

Ryšys tarp paauglių mergaičių bandymų žudytis ir rizikos veiksnių šeimoje

Darius Leskauskas

Kauno medicinos universiteto Psichodinaminės psichoterapijos sektorius prie Psichiatrijos klinikos

Raktažodžiai: paauglių bandymai žudytis, rizikos veiksniai šeimoje, klinikinė depresija.

Santrauka. Tuos pačius veiksnius šeimoje vieni autoriai mini kaip nepilnamečių savižudiškos elgsenos rizikos veiksnys, kiti – kaip depresijos. Šio darbo tikslas išsiaiškinti – ar nepilna šeima, tėvų piktnaudžiavimas alkoholiniais gėrimais, psichikos ligomis sergantys šeimos nariai, savižudiškos elgsenos šeimos narys ir patirta prievarta arba smurtas turi ryšį su paauglių mergaičių bandymais žudytis, arba yra susiję su jais tiek, kiek tai skatina depresiją. Tyrimo duomenimis, kliniškai ryškus depresijos sindromas buvo būdingas 57,4 proc. bandžiusių žudytis ir 9,3 proc. nebandžiusių žudytis paauglių mergaičių. Nepilna šeimos sudėtis, tėvų piktnaudžiavimas alkoholiniais gėrimais, savižudiškos elgsenos šeimos narys, patirta prievarta arba smurtas buvo statistiškai reikšmingai dažnesni tarp depresiškų ir nedepresiškų bandžiusių žudytis paauglių mergaičių negu tarp nebandžiusių žudytis bendraamžių. Apibendrinant tyrimo duomenis, daroma išvada, kad minėtieji veiksniai šeimoje turi ryšį su paauglių mergaičių bandymais žudytis nepriklausomai nuo klinikinės depresijos.

Įvadas

Jaunų žmonių savižudybių skaičius Lietuvoje per pastarąjį dešimtmetį gerokai išaugo ir tapo vienu didžiausiu pasaulyje (1). 10–19 metų grupėje savižudybė yra 2–3 vietoje pagal dažnį mirties priežasčių sąrašė (2). Tarp nepilnamečių svarbi ir kita savižudiškos elgsenos rūšis – bandymai žudytis nesibaigę mirtimi, kurių įvykdoma 50–200 kartų daugiau negu mirtinų savižudybių (3). Įvairių šalių mokslininkų duomenimis, bent kartą gyvenime bando žudytis 2–8 proc. nepilnamečių (4, 5). Šiems nepilnamečiams reikalinga specialistų pagalba, kadangi jie sudaro pakartotinių bandymų žudytis ir mirtinų savižudybių rizikos grupę. Siekiant efektyvios nepilnamečių savižudiškos elgsenos prevencijos, svarbu ištirti tokio jų elgesio rizikos veiksnys. Tai leistų išsiaiškinti nepilnamečius, turinčius didesnę savižudiškos elgsenos riziką (antrinė prevencija), ir efektyviau gydyti jau bandžiusius žudytis vaikus ir paauglius (tretinė arba pakartotinių bandymų žudytis prevencija) (6). Anksčiau atliktų tyrimų duomenys rodo, kad nepilnamečių bandymus žudytis įtakoja rizikos veiksniai šeimoje, taip pat psichikos sutrikimai, dažniausiai depresija (7–9). Tačiau kol kas neaišku, koks yra ryšys tarp šių veiksnių. Tuos pačius veiksnius šeimoje vieni autoriai mini kaip nepilnamečių savižudiškos elgsenos rizikos veiksnius, o kiti – kaip depresijos (3, 5, 8).

Todėl galima daryti prielaidą, kad rizikos veiksniai šeimoje yra susiję su nepilnamečių bandymais žudytis tik tiek, kiek skatina depresiją.

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti, ar tokie rizikos faktoriai šeimoje, kaip nepilna šeimos sudėtis, tėvų skyrybos, tėvų piktnaudžiavimas alkoholiniais gėrimais, psichikos ligomis sergantys šeimos nariai, savižudiškos elgsenos šeimos narys ir patirta prievarta arba smurtas turi ryšį su paauglių mergaičių bandymais žudytis, arba yra susijusi su jais tiek, kiek tai skatina depresiją.

