

Klinikiniai ryšių tarp depresijos ir paauglių mergaičių bandymų žudyti aspektai

Clinical Aspects of the Relationships Between Depression and Suicidal Attempts of Adolescent Girls

Darius LESKAUSKAS

VI "Saugaus vaiko centras", Kaunas, Lietuva
Safe child center, Kaunas, Lithuania

SUMMARY

The goal of the study is to define the aspects of the relationships between depression and suicidal attempts of adolescent girls that are important in the clinical work. Study group (n=54) includes all consecutive female adolescents hospitalised after suicide attempts to the Kaunas University Clinic from 01.01.1997 to 31.12.1999. Comparison group (n=54) includes age and sex matched controls treated for somatic disorders. All adolescents and their parents were interviewed personally, using semi-structured questionnaire developed by the investigator according the ICD-10 criteria for mental and behavioural disorders. Results of the study show that clinical depression has 6.2 times higher incidence among female adolescent suicide attempters than among their non-suicidal peers. Depression was diagnosed and treated insufficiently before the hospitalisation.

Keywords: adolescents, suicidal attempts, clinical depression.

SANTRAUKA

Tyrimo tikslas buvo nustatyti klinikiniame darbe reikšmingus ryšių tarp paauglių mergaičių bandymų žudyti ir depresijos aspektus. Naudotas priežastinio-palyginamojo tyrimo modelis. Tiriamąją grupę sudarė visos 14-15 m. amžiaus mergaitės, 1997-1999 m. po bandymo žudyti gydytos KMUK (n = 54), palyginamąją grupę sudarė 54 bendraamžės, gydytos dėl somatinės patologijos. Tyrimui naudotas pusiau standartizuotas klausimynas, sudarytas tyrėjo, remiantis TLK-10 leidinio moksliniam darbui kriterijais psichikos ir elgesio sutrikimams nustatyti. Tyrimo rezultatai parodė, kad klinikinė depresija yra 6,2 kartus dažnesnė tarp bandžusių žudyti paauglių mergaičių, nei nebandžusių žudyti bendraamžių grupėje. Iki patekimo į KMUK depresija joms buvo nustatoma nepakankamai dažnai.

Raktažodžiai: paaugliai, bandymai žudyti, klinikinė depresija.

ĮVADAS

Jaunų žmonių savižudybių skaičius Lietuvoje per paskutinį dešimtmetį labai išaugo ir tapo vienas iš didžiausių pasaulyje [1]. 10-19 metų amžiaus grupėje savižudybės yra 2-3 vietoje pagal dažnį tarp mirties priežasčių [2]. Didelę problemą sudaro ir kita nepilnamečių savižudiško elgesio rūšis - nemirtini bandymai žudyti, kurių būna 50-200 kartų daugiau nei mirtinų savižudybių [3]. Įvairių šalių mokslininkų duomenimis, bent kartą gyvenime bando žudyti 2-8 proc. nepilnamečių [4, 5]. Šiems nepilnamečiams reikalingas specialistų dėmesys, kadangi jie sudaro pakartotinių bandymams žudyti ir mirtinų savižudybių rizikos grupę. Siekiant veiksmingos nepilnamečių savižudiško elgesio prevencijos svarbu išsiaiškinti faktorius, darančius įtaką tokiam jų elgesiui. Tai leistų nustatyti nepilnamečius, kuriems yra didesnė savižudiško elgesio rizika (antrinė prevencija), ir efektyviau gydyti jau bandžiusius žudyti vaikus ir paauglius (tretinė arba pakartotinių bandymų žudyti prevencija) [6].

