

**Jornadas de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do IPB**
Bragança, 7-8 de junho 2013



**Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de S
IPB**

LIVRO DE ATAS (EBOOK)

COORDENADORA: Maria Helena Pimentel

Colaboradores:

André Novo

Angela Prior

Carlos Magalhães

Celeste Antão

Eugénia Anes

Leonel Preto

Lúcia Pinto

Manuel Brás

Maria Augusta Mata

Maria Gorete Baptista

Maria José Gomes

Norberto Silva

FICHA TÉCNICA

Título

Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Data

junho de 2013

ISBN: 978-972-745-159-3

Editora: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Avenida D. Afonso V - 5300-121,

Bragança, Portugal

Tel: (+351) 273 303 200 / (+351) 273 330 950

Fax: (+351) 273 327 915

Este livro contém informações obtidas de fontes autênticas. A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos é única e exclusivamente dos autores.

Os artigos publicados neste livro são propriedade da ESSa-IPB. Este livro ou qualquer parte do mesmo, não poderá ser reproduzido ou transmitido em qualquer formato ou por qualquer meio, eletrónico ou físico ou por qualquer sistema de armazenamento de informação ou de recuperação, sem autorização prévia por escrito da ESSa-IPB.

Todos os direitos reservados.

SUICÍDIO: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Eugénia Maria Garcia Anes^{1,2}, Silva, N.¹, Silva, S.¹

¹Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

²NIII Núcleo de Investigação e Intervenção do Idoso

RESUMO

Através da apresentação do panorama epidemiológico do suicídio, pretende-se com este trabalho alertar os profissionais de saúde para a real dimensão do problema.

O suicídio é considerado um verdadeiro problema de saúde pública quer na Europa, onde se verificam as maiores taxas de suicídio a nível mundial, quer em Portugal, ocupando este o terceiro lugar, onde o suicídio mais cresceu nos últimos 15 anos. Todos os anos mais de 58.000 pessoas cometem suicídio no interior da União Europeia (OSPI – Europe). Portugal ocupa nos últimos 15 anos uma tendência crescente nesta área, registando-se neste período um aumento de 9% na taxa de suicídio.

Verifica-se uma subnotificação do número de suicídios registados em Portugal. Oficialmente, o número de registos efectuados nos últimos anos, ronda os mil casos. No entanto, um estudo europeu, desenvolvido pelo OSPI-Europe, contabiliza também as mortes violentas indeterminadas. Pelo que de acordo com esta organização, os números do suicídio provável, apontam para dois mil casos por ano, ou seja, cinco portugueses por dia acabam com a vida. A estes valores acrescem ainda as tentativas de suicídio mas não consumado, para as quais se estimam taxas 10 vezes superiores às do suicídio. Segundo dados da OMS, o suicídio estava entre as 10 principais causas de morte em todas as idades (Organização Mundial da Saúde, 2003).

As doenças mentais afetam quase 23% da população, ou seja perto de dois milhões de portugueses. O suicídio é uma consequência das doenças mentais, nomeadamente da depressão, que afeta perto de 400 mil pessoas. Em média, Portugal regista todos os anos dois mil suicídios, sendo que cerca de mil são registados como suicídios, mas o restante é muitas vezes classificado como mortes violentas indeterminadas.

A pesquisa evidencia a associação do suicídio com a existência de problemas mentais, (Mann, Bertolote, Beautrais, Currier, Haas, Hegerl, Lonnqvist, Malone, Marusic, Mehlum, Patton, Phillips, Rutz, Rihmer, Schmidtke, Shaffer, Silverman, Takahashi, Varnik, Wasserman, Yip, & Hendin (2005), 90% de suicídios ocorrem dentro de um distúrbio psiquiátrico, com especial ênfase neste contexto para a depressão. Outros factores identificados são o género, a idade, o meio sociocultural, a personalidade, as atitudes e efeitos de imitação. Com o objetivo de prevenir o suicídio torna-se urgente, pertinente e imprescindível a formação específica de profissionais, implementação de medidas específicas, que englobem educação e sensibilização, programas de melhoria do tratamento de transtornos mentais, o rastreio populações de alto risco, e restrição do acesso a meios letais.