Tyrimo metodas

Darbui pasirinktas priežastinio-lyginamojo tyrimo modelis. Tiriamąją grupę (n=54) sudarė visos be atrankos 14–15 metų amžiaus paauglės mergaitės, kurios 1997–1999 metais gydytos Kauno medicinos universiteto klinikų Vaikų intensyvosios terapijos, vaikų ligų, vaikų nervų ligų ir vaikų chirurgijos skyriuose po bandymų žudytis. Jos buvo atrinktos duomenų analizei iš visų nepilnamečių, kurie buvo tirti minėtuoju laikotarpiu Kauno medicinos universiteto klinikose po bandymų žudytis. Ši grupė pasirinkta, nes nagrinėjant bandymų žudytis dažnumą, būtent šioje grupėje jis yra didesnis negu kitose mergaičių ir berniukų amžiaus grupėse, dėl to svarbu ištirti šio reiškinio priežastis. Lyginamoji grupė (n=54)

sudaryta iš visų be atrankos 14–15 metų amžiaus mergaičių, gydytų Kauno medicinos universiteto klinikų Vaikų ligų ir Vaikų akių ligų skyriuose 2000 metų gegužės–birželio mėnesiais, išskyrus protiškai atsilikusias. Reikšmingo skirtumo tarp mergaičių tiriamojoje ir lyginamojoje grupėse socialinės padėties, vertintos pagal motinos išsimokslinimą ir gyvenamąją vietą nerasta.

Tyrimui atlikti reikėjo gauti žodinį paauglių mergaičių ir žodinį arba raštišką jų tėvų ar globėjų sutikimą. Atsisakiusių dalyvauti tyrime paauglių mergaičių nebuvo. Tyrimui atlikti gautas Kauno medicinos universiteto Nepriklausomos etikos komisijos leidimas (protokolo Nr. 232000).

Duomenys rinkti tiriamąsias apklausiant individualiai, tada, kai jų somatinė būklė patenkinama. Naudotas pusiau standartizuotas klausimynas, sudarytas tyrėjo, kuris rėmėsi TLK-10 leidinio moksliniam darbui kriterijais psichikos ir elgsenos sutrikimams (9). Apklausos metu buvo vertinama tiriamųjų psichikos būklė, nustatoma, ar tiriamosioms būdingas kliniškai ryškus depresijos sindromas bei klinikinė diagnozė. Depresija buvo vertinama atsižvelgiant į tiriamosioms būdingų depresijos simptomų skaičių bei jų trukmę. Kliniškai ryškus depresijos sindromas nustatomas tuo atveju, kai tiriamajai buvo bent dvi savaites trunkantys ne mažiau negu du pagrindiniai ir du papildomi depresijos simptomai (tai atitinka TLK-10 kriterijus depresijos epizodui diagnozuoti). Klausimyno validumas vertintas lyginant pagal šį klausimyną nustatytas diagnozes su kitų Kauno medicinos universiteto klinikose dirbančių vaikų psichiatrų, atlikusių klinikinį bandžiusių žudytis paauglių mergaičių tyrimą, nustatytomis diagnozėmis. Klinikinės depresijos diagnozės sutapo 75 proc. (n=16) atvejų.

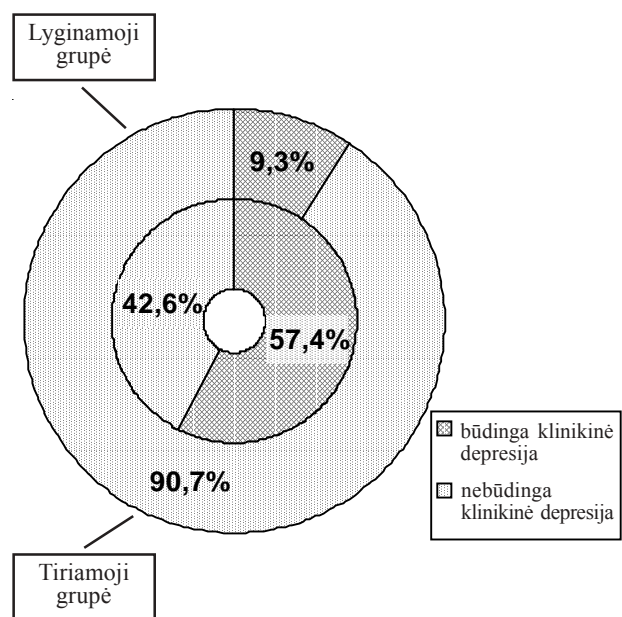
Apklausos metu taip pat buvo užrašyti tiriamųjų demografiniai duomenys, rizikos veiksniai šeimoje, patirta prievarta arba smurtas, o bandžiusių žudytis tiriamųjų – šios elgsenos aplinkybės.

