

THỰC TRẠNG HÀNH VI TỰ SÁT Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN SỰ THÍCH ỨNG TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN

Nguyễn Thị Phương Mai¹, Dương Minh Tâm^{1,2}, Nguyễn Thị Huế³
Nguyễn Phương Linh¹, Đoàn Thị Huệ^{1,2} và Bùi Quỳnh Hương^{2,✉}

¹Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng hành vi tự sát ở người bệnh rối loạn sự thích ứng tại Viện Sức Khỏe Tâm thần bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang 123 người bệnh từ tháng 07/2024 đến tháng 03/2025. Các đối tượng trong nghiên cứu chiếm đa số là nữ giới (72,4%) và gặp nhiều hơn ở nhóm người trẻ tuổi. Trong số đó, hơn một nửa (57,7%) có hành vi tự sát. Hình thức tự sát thường gặp nhất là ý tưởng tự sát (55,3%), đa số khởi phát rất nhanh, thường trong vòng một tháng sau khi có stress (69,1%). Toan tự sát cũng chiếm tỉ lệ cao trong các hình thức tự sát (25,2%) và phần lớn (51,6%) xuất hiện ngay trong vòng vài phút sau khi có ý tưởng tự sát cho thấy tính bốc đồng và nguy cơ cao. Hình thức tự sát được lựa chọn nhiều nhất là dùng thuốc quá liều. Phần đông người bệnh muốn tự sát để kết thúc cảm giác đau khổ do thiếu kỹ năng ứng phó stress.

Từ khóa: Rối loạn sự thích ứng, hành vi tự sát, thực trạng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn sự thích ứng là một chẩn đoán thường gặp trong thực hành lâm sàng tâm thần với tỷ lệ hiện mắc dao động từ 7 - 35%.¹ Tại Việt Nam, có khoảng 2 - 8% dân số được chẩn đoán mắc rối loạn này.² Rối loạn sự thích ứng được đặc trưng bởi những triệu chứng về cảm xúc (trầm cảm), lo âu, hành vi khi cá nhân đối mặt với hoàn cảnh bất lợi kéo dài. Stress trong rối loạn này không mang tính thảm họa mà thường gắn với sự thay đổi hoàn cảnh, môi trường. Trong số các biểu hiện lâm sàng đáng chú ý, hành vi tự sát cũng đã được ghi nhận với tỉ lệ đáng kể ở các người bệnh được chẩn đoán rối loạn sự thích ứng. Theo nghiên cứu của Pelkonen và cộng sự, có đến 25% người

bệnh mắc rối loạn sự thích ứng xuất hiện hành vi tự sát.³ Còn trong nghiên cứu của Seung, đa số những người bệnh vào cấp cứu do toan tự sát được chẩn đoán rối loạn sự thích ứng.⁴ Đặc điểm của hành vi tự sát ở người bệnh rối loạn thích ứng có sự khác biệt so với các rối loạn tâm thần khác như: trầm cảm nặng, tâm thần phân liệt... Một số nghiên cứu trên thế giới ghi nhận hành vi tự sát trong rối loạn này thường có tính chất bốc đồng, mãnh liệt hơn các rối loạn tâm thần khác.^{5,6} Tuy nhiên, các đặc điểm này hiện chưa được nghiên cứu một cách toàn diện, cả trên thế giới và tại Việt Nam. Việc phát hiện và đánh giá nguy cơ tự sát ở người bệnh rối loạn sự thích ứng còn gặp nhiều khó khăn trong thực hành, do biểu hiện lâm sàng đa dạng, diễn biến nhanh và dễ bị bỏ sót. Trong khi đó, hành vi tự sát có thể gây ra những hậu quả nặng nề cho chính cá nhân, ảnh hưởng sâu sắc đến gia đình và cộng đồng. Việc nhận diện sớm các đặc điểm hành vi tự sát ở người bệnh rối loạn

Tác giả liên hệ: Bùi Quỳnh Hương

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: buiquynhhuongletgo@gmail.com

