

Undersökning av barn och ungdomar som försökt ta sitt liv

INGEN ÖVERDÖDLIGHET KUNDE PÅVISAS

Barn som gjort självmordsförsök lever oftare i splittrade familjer och oftare med enbart fadern än barn i normalpopulationen. Det visar en undersökning av barn och ungdomar som behandlats för självmordsförsök vid BUP-kliniken i Göteborg 1983 och 1992. Till skillnad från resultat i andra liknande undersökningar är samtliga av dessa patienter vid liv i dag. Kanske beror det på den krisbearbetning som gjorts redan i det akuta skedet.

I alla tider har det funnits människor som tagit sitt eget liv, såväl vuxna som barn och ungdomar. Suicidalt beteende, det vill säga självmordstankar, självmordsförsök och fullbordade självmord är meddelanden om svåra lidanden och oftast ett rop på hjälp.

Syftet med den undersökning som redovisas här är att beskriva två grupper av suicidpatienter vid BUP-klinikens kristeam/akutavdelning med avseende på bakgrund, tillvägagångssätt vid suicidförsöket och behandlingsinsatser som genomförts. Dessa grupper utgörs av patienter 1983 respektive 1992. Syftet är också att belysa skillnader och likheter i bakgrund och behandlingsinsatser samt eventuellt klargöra riskfaktorer för ungdomars suicidförsök.

Barn- och ungdomspsykiatern Ulf

Författare

ROSE-MARIE HAITKIN

socionom, leg psykoterapeut

AGNETA GÅRDSMED-VIBERG

sjuksköterska

EVA SCHÜTZ

socionom, leg psykoterapeut

PIA EKBOM JOHANSSON

socionom

INGER LINDAHL

sjuksköterska; samliga barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Östra sjukhuset, Göteborg.

Flickorna dominerar bland de som hade akutdiagnosen självmordsförsök i den undersökta patientgruppen.

Otto publicerade 1971 sin doktorsavhandling om barns och ungdomars självmordshandlingar [1]. Fortfarande anses denna avhandling vara det grundläggande verket inom svensk forskning kring ungdomars självmord. Otto kartlade förhållandena kring en grupp svenska barns och ungdomars självmordsförsök under åren 1955–1959 i form av en epidemiologisk analys och utförde sedan en prospektiv studie under de därpå följande 10–15 åren.

Ottos material var journaler på 1 727 barn och ungdomar som varit föremål för utredning och behandling inom svensk sjukvård. Uppföljningen gjordes utifrån information om personens anpassning och utveckling från olika relevanta källor som exempelvis försäkringskassan och kriminalvårdsregistret. Ottos resultat visade att bland barn och

ungdomar som gjort självmordsförsök dominerade flickor med 80 procent. Denna dominans blev tydligast i samband med puberteten. Dessförinnan var könsfördelningen jämnare.

Fördelningen av självmordsförsök över året visade ett maximum under månaderna februari, mars och november. Andelen storstadsbarn var större än vad som motsvarades av deras antal i populationen. Den vanligaste orsaken till självmordsförsöken var kontaktproblem i förhållande till känslomässigt och socialt väsentliga personer som flick- och pojkvänner respektive föräldrar. Den dominerande metoden var intag av tabletter. Vid efterundersökningen visade det sig att de som gjort självmordsförsök i betydligt större utsträckning än de i kontrollgruppen var ogifta eller hade genomgått en skilsmässa.

Registrering i Kriminalvårdsstyrelsens register, i Kontrollstyrelsens straffregister samt notering i Socialstyrelsens

ungdomsvårdsskolans register förekom i avsevärt större utsträckning bland de barn och ungdomar som gjort självmordsförsök än i kontrollgruppen. Det förekom också en betydligt ökad frekvens av sjukskrivning bland suicidfällen jämfört med kontrollfallen, såväl av psykiska som fysiska orsaker.