Siekiant nustatyti, ar yra ryšys tarp paauglių mergaičių bandymų žudytis ir rizikos veiksnių šeimoje, buvo palygintas šių veiksnių dažnis tarp nebandžiusių žudytis tiriamųjų ir bandžiusių žudytis 14–15 metų paauglių. Siekiant išsiaiškinti, ar rizikos veiksniai šeimoje yra susiję su paauglių mergaičių savižudiška elgsena, nepriklausomai nuo klinikinės depresijos, buvo palygintas šių veiksnių dažnis tarp depresiškų ir nedepresiškų bandžiusių žudytis tiriamųjų, taip pat tarp bandžiusių žudytis nedepresiškų tiriamųjų ir nebandžiusių žudytis bendraamžių. Kadangi nagrinėjami veiksniai buvo koduoti nominalinio lygio kintamaisiais, statistinei analizei buvo sudarytos kontin-

11 (20,4 proc.) nebandžiusių žudytis 14–15 metų paauglių mergaičių. Penkioms (9,3 proc.) tiriamosioms lyginamosios grupės mergaitėms nustatyta psichikos sutrikimų su depresijos sindromu, 43 (79,6 proc.) psichikos sutrikimų nerasta. Palyginus kliniškai ryškios depresijos dažnį tarp bandžiusių žudytis paauglių mergaičių ir nebandžiusių žudytis bendraamžių, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2=28,16$, $p<0,001$), rodantis, kad depresijos sindromas yra 6,2 karto dažnesnis tarp bandžiusių žudytis mergaičių. Klinikinio depresijos sindromo dažnis tarp bandžiusių žudytis ir nebandžiusių žudytis paauglių mergaičių pateikiamas paveiksle.

I lentelėje pateiktas tirtų rizikos veiksnių šeimoje dažnis, nustatytas nebandžiusiems žudytis tiriamosioms (lyginamoji grupė), visoms bandžiusiems žudytis tiriamosioms (tiriamoji grupė), taip pat bandžiusiems žudytis tiriamosioms, kurioms buvo nustatytas kliniškai ryškus depresijos sindromas (depresiškoms bandžiusiems žudytis tiriamosioms) ir bandžiusiems žudytis tiriamosioms, kurioms klinikinė depresija nebuvo nustatyta (nedepresiškoms bandžiusiems žudytis tiriamosioms).

I lentelėje pateiktais duomenimis, dauguma tirtų rizikos veiksnių šeimoje: nepilna šeima, tėvai, piktnaudžiaujantys alkoholiniais gėrimais, savižudiškos elgsenos šeimos narys ir šeimoje patirta prievarta arba smurtas – tarp bandžiusių žudytis depresiškų ir ne-



Pav. Bandžiusių žudytis ir nebandžiusių žudytis paauglių mergaičių dalis, kuriai buvo nustatytas kliniškai ryškus depresijos sindromas

1 lentelė. Rizikos veiksnių šeimoje dažnis

Tiriamasis rizikos veiksnys šeimoje	Lyginamoji grupė (n=54)	Tiriamoji grupė (n=54)	Depresiškos BŽ* paauglės (n=31)	Nedepresiškos BŽ* paauglės (n=23)
Nepilna šeima	17 (31,5%)	36 (66,7%)	18 (58,1%)	18 (78,3%)
Psichikos ligomis sergantys šeimos nariai	16 (29,6%)	14 (26,4%)	9 (30,0%)	5 (21,7%)
Tėvai, piktnaudžiaujantys alkoholiniais gėrimais	14 (25,9%)	24 (45,3%)	14 (46,7%)	10 (43,5%)
Savižudiškos elgsenos šeimos narys	5 (9,3%)	20 (37,7%)	11 (36,7%)	9 (39,1%)
Šeimoje patirta prievarta arba smurtas	6 (11,1%)	26 (49,1%)	17 (54,8%)	9 (40,9%)

