

SAVIŽUDYBĖS MEDICININIAI IR TEISINIAI ASPEKTAI

Prof. dr. Justinas Sigitas Pečkaitis

Mykolo Romerio universitetas
Ateities g. 20, 08303 Vilnius
Telefonas 271 46 78
Elektroninis paštas studiju.prorektorius@ltu.lt

Doc. dr. Liaudginas Erdvilas Radavičius

Mykolo Romerio universiteto Teismo medicinos institutas
S. Žukausko g. 12, 08234 Vilnius
Telefonas 278 90 48
Elektroninis paštas liaudas@takas.lt

Pateikta 2004 m. rugpjūčio 30 d.

Parengta spausdinti 2004 m. lapkričio 12 d.

Pagrindinės sąvokos: savižudybė, rizika, baudžiamoji atsakomybė, privedimas.

S a n t r a u k a

Savižudybės problemos svarba, aktualumas visiems žinomas ir suprantamas. Straipsnyje pateikiamas savižudybės apibrėžimas ir pagrindinės priežastys. Savižudybė gali būti savanoriškas, iš anksto apgalvotas veiksmas, gali būti impulsyvus, netikėtas poelgis, o kartais individas privedamas prie savižudybės siekiant materialinės ar kitokios naudos.

Visuomenės požiūris į savižudybę kito – nuo tolerantiško iki smerktino, net baustino. Šie pokyčiai straipsnyje iliustruojami gausiais istoriniais pavyzdžiais, pradedant nuo senovės Indijoje, arabų šalyse, Judėjoje bei Europoje egzistavusių požiūrių ir baigiant dar neseniai sovietiniais ir šiais laikais.

Toliau pateikiamas ir analizuojamas šiuolaikinis požiūris į savižudybių priežastis, jų epidemiologija pasaulyje ir Lietuvoje, dažniausi būdai ir prevencija. Šiuo metu savižudybė vertinama kaip labai sudėtingas fenomenas, priklausantis nuo psichologinių, biologinių ir socialinių veiksnių. Šie veiksniai gana detalai analizuojami. Aprašoma savižudybės įtaka aplinkiniams. Pateikiami svarbiausi savižudybės rizikos faktoriai: tiriamojo amžius, priklausomybė alkoholiui, suicidinis elgesys praityje, socialinė padėtis. Žinant šiuos faktorius galima veiksmingiau prognozuoti konkretaus individo elgesį. Aprašomi ir kiti svarbūs faktai, kurių žinojimas gali padėti medikams, teisininkams ir visiems, kurie stengiasi užkirsti kelią savižudybei. Tarp jų paminėtini tokie: aštuoni iš dešimties savižudžių įspėja apie tokį ketinimą aplinkinius; savižudybės dažnesnės šeimose, kuriose jau yra pasitaikę tokių atvejų. Iki šiol nėra tikslios savižudybės numatymo metodikos.

Kitoje straipsnio dalyje svarstomas psichikos sveikatos priežiūros specialistų atsakomybės už nesugebėjimą apsaugoti nuo savižudybės klausimas. Analizuojami veiksniai, dėl kurių neužkertamas kelias savižudybei (netinkamai atliekamos pareigos, nepakankamos specialisto žinios ir kt.). Atsakomybės doktrina iliustruojama konkrečiais teismo praktikos pavyzdžiais. Taip pat analizuojami principai, kuriais vadovaujantis įvertinama psichikos sveikatos priežiūros specialistų atsakomybė už jų pacientų savižudybę arba suicidinius veiksmus. Pagrindinis iš šių principų – psichikos sveikatos priežiūros specialisto veiksmų atitiktis profesiniams standartams. Manome, kad jų analizė gali būti naudinga specialistams analizuojant konkrečius savižudybės atvejus. Nagrinėjama ir atsakomybės už sukurtą nusižudyti arba privedimą prie savižudybės problema.

Savižudybė, arba suicidas (iš lot. *sui* – savęs, *caedere* – žudyti), yra tikslingas, tyčinis nusižudymas arba susinaikinimas. Pirmą kartą suicido terminą pavartojo abatas G. Desfon-

taines 1737 metais. Jos priežastys gali būti labai įvairios, ne visada ir ne iki galo suprantamos pačiam savižudžiui, o tuo labiau aplinkiniams. Paprastai savižudybė suprantama kaip savanoriškas, iš anksto apgalvotas veiksmas, nors kartais tai impulsyvus, nelauktas, neplanuotas poelgis. Rečiau pasitaiko atveju, kai savižudybė yra nesavanoriška, kai asmuo privedamas prie savižudybės, dažniausiai dėl materialinės naudos. Kitas reiškinys, kartais galintis priminti suicidą, yra parasuicidas, arba tariamoji savižudybė. Tai toks manipuliacinis poelgis, kuriuo sąmoningai ir tikslingai siekiama išgauti kokios nors naudos sau, šantažuojami artimieji ar kiti asmenys siekiant užuojautos ar kitokių tikslų.

Senovėje indai, žydai, graikai ir romėnai tam tikromis aplinkybėmis savižudybę vertino kaip normalų veiksma. Taip buvo vertinamos savižudybės siekiant išvengti negarbės, po priverstinio krikšto, patekus vergijon, praradus skaistybę, išreiškiant lojalumą žuvusiam mūšyje vadui, iš liūdesio mirus vyrui. Savižudiškas elgesys aprašomas senovės Indijos Vedose ir upanišadose. Ankstyvuojų Vedų laikotarpiu savižudybė buvo sankcionuota kaip religinis ritualas. Keletoje Vedų himnų savižudybė buvo parodoma kaip labiausiai vertinama auka. Upanišadų laikotarpiu požiūris pasikeitė. Savižudybė buvo vadinama „antireligine ir kvaila“. *Isavasya* upanišadoje buvo teigiama, kad „tie, kurie patys sau atims gyvybę, po mirties pateks į vietas, kuriose nėra saulės ir viešpatauja visiška tamsa“. Didžiuosiuose Indijos epuose taip pat yra savižudybės pavyzdžių. Ramajanos didvyris Rama nusiskandina Sarayu upėje sužinojęs, kad jo brolis Lakšmana nusižudė. Ayodhya miesto gyventojai, sužinoję apie šių brolių mirtį, labai išgyveno, buvo sukrėsti, ir prasidėjo masinės savižudybės. Kitame Indijos epe Mahabharata Pandu karalienė Madri nusižudė, kai mirė jos vyras. Žymus senovės Indijos įstatymų leidėjas Kautilya pasmerkė savižudiškas mirtis ir įsakė nuogus savižudžių kūnus taisyti keliais, uždraudė juos laidoti pagal laidotuvių papročius, o jeigu giminės palaidodavo laikydamiesi apeigų, buvo uždrausta juos pačius laidoti laikantis apeigų, jų nuosavybė būdavo konfiskuojama, bendruomenė turėjo juos ignoruoti. Tačiau Indijos religiniai vadovai tam tikromis aplinkybėmis leisdavo nusižudyti. Tai buvo *sati* – religinė moters savižudybė susideginant mirus jos vyrui. Tokia tradicija buvo ne tik Indijoje. Manoma, kad ji egzistavo ir senovės Graikijoje, Vokietijoje, Egipte ir slavų kraštuose. Šis paprotys iki praeito šimtmečio gyvavo ir Kinijoje. Indijoje jį uždraudė 1829 m. vicekaralius lordas Bentinckas. *Jauhar* – masinė savižudybė, kuriai, norėdamos išvengti seksualinio prievartavimo, nelaisvės, kai užpuldamo priešai, ryždavosi moterys Radžastane, Vakarų Indijoje. Kaip pavyzdį galima pateikti masines savižudybes, kai Aleksandras Makedonietis užkariavo Pendžabą. Senovės Indijoje *sati* ir *jauhar* įkūnijo vedybinę meilę ir patriotizmą. Savižudybės buvo leidžiamos ir religiniais motyvais, sergant sunkia, nepagydoma liga, labai sename amžiuje, kai žmogus tapdavo visiškai neįgalus, nebegalėdavo atlikti religinių apeigų. Ir kituose kraštuose savižudybę pateisindavo, jeigu nusižudydavo sunkiai sergantis žmogus. Gana įprasta buvo nusižudyti pralaimėjus mūšį arba gresiant nelaisvei. Kartais tokios savižudybės būdavo masiškos. Gerai žinomas tokios masinės savižudybės siekiant išvengti nelaisvės pavyzdys – Pilėnų gynėjų tragiškas pasirinkimas. Po ilgos kryžiuočių apgulties, matydami, kad pralaimi, pilies gynėjai pasirinko mirtį – išžudė savo žmonas, vaikus ir galiausiai vienas kitą. Japonijoje pagal samurajų garbės kodeksą buvo privaloma nusižudyti (charakiri), jeigu buvo įžeidžiama samurajaus garbė. Tai buvo protestas prieš pažeminimą. Ilgainiui visuomenės požiūris į savižudybę keitėsi. Jau senovės Atėnuose laipsniškai įsigalėjo paprotys nukirsti ranką mėginusiam nusižudyti, o Romoje ir ankstyvosios krikščionybės laikais buvo neleidžiama savižudžiui surengti iškilmingas laidotuves su krikščioniškomis apeigomis, jie turėjo būti laidojami už kapinių tvoros, nešventintoje žemėje. Savižudybė buvo laikoma nusikaltimu Dievui, kriminaliniu aktu. Kai kuriose valstybėse (priešrevoliucinėje Rusijoje) bandymą nusižudyti įstatymai traktavo kaip nusikaltimą. Taip buvo ir prieškarinėje Lietuvoje. Apie savižudybę Korane rašoma: „Nežudyk savęs, nes Dievas buvo tau gailėstingas“. Toks konkretus ir griežtas teiginys turėjo didelę įtaką suicidų prevencijai arabų, musulmonų šalyse. Žinoma, ir musulmonams kyla suicidinių minčių, tačiau jie, bijodami veikti prieš Dievo valią, vengia jas įgyvendinti.

