

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

MEDICINOS AKADEMIJA

MEDICINOS FAKULTETAS

PSICHIATRIJOS KLINIKA

Medicinos vientisųjų studijų programa

Baigiamasis magistro darbas

Didžiojo penketo asmenybės dimensijų įvertinimas bei jų ryšys su sociodemografiniais veiksniais ir savižudišku elgesiu pacientams, sergantiems depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais

Autorius: Urtė Paškevičiūtė

Mokslinis vadovas: dr. Algirdas Jaras

Kaunas, 2020

TURINYS

1. SANTRAUKA	3
2. SUMMARY	5
3. PADĖKA	7
4. INTERESŲ KONFLIKTAS	7
5. ETIKOS KOMITETO LEIDIMAS	7
6. SANTRUMPOS.....	8
7. SĄVOKOS.....	9
8. ĮVADAS	10
9. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI	11
10. LITERATŪROS APŽVALGA.....	12
10.1. Didžiojo penketo asmenybės dimensijų teorija	12
10.2. Didžiojo penketo asmenybės dimensijos ir psichikos sutrikimai	13
10.3. Didžiojo penketo asmenybės dimensijos ir depresija	14
10.3. Didžiojo penketo asmenybės dimensijos ir šizofrenijos spektro sutrikimai.....	15
10.4. Didžiojo penketo asmenybės dimensijos ir jų sąsaja su sociodemografiniais rodikliais.....	16
10.5. Didžiojo penketo asmenybės dimensijos ir jų sąsaja su savižudiškais mintimis bei elgesiu	17
11. TYRIMO METODIKA	18
12. TYRIMO REZULTATAI.....	20
12.1. Psichikos sutrikimų pasiskirstymas visoje imtyje	20
12.2. Depresija sergančiųjų vyraujančios DPAD	20
12.3. Šizofrenijos spektro sutrikimais sergančiųjų vyraujančios DPAD.....	22
12.4. Depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais sergančiųjų vyraujančių DPAD palyginimas.....	23
12.5. DPAD sąsajos su sociodemografiniais duomenimis	23
12.6. DPAD sąsajos su suicidinėmis mintimis bei elgesiu	25
13. REZULTATŲ APTARIMAS	26
14. IŠVADOS	28
15. LITERATŪROS SĄRAŠAS	29
16. PRIEDAI.....	35

1. SANTRAUKA

Urtė Paškevičiūtė. **Didžiojo penketo asmenybės dimensijų įvertinimas bei jų ryšys su sociodemografiniais veiksniais ir savižudišku elgesiu pacientams, sergantiems depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais**

Tikslas: nustatyti ir palyginti vyraujančias Didžiojo penketo asmenybės dimensijas (DPAD) bei jų ryšį su sociodemografiniais veiksniais ir savižudišku elgesiu pacientams, sergantiems depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais.

Uždaviniai: 1. Nustatyti vyraujančias DPAD tarp visų sergančiųjų depresija, palyginti vidutinio sunkumo ir sunkia depresija sergančiųjų vyraujančias DPAD. 2. Nustatyti vyraujančias DPAD tarp sergančiųjų šizofrenijos spektro sutrikimais. 3. Palyginti depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais sergančiųjų vyraujančias DPAD. 4. Nustatyti pacientų, sergančių depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais, DPAD sąsajas su sociodemografiniais ir anamnezės duomenimis. 5. Nustatyti depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais sergančiųjų DPAD sąsajas su savižudiškomis mintimis bei elgesiu.

Tyrimo metodai: buvo apklausti 102 depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais sergantys pacientai. Naudota sociodemografinių ir anamnezės duomenų anketa bei Didžiojo penketo asmenybės dimensijų skalė.

Tyrimo dalyviai: vyresni nei 18 m. asmenys, hospitalizuoti LSMU KK psichiatrijos skyriuje 2019 lapkričio – 2020 vasario mėnesiais, kuriems diagnozuota depresija ar šizofrenijos spektro sutrikimas bei sutikę dalyvauti tyrime užpildant asmens sutikimo ir informavimo formas.

Tyrimo rezultatai: tiriamųjų imtį sudarė 102 pacientai: 51 (50%) sergantis depresija ir 51 (50%) sergantis šizofrenijos spektro sutrikimais. Neurotiškumas yra labiausiai išreikšta asmenybės dimensija tarp visų pacientų, ji pasireiškė 48,0% respondentų. Neurotiškumas kaip vyraujanti DPAD pasireiškė ir tarp depresija ($p=0,002$), ir tarp šizofrenijos spektro sutrikimais ($p=0,003$) sergančių respondentų. Lyginant šias grupes tarpusavyje, pastebėtas reikšmingas skirtumas sąmoningumo dimensijoje, ji labiau buvo išreikšta depresija nei šizofrenijos spektro sutrikimais sergantiesiems ($p=0,046$). Palyginus vidutinio sunkumo ir sunkia depresija sergančiuosius, tarp sunkia depresija sergančiųjų vyraujanti DPAD yra neurotiškumas (47,4%), tarp vidutinio sunkumo - ir neurotiškumas (37,5%), ir sąmoningumas (34,4%). Reikšmingų skirtumų, lyginant sociodemografinius duomenis su DPAD pasireiškimu, nepastebėta. Pacientams, kurių šeimoje yra psichinėmis ligomis sergančiųjų, neurotiškumas kaip vyraujanti dimensija pasireiškė statistiškai reikšmingai dažniau nei pacientams, kurių šeimoje nėra psichikos ligomis sergančiųjų ($p=0,012$). Pacientams, turėjusiems savižudiškų minčių, reikšmingai dažniau pasireiškė nuoširdumo dimensija ($p=0,003$), o pacientams, kurie bandė nusižudyti - neurotiškumo dimensija ($p=0,034$).

Išvados: 1. Depresija sergantiems pacientams labiausiai išreikšta DPAD buvo neurotiškumas. Vidutinio sunkumo depresija sergantiems pacientams labiausiai išreikštos DPAD buvo neurotiškumas ir sąmoningumas, sunkia depresija sergantiems - neurotiškumas. 2. Šizofrenijos spektro sutrikimais sergantiems pacientams labiausiai išreikšta DPAD buvo neurotiškumas. 3. Sąmoningumas dažniau pasireiškė sergantiems depresija, lyginant su sergančiais šizofrenijos spektro sutrikimais. 4. Pacientams, sergantiems depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais, DPAD išreikštumas nebuvo susijęs su išsilavinimu, darbingumu, šeimynine padėtimi, lytimi ir amžiumi. Pacientams, kurių šeimoje buvo psichinėmis ligomis sergančiųjų, neurotiškumas pasireiškė dažniau. 5. Pacientams, sergantiems depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais bei turėjusiems savižudiškų minčių, reikšmingai dažniau pasireiškė nuoširdumo, bandžiusiems nusižudyti - neurotiškumo dimensija.

2. SUMMARY

Urtė Paškevičiūtė. **Assessment of the Five Factor Model Personality Traits and their Relation to Sociodemographic Factors and Suicidal Behavior among Patients with Depression and Schizophrenia Spectrum Disorders**

Aim: to identify and compare the prevailing Five Factor Model (FFM) personality traits and their association with sociodemographic factors and suicidal behavior among patients with depression and schizophrenia spectrum disorders.

Objectives: 1. To determine the most common FFM personality trait among all patients with depression, comparing the most common FFM personality trait in patients with moderate and severe depression. 2. To identify the most common FFM personality trait among patients with schizophrenia spectrum disorders. 3. To compare the prevalence of FFM in patients with depression and schizophrenia spectrum disorders. 4. To determine the correlations of FFM with sociodemographic and anamnesis data in patients with depression and schizophrenia spectrum disorders. 5. To determine the links between FFM and suicidal ideation or behavior among patients with depression and schizophrenia spectrum disorders.

Methods: 102 patients with depression and schizophrenia spectrum disorders were interviewed. A questionnaire of sociodemographic and anamnesis data and a questionnaire of the FFM were used.

Participants: older than 18 years patients hospitalized in the psychiatric ward of LSMU KK in November 2019 to February 2020, who were diagnosed with depression or schizophrenia spectrum disorder and who agreed to participate in the study by filling in the personal consent and information forms.

Results: the study sample consisted of 102 patients: 51 (50%) with depression and 51 (50%) with schizophrenia spectrum disorders. Neuroticism is the most pronounced personality dimension among all patients, occurring in 48.0% of respondents. Neuroticism as the predominant FFM personality trait, was seen in both depressed ($p=0.002$) and schizophrenia spectrum disorders ($p=0.003$). Comparing these groups with each other, a significant difference of consciousness was observed, it was more pronounced in depression than in patients with schizophrenia spectrum disorders ($p=0.046$). When comparing patients with moderate to severe depression, the predominant FFM personality trait among patients with major depression is neuroticism (47.4%) and among those with moderate depression, both neuroticism (37.5%) and consciousness (34.4%). No significant differences were observed when comparing sociodemographic data with the incidence of FFM. Patients with a family history of mental illness had a statistically significant higher incidence of neuroticism as the predominant trait than patients without a family history of mental illness ($p=0.012$).

Patients with suicidal ideation had a significantly higher incidence of the agreeableness ($p=0.003$) and patients who attempted suicide had a higher incidence of the neuroticism ($p=0.034$).

Conclusions: 1. In depressed patients, the most common FFM personality trait was neuroticism. In patients with moderate depression, the most common FFM personality trait was neuroticism and conscientiousness and in patients with major depression the most common FFM personality trait was neuroticism. 2. In patients with schizophrenia spectrum disorders the most common FFM personality trait was neuroticism. 3. Conscientiousness was more common in patients with depression compared to those with schizophrenia spectrum disorders. 4. In patients with depression and schizophrenia FFM expression was not associated with education, working experience, relationship status, gender or age. Patients with a family history of mental illness were more likely to experience neuroticism. 5. In patients with depression and schizophrenia spectrum disorders who had suicidal ideation the most common FFM personality trait was agreeableness, while in those who attempted suicide the most common FFM personality trait was neuroticism.

3. PADĖKA

Dėkoju mokslinio darbo vadovui dr. Algirdui Jarui už skirtą dėmesį ir pagalbą rašant magistro baigiamąjį darbą.

4. INTERESŲ KONFLIKTAS

Autoriui interesų konflikto nebuvo.

5. ETIKOS KOMITETO LEIDIMAS

Baigiamasis magistro darbas atliktas gavus Lietuvos Sveikatos Mokslų Universiteto Bioetikos centro leidimą Nr. BEC-MF-109. Leidimo išdavimo data: 2019 11 20.