Para a elaboração deste trabalho, foram efetuadas consultados de dados e investigações em diversas organizações nacionais e internacionais e pesquisa bibliográfica.

Palavras-chave: Suicídio, Estatísticas do suicídio, Diagnóstico precoce, Prevenção.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Em meados de 1897, Durkheim definiu suicídio como “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabe que produz esse resultado” (Sampaio, 1991, p. 31). Mais tarde, nos anos 30, Halbwachs em 1930 afirmou que “o que distingue um suicídio externamente de qualquer outro tipo de morte é ser realizado com instrumentos ou meios que nos levam a assumir que o sujeito pretendia morrer” (Sampaio, 1991, p. 31). Segundo Caplan (1964), o indivíduo em crise encontra-se numa luta para manter o equilíbrio entre si e o meio, na pessoa que se suicida existe um sentimento de incapacidade de resolução e encontro do equilíbrio, o que o leva à morte como a única saída (Liria & Veja, 2002).

Atualmente, o significado da palavra suicídio encaminha para o sentido de morte intencional autoinfligida, ou seja, quando a pessoa, por desejo de fugir de uma situação de enorme sofrimento, decide pôr termo à sua própria vida. O indivíduo sente-se impossibilitado ou incapaz de encontrar alternativas para o seu conflito, optando finalmente pela morte.

Em Portugal, Vaz Serra (1971) fazendo alusão ao suicídio utiliza um conceito pragmático de autodestruição por um ato deliberadamente realizado para concretizar este fim (Sampaio, 1991).

O comportamento suicida pode ser classificado em três categorias, que sugerem um possível gradiente de severidade e homogeneidade: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Considerando este *continuum* a ideação suicida (pensamentos, ideias e desejo de se matar) se posicionaria em um dos extremos e em outro o suicídio, entre eles estaria a tentativa. (Borges, 2004).

O tentador é aquele que intencionalmente inicia um comportamento não habitual, sem intervenção dos outros, causando auto-lesões ou ingerindo intencionalmente excesso de medicamentos com a finalidade de provocar mudanças em resultado das ocorrências físicas ocorridas ou esperadas (Borges, 2004).

O suicídio é um problema de saúde pública com relevância, especialmente na Europa, onde são encontrados os maiores índices de suicídio no mundo. Todos os anos estima-se que cerca

de 58.000 pessoas cometem suicídio na União Europeia. Segundo dados da OMS, o suicídio está entre as 10 principais causas de morte em todas as idades (Organização Mundial da Saúde, 2003). Se nos reportarmos a dados de 2013 da mesma organização (WHO, 2013a), constatamos que se suicidam a nível mundial por volta de 3000 pessoas por dia. Anualmente este número ronda hoje o milhão, projetando-se para 1,5 milhões (WHO, 2013b), em 2020.

Em Portugal, encontramos registos sobre o suicídio a partir de 1902, variando este número entre esse ano entre 236 (Freitas, 1982) e 1012 casos em 2011 (INE).

A nível regional e considerando as décadas de 1930-39, 1940-49, 1960-69 e 1970-79, podem assinalar-se duas grandes regiões diferentemente propensas à prática do suicídio: o Norte onde se inclui Bragança e o Sul (Freitas, 1982).

OBJETIVO

Pretende-se com este trabalho alertar todos os profissionais que fazem ou poderão vir a fazer parte de equipas de prevenção do suicídio, em especial os profissionais de saúde para este problema de saúde pública.

