

Nytt sätt att forstå suicidalitet?

Vid Jan Beskow och Anne Marie S. Johnsen

Suicidalitet ses som ett symptom vid depression. Men kanskje er det tværtom. Kanske er depressionen snarare en följd av suicidalitet. Gradvis oppträdande forskjutningar har ändrat det suicidologiska forskningsfältet. Kanske står vi på tröskeln till en ny forståelse? Ett perspektiv som ser suicidalitet som en normal, funktionell reaktion och suicidhandlingar som en följd av psykologiska olycksfall. Suicidpreventionens främsta uppgift blir då att skapa ett mer nyanserat vardagsspråk om suicidalitet, suicidalitetens språk.

Övergripande resonemang om självmord

Att vilja döda sig själv har under årtusenden uppfattats som skrämmande och obegripligt. Många olika resonemang, *diskurser*, har utvecklats om detta (Retterstöl, 2002; Beskow & Jarrick, 2000). De finns fortfarande alla bland oss och påverkar oss mer än vi vanligen förstår. De har också skapat dagens forskningsparadigm.

Sammantaget har dessa resonemang beskrivit en sick-sack-rörelse allt närmare in mot *den suicidala personens egna upplevelser*. Starten var 300-talets religiöst motiverade självmordsförbud. Djävulen var aktör, den suicidala personen var övertalad. Detta följdes under 1800-talet av det på stoicismen grundade och genom avkriminaliseringen breddade moraliska perspektivet: Rätt/fel? Modigt/fegt? Den suicidala personen var själv ansvarig aktör. 1900-talets psykiatriska perspektiv utgick från psykisk sjukdom, främst depression, som riskfaktor och skapade farmakologiska behandlingsmöjligheter med suicidpreventiva effekter. Den suicidala personen var drabbad av sjukdom. Den suicidala processen (Pokorny, 1974; Beskow, 1979 och 1982) skapades senare på 1900-talet. Den band samman suicidtankar, suicidförsök och fullbordade suicid till en forståelig enhet och tydliggjorde betydelsen av omedvetna processer, suicidala meddelanden och krisinterventioner. De senaste decennierna har forskningen alltmer fokuserat på suicidalitetens kognitiva sida (Ellis, 2006). Den suicidala personen kan tränas att forstå och hantera sin suicidalitet.

Den historiska utvecklingen pekar således allt djupare in mot den suicidala patientens eget stormiga inre flöde. Om detta vet hon själv bäst besked. Kognitiva terapeuter uppfattar därför klienten som en fullvärdig medarbetare. Som två forskare angriper de ett gemensamt problem. Klienten bidrar med sin erfarenhet av sig

självt, terapeuten med sina teorier och tekniker. På samma sätt kan den suicidala personen bli en betydelsefull medarbetare i forskningsteamet. I denna artikel bidrar därför Anne Marie S. Johnsen (AMSJ) med personlig erfarenhet av först frigörande, sedan plågsamt begränsande suicidtankar. För denna tidskrifts läsare är hon känd genom Ingeborg Veas intervju "Dödlig skam" (Veas, 2006). Jan Beskow (JB) bidrar med nyare teorier från suicidforskning och kognitiv psykoterapi.

Dödande kränkning

I höstmörket under en stor veibro ble jeg, AMSJ, overfalt og voldtatt av tre ukjente gjerningsmenn. Denne katastrofen forandret livet mitt. Jeg var 20 år.

Å dø. Jeg var helt overbevist om at "Nå dør jeg", "Nå er jeg død." Ikke slik at jeg trodde de konkret skulle drepe meg, det hadde jeg ingen bevisst tanke om, og det var på en måte likegyldig hvordan det kom til å skje. Men jeg var overbevist om at dette ikke kunne overleves, at hjertet ville slutte å slå, at åndedrettet ville stoppe opp, enten jeg ble kvalt, slått ihjel eller kroppen som organisme brøt sammen. Når jeg døde ville det endelig, endelig, endelig være over.

Jeg opplevde en slags lammelse både psykisk og fysisk, og at kropp og sjel ikke var konstruert for å tåle en slik skade. Og mitt indre jeg, jeg selv, ble helt pulverisert/smadret/knust og døde der. Det kjentes veldig konkret. "Nå dør Anne Marie. Her er bare en kropp igjen. La dem bare holde på. Jeg er død allerede". Jeg hadde øynene åpne nesten hele tiden, jeg ville være bevisst når mørket og den fysiske døden kom.