*BŽ – bandžiusios žudytis paauglės.

gento lentelės ir apskaičiuotas χ_c skirtumas. Ryšys yra statistiškai reikšmingas, jei $p \leq 0,05$.

Rezultatai

Tarp bandžiusių žudytis 14–15 metų paauglių mergaičių psichikos sutrikimų nustatyta 40 (74,1 proc.) tiriamųjų, 12 (22,2 proc.) psichikos sutrikimų nerasta, 2 (3,7 proc.) diagnozė buvo neaiški. 31 (57,4 proc.) bandžiusiai žudytis paauglei mergeitei buvo nustatyta psichikos sutrikimų su depresijos sindromu. Lyginamojoje grupėje psichikos sutrikimų nustatyta

depresišku mergaičių pasitaikė dažniau negu tarp nebandžiusių žudytis mergaičių. Išimtį sudarė psichikos liga sergančių šeimos narių dažnis, kuris reikšmingai nesiskyrė tarp bandžiusių žudytis ir nebandžiusių žudytis tiriamųjų (atitinkamai – 26,4 ir 29,6 proc.). Psichikos liga sergančių šeimos narių dažnių skirtumas tarp depresišku ir nedepresišku bandžiusių žudytis tiriamųjų kaip ir tarp nedepresišku bandžiusių žudytis ir nebandžiusių žudytis tiriamųjų nebuvo reikšmingas.

2 lentelėje pateikiamas ryšio tarp paauglių mer-

2 lentelė. Ryšys tarp paauglių mergaičių bandymų žudytis ir rizikos veiksnių šeimoje

Tiriamasis rizikos veiksnys šeimoje	χ_c tarp BŽ* ir NŽ**	χ_c tarp D BŽ*** ir ND BŽ****	χ_c tarp ND BŽ ir NŽ
Nepilna šeima	$\chi_c=13,3$ $p<0,01$	$\chi_c=2,4$ $p>0,1$	$\chi_c=14,2$ $p<0,01$
Psichikos liga sergantys šeimos nariai	$\chi_c=0,13$ $p>0,7$	$\chi_c=0,4$ $p>0,4$	$\chi_c=0,5$ $p>0,1$
Tėvai, piktnaudžiaujantys alkoholiniais gėrimais	$\chi_c=4,3$ $p<0,05$	$\chi_c=0,5$ $p>0,8$	$\chi_c=2,3$ $p<0,1$
Savižudiškos elgsenos šeimos narys	$\chi_c=12,1$ $p<0,01$	$\chi_c=0,03$ $p>0,8$	$\chi_c=9,6$ $p<0,01$
Šeimoje patirta prievarta arba smurtas	$\chi_c=18,3$ $p<0,01$	$\chi_c=1,0$ $p>0,4$	$\chi_c=6,2$ $p<0,05$

*BŽ – bandžiusios žudytis tiriamosios, **NŽ – nebandžiusios žudytis tiriamosios,

***D BŽ – depresiškos bandžiusios žudytis tiriamosios,

****ND BŽ – nedepresiškos bandžiusios žudytis tiriamosios.

gaičių bandymų žudyti ir rizikos veiksnių šeimoje skaičiavimų įvertinimas. Taigi nepilna šeima, tėvai, piktnaudžiaujantys alkoholiniais gėrimais, savižudiškos elgsenos šeimos narys ir šeimoje patirta prievarta arba smurtas buvo statistiškai reikšmingai dažnesni tarp depresiškų ir nedepresiškų bandžiusių žudyti paauglių mergaičių negu tarp jų nebandžiusių žudyti bendraamžių.