DESENVOLVIMENTO

Os dados da OMS mostram que as taxas de suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos, sobretudo nos países em vias de desenvolvimento (Mann, Bertolote, Beautrais, Currier, Haas, Hegerl, Lonnqvist, Malone, Marusic, Mehlum, Patton, Phillips, Rutz, Rihmer, Schmidtke, Shaffer, Silverman, Takahashi, Varnik, Wasserman, Yip, & Hendin (2005), e que se situava entre as 10 principais causas de morte em todas as idades (Organização Mundial da Saúde, 2003).

A nível mundial, o suicídio apresenta uma taxa de mortalidade global de 16 por 100.000 habitantes, constituindo a 13ª causa de morte geral; a 3ª causa de morte no grupo etário dos 15 aos 34 anos e a 2ª causa de morte nos jovens dos 15 aos 19 anos. Por outro lado as tentativas de suicídio representam a 6ª causa de défice funcional permanente (Direção-Geral da Saúde, 2013).

A nível europeu, e na maioria dos países, o número anual de suicídios ultrapassa o das vítimas de acidentes de viação: nos 27 países da União Europeia a taxa média de suicídio por 100.000 habitantes foi 9,4 em 2010, enquanto o número de mortes por acidentes de viação foi de 6,5 por 100.000 habitantes, variando as taxas de suicídio entre 2,9 na Grécia e 28,5 na Lituânia (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Em termos económicos, os custos associados ao suicídio são da ordem dos biliões de euros (Mann, Bertolote, Beautrais, Currier, Haas, Hegerl, Lonnqvist, Malone, Marusic, Mehlum, Patton, Phillips, Rutz, Rihmer, Schmidtke, Shaffer, Silverman, Takahashi, Varnik, Wasserman, Yip, & Hendin (2005).

A realidade Portuguesa, não contrasta a nível europeu, a taxa de suicídios por 100.000 habitantes foi de 10,3 em 2010, superior a qualquer outra morte violenta, nomeadamente por acidentes de viação e acidentes de trabalho (EUROSTAT,2013).

Os indicadores atrás referidos justificam a consideração deste problema como problema de saúde pública. O impacto do suicídio na saúde pública tem especial relevância, quando observamos o aumento das taxas de suicídio registado na última década em Portugal.

Nos últimos 10 anos, a taxa de suicídios tem variado entre 4,5 por 100.000 habitantes em 1999 e 10,3 em 2010, com alguma evidência em 2002 (10,1), 2003 (9,4) e 2004 (9,6) (EUROSTAT, 2013). Assim no número de suicidas verificou-se um significativo aumento de 519 para 1098 casos, no período de 2000 a 2010, tendo-se registado posteriormente 1012 casos em 2011 (INE).

Os resultados apresentados, constituindo preocupação, não traduzem a realidade. O suicídio constitui um fenómeno reconhecidamente subdeclarado. Esta razão, prende-se com o facto de a morte por suicídio ser uma morte fortemente estigmatizada por motivos de ordem religiosa, sociocultural e política e porque a sua etiologia nem sempre é evidente (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Este não é um problema apenas de Portugal, mas da grande generalidade dos países. A subnotificação dos suicídios oculta a verdadeira dimensão do fenómeno. Em Portugal, não se conhece nem o número, nem o perfil dos suicidas, salvo algumas variáveis demográficas (sexo, idade e região) e outras relativas aos métodos de suicídio (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Oficialmente, o número de registos efetuados nos últimos anos, ronda os mil casos. No entanto, um estudo europeu, desenvolvido pelo OSPI-Europe denominado “Optimised Suicide Prevention Programs and their implementation in Europe”, no município da Amadora, em Portugal, contabiliza também as mortes violentas indeterminadas (OSPI-Europe). Pelo que de acordo com esta organização, os números do suicídio provável, apontam para dois mil casos por ano, ou seja, cinco portugueses por dia acabam com a vida. A estes valores acrescem ainda as tentativas de suicídio mas não consumado, para as quais se estimam taxas 10 vezes superiores às do suicídio.

