

Socialt arbete vid suicidalt beteende inom psykiatrisk hälso- och sjukvård i Skåne

Tidigare och aktuell psykosocial forskning

Agneta Öjehagen, Sara Probert-Lindström

Agneta Öjehagen, professor emerita, legitimerad psykoterapeut, socionom, Medicinska fakulteten, Institutionen för kliniska vetenskaper, Psykiatri, Lunds universitet.

E-post: Agneta.Ojehagen@med.lu.se

Sara Probert-Lindström, doktorand, legitimerad psykoterapeut, legitimerad hälso- och sjukvårdskurator, Skånes universitetssjukhus, Medicinska fakulteten, Institutionen för kliniska vetenskaper, Psykiatri, Lunds universitet. E-post: sara.probert-lindstrom@med.lu.se

Varje suicid är en personlig tragedi och representerar dessutom en omfattande samhällslig förlust. Problematiken bakom suicid är mångfacetterad och insatser behövs inom många olika domäner i samhället, bland annat finns ett stort behov av nya hälso- och sjukvårdsstrategier. Hälso- och sjukvårdskuratoren med sin tvärvetenskapliga utbildning har möjlighet att bidra till ett multifaktoriellt perspektiv på suicid såväl inom klinik som forskning. Syftet med denna artikel är att belysa fältet psykosocialt arbete med suicidnära individer inom hälso- och sjukvården med exempel från vår egen tidigare och pågående forskning mot bakgrund av övergripande kunskap om suicidalt beteende. Vår slutsats är att det psykosociala perspektivet ger ett värdefullt bidrag till att förstå och behandla suicidnära individer samt bereda stöd till deras närstående.

A suicide is a personal tragedy also representing a major societal loss. The problems behind suicide are multifaceted and interventions are needed in many different domains of society, including a strong need for new health strategies. Health care counsellors' interdisciplinary education provides them possibilities to contribute to a multifactorial perspective on suicide in both clinical and research settings. The aim of this study is to present a psychosocial perspective on suicidality by giving examples from our own research on this issue with clinical implications for psychosocial work in health care. Our conclusion is that the psychosocial perspective provides a valuable contribution to understanding and treating suicidal individuals and giving support to their significant others.

Inledning

Varje år tar ca 800 000 personer livet av sig i världen (1), varav ungefär 1500 i Sverige, inräknat både säkra och så kallade osäkra suicid. Att en människa tar sitt liv är en personlig tragedi och representerar dessutom en omfattande samhällslig förlust. 2014 resulterade dessa dödsfall i direkta kostnader på 46–60 miljoner kronor, indirekta kostnader på 9 miljarder och dessutom en förlust av 38 000 levda år (2). Problematiken bakom suicidalitet är mångfacetterad och insatser behövs inom många olika domäner i samhället, bland annat finns ett stort behov av nya hälso- och sjukvårdsstrategier för att minska dödsfallen i suicid (3). Det är känt att personer som senare dör i suicid ofta har sökt någon form av vård i nära anslutning till dödsfallet (4). Exempelvis visar en stor metaanalys (5) att tre av fyra hade haft kontakt med primärvård under året före dödsfallet och en av fem hade haft psykiatrisk kontakt månaden före dödsfallet. Detta indikerar att vårdenheter utgör en viktig kontaktyta för förbättrad suicidriskbedömning och suicidpreventiva åtgärder. Här kan hälso- och sjukvårdskuratorn spela en avgörande roll.