Požiūris į savižudybę kito dėl to, kad žmogus, jo gyvybė laikui bėgant buvo vis labiau vertinami. Tie pokyčiai atsispindėjo mene ir filosofijoje nuo antikos laikų iki viduramžių. Ta-

čiau iki viduramžių ir vėliau išliko ir senasis požiūris. Nors krikščioniškasis etosas (su neigiamu požiūriu į savižudybę) viduramžiais buvo tvirtai įsigalėjęs beveik visoje Europoje, senosios pažiūros kai kur išliko, ypač estetikoje, kai kuriose mokslo šakose. Garsus viduramžių anglų rašytojas, riteris ir taikos teisėjas Geoffrey Chaucer savo knygoje „Kenterberio pasakojimai“ („Canterbury Tales“) rašo apie savižudybę dėl dvasinių motyvų, siekiant išsaugoti savo skaistybę. Viena iš šios knygos pasakojimų, pavadintame „Gydytojo pasakojimas“, rašoma apie nekaltą mergelę, kuri buvo klastingai išprievartauta. Vienintelis būdas išsaugoti jai savo garbę yra mirtis. Ir ji maldauja savo tėvą ją nužudyti, kad taip išsaugotų savo garbę. Kai tėvas įvykdo baisų savo dukters prašymą, nei apsakymo kiti veikėjai miestelėnai, nei pats knygos autorius neišreiškia jokie nepritarimo ar pasipiktinimo tokiu dukters ir jos tėvo sprendimu. Priešingai, visi visiškai pritaria šiam, jų nuomone, atsižvelgiant į aplinkybes, tinkamam, nors ir tragiškam, dukters ir tėvo pasirinkimui. Pasakojimo autoriaus kalba aprašant mirtį yra rūsti ir pagarbi. Viljamas Šekspyras, gyvenęs dviem šimtais penkiasdešimčia metų vėliau, savo garsiojoje meilės dramoje „Romeo ir Džuljeta“ taip pat rašo apie savižudybę. Tas aprašymas yra psichologiškai motyvuotas ir labai dramatiškas, o autoriaus požiūris į savižudybę beveik nesiskiria nuo šiuolaikinio.

XVIII a. menininkų, filosofų, mokslininkų dėka požiūris į žmogaus egzistenciją, o kartu ir į savižudybę gerokai pakito. Iki XVIII a. savižudybė buvo siejama su melancholija, ir visuomenė tokį poelgį iš dalies toleravo. VIII a. savižudybė pradėta vertinti kaip pamišimo požymis. XIX a. savižudybės priežastys buvo aiškinamos visuomenės ir ekonomikos dezintegracija, tačiau kai kurie psichiatrai tvirtino, kad kiekvienas savižudis yra psichikos ligonis. XX a. savižudybė vertinama kaip normalios psichikos deviacija, nes nugalimas svarbiausias – gyvybinis (savisaugos) žmogaus instinktas. Šiais laikais pasitaiko atvejų, kai savižudybe reiškiamas politinis protestas. Vietname budistų vienuoliai susidegino, nenorėdami paklusti okupantams, 1969 m. Prahoje studentas Janas Palachas susidegino reikšdamas protestą prieš sovietų invaziją į Čekoslovakiją, o 1972 m. tą padarė Romas Kalanta protestuodamas prieš sovietinę Lietuvos okupaciją.

Sovietiniais laikais teiginys, kad tik psichikos ligonis gali žudyti, buvo suabsoliutintas. Duomenys apie savižudybes, moksliniai darbai, tyrimai šia tema buvo įslaptinti, buvo neįmanoma kalbėti apie tai, kad į savižudybę gali pastūmėti ne tik psichikos sutrikimai, bet ir įvairios socialinės problemos, konfliktai. Ir šiais laikais ne tokios retos masinės savižudybės, kurias paskatina religinių sektų vadovai. Taip įvyko 1978 m. Gajanoje, kai nusižudė 912 vienos iš religinių sektų narių. Tokių masinių, kultūrinių savižudybių būta ir daugiau.

Savižudybės priežastys labai įvairios. Nustatyta, kad turi reikšmės genetiniai, paveldimumo, socialiniai ir šeimos veiksniai. Vyrai žudosi tris kartus dažniau nei moterys, bet moterys keturis kartus dažniau mėgina žudyti. Dažniausiai žudosi maždaug 45 m. amžiaus vyrai, o nusižudžusių moterų vidutinis amžius yra 55 m. ir daugiau. Pastebėta, kad pastaruoju metu vis dažniau žudosi jaunuoliai. JAV yra ryškus rasinis savižudybių skirtumas – du iš trijų nusižudžusiųjų yra baltieji. Imigrantai nusižudo dažniau nei vietiniai gyventojai. Pagal profesiją JAV didžiausia savižudybės rizika yra tarp gydytojų. Panašūs duomenys nustatyti ir Didžiojoje Britanijoje bei Skandinavijoje. Tarp gydytojų dažniausiai žudosi psichiatrai, kiek rečiau oftalmologai, anesteziologai. Iš kitų specialybių didesnė savižudybės rizika yra tarp muzikų, odontologų, policijos darbuotojų ir draudimo agentų. JAV suicidai šiek tiek dažnesnis pavasarį ir rudenį, o Didžiojoje Britanijoje – pavasarį ir vasarą. Mėginimas nusižudyti praeityje didina pakartotinio suicidinio mėginimo riziką. Nustatyta, kad 10 proc. mėginusiųjų nusižudyti per dešimties metų laikotarpį vis dėlto nusižudo. Kai kurių autorių nuomone, po nepavykusio mėginimo nusižudyti savižudybės rizika dvylikos mėnesių laikotarpiu yra šimtą kartų didesnė nei bendrojoje populiacijoje [3]. Svarbios yra psichosocialinės priežastys (vienatvė, šeimos padėtis, įprasto gyvenimo staigus pasikeitimas, savižudybė šeimoje, žiniasklaidos skelbiama informacija apie savižudybes ir kt.), konfliktinės, krizinės situacijos. Garsus prancūzų sociologas E. Diurkheimas išskyrė tris savižudybių socialines kategorijas: egoistinę, altruistinę ir anominę. Egoistinė savižudybė būdinga individams, kurie nėra stipriai integruoti į kokią nors socialinę grupę. Toks individas perdėm sureikšmina save ir nebejaučia šeimos, socialinės ar religijos kontrolės. Altruistinės savižudybės būdingos individams, kurie

