

Skall självmord alltid förebyggas?

Ruth Ettlinger

Självordsprevention har länge ansetts självklart tillhöra medicinen och psykiatri. Tidigare var den en lika självklar del av teologin och filosofin. I dagens samhälle blir suicidologin och suicidpreventionen alltmer en socialpsykiatrisk och socialpsykologisk fråga med djupa rötter i socialpolitiskt betraktelsesätt.

Ruth Ettlinger är överläkare vid Rålambshovs sjukhus, Stockholm, tidigare verksam vid Södersjukhuset i Stockholm och vid socialmedicinska institutionen, Karolinska institutet, Stockholm.

Självord är troligen lika gammalt som människan själv. Veterligen har det förekommit och förekommer i alla kulturer och i alla samhällsgrupperingar. Vi vet att man i olika tider och olika samhällen betraktat självmord på olika sätt. I den klassiska västerländska kulturen möter vi så olika uppfattningar som tex att Plinius den äldre ansåg att självmordet var Guds bästa gåva till människorna, medan Plato fördömde självmordet såsom en flykt från Gud. I den romerska staten tillät lagen alla att beröva sig livet utom slavar och soldater. De var egendom och representerade ett ekonomiskt värde; det var ett ekonomiskt brott om någon ur dessa grupper tog sitt liv. I andra kulturkretsar har man andra synpunkter på självmordet: Det sociala trycket på änkor i Indien att låta bränna sig på makens dödsbål, den förnåme japanens harakiri på trappan till det hus, där de bor, som förolämpat honom är andra sätt att se på självmordet. Den kristna kyrkan och framför allt den katolska kyrkans absoluta fördömande av självmordet repre-

senterar ytterligare ett sätt att bedöma självmordshandlingar.

Självordslitteraturen är enorm. Den omfattar oerhört många sidor av de mänskliga kunskaperna, tex inom medicinen, psykiatri, anesthesiologi, rättsmedicin, patologi, toxikologi etc, bland beteendevetenskaperna sociologi, socialpsykologi, socialantropologi etc, bland rättsvetenskaperna familjerätt, straffrätt, försäkringsrätt etc och bland de humanistiska ämnena litteratur, konst, musik, etik, filosofi etc.

Definitioner

Självord är ett beteende, ett sätt att dö, inte en dödsorsak. Självord har definierats på många olika sätt och de många definitionssätten anger också svårigheterna i avgränsningen. Den i litteraturen vanligast använda definitionen innebär, att man med självmord menar en självdestruktiv handling, som en individ företar i avsikt att dö, medan man med självmordsförsök menar samma sorts handling, som inte leder till döden. Självordshandlingar omfattar både självmord och självmordsförsök (1).

Redan här möter vi vår första stora svårighet: När en person är död, kan man inte avgöra om vederbörande haft för avsikt att avsluta sitt liv, eftersom det ju bara är människan själv som kan upplysa oss om sina avsikter. Redan i definitionen av det vi skall diskutera stöter vi alltså på oklarheter och vad vi i själva verket gör i många

~~~~~  
*Självord är ett beteende, ett sätt att dö, inte en dödsorsak.*  
~~~~~

fall av självmord är att vi så att säga "extrapolerar" en sorts avsikt att dö, som vi i vissa fall har stor sannolikhet för, i vissa fall ganska stor osäkerhet inför.

För att slippa denna osäkerhet kring avsikterna har man provat andra definitioner; den mest kända säger, att med självmord menar man varje akut självdestruktiv handling, som den som utför handlingen inte kan vara säker på att överleva (2).

Prevention?

