisis* 1997;18:24–34.
18. Baron P, Richardson. *Agressija (Human Aggression.)* Sankt-Peterburg: Piter; 1997:22-53.
19. Barraclough B, Shepherd D, Jennings C. Do newspaper reports of coroners' inquests incite people to commit suicide? *Br J Psychiatry* 1977;131:528–532.
20. Barraclough B. International variation in suicide rate of 15–24 year olds. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1988;23:75–84.
21. Baume P, Cantor C, Rolfe A. Cybersuicide: the role of interactive suicide notes on the Internet. *Crisis* 1997;18:73–79.
22. Beautrais AL. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emergency medicine*. 2002;14:35-42.
23. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Youth suicide attempts: A social and demographic profile. *Aust N Z J Psychiatry* 1998;32:349–357.
24. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide Life Threat Behav* 1999;29:37–47.
25. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1174–1182.
26. Beautrais AL. *Restricting Access to Means of Suicide in New Zealand. A report prepared for the Ministry of Health on Methods of Suicide in New Zealand 1997–1996*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health, 2000.
27. Beautrais AL. *Serious suicide attempts in young people: a case control study*. PhD Thesis, University of Otago, Dunedin, New Zealand, 1996.
28. Benjaminsen S, Krarup G, Layritsen R. Personality, parental rearing behaviour and parental loss in attempted suicide: a comparative study. *Acta Psychiatr Scand* 1990;82:389–397.
29. Berman AL, Jobes DA. Suicide prevention in adolescents (age 12–18). *Suicide Life Threat Behav* 1995;25:153–154.

30. Bille-Brahe, U. et al. Background and introduction to the study. In: Kerkhof, A.J.F.M. et al., ed. *Attempted suicide in Europe*. Leiden, DSWO Press, 1994:3–15.
31. Boldt, M. The meaning of suicide: implications for research. *Crisis* 1988;9(2):93–108.
32. Bollen KA, Phillips DP. Imitative suicides: a national study of the effects of television news stories. *Am Sociol Review* 1982;47:802–809.
33. Brent DA, Baugher M, Bridge J, et al. Age and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1497–1550.
34. Brent DA, Bridge J, Johnson B, Connolly J. Suicidal behaviour runs in families. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:1145–1152.
35. Brent DA, Moritz G. Developmental pathways to adolescent suicide. In: Cicchetti D, Toth SL, editors. *Adolescence: opportunities and challenges*. Rochester symposium on developmental psychopathology. Vol. 7. New York: University of Rochester Press, 1996:233–258.
36. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE et al. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:581–588.
37. Brent DA, Perper JA, Moritz G et al. Familial risk factors for adolescent suicide: a case–control study. *Acta Psych Scand* 1994;89:52–58.
38. Brent DA, Perper JA, Moritz G et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case–control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:521–529.
39. Brent DA. Risk factors for adolescent suicide and suicidal behaviour: mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide Life Threat Behav* 1995;25:52–63.
40. Brown GL, Goodwin FK. Cerebrospinal fluid correlates of suicide attempts and aggression. *Ann N Y Acad Sci* 1986;487:175–188.
41. Bucca M, Ceppi M, Peloso P, Archellashi M, Mussi D, Fele P. Social variables and suicide in the population of Genoa, Italy. *Compr Psychiatry* 1994;35:64–69.
42. Burton P, Lowy A, Briggs A. Increasing suicide rates among young men in England and Wales. *Br Med J* 1990;300:1695–1696.
43. Bunevičius R, Žilėnienė S. Palyginamasis MMPI ir HAD skalių įvertinimas. Lietuvos aukštųjų mokyklų mokslo darbai. *Psichologija* 1991;11:95–102.
44. Canetto S, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28:1–23.
45. Cantor CH, Baume PJ. Access to methods of suicide: what impact? *Aust N Z J Psychiatry* 1998;32:8–14.

46. Cantor C, Turrell G, Baume P. Access to means of suicide by young Australians. Brisbane: Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1996.
47. Cantor CH, Coorey M. Is there a rural suicide problem? *Austr J Public Health* 1993;17:382–384.
48. Cantor CH. Suicide in the western world. In: Hawton K, van Heeringe K, editors. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2000:9-28.
49. Carlson G, Cantwell D. Suicidal behaviour and depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1982;21:361–368.
50. Cautin RL, Overholser JC, Goetz P. Assessment of Mode of Anger Expression in Adolescent Psychiatric Inpatients. *Adolesc* 2001;36:163-171.
51. Cheng ATA, Lee CS. Suicide in Asia and the Far East. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2000:29-48.
52. Cicchetti D, Toth SL. The development of depression in children and adolescents. *Am Psychol* 1998;53:221-241.
53. Cocarro EF, Siever LJ, Klar HM et al. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: correlates with suicidal and impulsive aggressive behaviour. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:587–599.
54. Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. Life stress and symptomatology: determinants of suicidal behaviour in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1982;21:178–186.
55. Colson C. Neuroticism, extraversion and repression- sensitization in suicidal college students. *Br J Soc Clin Psychol* 1972;11:88–89.
56. Cote S, Zoccolillo M, Tremblay RE, Nagin D, Vitaro F. Predicting Girls' Conduct Disorder in Adolescence From Childhood Trajectories of Disruptive Behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:684-687.
57. Davidavičienė AG. Gatvės vaikų svaiginamųjų medžiagų vartojimo ir seksualinio elgesio ypatumai. (Peculiarities of the use of intoxicating substances and sexual behavior of guttersnipes.) *Sveikatos aplinka* 2000;3:19-24.
58. Davidson LE, Rosenberg ML, Mercy JA, Franklin J, Simmons JT. An epidemiologic study of risk factors in two teenage suicide clusters. *J Am Med Assoc* 1989;262:2687–2692.