pasiaukoja kokios nors socialinės grupės gerovei. Pvz., japonų kareivis, aukojantis savo gyvybę mūšio lauke. Anominės (angl. *anomie* – nuopolis) savižudybės visuomenės, kurioje trūksta kolektyvinės tvarkos, kuri išgyvena didžiulius socialinius pokyčius, ištikta politinės krizės, o individai patiria drastiškus ekonominius pokyčius, reiškiny. Tada individai tampa daug pažeidžiamesni. Crichton-Milleris savižudybių motyvus skirsto į tris grupes. Pirmoji grupė apima fizinį skausmą ir negalėjimą patenkinti instinktų. Reikšmingesnis yra ne aštrus skausmas, bet nuolatinis nemalonus pojūtis (pvz., užimas ausyse). Gana dažnai nusižudoma dėl gresiančių skausmų arba skausmingos mirties baimės. Tarp instinktų – lytinio gyvenimo sutrikimai, ypač impotencija arba impotencijos baimė. Kartais savižudybės priežastis – homoseksualizmas. Antroji grupė – socialinės nelaimės (bankrotas, teismai, nelegalus nėštumas ir t. t.). Trečioji grupė – mistiški ir religiniai motyvai (atgaila dėl padarytų klaidų, purifikacijos idėja, veržimasis į pomirtinį gyvenimą ir pan.).

Žinoma, kad psichikos sutrikimai, ypač afektiniai, ryškiai padidina savižudybės riziką, o kartais yra pagrindinė savižudybės priežastis. JAV beveik 95 proc. visų žmonių, kurie mėgino žudyti arba nusižudė, buvo diagnozuotas psichikos sutrikimas. Apskritai psichikos ligonių savižudybės rizika yra 3–12 kartų didesnė nei sveikų žmonių. Iš jų 80 proc. nustatyta depresinis sutrikimas, 10 – šizofrenija, 5 proc. – demencija arba delyras. Be afektinių sutrikimų ir šizofrenijos, didelę įtaką savižudiškam elgesiui turi priklausomybės ligos ir asmenybės sutrikimai. Ypač didelė savižudybės rizika, kai individui nustatyti keli psichikos sutrikimai, vadinamasis komorbidiškumas. Iš tų 95 proc., kuriems nustatyti psichikos sutrikimai, 25 proc. buvo priklausomi nuo alkoholio. Sergant sunkiomis lėtinėmis somatinėmis, onkologinėmis ligomis savižudiško elgesio tikimybė taip pat labai padidėja.

Šiuo metu daugumas specialistų savižudybę vertina kaip sudėtingą fenomeną, priklausančią nuo psichologinių, biologinių ir socialinių veiksnių. Individas gali nusižudyti ieškodamas išeities iš sunkios padėties ar siekdamas įskaudinti kitą asmenį ar instituciją, ištiktas psichologinės krizės. Psichologinė krizė – tai sveiko žmogaus reakcija į sunkią situaciją, kai jis nebesugeba pasinaudoti įprastais prisitaikymo metodais ir pasirenka kitokius būdus. Vienas iš jų gali būti ir savižudybė. Žmogus žudosi, kai padėtis tampa nebepakeliama ir jis savo mirtimi siekia pakeisti savo gyvenimą. Turi reikšmės ir genetiniai faktoriai, kurie kai kuriems asmenims predisponuoja depresijos ir savižudybės išsivystymą. Tačiau dažniausiai savižudybės idėja kyla iš prislėgtos asmens būsenos, kad gyvenimas yra nepakeliamas, kad mirtis yra vienintelis išsigelbėjimas iš nepakeliamo skausmo, nepagydomos ligos, finansinės katastrofos. Žmogus, kurį užvaldo savižudybės idėja, jaučia beviltiškumą, bejėgiškumą, nebetato išeities, nežino, kaip įveikti nepakeliamą įtampą. Tokie jausmai ir vertinimai yra didžiulio distreso signalai, o kitas žingsnis dažniausiai yra savižudybė. Taigi savižudybė nėra atsitiktinis ar betikslis veiksmas, tai išsilaisvinimas iš sunkumų, krizės sukeltos kančios.

Biologinių genetinių faktorių svarbą rodo daugelis biocheminių ir genetinių tyrimų. Vienas iš tokių tyrimų buvo atliktas praeito dešimtmečio pradžioje – tirti nusižudę identiški dvyniai. Nustatyta, kad po tam tikro laiko nusižudė 13 proc. likusių gyvų dvynių, tuo tarpu taip pasielgė tik 0,7 proc. neidentiškių dvynių.

Taigi tarp savižudybės ir visų minėtų veiksnių nenustatytas tiesioginis ryšys. Tačiau jie rodo dviejų sąveikaujančių faktorių grupių įtakos svarbą: tarp socialinių faktorių išsiskiria socialinė izoliacija, o tarp medicininių – depresiniai sutrikimai, priklausomybė alkoholiui, asmenybės sutrikimai.

Negali būti jokių abejonių, kad kartais savižudybė yra racionalus psichiškai sveiko asmens veiksmas. Tačiau kliniškai tiriant asmenį, kuris kalba apie savižudybę, tikslinga daryti prielaidą, kad jo suicidinius polinkius skatina nenormali psichikos būklė. Net jeigu tokia prielaida yra neteisinga, jeigu individas yra vienas iš nedaugelio, kuris racionaliai nusprendė mirti, gydytojas vis tiek turėtų pamėginti apsaugoti jį nuo žalos sau padarymo. Kartais, turėdami galimybę ilgiau pasvarstyti, žmonės, turintys suicidinių tikslų, pakeičia savo ketinimus. Pvz., tokie asmenys, sergantys vėžiu, gali išsiaiškinti, kad mirtis nuo šios ligos gali nebūti tokia skausminga, kaip jie įsivaizdavo. Todėl jie gali pakeisti savo sprendimą, kurį padarė racionaliai, bet remdamiesi neteisingomis prielaidomis.

Savotiška savižudybių forma yra vadinamieji suicidiniai paktai, arba sutartys. Tai dviejų žmonių susitarimas tuo pačiu metu nusižudyti. Tokios savižudybės nėra labai retos. Jų dažnumą tiriantis Cohenas nustatė, kad iš 180 savižudybių viena buvo tokios formos. Suicidines sutartis reikia skirti nuo tokių atvejų, kai nužudžius nusižudoma arba kai vienas asmuo padeda nusižudyti kitam, neplanuodamas pats nusižudyti. Tyrinėjant suicidinės sutarties savižudybes nustatyta, kad maždaug pusė tokių sutarčių sudarė mylimieji. Kitais tyrimais buvo nustatyta, kad sutarties iniciatoriumi dažniausiai būna psichiškai nesveikas vyras. Jis paveikia moterį, kuri nėra psichikos ligonė.

Suprantama, kad nėra vienas psichikos sveikatos priežiūros subjektas tiek nepatraukia dėmesio kaip savižudybė, nes tai yra nepataisomas veiksmas. Nepaisant visų priemonių savižudybės padariniai yra destruktivūs aplinkiniams, nusižudžiusiojo artimiesiems. Jiems toks jų artimo žmogaus poelgis sukelia labai stiprų gailėsčio ir kaltės jausmą. Artimieji, kurie mylėjo, rūpinosi, buvo artimais emociniais ryšiais susieti su nusižudžiusiuoju, kaltina ir smerkia save, kad per mažai juo rūpinosi ir domėjosi jo reikalais, jaučiasi atsakingi dėl įvykusios tragiškos, nepataisomos nelaimės. Nustatyta, kad maždaug pusės mėginusiųjų nusižudyti šeimose būta savižudybių atvejų.