Não é possível prevenir eficazmente aquilo que não se conhece ou se conhece mal (Direção-Geral da Saúde, 2013), pois, para que qualquer medida de intervenção alcance os resultados ou propósitos esperados, é imprescindível que esta esteja baseada num profundo diagnóstico de saúde da população.

No entanto, ainda que escassa a investigação realizada em Portugal nesta área, coloca em causa a validade e fiabilidade destes resultados (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Todos estes factos não colocam em causa a relevância do problema, pelo contrário, vieram alertar as entidades responsáveis a nível nacional para a verdadeira dimensão do suicídio em Portugal. Assim foi apresentado recentemente o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio para 2013-2017.

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) 2013-2017 surge como uma necessidade premente do país tendo em conta: o impacto do suicídio na saúde pública; a evolução das taxas de suicídio na última década; a subnotificação dos suicídios; a prevalência de fatores de risco, (doença mental); a dificuldade encontrada na taxonomia dos diversos tipos de atos suicidas e comportamentos autolesivos; a dificuldade de registo e avaliação efetiva das medidas implementadas ou a implementar; a necessidade de criar sinergias com as experiências e recursos existentes (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Numerosas atividades de prevenção do suicídio foram implementadas em todo o mundo a nível regional ou nacional, podendo ser, no entanto divididas em estratégias de segmentação da população e grupos de alto risco. (Althaus & Hegerl, 2003).

Depois de realçada a importância do diagnóstico de saúde nesta área de prevenção, torna-se indispensável uma ampla caracterização do suicídio e não uma mera caracterização demográfica. Pelo que importa tomar conhecimento dos fatores de risco e dos factores de proteção.

Os fatores de risco podem ser consideradas circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém cometer uma tentativa de suicídio ou, mesmo, suicidar-se (Direção-Geral da Saúde, 2013).

É indispensável a identificação dos fatores de risco e de proteção numa estratégia de prevenção do suicídio, pois constituem elemento indispensável à seleção da estratégia de intervenção necessária, apresentando as circunstâncias em que um indivíduo, uma comunidade ou uma população são particularmente vulneráveis para o suicídio (Direção-Geral da Saúde, 2013).

No Plano Nacional de Prevenção do suicídio são apontadas 3 categorias principais de fatores de risco: Individuais, socioculturais e situacionais (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Nos fatores individuais encontra-se a idade, o sexo, o estado civil, a profissão, residência, comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio, perturbações mentais, resiliência e vulnerabilidade, doenças físicas, história familiar e fatores neurobiológicos. Nos fatores socioculturais, encontramos o estigma, valores culturais e atitudes; isolamento Social; barreiras no acesso aos cuidados de saúde e influência dos Média. Nos fatores situacionais são colocados o desemprego, acesso a meios letais e acontecimentos de vida negativos recentes.

Embora a tentativa de suicídio seja entendida como fator de risco de suicídio, especialmente em termos sociais, a evidência científica existente mostra que as pessoas que consumam o suicídio têm um perfil diferente daquelas que experimentam tentativas de suicídio (Linehan, 1986).

Por outro lado, estima-se que 90% dos suicídios ocorrem quando existe uma desordem ao nível psiquiátrico, sendo considerada como a mais importante a depressão (Mann, Bertolote, Beautrais, Currier, Haas, Hegerl, Lonnqvist, Malone, Marusic, Mehlum, Patton, Phillips, Rutz, Rihmer, Schmidtke, Shaffer, Silverman, Takahashi, Varnik, Wasserman, Yip, & Hendin (2005).

Os fatores protetores estão associados à prevenção dos comportamentos autolesivos e dos atos suicidas. Estes podem dividir-se em fatores individuais e sociais (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Dentro dos fatores individuais, podemos encontrar a capacidade na resolução de problemas e conflitos, iniciativa no pedido de ajuda, noção de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizagens, estratégias comunicacionais desenvolvidas, empenho em projetos de vida; fatores familiares como o bom relacionamento familiar, o suporte e apoio familiares, as relações de confiança. Os fatores sociais, podem ser constituídos pelo empregado, facilidade de acesso aos serviços de saúde, articulação entre os vários níveis de serviços de saúde e parcerias com instituições que prestam serviços sociais e comunitários, valores culturais, pertença a uma religião.