Rezultatų aptarimas

Įvertinus kliniškai ryškaus depresijos sindromo dažnį, nustatytą 14–15 metų amžiaus mergaitėms, gauta, kad jis 6,2 karto dažnesnis tarp bandžiusių žudyti paauglių negu tarp nebandžiusių žudyti jų bendraamžių. Nustatytas klinikinės depresijos dažnis (57,4 proc.) mažai skiriasi nuo duomenų, kuriuos pateikia kiti autoriai, tyrę nepilnamečius, gydomus stacionaruose po bandymų žudyti (7, 12). Jis yra didesnis negu gautas tiriant depresijos dažnį tarp bandžiusių žudyti nepilnamečių bendrojoje populiacijoje (13). Šis skirtumas gali būti dėl keleto priežasčių. Kai kurie autoriai randa ryšį tarp depresijos sunkumo ir bandymo žudyti metu padarytos žalos sveikatai sunkumo (14), o į Kauno medicinos universiteto klinikas hospitalizuojami tik didesnę žalą sveikatai pasidarę nepilnamečiai. Be to, tikėtina, kad paauglės, taip pat kaip ir suaugę žmonės dažniau bando žudyti depresijos epizodo, o ne remisijos metu. Tuo tarpu epidemiologiniams tyrimams naudojamos skalės ar pačių tiriamųjų pildomi klausimynai vertina savijautą tyrimo metu, bet neįvertina psichikos būklės praeityje, buvusio bandymo žudyti metu.

Dar viena priežastis, kodėl šio tyrimo klinikinės depresijos dažnis viršija kai kurių užsienio autorių pateikiamus duomenis, yra klasifikacijos skirtumai. Šio tyrimo metu buvo vertinama, kad tiriamajai yra būdinga klinikinė depresija visais atvejais, kai jai buvo nustatyti bent dvi savaites trunkantys simptomai, kurie atitinka depresijos epizodo kriterijus. Taigi depresiškoms buvo priskirtos ir tos paauglės, kurioms buvo diagnozuotas šizoafektinis sutrikimas, depresijos tipas (F25.1), adaptacijos sutrikimas su trumpalaikė arba užsitęsusia depresine reakcija (F43.20 ir F43.21), depresinis elgsenos sutrikimas (F92.0). Taip daryta siekiant įvertinti depresijos, kaip klinikinio sindromo, o ne nozologinio vieneto (ligos) ryšį su nepilnamečių bandymais žudyti. Kai kurie autoriai pacientes su tokiomis diagnozėmis priskiria ne depresijos, o šizofrenijos, adaptacijos ar elgsenos sutrikimų grupėms. Atsižvelgiant į tai, kad komorbidiškumas su kitais psichopatologiniais sindromais būdingas pusei tiriamųjų, kurioms nustatyta klinikinė depresija, kitoks

klasifikavimas galėjo reikšmingai pakeisti depresijos dažnio rodiklius.

Lyginamojoje grupėje nustatytas depresijos dažnis (9,3 proc.) atitinka kai kurių užsienyje atliktų epidemiologinių tyrimų duomenis šiai amžiaus grupei bendrojoje populiacijoje (15). Kitų epidemiologinių tyrimų duomenys rodo mažesnį depresijos dažnį tarp paauglių mergaičių negu nustatytas atlikus šį tyrimą (16). Šį skirtumą galima paaiškinti ir tuo, kad lyginamoji grupė buvo atrenkama iš ligoninėje besigydančių paauglių, o ne atsitiktinės atrankos būdu iš visų šio amžiaus moksleivių. Tikėtina, kad paauglės, kurioms depresija pasireiškia psichosomatiniais simptomais, dažniau patenka į ligonines ištyrimui ir gydymui negu nedepresiškos jų bendraamžės. Negalima atmesti ir prielaidos, kad Lietuvoje klinikinės depresijos dažnis tarp paauglių mergaičių yra didesnis negu šalyse, kur buvo atlikti minėtieji tyrimai. Deja, nepavyko rasti palyginimui epidemiologinių depresijos paplitimo tarp paauglių tyrimų, darytų Lietuvoje.