Dažniausiai minimi savižudiško elgesio rizikos faktoriai yra depresija ir kiti psichikos sutrikimai, praeityje buvę bandymai žudyti [7, 8], šeimos faktoriai (nepilna šeimos sudėtis, tėvų bandymai žudyti, piktnaudžiavimas alkoholiu ir kt.), patirta prievarta, problemos moksle ar darbe, psichologinės ar asmenybės savybės, patirti stresai [9, 10]. Didžiausias bandymų žudyti dažnis yra tarp paauglių mergaičių. Neaišku, kas šioje amžiaus grupėje lemia tokį smarkų bandymų žudyti skaičiaus padidėjimą. Paskutiniu metu atliktų tyrimų autoriai šį reiškinį sieja su tuo, kad nuo paauglystės vidurio išauga depresijos, elgesio sutrikimų ir piktnaudžiavimo alkoholiu bei narkotikais dažnis, o tai yra reikšmingi savižudiško elgesio rizikos faktoriai [11, 12].

Ilgą laiką galvota, kad depresija vaikystėje ir paauglystėje yra labai reta liga, nes šiame amžiuje nesusiformavęs *super ego*, retai pasireiškia nuolatiniai, tokie patys kaip ir suaugusiųjų, depresijos simptomai. Kai kurie vaikų ir paauglių amžiaus psichodiagnostikos ypatumai taip pat turi įtaką tam, kad depresija šioje amžiaus grupėje retai nustatoma. Vaikai ir paaugliai blogiau nei dauguma suaugusiųjų suvokia ir verbalizuoja savo emocijų būseną bei subtilesnius jos niuansus, vaikų laiko trukmės suvokimas nėra tikslus ir patikimas, tyrimo metu vaikai ir paaugliai dažnai būna nusistatę gynybiškai, vengia pripažinti, kad susiduria su emocijomis ar elgesio problemomis ir jas pasako. Bendros populiacijos tyrimų, atliktų laikantis DSM-III-R diagnostikos kriterijų, metu klinikinė depresija nustatoma iki 3 proc. jaunesnių nei 13-14 metų amžiaus vaikų ir 3-8 proc. vyresnių paauglių [13, 14]. Dauguma autorių sutinka, kad depresijos dažnis reikšmingai išauga prasidėjus paauglystei, o nuo 14-15 metų amžiaus merginoms ji pasireiškia 2-3 kartus dažniau nei vaikinams [14, 15].

Per paskutiniuosius du dešimtmečius atlikti ilgalaikio stebėjimo tyrimai parodė, kad vaikystėje ir paauglystėje prasidedanti depresija yra vienas iš dažniausių šio amžiaus psichikos sutrikimų, dažnai trunkantis ilgą laiką ir pasikartojantis vyresniame amžiuje, lydimas elgesio, nerimo sutrikimų ir padidėjusios savižudiško elgesio rizikos [14, 16, 17], todėl reikalauja savalaikio diagnozavimo ir gydymo.

Lietuvoje iki šiol trūksta metodiškai atliktų darbų, tiriančių nepilnamečių bandymams žudyti turinčias įtaką priežastis, depresijos paplitimą bendroje šio amžiaus populiacijoje ir tarp bandančių žudyti.

Darius Leskauskas, Ukmergės 20-30, LT-3043 Kaunas. El.paštas: dleskauskas@yahoo.com

TYRIMO TIKSLAS

Nustatyti klinikiniame darbe reikšmingus ryšius tarp paauglių mergaičių bandymų žudytis ir depresijos aspektus.

TYRIMO METODAS

Darbai pasirinktas priežastinio-palyginamojo tyrimo modelis. Tiriamąją grupę (n = 54) sudarė visos be atrankos 14-15 metų amžiaus paauglės mergaitės, kurios 1997-1999 m. po bandymų žudytis gydėsi KMUK vaikų intensyvios terapijos, vaikų ligų, vaikų nervų ligų ir vaikų chirurgijos skyriuose. Jos buvo atrinktos duomenų analizei iš visų nepilnamečių, kurie minėtu laikotarpiu po bandymų žudytis buvo tirti KMUK (n = 91). Ši grupė pasirinkta, nes nagrinėjamos problemos - bandymų žudytis - paplitimas joje yra daug didesnis nei kitose mergaičių ir berniukų amžiaus grupėse, todėl svarbu išsiaiškinti šio reiškinio priežastis.