Ngày nhận: 30/06/2025

Ngày được chấp nhận: 11/07/2025

sự thích ứng sẽ góp phần nâng cao hiệu quả phát hiện, can thiệp và phòng ngừa các hệ quả nghiêm trọng của bệnh lý này. Đây chính là lý do chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu “Thực trạng hành vi tự sát ở người bệnh rối loạn sự thích ứng tại Viện Sức Khỏe Tâm thần Quốc gia” với mục tiêu: Mô tả thực trạng hành vi tự sát ở người bệnh Rối loạn sự thích ứng tại Viện Sức Khỏe Tâm thần Quốc gia năm 2024 - 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

123 người bệnh được chẩn đoán Rối loạn sự thích ứng điều trị nội trú và ngoại trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần từ tháng 07/2024 đến tháng 03/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh điều trị nội trú và ngoại trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai được chẩn đoán rối loạn sự thích ứng theo mã F43.2 của Phân loại bệnh quốc tế ICD-10.

- Người bệnh và/hoặc người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích rõ ràng về mục tiêu và nội dung nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh có rối loạn nhận thức (như sa sút trí tuệ, mê sảng...) ảnh hưởng đến khả năng hiểu, giao tiếp hoặc hợp tác trong quá trình thu thập thông tin nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu tiến hành trên toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Tổng số đối tượng thu nhận được là 123 người bệnh rối loạn sự thích ứng. Trong số đó, có 71 người có hành vi tự sát.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện trong nhóm người bệnh điều trị nội trú và

ngoại trú tại đơn vị nghiên cứu.

Biến số và chỉ số nghiên cứu

Các biến số được thu thập bao gồm:

- Đặc điểm nhân khẩu học: Giới tính, tuổi, nơi cư trú, nghề nghiệp.

- Hành vi tự sát: Có hoặc không có hành vi tự sát; loại hành vi (ý tưởng tự sát, kế hoạch tự sát, toan tự sát, hành vi tự sát bị gián đoạn).

- Thời điểm xuất hiện hành vi tự sát: thời điểm khởi phát sau stress, thời gian từ ý tưởng đến hành vi.

- Hình thức tự sát: sử dụng thuốc, nhảy lầu, treo cổ, đuối nước...

- Mục đích tự sát: gây chú ý, giảm đau khổ, trả thù, giảm gánh nặng cho người thân...

Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Người bệnh được phỏng vấn trực tiếp bởi nghiên cứu viên đã được tập huấn, sử dụng bảng hỏi cấu trúc do nhóm nghiên cứu xây dựng.

Thông tin được ghi vào phiếu điều tra, kiểm tra và mã hóa trước khi xử lý.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0.

Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

Biểu đồ, bảng số liệu được sử dụng để mô tả đặc điểm hành vi tự sát của người bệnh.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được sự đồng ý của Ban Giám đốc của Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai và thông qua Hội đồng xét duyệt đề cương của trường Đại học Y Hà Nội

Người bệnh/thân nhân được giải thích đầy đủ về nội dung nghiên cứu và ký cam kết đồng ý tham gia.

Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình điều trị, đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức và bảo mật thông tin người bệnh tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 123)

Đặc điểm chung		n	%
Giới	Nam	34	27,6
	Nữ	89	72,4
Nhóm tuổi	Dưới 19 tuổi	12	9,8
	19 - 25 tuổi	29	23,6
	26 - 44 tuổi	54	43,9
	45 - 59 tuổi	21	17,1
	Từ 60 tuổi trở lên	7	5,7
Địa dư	Nông thôn	56	45,5
	Thành thị	63	51,2
	Miền núi	4	3,3
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	27	22,0
	Nông dân	6	4,9
	Công nhân	16	13,0
	Kinh doanh	22	17,9
	Nhân viên văn phòng	21	17,1
	Công chức	12	9,7
	Hưu trí	6	4,9
	Tự do	6	4,9
	Khác	7	5,7

Nhận xét: Trong số 123 người bệnh rối loạn sự thích ứng tham gia nghiên cứu, nữ giới chiếm ưu thế rõ rệt (72,4%), gần gấp ba lần so với nam giới (27,6%). Nhóm tuổi phổ biến nhất là từ 26 - 44 tuổi (43,9%), trong khi người bệnh từ 60 tuổi trở lên chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (5,7%). Địa bàn sinh sống của người bệnh chủ yếu tập trung ở thành thị và nông thôn, với tỷ lệ tương đối tương đồng (51,2% và 45,5% tương ứng); nhóm đến từ miền núi chiếm tỷ lệ

thấp nhất (3,3%). Về nghề nghiệp, học sinh/sinh viên (22%), người kinh doanh (17,9%) và nhân viên văn phòng (17,1%) là ba nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất.

