

RINCÓN CIENTÍFICO



REVISIONES

"CONDUCTAS SUICIDARIAS EN EL ANCIANO" (II PARTE)

Autor:

Antonio Villasana Cunchillos

Profesor Titular Ciencias de la Conducta.

EUE. Universidad País Vasco.

Jefe Servicio Prevención del Suicidio, Osakidetza - Servicio Vasco de Salud.

Correspondencia:

Escuela Universitaria de Enfermería

Universidad del País Vasco

Campus de Lejona

48940 - LEJONA (Vizcaya)

CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA SUICIDARIA EN EL ANCIANO

Las tentativas de suicidio en el anciano son en general serias y el fracaso de una conducta suicidaria es debido frecuentemente, a circunstancias externas no previstas. Muchos autores consideran que la mayoría de las tentativas de suicidio en los mayores debieran ser consideradas como suicidios fallidos. En el anciano existe, una mayor voluntad de morir, lo que se deduce por el contenido de sus notas o escritos, por los métodos utilizados y por las circunstancias en que se producen.

Los ancianos utilizan frecuentemente métodos más duros: ahorcadura, defenestración, arrojarse a vehículos, trenes, etc. En caso de utilización de armas de fuego o armas blancas, las heridas son habitualmente graves. En la mayoría de los países occidentales, la muerte por suicidio en los ancianos se produce por ahorcamiento y defenestración en los varones, o defenestración y envenenamiento en las mujeres. Los hombres en general utilizan métodos más violentos que las mujeres, presentando menos probabilidades de sobrevivir a una tentativa de suicidio.

La disminución de las tasas de suicidio observada tras la detoxificación del gas doméstico en Inglaterra y Gales a partir de 1960 puede ser interesante en este contexto. Antes de 1960 las muertes por inhalación de gas doméstico constituía la forma más frecuente de suicidio tanto en los jóvenes adultos como en los ancianos. Después de esta fecha, se produjo un descenso notable en las tasas de suicidio en los ancianos, no sucediendo lo mismo en otros grupos de edad. Podría interpretarse como una adaptación más rápida al conocimiento de métodos alternativos de suicidio entre los grupos más jóvenes.

Los ancianos con mayor frecuencia que en otras edades tienden a dejarse morir mediante los denominados métodos lentos y sus características intrínsecas dificultan la valoración de la intencionalidad suicida en estos casos. Estos procedimientos lentos, se agrupan bajo el concepto o término de "suicidio por erosión". Ejemplos de este tipo son las personas que intencionalmente rechazan alimentos, medicación prescrita, etc. Este tipo de "suicidio por erosión" se halla prácticamente ausente entre los jóvenes, considerándose como uno de los factores más importantes en la infravaloración del número de suicidios en los ancianos.

El anciano está menos predispuesto que el joven a comentar su intención suicidaria con otras personas. Los ancianos preparan su suicidio de tal forma, que la posible intervención de otras personas sea más improbable que en otros grupos de edad.

ASPECTOS PSICOSOCIALES CORRELACIONADOS CON EL SUICIDIO EN EL ANCIANO

La **viudedad** y el **divorcio**, sitúan a los viudos y divorciados en los grupos de alto riesgo de suicidio debido, no solamente a la soledad por la pérdida de la pareja, si no también a un sentimiento de culpabilidad y de fracaso. Sabemos que el matrimonio actúa como factor protector frente al suicidio. Dicha protección aumenta si además estas personas se encuentran integradas socialmente, por ejemplo: actividades culturales y recreativas, miembros de clubs, asociaciones, etc.

Los períodos de duelo, el luto y los aniversarios de la muerte de un ser querido se hallan relacionados con mayor riesgo de suicidio.

Status socioeconómico: la muerte por suicidio en personas de más de 60 años de edad decrece en los estratos socioeconómicos superiores, mientras que se incrementa en los estratos socioeconómicos más bajos. Se ha relacionado con el **retiro**, en dos aspectos al menos:

1º. El aspecto económico: mientras que para las personas pertenecientes a status altos no sufre una merma considerable, para los pertenecientes a niveles bajos si que la sufre.

2º. La educación de cara a una planificación del futuro después del retiro. En determinadas personas la vida después del retiro puede ser una época muy gratificante y creativa, mientras que puede no serlo para aquellas otras personas que no han recibido dicha educación.

