

SUICIDINĖS RIZIKOS PSICHODIAGNOSTINIO ĮVERTINIMO GALIMYBĖS

D. Gailienė, G. Knabikienė, R. Asminavičiūtė

Įvadas

Savižudybių dažnumas - labai svarbus šalies dvasinės sveikatos rodiklis. Iš jo galima spręsti apie socialinę įtampą, žmonių santykių humaniškumą, gyventojų psichologinę gerovę.

XX amž. labai padaugėjo savižudybių išsivysčiusiose šalyse. Pateikiant konkrečius skaičius apie savižudybių dažnumą visada pabrėžiama, kad jie dažniausiai yra mažesni už realius, nes paprastai ne visos savižudybės yra žinomos, kai kurios iš jų dar „slepiasi“ už nelaimingų atsitikimų ar kitų mirčių. Statistiniai duomenys rodo, kad savižudybių dažnumas išsivysčiusiose šalyse šiuo metu siekia nuo 20 iki 40/100 000 gyventojų: iš jų Vengrijoje apie 45,1/100 000, VDR - 36,2/100 000, Danijoje - 29/100 000, Austrijoje - 27,6/100 000, VFR apie 25/100 000. Švedijoje 1970 m. šis skaičius siekė 22,2/100 000 [1]. Lietuvoje savižudybių palyginti labai daug - 33,4/100 000 (palyginimui - Tarybų Sąjungos tokio rodiklio vidurkis maždaug 20/100 000).

Vyrų nusižudo kur kas daugiau negu moterų, nors moterys dažniau bando nusižudyti negu vyrai.

Savižudybių dažnumas pasiskirsto ir pagal gyvenamąją vietą: Daug autorių nurodo, jog kaime savižudybių vidutiniškai 3 kartus mažiau negu mieste [1, 8]. Tačiau Lietuvoje padėtis visiškai kitokia: kaime savižudybių beveik dvigubai daugiau negu mieste (atitinkamai 41,5 ir 22,5 100 tūkst. gyventojų).

Mūsų požiūriu, šis faktas dar kartą kuo akivaizdžiausiai byloja apie katastrofišką dvasinę žmonių būklę Lietuvos kaime.

Rizikos grupės. Pabrėžiama, kad savižudybės dažnesnės tam tikrose rizikos grupėse. Ypač išsiskiria pagyvenę vieniši žmonės, paaugliai. Apie 5% visų savižudybių terka stacionare besigydan-tiems psichiniams ligoniams [4].

Ilgą laiką bandyta šią problemą nagrinėti pir-miausiai nozologiniu aspektu. Kaip nurodo J. Štor-kas [7] (J. Stork), vieni autoriai 30% suicidų pri-skyrė endogeninėms depresijoms, kiti - tik 7,7% ar net 2,3%, o dažniausiai būdavo nurodoma psi-chopatijos diagnozė (30% ar net 50% visų suicidų). Tokie dideli diagnostiniai skirtumai rodo, kad no-zologinis skirstymas yra labai problemiškas. Sui-cidų tyrimams jis nėra naudingas, nes atitraukia nuo svarbiausios problemos, „[...] nuo to papras-to fakto, kad kiekvienas, kuris turi suicidinių min-čių arba kėsinaisi į savo gyvybę, integralumą ir neliečiamybę, pirmiausiai turi turėti labai sutrikusią nuotaiką ir savo vertės jausmą“ [7, p. 3]. Ištyręs 3086 tiriamuosius, J. Štorkas nustatė, kad suicidi-nis elgesys būdingiausias depresiškoms asmeny-bėms. Tokie žmonės išgyvena liūdesį, rezignaciją, beviltiškumą, gyvenimo baimę ir pan. Pasak N. Te-tazo [8], besižudantys žmonės ne visada yra psi-chiškai nesveiki, bet visada - maksimaliai nelai-mingi.