Dödlighet större efter självmordsförsök

Mortaliteten bland dem som gjort suicidförsök var vid efterundersökningen 10–15 år senare avsevärt större än i kontrollgruppen. Uppföljningen visade således att barn och ungdomar som gjort självmordsförsök är en riskgrupp. Den utlösande orsaken till suicidhandlingen var till synes banal och bör inte ses som huvudorsak utan uppfattas som »droppen som kom bägaren att rinna över» [1]. I Socialstyrelsens allmänna råd, som presenteras i skriften »Att förebygga självmord inom Hälso- och sjukvård» [2], beskrivs två typer av suicidhandlingar. Dels en väl genomtänkt handling som är förankrad i personlighet, livsstil och aktuell situation, är opåverkbar av psykisk störning, droger eller tillfälliga humörsvängningar, och som övervägts under lång tid och genomförts på ett konsekvent sätt, dels en för individen okontrollerbar händelse på grund av plötsligt sviktande försvaret under inverkan av yttre påfrestningar och eventuellt droger. I verkligheten är det ofta ett mellanting mellan kontroll och kaos. Jan Beskow poängterar [2] att preventiva åtgärder blir mer precisa och effektiva om vi känner orsakssambanden. Kunskap om orsakssambanden bereder väg för preventiva åtgärder riktade mot miljön.

På BUP-kliniken, Danderyds sjukhus, genomfördes en undersökning [3] av ungdomar som vårdats efter att de gjort ett självmordsförsök och ungdomar som lades in på grund av depression. Av dem som gjort suicidförsök bedömdes 73 procent ha en neurotisk personlighet, 5 procent bedömdes som gränspsykotiska (BPO) och 22 procent uppvisade en så kallad borderlinepersonlighet. Av depressionsgruppen hade 59 procent övervägande neurotiska drag och 41 procent var tidigt störda personligheter. Ungdomarna i depressionsgruppen hade således en mera komplicerad problematik och personlighetsstruktur än ungdomarna i självmordsgruppen.

Antal självmord och försök har ökat

Frekvensen självmordshandlingar av ungdomar har fördubblats sedan 1950-talet och vad gäller frekvensen självmordsförsök har det skett en stegring under de senaste decennierna. An-

Tabell I. Familjesammansättning, procent.

	1983 N=27	1992 N=48
Hel familj	41	15
Enbart med modern	26	38
Enbart med fadern	18	15
Fosterhem	4	4
Adoptivföräldrar	0	8
Moder plus styvfader	4	10
Eget boende	7	6
Annat	0	4

talet barnpsykiatriska patienter med såväl självmordsförsök som allvarliga självmordstankar ökade sannolikt även under 1980-talet. En SIFO-undersökning som redovisats i Socialstyrelsens allmänna råd [2] och genomfördes 1984–1985 med 1 002 ungdomar i åldern 12–24 år visade att 4 procent någon gång gjort ett självmordsförsök. På barn- och ungdomspsykiatriska kliniken akutavdelning/kristeam är enligt BUP-klinikens interna statistik [4] suicidfällen den näst vanliga akutdiagnosen.

Enligt den engelska forskarna K Hawton och J Catalán [5] existerar vissa utmärkande drag hos de personer som försöker ta sitt liv. Personer med låg socioekonomisk status har högre självmordsfrekvens än de med hög status. Beteendet är vanligast i städer, då framför allt i områden med social misär. Framför allt unga människor gör självmordsförsök, högst är frekvensen för kvinnor i åldersgruppen 15–19 år.

En rad problem tycks ligga bakom ett självmordsförsök enligt Jan Beskow [2]. Det vanligaste är en nyligen inträffad allvarlig konflikt eller upplösning av en relation till en partner kombinerat med en längre tids relationsstörningar. Andra faktorer är problem med arbete, hälsa eller psykisk sjukdom. De flesta tonåringar har problem i relationen till sina föräldrar. I tonåringarnas familjebakgrund fann man att en stor del av dem bodde enbart med den ena föräldern eller inte med någondera. Flera av tonåringarna hade också problem i skolan, med sin hälsa, i relationen till sin pojk-/flickvän och dålig kontakt med jämnåriga. Direkta psykiska störningar var dock ovanliga.

Patienter som gjort självmordsförsök hade ofta sökt sin läkare kort tid

Tabell II. Andel som utsatts för separationer, procent.

	1983 N=27	1992 N=48
Ingen separation	33	13
En separation	22	54
Mer än en separation	45	33

före försöket. Intressant är att de förklaringar till beteendet som patienten ger ofta skiljer sig väsentligt från psykiaternas.

