

Pašnāvību novēršana

Informatīvais materiāls
skolotājiem un citiem skolu darbiniekiem



LATVIJAS REPUBLIKAS
VESELĪBAS MINISTRIJA

SPKC.gov.lv
SLIMĪBU PROFILAKSES UN KONTROLES CENTRS

2013

Pašnāvību novēršana

Informatīvais materiāls
skolotājiem un citiem skolu darbiniekiem

Materiālu publicējusi Pasaules Veselības organizācija 2000. gadā
ar nosaukumu *Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff*
© Pasaules Veselības organizācija 2000.

Pasaules Veselības organizācijas ģenerāldirektors ir piešķīris tulkošanas
un publicēšanas tiesības izdevumam latviešu valodā Slimību profilakses
un kontroles centram (SPKC), kurš ir pilnībā atbildīgs par izdevuma versiju
latviešu valodā.

Pašnāvību novēršana: informatīvais materiāls skolotājiem
un citiem skolu darbiniekiem

© Slimību profilakses un kontroles centrs, 2013

Šis dokuments sagatavots materiālu sērijas ietvaros specifiskai sociālajai
vai profesionālajai mērķauditorijai, kas ir īpaši nozīmīga pašnāvību novēršanā.

Materiāls sagatavots SUPRE ietvaros, kas ir Pasaules Veselības organizācijas
(WHO) iniciatīva pašnāvību profilaksei.

Atslēgvārdi: pašnāvība / profilakse / materiāls / skolotāji

SATURS

Priekšvārds	4
Līdz galam neaptvertā problēma	7
Aizsargfaktori	8
Riska faktori un riska situācijas	8
Kā identificēt apdraudētos un pašnāvības riskam pakļautos skolniekus	13
Kā skolā rīkoties saistībā ar pašnāvnieciski noskaņotiem skolniekiem	14
Rekomendāciju apkopojums	18
Atsauces	19



PRIEKŠVārds

Pašnāvība ir kompleksa parādība, kas jau gadsimtiem ilgi piesaistījusi filozofu, teologu, ārstu, sociologu un mākslinieku uzmanību. Pēc franču filozofa Albēra Kamī domām, saskaņā ar *Mītu par Sīsifu*, tā ir vienīgā nopietnā filozofiskā problēma.

Pašnāvība kā nopietna sabiedrības veselības problēma prasa pievērst tai uzmanību, taču diemžēl novēršana un kontrole nav viegls uzdevums. Esošās situācijas izpēte liecina, ka pašnāvību profilakse jārealizē ar kompleksu darbību kopumu, sākot no vislabāko iespējamo apstākļu nodrošināšanas bērnu un jauniešu audzināšanai līdz psihisko slimību efektīvai ārstēšanai un riska faktoru kontrolei. Atbilstošas informācijas izplatīšana un vispārējās informētības līmeņa paaugstināšana ir vitāli svarīgi pašnāvību profilakses programmu elementi.

1999. gadā PVO (WHO) izveidoja SUPRE – pasaules mēroga iniciatīvu pašnāvību novēršanai. Šis informatīvais materiāls sagatavots materiālu sērijas ietvaros specifiskai sociālajai vai profesionālajai mērķauditorijai, kas ir īpaši nozīmīga pašnāvību novēršanā. Tas ir kā viens no posmiem garā ķēdē, kas ietver atšķirīgus cilvēkus un dažādas cilvēku grupas - mediķus, izglītības darbiniekus, sociālos darbiniekus, valsts pārvaldi, likumdevējus, sociālos mēdijus, tiesībsargājošās iestādes, ģimeni un sabiedrības kopienas.

Mēs īpaši pateicamies profesorei Danutai Vasermanei (*Danuta Wasserman*), psihiatrijas un suicidoloģijas profesorei, un Dr. Veronikai Narboni (*Veronique Narboni*) no Zviedrijas Nacionālā un Stokholmas apgabala Pašnāvību izpētes un Garīgo slimību profilakses centra, kas ir PVO sadarbības centrs, kas producēja šī materiāla iepriekšējo versiju. Mēs esam pateicīgi arī šādiem PVO Starptautiskā Pašnāvību profilakses tīkla biedriem, kas pārskatījuši šo tekstu:

- ▶ Dr. Anetei Botrē (*Dr Annette Beautrais*), no Kristčērčas Medicīnas skolas Kristčērčā, Jaunzēlandē
- ▶ Profesoram Ričardam Remsijam (*Richard Ramsay*), no Kalgari universitātes, Kalgari, Kanādā
- ▶ Profesoram Žanam Pjēram Sobrī (*Jean-Pierre Soubrier*), no Kohinas slimnīcu grupas, Parīzē, Francijā
- ▶ Dr. Šutao Žai (*Shutao Zhai*), no Nanjingas medicīniskās universitātes smadzeņu slimnīcas, Nanjingā, Ķīnā
- ▶ Mēs arī paužam pateicību šādiem speciālistiem par to ieguldījumu šī materiāla tapšanā:
- ▶ Profesorei Britai Alinai- Akermanei (*Britta Alin-Akerman*), no Stokholmas Universitātes Izglītības katedras, Stokholmā, Zviedrijā
- ▶ Profesoram Alanam Apteram (*Alan Apter*), no Gehas psihiatriskās slimnīcas, Petatikvā, Izraēlā
- ▶ Profesoram Deividam Brentam (*David Brent*), no Rietumu psihiatriskā institūta un klīnikas, Pitsburgā, ASV
- ▶ Dr. Polam Korkoranam (*Paul Corcoran*), no Nacionālā pašnāvību izpētes fonda, Korkā, Īrijā
- ▶ Dr. Agnesei Hultenai (*Agnes Hultén*), no Nacionālā Zviedrijas un Stokholmas apgabala pašnāvību izpētes un psihisko traucējumu profilakses centra, Stokholmā, Zviedrijā

