

# **SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJA: KALĖJIMUOSE IR KITOSE LAISVĖS ATĖMIMO VIETOSE**



Psichikos sveikatos ir priklausomybės ligų skyrius  
Pasaulio sveikatos organizacija



# Savižudybių prevencija kalėjimuose ir kitose laisvės atėmimo vietose



**IASP**  
*Tarptautinė savižudybių  
prevencijos asociacija*

**Psichikos sveikatos ir priklausomybės ligų skyrius  
Pasaulio sveikatos organizacija**

Vertėjas : **Augis Ambrazaitis**

Redaktorė: **Svetlana Ambrazaitienė**

© **Pasaulio sveikatos organizacija, 2007**

Visos teisės saugomos. Pasaulio sveikatos organizacijos leidinius galima įsigyti iš WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel. + 41 22 791 3264, faks. + 41 22 791 4857, el. p. [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Dėl leidimo perspausdinti ar versti PSO leidinius – norint juos parduoti ar platinti nekomerciniais tikslais – prašome kreiptis į WHO Press pirmiau nurodytu adresu (faks. + 41 22 791 4806, el. p. [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Naudojami terminai ir šiame leidinyje pateikiama medžiaga niekaip neatspindi jokios Pasaulio sveikatos organizacijos nuomonės dėl kurios nors valstybės, regiono, miesto ar srities arba jos valstybinių institucijų arba ribų ar sienų nustatymo teisinio statuso. Punktyrinė linija žemėlapiuose rodo apytiksles sienas – gali būti, kad dėl jų dar galutinai nesusitarta.

Tai, kad dokumente minimos kurios nors kompanijos ar konkrečių gamintojų produktai, nereiškia, kad PSO juos rekomenduoja ar teikia jiems pirmenybę, lyginant su panašiomis kompanijomis ar gaminiais, kurie nėra paminėti. Išskyrus atvejus, kai įsivelia klaida ar netyčia praleista, produktų, esančių kieno nors nuosavybe, pavadinimai rašomi didžiosiomis raidėmis.

Pasaulio sveikatos organizacija ėmėsi visų tinkamų priemonių, kad patikrintų šiame leidinyje pateikiamą informaciją. Nepaisant to, dėl išspausdintos informacijos tikslumo jokių tiesioginių ar numanomų garantijų nesuteikiama. Atsakomybė už medžiagos interpretavimą ir naudojimą tenka skaitytojui. Jokiomis aplinkybėmis Pasaulio sveikatos organizacija neprisiima atsakomybės už žalą, kuri gali kilti naudojant medžiagą.

Išleido WHO Document Production Services, Ženeva, Šveicarija.

# Turinys

Pratarmė .....	4
Bendri faktai apie savižudybes .....	7
Nuteistieji – didelės rizikos grupė.....	8
Savižudybių prevencija pataisos įstaigose .....	10
Savižudybės profilių sukūrimas .....	10
1 profilis. Sulaikytieji iki teismo .....	10
2 profilis. Nuteistieji .....	11
Rizikos veiksniai, būdingi kalėjimams ir kitoms laisvės atėmimo vietoms .....	11
Situacijos veiksniai .....	11
Psichosocialiniai veiksniai .....	12
Moterys.....	12
Nepilnamečiai .....	13
Profiliai bėgant laikui gali kisti .....	13
Pagrindiniai savižudybių prevencijos programos komponentai .....	14
Mokymai .....	14
Naujai atvykusių nuteistųjų stebėjimas.....	15
Stebėjimas po įkalinimo .....	17
Tolesnio stebėjimo valdymas .....	18
Monitoringas .....	18
Komunikacija .....	19
Socialinė intervencija .....	20
Fizinė aplinka ir jos ypatumai .....	21
Psichikos sutrikimų gydymas .....	22
Po bandymo nusižudyti .....	23
Vadinamieji bandymai manipuluoti .....	23
Po savižudybės .....	25
Geriausių praktikų santrauka.....	26
Išvada .....	27
Literatūra:.....	28

## PRATARMĖ

Savižudybė – sudėtingas fenomenas, ne vieną amžių traukęs filosofų, teologų, gydytojų, sociologų ir menininkų dėmesį. Pasak prancūzų filosofo Albero Kamiu (Albert Camus), tai vienintelė rimta filosofinė problema, kurią jis ir išsako savo esė „Sizifo mitas“.

Savižudybė yra rimta visuomenės sveikatos problema, į kurią privalome atkreipti dėmesį, tačiau, deja, užkirsti jai kelią ir suvaldyti ją nėra lengvas uždavinys. Pažangiausi moksliniai tyrimai rodo, kad savižudybių prevencija, nors ir galima, apima daug aspektų – pradedant geriausių įmanomų sąlygų vaikams ir jaunimui sudarymu, veiksmingu psichikos sutrikimų gydymu ir baigiant aplinkos rizikos veiksnių suvaldymu. Tinkama informacijos sklaida ir sąmoningumo ugdymas yra kertiniai savižudybių programų prevencijos elementai.

1999 m. PSO pradėjo įgyvendinti pasaulinę savižudybių prevencijos iniciatyvą SUPRE (angl. Suicide prevention – savižudybių prevencija). Šis peržiūrėtas ir pataisytas bukletas yra vienas iš serijos leidinių, parengtų kaip SUPRE dalis ir skirtų tam tikroms socialinėms ir profesinėms grupėms, kurioms tenka ypatingas vaidmuo užkertant kelią savižudybėms. Buklete parodyta viena ilgos ir įvairiapusės grandinės, apjungiančios daugybę asmenų ir grupių, tarp kurių – sveikatos specialistai, švietimo sektoriaus darbuotojai, socialinės tarnybos, vyriausybės, įstatymų leidėjai, visuomenės nuomonės formuotojai, teisėsaugininkai, šeimos ir bendruomenės, grandis.

Esame ypač dėkingi dr. Heather L. Stuart (Visuomenės sveikatos ir epidemiologijos katedra, Karalienės universitetas, Kingstonas, Ontarijas, Kanada), kuri parengė ankstesnę šio bukletą versiją. Taip pat reiškiamo nuoširdžią padėką už jų indėlį šiems ekspertams:

dr. Annette Beautrais, Kraistčerčo medicinos mokykla, Kraistčerčas, Naujoji Zelandija,

dr. Øivind Ekeberg, Ullevål ligoninė, Oslo universitetas, Oslas, Norvegija, prof. Robert D. Goldney, Adelaidės universitetas, Gilbertonas, Australija, prof. Richard Ramsay, Kalgario universitetas, Kalgaris, Kanada,

prof. Lourens Schlebusch, Natalio universitetas, Durbanas, Pietų Afrika, dr. Airi Värnik, Tartu universitetas, Talinas, Estija,

prof. Julio Arboleda-Flórez, Karalienės universitetas, Kingstonas, Ontarijas, Kanada.

Šis bukletas buvo atnaujintas bendradarbiaujant su Tarptautinės savižudybių prevencijos asociacijos (TSPA) savižudybių kalėjimuose darbo grupe. Už indėlį į šio bukletu atnaujinimą norėtume nuoširdžiai padėkoti šiems asmenims:

dr. Norbert Konrad, Teismo psichiatrijos institutas, Šaritė klinika, Berlynas, Vokietija,

dr. Marc S. Daigle, Kvebeko Trois-Rivières universitetas ir Savižudybių ir eutanazijos tyrimo ir intervencijos centras (CRISE), Kanada, dr. Anasseril E. Daniel, Misūrio universiteto medicinos mokykla, Kolumbija, Misūris, Jungtinės Amerikos Valstijos,

dr. Greg Dear, Editos Kovan universitetas, Jundalupa, Australija,

dr. Patrick Frottier, J.A. Mittersteig g., Viena, Austrija,

Lindsay M. Hayes, Nacionalinis institucijų ir alternatyvų centras, Mansfildas, Jungtinės Amerikos Valstijos,

prof. Ad Kerkhof, Vrije universitetas, Amsterdamas, Nyderlandai,

prof. Alison Liebling, Kembrižo kriminologijos institutas, Kembrižas, Jungtinė Didžiosios Britanijos ir Šiaurės Airijos Karalystė,

dr. Marco Sarchiapone, Molizės universitetas, Kampobasas, Italija.

Taip pat labai vertiname TSPA ir PSO bendradarbiavimą savižudybių prevencijos klausimais.

Atmintinė šiuo metu plačiai platinama, tikintis, kad ji bus išversta ir pritaikyta vietinėms sąlygoms – tai būtina sąlyga, kad medžiagos poveikis būtų kuo veiksmingesnis. Mielai lauksime komentarų ir prašymų suteikti leidimą bukletą išversti ir adaptuoti.