Trots alla olika sätt att betrakta självmorden, har man inom den kulturkrets, som vi lever i, alltid betraktat det som självklart att självmordshandlingar borde förhindras genom någon sorts preventiva åtgärder. Tidigare var självmordspreventionen mest en fråga om moraliska och etiska värderingar, men småningom har frågan om självmordsprevention vidgats till att bli å ena sidan en fråga om medicin och psykiatri, å andra sidan en fråga om individens och samhällets sätt att påverka varandra, det vill säga en i vidaste bemärkelse sociologisk eller socialpsykiatrisk fråga. Diskussionen kring dessa sätt att ställa frågan pågår fortfarande intensivt och den är också bakgrunden till att vi idag ifrågasätter om självmordshandlingar skall förebyggas och i så fall: Skall de alltid förebyggas och förhindras.

Nationella och internationella frekvenser

Självmord kan definieras på olika sätt, och det är naturligtvis viktigt för statistiska ändamål, för jämförande undersökningar mellan olika grupper, mellan olika länder med olika vårdorganisationer och olika samhällssystem och så vidare att man har gemensamma definitioner. Det har nyligen visats i en undersökning utförd för Världshälsoorganisationens räkning, att bristen på gemensamma definitioner och strukturskillnader mellan de myndigheter, som utfärdar dödsbevis har kunnat förklara hela skillnaden mellan den höga suicidfrekvensen i Danmark och den måttliga suicidfrekvensen i England (år 1969 20,8/100 000 invånare respektive 8,0/100 000 invånare) (3).

I Sverige väljer årligen ungefär 20 människor/100 000 invånare detta sätt att dö. Det utgör för

Antalet människor som årligen i Sverige dör av självmord är större än antalet människor som dör i trafikolyckor.

år 1973 1 690 människor, därav 1 195 män och 495 kvinnor. Motsvarande antal för år 1972 var 1 646. Antalet människor som årligen i Sverige dör av självmord är större än antalet människor som dör i trafikolyckor. Det ger en viss bild av problemets storleksordning (4).

Självmord och psykisk hälsa

Vi kan börja att se på problemet om självmordshandlingar och den psykiska hälsan. Vi vet att många psykiska sjukdomar har en hög suicidmortalitet. Till dem kan vi räkna det som vi brukar kalla endogena depressioner eller bipolära depressioner. I två stora befolkningsundersökningar där man dels på Island, dels på Bornholm har undersökt alla personer födda inom en viss tidsrymd och följt dem fram till ett visst årtal, har man funnit i islandsundersökningen att suicidmortaliteten i hela befolkningen var 0,94 % medan den i gruppen mano-depressiva var 17,4 % (5). I bornholmsundersökningen (6) var den totala suicidmortaliteten 0,6 % medan motsvarande mortalitet för de mano-depressiva var 11,0 %. Det finns flera andra undersökningar, som stöder samma uppfattning och det torde knappast råda något tvivel om, att suicidhandlingar är väsentliga ingredienser i den här sjukdomens förlopp, om man inte genom olika preventiva åtgärder förhindrar det.

Även schizofrenin har hög självmordsmortalitet. I amerikansk litteratur, där man har en mycket vid definition av begreppet schizofreni, har man mycket höga suicidsiffror, medan man i nordisk litteratur har betydligt lägre, men ändå något

Vi vet att många psykiska sjukdomar har en hög suicidmortalitet.

förhöjda suicidsiffror. Hög suicidmortalitet förekommer också enligt samstämmiga uppgifter hos dem som lider av reaktiva eller psykogena psykoser. Birgitta Rorsman (7) har från psykiatriska kliniken i Lund visat att patienter, som sökt där 1962 hade en 10 gånger förhöjd suicidmortalitet, om man korrigerade för ålder och kön i jämförelse med den vanliga befolkningen.