59. de Wilde EJ, Kienhorst CMW, Diekstra RFW, Wolters WHG. The relationship between adolescent suicidal behaviour and life events in childhood and adolescence. *Am J Psychiatry* 1992;149:45–51.
60. de Wilde EJ, Kienhorst CMW, Diekstra RFW, Wolters WHG. The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:51–59.
61. Deavoll BJ, Mulder RT, Beautrais AL, et al. One hundred years of suicide in New Zealand. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:81-85.
62. Dembinskas. *Psichiatrija*. Vilnius 2003;314-28.
63. Dėl savižudybių prevencijos 2003–2005 metų programos patvirtinimo. *Valstybės žinios* 2003, Nr. 36-1575.
64. Didžiokienė A, Žemaitienė N. Smurtą patiriančių rizikos grupės vaikų psichologinė savijauta. *Medicina (Kaunas)* 2005;41:59-66.
65. Diekstra RFW, Kienhorst CWM, de Wilde EJ. Suicide and suicidal behaviour among adolescents. In: Rutter M, Smith DJ, eds. *Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes*. Chichester: John Wiley, 1995:686–761.
66. Diekstra RFW. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Archives of Suicide Research. Special section Suicide: An international perspective* 1996;2:1–29.
67. Dubow EF, Kausch DF, Blum MC, Reed J, Bush E. Correlates of suicidal ideation and attempts in a community sample of junior high and high school students. *J Clin Child Psychology* 1989;18:158–166.
68. Dudley M, Kelk N, Florio T et al. Suicide among young rural Australians 1964–93: a comparison with metropolitan trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:251–260.
69. Dudley M, Kelk N, Florio T, Waters B, Howard J, Taylor D. Coroners' records of rural and non-rural cases of youth suicide in New South Wales. *Aust N Z J Psychiatr* 1998;32:242–251.
70. Eckersley R. Portraits of Youth. *Futures* 1997;29:243-249.
71. Edwall GE, Hoffman NG, Harrison PA. Psychological correlates of sexual abuse in adolescent girls in chemical dependency treatment. *Adolesc* 1989;24:279–288.
72. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1365–1374.

73. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Prevalence and comorbidity of DSM-III-R. Diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:1127–1134.
74. Fergusson DM, Horwood LJ. Male and female offending trajectories. *Development and Psychopathology* 2002; (in press).
75. Fergusson DM, Lynskey MT. Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:612–622.
76. Fergusson DM, Lynskey MT. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16 year old New Zealanders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1308–1317.
77. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Gender differences in the relationship between early conduct problems and later criminality and substance abuse. *Int J Meth Psychiatric Res* 2000;8:179–191.
78. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 2000;30:23-39.
79. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:571-580.
80. Frances A, Blumenthal S. Personality as a predictor of youthful suicide. In: Davidson L, Linnoila M, eds. *Risk factors for youth suicide*. New York: Hemisphere, 1992.
81. Gailienė D. *Jie neturėjo mirti. Savižudybės Lietuvoje*. Vilnius; 1998.
82. Garfinkel BD, Froese A, Hood J. Suicide attempts in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1982;139:1257–1261.
83. Garnefski N, Diekstra RFW, de Heus P. A population-based survey of the characteristics of high school students with and without a history of suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:189–196.
84. Garnefski N, Diekstra RFW. Child sexual abuse and emotional and behavioural problems in adolescence: gender differences. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:323–329.
85. Garrison C.Z., Waller J.L., Cuffe S.P., McKeown R.E., Addy C.L., Jackson K.L. Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:458-465.
86. Gasquet I, Choquet M. Gender role in adolescent suicidal behaviour: observations and therapeutic implications. *Acta Psychiatr Scand* 1993;7:59–65.

87. Gibbons RD, Clark DC, Fawcett J. A statistical method for evaluating suicide clusters and implementing cluster surveillance. *Am J Epidemiol* 1990;132(Suppl.):183–191.
88. Gibson P. Gay male and lesbian youth suicide. US Department of Health and Human Services: Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide: 3. Washington: US Government Printing Office, 1989:115–42.
89. Gilligan J. Smurto prevencija. (Preventing violence). Vilnius: Eugrimas; 2002:29-32.
90. Goldney RD. Locus of control in young women who have attempted suicide. *J Nerv Mental Dis* 1982;170:198–201.
91. Goldney RD. Parental loss and reported childhood stress in young women who attempt suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1981;64:34–59.
92. Goldney RD. Parental representation in young women who attempt suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1985;72:230–232.
93. Goldney RD. Suicide: the role of the media. *Aust N Z J Psychiatry* 1989;23:30–34.
94. Goldney RD. Suicide in the young. *J Paediatr Child Health* 1993;29:50-52.
95. Goldston DB, Daniel S, Reboussin DM, Kelley A, Levers C, Brunstetter R. First time suicide attempters, repeat attempters, and previous attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:631–639.
96. Goštautas A. Daugiaprofilinio asmenybės tyrimo anketa. Kaunas; KMI leidykla; 1972.
97. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors for child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:1155–1162.
98. Gould MS, Shaffer D, Fisher P, Garfinkel R. Separation/divorce and child and adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:155–162.
99. Gould MS, Shaffer D. The impact of suicide in television movies. *New Engl J Med* 1986;315:690–694.
100. Gould MS, Wallenstein S, Davidson L. Suicide clusters: a critical review. *Suicide Life Threat Behav* 1989;19:17–29.
101. Gould MS, Wallenstein S, Kleinman M. Time–space clustering of teenage suicide. *Am J Epidemiol* 1990;131:71–78.
102. Grossman DC, Milligan C, Deyo RA. Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents. *Am J Public Health* 1991;81:870–874.
103. Gunnell DJ, Peter TJ, Kammerling RM, Brooks J. Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions and socio-economic deprivation. *Br Med J* 1995;311:226–230.
104. Haberlandt W. Der suizid als genetisches problem (zwillings and familien analyse). *Anthropol Anz* 1965;29:65–89.