Dr. José M. Bertolote, koordinatorius,  
Psichikos sveikatos ir priklausomybės ligų grupė,  
Psichikos sveikatos ir smegenų ligų skyrius,  
Pasaulio sveikatos organizacija

# SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJA KALĖJIMUOSE IR KITOSE LAISVĖS ATĖMIMO VIETOSE

Pataisos įstaigose savižudybė dažnai yra labiausiai paplitusi mirties priežastis. Kalėjimai ir kitos įkalinimo bei pataisos įstaigos atsakingos už jose kalinčių asmenų sveikatą ir saugumą. Nevykdydami šios prievolės įstaigų vadovai gali būti patraukti teisinėn atsakomybėn. Kurstoma žiniasklaidos susidomėjimo, savižudybė pataisos įstaigoje gali peraugti į politinį skandalą. Be to, dėl savižudiško kalinių elgesio juos prižiūrintys pareigūnai taip pat patiria stresą, lygiai kaip ir su tuo susidūrę kiti kaliniai. Todėl adekvačių savižudybės prevencijos ir intervencijos tarnybų buvimas šiose įstaigose naudingas abiem šalims – ir kalintiesiems, ir įstaigai. Atsižvelgiant į šias aplinkybes viso pasaulio pataisos įstaigos siekia, kad būtų vykdoma kalinių savižudybių prevencija.

Pataisos įstaigos skiriasi, atsižvelgiant į kalinių skaičių ir vietines sąlygas: įstaiga sulaikytiesiems trumpam; sulaikytiesiems iki teismo; nuteistiesiems kaliniams; pagal bausmių atlikimo sąlygų sunkumą; patalpų perpildymą<sup>1</sup>; pagal tai, ar yra galimybė užsiimti prasminga veikla<sup>2</sup>; pagal tai, kiek kartų kalintysis buvo patalpintas į izoliatorių; pagal sanitarines sąlygas; ar geros socialinės ir kultūrinės sąlygos; kiek yra ŽIV nešiotojų ir (arba) sergančiųjų AIDS; kokie yra streso lygiai<sup>3</sup> ir koks yra pagrindinių sveikatos priežiūros ar psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas. Kiekvienas iš išvardytų veiksnių gali įvairiai paveikti savižudybių skaičių. Nepaisant to, vis tik įmanoma sumažinti savižudybių skaičių pataisos įstaigose – tam reikia laikytis kelių pagrindinių principų ir procedūrų<sup>4</sup>.

Šis dokumentas skirtas pataisos įstaigų administracijai, atsakingai už psichikos sveikatos pataisos įstaigose programų sukūrimą ir įgyvendinimą, ir tiesiogiai – šių įstaigų pareigūnams ir tiems, kurie tiesiogiai rūpinasi savižudiškų polinkių turinčių kalinių saugumu ir priežiūra. Jame pateikiama bendro pobūdžio informacija apie savižudybes, įvardijami pagrindiniai komponentai, galintys tapti visapusiškos savižudybių prevencijos programos dalimi.



## BENDRI FAKTAI APIE SAVIŽUDYBES

Savižudybė – rimta visuomenės sveikatos problema. Pasaulio sveikatos organizacija apskaičiavo, kad maždaug kas tris sekundes pasaulyje bandoma nusižudyti, o maždaug kas minutę įvyksta savižudybė. Tai reiškia, kad žmonių daugiau žūsta dėl savižudybių, o ne ginkluotų konfliktų metu. Dėl to savižudybių skaičiaus sumažinimas yra svarbus sveikatos priežiūros uždavinys visame pasaulyje<sup>5</sup>.

Savižudybės priežastys labai painios<sup>6</sup>. Kai kurie asmenys tampa ypatingai neatsparūs savižudybei, jeigu išgyvena sunkų gyvenimo epizodą ar yra veikiami keleto streso faktorių tuo pačiu metu. Savižudybių prevencijos iššūkis – identifikuoti pažeidžiamiausius asmenis, aplinkybes, kuriomis jie tokie tampa, ir tada veiksmingai įsikišti. Iškėlę tokius uždavinius, tyrinėtojai nustatė nemažai veiksnių, kurie sąveikaudami padidina savižudybės riziką. Tai socialiniai ir kultūriniai, biologiniai ir genetiniai faktoriai, psichikos būklė ir socialiniai sunkumai. Šių veiksnių sąveikos mechanizmai, lemiantys savižudybes ir savižudišką elgesį, yra labai painūs ir iki šiol nėra visiškai suprantami. Tačiau keli jų deriniai buvo ne kartą naudojami identifikuojant specifines didelės rizikos grupes, kurioms būtinas ypatingas dėmesys, nes dažnai jose savižudybių skaičius didesnis:

- jauni vyrai (15–49 metų);
- vyresnio amžiaus žmonės, ypač vyresni vyrai;
- senieji vietos gyventojai;
- psichiniai ligoniai;
- piktnaudžiaujantys alkoholiu ir (arba) turintys kitų priklausomybių;
- anksčiau jau bandę nusižudyti asmenys;
- asmenys laisvės apribojimo vietose.

Daugelis į savižudybę linkusių nuteistųjų brouožų gali būti būdingi ir visiems kitiems nutistiesiems, tačiau keleto tyrimų metu buvo nustatyti broožai, būdingi tik tiems, kurie nusižudė. Vieno Austrijoje atlikto atvejo ir kontrolės tyrimo<sup>7</sup> (angl. case- control study) metu buvo nustatyti keturi specifiniai individualūs ir vienas aplinkos veiksnys. Individualūs veiksniai:

ankstesnis bandymas nusižudyti arba kalbėjimas apie ketinimą nusižudyti; nustatyta psichiatrinė diagnozė; įkalinimo metu paskirti psichotropiniai vaistai; įvykdytas nusikaltimas yra itin smurtinis. Aplinkos veiksnys – kalėjimas vienutėje. Nenustatyta, ar išvardytieji veiksniai yra tokie pat svarbūs ir kituose pasaulio regionuose.

## **NUTEISTIEJI – DIDELĖS RIZIKOS GRUPĖ**

Nuteistieji priklauso didesnės rizikos nusižudyti grupei, nei kiti bendruomenės nariai<sup>8</sup>. Yra duomenų, kad savižudybių skaičiai didėja net tose įkalinimo įstaigose, kuriose nuteistųjų skaičiai mažėja<sup>9</sup>. Ne tik kalėjimuose yra daugiau savižudiško elgesio apraiškų, tačiau dauguma asmenų, kad ir neilgam atsidūrę laisvės atėmimo vietose, vėliau per visą savo gyvenimą išsako daugybę savižudiškų minčių ir jų elgesyje matomi savižudžiams būdingi bruožai. Atitinkamai, bandymų nusižudyti skaičius tarp sulaikytųjų iki teismo yra maždaug <sup>7,5</sup> karto, o tarp nuteistųjų – beveik <sup>6</sup> kartus didesnis nei tarp gyventojų vyrų, esančių laisvėje<sup>10</sup>. Šie faktai taip pat parodo didžiulę problemą, susijusią su savižudybių skaičiumi laisvės atėmimo vietose. Viena vertus, įstatymus pažeidusius asmenis veikia neabejotinai daugiau savižudiško elgesio rizikos veiksnių (šie veiksniai „importuojami“), o nusikaltėlių rizikos nusižudyti procentas išlieka daug didesnis net jiems išėjus iš įkalinimo įstaigos<sup>11</sup>. Tai nereiškia, kad pataisos įstaigos neatsako už nusikaltėlių savižudybes, priešingai, tokie pažeidžiami kaliniai turėtų būti gydomi, kol jie yra kalėjime. Kita vertus, įkalinimas net geros sveikatos asmeniui sukelia didžiulį stresą, nes atiboja nuo svarbių išteklių.

Bet kuris iš toliau išvardytų individualių ir aplinkos veiksnių derinių gali lemti rizikos nusižudyti padidėjimą pataisos įstaigose:

- Kalėjimai ir kitos laisvės atėmimo įstaigos yra savotiška pažeidžiamų grupių, kurios tradiciškai priklauso didžiausios rizikos nusižudyti grupėms, „saugykla“. Šios grupės – tai jauni vyrai, psichikos sutrikimų turintys asmenys, socialiai pažeidžiami, socialiai izoliuoti asmenys, turintys priklausomybių problemų ir tie, kurių elgesyje jau buvo išryškėję savižudžiams būdingo elgesio bruožų.
- Suėmimo ir įkalinimo psichologinis poveikis, narkotikų vartojimo abstinencijos simptomai, numatomas ilgas įkalinimo laikas ar kasdieniai su kalėjimo kasdienybe susiję stresai gali viršyti vidutinio nuteistojo gebėjimą susidoroti su stresu, o labiau pažeidžiami nuteistieji tampa itin vieniši.
- Kai kuriose pataisos įstaigose gali nebūti formalios politikos ir procedūrų, nurodančių, kaip atpažinti ir suvaldyti į savižudybę linkusius nuteistuosius. Pavyzdžiui, net jeigu įstaigose yra vykdomas didelės rizikos rodiklių stebėjimas, jose dažnai nėra tinkamo kalinių streso lygmens monitoringo, todėl mažai tikėtina, kad didelė rizika bus atpažinta.
- Net jeigu atitinkama politika ir procedūros įstaigose yra, darbais perkrautas ir nepakankamai apmokytas pataisos, sveikatos priežiūros ir psichikos sveikatos personalas gali nepastebėti pirmųjų įspėjamųjų rizikos nusižudyti ženklų.
- Pataisos įstaigos gali būti neįtrauktos į institucijų, kuriose įgyvendinamos psichikos sveikatinimo programos, sąrašą, todėl psichikos sveikatos priežiūros paslaugų ir gydymo prieinamumas jose gali būti ribotas ar jo gali iš viso nebūti.

# SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJA PATAISOS ĮSTAIGOSE

Daugumoje kalėjimų ir kitų laisvės atėmimo įstaigų vykdomos visapusiškos savižudybės prevencijos programos, o kai kuriose valstybėse net sukurti nacionaliniai savižudybių prevencijos pataisos įstaigose standartai ir gairės. Įgyvendinant visapusiškas prevencines programas galima reikšmingai sumažinti savižudybių ir bandymų nusižudyti skaičių<sup>12, 13, 14, 15</sup>. Nors, atsižvelgiant į savitus vietinius išteklius bei nuteistųjų poreikius, kiekviena programa gali turėti savų ypatumų, tačiau dauguma veiklų bei kitų sudedamųjų dalių būdingos joms visoms – būtent tai galėtų tapti pagrindu formuojant geriausios šios srities praktikos standartą.

## SAVIŽUDYBĖS PROFILIŲ SUKŪRIMAS

Pirmas žingsnis mažinant nuteistųjų savižudybių skaičių – sukurti savižudybės profilį, kuris galėtų būti naudojamas nustatant didelės savižudybių rizikos grupes ir situacijas. Pavyzdžiui, tyrimai rodo, kad sulaikytieji iki teismo skiriasi nuo nuteistųjų pagal tam tikrus rizikos nusižudyti veiksnius. Tačiau kai kuriose vietovėse gyventojai, priskirti skirtingiems profiliams, gali būti laikomi kartu<sup>4</sup>.

### 1 PROFILIS. SULAIKYTIEJI IKI TEISMO

Sulaikytieji iki teismo, kuriems pavyksta nusižudyti laisvės apribojimo vietose, paprastai yra vyrai – jauni (20–25 metų), nevedę ir pažeidę įstatymą pirmą kartą, sulaikyti dažniausiai dėl nedidelio, su narkotinėmis medžiagomis susijusio teisės pažeidimo. Paprastai sulaikymo metu jie būna apsvaigę ir nusižudo ankstyvojoje laisvės atėmimo stadijoje<sup>16</sup> – dažniausiai per kelias pirmąsias valandas (dėl netikėtos izoliacijos, įkalinimo metu patirto šoko, informacijos trūkumo, netikrumo dėl ateities). Kai kuriose įstaigose gali būti gerokai sumažinta nusižudymo joso rizika – skiriant deramą dėmesį priėmimo ir pirmosios nakties procedūroms, pritaipimo procesui ir kalinių priežiūrai. Antrasis sulaikytųjų iki teismo rizikos etapas – teismo proceso artėjimas, ypač, kai numanoma, kad nuosprendis bus apkaltinamasis ir paskirta bausmė bus griežta. Daugiausia nusižudymų kalėjimuose įvyksta per tris dienas nuo teismo pradžios<sup>17</sup>. Maža to, buvo pastebėta, kad 60 dienų po įkalinimo at-

siranda tam tikro pobūdžio emocinis išsekimas, kurį galima būtų pavadinti „sudegimu“<sup>18</sup>.

## **2 PROFILIS. NUTEISTIEJI**

Lyginant su sulaikytaisiais iki teismo, nusižudę kalėjimuose paprastai yra šiek tiek vyresnio amžiaus asmenys (30–35 metų), padarę smurtinius nusikaltimus ir praleidę įkalinimo įstaigoje ilgesnį laiką (dažniausiai po ketverių ar penkerių metų). Juos į savižudybę galėjo pastūmėti konfliktas su kitais nuteistaisiais arba įstaigos administracija, nesutarimai šeimoje ar skyrybos, neigiamas jų atžvilgiu teismo sprendimas, pavyzdžiui, apeliacinio skundo atmetimas ar prašymo paleisti anksčiau laiko lygtinai nepatenkinimas.

Įkalinimas gali reikšti laisvės praradimą, šeimos ir socialinės paramos netekimą, baimę patirti fizinę ar seksualinę prievartą, netikrumą ir baimę dėl ateities, gėdos ir kaltės dėl padaryto nusikaltimo jausmą ir baimę ar stresą, susijusį su blogomis kalėjimo aplinkos sąlygomis. Laikui bėgant įkalinimas prideda streso – jį sukelia konfliktai įstaigoje, viktimizacija, nusivylimas teisine sistema, fizinis bei emocinis išsekimas. Taigi panašu, kad savižudybių skaičius tarp ilgą laiką kalinčiųjų didėja ir priklauso nuo įkalinimo laiko<sup>18</sup>. Kalintieji iki gyvos galvos – itin didelės rizikos grupė<sup>3, 19</sup>.

### **RIZIKOS VEIKSNIAI, BŪDINGI KALĖJIMAMS IR KITOMS LAISVĖS ATĖMIMO VIETOMS**

Be pirmiau paminėtų konkrečių profilių, asmenims, kuriems taikomas kardomasis kalinimas, ir nuteistiesiems kaliniams, turintiems polinkį į savižudybę, būdingi bendri bruožai, galintys padėti įgyvendinti savižudybių prevencijos programas.

### **SITUACIJOS VEIKSNIAI**

Vienas dažniausių būdų nusižudyti – pasikorimas. Paprastai tai daroma, kai būsimoji auka laikoma izoliatoriuje arba atskiroje kameroje ir tada, kai įstaigoje dirba mažiausiai personalo, pvz., naktį ar savaitgaliais. Daug sa-

vižudybių įvyksta ir tada, kai kaliniai yra vieni – net jeigu formaliai vienoje kameroje jų yra keletas<sup>3, 20</sup>.

Paminėtina, kad nuteistųjų savižudybės labai susijusios ir su jų paskirstymu į kameras. Dažniausiai riziką nusižudyti smarkiai padidina nuteistojo nesuitaikymas su administracijos paskirta kamera ar kitais panašiais sprendimais dėl kalėjimo vietos (ypač jei kalinys yra patalpinamas į vienutę). Tokiose patalpose kaliniai paprastai praleidžia 23 valandas per parą ir tai gali trukti labai ilgai. Nuteistųjų savižudybių tokiose patalpose įvyksta neproporcingai daug<sup>21</sup>.

### **PSICHOSOCIALINIAI VEIKSNIAI**

Menka socialinė parama ir šeimos palaikymas, ankstesnės savižudiško elgesio apraiškos (ypač per pastaruosius metus ar dvejus), anksčiau nustatyta psichinė liga ir emocinės problemos – visa tai būdinga nusižudžiusiems nuteistiesiems. Maža to, polinkį į savižudybę turintys nuteistieji dažnai patiria patyčias<sup>22</sup>, konfliktuoja su kitais nuteistaisiais, daro administracinius pažeidimus ar sulaukia neigiamos informacijos<sup>23</sup>. Kokie bebūtų asmeniniai streso bei pažeidžiamumo faktoriai, paskutinis dažnas į savižudybę pastumiantis faktorius yra beviltiškumo jausmas, ateities galimybių sumažėjimas bei galimybės susidoroti su situacija praradimas. Pradedama atrodyti, kad savižudybė yra vienintelė išeitis iš beviltiškos ir jokių sprendimų neturinčios situacijos. Todėl asmenys, kalbantys apie beviltiškumą, ketinimą nusižudyti arba savižudybės planą, turi būti laikomi didelės rizikos grupe.

### **MOTERYS**

Nors didžioji savižudybių dalis pataisos įstaigose tenka vyrams (kadangi didžioji dalis kalinių yra vyrai), moterys taip pat sudaro didelės rizikos grupę<sup>4</sup>. Sulaikytos iki teismo moterys, kaip ir vyrai, įkalinimo įstaigose bando žudyti žymiai dažniau, nei esančios laisvėje<sup>4, 24</sup>. Taip pat paminėtina, kad nusižudžiusių moterų skaičius, panašu, yra didesnis nei nusižudžiusių vyrų<sup>25</sup>. Maža to, tarp jų daugiau sergančių sunkiomis psichinėmis ligomis<sup>26</sup>. Kadangi vis dar trūksta rizikos profilių, kuriuose būtų aprašyti sulaikytoms iki teismo

ir nuteistoms moterims būdingi bruožai, savižudybių prevencijos programos turėtų būti nukreiptos į moteris, kurioms stinga socialinės ir šeiminės paramos ir kurios jau bandė nusižudyti, sergančioms psichinėmis ligomis ar patiriančioms emocinių sunkumų.

## **NEPILNAMEČIAI**

Įkalinimo patirtis gali ypatingai sunkiai paveikti tuos nepilnamečius įstatymų pažeidėjus, kurie atskiriami nuo savo šeimos ir draugų. Nelaimės prislėgti jaunieji nuteistieji itin priklausomi nuo personalo, su kuriuo jie bendrauja, palaikymo<sup>3</sup>. Todėl jaunų nuteistųjų atskyrimas ir izoliavimas gali papildomai padidinti savižudybės riziką – tai gali nutikti bet kuriuo jų įkalinimo metu<sup>27</sup>. Nepilnamečiai, esantys suaugusiųjų pataisos įstaigoje, turėtų būti vertinami kaip itin didelės savižudybės rizikos grupė<sup>28</sup>.