- ▶ Dr. Margarētai Keleherei (*Margaret Kelleher*), no Nacionālā Pašnāvību izpētes fonda, Korkā, Īrijā
- ▶ Profesoram Fransuā Ladamē (*François Ladame*), no Unités pour adolescents et jeunes adultes, Ženēvas Universitāte, Ženēvā, Šveicē
- ▶ Dr. Gunilai Ljungmanei (*Gunilla Ljungman*), no Bērnu un pusaudžu psihiatriskās klīnikas, Vesteras centrālā slimnīcā, Vesterā, Zviedrijā
- ▶ Dr. Gunilai Olsonai (*Gunilla Olsson*), no Bērnu un pusaudžu psihiatrijas katedras, Upsalas Universitātes, Upsalā, Zviedrijā
- ▶ Profesoram Izraēlam Orbaham (*Israel Orbach*), no Bar-Ilan Universitātes, Ramatganā, Izraēlā
- ▶ Profesoram Havjēram Pomeram (*Xavier Pommereau*), no Centre Abadie, Bordo, Francijā
- ▶ Dr. Ingelilai Rambergai (*Inga-Lill Ramberg*), no Nacionālā Zviedrijas un Stokholmas apgabala pašnāvību izpētes un garīgo saslimšanu profilakses centra, Stokholmā, Zviedrijā
- ▶ Profesoram Pēram Andersam Ridelijsam (*Per-Anders Rydellius*), no Bērnu un pusaudžu psihiatrijas nodaļas, Karolīnskās institūts, Stokholmā, Zviedrijā
- ▶ Profesoram Deividam Šeferam (*David Schaffer*), no Kolumbijas Universitātes, Ņujorkā, ASV
- ▶ Profesorei Martinai Tomori (*Martina Tomori*), no Ļubļanas universitātes, Ļubļanā, Slovēnijā
- ▶ Profesoram Semam Tiano (*Sam Tyano*), no Gehas psihiatriskās slimnīcas, Peta Tikvā, Izraēlā
- ▶ Profesoram Kīzam van Hēringenam (*Kees van Heeringen*), no Pašnāvību izpētes vienības, Psihiatrijas departamenta, Klīniskās slimnīcas, Gentā, Beļģijā
- ▶ Profesorei Annelisai fon Knoringai (*Anne-Liis von Knorring*), no Bērnu un pusaudžu psihiatrijas katedras, Upsalas universitātē, Upsalā, Zviedrijā
- ▶ Profesorei Mirnai Weismanai (*Myrna Weissman*), no Bērnu un pusaudžu psihiatrijas katedras, Kolumbijas Universitātē, Ņujorkā, ASV

Cerībā, ka šis materiāls tiks tulkots un adaptēts vietējiem apstākļiem, kas ir priekšnosacījums šāda veida materiālu efektivitātei, nododam to izplatīšanai. Gaidīsim komentārus un lūgumus atļaut veikt materiāla tulkošanu un adaptēšanu.

Dr J. M. Bertolote
Pasaules Veselības organizācijas
Garīgās veselības departamenta
Psihisko un uzvedības traucējumu departamenta koordinators

PAŠNĀVĪBU NOVĒRŠANA

INFORMATĪVAIS MATERIĀLS SKOLOTĀJIEM UN CITIEM SKOLU DARBINIEKIEM

Visā pasaulē pašnāvība ir viens no pieciem izplatītākajiem nāves cēloņiem 15 līdz 19 gadus vecu jauniešu vidū. Daudzās valstīs šajā vecuma grupā tas ir pat pirmais vai otrais nāves iemesls gan zēnu, gan meiteņu vidū.

Tāpēc pašnāvību profilakse bērnu un pusaudžu vidū ir augstas prioritātes uzdevums. Ņemot vērā to, ka daudzās valstīs un reģionos lielākā daļa iedzīvotāju šajā vecuma grupā apmeklē skolu, tā šķiet lieliska vieta atbilstošu preventīvu pasākumu ieviešanai.

Šī dokumenta mērķauditorija pirmkārt ir skolotāji un skolu atbalsta personāls, piemēram, skolu ārsti, medmāsas, sociālie pedagogi un skolu konsultanti, kā arī skolas vadības pārstāvji. Šī informācija var šķīst noderīga arī sabiedrības veselības sektora darbiniekiem un citām speciālistu grupām, kas interesējas par pašnāvību profilakses programmām. Šajā dokumentā īsi aprakstītas pašnāvnieciskās uzvedības dimensijas pusaudža gados, norādīts uz galvenajiem aizsargājošajiem un riska faktoriem, ko slēpj šāda uzvedība, kā arī uz to, kā identificēt riska grupā esošās personas un kā rīkoties gan šajā gadījumā, gan gadījumā ja skolā notiek pašnāvība vai tās mēģinājums.

Pašnāvības par 15 gadiem jaunāku bērnu vidū parasti notiek reti. Vairums pašnāvību bērniem vecumā līdz 14 gadiem notiek agrīnajos pusaudža gados, bet bērnu, kas jaunāki par 12 gadiem, pašnāvības notiek retāk. Tomēr dažās valstīs ir vērojama tendence pieaugt pašnāvību skaitam vecuma grupā līdz 15 gadiem un vecuma grupā no 15 līdz 19 gadiem.

Dažādās valstīs atšķiras arī pašnāvības izdarīšanas metodes, piemēram, dažās valstīs izplatīta pašnāvības metode ir saindēšanās ar pesticīdiem, kamēr citās biežāk vērojama saindēšanās ar medikamentiem un mašīnu izplūdes gāzēm, kā arī šaujamieroču izmantošana. Pašnāvības rezultātā zēni iet bojā biežāk nekā meitenes, jo zēni biežāk izmanto agresīvākas un vardarbīgākas pašnāvības izdarīšanas metodes, piemēram, pakāršanos, šaujamieročus un sprāgstvielas. Tomēr ir atsevišķas valstis, kurās pašnāvības meiteņu vidū vecuma grupā no 15 līdz 19 gadiem ir vērojamas biežāk nekā starp zēniem šajā pašā vecuma grupā; pagājušās desmitgades laikā ir pieaudzis arī to meiteņu īpatsvars, kuras izmanto vardarbīgākas metodes.

Kad vien tas ir iespējams, darbs komandā, iesaistot skolotājus, skolas ārstus, medmāsas, skolas psihologus un skolas sociālos pedagogus, kas cieši sadarbojas ar kopienā esošajiem dienestiem, ir vislabākā pieeja pašnāvību profilaksei skolā.

Dažreiz domas par pašnāvību nav nekas anormāls. Tā var būt normāla bērna un pusaudža attīstības procesa sastāvdaļa, gluži tāpat kā eksistenciālu problēmu risināšana un mēģinājumi izprast dzīvi, nāvi un dzīves jēgu. Aptauju dati liecina, ka vairāk kā puse vidusskolas vecāko klašu skolnieku ir domājuši par pašnāvību.¹

Jauniešiem ir nepieciešams diskutēt par šīm tēmām ar pieaugušajiem.²

Bērnu un pusaudžu pašnāvnieciskās domas kļūst anormālas brīdī, kad šo domu īstenošana sāk šķīst kā vienīgā izeja no grūtībām. Tādā gadījumā pastāv nopietns pašnāvības vai pašnāvības mēģinājuma izdarīšanas risks.