É importante a análise de todos os fatores de risco e proteção, pois não é um único fator de risco ou protetor que determina ou evita o ato suicida. Por outro lado, nem todos eles têm a mesma ponderação, significado ou valor face à atitude ou comportamento suicida. Verificamos também já, que se estima que a depressão esteja presente em 90% dos casos de suicídio. Pelo que, devem ser analisados em conjunto e enquadrados no contexto da vida do indivíduo e da sua história.

Existe no entanto uma relação direta entre o número de fatores de risco presentes e a probabilidade de comportamentos autolesivos e atos suicidas (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Tendo em conta os fatores atrás referidos o Plano nacional de prevenção do suicídio contempla em termos de intervenção preventiva essencialmente três grupos, a generalidade da população; os indivíduos com fatores sociodemográficos ou patogénicos de alto risco de suicídio; e os indivíduos que tenham cometido tentativa de suicídio (Direção-Geral da Saúde, 2013).

O Núcleo de Estudos do Suicídio em substituição dos fatores de risco refere principais sinais de alarme, cujo conhecimento permite intervir de forma efetiva (NES). Assim considera a depressão, melancolia, grande tristeza, desesperança e pessimismo (falar muito na morte, tudo parecer negativo, perdido.); insucesso escolar (por ex. por parte de quem era antes aluno interessado); apatia pouco usual, letargia, falta de apetite; insónia persistente, ansiedade ou angústia permanente; abuso de álcool, droga ou fármacos; grande impulsividade, agressividade; dificuldades de relacionamento e integração na família ou no grupo; afastamento ou isolamento social; dizer adeus, como se não o(a) voltássemos a ver e oferecer objetos ou bens pessoais valiosos.

Nas estratégias para campanhas de prevenção para a população em geral, pode ser considerado essencialmente a diminuição do estigma e o aumento do conhecimento em torno dos comportamentos suicidários (restrição do acesso a meios letais, prevenção do consumo de bebidas alcoólicas, autorregulação da comunicação social e consumo de medicamentos). Nas estratégias para grupos de risco devem ser contemplados a comunicação Social, mobilização da comunidade e os sobreviventes. As estratégias preventivas ao nível individual devem englobar identificação e tratamento das perturbações mentais e indivíduos que cometeram tentativa de suicídio.

No Plano Nacional de Prevenção do suicídio pressupõem a adaptação das medidas preventivas como as áreas geodemográficas prioritárias, nomeadamente zonas de maior incidência de ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas, (p. ex. o Alentejo), ou a contextos específicos (p. ex. Serviços Prisionais ou Forças de Segurança), que poderão justificar a elaboração e implementação de planos próprios (Direção-Geral da Saúde, 2013). Propondo assim diversos níveis de intervenção, na população em geral; profissionais de saúde; adolescentes; população prisional; forças de segurança, lésbicas, gays, bissexuais e transsexuais/transgéneros; pessoas com deficiência intelectual; estratégias a nível individual. Exemplo de boa prática é o estudo desenvolvido pelo OSPI-Europe, no município da Amadora através um protocolo de colaboração entre a Câmara Municipal da Amadora e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa em 2010, que consistiu no desenvolvimento e na implementação de um projeto de investigação na área do suicídio,