Palyginamoji grupė (n = 54) buvo sudaryta iš visų be atrankos 14-15 metų amžiaus mergaičių, gydytų KMUK vaikų ligų ir vaikų akių ligų skyriuose 2000 m. gegužės-birželio mėnesiais, išskyrus protiškai atsilikusias. Reikšmingo skirtumo tarp mergaičių tiriamojoje ir palyginamojoje grupėje socialinės padėties, vertintos pagal motinos išsilavinimą, ir gyvenamosios vietos atžvilgiu, nebuvo.

Tyrimui atlikti buvo gaunamas žodinis paauglių mergaičių ir jų tėvų (globėjų) sutikimas. Atsisakiusių dalyvauti tyrime nebuvo. Tyrimui atlikti gautas Kauno medicinos universiteto Nepriklausomos etikos komisijos leidimas (protokolo Nr. 23.2000).

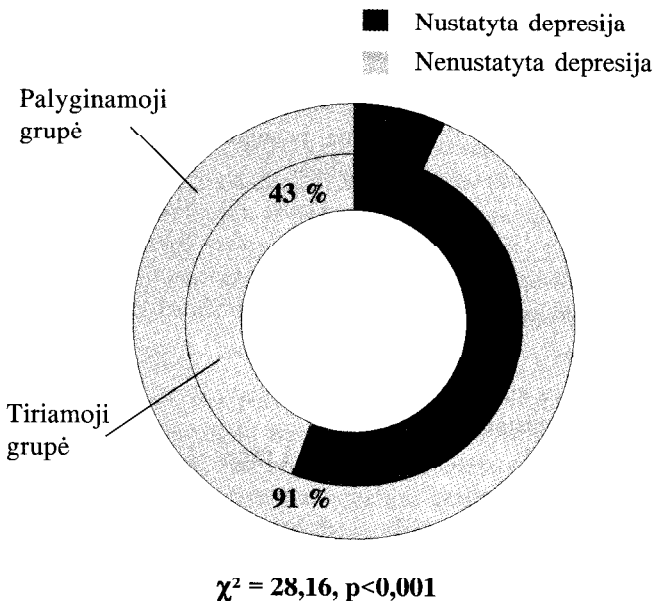
Duomenys rinkti tiriamąsias apklausiant asmeniškai, joms esant patenkinamos somatinės būklės. Naudotas pusiau standartizuotas klausimynas, sudarytas tyrėjo, remiantis TLK-10 leidinio moksliniam darbui kriterijais psichikos ir elgesio sutrikimams diagnozuoti [18]. Apklausos metu buvo vertinama tiriamųjų psichikos būklė, ar tiriamosioms kliniškai pasireiškia depresijos sindromas ir nustatoma klinikinė diagnozė. Depresija buvo vertinama atsižvelgiant į tiriamosioms būdingų depresijos simptomų skaičių ir trukmę. Kliniškai pasireiškiantis depresijos sindromas buvo nustatomas tuo atveju, kai tiriamajai buvo būdinga bent 2 savaites trunkantys, ne mažiau nei 2 pagrindiniai ir 2 papildomi depresijos simptomai pagal TLK-10 kriterijus depresijos epizodo diagnozei nustatyti. Apklauso metu taip pat buvo išsiaiškinami tiriamųjų demografiniai duomenys, šeimos ir ligos anamnezė [19].

Kadangi nagrinėjami faktoriai buvo koduoti nominalinio lygio kintamaisiais, statistinei analizei buvo sudaromos kontingencijos lentelės ir skaičiuojamas χ^2 skirtumas. Buvo priimta, kad statistiškai reikšmingas ryšys yra tuo atveju, jei $p < 0,05$.

