

## EVALUAREA COMPORTAMENTELOR DEZADAPTATIVE ȘI A RISCULUI SUICIDAR LA ADOLESCENȚI (PROIECTUL EUROPEAN SEYLE)

DOINA COZMAN, DANA-CRISTINA HERȚA, BOGDAN NEMEȘ

Catedra de Psihologie Clinică, UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca

### Rezumat

**Obiective.** Cercetarea de față a urmărit o evaluare a sănătății mintale a adolescenților și a factorilor de risc pentru patologia psihiatrică generatoare de comportament suicidal.

**Material și metodă.** Pentru alcătuirea eșantionului de studiu au fost incluși elevi din 16 licee randomizate, din județele Cluj și Maramureș. Au fost contactați în total 1470 de elevi. S-au semnat consimțăminte informate pentru 1143 de elevi. Aceștia au fost evaluați la momentul intrării în studiu și apoi la 3 și respectiv 12 luni de la evaluarea inițială.

**Rezultate.** În urma aplicării chestionarului inițial, au fost identificați 151 elevi cu risc crescut pentru probleme de sănătate mintală, din totalul de 1143. De asemenea, pe baza chestionarului inițial au fost identificați 50 de elevi cu risc suicidal crescut. La reevaluarea la 3 luni au participat 990 de elevi, din cei 1143 incluși inițial și au fost identificați 42 de elevi cu risc suicidal înalt. La reevaluarea la 12 luni au participat 991 de elevi, din cei 1143 incluși inițial și au fost identificați 27 de elevi cu risc suicidal înalt. Rezultatele noastre susțin ipoteza interdependenței dintre riscul suicidal și comportamentele dezadaptative.

**Concluzii.** Programele de prevenție centrate pe școli, în special intervențiile de tip screening pentru depresie sau comportament suicidal, administrate elevilor de liceu, și-au dovedit validitatea și eficiența în identificarea subiecților cu risc suicidal crescut. Nu există nici o dovadă că screeningul suicidului la adolescenți ar induce comportament suicidal.

**Cuvinte cheie:** adolescenți, risc suicidal, programe de prevenție centrate pe școli, comportamente dezadaptative.

## THE ASSESSMENT OF MALADAPTATIVE BEHAVIOURS AND SUICIDAL RISK AMONG ADOLESCENTS. THE SEYLE EUROPEAN PROJECT

### Abstract

**Aims.** This research aimed to perform an evaluation of adolescent mental health and of the risk factors for the psychiatric pathology that generates suicidal behavior.

**Patients and methods.** The study sample was collected by randomizing 16 highschools in Cluj and Maramureș counties. 1470 pupils were contacted. Informed consents were signed for 1143 pupils. These pupils were evaluated at baseline and 3 and 12 months after baseline.

**Results.** The initial evaluation identified 151 pupils showing high risk for mental health problems, out of the 1143 pupils included. Also, the initial evaluation identified 50 pupils showing high suicidal risk. The second evaluation (3 months from baseline) identified 42 pupils showing high suicidal risk, out of a total of 990 pupils re-evaluated. The third evaluation (12 months from baseline) identified 27 pupils showing high suicidal risk, out of 991 pupils re-evaluated. Our results confirm the

*hypothesis of the interdependence of suicidal risk and maladaptive behaviors.*

**Conclusions.** *School-based prevention programs, especially depression and suicidal behavior screenings, performed on highschool pupils, proved their validity and efficiency in identifying high suicidal risk individuals. There is no evidence supporting the hypothesis that suicide screening might lead individuals to suicidal behavior.*

**Keywords:** adolescents, suicide risk, school-based prevention programs, maladaptive behaviors.

## Introducere

Adolescența este un stadiu distinct al dezvoltării, în timpul căruia survin evenimente semnificative pentru destinul persoanei. Traectoria comportamentului suicidal la vârsta adolescenței prezintă o serie de aspecte particulare și include multiple categorii de factori de risc: biologici, psihologici, cognitivi, ambientali, evenimente negative de viață, semne de alarmă [1].

Comportamentul suicidal implică ideea suicidară, tentativele de sinucidere și sinuciderea [2] și apare arareori izolat. Cercetări recente au arătat legătura dintre comportamentele dezadaptative (abuzul de alcool și droguri, tabagismul, mâncatul compulsiv, promiscuitatea sexuală, violența etc.) și suicid [3]. Pe de altă parte, Cynthia Pfeffer, suicidolog din SUA, subliniază că prezența comorbidității reprezentate de depresie, alcoolism și farmacodependență, angajează adolescenții cu mult mai frecvent în comportamentul letal suicidal [4].