105. Hafner H, Schmidtke A. Do televised fictional suicide models produce suicides? In: Pfeffer C, ed. *Suicide among youth. Perspectives on risk and prevention*. Washington: American Psychiatric Press, 1989:117–141.
106. Hamilton M. Rating Scale for Depression. *J Neurosurg Psychiatr* 1960;23:56.
107. Harrington R, Rutter M, Fombonne E. Developmental pathways in depression: multiple meanings, antecedents and endpoints. *Dev Psychopathol* 1996;8:601-616.
108. Hassan R. Effects of newspaper stories on the incidence of suicide in Australia: a research note. *Aust N Z J Psychiatry* 1995;29:480–483.
109. Hawton K, O’Grady J, Osborn M, Cole D. Adolescents who take overdoses: their characteristics, problems and contacts with helping agencies. *Br J Psychiatry* 1982;140:118–123.
110. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *Br Med J* 2002;325:1207-1211.
111. Hawton K. Why has suicide increased in young males? *Crisis* 1998;19:119–124.
112. Hazell P. Adolescent suicide clusters: evidence, mechanisms and prevention. *Aust N Z J Psychiatry* 1993;27:653–665.
113. Heikkinen M, Aro H, Lonnqvist J. Life events and social support in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1993;23:343–358.
114. Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lonnqvist JK. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997;154:1235–1242.
115. Hernandez JT, Lodico M, DiClemente RJ. The effects of child abuse and race on risk-taking in male adolescents. *J National Med Assoc* 1993;85:593–597.
116. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. WHO – Geneva; 1993.
117. Ignatavičienė S, Žukauskienė R. Rizikos grupės vaikai. (Children of risk groups). Vilnius; 1999.
118. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172:35–37.
119. Isometsa E, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Aro H, Lonnqvist J. Differences between urban and rural suicides. *Acta Psychiatrica Scand* 1997;95:297–305.

120. Ivarsson T, Larsson B, Gillberg C. A 2-4 year follow-up of depressive symptoms, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescent psychiatric inpatients. *European Child Adolesc Psychiatry* 1998;7:96-104.
121. Jan-Tausch J. Suicide of children 1960-63: New Jersey. Public school students. Trenton, NJ: State of New Jersey. Department of Education, 1964.
122. Joffe RT, Offord DR, Boyle MH. Ontario Child Health Study: suicidal behaviour in youth age 12–16 years. *Am J Psychiatry* 1988;145:1420–1423.
123. Juel-Nielsen N, Videbech T. A twin study of suicide. *Acta Genetica Medicae et Gemellologiae (Roma)* 1970;19:307–310.
124. Juškelienė V, Kalibatas J. Vėlyvojo paauglystės amžiaus moksleivių psichoemocinės savijautos rodikliai, psichologinės pagalbos realija. *Visuomenės sveikata* 2003;1:59-66.
125. Kairienė B. Suicidinių minčių atsiradimas jaunuolių savimonės raiškoje dėl patirtos agresijos šeimoje. *Acta pedagogica Vilnensia* 2004;13:1-9.
126. Kashani JH, Goddard P, Reid JC. Correlates of suicidal ideation in a community sample of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:912–917.
127. Kashden J, Fremouw WJ, Callahan TS, Franzen MD. Impulsivity in suicidal and non-suicidal adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 1993;21:339–353.
128. Kazdin AE, Rodgas A, Colbus D. The hopelessness scale for children: psychometric characteristics and concurrent validity. *J Consult Clin Psychol* 1983;54:241–245.
129. Kelleher MJ. Youth suicide trends in the Republic of Ireland. *Br J Psychiatry* 1998;173:196–197.
130. Kerkhof AdJFM, Arensman E. Pathways to suicide: The epidemiology of the suicidal process. *Understanding suicidal behaviour: The suicidal process approach to research, treatment and prevention*. Ed. by K. van Heeringen. New York: Willey&Sons LTD, 2001:15-40.
131. Khan AV. Heterogeneity of suicidal adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26:92–96.
132. Kienhorst IWM, de Wilde EJ, Diekstra RFW. Suicidal behaviour in adolescents. *Arch Suicide Research* 1995;1:185-209.
133. Kienhorst CWM, de Wilde EJ, Diekstra RFW, Wolters WHG. Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psychiatrica Scand* 1992;85:222–228.
134. Kienhorst CWM, de Wilde EJ, van den Bout J, Diekstra RFW, Wolters WHG. Characteristics of suicide attempters in a population-based sample of Dutch adolescents. *Br J Psychiatry* 1990;156:243–248.

135. Knox M, King Ch, Hanna GL. Aggressive Behavior in Clinically Depressed Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:612-618.
136. Koller KM, Castanos BE. Attempted suicide and alcoholism. *Med J Aust* 1968;2:835-837.
137. Kosky R, Silburn S, Zubrick S. Are children and adolescents who have suicidal thoughts different from those who attempt suicide? *J Nerv Ment Dis* 1990;178:38-43.
138. Kosky R. Childhood suicidal behaviour. *J Child Psychol Psychiatry* 1983;24:457-468.
139. Kreitman N. *Parasuicide*. London: Wiley, 1977.
140. Kreitman, N. et al. *Parasuicide*. *Br J Psychiatry* 1969;115:746-747.
141. Kroll IT, Warneke LB. The dynamics of sexual orientation and adolescent suicide. A comprehensive review and developmental perspective. Calgary: The University of Calgary, 1995.
142. La Vecchia C, Lucchini F, Levi F. Worldwide trends in suicide mortality, 1955-1989. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:53-64.
143. Leon DA, Chenet L, Shkolnikov VM, Zakharov S, Shapiro J, Rakhmanova G, Vassin S, McKee M. Huge Variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what? *Lancet* 1997;350:383-388.
144. Lesage AD, Boyer R, Grunberg F et al. Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *Am J Psychiatry* 1994;51:1063-1068.
145. Leskauskas D. Bandžiusių žudytis vaikų psichinės sveikatos problemos. Vaikas ir jo socializacija. Kaunas: VDU, 1998:29-33.
146. Leskauskas D. Ryšys tarp paauglių mergaičių bandymų žudytis ir rizikos veiksnių šeimoje. *Medicina* 2002;38:387-392.
147. Lester D. Trends in national suicide rates from 1960-1990: Have suicide rates peaked? *Italian J Suicidol* 1996;6:71-72.
148. Lester D. Why people kill themselves: a summary of research findings on suicidal behaviour. Springfield: Thomas, 1972.
149. Levendovsky AA, Huth-Bocks A, Smel MA. Adolescent peer relationships and mental health functioning in families with domestic violence. *J Clin Child Psychol* 2002;31:206-218.
150. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:60-68.
151. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:297-305.
152. Lietuvos Sveikatos programa. Valstybės žinios 1998, Nr.64-1842.