3º. Las **áreas urbanas** se asocian a mayor riesgo de suicidio que las áreas rurales.

LAS ENFERMEDADES

Entre las enfermedades mentales, la **depresión** es el factor más frecuentemente asociado con la muerte por suicidio en el anciano. Pero aunque la depresión es frecuente en la tercera edad, y se sabe además que existen conexiones entre depresión y muerte por suicidio, especialmente en las formas delirantes, solamente el 0,5% de los ancianos deprimidos cometen suicidio.

Todos los clínicos conocen que el riesgo de muerte por suicidio, no se halla directamente correlacionado con la intensidad clínica de la depresión sino con otra serie de factores. Beck, los correlacionó positivamente con el sentimiento de desesperanza.

Alcoholismo: El riesgo de muerte por suicidio es diez veces superior en los alcohólicos que en la población general. El alcoholismo altera las relaciones familiares y sociales en sentido negativo.

Se han encontrado altos porcentajes de **enfermedades físicas** entre suicidas ancianos. Para determinado número de ancianos enfrentados a una enfermedad dolorosa y debilitante, el suicidio

RINCÓN CIENTÍFICO

REVISIONES



puede representar una opción racional para evitar stress profundo y dependencia. Sabemos que las enfermedades físicas se hallan frecuentemente asociadas a alteraciones psiquiátricas en los ancianos y especialmente a la depresión. La asociación de dichas circunstancias hace que el pronóstico sea peor para ambos tipos de patología. Dorpat (1968) encuentra que, el 70% de las muertes por suicidio en los ancianos, se halla asociada a enfermedad física grave mientras que en las personas de 40 a 59 años de edad, dicha asociación desciende al 50% y desciende hasta el 13% en el grupo de jóvenes.

La depresión puede ser una **reacción frente a la enfermedad física**, como por ejemplo en los casos de accidentes cerebrovasculares o ante la perspectiva de tener que sufrir una intervención quirúrgica importante. En otros casos ocurre que la **enfermedad orgánica directamente induce a la depresión** (tumores de páncreas, tumores de cerebro, de ovario, de pulmón, etc.), algo semejante puede ocurrir con las enfermedades virales, productoras de déficits inmunitarios. Otra hipótesis está ganando consenso: la depresión se acompaña de una hipofunción de los linfocitos T y dicha hipofunción sitúa al organismo en una posición de mayor vulnerabilidad frente a las enfermedades infecciosas.

MOTIVOS PARA LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS ANCIANOS



La motivación básica, para la mayoría de los suicidios, en cualquier grupo de edad es el deseo de finalizar con una situación que para el paciente se muestra intolerable. Dicha experiencia puede originarse a partir de situaciones físicas, psicológicas o

sociales disruptivas, subjetivamente vividas como insolubles o incambiables. Objetivamente esas categorías pueden ser reversibles o no reversibles.

Los suicidios del anciano se hallan más relacionados con las categorías no reversibles, mientras que las conductas suicidarias de los jóvenes se relacionan más directamente con las reversibles, o posiblemente reversibles.

Los principales motivos en las conductas suicidarias de los ancianos (sin que el orden de la lista implique prioridades), son:

1. Enfermedades orgánicas crónicas.
2. Muerte de la pareja.
3. Amenaza de institucionalización o dependencia extrema.
4. Abandono de una posición activa en la sociedad o el retiro.
5. Alteraciones psicológicas o psiquiátricas serias.
6. Alcoholismo o drogadicción.
7. Relaciones de pareja o relaciones sociales seriamente perturbadas.

Obviamente, no son categorías mutuamente excluyentes sino que muchas de ellas se superponen aumentando los factores de riesgo.

TENDENCIAS SUICIDARIAS CRONICAS

Las causas se refieren a aspectos cuya naturaleza tiene carácter crónico. Dichas personas, probablemente, posean un amplio historial psiquiátrico que pudiera incluir períodos de hospitalización o períodos de tratamiento ambulatorio, u otras formas de ayuda o de asistencia médico-social. Tampoco es infrecuente que hayan realizado tentativas de suicidio previas.

La mayor parte de este grupo quedarían incluidos dentro de lo que se denomina "**estilo de vida suicidario**". En este grupo no existen muchas razones para poder experimentar un cierto grado de optimismo terapéutico.