LĪDZ GALAM NEAPTVERTĀ PROBLĒMA

Dažos gadījumos var būt neiespējami noskaidrot, vai nāves gadījums,³ piemēram, autoavārija, noslīkšana, nosīšanās vai nelegālo narkotiku pārdozēšana ir nelaimes gadījums vai pašnāvība. Dati par pusaudžu pašnāvniecisko uzvedību bieži tiek uzskatīti par nepilnīgiem, jo daudzi nāves gadījumi tiek neprecīzi klasificēti kā netīši vai nelaimes gadījumi.

Pusaudžu, kas miruši vardarbīgā nāvē, pēcnāves izpēte liecina, ka tie neveido homogēnu grupu. Vērojamas tikko jaušamas pašznīcinošu un riskantu tieksmju izpausmes⁴, un, lai gan dažos gadījumos nāves cēlonis var būt netīšs, tomēr citos tas ir tīšas darbības rezultāts, nespējot izturēt dzīves radītās sāpes.

Turklāt skolnieku lietotās pašnāvību mēģinājuma definīcijas atšķiras no psihiatru lietotajām. Skolnieku pašu sniegtā informācija liecina, ka pašnāvības mēģinājumu skaits ir divas reizes lielāks, nekā norādīts psihiatru veiktās intervijās. Visdrīzāk tas ir saistīts ar faktu, ka jaunieši, kas piedalījās anonīmajā aptaujā, izmantoja plašāku pašnāvības mēģinājuma definīciju, nekā savā profesionālajā darbībā izmanto mediķi. Turklāt tikai 50% pusaudžu, kas atzina, ka mēģinājuši izdarīt pašnāvību, pēc tam vērsušies pēc palīdzības ārstniecības iestādē. Tādējādi pēc pašnāvības mēģinājuma izdarīšanas slimnīcas aprūpē nonākušo jauniešu skaits kā indikators neatspoguļo reālo problēmas apmēru sabiedrībā.

Kopumā pusaugu zēni pašnāvību izdara biežāk nekā meitenes. Tomēr starp meitenēm ir divas līdz trīs reizes lielāks pašnāvības mēģinājumu skaits. Meitenes biežāk nekā zēni cieš no depresijas, taču viņām arī ir vieglāk runāt par savām izjūtām un problēmām un vērsties pēc palīdzības, kas, iespējams, palīdz novērst fatālu pašnāvības mēģinājumu. Savukārt zēni bieži ir agresīvāki un impulsīvāki, un nereti rīkojas alkohola vai narkotisko vielu ietekmē, kas, iespējams, arī veicina pašnāvību mēģinājumu letālo iznākumu.

AIZSARGFAKTORI

Galvenie faktori, kas var aizsargāt pret pašnāvniecisku uzvedību, ir:

Ģimenes modeļi

- ▶ labas attiecības ar ģimenes locekļiem;
- ▶ atbalsts no ģimenes.

Kognitīvais stils un personība

- ▶ labas sociālās iemaņas;
- ▶ pārliecinātība par sevi, savu situāciju un sasniegumiem;
- ▶ vēršanās pēc palīdzības grūtību gadījumā, piemēram, skolas darbos;
- ▶ palīdzības meklēšana, kad jāpieņem svarīgi lēmumi;
- ▶ atvērtība pret citu cilvēku pieredzi un risinājumiem;
- ▶ atvērtība jaunām zināšanām.

Kulturālie un sociāli demogrāfiskie faktori

- ▶ sociālā integrācija, piemēram, dalība sporta vai citos pulciņos un aktivitātēs;
- ▶ labas attiecības ar skolasbiedriem;
- ▶ labas attiecības ar skolotājiem un citiem pieaugušajiem;
- ▶ svarīgu cilvēku atbalsts.

RISKA FAKTORI UN RISKA SITUĀCIJAS

Pašnāvnieciska uzvedība noteiktos apstākļos biežāk ir vērojama vienās ģimenēs nekā citās, kas skaidrojams ar apkārtējās vides un ģenētisko faktoru ietekmi. Analīze liecina, ka visas zemāk aprakstītās situācijas un faktori bieži saistīti ar bērnu un pusaudžu pašnāvībām vai to mēģinājumiem, taču jāatceras, ka tie ne visos gadījumos ir kā priekšnoteikums.

Tāpat jāatceras, ka aprakstītie riska faktori un riska situācijas var atšķirties dažādos kontinentos un dažādās valstīs atkarībā no kultūras, politiskajām un ekonomiskajām iezīmēm, kas var būt atšķirīgas pat kaimiņvalstīs.

Kultūras un sociāli demogrāfiskie faktori

Riska faktori ir: zems ģimenes sociālekonomiskais stāvoklis, zems izglītības līmenis un bezdarbs. Šai grupai var pieskaitīt arī minoritātes un imigrantus, jo tie biežāk nekā citi saskaras ne tikai ar emocionālām un lingvistiskām grūtībām, bet arī ar sociālā tīkla trūkumu.

Šie kultūras faktori ir saistīti arī ar zemu līdzdalības līmeni sabiedriskajā dzīvē un konfliktiem starp dažādām grupu vērtībām.

Katra jaunieša individuālo pieaugšanu caurvij kolektīvās kultūras tradīcijas. Bērni un pusaudži, kuriem nav kulturālās pēctecības, saskaras ar identitātes problēmām, tiem trūkst konfliktu risināšanas parauga. Tāpēc noteiktās stresa situācijās viņi var demonstrēt tādu pašnīcinošu uzvedību kā pašnāvība vai tās mēģinājums.⁵

Lielāks pašnāvnieciskās uzvedības risks ir minoritāšu populācijā. Pašnāvnieciskās uzvedības riska faktoriem pieskaitāmi arī dzimuma un identitātes jautājumi, kas saistīti ar seksuālo orientāciju. Ja bērni vai pusaudži šajā gadījumā netiek brīvi pieņemti savā kultūrvīdē, ģimenē un starp vienaudžiem, skolās un citās institūcijās, tiem trūkst atbalsta modelis optimālai attīstībai.