Hälso- och sjukvårdspersonal har tenderat att huvudsakligen betrakta suicidalt beteende som ett symptom på eller en följd av underliggande psykiatriska tillstånd, det vill säga ett psykiatriskt perspektiv på förståelsen av suicid. Majoriteten av de personer som har en psykiatrisk diagnos har dock inte suicidtankar och genomför aldrig ett suicidförsök. Även om de flesta som suiciderar haft en diagnostiserbar psykiatrisk problematik, förekommer suicidalt beteende även hos personer utan uppenbara tecken på psykisk sjukdom. Den psykiatriska modellen har dock kritiserats för att medföra en deterministisk och stigmatiserande syn på individen, där komplexitet och helhetssyn på den specifika individens suicidalitet går förlorad (13). Hälso- och sjukvårdskuratorer med sin tvärvetenskapliga utbildning har möjlighet att bidra med ett psykosocialt perspektiv på suicid såväl inom klinik som forskning, där den psykiatriska modellen ingår som ett av flera perspektiv.

Orsakerna till att en person beslutar sig för att försöka ta sitt liv varierar, men kan härledas till ett brett spektrum av faktorer av biologisk, psykologisk, social och miljömässig natur (6, 7). Många har försökt förklara den psykosociala bakgrunden till suicidalt beteende. Ett sätt att förstå bakgrunden till psykologiskt lidande, ”psycheache” (8) är att förstå utvecklingen av psykopatologi med hjälp av Gilbert och Allens ’*social rank theory*’ (9). Utifrån denna teori menar de att depression kan bero på upplevelser av socialt nederlag och fångenskap, det vill säga att inte kunna undkomma en svår situation. Systematiska litteraturgenomgångar visar att upplevelser av nederlag och fångenskap är positivt korrelerade med suicid (10). Ett annat sätt att förklara varför individer skiljer sig åt i hur de reagerar på prövningar är så kallad copingstil. Ett av flera sätt att definiera

coping är de ”kognitiva och beteendemässiga ansträngningar som används för att bemästra, tolerera och minska krav som belastar eller överskrider en persons resurser”(11). Dysfunktionell coping har också identifierats hos personer som nyligen gjort suicidförsök (12).

Ett eller flera tidigare suicidförsök har i flera studier visat sig vara en riskfaktor för suicid (14). Personer med suicidala beteenden erbjuds vanligtvis farmakologisk behandling som en primär insats för att behandla deras underliggande psykiska problem och för att minska destruktiva beteenden. Användning av antidepressiva läkemedel är en av de vanligaste behandlingarna, men i en nyligen genomförd stor systematisk Cochrane-översikt konstaterades att bevisen för dess effektivitet när det gäller att minska suicid och självskadebeteenden är ofullständiga (15). Istället rekommenderas behandlingsformer såsom kognitiv beteendeterapi (CBT; (16)), dialektisk beteendeterapi (DBT; (17)) och träning av interpersonella problemlösningsfärdigheter (15). Brown med flera 2005 (18) och Stewart med flera, 2009 (19) visade att KBT-program reducerar suicidrisken med 50% jämfört med sedvanlig behandling. Sådana resultat är lovande men kvarlämnar också en stor andel patienter, vars suicidrisk inte reducerats.

Personer som har gjort suicidförsök utgör en riskgrupp för suicid och för nya försök. De utgör tillika en viktig målgrupp för suicidpreventiva åtgärder. Men långt ifrån alla som gjort ett suicidförsök gör nya försök eller kommer att dö i suicid och inte heller har alla som suiciderar gjort tidigare försök. Det är därför av värde att inom gruppen av personer med tidigare suicidförsök kunna bedöma, vilka som löper högst risk för att kunna väga in detta i suicidriskbedömningen och i bedömningen av vilken vårdinsats som krävs.

Författarna till den här artikeln har både långvarig klinisk erfarenhet av att arbeta med personer med suicidala beteenden och att bedriva forskning kring denna problematik. Forskningen har bedrivits inom medicinska fakulteten, avdelningen för psykiatri vid Lunds universitet, en kontext där bio-psyko-sociala ansatser ofta behövs för att såväl belysa som att utvärdera interventioner gällande den multifaktoriella problematik som suicidalitet innebär. Den kliniska anknytningen har varit viktig för tidigare och aktuella forskningsfrågor rörande psykosociala arbetssätt och perspektiv. Syftet med den här artikeln är att belysa fältet psykosocialt arbete med suicidnära individer inom hälso- och sjukvården med exempel från vår egen tidigare och pågående forskning med anknytning till psykosociala perspektiv på suicid mot bakgrund av övergripande kunskap om suicidalt beteende