## **PROFILIAI BĖGANT LAIKUI GALI KISTI**

Profiliais galima pasinaudoti identifikuojant potencialiai didelės rizikos grupes, kurias reikia toliau stebėti ar prireikus įsikišti. Įgyvendinant sėkmingas savižudybės prevencijos programas, didelės rizikos profiliai bėgant laikui gali kisti<sup>18</sup>. Panašiai ir unikalios konkrečios vietos sąlygos gali turėti įtakos didelės rizikos įkalinimų tradicinio profilio pokyčiams – bet kurioje pataisos įstaigoje. Todėl profiliais reikėtų naudotis tik kaip pagalbine priemone, kai reikia identifiкуoti potencialiai didelės rizikos grupes ir situacijas. Kai tik įmanoma, juos reikėtų kurti taip, kad juose būtų atspindėta konkrečios vietos specifika, ir nuolat papildyti atsižvelgiant į naujus pokyčius. Rizikos veiksniai nėra tie požymiai, kuriais reikėtų visiškai pasikliauti, ir jais neturi būti vadovaujama, kol neatlikti kruopštūs klinikiniai vertinimai. Labiausiai trikdo tai, kad nagrinėjant kalinių, esančių savižudybės rizikos grupėje, profilius, atrodo, kad nuteistųjų, kurių savižudybė vis dėlto baigsis mirtimi, profiliai yra „normalesni“ lyginant su „tik“ bandysiančių nusižudyti profiliais<sup>29</sup>.

## PAGRINDINIAI SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJOS PROGRAMOS KOMPONENTAI

Visos pataisos įstaigos, kad ir koks būtų jų dydis, turėtų turėti nuoseklią ir visapusišką savižudybių prevencijos politiką, sprendžiančią pagrindinius uždavinius, išdėstytus tolesniuose skyriuose. Be abejonės, patvirtinti ir įgyvendinti šias programas – ne pareigūnų, o kalėjimų vadovų atsakomybė.

### MOKYMAI

Bet kurios savižudybių prevencijos programos kertinis komponentas – tinkamai išmokytas pataisos įstaigų personalas, esantis bet kurio kalėjimo, kitos laisvės atėmimo įstaigos ar nepilnamečių kolonijos stuburu. Psichikos sveikatos, sveikatos priežiūros specialistams ar kitiems profesionalams pavyko užkirsti kelią vos kelioms savižudybėms, kadangi nusizudyti dažniausiai bandoma būnant kameroje, vėlai vakare ar savaitgaliais, kai nuteistųjų jau nestebi programą įgyvendinantis personalas. Būtent todėl užkirsti kelią tokiems incidentams turi pataisos įstaigų darbuotojai, išmokyti, kaip užkardyti savižudybę, ir todėl atidžiau prižiūrintys jiems priskirtus nuteistuosius. Pataisos įstaigų pareigūnai dažnai yra vieninteliai, į kuriuos galima kreiptis 24 val. per parą, todėl jie yra pirmieji, galintys užkardyti savižudybes. Pataisos įstaigų darbuotojai, lygiai kaip ir sveikatos priežiūros bei psichikos sveikatos darbuotojai, negali aptikti, įvertinti ar sutrukdyti įvykdyti savižudybę, jeigu jie neišmokyti, kaip tai padaryti.

Pataisos įstaigų darbuotojai, lygiai kaip ir sveikatos priežiūros bei psichikos sveikatos darbuotojai, turėtų būti išję savižudybės prevencijos mokymus ir kasmet lankyti kvalifikacijos kėlimo kursus. Mažiausiai, bet neapsiribojant tuo, mokymai turėtų apimti šiuos aspektus: kodėl pataisos įstaigų aplinka skatina savižudišką elgesį; personalo požiūris į savižudybę; potencialūs savižudybę skatinantys veiksniai; didelės savižudybės rizikos etapai; įspėjamieji ženklai ir simptomai; vėliausios savižudybės ir (arba) reikšmingi bandymai nusizudyti, įvykę įstaigoje ar tarnyboje, bei įstaigos ar tarnybos savižudybių prevencijos politikos komponentai. Be to, visas personalas, kasdien bendraujantis su nuteistaisiais, turėtų būti išmokytas suteikti įprastą pirmąją pagalbą bei reanimuoti širdį ir plaučius. Visas personalas taip pat turi



būti išmokytas naudotis įvairiais pirmosios pagalbos įrenginiais, esančiais kiekviename korpuse. Siekiant veiksmingai reaguoti į bandymus nusižudyti, reikėtų įtraukti mokomąsias pratybas naudojant pagalbines priemones į visų darbuotojų mokymus – ir pagrindinius, ir kvalifikacijos kėlimo<sup>20</sup>.

## NAUJAI ATVYKUSIŲ NUTEISTŲJŲ STEBĖJIMAS

Išmokius pataisos įstaigų personalą ir supažindinus jį su savižudybės rizikos veiksniais, toliau reikėtų vykdyti formalų naujai atvykusių nuteistųjų stebėjimą būtent šiuo aspektu<sup>30</sup>. Kadangi laisvės atėmimo vietoje nusižudyti gali būti bandoma jau pirmosiomis suėmimo ir įkalinimo valandomis, stebėti reikia pradėti nedelsiant, kai tik nuteistasis patenka į įstaigą – tik tada stebėjimas bus veiksmingas. Veiksmingiausia, kai kiekvienas naujai atvykęs nuteistasis pradedamas stebėti jo atgabenimo į įstaigą metu ir pasikeitus aplinkybėms ar sąlygoms. Dažnai pataisos įstaigose nepakanka psichikos sveikatos priežiūros specialistų. Todėl yra būtina žinoti paprastus požymius, pagal kuriuos kalėjimo pareigūnai galėtų tinkamai įgyvendinti stebėjimo procesą<sup>31</sup>. Įprasta, kad stebėjimo klausimyne yra ir statiniai (istoriniai, demografiniai), ir dinaminiai (situacijos ir asmens) kintamieji<sup>32</sup>.

Jeigu ištekliai leidžia, stebėjimas, siekiant išaiškinti galimus savižudžius, gali būti atliekamas kaip sudėtinė medicininės ir psichologinės nuteistųjų apžiūros, vykdomos atitinkamų įstaigos specialistų, dalis. Kadangi stebėti nuteistuosius siekiant išaiškinti galimus savižudžius yra pataisos įstaigos darbuotojų atsakomybė, jie turėtų būti tinkamai išmokyti tai atlikti<sup>33</sup>, o pagalbine šių funkcijų atlikimo priemone turėtų būti rizikos nusižudyti įvertinimo klausimynai<sup>30, 31, 34, 35</sup>. Pavyzdžiui, pataisos įstaigai įvertinant minėtas rizikas, šiuose klausimynuose galėtų būti įrašyti tvirtinamieji atsakymai į vieną ar keletą klausimų, padėsiančių nustatyti padidėjusią riziką nusižudyti ir poreikį įsikišti:

- Nuteistasis yra apsvaigęs ir (arba) yra sirgęs priklausomybės liga.
- Nuteistasis išreiškia neįprastai stiprų gėdos, kaltės jausmą ar nerimą dėl sulaikymo ir įkalinimo.

- Nuteistasis išreiškia beviltiškumą ar baimę dėl ateities arba rodo depresijos ženklą, pavyzdžiu, verkia, rodo mažai emocijų, jam trūksta žodinės raiškos.
- Nuteistasis prisipažįsta pastaruoju metu galvojęs apie savižudybę<sup>36</sup> (klaidinga manyti, kad nederą klausti asmens, ar jam (jai) pastaruoju metu nekilo minčių apie savižudybę – toks klausimas „nepakiš“ kvailos idėjos).
- Nuteistasis jau yra gydytas nuo psichinių susirgimų.
- Nuteistojo psichinė būklė pastaruoju metu pablogėjusi arba jis neįprastai ar keistai elgiasi, pavyzdžiui, negali susikaupti, kalba su saviimi, girdi nesamus balsus.
- Nuteistasis jau kartą ar daugiau bandė žudytis ir (arba) pripažįsta, kad šiuo metu nusižudyti jam būtų priimtina išeitis.
- Nuteistasis prisipažįsta šiuo metu planuojąs savižudybę (taip pat reiktų atsižvelgti į bendravimą su šeima ir kartu kalinčiais<sup>24</sup>).
- Nuteistasis prisipažįsta ar panašu, kad jis turi nedaug vidinių ir (arba) išorinių palaikymo šaltinių.
- Nuteistąjį suėmę ar gabenę pareigūnai mano, kad yra rizika, kad nuteistasis gali nusižudyti.
- Įstaigos turimi įrašai rodo, kad ankstesnio įkalinimo metu nuteistasis jau buvo patekęs į rizikos nusižudyti grupę.

Šie klausimynai yra labai svarbi visapusiškos savižudybių prevencijos programos dalis dėl daugelio priežasčių:

- Juose surašyti konkretūs klausimai nurodo įkalinimo įstaigos personalui susirūpinimą keliančias sritis, kurių problemas reiktų spręsti.
- Stokojant laiko atlikti išsamesnę analizę, užimtas kalėjimo personalas gali naudoti šiuos klausimynus kaip pagalbines atmintines.
- Klausimynai palengvina pareigūnų, sveikatos priežiūros ir psichinės sveikatos priežiūros darbuotojų bendravimą.
- Klausimynuose pateikiama teisinė informacija, įrodanti, kad nuteistieji buvo stebimi dėl rizikos nusižudyti nuo pat jų patekimo į įkalinimo įstaigą ir vėliau, pasikeitus sąlygoms.