Enligt Hawton och Catalán [5] har nio av tio av de som kommer till sjukhus efter ett självmordsförsök tagit någon form av överdos, då framför allt ordinerade mediciner eller vanliga smärtstillande medel. Denna sistnämnda metod används framför allt av unga människor. Resten gör försöket genom så kallad självtillfogad skada. Den vanligaste formen är att skära sig, oftast i armar eller handleder. Andra former är att skjuta sig, dränka sig, hoppa från höga höjder och så vidare. Många av dessa har verkligen för avsikt att dö. Enligt samma författare återkommer 15–25 procent av alla självmordspatienter inom ett år efter att ha gjort ännu ett självmordsförsök.

Krisarbetet ska börja tidigt

Kristeamet är en enhet inom Göteborgs barn- och ungdomspsykiatriska klinik bestående av barnpsykiater, underläkare, psykologer, kuratorer och sekreterare. Kristeamet har akutverksamhet klockan 08.00–16.30 måndag till fredag, övrig tid sker denna på akutavdelningen.

Kristeamets inriktning har varit att så snabbt som möjligt börja arbeta med suicidpatienterna och deras föräldrar. Tanken är att få kontakt med den unge och familjen när krisen är aktuell och innan både patientens och familjens försvarsmekanismer byggts upp så att ett förnekande av den verkliga problematiken sker. Det är gynnsamt att skapa kontakt och få igång en kommunikation mellan patienten och föräldrarna där oron och en eventuell underliggande konflikt blir tydliggjord.

Det första samtalet sker så snart patienten är medicinskt färdigbehandlad, oftast hos kristeamet, men det kan också äga rum på den somatiska vårdavdelningen. En bedömning av risken för självmord hos patienten görs, men oavsett resultatet av denna sker ett motivationsarbete för inläggning av patienten på akutavdelningen.

I samtalen ligger fokus på förhållandena i samband med självmordsförsöket. Med patienten och föräldrarna klarläggs det aktuella händelseförloppet, de viktiga bakomliggande problemen och den unge patientens förhållande till närstående. Det är viktigt att vara lyhörd för patientens förtvivlan, besvikelse, övergivenhet och skam. Har självmordsbeteendet varit ett led i bearbetning av en livskris? Vad var det som utlöste handlingen? Vilka personer var involverade? Hur mycket kände de anhöriga till? Utifrån dessa frågeställningar utkristalliseras ofta relationsstörningar

och problem som är okända för föräldrarna eller som sopats under mattan.

Familjesamtal sker cirka två till tre gånger per vecka. De fall som kan färdigbehandlas på omkring två månader handläggs hos kristeamet. Om problematiken är djupare och kräver en mera långvarig bearbetning motiveras familjen till behandling i BUP-klinikens öppna eller slutna vård.

BUP-klinikens akutavdelning är en sjukvårdsvårdsavdelning med sex platser varav två är avsedda för patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). På avdelningen arbetar sjuksköterskor och mentalskötare med specialistutbildning i psykiatri.

Kontaktperson på akutavdelningen

De barn som gjort suicidförsök och läggs in på avdelningen får eget rum där de ges en möjlighet att komma till ro. För att uppnå kontinuitet i omvårdnaden utses tre kontaktmän varav en har huvudansvaret för patienten. Kontaktpersonen fortsätter att prata med barnet efter intagningsmötet med fokus på suicidhandlingen. Det är viktigt att samtalet sker i direkt anslutning till att barnet kommit in på avdelningen. Föräldrarna erbjuds vara på avdelningen tillsammans med barnet och uppmuntras till samvaro under inläggningstiden.

En av kontaktpersonernas uppgift är att observera familjeinteraktionen och att arbeta med de situationer som uppstår i miljön på avdelningen. Vid familjesamtalen hjälper och stödjer kontaktpersonen patienten att ta upp det som är svårt att tala om under samtalet. Personal finns tillgänglig för barnet dygnet runt. Det specifika med omvårdnadssituationen är att personalen inte väjer för att tala om de svåra saker som barnet bär inom sig. Bedöms det att suicidrisk kvarstår ges barnet dygnet runt-övervakning.

Vid utskrivningen görs ett avtal med patienten om att höra av sig till avdelningen om suicidtankarna skulle återkomma. Kontaktpersonen kan ha fortsatt kontakt under en begränsad tid efter utskrivningen.