6. SANTRUMPOS

DPAD – Didžiojo penketo asmenybės dimensijos

FFM – angl. Five Factor Model, liet. atitinka Didžiojo penketo asmenybės dimensijų modelis

NEO PI R – angl. Neuroticism Extraversion Openness Personality Inventory Renewed, liet. Atnaujinta neurotiškumo, ekstravertiškumo ir atvirumo naujovėms instrumentuotė

LSMUL KK – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno Klinikos

TLK-10 – Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtasias papildytas ir pataisytas leidimas

SPSS – angl. Statistical Package for the Social Sciences, liet. Statistinės programinės įrangos paketas socialiniams mokslams

p – patikimumo lygmuo

χ^2 - chi kvadratas

7. SAŲVOKOS

Kolumbijos universiteto minčių apie savižudybę intensyvumo vertinimo skalė – viena iš pagrindinių pasaulyje naudojamų instrumentuočių savižudiškų minčių bei elgesio įvertinimui.

NEO PI R – angl. Neuroticism Extraversion Openess Personality Inventory Renewed, liet. Atnaujinta neurotiškumo, ekstravertiškumo ir atvirumo naujovėms instrumentuotė – pagrindinė pasaulyje naudojama instrumentuotė vyraujančiai DPAD nustatyti.

Savižudiškas elgesys – procesas, apimantis mėginimą (mėginimus) nusižudyti arba savižudybę, dažnai prasidėjęs nuo savižudiškų minčių.

Savižudiškos mintys – įtraukiančios, įkyrios mintys apie savižudybę, jos planavimas be konkrečių veiksmy atlikimo.

Šizofrenijos spektro sutrikimai – šizofrenija ir į ją panašūs sutrikimai TLK-10 apimantys F20-F29 kodus, įskaitant šizotipinį ir šizoafektinį sutrikimus.

Šizoafektinis sutrikimas – epizodinis sutrikimas, kai ir afektiniai, ir šizofreniniai simptomai yra ryškūs, tačiau nepakankami diagnozuoti šizofreniją arba depresijos ar manijos epizodą [1].

Šizotipinis sutrikimas - sutrikimas, kuriam būdingas ekscentriškas elgesys ir mąstymo bei afekto anomalijos, primenančios sutrikimus, konstatuojamus kai yra šizofrenija, nors per jokią sutrikimo stadiją nepastebima aiškių ir būdingų šizofreninių anomalijų [1].

8. ĮVADAS

Šiuolaikiniame mokslo pasaulyje yra daugybė asmenybės apibrėžimų. Asmenybės sąvoka yra plati ir sudėtinga, apimanti fizinius ir psichologinius žmogaus ypatumus. Asmenybė – tai, kas sudaro žmogaus individualybę, asmens pobūdį [2]. Asmenybė siejama su ryškiais, teigiamais arba neigiamais, individui būdingais bruožais. Bruožas suprantamas kaip stabili elgesio, jausmų ir mąstymo tendencija [3].

Asmenybės bruožų teorijos - tai teiginiai ir hipotezės apie tai kaip žmonės elgiasi ir kodėl skiriasi vienas nuo kito [4]. Yra tūkstančiai charakteristikų, kurios gali būti naudojamos atskirti vieną žmogų nuo kito. Tos charakteristikos grupuojasi tarpusavyje taip sudarydamos didesnes asmenybės bruožų grupes [5]. Psichologijos moksle esama pačių įvairiausių teorijų, kaip skirstyti asmenybes į grupes ir kaip atpažinti kuriai grupei asmenybė priklauso. Įvairios teorijos plačiai naudojamos ir būtų sunku pasakyti, kuri yra geriausia ar patikimiausia.

Didžiojo penketo asmenybės dimensijų (DPAD), angl. Five Factor Model (FFM), terminą pirmą kartą pasiūlė amerikiečių psichologas Goldberg 1981 m. Teorija netruko išpopuliarėti, kadangi ji apibendrino jau prieš tai atliktus tyrimus šioje srityje ir buvo pateikta itin paprastai - šnekamojoje kalboje vartojamais būdvardžiais [6].

Lietuviškai klausimyną, originaliai 1992 m. sukurtą Costa ir McCrae [7], išvertė ir validizavo Bunevičius 2005 m. [8]. Taip pat lietuviškojo klausimyno psichometrinius rodiklius analizavo ir Burkauskienė bei Žarkauskienė 2006 m. [9]. Nuo to laiko klausimynas ir DPAD teorija tapo vis labiau naudojama ir Lietuvoje.

Vis dėlto, dauguma tyrimų atspindi DPAD sąsajas su sveikų žmonių grupėmis. DPAD ir jų išreikštumas psichinių sutrikimų turinčių žmonių grupėms dar nėra pakankamai ištirtas, ypatingai Lietuvoje. Todėl, naudojant Bunevičiaus instrumentuotę, buvo atliktas šis tyrimas, tikintis nustatyti kaip asmenybės dimensijos pasireiškia depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais sergantiems žmonėms bei ieškoti DPAD sąsajų su sociodemografiniais bei savižudiško elgesio veiksniais.

9. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas – nustatyti ir palyginti vyraujančias Didžiojo penketo asmenybės dimensijas (DPAD) bei jų ryšį su sociodemografiniais veiksniais ir savižudišku elgesiu pacientams, sergantiems depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais.

Darbo uždaviniai :

1. Nustatyti vyraujančias DPAD tarp visų sergančiųjų depresija, palyginti vidutinio sunkumo ir sunkia depresija sergančiųjų vyraujančias DPAD.
2. Nustatyti vyraujančias DPAD tarp sergančiųjų šizofrenijos spektro sutrikimais.
3. Palyginti depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais sergančiųjų vyraujančias DPAD.
4. Nustatyti pacientų, sergančių depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais, DPAD sąsajas su sociodemografiniais ir anamnezės duomenimis.
5. Nustatyti depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais sergančiųjų DPAD sąsajas su savižudiškomis mintimis bei elgesiu.

10. LITERATŪROS APŽVALGA

10.1. Didžiojo penketo asmenybės dimensijų teorija

Didžiojo penketo asmenybės dimensijos (DPAD) yra vienas populiariausių pasaulyje tyrimo metodų, kuris leidžia ištirti asmenybės bruožus. Pagrindinė jo esmė yra ta, jog kiekviena asmenybė yra susijusi su penkiomis pagrindinėmis dimensijomis, kurios yra: ekstraversija, sąmoningumas, nuoširdumas, neurotiškumas ir atvirumas naujovėms.

Ekstraversija būdinga draugiškiems asmenims [8]. Ekstravertai yra socialūs, tačiau tai nėra jų vienintelis ar pagrindinis bruožas, tai ir aktyvumas, šnekumas, optimizmas. Taip pat atkaklumas, tikslo siekimas. Kitas polius - intraversija - nėra priešingos ekstraversijai savybės, o labiau šių savybių nebuvimas. Intraversijai būdingas noras būti vienam, mažesnis poreikis bendrauti, bet kartu tai nereiškia, jog intravertai negeba bendrauti išvis [7, 9].

Sąmoningumas būdingas patikimiems, atsakingiems, organizuotiems, asmenims [8]. Taip pat kaip ir ekstraversija, siejamas su atkaklumu, ryžtingumu. Neigiamosios pusės – darboholiškas elgesys, pedantiškumas, skrupulingumas. Sąmoningumas yra dažnai siejamas su profesine sėkme, kadangi sąmoningi žmonės linkę būti savanaudiški, koncentruotis į save ir mažiau kreipti dėmesį į kitų poreikius [7, 9].

Nuoširdumas būdingas patikliems, paslaugiams, atlaidiems asmenims [8]. Ypač išreikštas altruistiškumo bruožas. Nuoširdūs žmonės yra linkę užjausti kitą, stengtis kuo geriau jį suprasti, išklausti ir jam padėti. Nuoširdumas siejamas su bendradarbiavimu, todėl tokios asmenybės dažnai yra mėgstamos ir vertinamos kitų. Altruistiškos emocijos ir elgesys susiję su fizine ir psichine sveikata bei ilgaamžiškumu. Šios dimensijos neturintys asmenys apibūdinami kaip labiau linkę konkuruoti su kitais, taip pat labiau skeptiški ir egocentiški [7, 9].

Neurotiškumas būdingas irzliems, dirgliems, impulsyviems asmenims [8]. Neurotiškos asmenybės linkusios dažniau patirti pyktį, baimę, liūdesį, nepasitenkinimą ir kitus neigiamus jausmus. Tokios asmenybės dažnai yra susirūpinusios, nerimastingos, jautrios ir įsitempusios. Priešingas neurotiškumo polius atspindi asmens ramumą, mokėjimą atsipalaiduoti, stresinių situacijų įveikimą ir emocinį stabilumą. Neurotiškumas dažnai siejamas su neigiamais vaikystės išgyvenimais ir yra priešingai susijęs su laimingumu [7, 9].

Atvirumas naujovėms būdingas laisvo mąstymo, lankios vaizduotės ir intelektualiams asmenims [8]. Ši dimensija susijusi su domėjimusi vidiniu ir išoriniu pasauliais, vidiniais išgyvenimais. Tokie žmonės pasižymi dideliu intelektualinių žinių troškimu ir jautrumu estetikai. Atvirumas naujovėms siejamas su jutimų ir vaizdų įvairove, tolerancija, liberalumu. Žemi šios dimensijos balai rodo konservatyvias pažiūras, siauresnius pomėgius [7, 9].

DPAD teorija plačiai pripažinta pasaulyje dėl savo glaustumo, praktiškumo ir universalumo skirtingose kultūrose [3]. Vienas iš ryškiausių DPAD modelio privalumų – tai jo pritaikymas praktiškai. Labiausiai paplitęs NEO PI-R (angl. Revised Neuroticism Extraversion Openness Personality Inventory) klausimynas, kurį sukūrė jau minėti Costa ir McCrae, o lietuviškai išvertė ir pritaikė Žukauskienė bei Barkauskienė, yra paprastas ir suprantamas bet kokio išsilavinimo žmonėms. Jo pagrindinė idėja – šnekamoji leksika [9]. Kita vertus, yra ir kontraversišku nuomonių, jog šnekamoji kalba nėra tinkama aprašyti psichologines sąvokas [10]. Taip pat kritikai teigia, jog DPAD yra nepakankamai pagrįsta teoriškai, trūksta stabilumo bei individualumo [11]. Caprara ir Cervone teigia, jog ši teorija yra per daug apibendrinta, atspindinti tik bendras, vidutines elgesio tendencijas [12]. Taip pat nėra ir ryškaus pranašumo prieš kitus klausimynus. Visgi, šis tyrimas išlieka vienu realiausių pretendentų tapti vieningai pripažįstama asmenybės teorija.