Școala a devenit una din instituțiile cele mai importante de promovare a sănătății mintale și de implementare a programelor de prevenție a comportamentelor dezadaptative, implicit cele de prevenție a suicidului [5] (programe de prevenție centrate pe școli). Cel mai cuprinzător și reprezentativ studiu în domeniu, Youth Risk Behavior Survey, coordonat de Centrele pentru Controlul și Prevenția Bolilor (CDC) din SUA, a demonstrat eficiența programelor de prevenție a suicidului centrate pe școli [6].

Nevoia de testare și implementare a unor astfel de programe de prevenție în școlile UE, incluzând România, constituie baza proiectului european SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe).

Proiectul implică 12 țări (Suedia, Estonia, Italia, Franța, Spania, România, Germania, Austria, Ungaria, Slovenia, Irlanda, Israel). România este reprezentată de echipa de cercetare a Catedrei de Psihologie Clinică din cadrul Universității de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, director de proiect fiind Prof. Dr. Doina Cozman. Intervenția este coordonată de Karolinska Institutet din Suedia și implementată în celelalte 11 țări.

Cercetarea de față a urmărit o evaluare a sănătății mintale a adolescenților și a factorilor de risc, pentru patologia psihiatrică generatoare de comportamente de risc

și suicidare. Principalii factori urmăriți în cadrul studiului au fost depresia, anxietatea, problemele emoționale și de comportament, comportamentele autodistructive și adictive.

## Material și metodă

### *Populația studiată. Randomizarea*

Protocolul proiectului SEYLE a presupus înrolarea a minimum 1000 elevi, cu vârste între 14 și 16 ani în fiecare țară. În fiecare țară participantă a fost aleasă o arie geografică în care a fost alcătuită o listă de școli eligibile. Școlile au fost randomizate și distribuite secvențial în 4 programe de prevenție. În fiecare școală s-a aplicat un singur tip de program de prevenție, pentru evitarea contaminării rezultatelor [7].

### *Criterii de includere și excludere a elevilor în studiu*

S-au stabilit următoarele criterii de eligibilitate pentru școlile și adolescenții din aria de referință: autoritatea școlară locală și conducerea școlii consimt la participarea în studiu; școli cu minimum 40 elevi de 15 ani; ponderea oricăruia dintre sexe nu depășește 60%; obținerea consimțământului informat de la părinți și elevi.

Următoarele criterii au reprezentat criterii de excludere: autoritatea școlară și/sau conducerea școlii refuză participarea; școli profesionale, confesionale; școli cu mai puțin de 40 elevi cu vârsta de 15 ani; elevii sau părinții elevilor refuză să semneze consimțământul informat.

Pentru alcătuirea eșantionului de studiu din România, au fost contactate familiile elevilor de clasa a IX-a din 16 licee randomizate, în județele Cluj și Maramureș. Au fost contactați în total 1470 de elevi. S-au semnat consimțăminte informate pentru 1143 de elevi.

### *Designul studiului*

Studiul este un trial randomizat controlat (înregistrat în Registrul German al Trialurilor Clinice, DRKS00000214 și în SUA cu codul NCT00906620) ce a evaluat trei tipuri de strategii de prevenție centrate pe școli, în comparație cu un grup de control. Utilizând un design factorial, studiul a estimat și comparat efectele unor programe specifice de prevenție asupra comportamentelor dezadaptative, precum și influența acestora asupra riscului suicidal.

Activitățile de prevenție s-au desfășurat în 4 faze:

## ♦ Evaluarea inițială

Aceasta a presupus alcătuirea unor chestionare specifice, ce au fost traduse din limba engleză în limbile tuturor țărilor participante, conform unei proceduri care a asigurat standardizarea și adaptarea culturală. După o testare pilot, aceste chestionare au fost aplicate elevilor incluși în studiu. Introducerea datelor recoltate s-a realizat de către două echipe diferite (introducere dublă);

- ♦ Faza de implementare a programelor de prevenție
- ♦ Faza de reevaluare la 3 luni
- ♦ Faza de reevaluare la 12 luni