Det suicidala beteendet

Men ännu viktigare är det troligen att förstå innebörden i vad man brukar kalla det suicidala beteendet. Därmed menar man hela skalan av utveckling från suicidfantasier, suicidönskningar, suicidförsök till slutligen suicider. Ett stort antal människor (8) i en stor engelsk intervjuundersökning hade någon gång i livet haft suicidfantasier, ett färre antal hade också haft suicidönskningar och ännu färre hade även satt sina önskningar i verket i form av suicidförsök. Det suicidala beteendet är inte konstant hos en och samma individ; troligen är det så att suicidfantasierna dyker upp någon gång i livet, oftast i samband med någon problemfylld situation, sedan kan de försvinna igen för att senare dyka upp med varierande styrka, kanske både som fantasier och önskningar. Småningom kan det hela bli lugnare igen, det kanske bara fortsätter att finnas diffusa suicidfantasier under en längre period. En ny svårighet eller kanske bara en till synes obetydlighet kan ånyo utlösa suicidönskningarna och kanske ett suicidförsök. Vi tror då att suicidförsöket eller suicidiet i värsta fall kommer alldeles plötsligt, vi kanske tror att det är en impulshandling, medan det kanske i själva verket är toppen på ett isberg; vi ser inte den del av skeendet som ligger under ytan.

Genom detta sätt att betrakta det suicidala beteendet som ett kontinuum har vi också lättare

Det suicidala beteendet: hela skalan av utveckling från suicidfantasier, suicidönskningar, suicidförsök till slutligen suicider.

Den ena teorin är att självmordet är slutstadiet i en neurotisk och sjuklig utveckling.

att förstå den diskussion som pågår i världen kring vad egentligen ett suicidförsök är. Det finns i huvudsak två skolor.

Det presuicidala syndromet

Den ena teorin, vars främste talesman heter Ringel (9) och är verksam i Wien, är att självmordet är slutstadiet i en neurotisk och, med hans terminologi, sjuklig utveckling. Denna sjukliga utveckling kan — enligt Ringel — beskrivas och mätas som symtom och förlopp. Denna sjukliga utveckling leder obönhörligen till döden, om den inte hejdas och enligt Ringel är varje självmordsförsök ett misslyckat suicidium. Ringel talar om ett presuicidalt syndrom, som karakteriseras av tre komponenter:

- 1) isolering och inskränkning av personens livsutrymme i alla bemärkelser,
- 2) aggression i första hand mot sig själv, men även mot yttervärlden,
- 3) flykt från verkligheten till fantasier och drömmar.

Enligt Ringel är det en plikt för varje människa, som arbetar inom mentalvården, att lära sig känna igen detta syndrom och att handla i enlighet med uppfattningen att syndromet utan behandling alltid leder till död i självmord. Behandlingen bör enligt Ringel bestå av vanlig depressionsbehandling, medmänskligt omhändertagande och psykoterapi.

Ringels uppfattning är huvudsakligen företrädd i tyskspråkiga länder, men också i många av länderna i Östeuropa; Ungern, Rumänien, Jugoslavien etc.

Den andra skolan, vars främste företrädare varit Erwin Stengel (10) och som vidareutvecklats i Los Angeles Suicide Prevention Center, är huvudsakligen företrädd i engelskspråkiga länder, det vill säga England, Kanada, USA etc, men också i Frankrike. Den utgår från iakttagelsen, att den

Den andra teorin utgår från iakttagelsen att den population som gör självmordsförsök på väsentliga punkter skiljer sig från den population som dör i suicid.

population, som gör självmordsförsök på väsentliga punkter skiljer sig från den population, som dör i suicid. Medan suicidanterna oftast är män i högre åldrar, är suicidförsökspatienterna oftast kvinnor i fertil ålder; suicidpatienterna är oftast ensamstående, medan suicidförsökspatienterna oftast har någon partner osv. De här iakttagelserna ledde tanken till att suicid och suicidförsök kanske inte alltid var led i samma beteende. De som företräder den här uppfattningen säger, att det finns en liten del av alla självmordsförsök, som är misslyckade självmord, oftast rör det sig om djupa depressioner och andra psykosor, men också livskriser av det slag som vi senare återkommer till. Det finns också — enligt denna skola — en liten grupp självmordsförsök, som planerats som självmordsförsök, men som på grund av yttre omständigheter blivit till självmord. Men den största gruppen av självmordsförsök är enligt detta betraktelsesätt planerade såsom självmordsförsök, såsom en handling i sig.