153. Lietuvos vaikai. Statistikos rinkinys. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, 2001.
154. Linehan MM. Suicide and attempted suicide: Study of perceived sex differences. *Percept Mot Skills* 1973;37:31–34.
155. Madge N. Youth suicide in an international context. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999;8:283–291.
156. Mäkinen IH. Eastern European transition and suicide mortality. *Soc Sci Med* 2000;51:1405–1420.
157. Malone KM, Corbitt EM, Li S, Mann JJ. Prolactin response to fenfluramine and suicide attempt lethality in major depression. *Br J Psychiatry* 1996;168:324–329.
158. Mann JJ, Stanley M, McBride PA, McEwen BS. Increased serotonin 2 and beta-adrenergic receptor binding in the frontal cortices of suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:954–959.
159. Marris J. *Psychology and Teaching*. New York, Random House, 1980.
160. Martin G, Clarke M, Pearce C. Adolescent suicide: music preference as an indicator of vulnerability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;3:530–535.
161. Martin G, Koo L. Celebrity suicide: did the death of Kurt Cobain influence young suicides in Australia? *Arch Suicide Res* 1997;3:187–198.
162. Martin G, Rozanes P, Pearce C, Allison S. Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:336–344.
163. Martin G, Waite S. Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:246–254.
164. Martin G. Reported family dynamics, sexual abuse, and suicidal behaviors in community adolescents. *Arch Suicide Res* 1996;2:183–195.
165. Marttunen M, Aro H, Henriksson M, et al. Mental disorder in adolescent suicide: DSM-III-R axes I and II among 13 to 19 year olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:834–839.
166. Marttunen M, Aro H, Lonnqvist J. Adolescent suicide: endpoint of long-term difficulties. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:649–654.
167. Marttunen M, Aro H, Henriksson M, Longvist J. Antisocial behaviour in adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:167–173.
168. Marttunen M, Henriksson M, Aro H, et al. Suicide among female adolescents: characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1297–1307.

169. Marušič A. Suicide in Slovenia: lessons for cross-cultural psychiatry. *Int Rev Psychiatry* 1999;11:212-218.
170. McCall P. Adolescent and elderly white male suicide trends: evidence of changing well-being? *J Gerontol* 1991;46:43-51.
171. McClure GMG. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970–1998. *Br J Psychiatry* 2001;178:469–474.
172. McGee R, Feehan M, Williams S, et al. DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:50-59.
173. Meltzer HY, Perline R, Tricou BJ, Lowy M, Robertson A. Effect of 5-hydroxytryptophan on serum cortisol levels in major affective disorders: II relation to suicide, psychosis and depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:379.
174. Mercy JA, Krug EG, Dahlberg LL, Zwi AB. The word report on violence and health. *Lancet* 2002;360:1083-1088.
175. Miles P. Conditions predisposing to suicide: a review. *J Nerv Ment Dis* 1977;164:499–506.
176. Minois G. *History of Suicide, Voluntary Death, in Western Culture*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1999.
177. Moens GFG, Haenen W, Van de Voorde H. Epidemiological aspects of suicide among the young in selected European countries. *J Epidemiol Comm Health* 1988;41:279–285.
178. Morano CD, Cisler RA, Lemerond J. Risk factors for adolescent suicidal behaviour: loss, insufficient family support, and hopelessness. *Developmental Psychology* 1993;28:851–865.
179. Moscicki E. Gender differences in attempted and completed suicides. *Ann Epidemiol* 1994;4:152–158.
180. Moscicki E. Identification of Suicide Risk Factors Using Epidemiologic Studies. *Psychiatric Clinics of North America* 2001;20:499-517.
181. Murphy GE. Why women are less likely than men to commit suicide. *Comp Psychiatry* 1998;39:165–175.
182. National Injury Surveillance Unit. Youth suicide and self-injury Australia. <http://www.nisu.flinders.edu.au/pubs/bulletin15/bulletin15sup.html>, 1997.
183. O’Carroll PW, Mercy JA, Steward JA. Suicide contagion and the reporting of suicide: recommendations from a national workshop. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1988;43:9–18 (No. RR-6).
184. Pallis DJ, Jenkins JS. Extraversion, neuroticism, and intent in attempted suicides. *Psychological Reports* 1977;41:19–22.

185. Paluszny M, Davenport C, Kim WJ. Suicide attempts and ideation: adolescents evaluated on a pediatric ward. *Adolescence* 1991;26:209–215.
186. Patton GC, Harris R, Carlin JB et al. Adolescent suicidal behaviours: a population-based study of risk. *Psychol Med* 1997;27:715-724.
187. Pearce CM, Martin G. Locus of control as an indicator of risk for suicidal behaviour among adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:409–414.
188. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: Epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Pediatr Drugs* 2003;5:243-265.
189. Pelkonen M, Marttunen M, Pulkkinen E, et al. Excess mortality among former adolescent male outpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:60-66.
190. Petrauskienė J, Kalėdienė R. Savižudybių būdai Lietuvoje ir jų ryšys su demografiniais veiksniais. *Medicina* 2004;40:905-911.
191. Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, Anthony JC. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25:193–199.
192. Pfeffer CR, Newcorn J, Kaplan G, Mizruchi MS, Plutchik R. Suicidal behaviour in adolescent suicidal inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:357–361.
193. Pfeffer CR, Normandin L, Kakuma T. Suicidal children grow up: suicidal behaviour and psychiatric disorders among relatives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1087–1097.
194. Pilkauskaitė R. Psichologinės paauglių problemos ir konsultavimas. Vaikų psichologinis konsultavimas, Valstybinis psichikos sveikatos centras. Vilnius, 1999:31-48.
195. Pirkola SP, Marttunen MJ, Henriksson MM, et al. Alcohol-related problems among adolescent suicides in Finland. *Alcohol* 1999;34:320-329.
196. Plutchik R. Outward and inward directed aggressiveness: the interaction between violence and suicidality. *Pharmacopsychiatry* 1995;28:47–57.
197. Pritchard C. Is there a link between suicide in young men and unemployment? A comparison of the UK with other European Community Countries. *Br J Psychiatry* 1992;160:750–756.
198. Pritchard C. Suicide in the People's Republic of China categorized by age and gender: evidence of the influence of culture on suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:362-367.
199. Prosser J., McArdle P. The changing mental health of children and adolescents: evidence of deterioration? *Psychol Med* 1996;26:715-726.