#### *Scale utilizate pentru evaluarea comportamentelor dezadaptative*

Recoltarea datelor la evaluarea inițială s-a realizat prin intermediul unor chestionare structurate, incluzând instrumentele utilizate pentru evaluarea unor simptome și comportamente generatoare de risc pentru sănătate:

- Global School-Based Pupil Health Survey (GSHS), ce evaluează stilul de viață și comportamentele de risc
- Scala OMS de evaluare a stării de bine (WHO-5)
- Inventarul de depresie Beck (BDI) [8]
- Scala Paykel de evaluare a suicidalității (PSS) [9]
- Inventarul pentru automutilare intenționată (DSHI), ce evaluează comportamentele de automutilare
- Scala Holmes și Rahe, ce inventariază evenimente negative de viață
- Chestionarul diagnostic Young pentru dependența de internet (YDQ), ce identifică dependența de internet la adolescenți
- Itemi specifici studiului SEYLE, referitori la starea de sănătate somatică, utilizarea de substanțe psihoactive, valori, atitudini, evenimente de viață, stil de coping, relațiile cu părinții și semenii

#### *Programele de prevenție*

Programele de prevenție sunt următoarele (Tabel I):

- Programul I: Întrebă, convinge și îndrumă (QPR) [10]
- Programul II: Conștientizarea comportamentelor dezadaptative [11]
- Programul III: Evaluarea, confirmarea și îndrumarea elevilor la risc (ProfScreen)
- Programul IV: Furnizarea de informații despre sănătatea mintală (Grup de Control)

În cadrul SEYLE s-a aplicat la toți elevii incluși în screening un interviu de identificare a elevilor cu risc suicidar înalt. Interviul a cuantificat emoțiile, intențiile, cognițiile și acțiunile legate de comportamentul suicidar (Tabel II).

Menționăm că pentru desfășurarea proiectului SEYLE s-a obținut avizul Comisiei de Etică a Universității de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca.

#### *Analiza statistică*

Eficiența programelor de prevenție a fost evaluată prin compararea reducerilor înregistrate în numărul cazurilor cu risc suicidar, utilizând testul Hi pătrat sau Fisher exact, în funcție de valorile obținute în tabelul de valori așteptate. Astfel programele I, II, III au fost comparate, ca eficiență pe durata unui an, cu Programul IV. Prelucrarea statistică a datelor a fost realizată utilizând aplicația Statistical Pack for Social Sciences – SPSS, versiunea 15.0.

#### **Rezultate**

În urma aplicării chestionarului inițial, au fost identificați 151 elevi cu risc crescut pentru probleme de sănătate mintală, din totalul de 1143 (Tabel III).

**Tabel I.** Descrierea programelor de prevenție implementate în cercetare.

	<b>Program I</b>	<b>Program II</b>	<b>Program III</b>	<b>Program IV</b>
<b>Grup țintă</b>	Personal didactic	Elevii	Profesioniștii de sănătate mintală (medici psihiatri, psihologi, asistenți sociali)	Elevii
<b>Scop</b>	Educarea personalului didactic pentru recunoașterea și îndrumarea elevilor la risc	Creșterea conștientizării problemelor de sănătate mintală prin informare și psihoeducație	Identificarea și îndrumarea elevilor la risc, prin screening bazat pe un chestionar cuplat cu un interviu clinic semistructurat	Informarea elevilor asupra patologiei psihice cu risc suicidar și a posibilelor resurse de suport

**Tabel II.** Scala Paykel de evaluare a riscului suicidar.

Număr item	Conținutul întrebării
1	Ai simțit, în ultimele două săptămâni, că viața nu merită trăită?
2	Ai dorit, în ultimele două săptămâni, să fii mort? De exemplu, să te culci și să nu te mai trezești?
3	În ultimele două săptămâni te-ai gândit să îți iei viața, chiar dacă n-ai face-o cu adevărat?
4	În ultimele două săptămâni ai ajuns în punctul în care te-ai gândit realmente să-ți iei viața, sau poate ai plănuț cum ai face asta?
5	Ai încercat vreodată să îți iei viața?