TENDENCIAS SUICIDARIAS AGUDAS

La sucesión de acontecimientos que pueden conducir al suicidio en estos casos pueden describirse de la siguiente forma: la vida para estas personas, hasta entonces, transitaba un camino más o menos pacífico. Se produce una ruptura repentina, seguido de un período más o menos corto de depresión, algunas veces acompañado de aumento del consumo de alcohol. Habitualmente no ha existido tratamiento psiquiátrico previo, ni tentativas de suicidio previas, ni otros indicadores de alteración mental hasta el momento presente. A menudo esta disrupción conduce a la ruptura de las redes sociales que esta persona mantenía hasta el presente, sumergiéndose en una situación de aislamiento. Siendo precisamente el aislamiento social lo que incrementa al riesgo de suicidio.

El estudio de la prevención suicida en el anciano implica estudiar dos aspectos previos: en primer lugar uno de los grupos puede sentir una disrupción de todos los aspectos de la vida de tal calibre que le hace contemplar esta como un acontecimiento intolerante, por lo que es imposible continuar como hasta entonces; el ejemplo más característico en este caso sería una enfermedad crónica altamente dolorosa, incapacitante y terminal.

Para un segundo grupo, el suicidio sería una forma de terminar con un período de duelo o sufrimiento por la pérdida de alguno de los aspectos de su vida.

La diferencia con respecto al primer grupo es que aquí, la pérdida de un elemento identificable nos permite, o permite preguntarse al paciente: ¿en qué medida la vida le resulta intolerable? Probablemente en estos casos, la pregunta no es: ¿por qué este suicidio? sino: ¿por qué este problema particular asume una posición tan central en la vida del individuo?. Junto a este tipo de disrupciones antes citadas tales como la pérdida del compañero o compañera, del trabajo, de la posición social, de la independen-

RINCÓN CIENTÍFICO

REVISIONES



cia, etc., a todos ellos debemos añadir la amenazante vivencia de la pérdida de capacidades físicas e intelectuales, que de forma más o menos perceptible pueden acompañar al proceso de senectud y aunque no impliquen patología, puede ser vivida como una amenaza intolerable.

La distinción entre estos dos grupos proviene de que mientras en el primer caso ciertos autores, especialmente los nórdicos y escandinavos, se preguntan si este primer tipo de suicidio pudiera ser considerado como un tipo de "buena muerte" o un tipo de "autoeutanasia", no ocurre de forma general en el segundo grupo, puesto que las posibilidades de disminuir el riesgo de suicidio, aumentando la calidad de sus vidas, es frecuentemente alto.

PREVENCIÓN, INTERVENCIÓN Y POSTVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDARIA

La **prevención primaria** implica la adopción de medidas sobre grupos de personas que, de momento, no presentan signos o síntomas de tendencias suicidas. La prevención primaria sería la más eficaz pero al mismo tiempo la más difícil, puesto que la prevención a este nivel implica medidas a largo plazo, lentas en su desarrollo y que afectan a factores sociales importantes, tales como aliviar las circunstancias o modificar las costumbres sociales que promueven mayor stress: alteraciones mentales, desempleo, prejuicios, aislamiento social, etc. y como dijera Einstein "es más fácil fisionar un átomo que cambiar una costumbre humana".

La **prevención secundaria o Intervención** utiliza estrategias de intervención en crisis: Centros de Intervención en crisis, Centros de prevención de suicidio, Teléfonos de 24 horas: bien sean los Hot Lines o los Teléfonos de la Esperanza, Servicios de Urgencias en Instituciones Psiquiátricas o en los Hospitales Generales, etc.

Una vez detectado un paciente que expresa sintomatología depresiva o ideación suicida es preciso actuar médica y psicológicamente y tomar las medidas sociales pertinentes.

La **intervención terciaria o postvención** se refiere a las actuaciones después del acto. Se traduce en ayuda a los miembros que permanecen vivos: familiares y allegados tanto de las personas fallecidas por suicidio como de los que han realizado tentativas de suicidio y a los supervivientes de estas últimas. Habría que incluir en este apartado programas especiales dedicados al personal sanitario cuando les fallece por suicidio alguno de sus pacientes.

DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS

1. Centros de Prevención del Suicidio

Actualmente la mayoría de las ciudades de Estados Unidos y Gran Bretaña, cuentan con centros de prevención del suicidio los cuales prestan ayuda durante 24 horas al día, bien directamente o a través de los Teléfonos de la esperanza o Hot Lines. Estos centros suelen contar con personal especializado tal como psiquiatras, psicólogos o psicoterapeutas, pero en general trabajan con voluntarios con un mayor o menor grado de experiencia. Estos centros suelen estar relacionados con instituciones religiosas quienes acumulan considerable experiencia histórica en ayudar al prójimo.

Los Teléfonos de la Esperanza o Hot Lines, están abiertos en la mayoría de las ciudades en Europa Occidental y en Japón. Muchos de estos teléfonos existían antes de la guerra mundial pero tras ésta sufrió un importante incremento, fundamentalmente en Estados Unidos y Gran Bretaña, en este último país debido al rol tan importante que asumieron los samaritanos y por otra parte al primer centro de prevención del suicidio en Estados Unidos, en la ciudad Los Angeles, ambos en la década de los sesenta.

2. Programa de postcuidado para los pacientes que han recibido atención hospitalaria por tentativas de suicidio

Durante los últimos 30 años se ha incrementado de forma dramática el número de pacientes que son atendidos y/o ingresados

en los hospitales generales tras tentativas de suicidio. En su seguimiento aparece un nuevo problema: los repetidores. Se estima que entre el 20-40% de los pacientes atendidos, habían realizado tentativas previas.

En los estudios de seguimiento para valorar el riesgo de repetición, se detecta que éste es particularmente alto en los primeros meses después de la epicrisis o del alta hospitalaria: aproximadamente el 10% vuelven a realizar una nueva tentativa de suicidio en los primeros tres meses y un 15% al final del año. En seguimientos prolongados de 10 a 15 años la cifra aumenta al 30-40%.

Si consideramos aquellos que morirán por suicidio, habrá que hacerlo en dos períodos de tiempo diferentes: antes y después de 1982, existiendo diferencias importantes entre ambos períodos.

Antes de 1982, la muerte por suicidio, en aquellas personas que previamente habían realizado tentativas, era aproximadamente de un 1% en el primer año, un 2% en el segundo año, un 3% en el tercer año, etc. alcanzando una cifra aproximada del 10% en los 10 años siguientes. Y a partir de aquí, las cifras permanecían estables entre el 10 y el 15%.

A partir de 1982, las cifras se incrementan de forma dramática, de tal forma que en los 12 primeros meses, consuman el suicidio entre un 8-10%.

En cualquiera de los casos, aquellas personas que han realizado tentativas de suicidio, se constituyen en un grupo de alto riesgo de fallecer por suicidio en el futuro y este riesgo es de 50-100 veces mayor que en la población general, siendo uno de los grupos sobre los cuales deberemos de actuar, mediante:

1. Actuaciones psicosociales y psicoterapéuticas.
2. Uso de psicofármacos y E.C.T.
3. Lo que es más frecuente. Combinación de actuaciones psicofarmacológicas, psicosociales y psicoterapéuticas.

Sabemos que existe una asociación importante entre depresión mayor y muerte por suicidio, que a grandes rasgos podríamos exponerla de la siguiente forma: de los pacientes que sufren depresión mayor, del 15-20% fallecerán por suicidio.

Por otra parte, un 50-60% de las personas que fallecen por suicidio, padecían síndrome depresivo en el momento de la actuación.

Por lo tanto parece adecuado pensar que teóricamente, actuaciones que fuesen eficaces en el tratamiento y en la prevención de la depresión serían eficaces en la prevención de los actos suicidas.

3. Intervención en crisis.

La intervención en crisis significa saber hablar y sobre todo saber escuchar. La intervención en crisis no implica forzosamente ayudas a largo plazo. En más de una ocasión, las actuaciones durante la intervención en crisis sirven para resolver el problema; no obstante en la mayoría de los casos, no es así y estas personas tendrán que recibir ayuda por períodos más prolongados de tiempo.

4. Tratamientos a largo plazo.

Los tratamientos a largo plazo deberán contemplar varios aspectos: en primer lugar, reducir o resolver el problema psiquiátrico (depresivo o no), psicológico y social, que presente el paciente.