Nepilnamečių savižudiškos elgsenos rizikos veiksnių tyrimas yra svarbus dėl keleto priežasčių. Gydytojas turi išsiaiškinti bandžiusio žudyti nepilnamečio būdingus rizikos veiksnius šeimoje, planuodamas jam reikalingą pagalbą. Dažnai gali būti reikalingas ne tik medikamentinis ir psichoterapinis gydymas, bet ir socialinė pagalba norint nutraukti prievartą prieš vaiką, užtikrinti jam būtiniausias gyvenimui sąlygas, konsultacija ar netgi tėvų gydymas, jei jie serga psichikos liga arba alkoholizmu. Be to, rizikos veiksnius būtina žinoti planuojant antrinę nepilnamečių savižudiškos elgsenos prevenciją, orientuotą į rizikos grupes (pvz., prievartą patyrę nepilnamečiai, alkoholikų vaikai).

Tyrimo duomenimis, dauguma rizikos veiksnių, kuriuos mini užsienio autoriai, turi ryšį su Lietuvos paauglių mergaičių bandymais žudyti. Nepilna šeima, tėvų piktnaudžiavimas alkoholiniais gėrimais, savižudiškos elgsenos šeimos narys, patirta prievarta arba smurtas turi ryšį su paauglių mergaičių bandymais žudyti, nepriklausomai nuo to, ar joms yra būdinga klinikinė depresija.

Nepasitvirtino tik vieno iš vertintų rizikos veiksnių ryšys su paauglių mergaičių bandymais žudyti. Psichikos ligonių iš savo pirmos eilės giminių vienodai dažnai nurodė turinčios tiek bandžiusios žudyti depresiškos ir nedepresiškos paauglės mergaitės, tiek nebandžiusios žudyti jų bendraamžės. Todėl statistinė analizė neleisdžia patvirtinti prielaidos, kad psichikos liga sergantis šeimos narys didina paauglės mergaitės bandymų žudyti riziką. Skirtingą nuo kitose šalyse darytų tyrimų rezultatą galėjo įtakoti tai,

kad šiame tyrime šeimos nariams būdingi psichikos sutrikimai vertinti pagal tai, ar jie buvo gydyti stacionare, ar ambulatoriškai, t.y. remiantis kitų psichiatrų sprendimu. Didesnį psichopatologijos dažnį tarp bandžiusių žudytis paauglių šeimos narių nurodo tyrėjai, kurie patys vertina jų psichikos būklę (13) arba lygina tik tam tikros psichopatologijos dažnį (7). Nors nepavyko statistiškai patvirtinti ryšio tarp tėvų psichopatologijos ir nepilnamečių bandymų žudytis, negalima teigti, kad jo nėra. Trys bandžiusios žudytis paauglės pagrindine priežastimi, paskatinusia tokį poelgį, įvardino konfliktus su psichikos liga sergančiomis motinomis. Didelė dalis bandžiusių žudytis tiriamųjų teigė, kad mintis apie savižudybę ir bandymus žudytis juos skatina pasikartojantys konfliktai su tėvais, kuriuos apibūdindavo kaip turinčius psichopatinės asmenybės arba negydomos depresijos požymių. Todėl reikalingi tolesni tyrimai, kur būtų įvertinta šeimos narių psichikos sutrikimų įtaką nepilnamečių bandymams žudytis.

Norisi atkreipti dėmesį į patirtos prievartos arba smurto reikšmę paauglių mergaičių bandymams žudytis. Užsienyje per paskutinius du dešimtmečius atlikta daug tyrimų, rodančių, kad patiriama fizinė, seksualinė ir emocinė prievarta arba smurtas yra svarbus etiologinis veiksnys nepilnamečių raidos ir psichikos sutrikimams, taip pat ir savižudiškai elgsenai (17). Deja, Lietuvoje nepilnamečių patiriama prievarta domimasi nepakankamai. Pradėjus šį tyrimą, Lietuvoje dar nebuvo oficialaus fizinės, seksualinės ir emocinės prievartos prieš nepilnamečius apibrėžimo. Nepavyko rasti Lietuvoje adaptuoto klausimyno arba skalės patirtai prievartai įvertinti, metodiškai atliktų tyrimų duomenų apie prievartos arba smurto prieš nepilnamečius paplitimą Lietuvoje. Todėl naudotasi ISPCAN (Tarptautinės draugijos "Ginti vaikus nuo prievartos ir nepriežiūros") rekomendacijomis prievartai prieš nepilnamečius išaiškinti ir tirti (18).