Etter at jeg hadde ordnet meg så godt jeg kunne og samlet sammen sakene mine, gikk jeg hjem til hybelen (45 min.). Jeg gikk inn på badet og så meg i speilet. Det var bare et tomt skall som stirret tilbake. En ukjent. Jeg så en levende død.

Jeg hadde gått i stykker og kunne aldri bli meg selv igjen. Det var en fremmed som stod der og så på meg fra speilet.

Da jeg så speilbildet, kom tanken umiddelbart: "Jeg skal klare dette her så lenge det går. Det finnes andre som har vært utsatt for verre ting og som lever videre. Det skal jeg også. Så lenge ingen andre vet, kan jeg klare det.... Når, *ikke hvis*, jeg ikke klarer mer, tar jeg livet mitt."

Det som hendte, kan beskrives som en indre eksplosjon: Fysiske reaksjoner, bilder, tanker, overbevisninger, planer. Etterfulgt av følelsen av lammelse og død. Å leve videre var bare mulig dersom selvmordet fantes som en utvei.

Mye senere forsto jeg at dette førte til et posttraumatisk syndrom med mareritt og redsel. Skammen gjaldt først selve voldtektene, men etter hvert spredte den seg over hele livet mitt. Depresjonen var der fra begynnelsen, men symptomene kom senere. Jeg håndterte livet gjennom å dele meg i et forstilt, falskt, behersket ytre, og et sant, fortvilet indre.

Å overleve. Beslutningen om at jeg kunne ta livet mitt var dermed en forutsetning for å kunne leve. Når presset, stresset ble for stort, var det en mental hvile å tenke på selvmordet som en utvei, tanken ble et sted å søke tilflukt. Det er den løsningen, den retten man har i en krigssituasjon som spion. Du har en kapsel cyan-



kalium med deg, og med den kan du redde deg ut av en håpløs situasjon. Noen ganger var det godt å tenke tanken. Den gav meg fred eller en følelse av kontroll. Under det ytre lå all smerte og skam begravd, det som var sant, men undertrykt. Det var så slitsomt og vanskelig å leve i spenningen mellom det som var sant, men skjult, og det som var falskt, men synlig. Når det ble for vanskelig, var selvmordstankene et tillfluktssted. De gav meg et pustehull, et sted der jeg kunne være meg selv. Og så gå ut i verden igjen.....

Gjennom legebesøk fikk jeg reseptbelagt paracetamol som jeg samlet til selvmordet. Til å begynne med var tablettene en trøst, de representerte en utvei, og jeg opplevde en slags kontroll. Men litt etter hvert ble de en trussel. Slik var det også med selvmordstankene. Fra å være et sted der jeg kunne søke tilflukt, ble de etter hvert en selvstendig trussel som trengte seg på. Tankene dukket hyppigere, sterkere og "ubedt" opp i de forskjelligste situasjoner.

Jeg søkte hjelp hos lege og hos psykolog. De tok ikke tak i det smertegenererte traumet og var ikke til hjelp.

Ti år etter voldtektene opplevde jeg ytterligere store traumer og også en ikke planlagt graviditet. Depresjon og suicidal risiko tiltok og fikk meg til slutt til å søke hjelp igjen. Denne gangen ble jeg henvist til det som viste seg å være en klok, modig og faglig dyktig psykoterapeut. En jordmor med spesialkompetanse forberedte meg på og hjalp meg gjennom fødselen, og et personlig tilpasset rehabiliteringsopplegg førte meg tilbake til yrkeslivet. Etter denne gjennomarbeiding på flere plan over tid, kom smerten endelig på avstand. Noe kunne jeg legge bak meg, og noe kunne jeg leve bedre med. Jeg gjenvant følelsen av mestring og innflytelse over eget liv. Likefullt er det smertefullt å fortelle om dette nå. Det oppveies av håpet om at mine erfaringer kan bidra til en enda større innsikt i suicidalitet blant fagpersoner, og gjennom dette komme andre til nytte.

Biologiske og psykologiske mellomsteg

Den biologiske psykiatrin ser framfor allt sambandet mellom psykisk störning, framst depression og suicidalitet. Förmedlande faktorer söks inom neurobio-

login. Detta för bort från det öppna mötet med den suicidala patienten i all hennes livsångest. Kognitiv psykoterapi å andra sidan uppmärksammar förmedlande faktorer av psykologisk natur. Uppgiften är att vidga en psykologisk kortslutning (depression slutar ibland med suicid) till en lång berättelse med många mellomsteg (påfrestande situationer ger negativa tankar, som ger dålig självbild och slutligen leder till depression, som ibland slutar med suicid).