Stengiantis numatyti, ar pacientui nėra būdingas polinkis į savižudybę, būtina atlikti kruopščius klinikinius tyrimus. Būtina neskubant ir ramiai pasikalbėti su pacientu, jį užjausti ir taip paskatinti paciento norą atskleisti savo nevilgtį ir ketinimus. Paprastai geriau yra pradėti nuo dabartinių problemų ir paciento reakcijos į jas. Reikia paklausti ir apie asmenines (artimųjų mirtis, skyrybos) netektis, ir apie finansines bei profesines, karjeros nesėkmes. Reikia pasidomėti ir apie konfliktus su kitais žmonėmis, socialinę izoliaciją, somatines ligas, ypač sukeliančias skausmus vyresniame amžiuje. Jeigu įmanoma, reiktų pasikalbėti ir su artimaisiais, gerai pažįstamais pacientą žmonėmis. Kiekvienas gydytojas turi mokėti įvertinti savižudybės tikimybę. Akivaizdžiausias įspėjantis signalas yra tiesioginis arba užuominomis išsakytas ketinimas nusižudyti. Visiškai neteisingas teiginys, kad žmogus, kalbantis apie savižudybę, niekada nenusižudys. Priešingai, du trečdaliai nusižudžiusiųjų prieš tai kam nors sakė apie savo ketinimus. Jeigu pacientas pats nepasako apie tokius ketinimus, gydytojas turi mokėti taktiškai, bet tiesiai to paklausti paciento. Galima pradėti nuo klausimo, ar gyvenimas nėra jam per sunkus, ar jam norisi gyventi. Taip galima išsiaiškinti apie suicidines mintis, konkrečius planus, veiksmus ar mėginimus. Visada svarbu prisiminti, kad sunkios depresinės būklės ligoniams kartais kyla ir homicidinių minčių. Jie įsivaizduoja, kad nužudyti artimą žmogų (sutuoktinį, vaikus) būtų gailėstingumo aktas, kuris išgelbėtų jį nuo laukiančių nepakeliamų kančių. Todėl labai svarbu tai išsiaiškinti. Reikia žinoti, kad tiesus klausimas nepadidina suicido tikimybės. Priešingai, jeigu pacientas jau galvojo apie savižudybę, paklaustas jis pamanyt, kad gydytojas jį suprato, o toks jausmas mažina rizikos laipsnį. Jeigu pacientas apie savižudybę anksčiau negalvojo, taktiškas klausinėjimas neprivers jo elgtis suicidiškai. Kitas reikalavimas gydytojui – atidžiai įvertinti faktorius, įspėjančius apie padidėjusią savižudybės riziką. Svarbiausi suicido rizikos faktoriai yra šie:

1. amžius (45 m. ir vyresni),
2. priklausomybė nuo alkoholio,
3. dirglumas, įniršis, agresija,
4. suicidinis elgesys praeityje,
5. pacientas vyras,
6. nenoras priimti pagalbą,
7. ilgesnis nei įprastai depresijos epizodas,
8. gydymasis psichiatrinėje ligoninėje praeityje,
9. neseniai patirta netektis arba išsiskyrimas,
10. depresija,
11. somatinės (fizinės) sveiktos praradimas,
12. bedarbis arba pensininkas,
13. viengungis, našlys arba išsiskykęs.

Tačiau ir viską rūpestingai įvertinus labai sunku atskirti ilgalaikę riziką ir tikimybę tam tikru laiku. Buvo mėginta sukurti specialias stacionare gulinčių ligonių suicido rizikos nusta-

tymo metodikas, bet šie mėginimai buvo nesėkmingi, nepavyko identifikuoti nė vieno paciento, kuris vėliau nusižudė.

Savižudybių skaičius pasaulyje labai įvairus – nuo 2,3 šimtui tūkstančių gyventojų Armėnijoje iki 44,1 – Lietuvoje. Taigi Lietuvoje per metus nusižudo daugiau kaip 1600 žmonių. Šis rodiklis Lietuvoje išaugo nuo maždaug 8,5 prieškarui iki 44,1 2000 m., ir savižudybė tapo trečia mirties priežastimi po kraujotakos sistemos ligų ir navikų. JAV šis rodiklis yra apie 12,0 ir nesikeičia jau daug metų. Nusižudžiusių savižudybės būna rūpestingai suplanuotos ir paruoštos. Mėginusiųjų nusižudyti arba susižalojusiujų būna 10–20 kartų daugiau nei nusižudžiusiųjų. Tokie asmenys dažniau tai padaro impulsyviai, lyg norėdami, kad jų poelgis būtų pastebėtas, lyg bandydami įspėti.

Žudomasi labai įvairiais būdais. Tai priklauso nuo vienoje ar kitoje valstybėje susiklosčiusių tradicijų, socialinių aplinkybių. Pvz., JAV dažniausiai nusišauama (60 proc.), o Lietuvoje – kariamasi (90 proc.). Taip pat savižudžiai labai dažnai nusinuodija įvairiais cheminiais reagentais, nusiskandina, persipjauna kraujagysles, nušoka nuo tilto ar stogo. Pasitaiko ir savižudybių puolant po važiuojančia transporto priemone, elektros srove. Kartais psichikos ligoniai, nepasisėkus nusižudyti vienu būdu, atkakliai mėgina tai padaryti kitu. Pvz., vienas ligonis nuėjęs į miškelį mėgino pasikarti, nepavykus – mėgino nusinuodyti šungrybiais, pradėjęs vėmti ir šiek tiek atsipeikėjęs – mėgino nusiskandinti ežerėlyje, bet ir šis mėginimas nepavyko – lignonį išgelbėjo prie ežero buvę žmonės. Kitu atveju lignonis mėgino nusižudyti elektros srove, nepavykus – korėsi, bet neišlaikė virvė, tada kirviu kirto sau į galvą, bet ir šis mėginimas nepasisėkė.

Atkūrus Lietuvoje nepriklausomybę savižudybės problema pradėta nagrinėti įvairiais aspektais, susirūpinta jos prevencija, įkurta psichologinės pagalbos telefonu tarnyba, krizių centrai. 1995 m. įkurta Lietuvos suicidologijos asociacija, subūrusi įvairių sričių specialistus (psichiatrus, psichologus, socialinius darbuotojus, teismo medikus, teisininkus ir kt.), besidominčius savižudybių problema. Ši asociacija dar labiau susirūpino savižudybių prevencija, buvo parengta savižudybių prevencijos programa. Ji šiuo metu pateikta tvirtinti Vyriausybei.

Dinaminiai ir klinikiniai savižudybės aspektai

Specialistui sunku tiksliai nustatyti tuos individus, ligonius, kuriems būdinga didelė suicido rizika, ir laiku imtis priemonių, kad jo išvengtų. Dažniausiai savižudybė susijusi su depresija. Nusižudo 15 proc. depresija sergančių ligonių. Per metus tokių ligonių nusižudo 3,5–4,5 kartus daugiau nei sergančiųjų kitokiomis psichikos ligomis ir 22–36 kartus daugiau nei bendrojoje populiacijoje. Tikimasi, kad specialistas numatys savižudybės rizikos laipsnį ir laiku užkirs tam kelią. Padarius klaidą ir nenumačius savižudybės kai kuriose valstybėse, pvz., JAV, specialistui gali būti keliami byla, jis gali būti patrauktas teisinėn atsakomybėn. Pvz., JAV New Jersey Bergeno grafystėje po žiaurios grupinės paauglių savižudybės paaiškėjo, kad prieš pat šią tragediją vienas iš nusižudžiusiųjų paauglių ieškojo pagalbos psichiatrijos klinikoje. Jos specialistai nepastebėjo paauglio stipraus potraukio, siekimo sunaikinti save, ir jo tėvai iškėlė ieškinį klinikai ir jos specialistams.

Z. Froidas ir jo pasekėjai tvirtino, kad individas turi du svarbiausius instinktus: libido, arba seksualinį, ir agresyvumo. Kai individas savo agresyvumo potraukį nukreipia į save, išsivysto depresija, ir žmogus nusižudo. Priešiški ir agresyvūs jausmai kitų aplinkinių atžvilgiu arba atmetami, nuslopinami, arba nukreipiami prieš save.

Nustatyta, kad bandant suprasti psichologinius savižudybės motyvus, svarbiausias yra individo išgyvenamas beviltiškumo, nevilties jausmas. Kai depresiniai ligoniai įtiki, kad nebeįmanoma konstruktyviai išspręsti rimtų gyvenimo problemų, jie kaip vienintelę išeitį iš tokios nepakeliamos padėties mato savižudybę. Ištyrus 207 ligonius, hospitalizuotus dėl suicidinių minčių, paaiškėjo, kad po 5–10 metų 14 iš jų nusižudė. Hospitalizacijos metu surinkti duomenys rodo, kad beviltiškumo jausmas tiesiogiai buvo susijęs, koreliavo su savižudybe.