Tyrimo duomenimis, bandžiusios žudytis paauglės mergaitės savo šeimose buvo patyrusios bet kokią prievartą arba smurtą 4,4 karto dažniau negu nebandžiusios žudytis jų bendraamžės. Pridėjus prievartą, patirtą ne nuo šeimos narių, santykis išaugo iki 5,6. Skirtumas buvo reikšmingas visoms prievartos rūšims. Galima abejoti, ar aukščiau pateiktas santykis yra tikslus, kadangi prievartos dažnis tarp nebandžiusių žudytis paauglių nustatytas mažesnis negu tikėtasi ir mažesnis negu pateikia užsienio autoriai, atlikę epidemiologinius bendrosios populiacijos tyrimus (17). Lieka neaišku, ar taip yra todėl, kad Lie-

tuvoje paauglės patiria prievartą rečiau negu užsienio šalyse, ar šį skirtumą nulemia skirtingų tyrimo metodų naudojimas. Gali būti, kad paauglės, išgyvenusios stresą dėl bandymo žudytis, yra labiau linkusios atvirai kalbėti apie tokį "gėdingą" ir slėptiną dalyką, kaip patirtą prievartą negu bendraamžės, kurios gydytos ligoninėje dėl somatinių susirgimų.

Patirta prievarta buvo skirtingai susijusi su paauglių mergaičių bandymais žudytis. Ketvirtadaliui (24,5 proc.) tiriamųjų prievarta arba smurtas buvo tiesiogiai paskatinęs bandymą žudytis veiksnys. Pavyzdžiui, galėtų būti bandymai žudytis dėl baimės grįžti namo, kur priekabiauja motinos sugyventinis, ar po to, kai sumušė ir suplėšė daiktus klasės draugai. Kitais atvejais patirta prievarta nebuvo bandymą žudytis tiesioginis skatinamasis veiksnys, bet įtakojo pažemintą savo vertės jausmą ir depresijos pasireiškimą. Depresiškos bandžiusios žudytis tiriamosios buvo dažniau patyrusios prievartą negu nedepresiškos (atitinkamai – 54,8 ir 40,9 proc.), nors šis skirtumas, dėl mažo tiriamųjų skaičiaus buvo mažai reikšmingas ($p=0,1$). Tai leidžia daryti išvadą, kad ryšys tarp patirtos prievartos arba smurto ir paauglių mergaičių bandymų žudytis yra sudėtingas, todėl jį reikia tirti nuodugniau.

Tyrimas neatsako į visus klausimus apie ryšius tarp rizikos veiksnių šeimoje, klinikinės depresijos ir paauglių mergaičių bandymų žudytis. Lieka neaišku, kas turi didesnę įtaką depresiškų paauglių sprendimui žudytis – klinikinė depresijos struktūra, ar minėtieji rizikos veiksniai šeimoje. Tam reikalingas šių veiksnių palyginimas tarp bandžiusių žudytis ir nebandžiusių žudytis paauglių mergaičių, sergančių kliniškai ryškia depresija.

Išvados

Apibendrinant tyrimo duomenis, galima daryti išvadą, kad nepilna šeima, tėvų piktnaudžiavimas alkoholiniais gėrimais, savižudiškos elgsenos šeimos narys, patirta prievarta arba smurtas turi ryšį su paauglių mergaičių bandymais žudytis nepriklausomai nuo klinikinės depresijos. Todėl būtina įvertinti šiuos rizikos veiksnius tarp visų bandžiusių žudytis paauglių mergaičių ir atsižvelgti į juos sprendžiant apie joms reikalingą medicininę, psichologinę bei socialinę pagalbą. Planuojant antrinę nepilnamečių savižudiškos elgsenos prevenciją, reikalinga kurti programas, skirtas vaikams ir paaugliams, gyvenantiems nedarniose šeimose, su piktnaudžiaujančiais alkoholiniais gėrimais ir bandančiais žudytis tėvais, patiriantiems prievartą arba smurtą.