REZULTATAI

Siekiant nustatyti ryšį tarp paauglių mergaičių bandymų žudytis ir kliniškai pasireiškiančio depresijos sindromo, buvo atliktas visų tiriamųjų klinikinis psichiatrinis įvertinimas ir nustatyta klinikinė diagnozė. Analizuojant duomenis, palygintas depresijos sindromo dažnis tarp bandžiusių žudytis ir nebandžiusių žudytis paauglių mergaičių, sudarant kontingencijos lenteles ir apskaičiuojant χ^2 rodiklį.

Tarp bandžiusių žudytis 14-15 metų amžiaus paauglių mergaičių psichikos sutrikimai buvo nustatyti 74,1 proc. tiriamų-



Pav. Tiriamojoje ir palyginamojoje grupėse nustatyta klinikinė depresija

jų. 22,2 proc. tiriamųjų psichikos sutrikimų nenustatyta, o 3,7 proc. atvejų diagnozė buvo neaiški. 31 (57,4 proc.) bandžiusiai žudytis paauglei nustatytas psichikos sutrikimas kartu su depresijos sindromu.

Palyginamojoje grupėje psichikos sutrikimai buvo diagnozuoti 20,4 proc. nebandžiusių žudytis 14-15 metų amžiaus paauglių mergaičių. Palyginamojoje grupėje psichikos sutrikimas ir depresijos sindromas buvo diagnozuotas 5 (9,3 proc.). 79,6 proc. nebandžiusių žudytis tiriamųjų psichikos sutrikimų nenustatyta.

Palyginus depresijos dažnį tarp bandžiusių žudytis paauglių mergaičių ir nebandžiusių žudytis bendraamžių, gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2 = 28,16, p < 0,001$), rodantis, kad depresijos sindromas 6,2 karto dažniau pasireiškė tarp bandžiusių žudytis mergaičių.

Kliniškai pasireiškiantis depresijos sindromas buvo dažniausiai nustatoma psichopatologija bandžiusiems žudytis paauglėms. 51,6 proc. tiriamųjų kartu su depresijos sindromu pasireiškė kita psichopatologija, t.y. nerimo, elgesio sutrikimai, psichozės simptomų. Dėl šios priežasties kliniškai pasireiškiančia depresija sergančioms tiriamosioms būdavo nustatomos skirtingos TLK-10 diagnozės. Jos išvardintos 1 lentelėje. Dažniausiai tai buvo įvairaus sunkumo depresijos epizodas (29,0 proc.), depresinis elgesio sutrikimas (19,4 proc.), adaptacijos sutrikimas su depresine reakcija arba potrauminio streso sutrikimas (PSS) (16,1 proc.).

Depresijos sindromas bandžiusiems žudytis paauglėms buvo nustatytas statistiškai patikimai dažniau ($p > 0,05$) nei kiti psichopatologiniai sindromai. Elgesio sutrikimas tarp bandžiusių žudytis 14-15 metų amžiaus mergaičių nustatytas 25,9 proc., nerimo sindromas - 29,6 proc., psichozinis sindromas - 14,3 proc., psichoorganinis sindromas - 3,7 proc. Didesnei daliai bandžiusių žudytis paauglių, kurioms buvo nustatyti nerimo, elgesio ar psichoziniai sutrikimai, kartu pasireiškė ir depresijos sindromas (atitinkamai 75,0 proc., 57,1 proc. ir 87,5 proc.). Tuo tarpu depresijos sindromas pusei tiriamųjų pasireiškė be kitų sindromų.