**Tabel III.** Distribuția elevilor cu risc crescut pentru probleme de sănătate mintală la evaluarea inițială.

Simptome/comportamente evaluate	Subiecți la risc (pe baza chestionarului)
Depresie	45
Anxietate	19
Suicid	37
Auto-mutilare non-suicidară	19
Tulburări de comportament alimentar	7
Căutarea senzațiilor	8
Abuz de tutun	34
Abuz de alcool	35
Droguri	2
Abuz sau dependență de internet /jocuri/TV	25
Relații sociale limitate (izolare)	14
Hărțuire	7
Absenteism	19

Depresia a fost problema cel mai frecvent identificată la subiecții astfel depistați, pe baza unui scor  $\geq 14$  la Beck Depression Inventory. Aceasta a fost urmată de riscul suicidar crescut, abuzul de alcool și de tutun. Itemii referitori la fumat și consumul de alcool și droguri au urmărit frecvența utilizării acestor substanțe, precum și impactul consumului asupra funcționării adolescentului. Comportamente autodistructive ce nu au ca scop suicidul au fost identificate prin intermediul unui scor  $\geq 2$  la scala DSHI; valoarea-prag stabilită pentru anxietate a fost scorul 45 la scala Zung; lipsa de la școală minimum 3 zile pe parcursul a 2 săptămâni a fost considerată absenteism. Experiențierea izolării față de anturaj a fost aspectul disfuncțional urmărit în legătură cu relațiile sociale. Abuzul de internet, televizor, jocuri video etc. a fost cuantificat în ore; tulburările de comportament alimentar au fost evaluate pe baza indicelui de masă corporală; cel puțin 5 comportamente de umilire, victimizare sau agresiune s-au considerat hărțuire. Căutarea senzațiilor a presupus riscul integrității fizice, promiscuitate sexuală, comportamente delictuale.

De asemenea, pe baza chestionarului inițial au fost identificați 50 de elevi cu risc suicidar crescut. Risc suicidar crescut a fost definit prin prezența unei tentative autolitice în ultimele 2 săptămâni și/sau a unui plan suicidar. Elevii considerați ca având risc suicidar imediat au fost îndrumați conform Programului III, spre servicii de specialitate (psihiatrie infantilă). Pe toată durata studiului (1 an) nu s-a înregistrat nici un caz de comportament suicidar major letal (sinucidere).

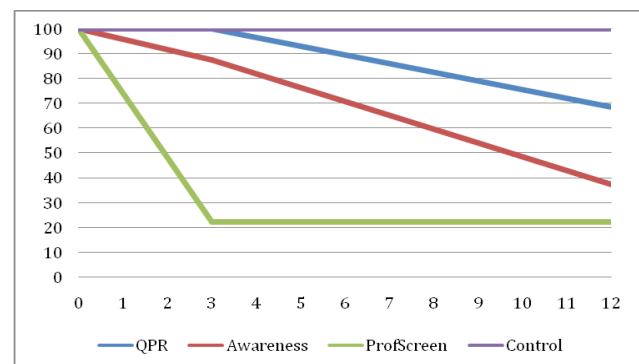
**Tabel IV.** Frecvența cazurilor de risc suicidar la loturile studiate.

Program	Nr. elevi la evaluarea inițială		Nr. elevi la reevaluarea la 3 luni		Nr. elevi la reevaluarea la 12 luni	
	Nr. elevi cu risc suicidar înalt	Nr. elevi incluși	Nr. elevi cu risc suicidar înalt	Nr. elevi incluși	Nr. elevi cu risc suicidar înalt	Nr. elevi incluși
QPR	16	344	18	282	11	288
Awareness	8	273	7	235	3	230
ProfScreen	18	273	4	237	4	234
Control	8	253	13	236	9	239
Total	50	1143	42	990	27	991

Instrumentele de evaluare inițiale au fost aplicate și la 3 luni, respectiv la 12 luni. S-au urmărit aceleași variabile ca și în chestionarul inițial. La reevaluarea la 3 luni au participat 990 de elevi, din cei 1143 incluși inițial și au fost identificați 42 de elevi cu risc suicidar înalt. La reevaluarea la 12 luni au participat 991 de elevi, din cei 1143 incluși inițial și au fost identificați 27 de elevi cu risc suicidar înalt (Tabel IV).