Relationship between the suicidal attempts of adolescent girls and risk factors in the family

Darius Leskauskas

Psychodynamic Psychotherapy Sector, Psychiatry Clinic, Kaunas University of Medicine, Lithuania

Key words: adolescent girls, suicidal attempts, risk factors in the family, clinical depression.

Summary. The same factors in the family are described as risk factors for the suicidal behavior of adolescents by some authors and as risk factors for the development of depression by others. The goal of the study is to learn, if incomplete family, parental alcohol abuse, mentally ill member of the family, suicidal behavior in the family, sexual, physical or emotional abuse experienced in the family are directly related with the suicidal attempts of adolescent girls or relates to it just by causing depression. The results of the study suggest that 57.4% of the female adolescent suicide attempters and 9.3% of their non-suicidal peers in the comparison group were diagnosed clinical depression. Incomplete family, parental alcohol abuse, suicidal behavior in the family, sexual, physical or emotional abuse experienced in the family were statistically more frequent among the depressed and not depressed suicide attempters than among their non-suicidal peers. This allows the conclusion, that these risk factors in the family have a relationship with the suicide attempts of adolescent girls independently from clinical depression and require attention of the specialists, involved in the treatment and prevention of adolescents suicidal behavior.

Correspondence to D.Leskauskas, Psychodynamic Psychotherapy Sector, Psychiatry Clinic, Kaunas University of Medicine, Mickevičiaus 9, 3000 Kaunas, Lithuania. E-mail: dleskauskas@yahoo.com

Literatūra

- Gailienė D. Jie neturėjo mirti. Savižudybės Lietuvoje (They didn't have to die. Suicides in Lithuania). Vilnius: Tyto Alba; 1998.
- Lietuvos statistikos metraštis 1999 (Yearbook of Statistics in Lithuania in 1999). Vilnius: Lietuvos statistikos departamentas; 1999. p. 37, 41, 42.
- Shaffer D, Hicks R. The epidemiology of child and adolescent suicide. In: The epidemiology of childhood disorders, ed. B.Pless. New York: Oxford University Press 1993. p. 339-68.
- Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a national representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:603-10.
- Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 2000;30:23-39.
- Garland AF, Zigler E. Adolescent suicide prevention. Current research and social policy implications. *American psychologist* 1993;48:169-82.
- Brent DA. Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: Mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide Life Threat Behav* 1995;25:52-63.
- Satkevičiūtė R. Paauglių suicidinio elgesio rizikos faktoriai: 1992-1994 metų studijos. (Risk factors of adolescents suicidal behaviour: 1992-1994 studies) "Depresija '95" tarptautinio simpoziumo tezės. Kaunas: Medicina; 1995. p. 46-50.
- Leskauskas D, Burba B. Depresijos sindromas tarp bاندžiusių nusižudyti vaikų ir paauglių. (Depressive syndrom in children and adolescents attempting suicide) *Medicina* 1999;35:1099-103.
- Trad PV. Assessing the developmental origins of depression: I. The role of temperament, attachment and familial factors. *Depression and stress* 1995;1:43-74.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. Geneva: WHO; 1993. p.91-93, 95-110, 112-133, 187-195.
- Negron R, Piacentini J, et al.. Microanalysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1512-9.
- Gould MS, King R, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:915-23.
- Pfeffer CR, Plutchik R, et al..Suicidal behavior in child psychiatric inpatients and outpatients and in nonpatients. *Am J Child Adolesc Psychiatry* 1986;143:733-8.
- Kashani JH, Carlson GA, et al. Depression, depressive symptoms, and depressive mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 1987;144:931-4.
- Bailly D, Beuscart R, et al. Sex differences in the manifestations of depression in the young people. A study of French high school students. Part I: prevalence and clinical data. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1992;3:135-45.
- Killen K. How far have we come in dealing with the emotional challenge of abuse and neglect? *Child Abuse and Neglect* 1996;20:791-5.
- The Children's Mental Health Alliance. Multidisciplinary Initiative Against Child Abuse. New York: 1997.

Straipsnis gautas 2001 12 29, priimtas 2002 02 04

Received 29 December 2001, accepted 4 February 2002