1 lentelė. Psichikos sutrikimai, su kuriais paauglėms mergaitėms kartu pasireiškė depresijos sindromas

Diagnozė	Bandžiusios žudytis paauglės mergaitės		Nebandžiusios žudytis paauglės mergaitės	
	Skaičius	Dalis, proc.	Skaičius	Dalis, proc.
Depresijos epizodas	9	29,0 proc.	4	80,0 proc.
Depresinis elgesio sutrikimas	6	19,4 proc.	-	-
Adaptacijos sutrikimas su depresine reakcija, PSS	5	16,1 proc.	1	20,0 proc.
Bipolinis sutrikimas, depresijos epizodas	2	6,5 proc.	-	-
Pasikartojantis depresinis sutrikimas, remisija	1	3,2 proc.	-	-
Distimija	2	6,5 proc.	-	-
Schizoafektinis sutrikimas	2	6,5 proc.	-	-
Nepatikslintas depresinis sutrikimas	4	12,9 proc.	-	-
Iš viso:	31	100,0 proc.	5	100,0 proc.

Palyginamojoje grupėje depresijos sindromas buvo nustatomas rečiau nei nerimo sutrikimai (atitinkamai 9,3 proc. ir 14,8 proc.), tačiau dažniau nei kita psichopatologija: elgesio sutrikimai (3,7 proc.) ir valgymo sutrikimai (3,7 proc.). Tarp nebandžiusių žudytis paauglių klinikinės depresijos ir kitų ligų susibendrinimas pasireiškė tiek pat dažnai kaip ir tarp bandžiusių žudytis (60,0 proc.). Skirtumas buvo toks, kad palyginamojoje grupėje klinikinė depresija buvo lydima tik nerimo sutrikimų. Tuo tarpu paauglėms, kurioms buvo nustatyti nerimo, elgesio, valgymo sutrikimai, depresijos sindromas pasireiškė rečiau nei tiriamojoje grupėje (atitinkamai 37,5 proc., 0 proc. ir 0 proc.).

Analizuojant ligos anamnezės nustatyta, kad 26 (48,1 proc.) bandžiusios žudytis tiriamosios praeityje lankėsi pas psichiatrą arba psichologą. 15 iš jų buvo gydomos: 11 (20,8 proc.) bandžiusių žudytis tiriamųjų buvo gydomos medikamentais, 1 (1,9 proc.) gydyta psichoterapija, 3 (5,6 proc.) gydytos ir medi-

kamentais, ir psichoterapija. 39 (71,7 proc.) bandžiusios žudytis paauglės nebuvo gydytos. 11 jų (19,0 proc.) praeityje buvo konsultuotos specialisto, tačiau gydymas nepaskirtas.

Tarp bandžiusių žudytis paauglių mergaičių, kurioms tyrimo metu nustatyta kliniškai pasireiškianti depresija (n = 31), 18 (58,1 proc.) buvo lankęsi pas psichiatrą arba psichologą, 11 (37,5 proc.) iš jų buvo skirtas gydymas: 7 (20,6 proc.) bandžiusių žudytis tiriamųjų buvo gydomos medikamentais, 1 (3,7 proc.) gydyta psichoterapija, 3 (9,7 proc.) gydytos ir medikamentais, ir psichoterapija. 20 (65,9 proc.) bandžiusių žudytis paauglių mergaičių, kurioms buvo klinikinė depresija, praeityje gydytos nebuvo, nors 7 (20,6 proc.) iš jų konsultavo specialistai.

Palyginamojoje grupėje tarp mergaičių, kurioms kliniškai pasireiškė depresija (n = 5), pas psichiatrą ar psichologą buvo apsilankiusios 3 (60 proc.) tiriamosios. 1 jų (20 proc.) vartojo psichiatro skirtų medikamentų, 1 (20 proc.) gydyta psichoterapija ir 1 (20 proc.) – medikamentais ir psichoterapija. Praeityje nebuvo gydytos tos 2 mergaitės (40 proc.), kurios pas specialistus nesilankė. Visoms tiriamosioms praeityje suteikta psichiatrinė pagalba apibendrinta 2 lentelėje.