Prevalența riscului suicidar înalt în grupul studiat a fost 4,37% la evaluarea inițială și a rămas aproximativ aceeași la reevaluarea la 3 luni (4,24%). La interval de 12 luni de la evaluarea inițială, prevalența riscului suicidar înalt a scăzut la 2,72%. La elevii randomizați în programul I, prevalența riscului suicidar înalt a fost 4,65% la evaluarea inițială și 5,5% la evaluarea la 3 luni, scăzând la 3,81% după 12 luni de la prima evaluare. La evaluarea inițială a elevilor randomizați în programul II, prevalența riscului suicidar înalt a fost 2,93%, rămânând constant după 3 luni (2,97%) și scăzând la 1,3% la reevaluarea după 12 luni. La elevii randomizați în programul III, prevalența riscului suicidar înalt a fost 6,59% la evaluarea inițială; aceasta a scăzut la 1,68% la 3 luni și s-a menținut la 1,7% la 12 luni. La subiecții randomizați în programul IV, prevalența riscului suicidar înalt a fost 3,16%, la evaluarea inițială, 6,38% la evaluarea de 3 luni și 3,76% la 12 luni. Menționăm că rata pierduților din vedere a fost de 13,38% la 3 luni și 13,29 la 12 luni.

La reevaluarea elevilor la 3 luni, doar Programul III a reușit să înregistreze o reducere semnificativă a numărului cazurilor cu risc suicidar, comparativ cu Programul IV ( $p < 0,001$  – testul Fisher exact) (Figura 1).

**Fig. 1.** Reducerea numărului de cazuri cu risc suicidar (%) la 3 luni după implementarea programelor de prevenție.



La reevaluarea elevilor la 12 luni, atât Programul III, cât și Programul II au înregistrat reduceri semnificativ mai mari ale frecvenței cazurilor cu risc suicidar, comparativ cu Programul IV ( $p < 0,001$  – testul Fisher exact și respectiv  $p = 0.009$  – testul Fisher exact).

### Discuții

Dintre strategiile de prevenție a suicidului, aplicabile la adolescenți, 3 sunt cele mai importante: programe de prevenție centrate pe școli, programe de prevenție comunitare și programe de prevenție în asistența medicală primară. SEYLE face parte din categoria programelor de prevenție centrate pe școli. În cadrul acestei strategii de prevenție, există numeroase tipuri de intervenții: integrarea conștientizării legate de suicid în programa școlară, antrenarea abilităților emoționale și sociale la elevi, screening pentru identificarea subiecților la risc, instruirea legată de suicid a personalului școlar, instruirea elevilor despre posibilitățile de a ajuta colegi cu probleme, postvenția/intervenția în criză [5].

O strategie de prevenție din ce în ce mai studiată este identificarea prin screening direct. Puținele studii ce au evaluat eficacitatea acestui tip de screening au găsit o sensibilitate a metodei între 83 și 100% și o specificitate între 51 și 76% [12]. Metodele de screening din SEYLE au urmărit identificarea subiecților la risc și îndrumarea acestora la tratament. Screeningul a vizat direct comportamentul suicidar, comportamentele dezadaptative, elemente de psihopatologie etc. Cei 151 elevi identificați prin intermediul acestui program de depistare activă (Tabel III) au fost programați pentru un interviu semistructurat cu un medic psihiatru, în urma căruia au fost îndrumați spre centrele locale de sănătate mintală.

Întrucât există o strânsă legătură între comportamentele dezadaptative și suicid, putem afirma că intervențiile ce identifică activ adolescenții cu comportamente dezadaptative ar putea avea impact asupra scăderii riscului suicidar [7]. Mai mult, a fost identificat un tipar de comportamente dezadaptative [13], implicând abuzul de substanțe psihoactive, inițiere sexuală precoce și conflicte intrafamiliale frecvente. Aceste comportamente dezadaptative și implicarea parentală redusă sunt asociate independent cu creșterea ideății și tentativelor de sinucidere [14].

Pe de altă parte, s-a constatat că adolescenții cu comportamente dezadaptative au rate crescute ale depresiei, anxietății și comportamentelor suicidare [15,16]. Înțelegerea relației dintre comportamentele dezadaptative și simptomele depresive ar putea ameliora evaluarea și tratamentul pentru depresie la adolescenți [17]. Intervențiile centrate pe ameliorarea depistării și tratamentului tinerilor cu tulburări mintale scad frecvența suicidului [16]. Tulburarea depresivă, cu o prevalență între 49 și 64 de cazuri la 100.000 de adolescenți, este cea mai frecventă tulburare psihică la adolescenții cu suicid finalizat [18].

Abuzul de substanțe este un alt factor de risc semnificativ pentru suicid finalizat, în special la sexul masculin, spre sfârșitul perioadei adolescenței. Utilizarea de substanțe nocive și droguri ilegale este strâns relaționată cu ideăția suicidară și suicidul la adolescenți, iar intensitatea ideății și comportamentelor suicidare este proporțională cu intensitatea și frecvența consumului [5].