Metodbeskrivning

Vår egen forskning har utgått från en satsning på suicidforskning inom psykiatri vid dåvarande psykiatriska kliniken, Lunds lasarett. Från 1987 tom 1999

fanns en särskild enhet för suicidal problematik bestående av en vårdavdelning och viss öppenvård, som integrerade forskning och kliniskt omhändertagande (20). Denna enhet hade också hand om den psykiatriska akutkonsultationen av personer som inkommit till sjukvården efter suicidförsök. Hälso- och sjukvårdskurator (AÖ) initierade kurators medverkan i akutkonsultationerna tillsammans med jourhavande psykiatriker, och tog fram ett underlag för bedömning av den akuta suicidrisken och som en vägledning för fortsatt omhändertagande. Detta konsultationsunderlag togs fram i samråd med enhetens chef Lil Träskman-Bendz och i detta ingick förutom psykiatrisk diagnos kända riskfaktorer för suicid, aktuella och långvariga problem, social situation och en kontakt med anhöriga.

Som bakgrund till exemplen på vår kliniska forskning beskrivs först området suicidalitet och psykosociala perspektiv på suicidalitet som fenomen. Vi har sedan valt att presentera några av våra egna studier, som avser belysa konkreta exempel på hur psykosocial forskning kan bedrivas av hälso- och sjukvårdskuratorer inom psykiatri. Valet av de studier som presenterats har gjorts utifrån vår erfarenhet både som kliniker och forskare inom området och avser inte att ge en heltäckande bild av fältet.

Teoretisk bakgrund till psykosociala faktorer att beakta vid suicidalt beteende.

Utifrån den kunskap som finns om olika faktorer som kan ha påverkat *eller* finns med i bilden vid ett suicidförsök, kan flera teorier och metoder inom ramen för socialt arbete vara aktuella (21, 22). *Stress-sårbarhetsmodellen* innebär att negativa livshändelser från tidig ålder liksom belastande sociala livsomständigheter kan vara stressfaktorer, som i kombination med den individuella sårbarheten riskerar att leda till symptom på psykisk ohälsa och suicidalt beteende (23). Utifrån denna modell är det således viktigt att känna till patientens sociala situation och sociala nätverk, inklusive anhörigas och barns situation och dessas eget behov av stöd. *Kriskunskap och krisintervention* har en självklar roll både i kontakten med en person som försökt ta sitt liv och dennes anhöriga (24). Det är av betydelse att utgå ifrån personers behov avseende det personen kan behöva hjälp med. Olika psykosociala behandlingar kan vara tillämpliga. Samtalskontakten har fokus på aktuellt problemområde, här suicidalt beteende, och syftar främst till att påverka motivation, förståelse, attityder, känslor, tankar och beteende kring problemområdet. Samtalen kan kombineras med sociala insatser. Dessa patienter är inte sällan ambivalenta till behandling och risk finns att de inte kommer till behandling eller att denna avbryts. Att tillsammans med patienten följa upp den planering som görs efter ett suicidförsök och de målsättningar som formuleras, kan eventuellt öka motivationen till behandling och att behålla personerna i behandling.

Exempel på dåvarande suicidenhetens psykosociala forskning.

Forskningen genomfördes huvudsakligen av kuratorer, men också av läkare och sjuksköterskor under handledning av AÖ, vilket kan illustrera ett intresse för psykosociala frågeställningar bland flera professioner inom hälso- och sjukvården och även vikten av att arbeta tvärprofessionellt.