2. Thực trạng hành vi tự sát ở người bệnh Rối loạn sự thích ứng tại Viện Sức khỏe Tâm thần

Trong nhóm nghiên cứu có 52 người bệnh không có hành vi tự sát, chiếm 42,3%. Tỷ lệ người bệnh có hành vi tự sát chiếm 57,7% với 71 người.

Bảng 2. Các phân loại hành vi tự sát ở người bệnh rối loạn sự thích ứng

Phân loại hành vi	n	Có HVTS	Chung
		% (n = 71)	% (n = 123)
Ý tưởng tự sát	68	95,8	55,3
Kế hoạch tự sát	38	53,5	30,9
Toan tự sát	31	43,7	25,2
Toan tự sát bị gián đoạn – bởi người khác	22	31,0	17,9
Toan tự sát bị gián đoạn – bởi chính mình	14	19,7	11,4

Nhận xét: Trong nhóm 71 người bệnh có hành vi tự sát, ý tưởng tự sát là loại hành vi phổ biến nhất (95,8%), tiếp đến là kế hoạch tự sát (53,5%) và toan tự sát (43,7%). Ngoài ra, còn ghi nhận các trường hợp toan tự sát bị gián đoạn, trong đó gián đoạn do người khác

(31,0%) cao hơn so với do chính bản thân dừng lại (19,7%). Nếu xét toàn bộ mẫu nghiên cứu, tỷ lệ người có ý tưởng tự sát vẫn chiếm ưu thế với 55,3%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận nhiều người bệnh có đồng thời nhiều loại hành vi tự sát trong một quá trình bệnh.

Bảng 3. Thời điểm xuất hiện hành vi tự sát ở người bệnh rối loạn sự thích ứng có hành vi tự sát (n = 71)

Thời điểm xuất hiện hành vi tự sát		n	%
Thời điểm xuất hiện YTTS	Ngay sau khi tiếp xúc với stress	13	19,1
	Trong vòng 1 tuần sau stress	13	19,1
	1 tháng sau stress	21	30,9
	2 - 6 tháng sau stress	12	17,6
	Trên 6 tháng sau stress	9	13,2
Thời điểm xuất hiện toan tự sát sau khi có stress	Trong vòng 1 tuần	14	45,2
	Dưới 1 tháng	5	16,1
	1 - 6 tháng	7	22,6
	Trên 6 tháng	5	16,1
Khoảng thời gian từ khi có YTTS đến khi xuất hiện toan tự sát	Ngay lập tức, trong vài phút	16	51,6
	1 - 3 ngày	6	19,4
	Dưới 1 tuần	5	16,1
	1 tháng	3	9,7
	Từ 1 đến 6 tháng	1	3,2
	Trên 6 tháng	0	0

Nhận xét: Về thời điểm xuất hiện hành vi, phần lớn người bệnh hình thành ý tưởng tự sát trong vòng 1 tháng sau khi tiếp xúc với yếu tố stress (chiếm 69,1%), với đỉnh điểm ở mốc một tháng sau (30,9%). Đối với những người

có toan tự sát, gần một nửa (45,2%) thực hiện hành vi chỉ trong vòng một tuần sau khi gặp stress. 51,6% người bệnh hành động gần như ngay lập tức sau khi nảy sinh ý tưởng.