Depression ur kognitivt perspektiv

Depressioner, liksom ångest och andra känslor är från början normala och funktionella. De är varningsklockor, som manar till eftertanke och problemlösning (Gut, 1989). Därigenom har de ett klart överlevnadsvärde. Det intressanta ur kognitiv synpunkt är inte depressionen (liknande besvär har vi alla då och då) utan de faktorer som upprätthåller, vidareutvecklar och fördjupar den. Tankestrategier, som fungerar dåligt som problemlösare, som är "dysfunktionella", kallas ibland "tankeförvrängningar". Egentligen är det felanvändning av i grunden nyttiga tankestrategier. Att vanemässigt alltid fästa sig vid negativa upplevelser, s k negativ selektiv perception, är t ex en central tankeförvrängning.

Aaron T. Beck och medarbetare studerade samspelet mellan aktuella situationer, framför allt relationer, samt självbild och framtidsopplevelser (Beck, 1967; Clark et al., 1999). De fann att c:a 2/3 av de negativa värderingarna knöts till självbilden. Denna försvagades därmed successivt och producerade upplevelser av hjälplöshet, hopplöshet och mörk framtid. Negativa spiraler uppstod: En lågt värderad självbild ledde till nya misslyckande, som i sin tur ytterligare försvagade självbilden. Den försvagade självbilden krävde tröst, ibland i former som väckte ny skuld, t ex överutnyttjande av mat, alkohol och sex, med ytterligare försvagad självbild som följd. Detta ledde småningom till en depressionssjukdom.

Genom att systematiskt förstå och förändra dessa psykologiska mellansteg med kognitiva tekniker och värdera effekten med bl a skattningsskalor kan patienten gradvis öka sin förmåga att förstå och

hantera sin psykiska störning innan den leder till suicidtankar och suicidförsök. Psykologiska mellansteg kunde senare identifieras mellan ångest och ångestsjukdomar, såsom social fobi, tvångssyndrom och hälsoångest (hypokondri). Det intressanta är också här de faktorer som uppehåller och vidareutvecklar ångesten och gör att den övergår i en ångestsjukdom.

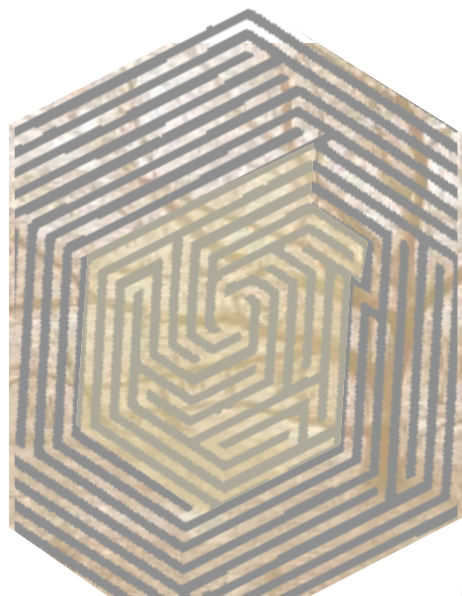
Problemlösning

Det inre ältandet av de fruktlösa försöken att hantera livet är i själva verket ständigt upprepade och ständigt lika misslyckade försök till problemlösning. Att generellt öka effektiviteten i personens sätt att lösa problem är därför angeläget. Nu finns allmänt accepterade och väl fungerande tekniker för detta. De rymmer problemidentifikation, prioritering, målbeskrivning, framkastande av en mängd tänkbara handlingsvägar, val av det sannolikt mest framgångsrika tillvägagångssättet, systematisk träning i verkliga livet, egen systematisk skattning av resultaten samt etablerandet av strategier för att attackera nya påfrestningar (Hawton et al., 1989; Salkovskis, 2001). Senare forskning har dock visat att suicidala personer inte generellt är sämre på problemlösning utan att de är det i samband med sin depressiva sjukdom.

Fällan

Att öka problemlösningsförmågan är en generell teknik. För mer specificitet måste man ställa frågan vad suicidalitet egentligen handlar om. En teoretisk modell för att studera detta utgår från de klassiska metaforerna av att vara instängd i ett hörn eller att ha tunnelseende. Drag i denna preciseras genom erfarenheter av rätts och fåglars revirkamp (Gilbert, 1989). På en mänsklig nivå kunde de beskrivas som en upplevelse av att vara instängd. Denna *fälla* (Williams, 2001; Williams & Pollock, 2001) består av tre komponenter: Att vara en förlorare, att vara instängd och att inte se någon väg ut.