Den psykiatriska akutbedömningen. Den första artikeln, som publicerades utifrån konsultationsunderlaget, beskrev patienterna diagnostiskt och sociodemografiskt med fokus på de personer, drygt 50%, som gjort suicidförsök redan före det aktuella, s.k. repeaters. De hade i jämförelse med icke-repeaters, oftare en pågående behandling, 83%, färre hade en anställning (39%) och fler saknade socialt stöd, 70% (25). Vid en uppföljning efter 1 år hade repeaters oftare gjort nya suicidförsök trots fortsatt behandling. Alkoholberoende var en vanlig diagnos bland dessa, de hade mindre ofta ett arbete och uttryckte behov av professionell hjälp (26). Slutsatsen för denna grupp, som ofta redan hade psykofarmakologisk behandling, var att det fanns behov av nya psykosociala behandlingsstrategier och en långsiktig kontakt med vården. Kliniska implikationer är att den sociala situationen behöver utredas och uppmärksammas inför behandling och vid uppföljande kontakter, bl.a. för att uppmärksamma repeaters.

Den sociala situationen uppmärksammandes och undersöktes närmare för de ca 50% av patienterna, som blev inlagda på vårdavdelning efter sitt suicidförsök. Få av dem, 13%, hade välfungerande *sociala relationer* och 2/3 hade *problem i sin arbetsituation*, områden som medförde behov av kuratorskontakt. Patienternas upplevelse av sitt *sociala nätverk* undersöktes med stöd av Interview Schedule of Social Interaction (ISSI), vilken visade ett generellt skört nätverk (27). Denna sociala utredning på vårdavdelningen, som genomfördes av kurator Ulla Magne Ingvar, kunde konstatera att ca hälften av personerna hade ett *riskbruk* (då benämnd överkonsumtion) av alkohol eller tabletter. Slutsatsen blev att det är viktigt att identifiera riskbruk för att förebygga beroendutveckling och den ökade risken för suicidalt beteende, som då kan föreligga (28). Kliniska implikationer är återigen att uppmärksamma och utreda patienters sociala situation inklusive det sociala nätverket. Avseende riskbruk av alkohol finns numera instrumentet AUDIT, vilket rekommenderas i sjukdomsförebyggande riktlinjer av Socialstyrelsen.

En uppföljning av dem som varit inlagda på vårdavdelning genomfördes av kurator Eva Johnsson efter 5 år. Inom 5 år hade 13% suiciderat och av de överlevande hade 40% gjort nya suicidförsök. Repeaters hade haft minst 3 års behandling, de hade fler symtom och en sämre psykisk och social funktion än övriga.

Vår slutsats blev att åter understryka vikten av uppföljande behandling och att uppmärksamma repeaters (29).

En *psykosocial behandlingsmodell* prövades i form av ett behandlingskontrakt rörande det suicidala beteendet och andra problem och inkluderade medicinsk, psykosocial behandling och sociala insatser med definierade mål och metoder, vilka utvärderades tillsammans med patienten var 3:e månad under 1 år. Även anhöriga involverades och vid behov instanser utanför sjukvården. Denna strukturerade modell utgick från en utvärderad behandlingsmodell, behandlingskontrakt för personer med alkoholproblem, som utvärderats i en kontrollerad studie (RCT). Behandlingsmodellen erbjöds patienter som skrevs ut från vårdavdelning efter ett suicidförsök. Den kunde tyvärr inte utvärderas i en kontrollerad studie, vilket skulle ha krävt ett större antal deltagare för att visa effekt än som kunde genomföras då. Modellen finns beskriven i norsk bok om suicidförsök i Norden utgiven 1991(30).

För att bättre försöka *förstå ett suicidförsök*, genomförde läkarkandidat Katarina Skogman en kvalitativ intervju med personer, som blivit inlagda på psykiatrisk vårdavdelning efter ett suicidförsök, så snart det bedömdes vara möjligt. Av dessa intervjuer framkom ett möjligt huvudsakligt tema - känsla av brist på kontroll - avseende olika aspekter av sig själv, sin livssituation, situationen precis innan suicidförsöket och framtiden. Patienterna beskrev bl.a. ett akut suicidalt tillstånd av kaos eller avstängda känslor. Studien betonar vikten av att kunna ge adekvat hjälp för att kunna bryta de onda cirkelarna, som kan leda fram till ett akut suicidalt tillstånd och att tillvarata patienters erfarenhetsbaserade kunskap i det suicidpreventiva arbetet (31).