Ģimenes modeļi un negatīva bērnībā gūtā pieredze

Destruktīvi ģimenes modeļi un traumatiski notikumi agrā bērnībā ietekmē jauniešu dzīves, īpaši ja tie nav spējuši psiholoģiski tikt galā ar šo traumu.⁶

Uz pašnāvību tendētiem bērniem un pusaudžiem biežāk konstatēti šādi ģimenes disfunkcijas un nestabilitātes aspekti un negatīvie pārdzīvojumi:

- ▶ vecāku psihopatoloģijas⁷, afektīvi vai citi psihiski traucējumi;
- ▶ alkohola un citu vielu pārmērīga lietošana vai antisociāla uzvedība ģimenē;
- ▶ pašnāvība vai tās mēģinājums ģimenes vēsturē;
- ▶ vardarbīga un aizskaroša ģimene (ieskaitot fizisku un seksuālu vardarbību pret bērnu);
- ▶ nepietiekama vecāku/aizbildņu nodrošinātā aprūpe, nepietiekama komunikācija ģimenē;
- ▶ bieži strīdi vecāku/aizbildņu starpā, kuros vērojama spriedze un agresija;
- ▶ šķiršanās vai vecāku/aizbildņu nāve;
- ▶ bieža pārcelšanās uz citu dzīvesvietu;
- ▶ ļoti augstas vai ļoti zemas vecāku/aizbildņu uz bērniem liktās cerības;
- ▶ vecāku/aizbildņu neadekvāta vai pārmērīga autoritāte;
- ▶ vecāku/aizbildņu laika trūkums, lai novērotu un pievērstos bērna emocionālajiem pārdzīvojumiem, un negatīva emocionālā vide, ietverot atgrūšanu vai nevērību;
- ▶ ģimenes rigiditāte;⁸
- ▶ dzīve adoptētāju vai audžuģimenē.

Šie ģimenes modeļi bieži, taču ne vienmēr, ir raksturīgi bērniem un pusaudžiem, kas izdara pašnāvību vai tās mēģinājumu. Pierādījumi liecina, ka pašnāvnieciski noskaņotie jaunieši bieži nāk no ģimenēm, kurās ir vairāk par vienu problēmu, un attiecīgi risks ir kumulatīva rakstura. Tā kā bērni pret saviem vecākiem izturas lojāli vai dažkārt nevēlas (vai arī tiem ir aizliegts) atklāt ģimenes noslēpumus, tie bieži nemeklē palīdzību ārpus ģimenes.

Kognitīvais stils un personība

Pusaudžu vecumam bieži raksturīgas zemāk norādītās izpausmes, taču tās saistās arī ar pašnāvības vai tās mēģinājuma risku (bieži kopā ar psihiskiem traucējumiem), tāpēc šo izpausmju lietderība pašnāvības prognozēšanā ir ierobežota:

- ▶ garastāvokļa maiņas;
- ▶ saniknota vai agresīva uzvedība;
- ▶ antisociāla uzvedība;
- ▶ emociju izlāde caur uzvedību;
- ▶ augsta impulsivitāte;
- ▶ aizkaitināmība;
- ▶ rigidi domāšanas un uztveres modeļi;
- ▶ grūtību rašanās gadījumā - zemas problēmu risināšanas spējas;
- ▶ nespēja aptvert realitāti;
- ▶ tieksme dzīvot ilūziju pasaulē;
- ▶ diženuma fantāzijas, ko nomaina bezvērtīguma izjūtas;
- ▶ vilšanās sajūta;
- ▶ trauksme, īpaši pie vieglas somatiskas slimības vai nelielām vilšanās pazīmēm;
- ▶ paštaisnums;
- ▶ mazvērtības un nepārliecinātības sajūtas, ko var slēpt pārkuma izrādīšana, atraidīšana vai provokatīva uzvedība attiecībā pret skolasbiedriem un pieaugušajiem, kā arī pret vecākiem;
- ▶ nedrošība par dzimuma identitāti vai seksuālo orientāciju;⁹
- ▶ ambivalentas attiecības ar saviem vecākiem, citiem pieaugušajiem un draugiem.

Lai gan vērojama liela interese par saistību starp plašu spektru personības un kognitīvajiem faktoriem un pašnāvnieciskās uzvedības risku jauniešu vidū, veiktie pētījumi liecina, ka īpašas pazīmes ir retas un bieži neviennozīmīgas.

Psihiskas slimības

Pašnāvnieciskā uzvedība ir bieži novērota starp bērniem un pusaudžiem, kas slimo ar uzskaitītajiem psihiskajiem traucējumiem.

Depresija

Kā pusaudžu pašnāvības visbiežākais priekšnosacījums tiek aprakstīta depresijas simptomu un antisociālās uzvedības kombinācija.^{10,11} Vairāku pētījumu dati liecina, ka līdz pat trim ceturtdaļām personu, kas izdarījušas pašnāvību, bijuši viens vai vairāki depresijas simptomi; daudzi ir slimojuši ar depresiju.¹²

Ar depresiju slimojošajiem skolniekiem, vēršoties pēc medicīniskās palīdzības, bieži novērojami somatiski simptomi.¹³ Biežas ir sūdzības par galvassāpēm, vēdersāpēm, kā arī asām sāpēm kājās vai krūtīs.

Meitenēm, kuras cieš no depresijas, ir izteikta tieksme noiet maliņā un kļūt klusām, grūtsirdīgām un neaktīvām. Savukārt depresīvie zēni demonstrē graužošu un agresīvu uzvedību, kas prasa no skolotājiem un vecākiem pastiprinātu uzmanību. Agresivitāte var novest līdz vientulībai, kas jau pati par sevi ir pašnāvnieciskās uzvedības riska faktors.

Lai gan bieži pašnāvnieciski noskaņoto bērnu vidū vērojami depresijas simptomi un depresija, tomēr šī slimība nav obligāts pavadoņš ne pašnāvnieciskām domām, ne pašnāvības mēģinājumiem.¹⁴ Pusaudži var izdarīt pašnāvību arī nebūdami depresīvi, un tie var būt depresīvi, bet neizdarīt pašnāvību.

Trauksme

Pētījumi norāda uz noturīgu saistību starp trauksmi un vīriešu izdarītajiem pašnāvības mēģinājumiem; attiecībā uz sievietēm šī saistība nav tik izteikta. Trauksme savā ietekmē uz pašnāvnieciskās uzvedības risku šķiet esam relatīvi neatkarīga no depresijas; tas norāda uz faktu, ka pusaudžu pašnāvības riska gadījumā to nepieciešams noteikt un atbilstoši ārstēt. Jauniešiem ar domām par pašnāvību bieži ir arī psihosomatiski simptomi.