Att alltid fästa sig vid det negativa skapar upprepade upplevelser av nederlag, som generaliseras till satsen "Jag är en förlorare". Känslan av att vara instängd, dvs fällans väggar, konstrueras framför allt av den tankestrategi, som kallas



overgeneralized memory, OGM. Detta är ett säkerhetsbeeende som hindrar aktualiseringen av smärtsamma minnen, genom ett generellt motstånd mot allt som konkret och specifikt kan innebära en fara. Personen känner och tänker generellt. Detta skyddar henne från negativa känslor och tankar. Men samtidigt berövas hon de positiva upplevelser som gör livet värt att leva. Detta är fällans väggar.

Övuntat nog visade det sig att den depressiva personen inte bara hade negativa förväntningar på framtiden utan framför allt en oförmåga att föreställa sig positiva mål. Utan positiva framtidsmål bortfaller skälen att leva. För dessa tre moment (vara förlorare, vara instängd och utan väg ut) finns nu specifika analys- och behandlingsmetoder. Med detta åstadkom forskarna en fördjupad förståelse av suicidalitetens natur. De skapade en metafor i vilken den suicidala personen kan känna igen sig.

Suicidalitet och depressionen är två saker

Experimentellt har man kunnat visa att suicidtankar är av annan karaktär än depressionen. Utsätts normala människor för sorgsna film, musik eller samtal blir de sorgsna. Detta gäller också personer med tidigare depression, som nu är i friskt skede. Om dessa personer tidigare haft suicidtankar återkommer emellertid dessa, trots att de inte är deprimerade. En gång etablerade suicidtankar kan således framkallas relativt lätt även i friskt skede.

Detta beror på att suicidaliteten är en kognitiv konstruktion, som uppstått i en pressad situation och sedan lever sitt eget liv vid sidan av en eventuell depressionen.

Ett annat fynd, som talar i samma riktning, är att symtombilden vid återfall i depression varierar starkt. Ena gången dominerar sömnstörning, andra gången skuld- och skamkänslor osv. Det enda symtom som inte varierar är suicidtankar. Har sådana förekommit tidigare återkommer de praktiskt taget alltid på samma sätt (Williams et al., 2006).

Suicidalitet kan komma före depressionen

Dessa och liknande fynd ifrågasätter teorin att suicidalitet är ett depressivt symtom: Först depression, sedan suicidalitet. Ibland kan det vara tvärtom: Först suicidalitet, sedan depression. I AMSJ sin upplevelse uppstod de samtidigt. Självmordet framstod blixtnabbt och sedan under lång tid som ett självklart och livgivande löfte om befrielse från outhärdlig plåga. Den tanken hade ett tydligt överlevnadsvärde.

En stark upplevelse av den psykiska dödens realitet, dvs förlust av det egna friska psykiska livet, genererade samtidigt en depressiv reaktion. Först var den övervägande tankemässig (kognitiv), men småningom involverades känsla och kropp. Skammen bredde ut sig i kroppen och över hela livet. Först senare blev de depressiva symtomen synliga utåt.

Psykiska skador

Många suicidforskare fokuserar nu på det psykiska traumats betydelse vid uppkomsten av suicidalitet och utvecklandet av ett posttraumatiskt stressyndrom, PTSD. I ökande utsträckning har de kunnat påvisa samband mellan psykiska trauman och senare suicidalitet (Meichenbaum, 2006). En svårighet forskningsmässigt och kliniskt är att den traumatiska situationen åter måste medvetandegöras, dvs säkerhetsvallen måste genombrytas. Detta frigör ångest och ökar under en period risken för suicidal handlingar. Detta kan motverkas genom en trygg allians mellan klient och terapeut.