Självmordsförsökets sociala funktion

Det finns många självdestruktiva beteenden, t ex att supa, att knarka, att röka osv. Självmordsförsöket skiljer sig från dessa beteenden genom att det har en social funktion för personen, som utför det, och det har sociala och psykologiska effekter på omgivningen. Självmordsförsöket har som funktion att vädja till någon eller några om hjälp i en situation, som har blivit övermäktig. Denna någon kan vara en enskild person, som är speciellt betydelsefull för just den personen eller det kan vara hela samhället, som uppfattas som så

Suicidförsökspatienten vill både dö och inte dö på samma gång.

pressande, att man tillgriper detta ordlösa sätt att vädja om hjälp i en situation, som man inte kan bemästra. Man kan uttrycka samma sak på annat sätt, nämligen att suicidförsökspatienten både vill dö och inte dö på samma gång, han eller hon säger, ja, jag vill dö för min situation är sådan, att jag inte längre klarar den, men samtidigt vill jag inte dö, för jag tror, att det finns möjlighet att klara situationen om jag får hjälp.

Det finns enligt min uppfattning mycket som talar för den här skolans sätt att se på suicidproblematiken. Uppfattningen stämmer med den kliniska erfarenheten, att många patienter tagit tabletter, ibland — inte alltid — i lagom stor dos för att förgiftningen skulle kunna bli dödlig. Men man har tagit dem vid en tidpunkt, när man vet att anhöriga kommer hem inom rimlig tid och troligen upptäcker vad som hänt och ordnar med lämplig vård. Eller man själv varskor anhöriga, ofta med uppgift om att man bara ville säga adjö. I själva verket finns det stora undersökningar (11), där man har visat att ungefär 40 % av alla personer som gjort självmordsförsök har meddelat omgivningen om sina planer inom en månad före försöket. Räknar man med alla, som varnat sina doktorer inom samma tidrymd, så är man uppe i 75 %. Men man kan också meddela omgivningen indirekt och utan att själv ha en tanke på vad man gjort, man misstar sig på dag och tid, man ringer och skriver etc.

Suicidförsöket som ett ödesavgörande

För den engelska skolans uppfattning talar också, att patienterna ofta efter uppvaknandet talar om suicidförsöket som ett ödesavgörande, ungefär på samma sätt som man under medeltiden lät personer, som misstänktes ljuga, lägga sin arm i elden. Fick de svåra brännskador, var det ett tecken på att de svurit falskt, fick de bara lätta brännskador talade de sanning. Ofta ser man att suicidförsöket för patienten är ett chanstagande, ett ödesspel med livet som insats. Många patienter uttrycker sig efter uppvaknandet på ungefär följande sätt, när man frågar om de tänker göra om försöket: Det var tydligen inte meningen att jag skulle dö den här gången och då gör jag

.....

*Överdödligheten i suicid bland dem som gjort
suicidförsök är således hög.*

.....

naturligtvis inte om försöket.

Det finns ytterligare saker, som talar för den engelska skolans uppfattning om suicidförsöket: Ofta förändrar suicidförsöket hela livssituationen för den person som gjort suicidförsöket. I en stor engelsk efterundersökning utförd av Stengel (12) och i en ganska färsk norsk efterundersökning utförd av Retterstøl (13), anser mer än en tredjedel av patienterna efter en 5—10 årsperiod, att suicidförsöket varit den viktigaste händelsen i deras liv och ofta helt hade förändrat deras tillvaro och deras relation till omvärlden.