Bảng 4. Các hình thức tự sát ở người bệnh rối loạn sự thích ứng có hành vi tự sát (n = 71; trong đó: n = 68 có ý tưởng tự sát, n = 31 có toan tự sát)

Hình thức tự sát	Có ý tưởng tự sát		Có toan tự sát	
	n = 68	%	n = 31	%
Không	16	23,5	0	0,0
Thuốc	32	47,1	21	67,7
Hóa chất	6	8,8	4	12,9
Treo cổ	9	13,2	2	6,5
Nhảy lầu	17	25,0	2	6,5
Đuối nước	5	7,4	1	3,2
Dao	7	10,3	3	9,7
Điện giật	1	1,5	0	0,0
Khác	2	2,9	3	9,7

Nhận xét: Xét về phương thức, sử dụng thuốc là hình thức tự sát phổ biến nhất trong cả nhóm có ý tưởng (47,1%) và nhóm có toan tự sát (67,7%). Các hình thức mang tính nguy

hiểm như nhảy lầu, treo cổ, dùng dao được ghi nhận nhưng chiếm tỷ lệ thấp hơn. Không có trường hợp nào tự sát bằng điện giật.

Bảng 5. Mục đích hành vi tự sát ở người bệnh rối loạn sự thích ứng có hành vi tự sát (n = 71)

Mục đích	n	%
Không rõ	26	36,6
Gây sự chú ý	6	8,5
Trả thù	3	4,2
Kết thúc cảm giác đau khổ	37	52,1
Giảm gánh nặng cho người thân	13	18,3
Khác	2	2,8
Tổng	71	100,0

Nhận xét: Về mục đích tự sát, đa số người bệnh (52,1%) cho biết hành vi nhằm kết thúc cảm giác đau khổ; tiếp theo là mong muốn giảm gánh nặng cho người thân (18,3%) và thu hút sự chú ý (8,5%). Tỷ lệ người thực hiện vì lý do trả thù là không đáng kể (4,2%). Có tới 36,6% không xác định được mục đích cụ thể.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 123 đối tượng nghiên cứu, ghi nhận hơn 2/3 người bệnh là nữ (72,4%), cao hơn đáng kể so với nam giới (27,6%). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước về thực trạng người bệnh mắc rối loạn sự thích ứng, cho thấy tỷ lệ nữ giới thường cao hơn nam giới.⁷ Nữ giới có xu hướng nghiên ngẫm, suy nghĩ về các vấn đề và cảm xúc cũng dễ dao động, nhạy cảm hơn, đặc biệt là với các stress, sang chấn đồng thời cũng thường hay chịu những bất công, áp lực từ xã hội hơn, do đó phụ nữ cũng dễ có những rối loạn liên quan đến stress, trong đó có rối loạn sự thích ứng. Về độ tuổi, nhóm 26 - 44 chiếm tỷ lệ cao nhất (43,9%), tiếp theo là nhóm dưới 25 tuổi (43,4%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Zelviene năm 2020, trong đó nhấn mạnh độ tuổi trẻ, đặc biệt từ 15 - 25 vì trong giai đoạn nửa đầu cuộc đời, cá nhân có nhiều chuyển tiếp, thay đổi trong khi kinh nghiệm và các kỹ năng ứng phó với hoàn cảnh còn đang hoàn thiện.⁸ Phân bố theo khu vực địa lý cho thấy người bệnh sống chủ yếu ở thành thị hoặc nông thôn với tỷ lệ gần tương đương, phản ánh khả năng tiếp cận dịch vụ y tế tốt hơn so với khu vực miền núi (3,3%).

Tỷ lệ người bệnh có hành vi tự sát là 57,7%, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Yến năm 2013 tại Viện Sức khỏe Tâm thần (42,5%).⁹ Trong nhóm này, ý tưởng tự sát là hành vi phổ biến nhất, chiếm 95,8% (tương ứng 68/71 người), tiếp theo là kế hoạch tự sát

(53,5%) và toan tự sát (43,7%). Khi xét trên toàn bộ mẫu nghiên cứu, tỷ lệ ý tưởng tự sát vẫn cao nhất với 55,3%, cũng phù hợp với nghiên cứu trước đã ghi nhận tỉ lệ ý tưởng tự sát (32,5%) cao hơn các phân loại hành vi tự sát khác.⁹ Có thể thấy, ý tưởng tự sát thường dễ hình thành hơn và xuất hiện đầu tiên trước các loại hành vi tự sát khác nên dẫn đến tỉ lệ cao của phân loại tự sát này.