Genomgång av journaler

Undersökningsgruppen består av samtliga de patienter som åren 1983 respektive 1992 gjort suicidförsök och därför kommit i kontakt med barn- och ungdomspsykiatriska klinikens kristeam och akutavdelning. I gruppen ingår också de patienter som uttryckt suicidhot. 1983 bestod gruppen av 27 barn och ungdomar och 1992 var antalet 48.

Undersökningen har gjorts utifrån de 27 respektive 48 barnens/ungdomarnas journaler. Journalerna har fördelats mellan författarna. Var och en av förfat-

Tabell III. Behandling, procent. Med dem som fick vidare kontakt på en BUP-mottagning avses patienter som kom dit direkt efter samtal med kristeamet eller efter inläggning på akutavdelningen. Observera att ungdomsmottagningar inte fanns 1983. Med BUPs behandlingshem avses klinikens barn- och ungdomsbehandlingshem samt familjevårdning. Av dem som lades in där hade i stort sett alla först varit inlagda på akutavdelningen. Med inläggning av socialtjänsten avses inläggning på dess institutioner.

	1983 N=27	1992 N=48
Uppföljning med kristeamet	63	40
Inläggning på akutavdelningen	59	54
Högst fyra samtal	56	60
Fler än fyra samtal	44	40
Vidare kontakt på BUP-mottagning	45	48
Vidare kontakt på ungdomsmottagning	0	13
Inläggning på BUPs behandlingshem	22	9
Inläggning av socialtjänsten	0	9

tarna har gått igenom journaler från såväl 1983 som 1992. Då författarna varit osäkra i sina bedömningar har hela gruppen diskuterat journaluppgifterna och hjälpts åt med skattningen. Uppgifterna har sedan sammanställts.

De uppgifter som noterats är patientens kön, ålder, familjesammansättning, antal separationer patienten upplevt (skilsmässa, dödsfall, placeringar utanför familjen), tillvägagångssätt vad gäller suicidförsöket, orsaken till suicidförsöket enligt behandlarnas bedömning samt behandlingsalternativ (fortsatt kontakt med kristeamet, inläggning på akutavdelningen, remiss till BUPs öppenvård, remiss till BUPs slutenvård, remiss till ungdomsmottagning, remiss till Socialförvaltningens institutioner samt behandlingssamtal).

Enligt folkbokföringsregistret lever samtliga patienter som 1983 respektive 1992 gjorde suicidförsök och behandlades hos BUPs kristeam och akutavdelning.

År 1983 var det 24 flickor och 3 pojkar. Patienternas medelålder var 15,6 år (från 8 till 23 år). En ung förälder med ett litet barn förekom i patientgruppen. Även bland 1992 års patienter dominerade flickorna; 42 var flickor och 6 poj-

Tabell IV. Tillvägagångssätt, procent.

	1983 N=27	1992 N=48
Tablettintoxikation	92	73
Allvarligt hotat	4	10
Hängningsförsök	0	4
Självstympning (skära sig etc)	4	13

kar. Medelåldern var 14,8 år (från 7 år till 18 år).

År 1983 bodde en betydligt större andel i hel familj än år 1992. Av samtliga barn i normalpopulationen under 18 år bodde såväl 1983 som 1992 86 procent i hel familj, 12 procent enbart med modern och endast 2 procent enbart med fadern (Tabell I). Separationer var vanliga redan 1983, men år 1992 hade betydligt fler utsatts för detta (Tabell II). Med separationer avses dödsfall i familjen, skilsmässa, adoption eller placering utanför familjen.

Kristeamet följde upp en större grupp patienter år 1983 än år 1992. Ungafär lika stor andel gick vidare för behandling på BUP-mottagning. Drygt hälften av patienterna lades in på akutavdelningen de båda åren med en genomsnittlig inläggningstid på 5,7 dagar 1983 respektive 9,8 dagar 1992. År 1983 remitterades ett betydligt större procenttal barn och ungdomar till BUP-klinikens behandlingshem än 1992. Socialförvaltningen hade inte några ungdomsmottagningar 1983. År 1992 överfördes sex av patienterna till dessa. På socialförvaltningens institutioner placerades inte någon av 83:orna men fyra 1992 (Tabell III).

Såväl 1983 som 1992 var det vanligaste tillvägagångssättet vid suicidförsöket intoxication med hjälp av tabletter. Fler hade gjort självmordsförsök genom att skära sig med vassa föremål 1992 än 1983 (Tabell IV).