Psykologisk olyckshändelse

En följd av detta är att händelser i om-

världen börjar få ökad betydelse för förståelsen av hur suicidalitet uppkommer och bibehålls. Denna nya förståelse gäller också själva suicidhandlingarna. Detta omvärldsperspektiv har ju länge gällt inom olycksfallspreventionen, som också inspirerat till suicidprevention (Clarke & Lester, 1989), t ex genom att bygga skyddsräcken och nät på höga broar eller minska åtkomligheten av giftiga läkemedel. När olycksfallspreventionen startade för över hundra år sedan ansåg man att olyckshändelserna var betingade av öde eller slump och omöjliga att göra något åt. Senare fann man orsakerna hos enstaka individer, olycksfåglar. Först när man anlade ett systemteoretiskt eller kontextuellt perspektiv kom de stora framgångarna. Utomstående haverikommissioner har t ex varit avgörande för eliminering av säkerhetsrisker inom flyget och vägtrafiken. Sådana händelseanalyser sker nu i ökad utsträckning också efter suicid (Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2006). När det gäller suicid uppfattar vanliga människor ofta att självmord orsakas av öde eller slump. Psykiatrer och många psykoterapeuter har kommit fram till personnivån. Suicidiet beror på psykisk störning, oftast en depression. Genom olycksfallsperspektivet har vi nu möjlighet att ta steget över till systemnivå. Kanske är det nu de stora resultaten skall komma!

Suicidalitetens språk

Under den första tiden efter våldtäkten bevarades AMSJ av en intensiv inre dialog, där olika tankar, nästan som hörbara röster, argumenterade mot varandra. Även suicidhandlingar föregås ofta av en intensiv inre dialog (Firestone, 2006; Meichenbaum, 2006) samtidigt med en ökning av den akuta suicidrisken. Stegringar i dialogens intensitet kan markera övergången från en latent, något lugnare, till en episodisk påträngande suicidalitet med hög dödsrisk (Rudd, 2006). Kliniska bedömningar brukar begränsas till den akuta suicidrisken. Därefter återgår emellertid patienten till sin kroniska eller latent suicidrisk. Vi skulle behöva bättre instrument för att kunna beskriva och möta båda dessa former av suicidrisk.

En tonårsflicka som pressas av tankar att hon inte vill leva eller en familj som

drabbats av suicid har i stort sett tre ord till sitt förfogande: Självmod, självmordsförsök och självmordstankar. Det räcker inte! Kontrasten mot vägtrafikens språk är skarp. För att kunna föra en bil måste man lära sig hundratals begrepp om bilen, vägen, omgivande natur och mänskliga ofta irrationella reaktioner. Detta måste integreras så att man reagerar instinktivt i en farlig situation. Suicidalitetens språk behöver bli lika nyanserat som trafikens. Då skulle många dödsfall kunna förebyggas (Beskow et al., 1999; Beskow et al., 2005.)

Trenden i mötet med den suicidala patienten går mot att mer flexibelt närma sig den suicidala människan och hennes självupplevda behov (Michel et al., 2002). Detta innebär att stödja utvecklingen av ett fungerande nyanserat språk i suicidala situationer. Detta sker redan t.ex. i dialektisk beteendeterapi, DBT (Linehan, 1993), kognitiv psykoterapi även inneslutande drogmisbrukare (Brown et al., 2005) och i mindfulnessträning i syfte att öka förmågan till självobservation och därmed förhindra recidiv i depressionsjukdom (Segal et al., 2001).

Välkommen tillbaka

Att se suicidaliteten som en i grunden normal kognitiv funktion som kan övergå i destruktivitet, att orsakerna delvis är verkliga, både svårt traumatiska och banalt obetydliga slumpmässigt inträffade händelser, psykologiska olycksfall, både i processens början och dess slut, och att den suicidala personen behöver få stöd att utveckla ett rikt differentierat språk, suicidalitetens språk, för att bättre kunna medvetandegöra och förändra sina upplevelser, är tre tendenser i dagens suicidprevention. De erbjuder en hoppigvande komplettering av det psykopatologiska perspektivet med ett normalpsykologiskt språk och ett systemteoretiskt sätt att se. Sammantagna reser de frågor om vi inte möjligen är på väg mot en ny mer realistisk förståelse av suicidaliteten och dess natur.

De innebär dessutom att den suicidala personen välkomnas som en helt jämbördig samarbetspartner befriad från onödig skuld och skam. Också detta "välkommen tillbaka från 1.700 år i exil" är rimligt att uppfatta som del i denna nya förståelse.



Jan Beskow är professor, specialist i psykiatri och socialmedicin, suicidforskare, ordförande i Västsvenska Nätverket för Suicidprevention samt utvecklingskonsult vid Center för Kognitiv Psykoterapi och Utbildning i Göteborg.

Senaste bok: Suicidalitetens språk. 2005.