I samband med akutkonsultationerna kontaktades *anhöriga* i överenskommelse med patienten, vilka inte sällan fanns på sjukhuset då konsultationen gjordes. När information från de anhöriga sammanställdes, framkom att de hade varit oroliga för patienten innan suicidförsöket och hade naturligt frågor om den aktuella vårdssituationen. De gav också viktig information av betydelse för den fortsatta planeringen. Mer än hälften önskade gemensamt samtal med sin närstående och en tredjedel ville ha en behandlingskontakt för egen del (32). De anhöriga kontaktades igen efter ett år. Då angav 80% att deras närstående hade problem utöver sin psykiska ohälsa, och nästan hälften hade inte alls pratat med sin närstående om suicidförsöket. En majoritet av de anhöriga var oroliga för att deras närstående skulle skada sig själv igen och flertalet hade önskat få gemensamma samtal efter besöket. 90 % hade inte blivit involverade i den närståendes behandling, fast de hade önskat det (33). Slutsatsen blev att anhöriga till patienter som gjort suicidförsök dels kunde tillföra viktig information vid bedömningen av patienten, dels behövde eget stöd. Kliniska implikationer är att uppmärksamma de anhörigas situation, både vuxnas och barns, deras behov av insatser och om möjligt härigenom kunna förebygga eventuell psykisk ohälsa hos dem.

Redan vid akutkonsultationen var vi observanta på om patienten hade *minder-*

åriga barn i behov av insatser, vilket uppmärksammades ytterligare för de patienter som blev inlagda på psykiatrisk vårdavdelning. Där erbjöds patienten tillsammans med sin partner ett gemensamt samtal med kurator och barnpsykolog på vårdavdelningen. Barnen fick därefter möjlighet att träffa en barnpsykolog, som då kunde bedöma barnens mående som underlag för behov av eventuella insatser (34). Möjlighet fanns också till fortsatta samtal med kurator. De samtal och det stöd som kunde erbjudas patienterna och deras barn blev en uppskattad psykosocial insats.

En person som gjort ett självmordsförsök är inte sällan *ambivalent till behandling* och det finns risk för att behandlingar avbryts. Vi fann det därför av vikt att följa upp personer tidigt efter suicidförsöket avseende mående och hjälpbehov och om de hade påbörjat eller fortsatt i behandling. Två uppföljande kontakter gjordes utöver ordinarie kontakter med patienter från två olika patientkohorter, en respektive tre månader efter suicidförsöket. Dessa visade att en betydande andel av patienterna var utan behandling vid dessa tillfällen, antingen hade de ännu inte påbörjat eller hade redan avbrutit sin behandling. Många hade fortfarande suicidtankar och de uttryckte behov av professionell hjälp. Dessa uppföljande kontakter gjordes per telefon av en sjuksköterska och en kurator. Slutsatsen var att behovet av tidiga uppföljningar kunde bekräftas (35), och i kliniken kan uppföljande kontakter via telefon i överenskommelse med patienten sannolikt vara en viktig psykosocial åtgärd. Patienternas *behov och problem* undersöktes närmare i fler studier, vilka bekräftade olika sociala behov och problem (36, 37).

Exempel på aktuell psykosocial forskning som bedrivs av författarna.