Av Tabell V framgår att det är ett stort antal patienter som anger relationsproblem av olika slag bakom sin suicidhandling. I de fall patienterna angav flera skäl redovisas det som sågs viktigast.

Enligt behandlarnas bedömning var huvudorsaken till suicidhandlingen relationsproblem inom familjen. Relationsproblemen utanför familjen inkluderade huvudsakligen kamratproblem med mobbningsituationer. Behandlarna ansåg inte kärlekskonflikt som en orsak utan endast som en utlösande händelse. Anpassningsstörning, en diagnos som anger problem av borderlinekaraktär, förekom enligt behandlarna hos 17 procent 1992 (Tabell VI).

Samtliga lever idag

Det viktigaste resultatet från denna undersökning är att samtliga patienter från 1983 som gjorde suicidförsök lever idag. Med andra ord har ingen av de patienter som ingår i studien suiciderat under den gångna tioårsperioden. Såväl Otto [1] som Socialstyrelsens allmänna råd [2] och Hawton och Catalán [5] redovisar en överdödlighet bland unga som gjort suicidförsök. Här skiljer sig patienterna i vårt material från ovan nämnda studier. En av orsakerna kan

vara att kristeamet/akutavdelningen i början av 1980-talet införde nya rutiner i samarbetet med de somatiska avdelningarna på barnklinik respektive vuxenklinik som tar emot suicidpatienter akut.

Dessa rutiner innebär att samtliga patienter remitteras till BUP-klinikens kristeam så snart suicidpatienten återhämtat sig medicinskt. Föräldrarna och patienten kallas för bedömningssamtal och de har dessförinnan informerats om att det kan bli tal om inläggning på akutavdelningen. Detta förfarande fanns inte tidigare utan patienterna kunde skrivas ut från de somatiska klinikerna utan annan uppföljning än remiss till vederbörande BUP-mottagning. Det omedelbara omhändertagandet samt den krisbearbetning som sker i det akuta skedet kan vara en anledning till att någon överdödlighet inte kan påvisas i denna undersökning.

Antalet patienter med akutdiagnosen suicidförsök var betydligt fler 1992 än 1983. Ovan nämnd rutin med det omedelbara överförandet till BUP-kliniken torde vara en av orsakerna. Detta har inneburit att personalen på de medicinska klinikerna blir mer uppmärksam och aktiv i arbetet med suicidpatienterna. En annan orsak kan vara att akutavdelningen år 1989 utökade antalet vårdplatser från fyra till sex och fick möjlighet att låsa avdelningen. Detta innebär att man kan vårda även de patienter som är föremål för lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Före 1989 gick dessa patienter till vuxenpsykiatrisk klinik. Om ökningen av dessa patienter också beror på att fler ungdomar i kris väljer suicid som utväg ur svårigheter går ej att fastställa med hjälp av undersökningsresultaten. En förklaring till ökningen kan vara den tendens till uppluckring av tabu kring döden som skett under de sista tio åren. I ungdomskulturen har dödstankar och dödsönsningar formulerats på ett annat sätt än tidigare. Sångtexter som till exempel Ozzy Osbournes »Suicide Solution» från 1985 har uttryckt ett förhållande av döden eller dödslängtan. I massmedia har självmord och mord uppmärksamats mer.

Flickorna dominerar

Flickorna med akutdiagnos suicidförsök dominerar i denna patientgrupp, liksom hos Otto [1] samt hos Hawton och Catalán [5]. Det här leder tankarna till aspekter på könsspecifik utveckling och de olika uttrycksätten hos pojkar och flickor med internalisering av problemen hos de senare och externalisering och utagerande hos pojkarna. Det är ett känt faktum att pojkar i betydligt större utsträckning än flickor begår brott och tas om hand av socialtjänst

Tabell V. Patientens skäl, procent.

	1983 N=27	1992 N=48
Relationsproblem utanför familjen	15	23
Relationsproblem inom familjen	18	33
Kärlekskonflikt	30	19
Kulturella problem	7	0
Depressiva tillstånd	11	0
Ångest	4	2
Sexuella skäl	0	4
Asocialt beteende	0	4
Stressad livssituation	11	13
Uppger ingen orsak	4	2

och kriminalvård samt att kvinnor är den största patientgruppen inom psykiatri. Cirka två tredjedelar av BUPs patienter i tonåren är flickor vilket framgår av internstatistik fördd vid kristeamet åren 1981–1994. En förklaring till den stora skillnaden mellan 1983 och 1992 vad gäller diagnosen relationsproblem utom familjen kan vara en förändring i behandlarnas sätt att 1992 mer ser på patienternas internaliserade problem i stället för på deras interpersonella relationer.