Asmenybės dimensijos apsprendžia žmonių reakcijas į tam tikras situacijas, elgesio modelius ir netgi gyvenimo būdą. Dauguma autorių teigia, jog dimensijos per gyvenimą nekinta [7]. Ilgalaikiu, 45 metus trukusiu, Soldz ir Vaillant atliktu, tyrimu nustatyta, kad individualūs suaugusiųjų asmenybės skirtumai yra ypač stabilūs [13]. Kinta tik paauglių ir jaunų suaugusiųjų asmenybė. Žinoma, šie penki bruožai nepaaiškina viso žmogaus elgesio, kartu koreliuoja ir vertybės, nuostatos [14]. Taip pat, elgesio modelių galima išmokti, pavyzdžiui, žmogus introvertas gali puikiai bendrauti su didele auditorija – tai išmokti įgūdžiai [3].

Kitas teorijos aspektas yra tas, jog savybės nepaneigia viena kitos - asmuo gali turėti kelias vyraujančias dimensijas vienu metu. Taigi, visi bruožai yra savarankiški, vienodai svarbūs ir nepriklausomi vieni nuo kitų [15]. Asmenybės dimensijos apima daugybę skirtingų ir specifinių būdo bruožų. Visi asmenys turi šių penkių dimensijų bruožus, vyraujant vienai iš jų [16]. Galimi įvairūs deriniai, pavyzdžiui, žmogus gali būti ir labai ekstravertiškas, ir labai neurotiškas vienu metu. Visgi, dažniausiai dominuoja viena savybė, kuri ir yra vadinama vyraujančiąja asmenybės dimensija.

10.2. Didžiojo penketo asmenybės dimensijos ir psichikos sutrikimai

Asmenybės dimensijos apsprendžia mūsų elgesį, reakciją į aplinką ir turi įtakos mūsų sveikatai. Pasaulyje plačiai atliekami tyrimai ieškant ryšio tarp asmenybės dimensijų ir psichikos bei somatinių ligų. Reikšmingi skirtumai pastebimi tarp fizinės sveikatos ir ekstravertiškumo, sąmoningumo, atvirumo naujovėms, neurotiškumo [17].

Su psichine sveikata labiausiai susijęs neurotiškumas. Atliktuose tyrimuose nustatyta, kad psichikos sutrikimų turintiems žmonėms asmenybės dimensijos pasireiškia skirtingai, nei sveikiems žmonėms [18]. Neabejotina, jog asmenybės dimensijos ir psichikos sutrikimai turi tam tikrą ryšį. Tačiau asmenybės dimensijos gali turėti skirtingą įtaką psichikos sutrikimais sergantiesiems.

Kol kas nėra priimtas vienas asmenybės dimensijų ir psichikos sutrikimų sąsajų pagrindimas, tačiau yra kelios teorijos. Akiskal išskiria keturias. Asmenybės dimensija gali būti patogeniška ir tiesiogiai sukelti psichikos sutrikimą. Tai yra tiesioginis priežastinis ryšys. Taip pat dimensija gali turėti įtakos psichikos ligos eigai ir išeičiai. Tačiau gali būti ir priešingai - asmenybės dimensija gali būti psichikos sutrikimų ar jų epizodų pasėkmė. Arba egzistuoti kartu su psichikos sutrikimu ir stiprinti jo pasireiškimą [19]. Visgi išlieka klausimas ar asmenybės dimensijas ir psichikos sutrikimus nulemia tos pačios priežastys.

Atliekant tyrimus tarp asmenybės dimensijų ir psichikos sutrikimų, svarbiausia yra ištirti ar asmenybės dimensijos skirtingai veikia skirtingas ligas. Teigiami rezultatai leistų manyti, jog asmenybės dimensijos tiesiogiai sukelia psichikos ligą – t.y. tai leistų įrodyti tiesioginį priežastinį ryšį. Taip būtų galima pagrįsti etiologinį faktorių [20]. Tačiau kol kas asmenybės dimensijų ir psichikos sutrikimų ryšys išlieka kompleksinis.

Neabejotinai pasaulyje atliktuose tyrimuose daugiausia komorbidiškumo rasta tarp psichikos sutrikimų ir neurotiškumo dimensijos. Aukštas neurotiškumas teigiamai koreliuoja su depresijos ir nerimo sutrikimais, šizofrenijos spektro sutrikimais, priklausomybių sutrikimais, asmenybės sutrikimais. Kitas dažniausiai pasireiškiantis ryšys – visi minėtieji psichikos sutrikimai ir žemas ekstravertiškumas [21, 22, 23]. Vis dėlto, lyginant šių dviejų dimensijų pasireiškimą įvairiuose tyrimuose, aukštas neurotiškumas pasireiškia žymiai dažniau nei žemas ekstravertiškumas [24]. Taigi, galima teigti, jog tai yra labiausiai ištyrinėta ir didžiausią ryšį su psichikos sutrikimais turinti asmenybės dimensija.

10.3. Didžiojo penketo asmenybės dimensijos ir depresija

Afektiniai psichikos sutrikimai yra labiausiai teoriškai ir kliniškai ištirta sritis ieškant sąsajų su asmenybės dimensijomis. Ypač daug ištirtas depresijos sutrikimas. Kotov su bendraautoriais 2010 m. nustatė, jog pacientams, sergantiems depresija, neurotiškumas pasireiškė žymiai dažniau nei sveikiems pacientams. Taip pat reikšmingai rečiau pasireiškė ekstraversija bei sąmoningumas. Nuoširdumas ir atvirumas naujovėms lyginamose grupėse nesiskyrė [25]. Panašų tyrimą atliko ir Jourdy kartu su Petot 2017 m. Jų rezultatai buvo panašūs, ypač atitiko neurotiškumo ir depresijos koreliacija [26].

Dauguma autorių teigia, jog neurotiškumas yra depresijos priežastis, tačiau kiti mano, jog itin išreikšta neurotiškumo dimensija gali būti ir depresijos pasėkmė ar tęstinumas [27, 28]. Taip pat yra autorių, kurie neurotiškumą traktuoja kaip vieną iš rizikos faktorių depresijos išsivystymui [29].

Nepaisant atliktų tyrimų ir vyraujančios koreliacijos, jai atsiranda ir kritikos. Manoma, jog dėl depresijos sutrikimo ir neurotiškumo dimensijos vyraujančių panašių ar net sutampančių bruožų,

koreliacijai įtakos gali turėti išankstinis nusistatymas ir rezultatų nuspėjamumas. Depresijai būdingas nerimas, bloga nuotaika, pažeidžiamumas kartu yra ir neurotiškumo bruožai [30].

Nors dauguma autorių sutaria, jog asmenybės dimensijos per gyvenimą nekinta, Renner ir kt. teigia, jog neurotiškumo balai žmonėms sergantiems depresija gali kisti [31]. Prasidėjus depresijos epizodams, šių žmonių neurotiškumas ženkliai padidėja. Šis tyrimas galėtų įrodyti, jog ne neurotiškumas sukelia depresiją, o atvirkščiai – depresija turi įtakos neurotiškumo išreikštumui [32]. Tai yra vadinama rando teorija (angl. scar hypothesis) [33].

Panašus tyrimas buvo atliktas ir Suomijos Nacionalinės visuomenės sveikatos instituto. Jo metu vienerių metų laikotarpyje buvo tiriami beveik keturi šimtai depresija sergančių pacientų. Gautuose rezultatuose buvo stebima, jog ekstraversijos balai depresijos epizodo metu reikšmingai sumažėjo, o neurotiškumo padidėjo. Remisijos laikotarpyje abiejų dimensijų išreikštumas grįžo prie pradinio, nustatyto prieš depresijos epizodą. Neurotiškumo išreikštumo pokytis buvo žymiai didesnis nei ekstravertiškumo [34].

Karsten su kolegomis atliko platų tyrimą Nyderlanduose su daugiau nei puse tūkstančio tiriamųjų, sergančių depresija. Tiriamieji buvo tirti du kartus dviejų metų laikotarpiu – vieną kartą kai pacientams buvo nustatytas depresijos epizodas, kitą remisijos laikotarpiu. Pacientai abu kartus pildė tą patį DPAD nustatantį klausimyną. Rezultatai parodė, jog neurotiškumo balai skyrėsi (t.y. buvo didesni depresijos epizodo nei remisijos laikotarpiu) tik 2% pacientų, ekstraversijos balai skyrėsi (t.y. buvo didesni remisijos nei depresijos epizodo laikotarpiu) mažiau nei 1% pacientų [35].

Taigi, matant prieštarigus tyrimų rezultatus, akivaizdu, jog vis dar trūksta tokių ar panašių tyrimų, kurie galėtų pagrįsti vieną depresijos ir asmenybės dimensijų sąsajų teoriją. Šis ryšys išlieka kompleksinis – negalime atmesti nei vienos iš 4 Akiskal teorijų.

10.3. Didžiojo penketo asmenybės dimensijos ir šizofrenijos spektro sutrikimai

Senais laikais buvo manoma jog šizofrenija yra asmenybės skilimas. Vėliau, ši liga buvo apibrėžta, nustatyti jos predisponuojantys faktoriai, diagnostikos kriterijai. Tačiau ryšys tarp šizofrenijos ir asmenybės buvo pradėtas tirti ne taip seniai [36]. Buvo nustatyta, jog asmenybė yra vienas iš svarbiausių faktorių šizofrenijos patogenezėje [37]. Taip pat manoma, jog asmenybės bruožai gali padėti nuspėti šizofrenijos pasireiškimo pradžią bei ligos eigą [38].

Pradėjus šiuos tyrimus, gana ilgai nebuvo atsižvelgta į DPAD ir šizofrenijos sąsajas. Pirmieji tai padarė Berenbaum ir Fujita 1994 m. savo tyrime nustatę, jog šizofrenija sergantys pacientai linke turėti žemus ekstraversijos balus bei aukštus neurotiškumo balus, lyginant su kontroliniais tyrimo dalyviais [39]. Vėliau buvo atlikta eilė tyrimų, kuriuose dažniausiai buvo aptinkamas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp neurotiškumo ir ekstravertiškumo dimensijų pasireiškimo šizofrenija

sergantiems pacientams [40]. Skirtumai tarp sąmoningumo, nuoširdumo ir atvirumo naujovėms dimensijų taip pat buvo reikšmingi, t.y. stebimas jų sumažėjimas lyginant su sveika populiacija, tačiau tokie atvejai nustatyti reikšmingai rečiau [41, 42, 43].