REZULTATŲ APTARIMAS

Nustačius kliniškai pasireiškiančio depresijos sindromo dažnį tarp 14-15 metų amžiaus mergaičių paaiškėjo, kad jis yra 6,2 kartus didesnis tarp bandžiusių žudytis nei nebandžiusių žudytis bendraamžių grupėje. Bandžiusioms žudytis paauglėms kliniškai pasireiškiantis depresijos sindromas nustatytas dažniau už kitus vertintus psichikos sutrikimų sindromus. Tokius rezultatus gauna ir dauguma užsienio autorių, tiriančių depresijos dažnį tarp bandžiusių žudytis nepilnamečių [20, 21, 22, 23]. Gautas klinikinės depresijos dažnis (57,4 proc.) mažai skiriasi nuo duomenų, kuriuos pateikia kiti autoriai, tyrę paauglius, gydomus stacionaruose po bandymų žudytis [20, 22]. Tačiau jis yra didesnis nei klinikinės depresijos dažnis, gaunamas tiriant jį bendroje populiacijoje tarp bandžiusių žudytis nepilnamečių [21, 23]. Gali būti keletas šio skirtumo priežasčių: į stacionarą patenka didesnę žalą savo sveikatai padariusios ir sunkesniais psichikos sutrikimais sergančios paauglės; jos dažniau bando žudytis depresijos epizodo, o ne remisijos metu. Kita vertus, depresija, nustatyta po bandymo žudytis, gali būti reakcija į patį bandymą žudytis, o ne jį paskatinęs faktorius.

Savo darbe, siekdami išvengti tokios paklaidos, klinikinę depresiją diagnozavome tik tada, kai jos simptomai trukdavo ne trumpiau nei 2 savaites iki bandymo žudytis. Toks retrospekty-

2 lentelė. Tiriamosioms praeityje suteikta psichiatrinė pagalba

Tiriamoji grupė / pagalbos rūšis	Visos bandžiusios žudytis (n=54)	Depresija sergančios bandžiusios žudytis (n=31)	Depresija sergančios nebandžiusios žudytis (n=5)
Konsultavo psichiatras / psichologas	26 (48,1 proc.)	18 (58,1 proc.)	3 (60 proc.)
Specialistas neskyrė gydymo	11 (19,0 proc.)	7 (20,6 proc.)	-
Gydytos	15 (28,3 proc.)	11 (37,5 proc.)	3 (60 proc.)
Gydytos vaistais ir psichoterapija	3 (5,6 proc.)	3 (9,7 proc.)	1 (20 proc.)
Specialistas nekonsultavo	28 (51,9 proc.)	13 (41,9 proc.)	2 (40 proc.)
Iš viso:	54 (100 proc.)	31 (100 proc.)	5 (100 proc.)

vus vertinimas kiek sumažina rezultatų patikimumą, tačiau yra neišvengiamas nustatant klinikinę diagnozę, kadangi simptomų trukmė yra vienas iš diagnostikos kriterijų. Siekiant padidinti diagnostikos objektyvumą apie pastebėtų depresijos simptomų trukmę buvo klausama tiriamųjų tėvų arba globėjų [19].

Mūsų nustatytas depresijos dažnis palyginamojoje grupėje (9,3 proc.) atitinka kai kurių užsienyje atliktų epidemiologinių tyrimų rezultatus su šio amžiaus grupe bendroje populiacijoje [13, 15]. Kitų epidemiologinių tyrimų [24] rezultatas – mažesnis nei gautas šio tyrimo metu depresijos dažnis tarp paauglių mergaičių. Šį skirtumą galima paaiškinti tuo, kad palyginamoji grupė buvo renkama klinikinėje populiacijoje, o ne atsitiktinės atrankos būdu bendroje populiacijoje.

Negalima atmesti ir galimo nacionalinio faktoriaus. Gali būti, kad kliniškai pasireiškianti depresija yra labiau paplitusi tarp nepilnamečių Lietuvoje nei kitose šalyse. Deja, šiai prielaidai patikrinti nepavyko rasti epidemiologinių depresijos paplitimo tarp paauglių tyrimų, darytų Lietuvoje, rezultatų.