Factorii sociali evidențiați ca având rol în geneza comportamentelor suicidare la adolescenți sunt conflictele intrafamiliale, în special disfuncțiile în relația cu părinții, violența familială, implicarea redusă în relațiile cu alți adolescenți, absența suportului social, modele de comportament suicidar la colegi, izolarea socială, hărțuirea și absenteismul școlar [19].

Evenimentele stresante de viață, cum ar fi pierderile – de ex. despărțirea de prieten(ă) și problemele disciplinare sau cu justiția se asociază cu suicidul finalizat [20] și tentativele autolitice [21]. Prevalența stresorilor specifici la victimele suicidului variază cu vârsta: conflictele cu părinții sunt factori precipitanți mai frecvenți la începutul adolescenței, iar problemele sentimentale – la sfârșitul adolescenței [22]. De asemenea, s-a demonstrat că hărțuirea crește riscul ideății suicidare, atât la agresori, cât și la victime [23].

### Concluzii

1. În timp ce în Statele Unite există evidențe pentru eficiența programelor de prevenție a suicidului în școli, datele sunt încă puține și neconcludente în UE.

2. Cercetarea de față este cuprinsă într-un studiu multicentric (UE), ce permite evaluarea impactului general și specific al unei strategii de prevenție (programele de prevenție aplicate în școli), prin recoltarea de date epidemiologice referitoare la peste 11000 adolescenți.

3. Programele de prevenție/intervenție implementate în școli au fost evaluate comparativ în termeni de eficacitate, viabilitate, cost-eficiență, din perspectivă multidisciplinară (socială, culturală, psihologică, economică).

4. Instrumentele de screening pentru depresie, ideăție suicidară sau comportamentele suicidare administrate elevilor de liceu și-au dovedit validitatea și eficiența în identificarea subiecților cu risc suicidar crescut.

5. Nu există nici o dovadă că screeningul suicidului la adolescenți ar induce ideăție sau comportament suicidar.

### Bibliografie

1. Cosman D. Suicide prevention in Romania. In: Wasserman D, Wasserman C (eds) The Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective, Oxford University Press, 2009, 807-810
2. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In: Wasserman D, Wasserman C (eds) The Oxford Textbook of Suicidology and Suicide

Prevention: A Global Perspective, Oxford University Press, 2009, 91-98

3. Wasserman D. Suicide: an unnecessary death. Martin Dunitz 2001

4. Pfeffer C, Plutchik R, Mizruchi M. Suicidal and assaultive behaviour in children: Classification, measurement, and intervention. *Am J Psychiatry* 1983;140:154-157

5. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:386-405

6. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen SA et al. **Youth Risk Behavior Surveillance**—United States, 2001. *MMWR CDC Surveill Summ* 2002; 51:1-64

7. Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, Cosman D, Nemes B, et al. Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2010;10:192. Available from: URL:<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/192>

8. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication With Psychiatric Outpatients. *Focus* 2006;4:291-296

9. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J: Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry* 1972;380-406.

10. Quinnett P. QPR. Question, Persuade, Refer. **Ask a Question, Save a Life.** Paul Quinnett 1995

11. Wasserman C, Hoven C, Wasserman D. Instructions for the school-based Awareness Intervention: Affect and improve the way you feel. Edita AB 2009

12. Thompson EA, Eggert LL. Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1506-1514

13. Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Everett Jones S. Binge Drinking and Associated Health Risk Behaviors Among High

School Students. *Pediatrics* 2007;119:76-85

14. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34:420-436

15. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:372-394

16. Hallfors D, Waller MW, Ford CA, Halpern CT, Brodish PH, Iritani B. Adolescent depression and suicide risk: Association with sex and drug behavior. *American Journal of Preventive Medicine* 2004;27:224-231

17. Williams SB, O'Connor EA, Eder M, Whitlock EP. Screening for Child and Adolescent Depression in Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 2009;123:e716 - e735

18. Shaffer D, Gould MS, Fisher P et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:339-348

19. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al.: Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005; 294:2064-2074

20. Beautrais AL. Child and young adolescent suicide in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:647-653

21. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 2000;30:23-39

22. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1497-1505

23. Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Marttunen M, Rimpela A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *BMJ* 1999;319:348-351

24. Burns JM, Patton GC. Preventive interventions for youth suicide: a risk factor-based approach. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34:388-407

25. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, et al. Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2005;293:1635-1643.