Analizuojant atliktus tyrimus apie kitus šizofrenijos spektro sutrikimus, pavyzdžiui, šizotipinį arba šizoafektinį sutrikimus, stebimi panašūs rezultatai, kuomet aiškiai matomas padidėjęs neurotiškumas, lyginant su sveika populiacija [40, 44, 45].

Neseniai atliktuose tyrimuose taip pat nagrinėjamas DPAD stabilumas ir pokyčiai šizofrenijos ar šizofrenijos spektro ligų eigoje. Ohi ir kt. teigia, jog asmenybės dimensijos šizofrenija sergantiems nekinta [46]. Boyette atliktame tris metus trukusiame DPAD stabilumo stebėjimo tyrime buvo nustatyta, jog egzistuoja neurotiškumo pokyčiai su neigiamais simptomais. Mažėjant negatyviems šizofrenijos simptomams, mažėja ir neurotiškumo pasireiškimas. Tai kartu koreliuoja ir su antipsichotinių vaistų vartojimu [47]. Taigi, kol kas nesant daug tyrimų, sunku, kaip ir depresijos atveju, rasti vieningą teoriją apie DPAD ir šizofrenijos spektro sutrikimų ryšį.

10.4. Didžiojo penketo asmenybės dimensijos ir jų sąsaja su sociodemografiniais rodikliais

Pasaulyje atlikta nemažai tyrimų, siekiant išsiaiškinti ar skiriasi moterų ir vyrų DPAD. Lippa su bendraautoriais savo tyrime teigia, jog moterims dažniau pasireiškia nuoširdumas, ekstravertiškumas ir neurotiškumas nei vyrams [48]. South su kolegomis gavo panašius rezultatus, tačiau jie taip pat teigia, jog šiuos skirtumus galėjo lemti ne tik genetiniai faktoriai, bet taip pat ir socialinės bei kultūrinės normos, kurios formuoja skirtingą moterų ir vyrų elgseną. Pavyzdžiui, moterys labiau linkusios į nepasitikėjimą savimi ir savigailą, kas lemia aukštus neurotiškumo balus [49, 50].

Žmogui senstant, vyraujanti DPAD nesikeičia [51]. Soto atliko internetinę studiją, kurioje vertina DPAD kitimą didelėje imtyje – virš milijono apklaustųjų nuo 10 iki 65 metų. Autorius teigia, jog vyraujanti DPAD dažniausiai nekinta, tačiau ankstyvoje brandoje, t.y. nuo 18 iki 30 m., galimi asmenybės pokyčiai. Visgi, pabrėžiama, jog po šio lūžio asmenybės DPAD dažniausiai lieka stabili.

Taipogi esama nemažai tyrimų, kuriais siekiama išsiaiškinti ar vyraujanti DPAD yra susijusi su gyvenimo kokybe. Gyvenimo kokybė apibrėžiama kaip fizinių, dvasinių ir socialinių gerovių visuma. Caitlin ir Russell atliktuose tyrimuose nustatyta, jog neurotiškos asmenybės dažnai yra mažiau socialios, sunkiau užmezga ryšį su aplinkiniais žmonėmis, taip pat rečiau tuokiasi arba turi partnerį [52, 53]. Ispir atliko tyrimą apie slaugos studentų mokslo pasiekimus bei jų prisitaikymą darbo aplinkoje. Jis nustatė, jog geriausiai mokėsi tie studentai, kurių vyraujanti DPAD buvo sąmoningumas, o blogiausiai tie, kuriems vyravo neurotiškumas. Tokios pačios sąsajos gautos ir lyginant dimensijų išreikštumą su prisitaikymu darbo rinkoje [54].

2013 m. Boyette su bendraautoriais atliko tyrimą, kuriame buvo tiriamos psichikos sutrikimų turinčių respondentų DPAD kartu su jų brolių arba seserų (angl. siblings) vyraujančiomis DPAD. Tyrime taip pat dalyvavo ir kontroliniai, t.y. giminiais ryšiais nesusiję tiriamieji. Remdamiesi tyrimo duomenimis autoriai nustatė, jog tarp respondentų, turinčių psichikos sutrikimais sergančių giminaičių, neurotiškumas kaip vyraujanti DPAD, pasireiškė dažniau nei tarp kontrolinei grupei priklausiusių tiriamųjų [55].

10.5. Didžiojo penketo asmenybės dimensijos ir jų sąsaja su savižudiškomis mintimis bei elgesiu

2019 m. Austrijos ir Italijos gydytojai psichiatrai atliko tyrimą, kuris nagrinėja DPAD ryšį su savižudiškomis mintimis bei elgesiu. Jie tyrė psichinėmis ligomis sergančiuosius, kuriuos lygino su studentais, t.y. sveika populiacija. Respondentai pildė NEO PI R klausimyną bei Kolumbijos savižudybių sunkumo vertinimo skalę. Buvo nustatyta, jog vyraujantis neurotiškumas yra vienas iš savižudybės rizikos faktorių depresija sergantiesiems. Tačiau įdomu tai, jog pagal tyrimo rezultatus, nėra nustatytas ryšys tarp sveikų studentų ir neurotiškumo, kaip savižudybės rizikos faktoriaus. Priešingai, nesant nustatytai psichinei ligai, neurotiškumas yra apsauginis veiksnys prieš savižudišką elgesį [56]. Kito, šiais metais Korėjoje atlikto tyrimo, autoriai teigia, kad didelis neurotiškumas bei didelis atvirumas naujovėms teigiamai koreliuoja su suicidiniu elgesiu. Autoriai tyrė afektyvių sutrikimų bei priklausomybių turinčius pacientus. Gauti rezultatai parodė, jog atvirumas naujovėms ir neurotiškumas yra teigiamai susiję, o sąmoningumas ir nuoširdumas neigiamai susiję su suicidiniu elgesiu bei mintimis [57]. Bluml su bendraautoriais atliktoje studijoje analizuojamas ne tik savižudiškų minčių ryšys su DPAD, bet ir atskiras jų pasireiškimas tarp skirtingų lyčių. Tyrimo duomenys parodė, jog moterys, linkusios į savižudišką mintis bei elgesį, dažniausiai turi vyraujančią neurotiškumo dimensiją, kuri paskatina pažeidžiamumą bei nerimą. Tačiau vyrai, labiausiai linkę į savižudybes, dažniausiai turėjo vyraujančią sąmoningumo dimensiją. Autoriai tai grindžia tuo, jog sąmoningumas tiesiogiai susijęs su realistiškumu, svajonių neturėjimu ir neviltimi [58]. Nors visi minėti tyrimai skiriasi kitų dimensijų pasireiškimu, neginčijamai, dažniausiai su savižudiškomis mintimis bei elgesiu koreliuojanti DPAD buvo neurotiškumas.

11. TYRIMO METODIKA

Tyrimo planavimas (organizavimas)

Tyrimui atlikti gautas LSMU Bioetikos komiteto leidimas (Nr. BEC-MF-109). Tyrimas vykdytas nuo 2019 m. lapkričio mėn. iki 2020 m. vasario mėn. Tyrimas vyko konfidencialiai, visi asmenys buvo informuoti apie tyrimo tikslą ir sutiko jame dalyvauti, pasirašydami asmens sutikimo ir informavimo formas.

Tyrimo objektas

Pacientai, tiriamuoju laikotarpiu hospitalizuoti LSMU KK Psichiatrijos skyriuje, kuriems nustatyti depresijos ar šizofrenijos spektro sutrikimai, pagal TLK-10 klasifikaciją koduojami kaip paranoidinė šizofrenija (F20.0), paprastoji šizofrenija (F20.6), kita šizofrenija (F20.8), nepatikslinta šizofrenija (F20.9), šizotipinis sutrikimas (F21), šizoafektinis sutrikimas (F25), vidutinio sunkumo depresijos epizodas, nepatikslintas kaip atsirandantis postnataliniu periodu (F32.10), sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų, nepatikslintas kaip atsirandantis postnataliniu periodu (F32.20), pasikartojantis depresinis sutrikimas, vidutinio sunkumo depresijos epizodas (F33.1), pasikartojantis depresinis sutrikimas, sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų (F33.2), pasikartojantis depresinis sutrikimas, sunkios depresijos epizodas su psichozės simptomais (F33.3).

Tiriamųjų atranka

Įtraukimo kriterijai:

- vyresni nei 18 metų pacientai;
- psichiatro patvirtintos išvardintos diagnozės (pagal TLK-10);
- pasirašytos sutikimo bei asmens informavimo formos.

Atmetimo kriterijai:

- jaunesni nei 18 metų pacientai;
- nebendradarbiaujantys pacientai.

Tyrimo metodai

Tiriamiesiems buvo atlikta asmeninė vienmomentinė anoniminė anketinė apklausa, sudaryta iš dviejų dalių: sociodemografinių ir anamnezės duomenų anketos bei asmenybės dimensių skalės.

1. Sociodemografinių ir anamnezės duomenų anketoje (*Priedas Nr. 1*) buvo pateikiami klausimai apie tiriamojo amžių, lytį, gyvenamąją vietą, išsilavinimą, šeiminei padėtį, darbingumą. Buvo klausama duomenų apie šeimos narius, kuriems yra arba nėra buvę psichinių sutrikimų, bei apie tiriamojo savižudiškas mintis ir elgesį.

2. Didžiojo penketo asmenybės dimensijų skalė (*Priedas Nr. 2*). Tai 2005 m. validizuota instrumentuotė, kuria galima nustatyti vyraujančią asmenybės dimensiją.

Tarp pateiktų būdvardžių porų asmuo turi išsirinkti skaičių, kuris tiksliausiai atspindi jo asmenybę. Pvz.: sąžiningas 1 2 3 4 5 6 7 nesąžiningas. Vertinama kiekviena asmenybės dimensija atskirai, sudedant skirtingų būdvardžių porų derinių atsakymų balų aritmetinę sumą, išskyrus pažymėtus „atvirkščiai“, kurie vertinami atvirkščiai: „7“ atitinka „1“, „6“ – „2“, „5“ – „3“; įvertinimas „4“ - nekeičiamas. Nustatoma vyraujanti asmenybės dimensija, kurios surinktų balų aritmetinė suma yra didžiausia [8].