Alkohola un narkotisko vielu lietošana

Liela daļa bērnu un pusaudžu, kas izdarījuši pašnāvību bijuši alkohola pārmērīgi lietotāji, kā arī lietojuši narkotikas. Konstatēts, ka šajā vecuma grupā viens no četriem pašnāvnieciski noskaņotiem pacientiem lietojis alkoholu vai narkotikas pirms rīkojies.¹⁵

Ēšanas traucējumi

Neapmierinātības ar savu ķermeni dēļ daudzi bērni un pusaudži tiecas zaudēt svaru, un koncentrējas uz to, ko tiem vajadzētu vai nevajadzētu ēst. 1-2% pusaugu meiteņu slimo ar anoreksiju vai bulīmiju. Meitenes ar anoreksiju ļoti bieži ieslīgst depresijā; pašnāvības risks šādu meiteņu vidū ir 20 reizes lielāks nekā jauniešu vidū kopumā. Pēdējie pētījumi norāda uz faktu, ka arī zēni slimo ar anoreksiju un bulīmiju.^{13,17}

Psihiski traucējumi

Lai gan salīdzinoši nedomājam daudz bērnu un pusaudžu sirgst ar smagiem psihiskiem traucējumiem, tādiem kā šizofrēnija vai maniakālā depresija, pašnāvības risks slimo vidū ir ļoti augsts. Vairumu psihiski slimo jauniešu faktiski raksturo vairāki riska faktori, tādi kā alkohola lietošanas problēmas, pārmērīga smēķēšana un narkotiku lietošana.

Iepriekš veikti pašnāvības mēģinājumi

Viens vai vairāki pašnāvības mēģinājumi pagātnē ar vai bez minētajiem psihiskajiem traucējumiem ir būtisks pašnāvnieciskās uzvedības riska faktors.

Negatīvi notikumi dzīvē kā pašnāvnieciskās uzvedības izraisītāji

Pašnāvnieciski noskaņotiem bērniem un pusaudžiem parasti ir vērojama izteikta uzņēmība pret stresu kopā ar iepriekš minētajām personības iezīmēm (sakarā ar iedzimtiem ģenētiskiem faktoriem, taču arī bērnībā piedzīvotiem negatīviem pārdzīvojumiem un ģimenes modeli). Šī jūtība pret stresu apgrūtina bērna spēju adekvāti tikt galā ar negatīvajiem pārdzīvojumiem, tāpēc stresa pilnas situācijas bieži provocē pašnāvniecisku uzvedību. Šīs situācijas aktivizē bezpalīdzības, bezcerības un izmisuma sajūtas, kas savukārt var provocēt domas par pašnāvību, kā rezultātā notiek pašnāvība vai tās mēģinājums.¹⁷

Riska situācijas un notikumi, kas var novest pie pašnāvības vai tās mēģinājuma:

- ▶ situācijas, kas var tikt uztvertas kā aizskarošas (objektīvi novērtējot tas var neatbilst patiesībai): viegli ievainojami bērni un pusaudži kā dziļi aizvainojošus var uztvert pat triviālus notikumus un rīkoties trauksmaini un haotiski; pašnāvnieciski tendēti jaunieši šādas situācijas uztver kā draudus savai pašcieņai un cieš no aizskarta personīgā lepnuma;
- ▶ problēmas ģimenē;
- ▶ šķiršanās no draugiem, draudzenes/ drauga, klasesbiedriem utt.;
- ▶ iemīļotā vai kādas citas svarīgas personas nāve;
- ▶ romantisku attiecību izjukšana;
- ▶ starppersonu konflikti vai zaudējumi;
- ▶ juridiskas vai disciplīnas problēmas;
- ▶ vienaudžu spiediens vai pašiznīcinoši tendētu vienaudžu uzvedības pieņemšana;
- ▶ nīrgāšanās un vajāšana;
- ▶ neapmierinātība ar sekmēm skolā vai neveiksmēm studijās;
- ▶ augstas prasības skolā pārbaudījumu laikā;
- ▶ bezdarbs un slikts finansiālais stāvoklis;
- ▶ nevēlama grūtniecība, aborts;
- ▶ HIV infekcija vai citas STS;
- ▶ nopietna somatiska slimība;
- ▶ dabas katastrofas.

KĀ IDENTIFICĒT APDRAUDĒTOS UN PAŠNĀVĪBAS RISKAM PAKĻAUTOS SKOLNIEKUS

Apdraudējuma identifikācija

Nopietni jāuztver jebkādas pēkšņas vai dramatiskas izmaiņas, kas ietekmē bērna vai pusaudža spēju mācīties, viņa skolas apmeklējumu vai uzvedību,¹⁸ piemēram:

- ▶ intereses trūkums par ierastajām aktivitātēm;
- ▶ vispārēja sekmju pasliktināšanās;
- ▶ necenšanās;
- ▶ slikta uzvedība klasē;
- ▶ neizskaidrojama vai atkārtota prombūtne vai kavējumi;
- ▶ intensīva smēķēšana vai dzeršana, vai narkotiku (ieskaitot marihuānu) lietošana;
- ▶ incidenti ar policijas iesaistīšanos un vardarbību.

Šie faktori palīdz identificēt skolniekus, kuriem pastāv risks būt pakļautiem psiholoģiskām ciešanām un sociālajām problēmām un kuriem var būt domas par pašnāvību, kas galu galā var novest pie pašnāvnieciskas rīcības.¹⁹

Ja skolotājs vai cits skolas darbinieks konstatē kādu no šīm pazīmēm, par to nepieciešams informēt atbildīgās personas un organizēt skolnieka rūpīgu novērtēšanu, jo parasti šīs pazīmes norāda uz nopietnu stresu, kas atsevišķos gadījumos var izpausties arī kā pašnāvnieciska uzvedība.

Pašnāvības riska novērtējums

Vērtējot pašnāvības risku, skolas personālam jāatceras, ka problēmas vienmēr ir daudzdimensionālas.

Agrāki pašnāvības mēģinājumi

Agrāk izdarīti pašnāvības mēģinājumi ir viens no būtiskākajiem riska faktoriem. Jaunieši stresa gadījumā ir tendēti atkārtot savu rīcību.

Depresija

Cits ārkārtīgi svarīgs riska faktors ir depresija. Bērnu psihiatram vai citam ārstam tā jādiagnosticē, bet skolotājiem un skolu personālam jābūt informētiem par dažādiem simptomiem²⁰, kuri norāda uz depresiju.

Grūtības depresijas novērtēšanā saistās ar faktu, ka tai ir virkne kopīgu iezīmju, kas raksturīgas dabīgām pusaudža vecuma pārejas stadijām.

Pusaudža vecums ir normāls attīstības posms un tajā bieži vērojamas tādas parādības kā zema pašcieņa, grūtsirdība, koncentrēšanās problēmas, nogurums un miega traucējumi. Tās pašas pazīmes ir raksturīgas arī depresijai, taču šajā gadījumā nav pamata satraukumam, ja vien tās pārāk neieilgst vai arī nekļūst smagākas. Salīdzinājumā ar depresiju pieaugušajiem, jaunieši ir tendēti vairāk izrādīt emocijas caur rīcību, vairāk ēst un gulēt.