Net jeigu medicininės apžiūros atlieka sveikatos priežiūros personalas, vis dėlto svarbu, kad būtų naudojamas struktūruotas klausimynas – dėl tų pačių priežasčių. Nustačius, kad yra iškilusi nusižudymo rizika, tai turėtų būti įrašyta į asmens bylą taip, kad informacija galėtų būti perduota kitai pamainai ar kitos tarnybos ar įstaigos darbuotojams. Galiausiai, tokie klausimynai naudingi ne tik stebint naujai atvykstančius įkalintuosius, nes jie nėra tik pavienės rizikos nustatymo priemonė. Jais galima pasinaudoti bet kuriuo nuteistojo įkalinimo metu, norint nustatyti savižudybės riziką ir poreikį įsikišti įvairiems atitinkamai išmokytiems pataisos įstaigos ar psichikos sveikatos priežiūros darbuotojams. Jeigu stebėjimas organizuotas teisingai, psichikos sveikatos specialistai turi įvertinti nuteistąjį per labai trumpą laikotarpį<sup>31, 34</sup>.

Deja, turima labai nedaug informacijos apie potencialius apsauginius veiksnius<sup>37</sup> – šios žinios galėtų palengvinti rizikos įvertinimą ir padaryti jį tikslesnį.

## STEBĖJIMAS PO ĮKALINIMO

Nepaisant stebėjimo procedūrų svarbos, jų vaidmuo užkardant savižudybes kalėjimuose itin mažas. Viskas, kas gali būti pasiekta stebėjimo priemonėmis – personalui bus pranešta apie padidėjusią vieno ar kito nuteistojo riziką bandyti nusižudyti, galinčią atsirasti tam tikru jo įkalinimo metu. Stebėjimo priemonės negali pačios nuspėti, kada būtent bus bandoma nusižudyti ar kuris būtent nuteistasis bandys tai padaryti. Kadangi dauguma savižudybių kalėjimuose ir kitose laisvės atėmimo vietose įvyksta pasibaigus pirminiam įkalinimo laikotarpiui (kartais – tik po daugelio metų), nėra prasmės stebėti nuteistuosius tik jų atgabenimo į įstaigą metu – tai reikia daryti nuolat, vienodais intervalais. Kad savižudybių prevencija būtų veiksminga, nuolatinis stebėjimas turi būti sudėtinė jos dalimi. Visas personalas turi būti išmokytas neprarasti budrumo per visą nuteistojo įkalinimo laikotarpį. Tam jis turėtų kaupti duomenis dėl galimų nuteistųjų savižudybių šiais periodais:

- įprastos kasdienės patikros, per kurias tikrinama: ar nėra kokių nors iš šių ketinimo nusižudyti požymių: verkimo, nemigos, vangumo, ypatingai didelio neramumo ar žingsniavimo pirmyn atgal; staigios nuotaikų kaitos, valgymo ar miego įpročių pasikeitimo; daiktų, taip

pat ir asmeninių, atsikratymo, noro kažką veikti ar bendrauti praradimo, pakartotinio atsisakymo būti gydomam ar prašymo skirti didesnę vaistų dozę.

- Pokalbiai su nuteistaisiais artėjant teismo posėdžiams ar kiti kritiniai gyvenimo epizodai (tokie, kaip šeimos nario mirtis ar skyrybos), kad būtų galima identifikuoti beviltiškumą ar ketinimą nusižudyti.
- Susitikimų su šeimos nariais ar draugais priežiūra, kad būtų galima identifikuoti ginčus ar problemas, kilusias šių susitikimų metu. Derėtų paraginti šeimos narius pranešti personalui, jeigu šie nuogaustautų, kad jų artimasis gali turėti minčių apie savižudybę.
- Dėl nepaprastai didelio atskirai kalinių savižudybių skaičiaus kaliniai, prieš atvykdami į šias specialias kameras, turėtų atlikti trumpus jų psichikos būklę parodančius testus, siekiant užtikrinti, kad susirūpinimas dėl jų psichikos sveikatos ir (arba) rizikos nusižudyti nepasitvirtino ir jie gali kalėti tokioje vietoje.
- Pareigūnai turėtų puoselėti tokius santykius su nuteistaisiais, kurie leistų kaliniams lengvai atskleisti personalui savo sielvartą ar beviltiškumą, jeigu šie jausmai juos apimtų ir tuo metu, kai tai įvyks.

## **TOLESNIO STEBĖJIMO VALDYMAS**

Tolesnis stebėjimas, adekvatus ir tinkamas monitoringas bei tolesni patikros veiksmai yra būtini. Todėl privalu sukurti valdymo procesus, kurie aiškiai apibrėžtų įstaigos politiką ir procedūras, nustatančias atsakomybes už nuteistųjų paskirstymą, nuolatinę priežiūrą ir įsikišimą į psichikos sveikatos problemų turinčių nuteistųjų, jeigu jie patenka į didelės rizikos nusižudyti grupę, priežiūrą.

## **MONITORINGAS**

Tinkamas savižudiškų polinkių turinčių nuteistųjų monitoringas – labai svarbus veiksnys, ypač naktinės pamainos metu (kai personalo mažai) ir įstaigose, kuriose gali nebūti nuolat tam tikrą teritoriją stebinčio personalo (pvz., policijos areštinėse). Monitoringo lygis turi atitikti rizikos lygį. Nuteistieji, kurie, kaip manoma, gali intensyviai galvoti apie savižudybę,

turi būti stebimi nuolat. Nuteistieji, kurie, personalo manymu, turi ketinimų nusižudyti, tačiau to neprisipažįsta, gali būti stebimi ne nuolat, tačiau gana dažnai (pvz., kas 5–15 minučių ir itin atidžiai). Tačiau atsižvelgiant į tai, kad bandant nusižudyti pasikariant tereikia trijų minučių, kad smegenyse įvyktų negrįžtami pokyčiai, ir 5–7 minučių, kad viskas baigtųsi mirtimi, todėl net kas 10–15 minučių atliekamos patikros gali būti nepakankamos užkardyti ūmų kalinio bandymą nusižudyti. Kol nuteistasis yra atskiroje kameroje, jis turėtų būti stebimas be pertrūkio ir su juo turėtų būti nuolat bendraujama. Asmeninis konsultavimas gali tapti galimybe nuteistajam išsikalbėti, o personalui atlikti klinikinį monitoringą<sup>38</sup>. Rizikos grupėje esantys nuteistieji neturėtų būti palikti vieni – juos reikėtų stebėti ir nuolat su jais bendrauti<sup>8,33</sup>.

## KOMUNIKACIJA

Tam tikri nuteistojo elgesio bruožai gali išduoti jo savižudišką elgesį, todėl, jeigu jie bus laiku pastebėti ir apie tai bus pranešta kitiems, savižudybė gali būti užkardyta. Yra trys pamatiniai dalijimosi informacija etapai, padedantys užkirsti kelią nuteistųjų savižudybėms:

- įvykdžiusių sulaikymą ar atgabenusių nuteistąjį į pataisos įstaigą pareigūnų ir pataisos įstaigos darbuotojų bendravimas;
- įstaigos personalo bendravimas tarpusavyje (įskaitant pataisos, sveikatos priežiūros ir psichikos sveikatos priežiūros personalą) bei įstaigos personalo ir linkusių į savižudybę nuteistųjų bendravimas<sup>20</sup>.

Daugeliu aspektų savižudybės prevencija prasideda arešto metu. Kertiniai momentai, lemiantys savižudiško elgesio aptikimą, yra tai, ką asmuo kalba pirmojo kontakto metu, kaip elgiasi gabenimo į laisvės atėmimo vietą bei jo duomenų registravimo metu. Dažnai areštuojamajam nestabiliausias ir emociškai paveikiausias momentas – jo areštas. Asmenį suimantys pareigūnai suėmimo metu turėtų būti ganėtinai dėmesingi suimamajam, nes tuo metu gali pasireikšti savižudiškas elgesys, jis gali būti apimtas nerimo ir (arba) nevilties. Informaciją apie jo elgesį iki suėmimo gali patvirtinti ir šeimos nariai ar draugai. Visa susijusi informacija apie sulaikytojo būklę areštavusio ar atgabenusio personalo turi būti perduota įstaigos personalui.

Suimtajam ketinimų nusižudyti gali kilti bet kuriuo įkalinimo metu, todėl pataisos įstaigos pareigūnai privalo neprarasti budrumo ir dalintis informacija bei prireikus siųsti tokius suimtuosius pas psichikos sveikatos ir sveikatos priežiūros specialistus. Mažiausia, kas turi būti padaryta – užtikrinti, kad atitinkamas personalas būtų tinkamai informuotas apie kiekvieno įkalinimo, kuriam taikomos apsauginės nuo savižudybės priemonės, būklę. Turėtų būti reguliariai rengiami įvairių disciplinų atstovų (tarp kurių – ir pataisos, sveikatos priežiūros bei psichikos sveikatos specialistai) susitikimai, kuriuose būtų aptariama nuteistųjų, kuriems taikomos apsauginės nuo savižudybės priemonės, būklė. Be to, įkaliniesiems taikomų apsauginių nuo savižudybės priemonių paskyrimai, visi jų pakeitimai ir tokių asmenų stebėjimo duomenys turi būti įrašomi į nustatytos formos dokumentus ir išdalyti atitinkamam personalui. Šių dokumentų informacija turėtų būti išsami ir operatyvi, taip pat greitai išdalijama visam su nuteistuoju bendraujančiam personalui.