Det finns många undersökningar om hur stor andel av personer som gjort suicidförsök som senare dör i suicid. I internationell litteratur räknar man med att mortaliteten i suicid för sådana grupper är ungefär 1 % per follow-up-år och att den efter ca 10 års observation stagnerar på ungefär 10 % (14). I en nyligen publicerad svensk undersökning (15), som omfattar personer som för sitt suicidförsök vårdats på intensivvårdsavdelning, visade sig suicidmortaliteten ligga betydligt högre, ända upp till 15 % hos vissa grupper under fem års observationstid. Överdödligheten i suicid bland dem som gjort suicidförsök är således hög.

Suicidpreventiva verksamheter

Att förebygga och förhindra självmord är — inom vår kulturkrets — för de flesta människor en självklarhet, även om ett aktivt självmordspreventivt arbete i mer organiserade former först under senare år kommit till stånd. Man kan erinra om, att kyrkliga instanser sedan början av 1900-talet har haft rådgivningsbyråer, som dock inte nått ut till större grupper. Efter andra världskriget har rörelsen för community-mental-health, som väl kan översättas med samhällspsykiatri, i många större städer i USA inrättat suicidpreventiva centra. I England har frivilligorganisationer såsom the Samaritans alltmer kommit att fästa uppmärksamheten på det suicidpreventiva arbetet, i

Tyskland finns omfattande både kyrkliga och sekulariserade rådgivningsbyråer i suicidfrågor. I många östeuropeiska länder har man speciella mottagningar inom den psykiatriska vårdorganisationen för människor som anses suicidhotade.

I Sverige finns en rad frivilliga institutioner såsom jourhavande präst, jourhavande kurator, jourhavande medmänniska etc, men det finns inga offentliga, mera omfattande verksamheter, om vi inte räknar de dagliga betydande insatser bl a i suicidpreventivt syfte som utförs inom det psykiatriska, social-psykiatriska och socialpsykologiska verksamhetsområdet. Det är ju självfallet, att varje gång man behandlar t ex en depression på ett sådant sätt att han eller hon förbättras, så utför man i vid bemärkelse ett suicidpreventivt arbete, varje gång man försöker att ge en socialt eller psykologiskt utslagen människa en i något avseende drägligare tillvaro, så utför man i viss utsträckning ett suicidpreventivt arbete. Jag tror inte att någon skulle komma på den idén att ifrågasätta riktigheten eller värdet av sådant arbete.

Rätt att bestämma över eget liv

Ifrågasättandet av det berättigade i att hindra människor från att ta livet av sig ligger på ett annat plan. Man frågar — och frågandet är till alla delar berättigat: Har vi — som läkare och medmänniskor — rätt att hindra andra människor, som bestämt sig för att förkorta sitt liv, att genomföra sitt beslut? Med vilken rätt sätter vi oss över andra människors självbestämmanderätt? Vilka tvångsmedel har vi rätt eller eventuellt skyldighet att tillgripa?

Enligt min uppfattning måste vi betänka att när vi ställs inför en människa som har för avsikt att suicidera, måste vi handla både som läkare och som medmänniskor. I läkaryrket ligger underförstått — och också i klartext uttryckt i världs-

.....

*I läkaryrket ligger underförstått ett krav på
att i första hand bevara liv och trösta och
hjälpa våra patienter.*

.....

läkarorganisationens deklarationer — ett krav på att i första hand bevara liv och trösta och hjälpa våra patienter. Många av oss har valt läkarbanan i en medveten eller omedveten önskan att bevara liv och det är ett krav som vi inte kan vifta bort.

När vi talar om att människor själva har rättighet att bestämma om liv och död och att vi inte får ingripa i dessa avgöranden, tror jag, att vi gör oss skyldiga till betydande felslut. Det finns ingen makt i världen som kan hindra en människa, som verkligen har beslutat sig för att avsluta sitt liv, från att göra så; det skulle i så fall möjligen vara de människor som är så skröpliga och handikappade, att de för varje livsbehov är beroende av andra människors hjälp. Men för de allra flesta människor är tillgången till möjligheter att hänga sig, att dränka sig, att förgifta sig med kemikalier, tvättmedel, insektsmedel osv obegränsad. Dessa suicidmetoder har en betydligt högre mortalitet än medicinintoxikationerna, som ju ofta har en ganska god prognos om vederbörande kommer levande till sjukhus.