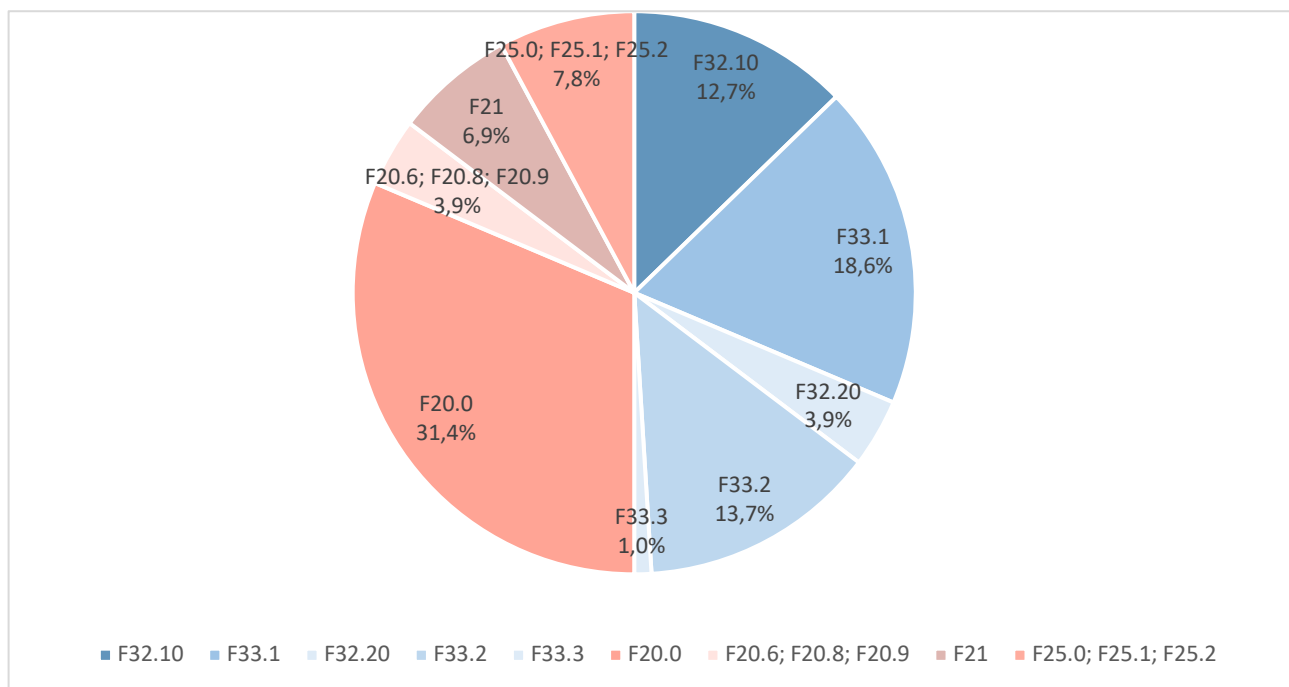
Duomenų analizės metodai

Gautų duomenų analizei naudotos programos Microsoft Office Excel 2020 ir SPSS 26.0. Duomenys buvo koduojami, skaičiuojami vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, procentai, statistinis reikšmingumas. Kokybiniams dydžiams palyginti buvo taikytas χ^2 (chi kvadrato) kriterijus. Ar kiekybinių požymių reikšmės lyginamosiose populiacijose yra pasiskirsčiusios pagal normalųjį (Gauso) skirstinį tikrinta taikant Shapiro–Wilk kriterijų. Dviems nepriklausomoms imtims palyginti taikytas neparametrinis Mann-Whitney U kriterijus, daugiau nei dviems nepriklausomoms imtims tirti naudotas Kruskal-Wallis kriterijus. Skirtumas buvo laikomas statistiškai reikšmingu, kai $p < 0,05$.

12. TYRIMO REZULTATAI

12.1. Psichikos sutrikimų pasiskirstymas visoje imtyje

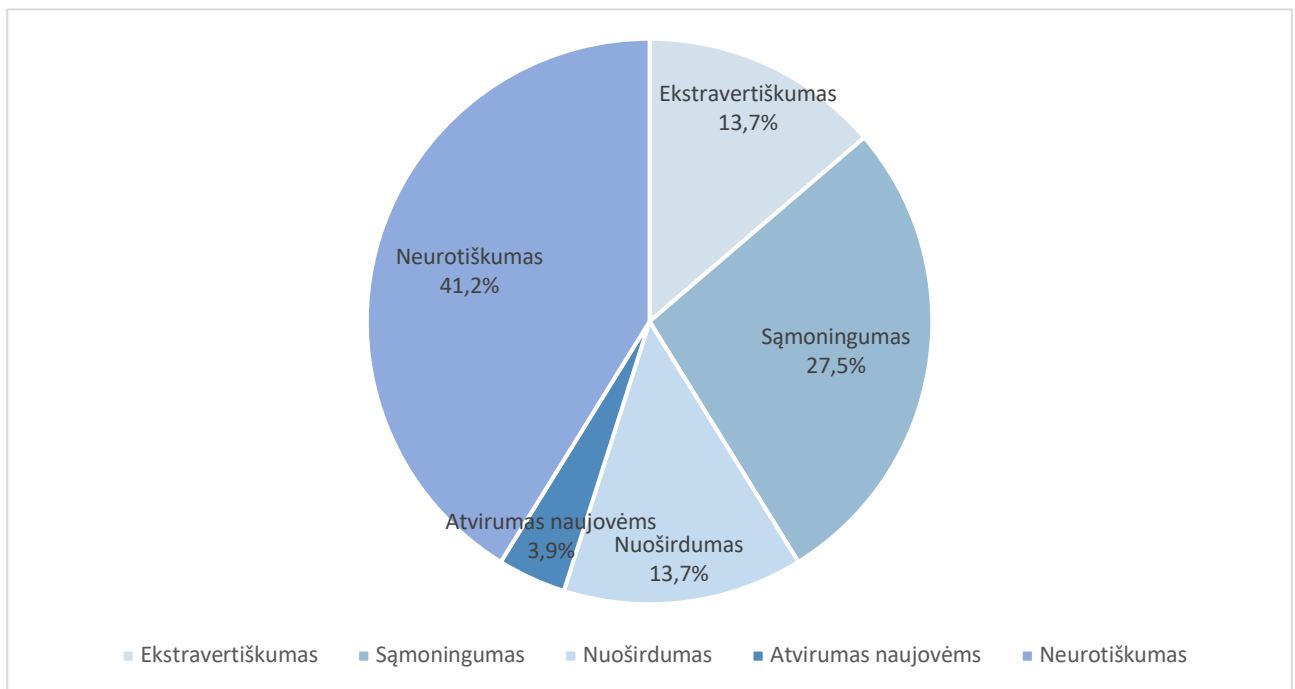
Tarp 102 tiriamųjų, daugiausia - 32 (31,4%) pacientai sirgo paranoidine šizofrenija (F20.0) bei pasikartojančiu depresiniu sutrikimu, vidutinio sunkumo depresijos epizodu (F33.1) - 19 (18,6%) pacientų. Visų ligų, koduotų pagal TLK-10 klasifikaciją, procentinis pasiskirstymas imtyje pateikiamas 1 paveiksle.



1 pav. Psichikos sutrikimų pasiskirstymas visoje imtyje

12.2. Depresija sergančiųjų vyraujančios DPAD

Tarp pacientų, kuriems diagnozuota bet kokio tipo depresija, labiausiai vyraujanti DPAD buvo neurotiškumas, kuris pasireiškė 21 (41,2%) pacientui. Atlikus statistinę analizę vienai imčiai, tai yra labiausiai vyraujanti asmenybės dimensija depresija sergantiems respondentams ($p=0,002$). Kitų dimensijų išreikštumas pateikiamas 2 paveiksle.



2 pav. Depresija sergančiųjų vyraujančios DPAD

Tarp 32 respondentų, kuriems nustatytas vidutinio sunkumo depresijos epizodas, nepatikslintas kaip atsirandantis postnataliniu periodu (F32.10) arba pasikartojantis depresinis sutrikimas, vidutinio sunkumo depresijos epizodas (F33.1), labiausiai išreikštos DPAD buvo sąmoningumas, kuris pasireiškė 11 (34,4%) pacientų bei neurotiškumas, pasireiškęs 12 (37,5%) pacientų. Atlikus statistinę analizę, statistiškai reikšmingo skirtumo tarp vyraujančių asmenybės dimensijų nebuvo ($p=0,104$). Taigi, vidutine depresija sergančių pacientų vyraujančios DPAD yra ir neurotiškumas, ir sąmoningumas.

Tarp 19 respondentų, kuriems nustatytas sunkus depresijos epizodas, nepatikslintas kaip atsirandantis postnataliniu periodu (F32.20) arba pasikartojantis depresinis sutrikimas, sunkus depresijos epizodas be psichozės simptomų (F33.2) arba pasikartojantis depresinis sutrikimas, sunkus depresijos epizodas su psichozės simptomais (F33.3), labiausiai vyraavo neurotiškumas ir pasireiškė beveik pusei (47,4%) respondentų. Tai patvirtina atlikti statistiniai skaičiavimai vienai imčiai ($p=0,001$).

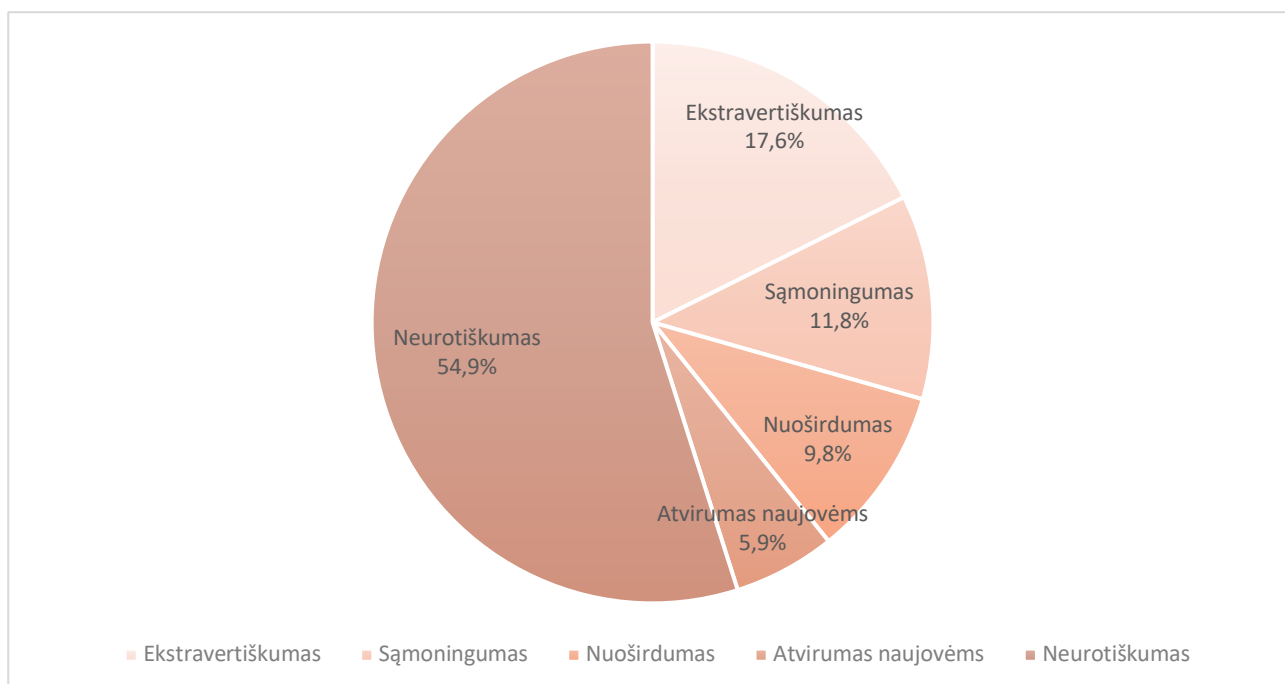
Palyginus vidutinio sunkumo depresija sergančių ir sunkia depresija sergančių pacientų vyraujančias DPAD, reikšmingo statistinio skirtumo nenustatyta ($p>0,05$). Rezultatai pateikiami 1 lentelėje.