## SOCIALINĖ INTERVENCIJA

Nuteistieji atvyksta į pataisos įstaigas jau turėdami tam tikrą polinkį į savižudybę. Kartu su įkalinimo sukelta krize ir tęstiniais gyvenimo kalėjime stresą sukeliančiais veiksniais šis pažeidžiamumas gali pasiekti savo kulminaciją nuteistajam emociškai ir socialiai palūžus, o tai galiausiai ir gali privesti jį prie savižudybės. Socialinė ir fizinė izoliacija bei prieinamų palaikomųjų išteklių trūkumas padidina savižudybės riziką. Todėl prasminga socialinė sąveika yra svarbus savižudybių prevencijos pataisos įstaigose elementas<sup>33</sup>.

Kaip minėta anksčiau, dauguma savižudybių pataisos įstaigose įvyksta, kai nuteistasis yra izoliuotas nuo personalo ir kitų kalinių. Todėl nuteistųjų patalpinimas į atskiras kameras arba izoliatorius, net ir dėl būtinų priežasčių, vis dėl to gali padidinti savižudybės riziką. Jei savižudybės rizikos grupei priklausančio nuteistojo patalpinimas į izoliatorių yra vienintelė išeitis, reikia užtikrinti jo nuolatinį stebėjimą<sup>23</sup>. Geriausia būtų patalpinti galintį nusižudyti nuteistąjį į miegamąsias patalpas arba bendrą kamerą. Kai kuriose įstaigose socialinė pagalba teikiama pasitelkus specialiai išmokytus, su administracija bendradarbiaujančius ir jai informaciją teikiančius nuteistuosius, kurie,

panašu, daro gerą įtaką potencialių savižudžių būklei, nes pastarieji gali nepasitikėti pataisos įstaigos pareigūnais<sup>39, 40</sup>. Pasimatymus su šeima taip pat galima naudoti kaip socialinės pagalbos didinimo priemonę, lygiai kaip ir informacijos šaltinius apie nuteistojo savižudybės grėsmę.

Tačiau svarbu atkreipti dėmesį, kad neatsakingai suplanuotos ar stebimos socialinės intervencijos gali būti pavojingos. Pavyzdžiui, labai linkę į savižudybę nuteistieji, apgyvendinti bendrose kamerose, gali lengviau priėti prie savižudybės priemonių. Priešiškai nusiteikę toje pačioje kameroje esantys nuteistieji gali nepranešti pataisos įstaigos pareigūnams apie bandymą nusižudyti. Todėl linkusio žudytis nuteistojo patalpinimas į bendrą kamerą neturi būti laikomas rūpestingos stebėjimo ir socialinės pagalbos, teikiamos išmokytų įstaigos pareigūnų, pakaitu<sup>3</sup>.

#### **FIZINĖ APLINKA IR JOS YPATUMAI**

Dauguma nuteistųjų nusižudo pasikardami – tam jie pasinaudoja patalyne, batų raišteliais arba drabužiais. Savižudybės būtų neįmanoma įvykdyti kameroje ar miegamosiose patalpose, kuriose būtų kuo mažiau pasikorimui tinkamų vietų ir nekontroliuojamų priėjimų prie savižudybės priemonių.

Labai linkusių į savižudybę nuteistųjų atžvilgiu gali tekti panaudoti tramdomuosius drabužius ar kitas tramdomąsias priemones. Kadangi tramdomųjų priemonių panaudojimas vertinamas ganėtinai prieštarinčiai, tokiems atvejams įstaiga turi būti parengusi aiškia politiką ir nustatytas procedūras. Šiuose dokumentuose turi būti apibrėžtos situacijos, kuriose tramdomųjų priemonių naudojimas laikomas tinkamu, o kuriose – ne, įvardyti šių priemonių naudojimo būdai, užtikrinant, kad pirmiausia būtų panaudotos mažiausiai laisvę ribojančios priemonės, išdėstytos saugos nuostatos, apibrėžtas laikas, kurį tramdomosios priemonės gali būti taikomos asmeniui, nurodyta, kaip bus atliekamas tokio asmens, kol jam taikomos šios priemonės, stebėjimas ir kontrolė, ir kaip bus užtikrintas psichikos sveikatos specialistų prieinamumas.

Tobulėjant technologijoms, kai kuriose pataisos įstaigose populiaria alternatyva tiesioginiam stebėjimui tapo vaizdo stebėjimo kameros. Tačiau

kamerų neapžvelgiamos zonos ir didelis asmens, stebinčio prietaiso rodumus vaizdus, užimtumas kartu lemia problemas. Labai liūdna, bet žinoma nemažai savižudybių, įvykusių visiškai gerai veikiant stebėjimo kameroms, pavyzdžių. Maža to, daugumai nuteistųjų nepatinka būti nuolat stebimiems, ypač kai tai vykdoma be deramos emocinės paspirties ir pagarbos<sup>4</sup>. Todėl vaizdo stebėjimo kamerų fiksuojama medžiaga niekada neturėtų tapti personalo atliekamo nuteistųjų, turinčių polinkį į savižudybę, stebėjimo pakaitu, o jeigu kameromis vis dėlto stebima, jomis gaunama informacija turėtų būti vertinama tik kaip pagalbinė personalo vykdomo tiesioginio stebėjimo priemonė.

## **PSIHIKOS SUTRIKIMŲ GYDYMAS**

Psichikos sutrikimų turintiems nuteistiesiems, esantiems didelės nusizudymo rizikos grupėje, turėtų būti taikomas tinkamas psichofarmakologinis gydymas – tai nusistovėjęs bendrasis standartas<sup>41</sup>. Nustačius, kad nuteistasis yra didelės rizikos nusizudyti grupėje, jo būklę turėtų įvertinti ir gydymą paskirti psichikos sveikatos specialistai. Tačiau daugelyje pataisos įstaigų gauti psichikos sveikatos specialistų pagalbą nėra paprasta, nes tokiose įstaigose jų yra nedaug, be to, palaikoma labai mažai ryšių su bendruomenės psichikos sveikatos tarnybomis, kurių pagalbos gali prireikti<sup>11</sup>.

Jeigu pataisos įstaigos stokoja personalo bei išteklių, jos turi užmegzti stiprius ryšius su bendruomenėje įgyvendinamomis programomis, kad būtų kuo geriau patenkinti nuteistųjų fizinės ir psichikos sveikatos priežiūros poreikiai. Tai reiškia, kad baudžiamojo teisingumo, psichikos sveikatos ir sveikatos priežiūros sistemos turi būti tarpiai susietos, kad galėtų vykdyti savižudybių prevenciją pataisos įstaigose. Priklausomai nuo šalies, šiems tikslams pasiekti gali prireikti tarpinstitucinių susitarimų dėl bendradarbiavimo su bendrojo profilio ligoninėmis, skubiosios pagalbos tarnybomis, psichiatrijos įstaigomis, bendruomenės psichikos sveikatos bei priklausomybės ligų gydymo programomis.



## PO BANDYMO NUSIŽUDYTI

Pataisos įstaigos personalas turi būti tinkamai išmokytas, kad įvykus bandymui nusižudyti sugebėtų užkardyti teritoriją ir suteikti nuteistajam pirmąją pagalbą, kol bus laukiama atvykstant pačios įstaigos ar išorinės greitosios pagalbos specialistų. Svarbiausia, kad įvykio vietoje esantis personalas išmanytų, kaip suteikti pirmąją pagalbą. Todėl pirmoji pagalba, kurią teiktų pataisos įstaigų personalas įvykio vietoje, turi būti aiškiai reglamentuota įprastos veiksmų procedūros dalis. Siekiant išvengti delsimo, dar iki incidento turi būti numatyti efektyvios komunikacijos su sveikatos priežiūros personalu būdai ir nustatytos skubiosios pagalbos procedūros. Skubiosios pagalbos priemonės turi būti visuomet paruoštos darbui, periodiškai tikrinamos ir lengvai pasiekiamos galimo įvykio vietoje. Visas personalas turi būti išmokytas naudotis gaivinimo priemonėmis, kurios turi būti lengvai prieinamos visam personalui. Kiekvienas darbuotojas turi žinoti, ką reikia daryti įvykus bandymui nusižudyti<sup>42</sup>.

Įvykus incidentui, reikėtų kaip įmanoma greičiau visapusiškai įvertinti nuteistojo psichologinę (ir pagal galimybes medicininę) būklę. Toks įvertinimas turėtų būti atliekamas uždaroje patalpoje, kurioje niekas negalėtų sutrukdyti atlikti apklausą ir kurioje tiek nuteistajam, tiek vertinimą atliekančiam specialistui būtų fiziškai patogiu. Įvertinus bandžiusiojo nusižudyti būklę, turėtų būti išaiškinti veiksniai, galėję paskatinti savižalą, ketinimo nusižudyti rimtumas, pamatinės problemos (tiek chroniškos, tiek ūmios), su kuriomis nuteistasis grumiasi, taip pat reikėtų nustatyti, ar nuteistasis turi psichikos sutrikimų, numatyti, ar jis bandys žalotis artimiausiu metu (pvz., ar jis turi minčių apie savižudybę, kurioms jam sunku atsisipirti), ir parinktas pagalbos būdas, kuris nuteistajam būtų priimtinas.