Tikimasi, kad gydant depresinius ligonius kuo greičiau nuslopinus beviltiškumo jausmą, sumažės ir savižudybės tikimybė. Stengiantis užkirsti kelią savižudybei viena iš svarbių aplinkybių – nustatyti, ar pacientas patiria kludiesius. Retrospektyvi analizė parodė, kad yra

reikšmingas, patikimas ryšys tarp kliedesių ir savižudybės. Tikimybė, kad nusižudys depresinis ligonis, patiriantis kliedesius, yra penkis kartus didesnė.

Visuomenės dėmesys, ypač žiniasklaidos publikacijos apie savižudybes, skatina savižudybes. Savižudybių skaičius po tokių publikacijų padidėja. Faktai paremia hipotezę, kad publikacijos apie savižudybę paskatina imitacines savižudybes. Šią hipotezę iliustruoja keturių JAV poetų savižudybės. Labai gerbiami poetai Randallas Jarrellas ir Johnas Berrymanas artimai bendravo profesinėje srityje. Neilgai trukus po to, kai Jarrellas žuvo, naktį netoli savo namų greitkelyje patekęs po mašinos ratais, Berrymanas nusižudė. Sylvia Plath tapo žinoma dėl psichikos kančių ir poetinių susinaikinimo aprašymų. Būtų galima manyti, kad tos poemos turėjo ją apsaugoti, bet taip nenutiko – ji nusižudė dar gana jauna. Netrukus Anne Sexton, rašytoja, kurios kūryba dažnai buvo lyginama su Plath, taip pat pakėlė prieš save ranką. Analizuojant šiuos keturis mirties atvejus neišvengiamai prieinama prie išvados, kad Jarrellas ir Plath turėjo įtakos Berrymano ir Sexton savižudybėms. Plath mokėsi kartu Jarrello ir Berrymano kolega, o tai rodytų, kad susinaikinimas yra gana paplitęs tarp menininkų, kurie gilinasi į kančios, nevilties ir nusivylimo apraiškas.

Kita vertus, žymių žmonių savižudybės gali greitai atkreipti dėmesį, o tai savo ruožtu gali sukelti savižudybę ne dėl imitacijos, o iš sielvarto. Žinoma, yra ir kitokia nuomonė, kad tokios istorijos tik pagreitina savižudybę, asmuo vis tiek būtų nusižudęs, net jei ir nebūtų žinojęs apie savižudybę. Bet tokios nuomonės šalininkai neatsižvelgia į faktą, kad kai kurie iš potencialių savižudžių gali būti atkalbėti nuo tokio veiksmo. Savižudybių paviešinimas MIP ir įtaka, kurią tai gali turėti žmonėms, ketinantiems nusižudyti, tapo pagrindiniu diskusijų objektu parodžius paauglius, kurie, kaip minėta, nusižudė Bergeno grafystėje. Dėl savižudybės sensacingumo minios žurnalistų susirinko savižudybės vietoje ir į savižudybę buvo atkreiptas beveik toks pat dėmesys, kaip ir į tarptautinį užsienio politikos skandalą. Pripažindamos galimas žalingas tokio dėmesio savižudybėms pasekmes, MIP paskelbė krizių centrų ir pagalbos linijų telefonus, kuriais galėtų skambinti patiriantys sunkumų žmonės. Laikui bėgant MIP nukreipė savo dėmesį nuo įvykio vietos ir pradėjo tirti savo vaidmenį šiame įvykyje. Kilo plačios visuomenės diskusijos dėl MIP dalyvavimo savižudybės scenoje ir jų poveikio linkusiems į savižudybę asmenims. Vėliau diskusija nutilo, bet problema nebuvo išspręsta.

Kai kurie žinotini faktai apie savižudybę

Keletas toliau pateikiamų faktų apie savižudybę rodo, kad kai kurios prielaidos gali suklaidinti bandant suprasti asmenis, kurie nusižudo arba mėgina nusižudyti. Gydytojams ir psichikos sveikatos specialistams, kurie tiesiogiai arba netiesiogiai atsakingi už potencialiai pavojingus dėl suicidinių ketinimų individus, patartina susipažinti su kuo daugiau faktų ne tik apie savižudybę, jos prevenciją, bet ir apie atsakomybę už aplaidumą ar nekompetenciją.

Aštuoni iš dešimties savižudžių aiškiai įspėja artimuosius arba psichikos sveikatos priežiūros specialistus prieš mėgindami nusižudyti. Įspėjimo formos gali būti įvairios – nuo tiesioginio pranešimo iki žavėjimosi mirtimi. Suicidiniai ligoniai, apimti psichozės, gali skųstis klausos haliucinacijomis, jie tvirtina, kad girdi balsus, kurie sako „Nusižudyk,... tu niekam tikęs,... nevykėlis“ ir pan. Vienas iš šešių prieš savižudybę parašo laiškelį, kuriame arba atsi-prašo, arba kaltina artimuosius, priekaištauja jiems dėl dėmesio stokos.

- Depresija sergantys ligoniai gali skųstis, kad jų niekas nemyli, jie niekam nerūpi ir pan.
- Suicidiniai pacientai gali ir nesirgti sunkia psichikos liga, o sprendimas nusižudyti gali kilti staiga, impulsyviai, nesuvaldomai, neplanuotai.
- Nors savižudybė ir nėra paveldima, yra įrodymų, kad ji dažniau pasitaiko šeimose, kuriose jau yra buvęs bent vienas savižudybės atvejis.
- Krizės pabaiga dar nereiškia, kad savižudybės tikimybė taip pat praėjo. Pacientas dažnai nusižudo, kai gydymas jau baigtas arba kai depresinė būklė palengvėja.
- Savižudybė galima, kai gydomo paciento būklė pagerėja ir jis turi pakankamai jėgų nusižudyti.

Atsakomybės doktrina

Nustatant atsakomybę už nesugebėjimą užkirsti kelią savižudybei, kaip ir kitais nekompetencijos psichiatrijoje atvejais, atsižvelgiama į keturis veiksnius: 1. nusižudžiusiojo asmens netinkamą priežiūrą; 2. psichiatro santykį su pacientu; 3. ar psichiatras žinojo apie tikimybę, kad pacientas gali nusižudyti; 4. ar psichiatras panaudojo reikiamas prevencijos priemones.

Psichiatrų ir kitų psichikos sveikatos priežiūros specialistų pareiga užtikrinti reikiamą priežiūrą ir apsaugoti savo pacientą nuo savižudybės. Ši pareiga yra dar specifiškesnė, jei ligonis paguldytas į psichiatrijos skyrių ar ligoninę. Kai ligonis hospitalizuotas būtent dėl suicidinių ketinimų, ši pareiga pasidaro dar svarbesnė. JAV maždaug dėl pusės savižudybių, įvykusių psichiatrijos skyriuje, keliami byla. Ligoninės tvarka ir priežiūra turi būti tokia, kad ligonis būtų apsaugotas nuo susižalojimo ar mirties, atitiktų ligonio reikmes, tai yra priežiūra ir dėmesys turi būti toks, kokio reikalauja jo psichikos būklė. Numatant gydymą ir slaugą būtina atsižvelgti į ligonio suicido rizikos faktorius, o personalas turi griežtai laikytis numatytos gydymo tvarkos. Tačiau pasitaiko atvejų, kai nepaisant to, kad yra labai rūpestingai slaugomas, nepaisant visų personalo pastangų, ligonis nusižudo. Tokius atvejus reikia išsamiai išnagrinėti ir į nustatytas aplinkybes atsižvelgti ateityje. JAV savižudybė arba mėginimas nusižudyti gali būti įvertintas ir kaip sunkus nusikaltimas, ir kaip nusižengimas. Kai kuriose valstijose tokie veiksmai vertinami ne kaip nusikaltimas, bet kaip neteisėtas pagal civilinį kodeksą įvykis. Dėl padėjimo nusižudyti ir kurstymo arba privedimo prie savižudybės kyla visiškai kitokia – baudžiamoji atsakomybė. Pats savaime suicidinis veiksmas nėra baustinas, bet kiekvienas, padėjęs tai atlikti, gali būti nubaustas.