Dalis tokių asmenybių yra ligoniai, pirmiausia - sergantys endogenine depresija, alkoholizmu (nu-sižudo 7-21% sergančių, II vieta po kepenų ciro-zės - dažniausios jų mirties priežasties), narko-manija (nusižudo iki 50%). B. Bron [2] rizikos grupėms priskiria ir vienišus, socialiai izoliuotus žmones, nepagydomus ligonius, žmones, išgyvenan-čius šeimyninę ar socialinę krizę, persekiojamuo-sius, kriminalinius nusikaltėlius, homoseksualistus ir pan.

Suicidinis elgesys. Žmonės labai retai nusižu-do visai netikėtai. Maždaug 70-95% bėdžiusiųjų nusižudyti įvairiais būdais iš anksto signalizuoja apie savo ketinimus [1, 6]. D. Beskovo [1] duo-menimis, suicidinio elgesio pasireiškimo formos (suicidinė komunikacija) yra tokios:

1. Netiesioginė verbalinė (pvz., kalbant išsprūsta pasisakymai „viskas beviltiška“, „gyvenimas man neturi jokios prasmės“, „nebėra tikslo gyventi“) - 57-62%.

2. Tiesioginė verbalinė (atviras, neužšifruotas pranešimas apie ketinimą nusižudyti) - 48-52%.

3. Netiesioginė neverbaliinė (pvz., apmokamos skolos, baigiami svarbiausi darbai) - 9-13%.

4. Tiesioginė neverbaliinė (pvz., kaupimas tam tikrų medikamentų, kuriais galima nusinuodyti) - 11-18%.

Taigi, kaip matome, dažniausios suicidinės komunikacijos formos yra verbalinės (tiesioginės ir netiesioginės).

Savižudybė labai retai būna vienkartinio sprendimo padarinys. Dauguma tyrimų rodo, jog tai ilgesnis procesas (pagal D. Beskovą vidutinė suicidinio proceso trukmė - 6,7-7,3 m.).

E. Ringelis [6] laiko savižudybę mirtina baigtimi ligos, apėmusios visą gyvenimą ar jo dalį. Terminu „suicidinė neurozė“ jis apibūdina tam tikrą gyvenimo būdą ir nuostatą, turinčius lemiamą reikšmę suicidinių minčių ir suicidinio elgesio formavimuisi. Suicidinė neurozė prasideda jau vaikystėje, kai sunkiai neurotizuotam vaikui sutrinka savo vertės jausmas, todėl jis darosi labai izoliuotas ir egocentriškas, kitus žmones traktuojantis ne kaip subjektą, o kaip objektą, t. y. kaip priemonę save įtvirtinti. Tai dar labiau didina jo izoliaciją. Formuojasi regresyvi, pasyvi asmenybė, visko laukianti tik iš kitų - meilės, rūpesčio, dėmesio. Toki žmogų nuolat kamuoja vienišumo ir nesuprastumo jausmas, pradeda atsirasti suicidinių fantazijų ir ketinimų. Nusižudo toks asmuo irgi ne iš karto, tik po kelių mėginimų [7].

Suicidinių poelgių žmogus paprastai atlieka būdamas ypatingoje psichinėje būsenoje, vadinamoje presuicidiniu sindromu. Šį sindromą 1949 m. aprašė E. Ringelis, ištyręs 745 išgelbėtus savižudžius. Presuicidiniam sindromui būdingi tokie bruožai:

1. Susiaurėjimas. Žmogus jaučiasi lyg uždara-

me kambaryje, kurio sienos vis siaurėja; viskas atrodo tik juoda („juodi akiniai“), pats – tik menkas, jokios išeities – vien savižudybė.

2. Slopinama ir prieš save nukreipiama agresija. Žmogus turi didelį agresijos potencialą, bet dėl įvairių priežasčių (sąžiningumo, civilizuotumo ir pan.) negali jos nukreipti į kitus, todėl nukreipia į save.

3. Suicidinės fantazijos. Tai pirmas žingsnis į savižudybę. Norai išpildomi fantazijose, o tai – bėgimas nuo realybės. Kuo fantazija kontrastingesnė realybei, tuo mažiau norisi ją grįžti.