Về thời điểm khởi phát hành vi tự sát, phần lớn người bệnh có ý tưởng tự sát (69,1%) bắt đầu xuất hiện trong vòng một tháng kể từ khi tiếp xúc với stress, trong đó cao nhất là sau 1 tháng (30,9%). Đối với nhóm có toan tự sát, 45,2% thực hiện hành vi trong vòng 1 tuần sau khi gặp stress, và đáng chú ý có tới 51,6% thực hiện hành vi gần như ngay lập tức, chỉ vài phút sau khi có ý tưởng tự sát. Điều này phản ánh đặc trưng bốc đồng và phản ứng cấp tính cao trong giai đoạn sớm của tiến trình bệnh, phù hợp với nghiên cứu của Lingeswaran ghi nhận 60% người bệnh rối loạn sự thích ứng thực hiện hành vi tự sát trong vòng 30 phút sau khi xuất hiện ý tưởng.⁶

Về hình thức tự sát, dùng thuốc là phương thức được nghĩ đến và thực hiện nhiều nhất trong cả hai nhóm: 47,1% ở người có ý tưởng tự sát và 67,7% ở người có toan tự sát. Các hình thức khác như nhảy lầu, treo cổ, dùng hóa chất được ghi nhận nhưng với tỷ lệ thấp hơn. Kết quả này tương đồng với các rối loạn tâm thần khác như trầm cảm, rối loạn lưỡng cực – trong đó người bệnh chủ yếu sử dụng thuốc quá liều (70 - 92%).¹⁰ Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác cho rằng người bệnh rối loạn sự thích ứng thường chọn phương thức quyết liệt và nguy hiểm hơn như treo cổ hoặc nhảy lầu.¹¹ Điều này có thể lý giải là do nhiều trường hợp tự sát hoàn thành bằng những hình thức nguy hiểm đã không được ghi nhận trong nghiên cứu vì không được cứu chữa kịp thời.

Khi được hỏi về mục đích của hành vi tự sát, hơn một nửa người bệnh (52,1%) xem đây là cách để kết thúc cảm giác đau khổ nhanh chóng. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu về mục đích tự sát ở người bệnh rối loạn sự thích ứng thường vì muốn kết thúc cảm giác đau khổ, không còn hi vọng, cho rằng cái chết là lối thoát duy nhất.¹² Có đến 36,6% không xác định được mục đích cụ thể. Tỷ lệ cao ở nhóm không rõ mục đích có thể phản ánh tính chất bốc đồng và thiếu cân nhắc sâu của hành vi tự sát trong rối loạn sự thích ứng. Người bệnh thường thiếu kỹ năng ứng phó, dễ bị cuốn vào cảm xúc tiêu cực, dẫn đến hành vi tự sát như một phản ứng thoát khỏi tình huống bế tắc hơn là một quyết định có chủ đích rõ ràng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 123 người bệnh rối loạn sự thích ứng tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai với nữ giới chiếm ưu thế (72,4%) và nhóm tuổi 26 - 44 phổ biến nhất (43,9%). Trong số đó, hơn một nửa (57,7%) số người bệnh có hành vi tự sát, hầu hết đều có ý tưởng tự sát, bên cạnh đó toan tự sát cũng chiếm hơn một nửa (50,7%) trên những đối tượng có hành vi tự sát. Đáng chú ý, phần lớn hành vi tự sát xuất hiện sớm sau khi tiếp xúc với stress, nhiều trường hợp thực hiện hành vi chỉ trong vài phút (51,6%) sau khi xuất hiện ý tưởng, cho thấy tính bốc đồng và nguy cơ cao. Hình thức tự sát được nghĩ đến và thực hiện nhiều nhất là dùng thuốc quá liều. Hơn một nửa (52,1%) số người bệnh xuất hiện hành vi tự sát với mục đích kết thúc cảm giác đau khổ. Điều này có thể do người bệnh rối loạn sự thích ứng khi kém kiểm soát phản ứng quá mức với stress dễ tìm đến giải pháp cực đoan để nhanh thoát khỏi các cảm xúc tiêu cực. Những kết quả này cho thấy hành vi tự sát ở người bệnh rối loạn sự thích ứng là phổ biến và diễn tiến nhanh, đòi hỏi sự phát hiện và can thiệp sớm từ cán bộ y tế và người thân.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Ban lãnh đạo Bệnh viện Bạch Mai, Viện Sức khỏe Tâm thần, các thầy cô Bộ môn Tâm thần - Trường Đại học Y Hà Nội cùng tập thể y bác sĩ và người bệnh đã nhiệt tình hướng dẫn, hỗ trợ chuyên môn và tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình thu thập số liệu cũng như triển khai đề tài.