Kliniškai pasireiškiantis depresijos sindromas buvo dažniausiai nustatoma psichopatologija bandžiusiems žudyti paauglėms. 51,6 proc. tiriamųjų kartu su depresijos sindromu pasireiškė kita psichopatologija. Sunku pasakyti, ar gretutinė psichopatologija padidina depresija sergančių paauglių savižudiško elgesio riziką. Daugelis autorių pažymi, kad ir nesizu-dantiems nepilnamečiams būdingas didelis depresijos susibendrinimas su kitais psichikos sutrikimais [13, 25]. Didesnei daliai bandžiusių žudyti paauglių, kurioms buvo nustatyti nerimo, elgesio ar psichoziniai sutrikimai, kartu pasireiškė depresijos sindromas (atitinkamai 75,0 proc., 57,1 proc. ir 87,5 proc.). Galima daryti prielaidą, kad savižudiško elgesio riziką nepilnamečiams, kurioms būdingi nerimo, elgesio ar psichoziniai sutrikimai, padidina susibendrinimas su depresijos sindromu.

Todėl siekiant savižudiško elgesio prevencijos svarbu tiriant nepilnamečių įvertinti, ar jam nėra būdinga klinikinė depresija, net jeigu akivaizdžiai pastebima kita psichopatologija.

Įvertinus tirtų paauglių mergaičių anamnezės nustatyta, kad praeityje psichikos sveikatos specialistų buvo konsultuota didesnė dalis bandžiusių žudyti paauglių mergaičių nei nebandžiusių žudyti jų bendraamžių. Specialistų buvo konsultuotos daugiau kaip pusė tiriamųjų, kurioms buvo nustatyta klinikinė depresija. Tačiau gydyta tik dalis iš jų (apie 60 proc. konsultuotų depresiškų tiriamųjų). O visapusiškai veiksmingai gydytos kaip rekomenduoja vaikų psichiatrijos ekspertai, t.y. derinant medikamentus ir psichoterapiją [8, 14], buvo tik maža dalis tiriamųjų (5,6 proc. bandžiusių žudyti paauglių mergaičių).

IŠVADOS

Tiek tiriamoji, tiek palyginamoji grupės buvo sudarytos iš KMUK gydytų paauglių mergaičių, todėl į tyrimą nepateko bandžiusios žudyti, bet negydytos ligoninėje paauglės. Dėl šios priežasties gautų rezultatų negalima generalizuoti bendrai populiacijai ir teigti, kad depresijos sindromas būdingas apytiksliai pusei visų bandančių žudyti paauglių mergaičių. Tačiau tai, kad kliniškai pasireiškiančios depresijos dažnis tarp bandžiusių žudyti paauglių mergaičių yra 6 kartus didesnis nei tarp jų bendraamžių, gydytų dėl kitų sveikatos sutrikimų, rodo, kad klinikinė depresija turi neabejotiną reikšmę tokiam paauglių elgesiui ir reikalauja savalaikio efektyvaus gydymo.

Šiuo metu Lietuvoje nepilnamečių depresija yra nustatoma nepakankamai dažnai ir gydoma nepakankamai efektyviai. Planuojant nepilnamečių savižudiško elgesio prevenciją, reikalingos programos, padedančios nustatyti paauglius, kuriems pasireiškia klinikinė depresija, ir juos tinkamai gydyti.

Kliniškai pasireiškiantis depresijos sindromas yra būdingas pusei po bandymo žudyti į ligoninę patenkančių paauglių mergaičių ir pasireiškia kartu su įvairiais TLK-10 klasifikacijos psichikos sutrikimais. Todėl vertinant bandžiusių žudyti nepilnamečių psichikos būklę ir planuojant gydymą būtina atsižvelgti į klinikinę depresiją, net jeigu yra akivaizdžiai kitos psichopatologijos požymiai.