Praktiniu požiūriu labai svarbu žinoti tuos elgesio būdus, už kurių slepiasi depresinė būseną su polinkiu į suicidinius poelgius. Todėl suicidologijoje bandoma rasti būdų suicidinės rizikos dydžiui nustatyti. Tam taikomi įvairūs klinikiniai, biocheminiai metodai ir psichodiagnostinės priemonės (projekciniai testai, įvairios skalės ir pan.).

Kadangi suicidų atvejais vienas iš pačių bendriausių požymių yra nusivylimas gyvenimo prasmingumu, bandėme nustatyti, ar galima sumažėjusį gyvenimo prasmės jausmą laikyti suicidinės rizikos didėjimo rodikliu.

Tyrimo metodas

Tyrimams taikėme Dž. Krambo ir L. Maholiko (J. C. Crumbaugh, L. T. Maholic) „Gyvenimo prasmės testą“ („Purpose in Life Test“; sutrumpintai – PIL testas). Šis testas sudarytas remiantis V. Franklio (V. Frankl) egzistencinės psichologijos teiginiais: pagrindinis žmogaus motyvas yra „prasmės poreikis“. Jei žmogus neranda savo gyvenime tikslo ir prasmės, nepatiria egzistencijos unikalumo jausmo, jis išgyvena „egzistencinio vakuumo“, „egzistencinės tuštumos“ būseną, kuri dažniausiai pasireiškia nuoboduliu, apatija. Ši būseną gali ir gilėti – pereiti į egzistencinę frustraciją ir noogeninę neurozę (depresiją dėl nepatenkinto gyvenimo prasmės poreikio).

PIL testu siekiama įvertinti, kiek žmogus jaučia savo gyvenimo prasmingumą. Testą sudaro trys dalys. Pirmoji dalis – tai 20 teiginių, kurių kiekvieną siūloma įvertinti 7 balų skalėje. Pavyzdžiui,

9. Mano gyvenimas yra:

1	2	3	4	5	6	7
tuščias, tik vieni nusivylimai						pilnas ge- rų ir nuo- stabių da- lykų

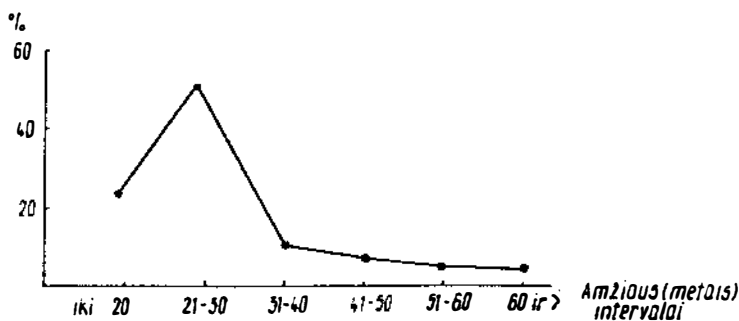
Pagal šią dalį apskaičiuojamas bendras PIL balas (tai aritmetinė visų teiginių įvertinimų suma).

Antroji testo dalis – tai 13 nebaigtų sakinių, panašios prasmės kaip ir minėtieji 20 pirmos testo dalies teiginių. Trečiojoje dalyje tiriamasis prašomas trumpai aprašyti savo gyvenimo tikslus, troškimus, siekius.

Tyrimo rezultatai ir jų analizė

Respublikinės Vilniaus klinikinės ligoninės toksikologiniame skyriuje ištyrėme 28 pacientus po nepavykusio bandymo nusižudyti. Smulkiai analizuojame jų gyvenimo ir ligos istoriją, be to, atlikome tyrimą Dž. Krambo ir L. Maholiko PIL testu.

Vidutinis amžius asmenų, atlikusių suicidalinius bandymus, svyruoja apie 29,4 m. (vyrų – 29 m., moterų – 29,9 m.).



Tiriamųjų, bandžusių nusižudyti, pasiskirstymas pagal amžių (%)

Kaip matome, dažniausiai nusižudyti bandė žmonės nuo 21 iki 30 metų amžiaus (jie sudaro 51,85% visų tiriamųjų). Nemažas procentas ir jaunuolių iki 20 metų (22,2%). Ne be reikalo jauni žmonės išskiriami kaip atskira padidėjusios suicidinės rizikos grupė [2].