Ett nytt tillskott bland de terapeutiska metoderna för suicidprevention är Attempted suicide short intervention program (ASSIP), som med bara 3-4 sessioner lyckats reducera antalet nya suicidförsök med 80% i en randomiserad kontrollerad studie genomförd av skaparna Konrad Michel och Anja Gysin-Maillart i Schweiz (38). ASSIP är en kort psykoterapeutisk intervention med sin grund i kognitiv beteendeterapi och anknytningsteori, riktad till patienter med ett nyligt suicidförsök och som syftar till att patienten ska utveckla en förbättrad coping i form av säkerhetsstrategier för att förebygga nya suicidförsök. Säkerhetsstrategierna utgår från en individuell analys av den suicidala processen och handlar om långsiktiga mål och strategier för att kunna distrahera sig, söka stöd och vart man kan vända sig i ett akut läge. Personerna följs sedan med brev under två års tid med möjlighet att kontakta sin terapeut vid en ny suicidal kris. Just nu pågår en randomiserad kontrollerad studie av ASSIP i Sverige med projektledare professor Åsa Westrin från Lunds universitet. Studien undersöker om ASSIP i tillägg till sedvanlig behandling kan minska antalet nya suicidförsök hos en grupp individer som gjort minst ett suicidförsök, jämfört med kontroll-

grupp som bara får sedvanlig behandling. Flera olika yrkesgrupper har utbildats till ASSIP-terapeuter såsom socionomer, sjuksköterskor, läkare och psykologer. I nuläget pågår studien i Lund och Malmö, men den planeras att expandera till fler orter efterhand. Förhoppningen är att ASSIP i framtiden ska kunna erbjudas inom den sedvanliga vården.

Ett annat pågående nationellt forskningsprojekt, som drivs av projektledare professor Westrin, är Retrospektiv journalgranskning av individer som dog i suicid 2015. Det övergripande syftet är att undersöka den vård och de insatser som erbjudits personer som varit aktuella inom vården, innan de tagit sitt liv. En studie av en delpopulation i den stora nationella studien rör personer som haft kontakt inom psykiatrin avseende eventuella skillnader mellan dem som gjort tidigare suicidförsök, 51%, och dem, som inte har några kända tidigare suicidförsök. Individer med tidigare försök hade varit i kontakt med psykiatrin längre, de hade oftare bedömts oftare ha haft en förhöjd suicidrisk. De hade också oftare fått psykofarmakologisk behandling och hade oftare uteblivit från planerade besök nära dödsfallet, jämfört med patienter som inte hade gjort tidigare suicidförsök. Huvudförfattaren (SPL) har medverkat i datainsamling, bearbetning och har sammanställt resultaten, vilka kommer att ingå i hennes doktorsavhandling (39).

Ytterligare ett aktuellt forskningsprojekt är en långtidsuppföljning av personer som gjort suicidförsök (40). En av författarna (SPL) har bearbetat och publicerat dessa resultat, vilka kommer att ingå i hennes doktorsavhandling. Populationen består av 1044 individer, som inkom till medicinsk akutvårdsavdelning vid Lunds universitetssjukhus efter ett suicidförsök mellan åren 1987 och 1998, se tidigare under Några exempel på tidigare forskning. Det övergripande syftet nu var att nå ökad kunskap om långtidsrisken för suicid hos personer som gjort suicidförsök, vilka riskfaktorer från akutkonsultation, som kunde identifieras för suicid och huruvida riskfaktorerna är desamma inom 5 år som efter längre tid. Vid uppföljningen efter 32 år var 7,2% döda i suicid, 53% av dessa avled inom 5 år efter suicidförsöket. Psykos vid suicidförsöket representerade den riskfaktor som hade starkast association till suicid, följt av depression och en historia av tidigare suicidförsök innan det som föranledde akutkonsultationen. Suicidal intention, mätt med SIS (Suicide Intent Scale), visade sig vara en relevant riskfaktor endast inom de första fem åren efter suicidförsöket. Vår förhoppning är att kunskapen ska kunna bidra kliniskt vid den grannliga uppgiften att värdera suicidrisk.

Detta material har också analyserats avseende överdödligheten i suicid jämfört med svenska befolkningen. Vi fann i ovannämnda material av personer som gjort suicidförsök att dödligheten i suicid var 23,50 gånger högre än i befolkningen och högre bland kvinnor än män.