denominado OSPI-Europe – Optimised Suicide Prevention Programs and their implementation in Europe, no qual participou este município. O estudo contemplou 5 níveis de atuação: Nível 1 – a formação dos médicos de família e outros profissionais de saúde, utilizando sessões de formação e vídeos; Nível 2 – campanha pública de informação e atividades de relações públicas com a colaboração da Câmara Municipal da Amadora. As mensagens nucleares da campanha são: "A depressão é uma doença real", "A depressão pode atingir qualquer pessoa em qualquer momento", e "A depressão tem tratamento", “Nós podemos ajudar”; Nível 3 – formação para agentes sociais e profissionais de saúde, ditos facilitadores comunitários, tais como farmacêuticos e técnicos de farmácia, padres, assistentes sociais, cuidadores geriátricos, agentes das forças de segurança, professores e profissionais de comunicação social; Nível 4 – suporte dirigido a grupos de alto risco e seus familiares (pessoas que ‘sobrevivem’ ao suicídio e que lidam com familiares suicidários) e promoção de grupos de autoajuda e; Nível 5 – restrição do acesso aos meios letais e verificação de locais de risco (ex: troço de linha de comboio desprotegida) e formação, no que diz respeito à prescrição e venda de medicamentos benzodiazepínicos.

Os resultados desta intervenção apontam para uma redução em mais de 20% das tentativas de suicídio, embora as estatísticas nos apontem para uma tendência crescente do número de suicídios a nível nacional e mundial.

O OSPI-Europe teve como finalidade fornecer à União Europeia a evidência científica para a prevenção do suicídio. E assim, possibilitar a implementação de programas de prevenção, previstos no Plano Nacional de Saúde Mental.

CONCLUSÃO

O suicídio, como um problema grave de saúde pública, requer a nossa atenção, mas, infelizmente, a sua prevenção e controle não são tarefas fáceis (OMS, 2006).

Após, o que atrás foi exposto, ficou clara a necessidade da criação de equipas multiprofissionais e multisectoriais, de forma a melhor responder de forma efetiva, integral e global ao problema do suicídio. Os profissionais da área da saúde constituem pedra fundamental nestas equipas, dada a sua formação. É importante realçar a importância da formação e atualização de todos os profissionais. Cabendo-lhes também a eles um papel fundamental ao nível académico, na formação de futuros profissionais consciencializados da importância da prevenção do suicídio, através da visão holística e interdisciplinar.

BIBLIOGRAFIA

- Borges, V. R. (2004). *Ideação suicida na adolescência*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade Católica de Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Liria, A. F. & Veja, B.R. (2002) *Intervención em Crisis*. Madrid: Editorial Sintesis.
- NES. *Núcleo de estudos do suicídio*. Acedido a 12 de abril. Disponível em: <http://nes.pt/index.php?ID=8364>
- INE. *Instituto nacional de estatística*. Acedido a 12 de abril. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- OSPI – Europe. *Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe*. Acedido a 12 de abril. Disponível em: <http://www.ospi-europe.com/>
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho - o adolescente e o suicídio*. Lisboa, Caminho.
- Mann, J.J.; Apter, A.; Bertolote, J.; Beautrais, A.; Currier, D.; Haas, A.; Hegerl, U.; Lonnqvist, J.; Malone, K.; Marusic, A.; Mehlum, L.; Patton, G.; Phillips, M.; Rutz, W.; Rihmer, Z.; Schmidtke, A.; Shaffer, D.; Silverman, M.; Takahashi, Y.; Varnik, A.; Wasserman, D.; Yip, P. & Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 26;294 (16):2064-74.
- Freitas, E. (1982): O Suicídio em Portugal no Século XX: Elementos Empíricos para uma Pesquisa. *Finisterra*, 34: 267-300.
- WHO (2003). *The World Health Report 2003: Shaping the future*. Geneve. World Health Organization.
- OMS (2006). *Prevenção do suicídio um recurso para conselheiros*. Genebra, Organização Mundial de Saúde.
- WHO (2013a). *World Suicide prevention day*. Acedido a 22 de março. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/index.html
- WHO (2013b). *World Suicide prevention day*. Acedido a 12 de abril. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
- EUROSTAT (2013). *Statistics, suicide rates*. Acedido a 12 de abril. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/pgp_ess/partners/european_union/pt/tab_statistics?c=PT&|=PT
- Linehan, M. (1986): Suicidal People – One Population or Two? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487: 16-33.