Pusaudža vecumā depresīvas domas var būt normāla parādība, atspoguļojot normālu attīstības procesu, kad jaunais cilvēks ir norūpējies par eksistenciāliem jautājumiem. Veselīgu jauniešu no pašnāvības riskam pakļauta jaunieša atšķir domas par pašnāvību intensitāte, to dziļums un ilgums, konteksts, kādā tās rodas, kā arī nespēja novērst bērna vai pusaudža uzmanību no tām (t.i., domu pastāvīgums).

Riska situācijas

Kā uzsvērts iepriekš, cits svarīgs uzdevums ir identificēt apkārtējās vides situācijas un negatīvos pārdzīvojumus, kas izraisa domas par pašnāvību, tādējādi palielinot pašnāvības izdarīšanas risku.

KĀ SKOLĀ RĪKOTIES SAISTĪBĀ AR PAŠNĀVNICISKI NOSKAŅOTIEM SKOLNIEKIEM?

Nomākta un apdraudēta jaunieša, kam nepieciešama palīdzība, atpazīšana parasti ir tikai daļa no problēmas. Daudz grūtāk ir zināt, kā reaģēt un izturēties pret pašnāvnieciski noskaņotiem bērniem un pusaudžiem.

Atsevišķās skolās personāls ir apmācīts izturēties pret šādiem nomāktiem un pašnāvnieciski noskaņotiem skolniekiem iekšējīgi un ar cieņu, kamēr citās skolās tā nebūt nav. Šādā gadījumā iemaņas ir jāuzlabo. Saskarsmē un kontaktā ar pašnāvnieciski noskaņotu skolnieku jāievēro vidusceļš starp distancētību un tuvumu, starp empātiju un cieņu.

Atpazīstot un risinot pašnāvības krīzes situāciju, arī skolotāji un cits personāls var saskarties ar iekšēju konfliktu - ja tiem trūkst nepieciešamās speciālās iemaņas, pietrūkst laika vai arī ir bail sastapties ar savām personīgajām psiholoģiskajām problēmām.

Vispārējā profilakse: pirms notiek pašnāvības mēģinājums

Pašnāvības novēršanā visbūtiskākais aspekts ir savlaicīga un pēc iespējas agrīna psiholoģiskām ciešanām un/vai paaugstinātam pašnāvības riskam pakļauto bērnu un pusaudžu atpazīšana.²² Šī mērķa sasniegšanai īpašs akcents liekams uz zemāk aprakstīto skolas personāla un attiecīgo skolnieku saskarsmi. Daudzi speciālisti uzskata, ka nav pareizi jauniešiem detalizēti mācīt par pašnāvībām. Drīzāk tie iesaka ar pašnāvībām saistītos jautājumus aizvītot ar pozitīvu pieeju garīgajai veselībai.

Skolotāju un cita personāla garīgās veselības stiprināšana²³

Vispirms ir vitāli svarīgi nodrošināt skolotāju un cita skolu personāla labklājību un emocionālo stabilitāti. Darbavieta skolā var šķīst noraidoša, agresīva un dažkārt pat vardarbīga. Tāpēc personālam nepieciešama informācija, kas veicina situācijas izpratni un rosina adekvātu reakciju uz skolnieku, kolēģu un personīgo garīgo spriedzi un iespējamajiem psihiskajiem traucējumiem. Personālam nepieciešams nodrošināt atbalstu un vajadzības gadījumā – arī ārstēšanu.

Skolnieku pašcieņas celšana²⁴

Pozitīva pašcieņa pasargā bērnus un pusaudžus no nomāktības un grūtsirdības, un ļauj tiem adekvāti tikt galā ar dzīves grūtībām un saspringtām situācijām.²⁵

Bērnu un pusaudžu pašcieņas stiprināšanai var pielietot dažādu pieeju. Zemāk minētas dažas no rekomendējamajām pieejām:

- ▶ jauniešiem jāuzsver pozitīva dzīves pieredze, kas palīdzēs veidot pozitīvu identitāti.²⁶ Pozitīva pieredze pagātnē paaugstina iespēju, ka nākotnē jauniešiem būs augstāka pašapziņa.
- ▶ uz bērniem un pusaudžiem nedrīkst izdarīt nepārtrauktu spiedienu, lai tie darītu vēl vairāk un vēl labāk.
- ▶ nepietiek ar to, ka vecāki saka, ka mīl savu bērnu – bērnam ir jājūtas mīlētam. Ir liela starpība starp to, ka tiek mīlēts, un to, ka jūties mīlēts.
- ▶ bērni ne tikai jāpieņem tādi, kādi tie ir, bet arī tādi jāmīl un jālolo. Bērniem jājūtas īpašiem tāpat vien – jo tie ir.

Līdzjūtība kavē pašcieņas attīstību, savukārt empātija to veicina, jo izpaliek vērtēšana. Agrā bērnībā meistarība un autonomija ir ķieģeļi no kuriem tiek būvēta pozitīva pašcieņa.

Bērnu un pusaudžu pašcieņu nosaka fizisko, sociālo un profesionālo iemaņu attīstība. Lai pusaudžim būtu augsts pašcieņas līmenis, tam ir jāizveido neatkarība no ģimenes un vienaudžiem; jāspēj komunicēt ar pretējo dzimumu; jāgatavojas profesijai, kas to uzturēs, kā arī jāveido praktiski pielietojama un jēgpilna dzīves filozofija.

Efektīva stratēģija ir uzsākt dzīves prasmju treniņus, no sākuma apmeklējot speciālistus, bet vēlāk pievērsties tam kā ikdienas sastāvdaļai. Šai programmai vajadzētu nodot zināšanas arī vienaudžiem, kā atbalstīt vienam otru un vajadzības gadījumā meklēt pieaugušo palīdzību.

Arī izglītības sistēmai būtu jāveicina katra skolnieka identitātes sajūtas attīstība un nostiprināšana.

Kā vēl viens svarīgs mērķis jāmin skolnieku apmācību stabilitātes un konsekvences veicināšana.

Emocionālo izpausmju veicināšana

Bērniem un pusaudžiem vajadzētu mācīt nopietni attiekties pret savām jūtām un iedrošināt tos uzticēties vecākiem vai citiem pieaugušajiem – skolotājiem, skolas ārstiem vai medmāsiņām, draugiem, sporta treneriem vai reliģiskajiem padomdevējiem.

Ļirgāšanās un vardarbības skolā novēršana

Izglītības sistēmā būtu jābūt pieejamām tādām specifiskām iemaņām, kas vērstas uz ļirgāšanās un vardarbības novēršanu skolas telpās un ap tām, lai veidotu no neiecietības brīvu vidi.