Avslutning: Psykosociala perspektiv behövs

Vi har med denna artikel velat belysa psykosocialt arbete med suicidnära individer inom hälso- och sjukvården med exempel från vår egen tidigare och pågående forskning med anknytning till psykosociala perspektiv på suicid mot bakgrund av övergripande kunskap om suicidalt beteende. Våra exempel på psykosocial forskning innefattar att kartlägga och bedöma social situation, ge psykosocial behandling, göra uppföljningar och koordinera åtgärder/hjälpbehov med andra i och utanför teamet. Socionomers forskning inom medicinska fakulteten sker i samarbete med andra yrkeskategorier, där frågeställningar av psykosocial natur kan lyftas. Trots årtionden av forskning återstår mycket göra för att mer effektivt kunna förebygga suicid. Här har den psykosociala forskningen en viktig uppgift. Vår erfarenhet sammantaget av att vara både yrkesverksamma kuratorer inom psykiatri och forskare inom medicinska fakulteten, är att det psykosociala perspektivet ger ett värdefullt bidrag till att förstå och behandla suicidnära individer samt bereda deras närstående stöd.

Referenser

1. WHO. Suicide rates (per 100 000 population) https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/2019.
2. MSB. Samhällsekonomiska konsekvenser av fullbordade suicid 2015 [Available from: <https://rib.msb.se/filer/pdf/27977.pdf>].
3. Stanley B, Mann JJ. (2020). The Need for Innovation in Health Care Systems to Improve Suicide Prevention. *JAMA Psychiatry*. 77(1):96-8.
4. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. (2014). Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of General Internal Medicine*. 29(6):870-7.
5. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*. 159(6):909-16.
6. Hawton K, van Heeringen K. (2009). Suicide. *The Lancet*. 373(9672):1372-81.
7. Fazel S, Runeson B. Suicide. *The New England Journal Of Medicine*. 2020;382(3):266-74.
8. Shneidman ES. (1998). Perspectives on suicidology. Further reflections on suicide and psychache. *Suicide & life-threatening behavior*. 28(3):245-50.
9. Gilbert P, Allan S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological medicine*. 28(3):585-98.
10. Siddaway AP, Taylor PJ, Wood AM, Schulz J. (2015). A meta-analysis of perceptions of defeat and entrapment in depression, anxiety problems, posttraumatic stress disorder, and suicidality. *Journal of Affective Disorders*. 184:149-59.
11. Folkman S, Lazarus RS. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54(3):466-75.