Patienten är i genomsnitt åtta månader yngre vid suicidförsöket 1992 än 1983. Det är ingen stor förändring, men kan ses som en svag tendens till att suicidförsöken har gått ned i åldrarna.

I föreliggande material är det många fler barn som lever i splittrade familjer än i en normalpopulation. En ökning kan också ses 1992 jämfört med 1983. Något som också framgår i denna undersökning är att fler ungdomar som försökt begå självmord bor med enbart fadern än i en normalpopulation. Även om man inte kan dra direkta slutsatser av detta är det ett observandum att moderns frånvaro förekommer i så hög ut-

Tabell VI. Behandlarnas bedömning, procent.

	1983 N=27	1992 N=48
Relationsproblem utanför familjen	26	2
Relationsproblem inom familjen	34	44
Asocialt beteende	0	0
Identitetskris	7	4
Egentlig depression	0	2
Neurotisk depression	7	0
Depressiv störning	0	4
Livskris	4	4
Traumatisk kris	0	6
Anpassningsstörning	0	17
Kulturkonflikt	4	2
Social problematik	7	2
Personlighetsstörning	4	2
Ingen bedömning	7	11

sträckning bland de unga suicidpatienterna i BUP-klinikens material.

Fler lever i styvfamiljer

Precis som i normalpopulationen lever ett ökat antal barn i vår undersökning i styvfamiljer 1992 jämfört med 1983. Den ökade påfrestning som det innebär att leva i en styvfamilj med många fler och ibland komplicerade relationer samt det faktum att dessa barn upplevt en eller flera separationer skulle kunna vara en förklaring till ökningen. Det finns indikationer på att barn som har upplevt en eller flera separationer har en tendens att i tonåren välja suicidförsök som en lösning på sina problem, eftersom tonårstiden är en period av frigörelse och ett prövande av bindningar och beroende. Samma fynd finns hos Hawton och Catalán [5].

En förändring vad gäller tillvägagångssättet mot aggressivare metoder, t ex att skära sig, kan ses i resultatet. En förklaring skulle kunna vara fler patienter med borderlinestörning, där ett av symtomen är självstypning.

År 1992 kunde betydligt färre patienter följas upp av kristeamet än år 1983. En av orsakerna till detta är att patientantalet ökat mer än de personella resurserna vid kristeamet. En annan orsak till att patienterna överfördes till öppenvården är att alltsedan tvångsvården (LPT) 1989 infördes på akutavdelningen har patienterna haft tyngre och mer vårdkrävande tillstånd och vårdtiden har förlängts för dessa. Båda åren lades drygt hälften av suicidpatienterna in på avdelningen, vilket tyder på att handlingen hos dessa uppfattas som en allvarlig signal. De övriga har antingen vägrat inläggning eller bedömts kunna tillgodogöra sig poliklinisk behandling.

I föreliggande undersökning framgår att vissa bakgrundsfaktorer kan ses som riskfaktorer, exempelvis flera tidiga separationer i ungdomarnas liv samt moderns frånvaro i flera fall. När så är fallet borde en fokusering på barnens situation ske i än högre grad i samband med föräldrarnas skilsmässa.

Litteratur

1. Otto U. Barns och ungdomars självmordshandlingar. Stockholm: Medicinska institutionen, Karolinska institutet, 1971. Akad avh.
2. Socialstyrelsen. Att förebygga självmord inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Allmänna förlaget, 1990. (Allmänna råd från Socialstyrelsen 1990:8).
3. Ploom Norell I. Självmordshandlingar och depressioner hos tonåringar. Patientmaterial från en ungdomspsykiatrisk avdelning. Stockholm 1993. Stencil.
4. Göteborgs Barn- och ungdomspsykiatriska klinikens kristeam. Internstatistik 1981, 1994. Göteborg 1981–1994. Stencil.
5. Hawton Keith, Catalán José. Självmordsförsök. Stockholm: Natur och kultur, 1985.