### VADINAMIEJI BANDYMAI MANIPULIUOTI

Kai kuriais atvejais nuteistieji, besielgiantys kaip potencialūs savižudžiai, laikomi manipuliuojančiais nuteistaisiais. Tokie nuteistieji mano gali imituodami savižudišką elgesį įgyti šiek tiek valdžios ir pakreipti įvykius jiems naudinga linkme, pavyzdžiui, priversti personalą perkelti juos į ligo-

ninę arba į kitą patalpą, kurioje mažiau apribojimų<sup>43, 44</sup>. Pareigūnai taip pat neturėtų nė akimirksniai pamiršti apie nuteistųjų galimybę suvaidinti savižudybės bandymą norint susikurti galimybę pabėgti ar dėl kokių nors kitų nusiikalstamų motyvų, ypač kalinčių griežtai ar ypatingai griežtai saugomose vietose. Asocialūs arba sociopatai vyrai gali būti labiau linkę manipuliuoti, neva bandydami nusižudyti, kadangi, panašu, jiems sunkiau prisitaikyti prie aplinkybių, kur viskas kontroliuojama, prie „kolektyvinių“ kalėjimo sąlygų<sup>45</sup>. Maža to, kai kuriems nuteistiesiems savęs žalojimas gali padėti nuimti įtampą<sup>46</sup>. Kalinčių moterų pasikartojantis savęs žalojimas (pvz., pjaustymasis ar deginimasis) gali reikšti tokį jų atsaką į stresą, kylantį dėl įkalinimo ir kalėjimo aplinkos. Iš tiesų, atskirti savižalą nuo bandymo nusižudyti nėra lengva, net paklausus nuteistojo, kokia iš tiesų buvo jo (jos) intencija<sup>47</sup>. Yra požymių, kad daugumoje atvejų būta abiejų ketinimų – ir noro nusižudyti, ir taip vadinamų manipuliacinių motyvų, kai bandoma atkreipti dėmesį į emocinį išsekimą ar norima padaryti įtaką kalinimo sąlygoms, pavyzdžiui, siekiant išvengti perkėlimo į skyrių, kur šeima jį (ją) lankytų rečiau<sup>48</sup>.

Jeigu pataisos įstaigos darbuotojai mano, kad kai kurie nuteistieji bando kontroliuoti ar manipuliuoti aplinka žalodami save, jie stengiasi nepriimti to už gryną pinigą ir stengiasi nepasiduoti manipuliacijoms. Tai ypač pasakytina apie tuos nuteistuosius, kurie yra pagarsėję kaip pažeidę taisykles ar kitaip prasižengę<sup>44</sup>. Tačiau bandymai nusižudyti gali baigtis mirtimi, net jeigu nuteistieji iš tiesų to nesiekė. Dėl to, kad yra nedaug nusižudymo būdų, nuteistieji gali pasirinkti tą, kuris dažniausiai baigiasi mirtimi (pvz., pasikarti), net jeigu neturėjo aiškaus noro numirti ar nežinojo, koks tai pavojingas būdas<sup>49</sup>. Būdai, kuriuos naudojant yra mažesnė mirtinos baigties tikimybė, yra labiau parodomieji nei tiksliniai, tai yra laikomi disfunkciniu būdu išreikšti savo problemas. Teisingas atsakas į tai – paklausti nuteistojo apie jo (jos) problemas, o ne bausti. Neatidumas ketinantiems žaloti save nuteistiesiems ar jų baudimas už savęs žalojimą patalpinant juos į atskiras kameras gali pagilinti problemą – tokie kaliniai imsis dramatiškesnių ir rizikingesnių priemonių. Todėl programos, skatinančios atidesnę nuteistųjų, kurių elgesyje gali būti polinkio į savižalą, priežiūrą, socialinę paramą ir prieinamumą prie psichosocialinių šaltinių, yra ypatingai svarbios.

## PO SAVIŽUDYBĖS

Įvykus savižudybei, turi būti elgiamasi pagal parengtas oficialias procedūras ir atitinkamai pranešama apie įvykį, taip pat turi būti pateikta konstruktyvi grįžtamoji informacija, būtina siekiant ateityje pagerinti su savižudybių prevencija susijusius veiksmus. Todėl pataisos įstaigos ir sveikatos priežiūros darbuotojai turi išsamiai aptarti kiekvieną įvykį, siekiant:

- atkurti įvykių, kurių baigtis buvo savižudybė, grandinę;
- nustatyti veiksnius, galėjusius tapti nuteistojo mirties priežastimi, į kuriuos galbūt nebuvo atsižvelgta ar jie buvo klaidingai traktuojami;
- įvertinti, ar kritinėje situacijoje buvo elgiamasi adekvačiai;
- nustatyti bet kokias įmanomas pasekmes įstaigos politikai, kad ateityje būtų lengviau užkirsti kelią savižudybėms.

Be to, pataisos ir kitų įstaigų personalas, susidūręs su jų prižiūrimų ar kitų nuteistųjų savižudybe, gali išgyventi įvairių jausmų, pradedant pykčiu ir apmaudu, baigiant kalte ir liūdesiu. Šiems asmenims gali būti naudingas nuodugnus įvykio aplinkybių aptarimas arba oficialiai suteikta kolegų ar psichologų pagalba.

Nors gana retai, bet pataisos įstaigose gali atsirasti viena iš terpių, kurioje gali susidaryti savižudybių klasteriai<sup>4</sup>. Analizuojant nuteistųjų savižudybių klasterius, išaiškėjo, kad tolesnė savižudybė gali įvykti per keturias savaites po pirmojo bandymo, o ilgainiui jų tikimybė mažėja<sup>50</sup>. Ypač pažeidžiami yra jaunieji nuteistieji, kurie gali įvykdyti vadinamąsias imituojančiąsias savižudybes<sup>51</sup>. Personalas turi žinoti apie šį padidėjusios rizikos laikotarpį. „Užkrečiamų“ savižudybių rizikos sumažinimo strategijos apima nuteistųjų, sergančių psichinėmis ligomis, priežiūros užtikrinimą, itin pažeidžiamų individų iškėlimą ar gydymą bei atsargų vadovybės kontroliuojamą informacijos apie įvykusią savižudybę perdavimą.

## GERIAUSIŲ PRAKTIKŲ SANTRAUKA

Visų pirma, svarbiausias sėkmingo kalėjimų savižudybės prevencijos programų veiksnys – tinkamas personalo elgesys ir bendradarbiavimas. Geriausios savižudybės kalėjimuose ir kitose laisvės atėmimo vietose padedančios užkardyti praktikos grindžiamos įvairiapusiško savižudybės prevencijos plano sukūrimu ir dokumentavimu. Toks planas turi būti sudarytas iš šių elementų:

- Pataisos įstaigos ir aptarnaujančiojo personalo mokymo programa (įskaitant kvalifikacijos kėlimo kursus), padedanti jiems atpažinti linkusius į savižudybę kalinius ir atitinkamai elgtis su kaliniais savižudybių krizių metu.
- Deramas dėmesys turi būti skirtas visai kalėjimo aplinkai (veiklos lygiams, saugumui, bendravimo kultūrai ir personalo bendravimui su nuteistaisiais). Ypač svarbi mažinant savižudiško elgesio apraiškas yra įkalinimo įstaigų socialinės aplinkos kokybė. Įkalinimo įstaigos aplinka negali nekelti streso, todėl kalėjimo administracija privalo įgyvendinti veiksmingas strategijas, padedančias sumažinti agresyvaus elgesio apraiškas ir kitus smurto atvejus įstaigose bei plėtojančias pagalba grįžtus santykius tarp kalinių ir personalo. Personalas ir nuteistųjų santykiai yra itin svarbus veiksnys mažinant pastarųjų streso lygį ir didinant tikimybę, kad nuteistųjų pasitikėjimo lygis personalu bus pakankamas, kad jie galėtų atskleisti, kada baigia išsekti jų galimybės susidoroti su problemomis, pradeda apimti neviltis ir atsiranda mintys apie savižudybę.
- Procedūros, kuriomis vadovaujantis įkalinantieji nuolat sistemingai stebimi – nuo pat jų atvykimo į įstaigą ir visą jų buvimo ten laiką – skirtos tam, kad būtų galima nustatyti itin didelės rizikos nusižudyti grupėje esančius asmenis.
- Personalas tarpusavio bendravimo, susijusio su didelės rizikos nuteistaisiais, mechanizmas.
- Rašytinės procedūros, apibrėžiančios mažiausius keliamus reikalavimus didelės rizikos nuteistųjų apgyvendinimui; socialinės pagal-

bos teikimas; reguliarios vizualinės patikros ir nuolatinis nuteistųjų, kuriems staiga gali kilti ketinimas nusižudyti, stebėjimas bei tinkamas priverstinių trandomųjų priemonių, kaip paskutinės galimybės suvaldyti save sužaloti galinčius nuteistuosius, naudojimas.