Atlikus tyrimą Dž. Krambo ir L. Maholiko PİL metodika, apskaičiuotas kiekvieno žmogaus pasitenkinimo gyvenimu lygio rodiklis (PİL rodiklis; žr. 1 lentelę).

Kaip ir reikėjo tikėtis, gautas šios grupės PİL vidurkis žemesnis, negu žemutinė autorių nurodoma įvertinimų vidurkio norma (pagal Dž. Krambo vidutiniškai normalūs įvertinimai telpa intervale nuo 92 iki 112 balų), t. y. šie žmonės jaučia maža prasmingumo ir pasitenkinimo gyvenimu.

Kėlėme hipotezę, kad asmenys, kurie vertina savo suicidinį bandymą neigiamai (tai liudija tokie apibūdinimai: „kvailystė“, „nesąmonė“, „tai ne išeitis“, „blogiausia, ką aš galėjau sugalvoti“, „stebiuosi, kaip man tai atėjo į galvą“ ir pan.), apskritai jaučia didesnę pasitenkinimą gyvenimu, negu tie, kurių nuomone, savižudybė – normalus dalykas (mintys apie ją atrodo „įprastos“, „viliojančios“, netgi teigiama, jog „vis tiek aš tai padarysiu“). Šie duomenys gauti, analizuojant 2-ą (13 nebaigtų sakinių) ir 3-ią (trumpai aprašyti savo gyvenimo tikslus, troškimus, siekius) PİL testo dalį (žr. 2 lentelę).

1 l e n t e l e. Bandžiusių nusižudyti žmonių PİL rodiklis

Tiriamieji	PİL rodiklis
Vyrai	80,70
Moterys	90,00
Bendras vidurkis	84,43

2 l e n t e l e. Bandymo nusižudyti vertinimas ir jo ryšys su pasitenkinimu gyvenime (PİL balais)

Pacientų skaičius	Bandymo nusižudyti vertinimas	PİL vidurkis
17	Neigiamas	101,18
11	Neutralus ar teigiamas	66,36
		p < 0,01

Taigi žmonės, kurie laiko savo gyvenimą pakankamai geru, prasmingu, kurie randa jame daugiau pasitenkinimo (PIL rodiklis 101,18), yra labiau linkę savo bandymą nusižudyti laikyti klaida, kvailyste ar atsitiktinumu. Kaip aiškėja iš 2-os ir 3-ios testo dalių, šie tiriamieji įsitikinę daugiau tokio žingsnio nežengsiant, yra tikri, kad toliau sugebės tvarkyti savo gyvenimą ir išvengti tokių sunkumų. Tiesa, vertinant teigiamus pacientų pasisakymus, negalima pamiršti ir disimuliacijos galimybę: pacientai nori kuo greičiau išeiti iš ligoninės, bijo dėl suicidinio elgesio patekti į psichiatrinę ligoninę.

Kita grupė pacientų, savižudybę vertinančių neutraliai ar teigiamai, savo gyvenimu daug mažiau patenkinti (PIL rodiklis 66,36), o suicidinių minčių bei suicidinio elgesio nelaiko nei atsitiktinumu, nei neatsargumu, žiūri į savižudybę kaip į išeitį iš savo sunkumų. Tokie rezultatai rodo aukštą suicidinės rizikos laipsnį: juk žmogus, laikęs savižudybę visai priimtiniu sau elgesio variantu, jau savaime priklauso suicidinės rizikos grupei, tą riziką didina ir tai, kad jis bandė nusižudyti, kitas ir kelis kartus.

Taigi suicidinę riziką atskleisti padeda žemas PIL rodiklis ir 2-oje bei 3-ioje testo dalyse išryškėjantis požiūris į savižudybę, į savo gyvenimo perspektyvas ir pasiekimus.

Netruko paaiškėti, kad dažniau savižudybę teigiamai vertina pacientai su kokiais nors psichiniais sutrikimais.