Pavyzdys, kaip tokia atsakomybė buvo nagrinėjama teisme, – Kento byla prieš Whitakerį. Psichiatras buvo nubaustas 10 000 JAV dolerių bauda už ligonio, kuris buvo paguldytas į ligoninę dėl mėginimo nusižudyti, savižudybę. Ligonis buvo laikomas užrakinamoje vienutėje, čia jis ir pasismaugė pasinaudojęs plastmasiniu vamzdeliu. Teismas nusprendė, kad psichiatro pareiga buvo paskirti tokią priežiūrą, kad ligonis būtų apsaugotas nuo savižudybės, – šiuo atveju tai reikštų nuolatinę kruopščią priežiūrą.

Kitoje Honey prieš Barnes Hospital byloje atsakinga buvo pripažinta ligoninė. Į teismą kreipėsi ligonio, kuris iššoko iš dešimto aukšto pro palatos langą, tėvai. Ligonis buvo hospitalizuotas būtent dėl to, kad būtų išvengta savižudybės, o ligoninė nepasirūpino tinkamomis palatos langų grotomis, nors jos tarnautojai ir žinojo, kad ligonis gali atsidaryti langus. Taigi ligoninė neužtikrino tinkamos ligonio priežiūros prieš jo žūtį.

Psichiatrai, pastebėję savo ligonių suicidinius ketinimus, privalo apie tai informuoti atsakingą ligoninės personalą, kad būtų užtikrintas nuolatinis ligonio stebėjimas. Šio reikalavimo nevykdymo pasekmes iliustruoja North Miami General Hospital prieš Krakowerį byla. Buvo žinoma, kad velionis Krakoweris turėjo suicidinių ketinimų. Jį keletą metų gydė psichiatras dr. Gilbertas. Krakoweris buvo paguldytas į North Miami General Hospital, čia jį ir toliau gydė dr. Gilbertas. Ligonis buvo laikinai išleistas iš ligoninės apsikirti ir, mėgindamas nusižudyti, sunkiai susižalojo. Jis buvo gražintas į ligoninę, bet dėl patirtų susižalojimų buvo perkeltas į ligoninės ortopedijos skyrių. Ligos istorijoje dr. Gilbertas rašė: „stebėti dėl suicido visą parą“. Ligoninės iš registratūros iškviesta budėti sanitarė nebuvo informuota apie ligonio suicidinius ketinimus. Ligonis paprašė sanitarę nunešti jo desertą į šaldytuvą. Sanitarei išėjus iš palatos, ligonis iššoko pro avarinę angą ir žuvo. Teismas nustatė, kad ligoninė ir psichiatras nepasirūpino, kad sanitarė būtų tinkamai informuota apie ligonio suicidinius ketinimus.

Suicidinio aplaidumo atveju teismo nedomina, ar ligonis prisidėjo prie suicidinio mėginimo suicidiniu elgesiu, manipuliaciniais ar kitokiais panašiais veiksmais. Teismo požiūriu, ligonis, kuris, kaip žinoma, turi suicidinių ketinimų ir kurio sugebėjimas protauti yra sumažėjęs dėl psichikos negalios, neturi būti vertinamas pagal sveikiems žmonėms normaliomis aplinkybėmis taikomus standartus. Jeigu pagrįstai galima numatyti, kad ligonis dėl psichikos ar emocijų sutrikimo gali susižaloti atlikdamas suicidinį veiksma, atsakingi už tokių ligonių priežiūrą privalo apsaugoti juos nuo save žalojančio elgesio. Ši pareiga apima savęs susižalojimo dėl ligonio valingo veiksmo ar neatsargumo arba dėl neatsargumo numatymą.

Pavyzdys, kaip JAV teismai traktuoja susižalojimą dėl nukentėjusiojo neatsargumo mėginant nusižudyti, gali būti Cowan prieš Doeringą byla, nagrinėta New Jersey apeliaciniame teisme. Teismas priteisė 600 000 JAV dolerių ligonei už sužalojimus, kuriuos ji patyrė šokdama iš ligoninės antro aukšto. Ligonė buvo gydoma ligoninėje dėl mėginimo nusinuodyti migdomaisiais vaistais. Apeliacinis teismas nustatė, kad pirmas teismas buvo teisingas, atsisakydamas pateikti šią bylą nagrinėti žiuri. Ši atsakovė praeityje du kartus mėgino nusižudyti. Jai buvo diagnozuotas ribinio tipo asmenybės sutrikimas (pagal Lietuvoje galiojančią klasifikaciją TLK-10 – emociškai nestabilaus tipo asmenybės sutrikimas). Po to, kai iššoko iš antro ligoninės aukšto, ligonė pateikė ieškinį teismui prieš ją gydžiusį psichiatrą, kuriame teigė, kad jis nesiėmė priemonių, kad apsaugotų ją nuo mėginimo nusižudyti. Teismas pritarė ligonei ir pabrėžė, kad ligonė atliko būtent tą veiksma, nuo kurio atsakovas privalėjo ją apsaugoti. Buvo įrodyta, kad dėl stiprių raminamųjų, kuriuos ligonė vartojo, ir psichikos sutrikimo reikšmingai sumažėjo jos sugebėjimas protauti. Nors ekspertai ir mėgino ginčyti atlikto suicidinio mėginimo autentiškumą, abejodami, ar ligonė iš tikrųjų norėjo nusižudyti ir teigdami, kad jos elgesys buvo manipuliacinis, teismas apsvaistęs šiuos klausimus atmetė kaip nereikšmingus ir priėjo prie išvados, kad savižudybės veiksmuose nebuvo nukentėjusiosios neatsargumo.

Taigi ligoniai gali kelti savo psichiatrams bylas po mėginimo nusižudyti nepriklausomai nuo jų motyvų. Tai gali būti tiesiog siekimas manipuluoti, apgailėstojimas dėl savo mėginimo ir savo pykčio nukreipimas į psichiatrą. Didesnė tikimybė, kad ligonis laimės, jei jis buvo išrašytas iš ligoninės ir tada mėgino nusižudyti. Pvz., ligonis Bellas mėgino nusižudyti iš karto, kai buvo išrašytas iš ligoninės, ir po to iškėlė bylą Niujorko sveikatos ir ligoninių korporacijai, reikalaujantis atlyginti už sužalojimus, kuriuos jis patyrė dėl mėginimo nusižudyti. Bellas buvo paguldytas į ligoninės, kuriai jis kėlė pretenzijas, suaugusiųjų psichiatrijos skyrių pagal teismo sprendimą, kurį gavo jo žmona. Po savaitės pagal gydančio psichiatro, kurį ligonis taip pat kaltino, rekomendaciją jis buvo išrašytas. Dar po savaitės ligonis dar kartą mėgino nusižudyti – apsipylė benzinu ir pasidegė. Bellas daug metų sirgo psichikos liga ir kelis kartu jau anksčiau mėgino žudytis. Psichiatras, pagal kurio rekomendaciją ligonis

buvo išrašytas, matyt, nežinojo apie ankstesnius ligonio mėginimus žudyti. Per šį trumpą gydymo stacionare laikotarpį slaugytojos pastebėjo, kad Bellas kliedi, o vieną kartą kito gydytojo nurodymu ligoniui buvo užvilkti tramdomieji marškiniai. Teismo posėdžio metu žiuri pripažino, kad sprendimas išrašyti ligonį buvo klaidingas, nes pažeidė medicinos praktikos reikalavimus, ir priėmė sprendimą išieškoti ieškovo naudai daugiau kaip pusę milijono dolerių. Apeliacinis teismas patvirtino šį sprendimą, bet pripažino, kad psichiatras negali būti laikomas atsakingu už medicininio sprendimo klaidą. Visuomenės kaltinimai psichiatrams dėl nekompetencijos yra nevienareikšmiai. Viena vertus, jeigu kiekvienas gydytojas, išrašęs priverstinį ligonį, bus pripažintas atsakingu už kiekvieną veiksmą, kurį po to padaro tas ligonis, suprantama, kad praktikuojantis psichiatras nesieks greičiau gražinti ligonį į visuomenę. Kita vertus, reikia rūpintis ir piliečių saugumu. Taisyklės, reguliuojančios psichiatrų atsakomybę, turi būti rengiamos atsižvelgiant į šias abi aplinkybes. Toliau teismas pažymėjo, kad taip samprotaujant negalima atmesti psichiatro pareigos rūpestingai ir nuodugniai patikrinti ligonį prieš nusprendžiant jį išrašyti iš ligoninės. Psichiatrai yra kalti, jeigu jie nesusipažįsta su ankstesniais medicininiais įrašais. Šiuo atveju psichiatras dėl to, kad nesusipažino su slaugytojo įrašu apie ligonio kludiesį, nukentėjo ir finansiškai, ir profesine prasme, ir, be abejo, morališkai.