200. Psichologijos žodynas (Dictionary of Psychology). Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidykla; 1993:9.
201. Ramanauskienė T, Matulionienė V, Martinkienė V. Paauglių depresiškumas ir savižudybės pavojus (lyginamoji analizė Klaipėdos, Kauno ir Šiaulių miestuose). *Medicina* 2002;38:393-397.
202. Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* 2001;96(Suppl.1):S59-75.
203. Reinholt NP. The Norwegian Plan for Suicide Prevention. In: 9th European symposium on suicide and suicidal behaviour: from science to practice, Warwick, England, 2002.
204. Remafedi G, Farrow JA, Deisher RW. Risk factors for attempted suicide in gay and lesbian youth. *Pediatrics* 1991;87:869–975.
205. Remafedi G, French S, Story M, Resnick MD, Blum R. The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population based study. *Am J Public Health* 1998;88:57–60.
206. Ribakovienė V. Bandžiusių žudyti paauglių internalūs ir eksternalūs sunkumai. *Medicina* 2002;38:398-404.
207. Ribakovienė V, Pūras D. Delinkvenčių paauglių mėginimai nusižudyti. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija* 2001;3:69-72.
208. Ribakovienė V, Pūras D. Socialinių veiksnių ryšys su savižudišku paauglių mergaičių elgesiu. *Medicina* 2002;38:379-386.
209. Ribakovienė V, Pūras D. Vaikų ir paauglių amžiaus depresijos ypatumai (Peculiarities of Depressions in Children and Adolescents.) Afektiniai sutrikimai: Tarptautinis simpoziumas. Vilnius 1998:64-72.
210. Ribakovienė V. Vaikų ir paauglių psichikos sveikata: savižudiško elgesio ir depresijų teorinė samprata bei klinikos ypatumai. Vilnius. 2006:15-16.
211. Ribakovienė V, Vaitekonienė V. Bandžiusių žudyti vaikų ir paauglių, gydytų psichiatrijos stacionare, psichosocialiniai ir klinikiniai ypatumai. (Psychosocial and clinical peculiarities of children and adolescent suicide attempters, hospitalized in psychiatric unit). *Medicina* 2000;36:26-31.
212. Rich CL, Fowler RC, Fogarty LA, Young D. San Diego Suicide Study III. Relationships between diagnoses and stressors. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:589–592.
213. Rich CL, Fowler RC, Young D, Blenkush M. San Diego Suicide Study: comparison of gay to straight males. *Suicide Life Threat Behav* 1986;16:448–457.
214. Riggs S, Alario AJ, McHorney C. Health risk behaviours and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. *J Pediatrics* 1990;116:815–821.

215. Roy A, Rylander G, Sarchiapone M. Genetic studies of suicidal behaviour. *Psychiatric Clinics of North America* 1997;20:595–611.
216. Roy A, Segal NL, Centerwall BS, Robinette CD. Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:29–32.
217. Rubenstein JL, Heeren T, Housman D, Rubin C, Stechkler G. Suicidal behaviour in ‘normal’ adolescents: risk and protective factors. *Am J Orthopsychiatry* 1989;59:59–71.
218. Rutter M. Resilience in the face of adversity; Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 1985;147:598-611.
219. Rutter M. Resilience: Some conceptual considerations. *J Adolesc Health* 1993;14:626-631.
220. Schapira K, Linsley KR, Linsley JA, Kelly TP, Kay DWK. Relationship of suicide rates to social factors and availability of lethal methods. *Br J Psychiatry* 2001;178:458-464.
221. Schmidtke A. Perspective: Suicide in Europe. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27:127–136.
222. Shaffer D, Fisher P, Hicks RH, Parides M, Gould M. Sexual orientation in adolescents who commit suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1995;25:64–71.
223. Shaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1981;20:545-565.
224. Shaffer D, Gould MS, Fisher P et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:339–348.
225. Shaffer D, Hicks R. The epidemiology of child and adolescent suicide. In: Pless B, editors. *The epidemiology of childhood disorders*. New York: Oxford University Press; 1993:339-368.
226. Shaffer D. Suicide in childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 1974;15:75-91.
227. Shaffer D. The epidemiology of teen suicide: an examination of risk factors. *J Clin Psychiatry* 1988;49:36-41.
228. Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1985;142:1061–1064.
229. Shafii M, Steltz-Lenarsky J, Derrick AM, Beckner C, Whittinghill R. Comorbidity of mental disorders in the post- mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *J Affect Disord* 1988;14:227–233.
230. Shaunesey K, Cohen J, Plummer B, Berman A. Suicidality in hospitalised adolescents: relationship to prior abuse. *Am J Orthopsychiatry* 1993;63:113–119.

231. Shenassa ED, Catlin SN, Buka SL. Lethality of firearms relative to other suicide methods: a population based study. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:120-124.
232. Shneidman, E. Definition of suicide. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1994.
233. Silverman AB, Reinherz H, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Negl* 1996;20:709–723.
234. Slap GB, Vorters DF, Chaudhuri S, Centor RM. Risk factors for attempted suicide during adolescence. *Pediatrics* 1989;84:762–772.
235. Smith K, Crawford S. Suicidal behaviour among ‘normal’ high school students. *Suicide Life Threat Behav* 1986;16:313–325.
236. Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S. Imitative suicide on the Viennese subway. *Soc Sci Med* 1994;38:453–457.
237. Spirito A, Bond A, Kurkjian J, Devost L, Bosworth T, Brown LJ. Gender differences among adolescent suicide attempters. *Crisis* 1993;14:178–184.
238. Spirito A, Brown L, Overholser J, Fritz G. Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. *Clin Psychol Rev* 1989;9:335–363.
239. Spirito A, Overholser J, Hart K. Cognitive characteristics of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:604–608.
240. Stanley M, Stanley B. Biochemical studies in suicide victims: current findings and future implications. *Suicide Life Threat Behav* 1989;19:30–42.
241. Stein DJ, Hollander GE, Liebowitz MR. Neurobiology of impulsivity and the impulse control disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1993;5:9–16.
242. Stengel, E. Suicide and attempted suicide. London, Penguin Books, 1967.
243. Strickland BR. Internal–external expectancies and health- related behaviours. *J Consult Clin Psychol* 1978;46:1192–1211.
244. Šopauskas J. Ligtumas Lietuvoje mirties priežasčių ir apkrečiamų ligų registracijos duomenimis. Kaunas; 1939.
245. Taylor EA, Stansfeld SA. Children who poison themselves. I. A clinical comparison with psychiatric controls. *Br J Psychiatry* 1984;145:127–135.
246. Tennant C. Parental loss in childhood. Its effect in adult life. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1045–1050.
247. Tondo L. Prima del tempo. Capire e prevenire il suicidio. Rome, Italy: Carocci; 2000.
248. Tousignant M, Bastien MF, Hamel S. Suicide attempts and ideations among adolescents and young adults: the contribution of the father’s and mother’s care and of parental separation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993;28:256–261.