Pasikonsultavus su psichiatru, išaiškėjo, kad 39% mūsų tirtų pacientų serga įvairiomis psichinėmis ligomis (11 žmonių), kurios jiems diagnozuotos jau anksčiau arba išaiškėjo tik dabartinio hospitalizavimo metu. Kaip jau minėjome, dažnai nurodoma, kad apie 30% besižudančių žmonių serga įvairiomis psichinėmis ligomis. 12 pacientų buvo psichiškai sveiki, o kitus 5 galima būtų priskirti ribinei grupei (sunkios situacinės reakcijos, narkomanija ir pan.).

Palyginę psichiškai sveikų ir nesveikų pacientų grupių PIL rodiklį (žr. 3 lentelę), matome, kad as-

3 lentelė. Sergančių psichinėmis ligomis ir psichiškai sveikų tiriamųjų PIL rodikliai

Tiriamieji	PIL rodiklis	
Psichiškai sveiki	91,83	
Psichiškai nesveiki	69,36	$p < 0,001$

mėnų su psichiniais sutrikimais pasitenkinimas gyvenimu daug mažesnis negu psichiškai sveikų (atitinkamai 69,36 ir 91,83; $p < 0,001$). Tokią padėtį gali lemti įvairūs priežastys: traumuojanti patirtis psichiatriinėse gydymo įstaigose, įvairūs ribojimai gyvenime, susiję su psichinio ligonio statusu, gerokai miglotesnės gyvenimo perspektyvos, nuolatinė pakartotinos hospitalizacijos grėsmė, depresinė simptomatika ir pan.

Tirtoje pacientų grupėje išsiskiria du skirtingi pogrupiai. Vieno iš jų (sergančių psichinėmis ligomis) suicidinė rizika neabejotinai didesnė, nes šio pogrupio tiriamieji mažiau patenkinti gyvenimu, teigiamiau žiūri į savižudybę. Kadangi apie 20–30% išgelbėtų žmonių linkę pakartotinai bandyti žudytis, matyt, šio pogrupio pacientams tokia rizika kur kas didesnė. PIL testas leidžia spręsti apie tiriamųjų pasitenkinimo gyvenimu lygį, bet reikia neužmiršti, kad jis yra tiesioginio, neužmaskuoto testavimo priemonė. Tiriamieji gali sąmoningai kontroliuoti savo atsakymus, todėl lieka ir disimiliacijos, agravacijos galimybė. Mūsų nuomone, nustatant suicidinės rizikos laipsnį, negalima pasikliauti vien PIL 'esto rezultatu, jį reikėtų taikyti tik kartu su kitais psichodiagnostiniais ir klinikiniais metodais.

Išvados

1. Suicidinio elgesio analizė rodo, jog savižudybės retai įvykdomos staiga ir netikėtai. Dažniausiai jos yra ilgo suicidinio proceso ir galiausiai susiformuojančio presuicidinio sindromo išvada. Todėl būtina rasti patikimus suicidinės rizikos ir pakartotinio suicido tikimybės nustatymo rodiklius.

2. Dž. Krambo ir L. Maholiko „Gyvenimo prasmės“ testas – vienas iš būdų suicidinės rizikos nustatymui. Yra ryšys tarp PİL rodiklio ir suicidinių minčių (kuo mažesnis rodiklis, tuo didesnė tikimybė, kad kils suicidinių minčių). Kadangi metodika yra neužmaskuoto testavimo būdas, ji taikytina tik kartu su kitais klinikiniais ir psichodiagnostiniais metodais.

3. Suicidinės rizikos tikimybė didėja, jei yra santykinai žemas PİL rodiklis ir drauge teigiamas (ar bent neutralus) požiūris į savižudybę kaip į išėjimą iš sudėtingos situacijos variantą.