Lietuvoje 2003 m. įsigaliojusio Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso 133 str. numato atsakomybę už sukurstymą nusižudyti ar privedimą prie savižudybės. Asmuo, sukurstęs žmogų nusižudyti ar klastingu elgesiu privedęs žmogų prie savižudybės, baudžiamas laisvės apribojimu arba areštu, arba laisvės atėmimu iki ketverių metų. BK 134 straipsnyje yra apibrėžta atsakomybė už padėjimą nusižudyti. Asmuo, kuris beviltiškai sergančio žmogaus prašymu padėjo jam nusižudyti, baudžiamas teisės dirbti tam tikrą darbą arba užsiimti tam tikra veikla atėmimu arba viešaisiais darbais, arba areštu, arba laisvės atėmimu iki ketverių metų.

Anksčiau galiojusio 1961 m. Baudžiamojo kodekso 110 str. buvo numatyta baudžiamoji atsakomybė tik už privedimą prie savižudybės. Šio straipsnio dispozicijoje buvo nustatytos tokios baudžiamosios atsakomybės sąlygos:

- a) žiaurus ar kitoks panašaus pobūdžio elgesys;
- b) nukentėjusiojo savižudybė ar pasikėsinimas nusižudyti;
- c) priežastinis ryšys tarp kaltininko elgesio ir pasekmių;
- d) materialinė ar kitokia priklausomybė nuo kaltininko.

Taigi palyginus anksčiau galiojusio BK ir dabartinio BK atitinkamus straipsnius galima pastebėti daugelį naujovių: *pirma*, baudžiamoji atsakomybė nustatyta ir už sukurstymą nusižudyti; *antra*, greta žiaurus elgesio nurodytas ir klastingas elgesys; *trečia*, 2000 m. BK 133 str. dispozicija nereikalauja nustatinėti nukentėjusiojo priklausomybės nuo kaltininko, o tai reiškia, kad išplėstas galimų šio nusikaltimo subjektų sąrašas. Ir tai, matyt, logiška, juk atlikti veiksmus, nurodytus BK 133 str. dispozicijoje, gali ir asmuo, nuo kurio nukentėjusysis yra nepriklausomas, nors, kita vertus, tarp nukentėjusiojo ir kaltininko visuomet būna kokie nors santykiai.

Taigi koks tų veiksmų, kurie sukelia nukentėjusiajam visiško nusivylimo, didžiausios nervinės įtampos būseną, neįveikiamą, nepakeliamą skausmą ir priverčia savo ranka nutraukti ir šiaip jau trapų Ariadnės siūlą, poveikis?

Sukurstymas nusižudyti yra privedimo prie savižudybės rūšis, kai asmuo sukurstomas nusižudyti skatinimu, įkalbinėjimu, lenkimu pasiremiant savižudybę skatinančiais argumentais. Kitais žodžiais tariant, sukurstymas – įtikinimas, kad tik savižudybė yra vienintelė išeitis iš susidariusios padėties.

Žiaurus elgesys – tai dažniausiai mušimas, kankinimas, įvairūs kūno sužalojimai, neteisėtas laisvės atėmimas, neteisėtas uždarymas į psichiatrinę ligoninę, vertimas dirbti nepakeliamus darbus, atlikti neteisėtus ar amoralius veiksmus, tyčiojimas, šmeižimas, įžeidinėjimas. Žiaurus elgesys gali pasireikšti ir neveikimu, pvz., neduodant valgyti, gerti, kur gyventi.

Klastingas elgesys susiję su įvairaus vertybinio, dorovinio pobūdžio manipuliacijomis, tai ne kas kita kaip apgaulingas, skaudinantis, dvasiškai žlugdantis kitą žmogų elgesys.

Taigi ir kurstymas, ir žiaurus bei klastingas elgesys yra šiurkštūs, amoralūs, ciniški, žeminantys kito žmogaus orumą, pažeidžiantys dvasinę pusiausvyrą veiksmai.

Vienartinis minėtų veiksmų atlikimas vargu ar gali sukelti BK 133 str. nurodytas pasekmes. Matyt, sukurstymas nusižudyti ar privedimas prie savižudybės pasiekiamas daugeliu poelgių, nors, žinoma, kai kuriais atvejais tai galima pasiekti ir vienkartinio veiksmu – itin žiauriu, jūliu, cinišku.

Sukurstymas nusižudyti ar privedimas prie savižudybės asmens, kuris dėl mažamestytės ar įvairaus pobūdžio psichikos sutrikimų nesupranta savo elgesio arba negali valdyti savo veiksmų, laikomas tyčiniu nužudymu ir atsižvelgiant į aplinkybes kvalifikuojamas pagal kitus BK straipsnius, nustatančius atsakomybę už kito žmogaus nužudymą.

2000 m. BK kriminalizavo ir vieną padėjimo nusižudyti atvejį – pagal BK 134 str. baudžiamoji atsakomybė kyla esant šioms sąlygoms:

a) žmogus beviltiškai serga;

b) padedama nusižudyti ne kaltininko iniciatyva, o paties savižudžio prašymu.

Beviltiškai sergančiu laikomas asmuo, kuris serga nepagydoma liga ir dėl to patiria didesnes fizines arba moralines kančias. Dažniausia padėti išsivaduoti iš nepakeliamo skausmo ir kančios reikalaujama artimųjų ir gydytojų. Beviltiškai sergančio žmogaus prašymas turi būti pakankamai įtikinantis, kad jo būklė yra beviltiška, ir keltų pasigailėjimą ir mintį, kad mirtis yra vienintelė išeitis. Ar asmuo yra beviltiškai sergantis, gali nustatyti tik gydytojas.

Pats padėjimas nusižudyti gali būti intelektualaus arba fizinio pobūdžio. Pirmuoju atveju – tai įvairaus pobūdžio patarimai, įkalbinėjimai, koku būdu, kur, kada ir kaip tai padaryti. Fizinis padėjimas – tai priemonių parūpinimas, kliūčių pašalinimas (pvz., gydytojas beviltiškai sergančio ligonio prašymu duoda jam švirkštą, kuriuo sergantysis pats susileidžia mirtiną dozę vaistų). Visais padėjimo nusižudyti atvejais gyvybę sau atima beviltiškai sergantis žmogus.

Psichikos sveikatos priežiūros specialistų atsakomybė už savo pacientų suicidinius veiksmus

Pirmas klausimas, kurį reikia išsiaiškinti, kai psichiatro ligonis nusižudo, – ar pacientas buvo gydomas dėl ligos. Jeigu ši liga pasibaigia mirtimi, galima apkaltinti gydytoją ir ligoninę nesugebėjus sėkmingai gydyti ligonį. Jeigu gydytojas atlieka savo pareigas aplaidžiai ir dėl to nukenčia ligonis, gydytojas iš tikrųjų yra kaltas.

Tačiau nagrinėjant bylą turi būti aišku, kad aplaidumas buvo tikėtina žalos priežastis. Iš ligoninių paprastai reikalaujama teikti tik tokią priežiūrą, kuriai personalas yra tinkamai parengtas, kad ligoniui būtų suteikta tokia priežiūra, kurios reikalauja jo būklė, įskaitant ir specialias atsargumo priemones. Ligoninės darbas vertinamas lyginant jį su kitų panašaus profilio ligoninių darbu. Ligoninės įsipareigojimai apima ir tinkamą apsaugą nuo ligonio susižalojimo, jeigu jis negali pasirūpinti savo saugumu.