Informācijas sniegšana par aprūpes dienestiem

Nepieciešams plaši publiskot krīzes, ārkārtas situāciju, psiholoģiskās palīdzības u.c. palīdzības tālruņus, un veicināt šo pakalpojumu pieejamību jauniešiem.

Intervence: kad identificēts pašnāvības risks

Vairumā gadījumu apdraudētajiem un pašnāvības riskam pakļautajiem bērniem un pusaudžiem ir arī komunikācijas problēmas, tāpēc ar nomāktu vai pašnāvnieciski noskaņoto jauniešu ir svarīgi veidot dialogu.

Komunikācija

Pirmais solis pašnāvību profilaksē vienmēr ir uzticama komunikācija. Pašnāvības idejas attīstības gaitā vitāli svarīga ir savstarpējā komunikācija starp pašnāvnieciski noskaņoto jauniešu un viņu līdzcilvēkiem. Komunikācijas trūkuma un saziņas tīkla pārrāvuma rezultāts ir:

- ▶ klusums un pieaugoša spriedze attiecībās. Pieaugušo bailes izprovocēt bērnu vai pusaudzi uz pašnāvības izdarīšanu un tādēļ neapspriežot viņu vai viņas pašnāvnieciskās domas un nodotās ziņas, bieži noved pie klusēšanas un dialoga neesamības.
- ▶ acīmredzama ambivalence. Saprotams, ka pieaugušo saskare ar bērna vai pusaudža pašnāvniecisko komunikāciju izvirza priekšplānā viņu pašu psihiskos konfliktus. Saskaroties ar nomāktu un/vai pašnāvnieciski noskaņotu bērnu vai pusaudzi, psiholoģiskā piepūle parasti ir ļoti liela un tā saistīta ar plašu emociju spektru. Atsevišķos gadījumos atklājas pašu pieaugušo neatrisinātās problēmas. Šādas iespējas varbūtība jāizskaidro skolas personālam, kura divējāda attieksme - gribēt, bet vienlaicīgi nespēt vai negribēt palīdzēt pašnāvnieciski noskaņotajam skolniekam var būt par iemeslu, kas liek izvairīties no dialoga.
- ▶ tieša vai netieša agresija. Pieaugušo diskomforts dažkārt ir tik liels, ka viņu pirmā reakcija uz nomāktu vai pašnāvnieciski noskaņotu bērnu vai pusaudzi ir verbāla vai neverbāla agresija.
- ▶ ir būtiski saprast, ka skolotājs šajā komunikācijas procesā nav viens, tāpēc fundamentāli svarīgi ir mācīties kā veidot labu komunikāciju. Katrai konkrētajai situācijai jāveido atbilstošs dialogs. Tas ietver vispirms atpazīt bērna un pusaudža personību un arī tā vajadzību pēc palīdzības.

Nomāktie un pašnāvības riskam pakļautie bērni un pusaudži bieži ir hipersensitīvi attiecībā uz citu cilvēku komunikācijas stilu. Tas tādēļ, ka viņiem bieži ir pietrūkušas uzticēšanās pilnas attiecības ģimenē un ar vienaudžiem, tāpēc viņi piedzīvojuši intereses, cieņas vai pat mīlestības trūkumu. Pašnāvnieciski noskaņoto skolnieku hipersensitivitāte ir saskatāma vienlīdz labi gan verbālajā, gan neverbālajā komunikācijā. Ķermeņa valodai šeit ir tikpat liela nozīme kā verbālajai komunikācijai. Tomēr pieaugušajiem nevajadzētu baidīties no nomāktu un pašnāvības riskam pakļauto bērnu nevēlēšanās ar tiem runāt. Tā vietā jāatceras, ka šī izvairīgā attieksme bieži norāda uz neuzticēšanos pieaugušajiem.

Pašnāvnieciski noskaņotie bērni un pusaudži var arī paust ievērojami divējādu attieksmi pret piedāvātās palīdzības pieņemšanu vai atraidīšanu un par dzīvošanu vai miršanu. Šī divējādība uzskatāmi atspoguļojas pašnāvnieciski noskaņota jaunieša uzvedībā, kas var ātri mainīties no palīdzības meklēšanas līdz tās noraidīšanai, ko pārējie viegli var nepareizi interpretēt.

Skolu personāla iemaņu uzlabošana

Tas paveicams ar īpašu apmācību palīdzību, kas vērsta uz komunikācijas uzlabošanu starp nomāktajiem un/vai pašnāvnieciski noskaņotajiem skolniekiem un to skolotājiem, paaugstinot informētības un izpratnes līmeni par pašnāvības risku. Pašnāvību profilaksē ļoti svarīgi ir apmācīt visu skolas personālu, lai tas spētu sarunāties savā starpā un ar skolniekiem par dzīvības un nāves jautājumiem, uzlabotu nomāktības, depresijas un pašnāvnieciskās uzvedības atpazīšanas iemaņas kā arī uzlabotu zināšanas par pieejamo atbalstu.

Šajā darbā, kā tas teikts rokasgrāmatās pašnāvību novēršanai – svarīgi ir skaidri nosprausti mērķi un robežas.

Nosūtīšana pie speciālistiem

Ātra, autoritatīva un izlēmīga iejaukšanās, palīdzot pašnāvnieciski noskaņotajam jauniešim saņemt palīdzību pie psihologa, ģimenes ārsta, bērnu psihiatra vai citiem speciālistiem, bieži var glābt dzīvību.

Lai jauniešiem domātie veselības dienesti būtu efektīvi, tiem jābūt sasniedzamiem, pievilcīgiem un nestigmatizējošiem. Skolas personālam aktīvi un personīgi jāiesaistās, lai nomāktie un/vai pašnāvnieciski noskaņotie skolnieki saņemtu palīdzību pie speciālistiem, un speciālistu grupām, kurās ietilpst ārsti, medmāsiņas, sociālie darbinieki un juridiskie pārstāvji, kuru pienākums ir aizsargāt bērna tiesības. Šī aktīvā iesaistīšanās, lai skolnieki saņemtu palīdzību veselības aprūpes sistēmā novērš iespēju, ka kādā no posmiem skolnieks „pazūd”, kas ir iespējams, ja visa saziņa notiek tikai rakstiski.

Pašnāvības izdarīšanas līdzekļu pieejamības mazināšana nomāktiem un pašnāvības riskam pakļautiem bērniem un pusaudžiem

Dzīvības glābšanai svarīgi ir ierobežot dažādu bīstamu medikamentu, šaujamieroču, pesticīdu, sprāgstvielu, nažu utt. pieejamību, glabājot tos pastiprinātā uzraudzībā un noslēgtās vietās gan skolā, gan vecāku mājās, gan citās vietās. Ar to vien nebūs pietiekami pašnāvības novēršanai ilgtermiņā - vienlaicīgi ir jāpiedāvā psiholoģiskais atbalsts.