4. Bandžiusių nusižudyti asmenų grupėje psichiškai sergantys pacientai mato mažiau prasmės savo gyvenime negu psichiškai sveiki. Savižudybę jie laiko visai priimtina išėjimu iš sunkios padėties. Galima teigti, kad pakartotinis bandymo nusižudyti tikimybė jiems žymiai didesnė negu psichiškai sveikiems tiriamiesiems. Šią prielaidą leistų patikrinti katamnestinis tyrimas.

LITERATŪRA

1. Beskow J. Suicide and mental disorder in Swedish men//Acta Psychiatrica Scandinavica. Suppl. 277. 1979.

2. Bron B. Neuere Aspekte des Suizidproblems//Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihre Grenzgebiete. Heft 10. Oktober 1980. S. 54-63.

3. Crumbaugh J. C., Maholik L. T. Manual of Instructions for the Purpose in Life Test. Psychometric Affiliates, 1969.

4. Crammer J. L. The special characteristics of suicide in hospital in-patients//Brit. J. Psychiat. 1984. N 11. P. 460-464.

5. Ringel E. Depression und Suizid//Wien. klin. Zschr. 1985. Vol. 97, N 4. S. 215-221.

6. Ringel E. Selbst-Mord-Appell an die anderen. Eine Hilfestellung für Gefährdete und ihre Umwelt. 2. Aufl. München: Kaiser; Mainz: Grünewald, 1976.

7. Stork J. Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr. 2 überarb. Aufl. Salzburg: Otto Müller Verlag, 1972.

8. Teta ź N. Warto żyć. W-wa, 1976.

Vilniaus universitetas
Psichologijos katedra
Respublikinė Vilniaus
klinikinė ligoninė

Įteikta
1988 11 06

ВОЗМОЖНОСТЬ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Д. Гайлене, Г. Кнабикене, Р. Асминавичюте

Резюме

В различных исследованиях по суицидологии показано, что суицид, как правило, является результатом весьма продолжительного процесса. Поэтому в целях профилактики суицидов необходимо выявить достоверные признаки повышенного суицидального риска. Для этого пытаются использовать различные биохимические, клинические, психодиагностические показатели.

Проверялась возможность использования в качестве показателя повышенного суицидального риска индекса смысла жизни, который устанавливался с помощью „теста смысла жизни“ Крамбо и Махолика. Выявлена связь между индексом смысла жизни и интенсивностью суицидальных тенденций. Показателем повышенного суицидального риска является сниженный индекс смысла жизни в сочетании с нейтральным или даже положительным отношением к суициду. Но учитывая, что тест Крамбо и Махолика является средством незамаскированного тестирования, его следует применять в комплексе с другими методиками.

DIE MÖGLICHKEIT DER PSYCHODIAGNOSTISCHEN EINSCHÄTZUNG DER SELBSTMORDGEFAHR

D. Gailienė, G. Knabikienė, R. Asminavičiūtė

Z u s a m m e n f a s s u n g

Verschiedene suizidologische Untersuchungen haben gezeigt, dass der Selbstmord in der Regel das Ergebnis eines ziemlich langen Prozesses darstellt. Deswegen ist es für die Selbstmordvorbeugung wichtig, sichere Anzeichen der erhöhten Selbstmordgefahr festzustellen. Zu diesem Zweck versucht man, verschiedene biochemische, klinische und psychodiagnostische Mittel zu verwenden.

Im vorliegenden Beitrag wird die Möglichkeit untersucht, als Mittel der Feststellung einer erhöhten Selbstmordgefahr den Index des Lebenssinnes zu gebrauchen, der mit Hilfe des "Purpose in Life Test" von J. C. Crumbaugh und L. T. Maholic ermittelt wurde. Es hat sich gezeigt, dass zwischen dem Index des Lebenssinnes und der Intensität der Selbstmordtendenzen ein Zusammenhang nachzuweisen ist. Die Senkung des Indexes des Lebenssinnes ist in Verbindung mit neutraler oder gar positiver Einstellung zum Selbstmord als Zeichen der erhöhten Selbstmordgefahr aufzufassen. Da aber der Test von J. C. Crumbaugh und L. T. Maholic ein unverschleierter Fragebogen ist, muss er in Verbindung mit anderen Testverfahren verwendet werden.