1 lentelė. Vidutinio sunkumo ir sunkia depresija sergančiųjų vyraujančių DPAD palyginimas

Vyraujanti asmenybės dimensija	Ekstravertiškumas	Sąmoningumas	Nuoširdumas	Atvirumas naujovėms	Neurotiškumas
Vidutinio sunkumo depresija sergantys respondentai n (%)	4 (12,5%)	11 (34,4%)	3 (9,4%)	2 (6,3%)	2 (6,3%)
Sunkia depresija sergantys respondantai n (%)	3 (15,8%)	3 (15,8%)	4 (21,0%)	0 (0,0%)	9 (47,4%)
p	0,741	0,15	0,241	0,266	0,489

12.3. Šizofrenijos spektro sutrikimais sergančiųjų vyraujančios DPAD

Tarp pacientų, kuriems nustatytas šizofrenijos spektro sutrikimas, labiausiai vyravo neurotiškumas, pasireiškęs 28 (54,9%) pacientams. Tai patvirtina atlikti statistiniai skaičiavimai ($p=0,003$). Kitų DPAD išreikštumas pateikiamas 3 paveiksle.



3 pav. Šizofrenijos spektro sutrikimais sergančiųjų vyraujančios DPAD

12.4. Depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais sergančiųjų vyraujančių DPAD palyginimas

Palyginus depresija sergančių ir šizofrenijos spektro sutrikimais sergančių pacientų vyraujančias dimensijas, nustatytas reikšmingas skirtumas tarp sąmoningumo dimensijos išreikštumo. Pacientams, kurie serga depresija, reikšmingai dažniau buvo išreikšta sąmoningumo dimensija, nei ji pasireiškė šizofrenijos spektro sutrikimu sergantiesiems ($p=0,046$). Ekstravertiškumo, nuoširdumuo, atvirumo naujovėms ir neurotiškumo pasireiškimas tarp depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimu sergančių pacientų nėra statistiškai reikšmingas ($p>0,05$). Rezultatai pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė. Depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais sergančiųjų vyraujančių DPAD palyginimas

Vyraujanti asmenybės dimensija	Ekstravertiškumas	Sąmoningumas	Nuoširdumas	Atvirumas naujovėms	Neurotiškumas
Depresija sergantys respondentai n (%)	7 (13,7%)	14 (27,5%)	7 (13,7%)	2 (3,9%)	21 (41,2%)
Šizofrenijos spektro sutrikimais sergantys respondantai n (%)	9 (17,6%)	6 (11,8%)	5 (9,8%)	3 (5,9%)	28 (54,9%)
p	0,586	0,046	0,539	0,647	0,113

12.5. DPAD sąsajos su sociodemografiniais duomenimis

Tiriamųjų imtį sudarė 102 pacientai: 51 (50%) sergantis depresija ir 51 (50%) sergantis šizofrenijos spektro sutrikimais. Tarp 71 tyrime dalyvavusios moters, labiausiai vyraujanti DPAD buvo neurotiškumas (46,5%). Tarp 31 apklausto vyro dažniausiai pasireiškė neurotiškumas (50%). Lyginant DPAD išreikštumą tarp lyčių reikšmingo skirtumo nenustatyta.

Tyrime dalyvavusių asmenų amžiaus vidurkis buvo 41,9 m. \pm 16,4. Visi pacientai buvo suskirstyti į 3 amžiaus grupes: 1 grupė nuo 18 iki 34 m. amžiaus, 2 grupė nuo 35 iki 64 m. amžiaus, 3 grupė nuo 65m. amžiaus ir vyresni pacientai. Atlikus statistinę analizę reikšmingas skirtumas tarp respondentų amžiaus ir vyraujančios DPAD nustatytas nebuvo.

Pagal gyvenamąją vietą pacientai buvo suskirstyti į dvi grupes – gyvenantys kaime ir gyvenantys mieste. Lyginant gyvenamąją vietą su DPAD išreikštumu, nepastebėta jokio ryšio.

Tiriamieji buvo suskirstyti į aukštesnio ir žemesnio išsilavinimo lygį turinčias grupes. Pirmajai grupei buvo priskirti pradinį ar vidurinį išsilavinimą turintys pacientai, antrajai grupei – aukštąjį arba profesinį išsilavinimą įgiję pacientai. Statistiškai išanalizavus išsilavinimo aukštumą su vyraujančiomis DPAD, nepastebėta jokio ryšio.

Pacientai taip pat buvo suskirstyti pagal darbingumą. Pirmą grupę sudarė šiuo metu dirbantys pacientai arba pensijoje esantys pacientai. Antrą grupę sudarė pacientai, kurie nedirba todėl, kad neranda darbo arba todėl, kad nenori dirbti, nors yra darbingo amžiaus. Darbingumas su DPAD išreikštumu nebuvo susijęs.

Pacientai pagal šeimyninę padėtį buvo suskirstyti į 2 grupes. Pirmoje grupėje atsidūrė pacientai, kurie neturi partnerio, yra išsiskyrę arba našliai – tai vieniši pacientai. Antrajai grupei buvo priskirti visi pacientai, kurie gyvena su antrąja puse arba yra susituokę, tai – nevieniši pacientai. Palyginus šeimyninę padėtį su DPAD pasireiškimu ryšys nebuvo nustatytas.

Respondentai buvo suskirstyti į 2 grupes pagal tai ar jų šeimoje yra arba nėra narių, turinčių psichikos sutrikimų. Iš visų tirtų pacientų 42 (41,2%) tiriamieji atsakė teigiamai. 60 (58,8%) pacientų teigia, kad jų šeimoje psichikos sutrikimais sergančių asmenų nėra. Atlikus statistinę analizę, buvo nustatyta, jog tarp pacientų, kurių šeimoje yra psichinėmis ligomis sergančiųjų, neurotiškumas kaip vyraujanti dimensija pasireiškia statistiškai reikšmingai dažniau nei tarp pacientų, kurių šeimoje nėra psichikos ligomis sergančiųjų ($p=0,012$). Kitų dimensijų išreikštumas tarp lyginamų grupių nesiskyrė. Rezultatai pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė. DPAD sąsajos su šeimynine psichiatrine anamneze

Vyraujanti asmenybės dimensija	Ekstravertiškumas	Sąmoningumas	Nuoširdumas	Atvirumas naujovėms	Neurotiškumas
Neturintys psichikos sutrikimais sergančių šeimos narių respondantai (%)	11 (18,3%)	13(21,7%)	10 (16,7%)	3 (5,0%)	23 (38,3%)
Turintys psichikos sutrikimais sergančių šeimos narių respondantai (%)	5 (11,9%)	7 (16,7%)	2 (4,8%)	2 (4,8%)	26 (61,9%)
p	0,38	0,531	0,066	0,956	0,012

12.6. DPAD sąsajos su savižudiškomis mintimis bei elgesiu

Visi respondentai buvo suskirstyti į 3 grupes pagal tai ar buvo arba nebuvo galvoję bei bandę nusižudyti. Iš visų tirtų pacientų 27 (26,5%) tiriamieji teigia, kad niekada nėra turėję savižudiškų minčių, 47 (46,1%) pacientai teigia, jog yra galvoję apie savižudybę, 28 (27,4%) respondentai teigia, jog yra bandę nusižudyti. Pritaikius statistinę analizę, reikšmingi skirtumai nustatyti dviems dimensijoms – nuoširdumui ir neurotiškumui. Pacientams, kurie turėjo suicidinių minčių, reikšmingai dažniau pasireiškė nuoširdumo dimensija ($p=0,003$). Pacientams, kurie bandė nusižudyti, reikšmingai dažniau pasireiškė neurotiškumo dimensija ($p=0,034$). Tarp pacientų kurie neturėjo savižudiškų minčių ir nebandė nusižudyti, DPAD išreikštume skirtumo nebuvo. Rezultatai pateikiami 4 lentelėje.

4 lentelė. DPAD sąsajos su savižudiškomis mintimis bei elgesiu

Vyraujanti asmenybės dimensija	Ekstravertiškumas	Sąmoningumas	Nuoširdumas	Atvirumas naujovėms	Neurotiškumas
Negalvoję ir nebandę nusižudyti respondentai n (%)	6 (22,2%)	4 (14,8%)	1 (3,7%)	2 (7,4%)	14 (51,9%)
Galvoję nusižudyti respondantai n (%)	5 (10,6%)	12 (25,5%)	11 (23,4%)	2 (4,3%)	17 (36,2%)
Bandę nusižudyti respondantai n (%)	5 (17,9%)	4 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (3,6%)	18 (64,3%)
p	0,391	0,379	0,003	0,774	0,034

13. REZULTATŲ APTARIMAS

Neurotiškumas yra labiausiai išreikšta asmenybės dimensija tarp visų 102 pacientų, ji pasireiškė 48,0% respondentų. Neurotiškumas kaip vyraujanti DPAD pasireiškė ir tarp depresija (41,2%), ir tarp šizofrenijos spektro sutrikimais (54,9%) sergančių respondentų ($p=0,002$ ir $p=0,003$). Rezultatai sutampa su anksčiau aptartais duomenimis literatūros analizėje, jog neurotiškumas yra dažniausiai vyraujanti DPAD tarp psichikos sutrikimais sergančiųjų [21, 39, 40]. Tačiau lyginant šias grupes tarpusavyje, pastebėtas reikšmingas skirtumas sąmoningumo dimensijoje. Ji buvo labiau išreikšta depresija nei šizofrenijos spektro sutrikimais sergantiems ($p=0,046$). Kotov gavo priešingus rezultatus, jo teigimu sąmoningumas depresija sergantiems pacientams yra išreikštas mažiau [25]. Tokius rezultatus galėjo lemti tai, jog tyrimo metu pacientai buvo skirtingi būklės sunkumo ir ligos remisijos fazės prasme, taip pat vartojo įvairius su psichine sveikata susijusius vaistus, kas, pasak, literatūros gali turėti įtakos DPAD išreikštume [31, 34, 47].