Psichiatro atsakomybė nustatoma atsižvelgiant į tai, ar jo veiksmas atitiko priimtus profesinius standartus, o tai reiškia, kad jis gali būti pripažintas atsakingu ir kaltu, jeigu nesilaikė standartų, kurie galioja panašiomis aplinkybėmis. Jeigu gydytojai laikosi galiojančių standartų, jie yra apsaugoti nuo kaltinimų.

Teismą domina ir klausimas, ar psichiatras suteikė ligoniui tinkamą priežiūrą, ar ne. Jeigu gydytojas, remdamasis tyrimais, prieina prie išvados, kad nėra savižudybės pavojaus, o ligonis po to nusižudo, gydytojas nėra atsakingas. Tai iliustruoja Brando byla prieš Grubiną. Buvo nustatyta, kad gydytojas suteikė tinkamą priežiūrą, nors buvo apkaltintas, kad nesugebėjo teisingai įvertinti ligonio būklės ir neinformavo ligonio šeimos. Teismas nusprendė, kad psichiatras nebuvo aplaidus ir kad jis yra neatsakingas už velionio mirtį. Šiuo atveju teismas turėjo nuspręsti, ar atsakovas, šiuo atveju psichiatras, buvo aplaidus, ar ne, kitaip sakant, ar jo žinių ir suteiktos priežiūros lygis, standartai atitiko vidutinio praktikuojančio psichiatro lygį. Pavyzdžiui, Stepakoffo byloje prieš Kantarą psichiatras ligoniui diagnozavo bipolinį afektinį sutrikimą. Ligonis suicidine prasme buvo potencialiai pavojingas. Psichiatras,

norėdamas išvažiuoti savaitgaliui iš miesto, paprašė kitą psichiatrą jį pavaduoti. Iš vakaro jis susitiko su ligoniu ir po skubaus neplanuoto jų pokalbio įrašė ligos istorijoje: „Abejotina, ar jis padarys tai savaitgalį“. Prieš išvažiuodamas psichiatras dar kartą telefonu pasikalbėjo su savo ligoniu ir šis užtikrino psichiatrą, kad neplanuoja nusižudyti. Psichiatras išvažiavo iš miesto, o kitą dieną policija rado ligonį savo garaže nusinuodijusį anglies viendeginiu. Teisme dalyvavo ir liudijo du ekspertai. Vienas teigė, kad atsakovo elgesys neatitiko geros klinikinės praktikos reikalavimų ir kad jis turėjo ligonį priverstinai hospitalizuoti. Kitas ekspertas padarė išvadą, kad priverstinai hospitalizuoti ligonį nebuvo pagrindo. Teismas apkaltino psichiatrą, kad jis sąmoningai pakenkė ligoniui, o žiuri pripažino psichiatrą kaltu dėl paciento mirties. Tačiau Masačusetso apeliacinis teismas atmetė šį kaltinimą psichiatrui ir nusprendė, kad našlės ieškinys dėl sąmoningos žalos atlyginimo atmestinas. Atsakovo aplaidumo nebuvo nustatyta, o nesant aplaidumo, negalima tenkinti ieškinio dėl sąmoningos žalos.

Tokiais ir panašiais atvejais yra aišku, kad teismui svarbiausia nustatyti, ar specialistas laikėsi „priežiūros standartų“. Teismui nesvarbu, ar psichiatras, ar bet kuris kitas specialistas gali numatyti gresiantį pavojų.

Paciento savižudybė stipriai paveikia ne tik jo artimuosius, bet ir psichiatrą. Jis jaučiasi kaltas, pyksta ant savęs, jį vargina įkyrios mintys apie savižudybę. Atlikus 259 psichiatrų apklausą, paaiškėjo, kad 51 proc. (131) turėjo ligonių, kurie nusižudė. Iš jų 65 pripažino, kad keletą savaičių po paciento savižudybės jautė didelę įtampą. Beveik visi jie pradėjo daugiau rūpintis ir domėtis teisiniais savo darbo aspektais.

Taigi savižudybės fenomenas yra labai sudėtingas ir psichologiniu medicininu, ir juridiniu požiūriais, jis svarbus ne tik pačiam individui, jo artimiesiems, gydytojams, bet ir visai visuomenei. Nors suicido problema yra globali, tačiau ji ypač aktuali mūsų valstybei, kadangi, kaip jau minėta, savižudybių skaičius Lietuvoje jau daug metų yra didžiausias pasaulyje. Todėl dėmesio šiai problemai niekada nebus per daug.

Išvados

1. Savižudybė, jos numatymas ir prevencija lieka labai aktualios šiuolaikinės visuomenės problemos.
2. Privedimo prie savižudybės ir padėjimo nusižudyti klausimai yra vieni iš sudėtingiausių suicidologijoje.
3. Tikslinga nuodugnesnė psichikos sveikatos priežiūros specialistų atsakomybės už savo pacientų suicidinius veiksmus analizė.



LITERATŪRA

1. **Blažys J.** Įvadas į psichiatriją. – Kaunas, 1935.
2. **Gailienė D.** Psichologinės krizės // Teisininkams apie stresą. – Vilnius, 2000.
3. **Gelder M., Gath D., Mayou R. and Cowen Ph.** Oxford Textbook of Psychiatry. – Oxford University Press, 1996.
4. **Kaplan H, Sadock B.** Synopsis of Psychiatry. – Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 1997.
5. **Kermani E.** Handbook of Psychiatry and the Law. Year Book. – USA: Medical Publishers, 1989.
6. **Navickas A.** Psichiatrija / Mokslinis redaktorius A. Dembinskas. – Vilnius, 2003.
7. **World History of Psychiatry.** Ed. by Howells. – New York, 1975.



Medical and Legal Aspects of Suicide

Prof. Dr. Justinas Sigitas Pečkaitis
Assoc. Prof. Liaudginas Erdvilas Radavičius
Mykolas Romeris University

Keywords: suicide, risk, criminal, liability, coercion.

SUMMARY

The importance and significance of the problem is of universal nature. In the article the definition and the main reasons of suicide are presented. A suicide can be a voluntary, premeditated action; it may turn an impulsive, unexpected act, while in some cases it may be committed under pressure of material or other motives.

In the course of history social attitude towards suicide differed from that of tolerance towards acceptance, then towards despise and even punishment. These changes are illustrated by numerous cases in history, starting with the analysis of attitudes in ancient India, Arabian world, Judaic and old European countries and moving on towards quite recent Soviet and, eventually, present times. The article deals with modern attitudes towards suicides; it analyses suicidal epidemiology in the world and Lithuania, classifies the ways of commitment, and prevention. At present, suicide is interpreted as a highly complex phenomenon which depends on psychological, biological and social factors – those are analysed in detail; the effect of suicide on related people and society is broadly discussed.

A significant part of the article is given to the prevention of suicide. The risk factors are ranked according to their importance, starting with the age of the individual, his/her addiction to alcohol, suicidal behaviour in the past and, eventually, with his/her social position. The assessment of the risk factors in every individual case may be of crucial importance for the prevention of suicide. Also, it presents some typical facts which are of great relevance to medical people, lawyers and others who work towards prevention of suicide. Among those the following can be mentioned: eight of ten individuals inform their closest ones about their intention; a suicide is more frequent in families where there was a suicide before, etc. However, the prevention is far from being effective yet.

Another part of the article deals with the doctrine of liability for negligence of duty of care of mental health in case of suicide. Factors that influence the inability to protect the patient from the suicide, such as negligence of duty, insufficient competence, etc., are analysed. The doctrine of the duty of care is illustrated by numerous instances of legal practice. The factors of the assessment of medical people's liability in case of negligence are presented, both in case of a suicide or suicidal actions. The main factor among those is the compatibility of actions of the medical person with the

established professional standards. We suggest that a close analysis of the actions might be of use for specialists dealing with specific cases of suicides.

Conclusions:

- 1. Suicide, its prediction and prevention remain acute problems in modern society.*
- 2. Leading towards suicidal actions and assistance in suicide are most complex problems in suicidology.*
- 3. More attention should be paid to the analysis of the liability of specialists of mental health for negligence of duty of care in case of a suicide or suicidal actions.*