Skyldighet att bedriva preventivt arbete?

Anledningen till att vi har inte bara rättighet, utan också skyldighet, att sätta in all tillgänglig behandling, all upptänklig prevention för att förhindra suicidier är att flertalet av de människor som *till synes* har bestämt sig för att dö, antingen genom att göra ett suicidförsök eller genom att med oss eller med andra personer i sin omvärld diskutera sitt beslut, i själva verket fortfarande är tveksamma eller med en psykologisk term, ambivalenta. Deras suicidförsök är — just som vi tidigare nämnt — ofta planerade som ett suicidförsök, som en appell till omgivningen om hjälp, som ett försök att förändra en för dem oöverstigligt svår situation; deras felhandlingar i anslutning till suicidförsöket, deras diskussion och deras var-

ning till omgivningen före suicidförsöket kan knappast tolkas som någonting annat än en oftast omedveten önskan att bli övertygade om, att det finns andra utvägar än självmordet. Om vi tror, att vi uppfyller deras önskan och därför inte vidtar lämpliga åtgärder, sviker vi i själva verket vår medmänsklighet mot dessa människor; vi handlar som om vi skulle gå förbi en vak med en drunknande människa och säga, att jag vet inte orsaken till att han eller hon har hamnat i vaken, jag gör ingenting förrän jag vet det med säkerhet.

Vi kan ju också belägga det här resonemanget med siffror. Av dem som gjort de somatiskt farligaste suicidförsöken, nämligen de som för sitt suicidförsök hamnat på intensivvårdsavdelning, lever fortfarande efter fem års observation, då de haft alla chanser att suicidera, fortfarande 85 %, i andra material lever fortfarande efter fem års observation 95 % av alla suicidförsökspatienter. Vi kan uttryck det så, att det överväldigande flertalet människor väljer att ändå fortsätta i livet efter ett suicidförsök. I en akut situation, när en människa med oss diskuterar möjligheten till suicidium eller kommer in medvetlös efter ett suicidförsök, så vet vi inte vilken prognostisk del av populationen vederbörande tillhör, men vi vet hur sannolikheten för det ena eller det andra ser ut och vi har att som läkare och medmänniskor ta konsekvenserna av den kunskapen.

När livet mist sitt värde

Men det finns andra grupper, som är mycket svårare att bedöma. Dit hör de kroniskt svårt sjuka människor, vars sjukdom stadigt progredierar utan hopp om bättring, t ex metastaserande cancer, progredierande neuromuskulära sjukdomar etc. Dit hör också de människor som av ett yttre skeende, över vilket ingen enskild kan råda, försätts i en situation som gör att livet för dem synes inte bara meningslöst utan också intolerabelt. Man kan som exempel nämna politiska Extremsituationer såsom t ex när Hitlertyskland invaderade Europa, man kan nämna andra Extremsituationer, när människor upplever förändringar i sina levnadsomständigheter såsom helt intolerabla. Skall vi även

~~~~~  
*Flertalet av de människor som till synes har bestämt sig för att dö är i själva verket fortfarande tveksamma.*  
~~~~~

där göra allt vad vi kan för att förhindra suicidier? Skall vi kanske tillgripa tvångsmedel för att förhindra suicid?