249. Triolo SJ, McKenry PC, Tishler CL, Blyth DA. Social and psychological discriminants of adolescent suicide: age and sex difference. *J Early Adolesc* 1984;4:239–251.
250. Tulloch AL, Blizzard L, Hornsby H, Pinkus Z. Suicide and self-harm in Tasmanian children and adolescents. *Med J Aust* 1994;160:775–786.
251. Valickas G. Psichologinės asocialaus elgesio ištakos. (Psychological sources of asocial behavior). Vilnius, 1997:7-52.
252. Varnik A, Wasserman D, Dankowicz M, Eklund G. Age-specific suicide rates in the Slavic and Baltic regions of the former USSR during perestroika, in comparison with 22 European countries. *Acta Psychiatr Scand* 1998;(Suppl 394):20–25.
253. Varnik A, Wasserman D. Suicides in the former Soviet republics. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:76-78.
254. Varnik A. Suicide in Estonia. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:229-232.
255. Velez CN, Cohen P. Suicidal behaviour and ideation in a community sample of children; maternal and youth reports. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:349–356.
256. Velting DM, Gould MS. Suicide contagion. In: Maris R, Canetto S, Silverman M, eds. *Review of suicidology*. New York: Guilford Press, 1997.
257. Wagner BM, Cole RE, Schwartzman P. Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide Life Threat Behav* 1995;25:358–372.
258. Wagner BM. Family risk factors for child and adolescent suicidal behaviour. *Psychol Bull* 1997;121:246–298.
259. Wasserman D, Värnik A. Increase in suicide among men in the Baltic countries. *Lancet* 1994;343:1504–1505.
260. Wasserman IM. Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect. *Am Soc Rev* 1984;49:427–436.
261. Werner EE. High risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *Am J Orthopsychiatry* 1989;59:72-81.
262. WHO Statistical Information System. WHO, 2004 [online]. Available from URL: <http://www.who.int/whosis> [Accessed 2007 Mar 8].
263. Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide, York, 22–26 September 1986 [summary report]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (document ICP/PSF 017(S)).
264. Zair K. A suicidal family. *Br J Psychiatry* 1981;139:68–69.

265. Žemaitienė N. Suicidinių polinkių turinčių Lietuvos paauglių psichosocialiniai ypatumai ir jų pokyčiai 1994–1998 metais (disertacija). (Psychosocial peculiarities of Lithuanian teenagers having suicidal tendencies and their changes. Dissertation.) Kaunas; Kauno Medicinos Universitetas; 2000.
266. Žemaitienė N, Zaborskis A. Moksleivių įvardijamos savižudiškų polinkių priežastys. *Psichologija* 2004;29:115-129.
267. Žukauskienė R. Fizinė, verbalinė ir netiesioginė agresija: skirtumai tarp lyčių. (Psychical, Verbal and indirect aggression: Gender Differences.) *Psichologija* 1999;36:98-107.
268. Welsh GS, Dahlstrom WG, Dalhstrom LE. An MMPI Handbook, Vol. I: Clinical Interpretation. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1972
269. Welsh GS, Dahlstrom WG, Dalhstrom LE. An MMPI Handbook, Vol. II: Research Applications. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1975
270. Williams JB. A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:742-747.
271. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital and Anxiety Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370.

9. PRIEDAI

ANKETA

Vykdomė mokslinį tyrimą. Maloniai prašome prisidėti ir atsakyti į pateiktus anketos klausimus.

Perskaitykite galimus atsakymus, iš jų išsirinkite vieną ar kelis ir apibraukite. Kur reikia, paliktoje vietoje parašykite papildymus ar paaiškinimus.

Anketos numeris:

Data:.....

Amžius: Gyv. vieta: miestas ☐ , rajonas (kaimas) ☐

Išsilavinimas, užimtumas:

.....

1. Šeimos sudėtis:

A. Motina

D. Pamotė

B. Tėvas

E. Globėjai

C. Patėvis

F. Gyvena internate, vaikų namuose

2. Vaikų skaičius šeimoje:

3. Kelintas vaikas šeimoje?

4. Tėvų (įtėvių, globėjų) išsilavinimas:

Motina:

Tėvas:

A. Nebaigtas vidurinis

A. Nebaigtas vidurinis

B. Vidurinis

B. Vidurinis

C. Aukštesnysis

C. Aukštesnysis

D. Aukštasis

D. Aukštasis

5. Tėvų (įtėvių, globėjų) darbo vieta:

Motina:

Tėvas:

A. Turi savo įmonę

A. Turi savo įmonę

B. Dirba samdomą darbą

B. Dirba samdomą darbą

C. Bedarbis

C. Bedarbis

6. Tėvų (įtėvių, globėjų) užimamos pareigos:

Motina:

Tėvas:

A. Vadovaujančios

A. Vadovaujančios

B. Nevadovaujančios

B. Nevadovaujančios

7. Šeimos materialinė padėtis: (pajamos vienam nariui per 1 mėn.)

.....

8. Problemos šeimoje dėl alkoholio, narkotinių medžiagų vartojimo, piktnaudžiavimo:

A. Nėra

B. Yra, dėl vaiko (problema, laikotarpis)

.....

C. Yra, dėl kitų šeimos narių (problema, laikotarpis)

.....