Palyginus vidutinio sunkumo ir sunkia depresija sergančiuosius, pastebėta, kad tarp sunkia depresija sergančiųjų vyraujanti DPAD yra neurotiškumas (47,4%), tačiau tarp vidutinio sunkumo depresija sergančių respondentų taip pat reikšmingai dažnai kaip neurotiškumas (37,5%) pasireiškia ir sąmoningumas (34,4%), todėl negalime teigti, jog vyraujanti DPAD yra neurotiškumas. Kitose studijose skirtingų tipų depresijų vyraujanti DPAD dažniausiai buvo neurotiškumas [25, 26, 35].

Remiantis gautais duomenimis, nebuvo nustatyta sąsajų tarp vyraujančios DPAD ir sociodemografinių rodiklių. Ir moterų, ir vyrų grupėse vyraujanti DPAD buvo neurotiškumas, tačiau statistškai reikšmingo skirtumo tarp skirtingų lyčių vyraujančių DPAD nenustatyta. Pasauliniuose tyrimuose pastebėta, jog vyrų ir moterų DPAD išreikštumas skiriasi [48, 49]. Šių tyrimų rezultatai rodo, jog moterims dažniau pasireiškia nuoširdumas, ekstravertiškumas ir neurotiškumas nei vyrams. Kaip jau minėta literatūros apžvalgoje, žmogui senstant, vyraujanti DPAD nesikeičia [51]. Mūsų tyrimo duomenys taip pat pagrindžia šią teoriją, kadangi reikšmingas skirtumas tarp amžiaus ir vyraujančios DPAD nustatytas nebuvo. Taip pat tarptautiniuose tyrimuose pastebėta, jog smarkiai išreikštas neurotiškumas tiesiogiai koreliuoja su žemesne gyvenimo kokybe [52, 53]. Neurotiški žmonės dažniau būna vieniši, jiems sunkiau mokytis bei prisitaikyti darbo aplinkoje. Mūsų atliktame tyrime lyginant sociodemografinius duomenis su DPAD pasireiškimu nepastebėta jokių reikšmingų skirtumų. Taigi, galima teigti, jog asmenybės dimensijos nebuvo susijusios su išsilavinimu, darbingumu ar šeimynine padėtimi, taip pat lytimi ir amžiumi.

Išanalizavus DPAD ir jų ryšį su šeimine psichiatrine anamneze buvo nustatyta, jog tarp pacientų, kurių šeimoje yra psichinėmis ligomis sergančiųjų, neurotiškumas kaip vyraujanti dimensija pasireiškia statistškai reikšmingai dažniau nei tarp pacientų, kurių šeimoje nėra psichikos

ligomis sergančiųjų ($p=0,012$). Kitų dimensijų išreikštumas tarp lyginamų grupių nesiskyrė. Šie rezultatai sutampa su 2013 m. Boyette ir bendraautorių atlikto tyrimo duomenimis, kuriais buvo tiriamos psichikos sutrikimų turinčių respondentų DPAD kartu su jų brolių arba seserų vyraujančiomis DPAD [55]. Buvo nustatyta, jog tarp respondentų, kurie turėjo artimų psichikos sutrikimais sergančių giminaičių, neurotiškumas kaip vyraujanti DPAD pasireiškė dažniau nei tarp kontrolinei grupei priklausiusių tiriamųjų.

Išanalizavus DPAD ir jų ryšį su savižudiškomis mintimis bei elgesiu pastebėta, kad pacientams, kurie turėjo suicidinių minčių, reikšmingai dažniau pasireiškė nuoširdumo dimensija ($p=0,003$). Pacientams, kurie bandė nusižudyti, reikšmingai dažniau pasireiškė neurotiškumo dimensija ($p=0,034$). Tarp pacientų, kuriems nebuvo būdingos savižudiškos mintys ar elgesys, DPAD išreikštume skirtumo nėra. Gauti rezultatai neprieštarauja Missagli ir kolegų 2019 m. atlikto tyrimo duomenims, jog vyraujantis neurotiškumas yra vienas iš savižudybės rizikos faktorių depresija sergantiesiems. Pagal tyrimo rezultatus, nėra nustatytas ryšys tarp sveikų pacientų ir neurotiškumo kaip savižudybės rizikos faktoriaus [56]. Kitame šiais metais atliktame tyrime, siekiant nustatyti DPAD ir polinkio į savižudybę sąsajas, autoriai teigia, kad didelis neurotiškumas bei didelis atvirumas naujovėms teigiamai koreliuoja su savižudišku elgesiu [57]. Mūsų tyrimo duomenimis, su suicidiniu elgesiu labiausiai koreliuoja aukštas neurotiškumas.

Apibendrinus visus tyrimo duomenis, gauti rezultatai neprieštarauja pasaulinių tyrimų išvadoms, jog labiausiai su psichikos sutrikimais susijusi DPAD yra neurotiškumas [21-28, 39-45]. Taip pat neurotiškumas yra labiausiai susijęs su savižudiškomis mintimis bei elgesiu [56-58]. Dauguma autorių taip pat pabrėžia sumažėjusį ekstravertiškumą, kurio šiuo tyrimu nustatyti nepavyko [21, 22, 39]. Taip yra dėl to, jog šiame tyrime pacientai ir jų DPAD nebuvo lyginami su kontroline grupe, t.y. sveika populiacija. Taip pat, nebuvo stebėta kaip keičiasi dimensijos skirtingame laikotarpyje, t.y. ligų paūmėjimo ir remisijos atvejais bei vartojant antipsichotinius arba antidepressinius vaistus. Šiuos punktus būtų galima įvardinti kaip pagrindines kryptis tolimesniems tyrimams.

14. IŠVADOS

1. Depresija sergantiems pacientams labiausiai išreikšta DPAD buvo neurotiškumas. Vidutinio sunkumo depresija sergantiems pacientams labiausiai išreikštos DPAD buvo neurotiškumas ir sąmoningumas, sunkia depresija sergantiems - neurotiškumas.
2. Šizofrenijos spektro sutrikimais sergantiems pacientams labiausiai išreikšta DPAD buvo neurotiškumas.
3. Sąmoningumas dažniau pasireiškė sergantiems depresija, lyginant su sergančiais šizofrenijos spektro sutrikimais.
4. Pacientams, sergantiems depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais, DPAD išreikštumas nebuvo susijęs su išsilavinimu, darbingumu, šeimynine padėtimi, lytimi ir amžiumi. Pacientams, kurių šeimoje buvo psichinėmis ligomis sergančiųjų, neurotiškumas pasireiškė dažniau.
5. Pacientams, sergantiems depresija ir šizofrenijos spektro sutrikimais bei turėjusiems savižudiškų minčių, reikšmingai dažniau pasireiškė nuoširdumo, bandžiusiems nusižudyti - neurotiškumo dimensija.

15. LITERATŪROS SĄRAŠAS

Formatting... please wait

1. TLK-10-AM sisteminis ligų sąrašas. 5 SKYRIUS PSICHIKOS IR ELGESIO SUTRIKIMAI: ŠIZOFRENIJA, ŠIZOTIPINIS IR KLIEDESINIAI SUTRIKIMAI (F20-29); 2015
2. Lietuvių kalbos išteklių informacinė sistema. Dabartinis lietuvių kalbos žodynas. Prieiga per internetą: <http://lkiis.lki.lt/dabartinis>. [Žiūrėta 2020 01 09]
3. Kairys A. Didysis penketas: už ir prieš. *Psichologija* 2008(1392-0359):71-84.
4. Gaughan ET, Miller JD, Lynam DR. Examining the utility of general models of personality in the study of psychopathy: a comparison of the HEXACO-PI-R and NEO PI-R. *J Pers Disord* 2012 08;26(4):513-523.
5. Feher A, Vernon PA. Looking beyond the Big Five: A selective review of alternatives to the Big Five model of personality. *Personality and Individual Differences* 2020:110002.
6. Goldberg LR. An alternative "description of personality": the big-five factor structure. *J Pers Soc Psychol* 1990 Dec;59(6):1216-1229.
7. Costa PT, McCrae RR. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychol Assess* 1992;4(1):5-13.
8. Bunevičius A. Didžiojo penketo asmenybės dimensijos (DPAD). *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija* 2005;T. 6-7:34.
9. Žukauskienė R, Barkauskienė R. Lietuviškosios Neo PI-R versos psichometriniai rodikliai. *Psichologija* 2006;33(1392-0359):7-21.
10. Ashton MC, Lee K. Honesty-humility, the big five, and the five-factor model. *J Pers* 2005 Oct;73(5):1321-1353.
11. John OP, Srivastava S. *The Big Five Trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives*. New York, NY, US: Guilford Press; 1999. p. 102-138.
12. Caprara GV, Cervone D. *A conception of personality for a psychology of human strengths: Personality as an agentic, self-regulating system*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2003. p. 61-74.

13. Soldz S, Vaillant GE. The Big Five personality traits and the life course: A 45-year longitudinal study. *Journal of Research in Personality* 1999;33(2):208-232.
14. Lamers SMA, Westerhof GJ, Kovács V, Bohlmeijer ET. Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of Research in Personality* 2012;46(5):517-524.
15. Ali I. Personality traits, individual innovativeness and satisfaction with life. *Journal of Innovation & Knowledge* 2019;4(1):38-46.
16. Oshio A, Taku K, Hirano M, Saeed G. Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences* 2018;127:54-60.
17. Löckenhoff CE, Duberstein PR, Friedman B, Costa PT. Five-factor personality traits and subjective health among caregivers: the role of caregiver strain and self-efficacy. *Psychol Aging* 2011 Sep;26(3):592-604.
18. Cuijpers P, van Straten A, Donker M. Personality traits of patients with mood and anxiety disorders. *Psychiatry Research* 2005;133(2):229-237.
19. Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983 Jul;40(7):801-810.
20. Quilty LC, Pelletier M, DeYoung CG, Michael Bagby R. Hierarchical personality traits and the distinction between unipolar and bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders* 2013;147(1):247-254.
21. Khan AA, Jacobson KC, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS. Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry* 2005;186(3):190-196.
22. Kendler KS, Gardner CO, Gatz M, Pedersen NL. The sources of co-morbidity between major depression and generalized anxiety disorder in a Swedish national twin sample. *Psychol Med* 2007 Mar;37(3):453-462.
23. Brieger P, Sommer S, Blöink F, Marneros AA. The relationship between five-factor personality measurements and ICD-10 personality disorder dimensions: results from a sample of 229 subjects. *J Pers Disord* 2000;14(3):282-290.