En segundo lugar, buscar soluciones y estrategias alternativas para prevenir la aparición de futuras crisis. Es decir, intentar modificar su estilo de enfrentarse a los problemas en la vida. Muchas de las personas creen, a nuestro modo de ver de forma incorrecta, que las actuaciones señaladas en primer lugar son suficientes para resolver los problemas. En determinados casos es posible que sea así, pero si persiste esta actitud del paciente al enfrentarse a los sucesos vitales y dado que es probable que estos problemas vuelvan a repetirse, también es probable que vuelvan a repetirse este tipo de actuaciones suicidarias a menos que logremos modificar su estilo de enfrentar y tratar de resolver los proble-



mas que la vida presenta.

Al trabajar con estas personas debemos definir cuidadosamente los objetivos terapéuticos; es importante preguntar al paciente, qué es lo que quiere hacer con su vida, cómo quiere planificar su futuro y si el suicidio realmente le ayuda a planificar su vida.

Un grupo importante de los clientes suicidarios son del tipo: "sí pero...". Así cuando discutimos con ellos de ideas y actividades dirigidas hacia la obtención de relaciones sociales e interpersonales más sanas y organizarse un estilo de vida más sano, ellos aceptarán pero en la mayoría de los casos a continuación dirán: "sí, pero...".

Diekstra (1990), formula cinco objetivos de actuación psicococial o psicoterapéutica, las cuales son:

- 1.- Ayudarles a reducir los problemas emocionales y psicológicos, mejorar las relaciones interpersonales y aislamiento social.
- 2.- Ayudarles a construir una mejor autoimagen.
- 3.- Ayudarles a desarrollar relaciones personales satisfactorias.
- 4.- Enseñarles a desarrollar estrategias para resolver los problemas de forma más eficaz que a partir de las conductas suicidarias.
- 5.- Desarrollar objetivos y un futuro vital a largo plazo.

Todas estas medidas tienen que estar inmersas en programas comunitarios. Por lo tanto es absolutamente necesario, la creación, desarrollo y mantenimiento de estos programas de actuación comunitaria.

UN PROGRAMA GLOBAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Dada la complejidad de las interrelaciones factores biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociales en la causación y desencadenamiento de las conductas suicidas, la actuación unilateral ha de ser poco eficaz. **Los problemas complejos exigen soluciones com-**

plejas, que deben hallarse insertas en programas comunitarios.

La suicidología se encuentra, en estos momentos, en una fase infantil de desarrollo. No obstante, existen importantes medidas que podrían adoptarse pero debemos señalar, que a menos que los gobiernos, las autoridades políticas, los responsables de la salud pública y la universidad tomen interés en estos campos, será difícil llegar a resultados importantes.

Tratamiento y estrategias preventivas del suicidio en los ancianos:

Tanto el suicidio como las tentativas de suicidio en los ancianos, pueden prevenirse, pero el desarrollo y puesta a punto de dichos programas, se hallan en sus estados iniciales. Las infraestructuras que permitan coordinar los programas de investigación y atención clínica en el área de prevención de suicidios en la tercera edad, aun deben de ser establecidos en nuestro país. El entrenamiento de agentes de la salud y otros grupos sociales importantes en la evaluación y el manejo del riesgo de suicidio, es aun deficiente.

No obstante, la IASP (Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio) y la OMS, han desarrollado estrategias nacionales comprensivas para la prevención del suicidio en la tercera edad, cuyas líneas maestras son:

Primero: Potenciación de la investigación en torno a las conductas suicidarias: epidemiológicas, bioquímicas, psico-sociales, etc.

Segundo: Diseño e implementación de programas y servicios de atención clínica.

Tercero: Información sanitaria general y de prevención del suicidio a grupos de profesionales y organizaciones, así como al público en general.

Cuarto: Formulación de estrategias y técnicas para actuar con los grupos de alto riesgo.

BIBLIOGRAFIA

BARNES, R.A.: "The recurrent self-harm patient". *Suicide Life Threat Behav*, 16: 399-408, 1986.

BAYET A.: "Le suicide et la moral". Paris, Alcon. 1922.

BILLE-BRAHE, U; HANSEN, W; KOLMOS, L; WANG, AG: "Attempted suicide in Denmark: I. Some basic social characteristics". *Acta Psychiatr Scand*, 71: 217-226, 1985.

BLAZER DD, et al: "Suicide in late life: review and commentary". *J. Am Geriatric Soc* 34: 519-525. 1986.

Centers for Disease Control. USA. 1986.