9. Psichikos sutrikimai (ligos) šeimoje:
 A. Nėra
 B. Yra (kam, kokie)

10. Suicidiniai bandymai šeimoje:
 A. Nebuvo
 B. Buvo (kas, koku būdu, išeitys)

11. Kaip jautiesi šeimoje?
 A. Labai gerai
 B. Gerai
 C. Patenkinamai
 D. Blogai
12. Ar turi savo kambarį?
 A. Taip
 B. Ne
13. Ar dažnai šeimoje iškyla problemų, konfliktų?
 A. Labai retai (kartą, kelis per metus)
 B. Kartais (kartą, kelis per mėnesį)
 C. Dažnai (kartą, kelis per savaitę)
 D. Labai dažnai (kartą, kelis per dieną)
14. Ar tėvai naudoja fizinės bausmės?
 A. Nenaudoja
 B. Naudoja labai retai (kartą, kelis per metus)
 C. Naudoja kartais (kartą, kelis per mėnesį)
 D. Naudoja dažnai (kartą, kelis per savaitę)
 E. Naudoja labai dažnai (kartą, kelis per dieną)
15. Kokie pastarųjų 1 metų tavo mokymosi rezultatai (vidurkis)?
 A. iki 6 balų
 B. 7-8 balai
 C. 9-10 balų
16. Kaip jautiesi tarp bendraamžių?
 A. Labai gerai
 B. Gerai
 C. Patenkinamai
 D. Blogai
17. Kiek laiko bendrauji su draugais ne mokykloje?
 A. 1 val ir daugiau kasdieną
 B. Kelias valandas per savaitę
 C. Rečiau
 Ką veikiate kartu? (įrašyti)

18. Kiek laiko būni vienas?
 A. 1 val ir daugiau kasdieną
 B. Kelias valandas per savaitę
 C. Rečiau
 Ką tuomet veiki? (įrašyti)

19. Ar galima rodyti kitiems savo jausmus?

- A. Galima tik labai artimiems žmonėms
- B. Galima visiems
- C. Negalima
- D. Kita (įrašyti)

.....

20. Kaip sprendi iškilusias problemas?

- A. Tariausi su tėvais
- B. Tariausi su draugais
- C. Tariausi su kitais šeimos nariais
- D. Sprendžiu vienas
- E. Nesprendžiu

21. Ar savižudybė yra problemų sprendimo būdas?

- A. Taip
- B. Ne

Kita (įrašyti)

22. Ar anksčiau buvo minčių apie savižudybę?

- A. Ne
- B. Taip, kelis kartus per metus
- C. Taip, kelis kartus per mėnesį
- D. Taip, kelis kartus per savaitę
- E. Taip, kasdien
- F. Taip, yra ir dabar

DEMOGRAFINĖ INFORMACIJA IR PAPILDOMI KLINIKINIAI DUOMENYS

Surinkta informacija bus apibendrinta, neminint vardų, pavardžių, gyvenamosios vietos, mokyklos ir kt., siekiant užtikrinti, kad nebūtų padaryta jokios žalos tyrime dalyvaujančiam vaikui.

Formą pildo tyrėjas ar gydytojas, supažindintas su tyrimo eiga.

Tyrimo numeris:Data:

.....

Skyrius: Ligos istorijos Nr:

.....

Tiriamąjo inicialai:

.....

Gimimo data:, amžius:

.....

Gyv. vieta: miestas ☐ , rajonas (kaimas) ☐

Išsilavinimas, užimtumas:

.....

Diagnozė:

.....

11. Šeimos sudėtis:

A. Motina

B. Tėvas

C. Patėvis

D. Pamotė

E. Globėjai

F. Gyvena internate, vaikų namuose

12. Vaikų skaičius šeimoje:

13. Kelintas vaikas šeimoje?

14. Tėvų (įtėvių, globėjų) išsilavinimas:

Motina:

A. Nebaigtas vidurinis

B. Vidurinis

C. Aukštesnysis

D. Aukštasis

Tėvas:

A. Nebaigtas vidurinis

B. Vidurinis

C. Aukštesnysis

D. Aukštasis

15. Tėvų (įtėvių, globėjų) darbo vieta:

Motina:

A. Turi savo įmonę

B. Dirba samdomą darbą

C. Bedarbė

Tėvas:

A. Turi savo įmonę

B. Dirba samdomą darbą

C. Bedarbis

16. Tėvų (įtėvių, globėjų) užimamos pareigos:

Motina:

A. Vadovaujančios

B. Nevadovaujančios

Tėvas:

A. Vadovaujančios

B. Nevadovaujančios

17. Šeimos materialinė padėtis: (pajamos vienam nariui per 1 mėn.)

18. Problemos šeimoje dėl alkoholio, narkotinių medžiagų vartojimo, piktnaudžiavimo:
 A. Nėra
 B. Yra, dėl vaiko (problema, laikotarpis)

 C. Yra, dėl kitų šeimos narių (problema, laikotarpis)

19. Psichikos sutrikimai (ligos) šeimoje:
 A. Nėra
 B. Yra (kam, kokie)

20. Suicidiniai bandymai šeimoje:
 A. Nebuvo
 B. Buvo (kas, koku būdu, išeitys)

21. Kelintas tiriamojo suicidinis bandymas?
22. Tiriamojo suicido būdas:
 A. Medikamentinė intoksikacija C. Korimasis
 B. Savęs žalojimas D. Kita.....
23. Tiriamojo suicido aplinka:
 A. Tėvų namai C. Kita
 B. Draugų namai
24. Tiriamajam pagalbą inicijavo:
 A. Šeimos nariai C. Kiti.....
 B. Draugai
25. Tiriamajam pirmoji pagalba suteikta per val.
26. Lankėsi pas psichiatrus anksčiau:
 A. Ne
 B. Taip (kiek laiko)

ANKETA PAAUGLIUI

Norėdami jus geriau iširti, kuo daugiau sužinoti apie jūsų ligą ir ją sukėlusias priežastis, vykdome mokslinį tyrimą. Maloniai prašome prisidėti ir atsakyti į pateiktus anketos klausimus.

Perskaitykite galimus atsakymus, iš jų išsirinkite vieną ar kelis ir apibraukite. Kur reikia, paliktoje vietoje parašykite papildymus ar paaiškinimus.

Vardas, pavardė (inicialai):

Tyrimo numeris:.....

1. Kaip jautiesi šeimoje?

C. Labai gerai

C. Patenkinamai

D. Gerai

D. Blogai

2. Ar turi savo kambarį?

A. Taip

B. Ne

3. Ar dažnai šeimoje iškyla problemų, konfliktų?

A. Labai retai (kartą, kelis per metus)

B. Kartais (kartą, kelis per mėnesį)

C. Dažnai (kartą, kelis per savaitę)

D. Labai dažnai (kartą, kelis per dieną)

4. Ar tėvai naudoja fizines bausmes?

A. Nenaudoja

B. Naudoja labai retai (kartą, kelis per metus)

C. Naudoja kartais (kartą, kelis per mėnesį)

D. Naudoja dažnai (kartą, kelis per savaitę)

E. Naudoja labai dažnai (kartą, kelis per dieną)

5. Kokie pastarųjų 1 metų tavo mokymosi rezultatai (vidurkis)?

A. iki 6 balų

B. 7-8 balai

C. 9-10 balų

6. Kaip jautiesi tarp bendraamžių?

A. Labai gerai

C. Patenkinamai

B. Gerai

D. Blogai

7. Kiek laiko bendrauji su draugais ne mokykloje?

A. 1 val ir daugiau kasdieną

B. Kelias valandas per savaitę

C. Rečiau

Ką veikiate kartu? (įrašyti)

.....