24. Duggan C, Milton J, Egan V, McCarthy L, Palmer B, Lee A. Theories of general personality and mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 2003;182(S44):s19-s23.
25. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2010 Sep;136(5):768-821.
26. Jourdy R, Petot J. Relationships between personality traits and depression in the light of the "Big Five" and their different facets. *L'Évolution Psychiatrique* 2017;82(4):e27-e37.
27. Goisman RM, Goldenberg I, Vasile RG, Keller MB. Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study. *Comprehensive Psychiatry* 1995;36(4):303-311.
28. Trull TJ, Sher KJ. Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *J Abnorm Psychol* 1994;103(2):350-360.
29. FANOUS AH, NEALE MC, AGGEN SH, KENDLER KS. A longitudinal study of personality and major depression in a population-based sample of male twins. *Psychol Med* 2007;37(8):1163-1172.
30. Bienvenu OJ, Brown C, Samuels JF, Liang K, Costa PT, Eaton WW, et al. Normal personality traits and comorbidity among phobic, panic and major depressive disorders. *Psychiatry Research* 2001;102(1):73-85.
31. Renner F, Penninx, Brenda W. J. H., Peeters F, Cuijpers P, Huibers MJH. Two-year stability and change of neuroticism and extraversion in treated and untreated persons with depression: Findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders* 2013;150(2):201-208.
32. al, Kendler KS , et. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry* 2006;163(1):115-24.
33. Andersen AM, Bienvenu OJ. Personality and psychopathology. *International Review of Psychiatry* 2011;23(3):234-247.
34. Jylhä P, Melartin T, Rytsälä H, Isometsä E. Neuroticism, introversion, and major depressive disorder—traits, states, or scars? *Depress Anxiety* 2009;26(4):325-334.

35. Karsten J, Penninx, Brenda W. J. H., Riese H, Ormel J, Nolen WA, Hartman CA. The state effect of depressive and anxiety disorders on big five personality traits. *Journal of Psychiatric Research* 2012;46(5):644-650.
36. Hochberger WC, Thomas ML, Joshi YB, Swerdlow NR, Braff DL, Gur RE, et al. Deviation from expected cognitive ability is a core cognitive feature of schizophrenia related to neurophysiologic, clinical and psychosocial functioning. *Schizophrenia Research* 2020;215:300-307.
37. Moore EA, Green MJ, Carr VJ. Comorbid personality traits in schizophrenia: Prevalence and clinical characteristics. *Journal of Psychiatric Research* 2012;46(3):353-359.
38. Sevilla-Llewellyn-Jones J, Camino G, Russo DA, Painter M, Montejo AL, Ochoa S, et al. Clinically significant personality traits in individuals at high risk of developing psychosis. *Psychiatry Research* 2018;261:498-503.
39. Berenbaum H, Fujita F. Schizophrenia and personality: Exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome. *J Abnorm Psychol* 1994;103(1):148-158.
40. Camisa KM, Bockbrader MA, Lysaker P, Rae LL, Brenner CA, O'Donnell BF. Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Research* 2005;133(1):23-33.
41. Gurrera RJ, Nestor PG, O'Donnell BF. Personality traits in schizophrenia: comparison with a community sample. *J Nerv Ment Dis* 2000 Jan;188(1):31-35.
42. Reno RM. Personality characterizations of outpatients with schizophrenia, schizophrenia with substance abuse, and primary substance abuse. *J Nerv Ment Dis* 2004 Oct;192(10):672-681.
43. Beauchamp M, Lecomte T, Lecomte C, Leclerc C, Corbière M. Do people with a first episode of psychosis differ in personality profiles? *Schizophrenia Research* 2006;85(1):162-167.
44. Swami V, Pietschnig J, Stieger S, Voracek M. Alien psychology: Associations between extraterrestrial beliefs and paranormal ideation, superstitious beliefs, schizotypy, and the Big Five personality factors. *Applied Cognitive Psychology* 2011 July 1;25:647-653.
45. Kentros M, Smith TE, Hull J, McKee M, Terkelsen K, Capalbo C. Stability of personality traits in schizophrenia and schizoaffective disorder: A pilot project. *J Nerv Ment Dis* 1997;185(9):549-555.

46. Ohi K, Hashimoto R, Yasuda Y, Fukumoto M, Yamamori H, Iwase M, et al. Personality traits and schizophrenia: evidence from a case–control study and meta-analysis. *Psychiatry Research* 2012;198(1):7-11.
47. Boyette L, Nederlof J, Meijer C, de Boer F, de Haan L. Three year stability of Five-Factor Model personality traits in relation to changes in symptom levels in patients with schizophrenia or related disorders. *Psychiatry Research* 2015;229(1):539-544.
48. Lippa RA. Gender differences in personality and interests: When, where, and why? *Social and Personality Psychology Compass* 2010;4(11):1098-1110.
49. South SC, Jarnecke AM, Vize CE. Sex differences in the Big Five model personality traits: A behavior genetics exploration. *Journal of Research in Personality* 2018;74:158-165.
50. Weisberg YJ, Deyoung CG, Hirsh JB. Gender Differences in Personality across the Ten Aspects of the Big Five. *Frontiers in psychology* 2011;2:178.
51. Soto CJ, John OP, Gosling SD, Potter J. Age differences in personality traits from 10 to 65: Big Five domains and facets in a large cross-sectional sample. *J Pers Soc Psychol* 2011 Feb;100(2):330-348.
52. Ridgewell C, Blackford JU, McHugo M, Heckers S. Personality traits predicting quality of life and overall functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2017;182:19-23.
53. Rogers RT. Predicting subjective quality of life and illness impact for individuals with schizophrenia using the Five-Factor Model of personality: A starting point for future research. *Personalized Medicine in Psychiatry* 2020;19-20:100053.
54. Ispir O, Elibol E, Sonmez B. The relationship of personality traits and entrepreneurship tendencies with career adaptability of nursing students. *Nurse Education Today* 2019;79:41-47.
55. Boyette L, Korver-Nieberg N, Verweij K, Meijer C, Dingemans P, Cahn W, et al. Associations between the Five-Factor Model personality traits and psychotic experiences in patients with psychotic disorders, their siblings and controls. *Psychiatry Research* 2013;210(2):491-497.
56. Stefa-Missagli S, Unterrainer H, Giupponi G, Holasek S, Kapfhammer H, Conca A, et al. Suicide and Personality Traits: A Multicenter Study of Austrian and Italian Psychiatric Patients and Students. *Suicide Life Threat Behav* 2020;50(1):220-232.

57. Na K, Cho S, Hong JP, Lee J, Chang SM, Jeon HJ, et al. Association between personality traits and suicidality by age groups in a nationally representative Korean sample. *Medicine* 2020 April;99(16):e19161.

58. Blüml V, Kapusta ND, Doering S, Brähler E, Wagner B, Kersting A. Personality Factors and Suicide Risk in a Representative Sample of the German General Population. *PLoS ONE* 2013;8(10).

16. PRIEDAI

Priedas Nr. 1

Sociodemografinė ir anamnezės anketa

1. Jūsų lytis

- Vyras
- Moteris

2. Jūsų amžius (Įrašykite savo amžių) m.

3. Jūsų gyvenamoji vieta

- Miestas
- Kaimas

4. Jūsų išsilavinimas

- Pradinis
- Vidurinis
- Profesinis
- Aukštesnysis arba aukštasis
- Kita (Įrašykite)

5. Jūsų pareigos

- Nedirbu, nes studijuoju
- Nedirbu, nes nerandu darbo
- Nedirbu, nes nenoriu
- Dirbu
- Gaunu pašalpą/pensiją/invalidumą
- Kita (Įrašykite)

6. Jūsų šeimyninė padėtis

- Vienišas/(a)
- Gyvenu su partneriu/(e)
- Vedęs/ištekėjusi
- Išsiskyres/(usi)

- Našlys/(ė)
- Kita (Irašykite)

7. Ar easte bandęs/džiusi nusižudyti arba galvojęs/usi apie savižudybę?

- Esu bandęs/džiusi
- Esu galvojęs/usi
- Nesu

8. Ar jūsų šeimoje yra sirgusiųjų psichinėmis ligomis

- Taip
- Ne

Asmenybės dimensijų skalė

Kiekvienai būdvardžių porai apibraukite skaitmenį skalėje, kuris tiksliausiai atspindi Jūsų asmenybę.

Pvz.: sąžiningas 1 2 3 4 5 6 7 nesąžiningas.

Jeigu laikote save labai sąžiningu, apibraukite 1 arba 2, jeigu laikote save labai nesąžiningu, apibraukite 6 arba 7. Jeigu Jūsų sąžiningumas priklauso nuo aplinkybių, apibraukite 3, 4 arba 5, priklauso nuo to, kas Jums labiau tinka.

Mėgstantis bendrauti	1 2 3 4 5 6 7	Mėgstantis vienumą
Ramus	1 2 3 4 5 6 7	Susirūpinęs
Originalus	1 2 3 4 5 6 7	Įprastas
Sąžiningas	1 2 3 4 5 6 7	Aplaidus
Dirglus	1 2 3 4 5 6 7	Gero būdo
Rimtas	1 2 3 4 5 6 7	Mėgstantis juokus
Nervingas	1 2 3 4 5 6 7	Pakantus
Tikroviškas	1 2 3 4 5 6 7	Lakios vaizduotės
Nerūpestingas	1 2 3 4 5 6 7	Atsargus
Minkštaširdis	1 2 3 4 5 6 7	Kietaširdis
Meilus	1 2 3 4 5 6 7	Santūrus
Atsipalaidavęs	1 2 3 4 5 6 7	Įsitempęs
Kūrybingas	1 2 3 4 5 6 7	Nekūrybingas
Patikimas	1 2 3 4 5 6 7	Nepatikimas
Šiurkštus	1 2 3 4 5 6 7	Paslaugus
Abejingas	1 2 3 4 5 6 7	Draugiškas
Saugus	1 2 3 4 5 6 7	Nesaugus
Siaurų interesų	1 2 3 4 5 6 7	Plačių interesų
Neorganizuotas	1 2 3 4 5 6 7	Organizuotas
Atlaidus	1 2 3 4 5 6 7	Kerštingas
Spontaniškas	1 2 3 4 5 6 7	Suvaržytas
Savigaila	1 2 3 4 5 6 7	Patenkintas savimi
Sudėtingas	1 2 3 4 5 6 7	Paprastas
Valingas	1 2 3 4 5 6 7	Silpnavalis
Bejausmis	1 2 3 4 5 6 7	Nuoširdus