DEYKIN, EY; PERLOW, R; MC NAMARA, J: "Non-fatal suicidal and lifethreatening behavior among 13 to 17-year old adolescents seeking emergency medical care". *Am J. Public Health*, 75: 90-92, 1985.

DEKSTRA, R.F.W: "Epidemiology of attempted suicide in the EEC". *BIOL PSYCHIATRY* 162: 1-16, 1982.

DEKSTRA, R.F.W: *Il suicidio lungo il ciclo della vita, una prospettiva epidemiologica internazionale*. In *Aspetti clinici del comportamento suicidario*. Editor Diego de Leo. Liviana Editrice. Padova. 1990.

DEKSTRA, R.F.W: *Suicide and attempted suicide, an international perspective*. *Acta Psychiatr. Scand.* 80 (s. 354) 1-24. 1989.

DEKSTRA, R.F.W.; HAWTON, K.: *Suicide in adolescence*. (Diekstra and Hawton Edt). Dordrech/Boston, Nijhoff. 1987.

DEKSTRA, R.F.W, EDMOND, M.: *Suicide and attempted suicide in general practice, 1979-1986*. *Acta Psychiatr. Scand*, 79: 268-275. 1989.

FERNANDEZ-POOL, B.: "Characteristics of 77 Puerto-Ricans who attempted suicide". *Am*

J. Psychiatry, 143: 1460-1463, 1986.

GARCÍA-MARCO, R.: "Aportaciones al estudio de la personalidad en la conducta suicida". Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna, 1976.

HOBERMAN H.M.; GARFINKEL B.D.: "Completed suicide in youth", in PFEFFER C.R.: "Suicide among youth". American Psychiatric Press. Washington. 1989.

KOTILA, L.: "Age-specific characteristics of attempted suicide in adolescence". *Acta Psychiatr Scand*, 5: 436-443, 1989.

KOTILA, L; LONNQVIST, J.: *Suicide and violent death among adolescent suicide attempters*. *Acta Psychiatr Scand*, 79: 453-459. 1989.

National Center for Health Statistics 1976-1978. USA.

PFEFFER C.R.: "Suicide among youth". American Psychiatric Press. Washington. 1989.

POLDINGER, W.: "La tendencia al suicidio". Ediciones Morata, S.A. Madrid.

QUEREJETA, I. y cols.: *Parasuicide in a hospital-based catchment area. Suicidal behaviour and risk factors*, 207-210. Monduzzi Editore. Bologna. 1990.

ROY, A.: *Suicide and Psychiatric patients*. *Psychiatr Clin North Am* 8: 2. 1985.

SEVA DIAZ, A.: "Los intentos de suicidio". *Psiquis* 6, Vol V, 246-254, 1984.

STEVENSON, M.: *Suicide*. In *Textbook of Psychiatry*, Talbot, Hales and Yudofsky Edt. The American Psychiatric Press. 1988.

SAMPAIO FARIA, J.G.: *Targets for health for all and suicide in the European Region of*

the World Health Organization. Suicidal behaviour and risk factors, 7-10. Monduzzi Editore. Bologna. 1990.

SAMPAIO FARIA, J.G.: *Suicidal behaviour trends in the European Region of the World Health Organization* 47-52. Monduzzi Editore. Bologna. 1990.

SHAFIL M.: "Completed suicide in children and adolescents", in PFEFFER C.R.: "Suicide among youth". American Psychiatric Press. Washington. 1989.

VILLASANA, A.E.: *Suicide Attempts in Vizcaya. IV European Congress Psychiatric Epidemiologie*. 1988.

VILLASANA, A.E.; y cols: "Servicios de Urgencia de un Hospital General: Tentativas de suicidio en Vizcaya". *Psiquis*, Vol 11 (25-30). 1990.

World Health Organization, Regional Office for Europe: *Consultation on strategies for reducing suicidal behaviour in the European Region*. Copenhagen. 1990.

World Health Organization, Regional Office for Europe: *Proposed Programme Budget 1990-91*. Copenhagen. 1989.

World Health Organization, *Correlates of Youth Suicide*. Tech. Documents. 1988.

World Health Organization, Regional Office for Europe: *Target for health for all*. Copenhagen. 1985.

World Health Organization, Regional Office for Europe: *Changing patterns in suicide behaviour. Reports and Studies*, 74. Copenhagen. 1984.

Wisse J. *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvolkern, Zutphen, Nethl. Thieme*, 1933.