8. Kiek laiko būni vienas?

A. 1 val ir daugiau kasdieną

B. Kelias valandas per savaitę

C. Rečiau

Ką tuo metu veiki? (įrašyti)

.....

9. Ar galima rodyti kitiems savo jausmus?
- Galima tik labai artimiems žmonėms
 - Galima visiems
 - Negalima
 - Kita (įrašyti)
10. Kaip sprendi iškilusias problemas?
- Tariuosi su tėvais
 - Tariuosi su draugais
 - Tariuosi su kitais šeimos nariais
 - Sprendžiu vienas
 - Nesprendžiu
11. Ar savižudybė yra problemų sprendimo būdas?
- Taip
 - Ne
 - Kita (įrašyti)
12. Ar anksčiau buvo minčių apie savižudybę?
- Ne
 - Taip, kelis kartus per metus
 - Taip, kelis kartus per mėnesį
 - Taip, kelis kartus per savaitę
 - Taip, kasdien
 - Taip, yra ir dabar
13. Ar buvo mėginimų žudyti anksčiau?
- Taip (nurodyti kiek) B. Ne
14. Ar mėginimas žudyti buvo planuotas?
- Ne (įvyko spontaniškai) B. Taip (kiek laiko)
15. Ar prieš mėginimą žudyti buvo kokia nesėkmė, problema, paskatinusi taip elgtis?
- Taip (nurodyti koks): B. Ne
 - Konfliktai šeimoje
 - Konfliktai su draugais
 - Konfliktai su teisėsauga
 - Konfliktai su mokytojais
 - Nesėkmė moksle
 - Konfliktai su mylimu žmogumi
 - Artimo žmogaus netektis
 - Kita (įrašyti)
16. Ar rašei atsisveikinimo laiškus?
- Ne B. Taip (nurodyti kam)

17. Ar mėginai perspėti aplinkinius apie planus nusižudyti?

A. Taip:

B. Ne

1. Sakiau tiesiogiai

2. Leidau suprasti

3. Kita (įrašyti)

.....

18. Ar mėgintum žudyti dar kartą?

A. Taip

B. Ne

C. Kita (įrašyti)

.....

19. Ar mėginimas žudyti padėjo išspręsti problemas?

A. Ne

C. Taip, iš dalies

B. Taip, visiškai

D. Kita

(įrašyti).....

20. Ar esi patenkintas tau suteikta medicinine pagalba?

A. Taip, visiškai

C. Ne

B. Taip, iš dalies

D. Kita (įrašyti)

.....

21. Ar galvoji, kad ateityje tau bus reikalinga psichiatrų (psichologų) pagalba?

A. Taip

B. Ne

C. Kita (įrašyti)

.....



KAUNO REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS
KMUK Eivenių 2, Centrinis korpusas 71 kab., 50009 Kaunas, tel. +370 37 326901, faks. +370 37 326901, e-mail: cmeinfo@kmu.lt

LEIDIMAS ATLIKTI BIOMEDICININĮ TYRIMĄ

2005-12-30 Nr. BE-2-79

Biomedicininio tyrimo pavadinimas: "Paauglių suicidinio elgesio skirtumai tarp lyčių: sąsajos su psichosocialiniais veiksniais, depresija ir asmenybiniais ypatumais".	
Pagrindinis tyrėjas:	Doc. Benjaminas Burba
Biomedicininio tyrimo vieta:	KMUK Psichiatrijos klinika
Įstaigos pavadinimas:	KMUK Vaikų ligų klinika
Adresas:	Eivenių 2, LT-50009 Kaunas

Išvada:

Kauno regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto posėdžio, įvykusio **2005m. gruodžio 29 d.** (protokolo Nr. 177/2005) 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	anestezilogija	taip
2.	Doc. Romaldas Mačiulaitis	klinikinė farmakologija	taip
3.	Prof. Nijolė Dalia Bakšienė	pediatrija	taip
4.	Prof. Algis Mickis	farmakologija	ne
5.	Doc. Tarvilas Norkus	chirurgija	taip
6.	Daiva Zagurskienė	slauga	ne
7.	Laima Vasiliauskaitė	psichoterapija	taip
8.	Doc. Marija Urbonienė	žemės ūkis	taip
9.	Eglė Vaižgėlienė	vadyba	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



**KAUNO MIESTO SAVIVALDYBĖS ADMINISTRACIJOS
KULTŪROS IR ŠVIETIMO DEPARTAMENTO
ŠVIETIMO IR UGDYMO SKYRIUS**

Kodas 188764867, M. Dobužinskio g. 6, 44239 Kaunas, tel. (8-37) 42 45 48, faks. (8-37) 42 32 43, el. p. svietimas@kaunas.sav.lt,
<http://www.kaunas.lt>, biudžeto lėšų sąsk. LT084010042500030126 AB bankas „NORD/LB Lietuva“ Kauno skyrius

Klinikos vadovui doc. B. Burbai

2006-01-23

Nr. 31-2-26

KMUK Psichiatrijos klinika

I

Nr.

DĖL MOKSLEIVIŲ APKLAUSOS VYKDYMO

Neprieštaraujame Jūsų prašymui vykdyti Kauno „Saulės“, „Aušros“ gimnazijose bei „Žiburio“, Petro Vileišio ir Vinco Kudirkos vidurinėse mokyklose moksleivių apklausą tema „Paauglių suicidinio elgesio skirtumai tarp lyčių: sąsajos su psichosocialiniais veiksniais, depresija ir asmenybiniais ypatumais“, laikantis tyrimo etikos reikalavimų ir išipareigojimo supažindinti Švietimo ir ugdymo skyrių su gautais rezultatais.

Skyriaus vedėjas

Antanas Bagdonas

D. Vyšniauskienė, 42 27 81