LITERATŪRA:

1. Gaileienė D. Jie neturėjo mirti. Savižudybės Lietuvoje. – Vilnius, 1998, p. 19-122.
2. Lietuvos statistikos metažinis 1999. – Vilnius: Lietuvos statistikos departamentas, 1999, p. 37, 41, 42.
3. Shaffer D., Hicks R.. The epidemiology of child and adolescent suicide. In: The epidemiology of childhood disorders, ed. B.Pless. – New York, 1993, p. 339-368.
4. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a national representative longitudinal study of Norwegian adolescents // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 2000, vol. 39, p. 603-610.
5. Fergusson D.M., Woodward L.J., Horwood L.J.. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood // Psychol. Med. – 2000, vol. 30, p. 23-39.
6. Garland A.F., Zigler E.. Adolescent suicide prevention. Current research and social policy implications // American psychologist. – 1993, vol. 48, p. 169-182.
7. Fawcett J., Scheffner W. et al. Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study // Am. J. Psychiatry. – 1987, vol. 144, p. 35-40.
8. Oquendo M., Malone K.M. et al. Inadequacy of antidepressant treatment for patients with major depression who are at risk for suicidal behavior // Am. J. Psychiatry. – 1999, vol. 156, p. 190-194.
9. Brent D.A. Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: Mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress // Suicide Life Threat. Behav. – 1995, vol. 25, p. 52-63.
10. Gould M.S., Fisher P. et al. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide // Arch. Gen. Psychiatry. – 1996, vol. 53, p. 1155-1162.
11. Shaffer D., Hicks R.. The epidemiology of child and adolescent suicide. In: The epidemiology of childhood disorders, ed. B.Pless. – New York, 1993, p. 339-368.
12. Brent D., Perper J. et al. An outbreak of suicide and suicidal behavior in a high school // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1989, vol. 28, p. 918-924.
13. Petersen A.C., Compas B.E., Brooks-Gunn J. et al. Depression in adolescence // American Psychologist. – 1993, vol. 48, p. 155-168.
14. Pataki C.S., Carlson G.A.. Childhood and adolescent depression: a review // Harvard Rev. Psychiatry. – 1995, vol. 3, p. 140-151.
15. Kovacs M. Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of life span // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1996, vol. 35, p. 705-715.
16. Hofstra M.B., van der Ende J., Verhulst F.C.. Stability of psychopathology from childhood to adulthood // European Child and Adolescent Psychiatry. – 1999, vol. 8, suppl. 2, p. 182.
17. Steinhausen H.C., Meier M., Angst J. The long-term outcome of child and adolescent psychiatric disorders in males // European Child and Adolescent Psychiatry. – 1999, vol. 8, suppl. 2, p. 181.
18. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. – Geneva, 1993, p. 91-93, 95-110, 112-133, 187-195.
19. Leskauskas D., Burba B. Depresijos sindromas tarp bandžiusių nusizudyti vaikų ir paauglių // Medicina. – 1999, t. 35, p. 1099-1103.
20. Brent D., Perper J.A. et al. Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims and suicide inpatients // Arch. Gen. Psychiatry. – 1988, vol. 45, p. 581-588.
21. Gould M.S., King R. et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1998, vol. 37, p. 915-923.
22. Negrón R., Piacentini J. et al. Microanalysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1997, vol. 36, p. 1512-1519.
23. Velez C., Cohen P.. Suicidal behavior and ideation in a community sample of children: maternal and youth reports // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1988, vol. 27, p. 349-356.
24. Lewinsohn P.M., Hops H.. Adolescent psychopathology, I: prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students // J. Abnorm. Psychology. – 1993, vol. 102, p. 133-144.
25. Cianchetti C., Remschmidt H.. Comorbidity of mood disorders // European Child and Adolescent Psychiatry. – 1999, vol. 8, suppl. 2, p. 179.

Gauta: 2001 03 18
Priimta spaudai: 2001 04 30