- Psichinėmis ligomis sergantys nuteistieji, kuriems būtinas gydymas, turėtų jį gauti (medikamentinė ar psichosocialinė intervencija) – tokius nuteistuosius būtina stebėti itin atidžiai.
- Pakankamų vidinių įstaigos išteklių arba ryšių su išorinėmis visuomeninėmis psichikos sveikatos tarnybomis plėtojimas, kad būtų užtikrintas psichikos sveikatos priežiūros specialistų, kurie prireikus įvertintų ligonį ir paskirtų jam gydymą, prieinamumas.
- Apklauskos po savižudybės strategija, siekianti nustatyti būdus, kaip pataisos įstaigoje geriau aptikti į savižudybę linkusius asmenis, juos stebėti ir užkirsti kelią nelaimėi.

## IŠVADA

Galima padaryti išvadą, kad nors kartais mes nesame pajėgūs tiksliai numatyti, ar nuteistasis gali pabandyti nusižudyti ir kada jis tai gali padaryti, kalėjimų vadovai ir pataisos, sveikatos priežiūros ir psichikos sveikatos priežiūros personalas turi geriausias galimybes identifikuoti, įvertinti ir suvaldyti potencialiai savižudišką elgesį. Net jei nepavyksta užkardyti visų nuteistųjų savižudybių, daugumą jų vis tik galima nuspėti, ir viso pasaulio pataisos įstaigose įgyvendinant visapusiškas savižudybių prevencijos programas galima sistemingai mažinti tokių mirčių skaičių.

## LITERATŪRA:

1. Huy MP, McNulty TL. Institutional conditions and prison suicide: Conditional effects of deprivation and overcrowding. *Prison Journal*, 2005, 85 (4): p. 490–514.
2. Leese M, Thomas S, Snow L. An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29 (5): p. 355–360.
3. Liebling A. The role of the prison environment in prison suicide and prisoner distress. In: Dear GE. *Preventing suicide and other self-harm in prison*. Basingstoke (UK): Palgrave-Macmillan, 2006, p.16–28.
4. Paton J, Jenkins R. Suicide and suicide attempts in prisons. In: Hawton K. *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice*. Oxford: University Press, 2005, p. 307–334
5. World Health Organization. *Figures and facts about suicide*. Geneva, 1999.
6. Task Force on Suicide in Canada. *Suicide in Canada*. Minister of National Health and Welfare, Ottawa, 1994.
7. Fruehwald S, Matschnig T, Koenig F, Bauer P, Frottier P. Suicide in custody: a case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 185: p. 494–498.
8. Snow L, Paton J, Oram C, Teers R. Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *The British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4 (4): p. 3–17.
9. Fruehwald S, Frottier P. Suicide in prison. *Lancet*, 2005, 366: p. 1242–1244.
10. Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H, Singleton N, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Farrell M, Lewis G, Paton J. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, 2005, 35: p. 257–269.
11. Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*, 2006, 368: p. 119–123.
12. Cox JF, Morschauser PC. A solution to the problem of jail suicide.

- Crisis. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 1997, 18 (4): p. 178–184.
13. Felthous AR. Preventing jailhouse suicides. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 1994, 22 (4): p. 477–487.
  14. White TW, Schimmel DJ. Suicide prevention in federal prisons: A successful five-step program. In: LM Hayes. *Prison suicide: An overview and guide to prevention*. U.S. Department of Justice National Institute of Correction, 1995, p. 46–57.
  15. Gallagher CA, Dobrin A. The association between suicide screening-practices and attempts requiring emergency care in juvenile justice facilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005, 44 (5): p. 485–493.
  16. Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L. Suicide by prisoners: national clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184: p. 263–267.
  17. Marcus P, Alcabes P. Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. *Hospital and Community Psychiatry*, 1993, 44: p. 256–261.
  18. Frottier P, Fruehwald S, Ritter K, Eher R, Schwaerzler J, Bauer P. Jailhouse Blues revisited. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37: p. 68–73.
  19. Borrill J. Self-inflicted deaths of prisoners serving life sentences 1988–2001. *British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4 (4): p. 30–38.
  20. Hayes L. Suicide prevention on correctional facilities: An overview. In: M Pusic. *Clinical Practice in Correctional Medicine*. Philadelphia (PA), Mosby-Elsevier, 2006, p. 317–328.
  21. Metzner J, Hayes L. Suicide Prevention in Jails and Prisons. In: R Simon, R Hales, *Textbook of Suicide Assessment and Management*, Washington (DC), American Psychiatric Publishing, Inc, 2006, p. 139–155.
  22. Blaauw E, Winkel FW, Kerkhof AJFM. Bullying and suicidal behaviour in jails. *Criminal Justice and Behaviour*, 2001, 28 (3): p. 279–299.
  23. Way BB, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J. Factors related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2005, 28 (3): p. 207–221.
  24. Holley HL, Arboleda-Flórez J, Love E. Lifetime prevalence of prior

- suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1995, 39 (3): p. 190–209.
25. Mackenzie N, Oram C, Borrill J. Self-inflicted deaths of women in-custody. *British Journal of Forensic Practice*, 2003, 5 (1): p. 27–35.
  26. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 2002, 359: p. 545–550.
  27. Hayes, L. Juvenile suicide in confinement in the United States: results from a national survey. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2005, 26 (3): p. 146–148.
  28. Winkler GE. Assessing and responding to suicidal jail inmates. *Community Mental Health Journal*, 1992, 28 (4): p. 317–326.
  29. Daigle MS. MMPI inmate profiles: Suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls. *Behavioral Sciences and the Law*, 2004, 22 (6): p. 833–842.
  30. Blaauw E, Kerkhof AJFM, Hayes LM. Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2005, 35 (1): p. 63–75.
  31. Dahle KP, Lohner J, Konrad N. Suicide prevention in penal institutions: Validation and optimization of a screening tool for early identification of high-risk inmates in pretrial detention. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2005, 4 (1): p. 53–62.
  32. Mills JF, Kroner DG. Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS). *Legal and Criminological Psychology*, 2005, 10 (1): p. 1–12.
  33. Kerkhof AJFM, Blaauw E. Suicide in prisons and remand centers: Screening and prevention. In: Wasserman D., Wasserman C. *The Oxford Textbook on suicide: Continental perspectives*. London: The Oxford Press, in press.
  34. Daigle MS, Labelle R, Côté G. Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29 (5): p. 343–354.
  35. Arboleda-Flórez J, Holley HL. Development of a suicide screening instrument for use in a Remand Centre setting. *Canadian Journal of*



- Psychiatry, 1998, 33: p. 595–598.
36. Lekka NP, Argyriou AA, Beratis S. Suicidal ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behaviour. A prospective case-control study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2006, 256 (2): p. 87–92.
  37. Bonner RL. Correctional suicide prevention in the year 2000 and beyond. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000, 30 (4): p. 370–376.
  38. Daniel AE, Fleming J. Suicides in a State Correctional System, 1992–2002: A Review. *Journal of Correctional Health Care*, 2006, 12 (1): p. 1–12.
  39. Hall B, Gabor P. Peer suicide prevention in a prison. *Crisis*, 2004, 25 (1): p. 19–26.
  40. Junker G, Beeler A, Bates J. Using Trained Inmate Observers for Suicide Watch in a Federal Correctional Setting: A Win–Win Solution. *Psychological Services*, 2005, 2 (1): p. 20–27.
  41. Daniel, AE. Preventing suicide in Prison: A Collaborative Responsibility of Administrative, Custodial and Clinical Staff. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 2006, 34 (2): p. 165–175.
  42. Wool R, Pont J. *Prison Health Care: A Guide for Health Care Practitioners in Prisons*. London: Quay Books, 2006.
  43. Fulwiler C, Forbes C, Santagelo SL, Folstein M. Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1997, 25 (1): p. 69–77.
  44. Holley HL, Arboleda-Flórez J. Hypernomia and self-destructiveness in penal settings. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1998, 22: p. 167–178.
  45. Lohner J, Konrad N. Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in male inmates' self-injurious behavior. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29 (5): p. 370–385.
  46. Snow L. Prisoners' motives for self-injury and attempted suicide. *The British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4 (4): p. 18–29.
  47. Daigle MS, Côté G. Non-fatal suicide-related behavior among inmates: testing for gender and type differences. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2006, 36 (6): p. 670–681.

48. Dear G, Thomson D, Hills A. Self-harm in prison: Manipulators can also be suicide attempters. *Criminal Justice and Behavior*, 2000, 27: p. 160–175.
49. Brown GK, Henriques GR, Sosdjan D, Beck, AT. Suicide intent and accurate expectations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, 72: p. 1170–1174.
50. Cox B, Skegg K. Contagious suicide in prisons and police cells. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1993, 47: p. 69–72.
51. Hales H, Davison S, Misch P, Taylor PJ. Young male prisoners in a Young Offenders' Institution: their contact with suicidal behaviour by others. *Journal of Adolescence*, 2003, 26 (6): p. 667–685.





VALSTYBINIS  
PSIHIKOS  
SVEIKATOS  
CENTRAS

2015