Anne Marie S. Johnsen har vært ansatt ved Norsk Folkemuseum, undervisningsseksjonen, siden 2003. Studier i kunsthistorie, engelsk og musikk. Bakgrunn fra teater og pedagogisk virksomhet. Under behandling ved distriktspsykiatrisk poliklinikk fra høsten 2000 til våren 2003.

Referanser

Beck, A.T. (1967). **Depression. Causes and treatment.** Philadelphia: University of Pennsylvania. Press.

Beskow, J. (1979). **Suicide and mental disorder in Swedish men.** Avh. Acta Psychiatr Scand suppl. 277. Köpenhamn: Munksgaard.

Beskow, J. (1982). **Longitudinal and transactional perspectives on suicidal behaviour. Experiences of suicide prevention in Sweden.** In Achte, K., Nieminen, K., & Vikkula, J. Suicide Research II. Proceeding of the symposium on suicide research by the Yrjö Jahnsson foundation. Helsinki: Psychiatrica Fennica, suppl.

Beskow, J., Eriksson, B.E., & Nikku, N. (1999). **Självmodsbeteende som språk.** Stockholm: Forskningsrådsnämnden, Rapport 99:2.

Beskow, J., & Jarrick, A. (red). (2000). **Humanistisk suicidprevention.** Stockholm: Forskningsrådsnämnden, Rapport 2000:3.

Beskow, J., Palm Beskow, A., & Ehnvall, A. (2005). **Suicidalitetens språk.** Lund: Studentlitteratur.

Brown, G.K., Ten Have, T., Henriques G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., Beck A.T. (2005). **Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. A randomized controlled trial.** JAMA 294, 5, 563 – 570.

Clark D, Beck A.T. & Alford B (1999). **Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression.** New York: John Wiley & Sons.

Clarke, R., & Lester, D. (1989). **Suicide: Closing the exits.** New York: Springer-Verlag.

Ellis T.E. (ed). (2006). **Cognition and suicide. Theory, research, and therapy.** Washington: American Psychological Association.

Firestone L. (2006). **Suicide and the inner voice.** Chap. 7 in Ellis T. Cognition and suicide. Theory, research and therapy. Washington: American Psychological Association.

Gilbert, P. (1989). **Human nature and suffering.** Hove and London: Lawrence Erlbaum Associates.

Gut, E. (1989). **Den sunda depressionen. Möjligheter och svårigheter i dess förlopp.** Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Hawton, K.A., Kirk, J., and Clark, D.M. (eds.) (1989). **Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide.** Oxford: Oxford University Press.

Linehan M.M. (1993). **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.** New York: Guilford Press.

Meichenbaum D. (2006). **Trauma and suicide: A constructive narrative perspective.** Chap. 15 in Ellis T. Cognition and suicide. Theory, research and therapy. Washington: American Psychological Association.

Michel, K., Maltzberger, J.T., Jobs, D.A., Leenaars, A.A., Orbach, I., Stadler, K., Dey, P., Young, R.A., Valach L. (2002). **Case Study. Discovering the truth in attempted suicide.** Am J of Psychotherapy, 56, 3, 424-437.

Pokorny A.D. (1974). **A scheme for classifying suicidal behaviors.** In Beck, A.T., Resnik, H.P.L. & Lettieri D.J. (eds.). The prediction of suicide. Bowie: The Charles Press Publ. Inc.

Retterstøl, N., Ekeberg Ø., & Mehlum L. (2002). **Selvmod – et personlig og samfunnsmessig problem.** Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rudd D. (2006). **Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk.** Chap. 16 in Ellis T. Cognition and suicide. Theory, research and therapy. Washington: American Psychol Ass.

Salkovskis P.M. (2001). **Psychological treatment of suicidal patients.** In Wasserman, D. Suicide – an unnecessary death. Hove and London: Martin Dunitz.

Segal, Z.V., Williams J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). **Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.** New York : Guilford.

Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut (2006). **Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag.** Stockholm: Socialstyrelsen.

Vea, I. (2006). **Dødelig skam.** Suicidologi, 11, 1, 19-20.

Williams, M., & Pollock L. (2001). **Psychological aspects of the suicidal process.** In van Heeringen, K. (ed). Understanding suicidal behaviour. The suicidal process approach to research, treatment and prevention. Chichester: Wiley.

Williams, M. (2001). **Suicide and attempted suicide.** New edition. London: Penguin.

Williams JM, Crane C, Barnhofer T, Van der Does AJ, Segal ZV. (2006). **Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes.** J Affect Disord, 91(2-3), 189-94