Kad izdarīta pašnāvība vai tās mēģinājums

Skolas personāla un skolas biedru informēšana

Gadījumā, ja skolā izdarīta pašnāvība vai tās mēģinājums, skolām jābūt ārkārtas situācijas plānam, kā informēt skolas personālu, īpaši skolotājus un skolniekus, un vecākus, mērķis – novērst kolektīvās/atdarinošās pašnāvības. Pašnāvības „infekciozais” efekts ir saistīts ar pašnāvnieciski noskaņoto bērnu un pusaudžu tendenci identificēties ar destruktīviem risinājumiem, ko raduši cilvēki, kas izdarījuši pašnāvību vai tās mēģinājumu. Plaši izmantotas 1994. gadā ASV Slimību kontroles centra izstrādātās un izplatītās rekomendācijas kolektīvo/atdarinošo pašnāvību kontrolei un novēršanai.²⁷

Šajā gadījumā svarīgi ir identificēt visus pašnāvnieciski noskaņotos skolniekus - gan tajā pašā klasē, gan arī citās klasēs. Kolektīvā/atdarinošā pašnāvība var neaptvert tikai savstarpēji pazīstamus bērnus vai pusaudžus: pat tie jaunieši, kas atrodas tālu prom un ir pilnīgi nepazīstami ar pašnāvības upuriem, var identificēties ar to uzvedību un rezultātā izdarīt pašnāvību.

Skolas biedri, personāls un vecāki ir atbilstoši jāinformē par skolnieka izdarīto pašnāvību vai tās mēģinājumu, kā arī nepieciešams strādāt ar šāda fakta izraisīto spriedzi.

REKOMENDĀCIJU APKOPOJUMS

Pašnāvība nav kā zibens spēriens no skaidrām debesīm: pašnāvnieciski noskaņotie skolnieki dod apkārt esošajiem cilvēkiem pietiekami daudz brīdinājuma signālu, kā arī laiku iejaukties. Pašnāvību profilakses darbā skolotāji un personāls saskaras ar būtisku stratēģisku izaicinājumu, kurā fundamentāli svarīgi ir:

- ▶ identificēt skolniekus ar personības traucējumiem un piedāvāt tiem psiholoģisko atbalstu;
- ▶ veidot ciešas saites ar jauniešiem, runājot ar tiem, mēģinot tos izprast un palīdzēt;
- ▶ atvieglot psiholoģisko spriedzi;
- ▶ būt vēriģiem un apmācītiem atpazīt pašnāvniecisku komunikāciju gan verbālā saziņā, gan pēc izmaiņām uzvedībā;
- ▶ palīdzēt mazāk prasmīgajiem skolniekiem mācībās;
- ▶ būt vēriģiem pret skolas kavējumiem;
- ▶ neuztvert psihiskās slimības kā apkaunojumu un ierobežot alkohola un narkotiku lietošanu;
- ▶ palīdzēt skolniekiem saņemt ārstēšanu psihiskus traucējumu, alkohola un narkotiku atkarības gadījumā;
- ▶ liegt skolniekiem pieeju pašnāvības izdarīšanas līdzekļiem – toksiskiem un letālas iedarbības medikamentiem, pesticīdiem, šaujammieročiem, utt.
- ▶ dot skolotājiem un skolu personālam tūlītēju iespēju mazināt darbā uzkrāto stresu.

ATSAUCES

1. McKey PW, Jones RW, Barbe RH. *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham, PA, LRP Publications, 1993.
2. McGoldrick M, Walsh F. A systematic view of family history and loss. In: Aronson Med. *Group and Family Therapy*. New York, Brunner/Mazel, 1983.
3. Litman R.E. Psychological autopsies of young. In: *Report of Secretary's Task Force on Youth Suicide*. Vol. 3: *Prevention and Interventions in Youth Suicide*. DHHS Publ. No. (ADM) 89-1623. Washington, DC, US Government Printing Office, 1989.
4. Holinger PC, Klemen EH. Violent deaths in the United States, 1900-1975. *Social Science and Medicine*, 1982, 16: 1929-1938.
5. Jilek-Aall L. Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison. *Transcultural psychiatry research review*, 1988, 25: 87-105.
6. Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB. Adolescent suicide: an overview. *American journal of psychotherapy*, 1984, 38: 350-363.
7. Gould MS, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 37(9): 915-923.
8. Carris MJ, Sheeber L, Howe S. Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model (Ģimenes rigiditāte, pusaudžu problēmu risināšanas trūkumi un pašnāvība: meditācijas modelis). *Journal of adolescence*, 1998, 21(4): 459-472.
9. Garofolo R et al. The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, 1998, 101(5): 805-902.
10. Spruijt E, de Goede M. Transitions in family structure and adolescent well-being. *Journal of adolescence*, 1997, 32(128): 897-911.
11. Weissman MM et al. Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up. *Archives of general psychiatry*, 1999, 56: 794-801.
12. Schaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1981, 20: 545-565.
13. Wasserman D. *Depression - en vanlig sjukdom* [Depression - a common illness]. Stockholm, Natur och Kultur, 1998.
14. Vandivort DS, Locke BZ. Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide & life-threatening Behavior*, 1979, 9: 205-218.
15. Pommereau X. *Quand l'adolescent va mal*. [When things don't go well for adolescents]. 1997. Ed. J'ai lu. 123.
16. Beautrais AL et al. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36: 1543-1551.
17. De Wilde EJ et al. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry* 149: 45-51.

-
18. Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1982, 21: 178-186.
 19. Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide & life-threatening Behavior*, 1997, 27(4): 387-403.
 20. Weissman MM et al. Depressed adolescents grow up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18): 1701-1713.
 21. Marcelli, D. Suicide and depression in adolescents. *Revue du Praticien*, 1998, 48:1, 419-423.
 22. Malley PB, Kusk F, Bogo RJ. School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey. *School Counselor*, 1994, 42: 130-136.
 23. Smith J. *Coping with Suicide*. New York, Rosen, 1986.
 24. Weissman MM, Fox K, Klerman GL. Hostility and depression associated with suicide attempts. *American journal of psychiatry*, 1973, 130: 450-455.
 25. Erikson EH. *Identity, Youth and Crisis*. New York, Norton, 1994.
 26. Papenfuss RL et al. Teaching positive self-concepts in the classroom. *Journal of school health*, 1983, 53: 618-620.
 27. Centers for Disease Control. CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, Suppl.: 1-1

SPKC.gov.lv
SLIMĪBU PROFILAKSES UN KONTROLES CENTRS