För min egen del tror jag inte att det finns några entydiga svar på de här frågorna. En människa som ser framför sig ett liv fyllt av plågor, oberoende av om detta är en följd av somatisk sjukdom eller av psykologiska faktorer, måste enligt mitt sätt att se själv avgöra, om han eller hon vill fortsätta att leva. Men kommer en sådan människa till mig som patient, antingen för att resonera kring sitt beslut eller som suicidförsökspatient, anser jag det självklart vara min plikt att mycket noggrant pröva för det första, huruvida det rör sig om en psykisk sjukdom, som förvränger vederbörandes verklighetsuppfattning. I så fall måste jag vidta lämpliga åtgärder för att häva det sjukdomstillståndet och skydda personen ifråga för dess verkningar. För det andra anser jag, att jag måste mycket noggrant pröva, om vederbörandes kontakt med mig innebär något av den vädjan om hjälp som vi förut talat om. Blir jag övertygad om, att vederbörandes beslut fattats i så stor frihet, som den sociala och psykologiska situationen överhuvud taget tillåter, då tror jag, att både läkareetik och medmänsklig etik tvingar mig att respektera vederbörandes beslut, dock självfallet inte så att jag någonsin skulle vidta några aktiva åtgärder för att hjälpa patienten att genomföra det. I så fall kommer vi in på andra problem, nämligen euthanasin eller dödshjälpen, och det är en helt annan fråga.

LSPV och suicidrisk

Slutligen: Skall vi, kan vi, bör vi skriva vårdintyg på patienter i den situation som vi beskrev sist. I lagen om sluten psykiatrisk vård krävs det tre saker för att skriva vårdintyg, för det första, att patienten skall vara psykiskt sjuk, för det andra, att den psykiska sjukdomen skall vara av sådan art eller grad att sluten psykiatrisk vård är oundgängligen erforderlig, för det tredje, att ett av fem ytterligare kriterier skall vara uppfyllt, däribland att det skall föreligga risk för eget liv. Om vi bedömer att det föreligger risk för eget liv men inget

Om vi bedömer att det föreligger risk för eget liv men inget av de övriga kriterierna är uppfyllda, kan vi inte underkasta patienten det tvång som "LSPV" medger.

av de övriga kriterierna är uppfyllda, kan vi inte skriva vårdintyg och således inte underkasta patienten det tvång som "Lagen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall" medger. Det är på papperet enkelt att konstatera, men de avgöranden som man i dessa stycken ställs inför, tillhör de allra svåraste. Att vara läkare och medmänniska är inte bara ett yrke, det är också en konst.

LITTERATUR

- (1) "Prevention of Suicide" Public Health Papers 35. WHO, 1968.
- (2) *Stengel Erwin* "Suicide and Attempted Suicide", Penguin Books Revised Edition 1970.
- (3) "Suicide and Attempted Suicide". Public Health, WHO 1974. Paper Nr 58 Geneve.
- (4) Statistisk Årsbok utgiven av SCB 1975.
- (5) *Helgason, T:* "The Epidemiology of Mental Disorders in Iceland" Acta Psych Scand. Suppl 173, Munksgaard Copenhagen 1964.
- (6) *Fremming, K H:* "The Expectation of Manual Infirmary in a Sample of the Danish Population", Cassell London 1951.
- (7) *Rorsman, B:* "Sjuklighet och dödlighet bland psykiatriska patienter" Studentlitteratur Lund 1973.
- (8) *Paykel E S, Myers J K, Lindenthal J J, Tanner J:* "Suicidal Feelings in the General Population: A Prevalence Study" Brit J Psychiatry, Vol. 124, 1974.
- (9) *Ringel, E:* "Selbstmordverhütung" Hans Huber Bern 1969.
- (10) = (2)
- (11) = (2)
- (12) = (2)
- (13) *Retterstøl, N:* "Long-term Prognosis after Attempted Suicide", Universitetsforlaget Oslo 1970.
- (14) = (1)
- (15) *Ettlinger, R:* "Evaluation of Suicide Prevention after Attempted Suicide", Acta Psych Scand Suppl 260. Munksgaard, Copenhagen 1975.