tema

12. Sunnquist C, Persson U, Westrin Å, Träskman-Bendz L, Lenntorp B. (2013). Grasping the dynamics of suicidal behaviour: combining time-geographic life charting and COPE ratings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 4(4):336.
13. Beskow J, Palm Beskow A, Ehnvall A. (2005). *Suicidalitetens språk*. Studentlitteratur
14. Harris EC, Barraclough B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 170:205.
15. Witt KG. (2020). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
16. Beck AT. (1989). *Cognitive therapy and the emotional disorders*: Penguin.
17. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry*. 72(5):475-82.
18. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *Jama*. 294(5):563-70.
19. Stewart CD, Quinn A, Plevier S, Emmerson B. (2009). Comparing cognitive behavior therapy, problem solving therapy, and treatment as usual in a high risk population. *Suicide & Life Threatening Behavior*. 39(5):538-47.
20. Träskman-Bendz L, Magne-Ingvar U, Regnéll G, Öhman R, Öjehagen A. (1991). Suicidforskningsenheten i Lund. *Socialmedicinsk tidskrift* 1: 10-11.
21. Öjehagen, A. (2014). Socialt arbete och psykisk ohälsa. I Lalos A., Blom B., Morén S., Olsson M. (red): *Socialt arbete i hälso- och sjukvård- villkor, innehåll och utmaningar*: Natur och kultur ISBN 978-91-27-13407-2.
22. Forinder U, Olsson M. (2014). Teorier och metoder i kuratorsarbetet. I Lalos A., Blom B., Morén S., Olsson M (red): *Socialt arbete i hälso - och sjukvård. Villkor, innehåll och utmaningar*. Natur & Kultur ISBN 978-91-27-13407-2.
23. Sarafino EP & Smith TW (2012). Part II Stress, Illness, and Coping. In: Health psychology: Biopsychosocial Interactions, International Student Version. 7.e uppl. Ne Jersey: Johna & Sons.
24. Cullberg J (2006). Kris och utveckling. 5.e uppl. Stockholm: Natur & Kultur
25. Öjehagen A, Regnéll G, Träskman-Bendz L. (1991). Deliberate self-poisoning: Repeaters and nonrepeaters admitted to an intensive care unit. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 84(3):266-71.
26. Öjehagen A, Danielsson M, Träskman-Bendz L. (1992). Deliberate self-poisoning: Treatment follow-up of repeaters and nonrepeaters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 85(5):370-5.
27. Magne-Ingvar U, Öjehagen A, Träskman-Bendz L. (1992). The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 86(2):153-8.
28. Magne-Ingvar U, Öjehagen A, Träskman-Bendz L. (1997). Suicide attempters with and without reported overconsumption of alcohol and tranquillizers. *Nordic Journal of Psychiatry*. 51(6):415-21.
29. Johnsson Fridell E, Öjehagen A, Träskman-Bendz L. (1996). A 5-year follow-up study of suicide attempts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 93(3):151-7.

30. Öjehagen A, Magne-Ingvar, U, Johnsson E, Träskman-Bendz L. (1991). Outpatient treatment contracts in suicide attempters. In Bjerke, T., Stilles, T., eds. *Suicide attempts in the Nordic countries. Epidemiology and treatment* pp 109-209. Tapir publishers, N-7005 Trondheim, Norway
31. Skogman Pavulans K, Bolmsjö I, Edberg A-K, Öjehagen A. (2012). Being in want of control: experiences of being on the road to, and making, a suicide attempt. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 7
32. Magne-Ingvar U, Öjehagen A. (1999). Significant others of suicide attempters: their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 34(2):73-9.
33. Magne-Ingvar U, Öjehagen A. (1999). One-year follow-up of significant others of suicide attempters. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 34(9):470-6.
34. Johnsson Fridell E, Eidevall-Wallin L, Miklos-Ljungberg J, Träskman-Bendz L, Öjehagen A. (1994). Samarbete vuxenpsykiatri och barnpsykiatri efter ett självmordsförsök. *Socialmedicinsk tidskrift*. 71:2-3.
35. Monti K, Cedereke M, Öjehagen A. (2003). Treatment attendance and suicidal behaviour 1 month and 3 months after a suicide attempt. A comparison between two samples. *Archives of Suicide Research*. 7(2):167-74.
36. Cedereke M, Öjehagen A. (2002). Patients' needs during the year after a suicide attempt A secondary analysis of a randomised controlled intervention study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 37(8):357-63.
37. Skogman K, Öjehagen A. (2003). Problems of importance for suicide attempts - the patients' views. *Archives of Suicide Research*. 7(3):207-19
38. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K. (2016). A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Medicine*, 13(3), 21p. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968>
39. Probert-Lindström S, Vaez M, Fröding E, Ehnvall A, Sellin T, Ambrus L, Bergqvist E, Palmqvist-Öberg N, Waern M & Westrin Å. Utilization of psychiatric services prior to suicide- a retrospective comparison of users with and without previous suicide attempts. *Archives of Suicide Research*. 2021 DOI: 10.1080/13811118.2021.2006101
40. Probert-Lindström S, Berge J, Westrin Å, Öjehagen A, Skogman Pavulans K. (2020). Long-term risk factors for suicide in suicide attempters examined at a medical emergency in patient unit: results from a 32-year follow-up study. *BMJ Open*. 10(10):e038794.