Chúng tôi xin cam kết không có sự xung đột lợi ích trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Greenberg WM, Rosenfeld DN, Ortega EA. Adjustment disorder as an admissions diagnosis. *Am J Psychiatry*. In: ; 1995;152:459-461.
2. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz-Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry-LWW (2015).
3. Pelkonen M, Marttunen M, Henriksson M, Lönnqvist J. Suicidality in adjustment disorder: Clinical characteristics of adolescent outpatients. *Europ Child & Adolescent Psych*. 2005; 14(3): 174-180. doi:10.1007/s00787-005-0457-8.
4. Seung June Min, M.D., Eun Jung Park, Characteristics of Adjustment Disorder Patients as Suicidal Attempters Visited Emergency Department: Significance of Adjustment Disorder and Suicide, 2016.
5. Ellis, J. b., & Range, L. m.. Characteristics of suicidal individuals: A review. *Death Studies*. 1989; 13(5), 485-500. <https://doi.org/10.1080/07481188908252326>.
6. Lingeswaran A. Profile of Young Suicide Attempt Survivors in a Tertiary Care Hospital in Puducherry. *Indian J Psychol Med*. 2016; 38(6): 533-539. doi:10.4103/0253-7176.194909.
7. Perkonigg A, Lorenz L, Maercker A. Prevalence and correlates of ICD-11

adjustment disorder: Findings from the Zurich Adjustment Disorder Study. *Int J Clin Health Psychol.* 2018; 18(3): 209-217. doi:10.1016/j.ijchp.2018.05.001.

8. Zelviene P, Kazlauskas E, Maercker A. Risk factors of ICD-11 adjustment disorder in the Lithuanian general population exposed to life stressors. *Eur J Psychotraumatol.* 2020; 11(1): 1708617. doi:10.1080/20008198.2019.1708617.

9. Nguyễn Hoàng Yến. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn sự thích ứng ở bệnh nhân điều trị nội trú tại viện sức khỏe tâm thần. Published online 2013.

10. Fegan J, Doherty AM. Adjustment Disorder and Suicidal Behaviours Presenting in the General Medical Setting: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16(16): E2967. doi:10.3390/ijerph16162967.

11. Ellis J b., and Range L m. Characteristics of suicidal individuals: A review. *Death Studies.* 1989; 13(5): 485-500. doi:10.1080/07481188908252326.

12. Kryzhanovskaya L, Canterbury R. Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. *Crisis.* 2001; 22(3): 125-131. doi:10.1027//0227-5910.22.3.125.

Summary

PREVALENCE SUICIDAL BEHAVIOURS AMONG ADJUSTMENT DISORDERS PATIENTS AT THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH

This cross-sectional study aimed to describe the prevalence of suicidal behavior among 123 patients with adjustment disorder at the Institute of Mental Health from July 2024 to March 2025. The majority of participants were female (72.4%) and more prevalent among younger individuals. More than half of the patients (57.7%) exhibited suicidal behavior. The most common form was suicidal ideation (55.3%), with most cases (69.1%) occurring rapidly, typically within one month following a stressful event. A relatively high number of suicide attempts (25.2%) were also reported, with the majority (51.6%) occurring shortly after the onset of suicidal thoughts. The most frequently chosen method was medicine overdose. The majority of patients reported a desire to die as a way to end emotional suffering, primarily due to a lack of coping skills.

Keywords: Adjustment disorders, suicidal behaviors, prevalence.