

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

■ Onderzoek Gesignaleerd

Als men zijn leef-tijd zelf in de hand neemt Verlangen naar de dood bij ouderen

Inleiding

De Verenigde Naties hanteren de gemiddelde levensverwachting in een land, samen met het gemiddelde opleidingsniveau en de welvaart, als een van de drie criteria voor de graad van menselijke ontwikkeling van een land (Human Development Index). Ouder worden en een hoge leeftijd bereiken wordt in onze huidige samenleving dus beschouwd als een na te streven goed. Oud worden is bij ons geen uitzondering meer, eerder de regel. Desondanks zijn er paradoxaal genoeg veel ouderen in onze maatschappij die op een bepaald moment niet verder willen leven. Ze ervaren het verlangen om zo snel mogelijk te sterven, om hun leven, al dan niet zelf, te beëindigen. De problematiek van de stervenswens op oudere leeftijd krijgt de laatste jaren heel wat aandacht. Pasklare antwoorden voor hoe de maatschappij hiermee kan omgaan ontbreken echter. De uitdaging waarvoor dit thema onze samenleving stelt, komt tot uiting in het mediadebat rond de toepassing van de euthanasiewetgeving op ouderen met een stervenswens, en rond de hoge suïcidecijfers bij ouderen in België.

Analoog aan dit maatschappelijke debat krijgt het thema van de stervenswens op oudere leeftijd in de wetenschappelijke literatuur het laatste decennium veel aandacht. In de literatuur over palliatieve zorg is heel wat onderzoek gepubliceerd over de stervenswens en meer in het bijzonder de *hastened death* bij ouderen met een ongeneeslijke somatische aandoening. Het thema 'stervenswens bij ouderen' vindt men echter ook terug in de onderzoeksliteratuur over suïcidaliteit en suïcide op oudere leeftijd, ditmaal vanuit een psychiatrische invalshoek.

Dit artikel richt zich op het thema van de stervenswens in deze laatstgenoemde context. Het doel is een summier overzicht te bieden van het wetenschappelijk onderzoek naar het ontstaan en voorkomen van doodsgedachten, zelfdodingsgedachten, poging tot zelfdoding, en zelfdoding op oudere leeftijd. Er wordt tevens getracht om vanuit de onderzoeksliteratuur een vertaling te maken naar de mogelijkheden en aandachtspunten voor familietherapie met suïcidale ouderen en hun familie.

Prevalentie van suïcidaliteit

Het is opmerkelijk dat in de literatuur veel meer onderzoeksresultaten te vinden zijn over overt gedrag bij zelfdoding dan over de gedachten en ideeën erover. Categorieën als doodsgedachten (de zogenaamde passieve suïcidale ideaties of doodsverlangens, bijvoorbeeld 'ik wilde dat ik morgen niet meer wakker werd') en suïcidale ideaties ('ik denk er soms aan hoe ik mezelf zou kunnen doden') zijn opvallend minder goed gedocumenteerd dan zelfdodingen of pogingen daartoe, hoewel een doodsideatie sterk samenhangt met actieve suïcidale ideatie of handelingen gericht op zelfdoding (Dennis et al., 2007; Pfaff & Almeida, 2004) en een voorgaande suïcidepoging één van de sterkste voorspellers is voor zelfdoding.

In de Westerse landen komt zelfdoding op latere leeftijd even frequent voor als op jongere leeftijd. De prevalentiecijfers pieken bovendien systematisch bij de mannen boven de 75 jaar, zowel in Nederland als in Vlaanderen. De suïdecijfers bij ouderen liggen in Vlaanderen aanzienlijk hoger dan in Nederland. Het aantal suïcides per 100.000 inwoners is in het Vlaamse gewest 20 (65-69 jaar); 17 (70-74 jaar); 22 (75-79 jaar); 25 (80-84 jaar); 24 (85 jaar en ouder) (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2011). De Nederlandse cijfers zijn 11 (60-69 jaar); 11 (70-79 jaar); 14 (80 jaar en ouder) (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011). De laatste jaren is in beide landen overigens een neerwaartse trend vast te stellen. Ouderen ondernemen in tegenstelling tot (jong)volwassenen opvallend minder suïcidepogingen; de verhouding van het aantal pogingen tot zelfdoding versus het aantal zelfdodingen is 8:1 bij ouderen, tegenover 30:1 bij volwassenen (Hawton & Harriss, 2008). Een poging tot zelfdoding op oudere leeftijd is vaak dodelijker en gekenmerkt door een reëlere intentie om te sterven dan op (jong)volwassen leeftijd. Wat betreft het voorkomen van suïcidale ideaties bij 60-plussers worden voor België prevalentiecijfers van 0.22% gerapporteerd (Bonnewyn et al., 2006). Het voorkomen van doodsideaties daalt doorgaans met stijgende leeftijd (Dennis et al., 2007). De relatief lage prevalentiecijfers van doodsen/of suïcide-ideaties staan in contrast tot de hoge sterftecijfers ten gevolge van suïcide op latere leeftijd. Uit onderzoek blijkt dan ook dat ouderen minder geneigd zijn hun doodswens en/of suïcidale ideatie met anderen te delen, hoewel de gedachten wel aanwezig zijn (Duberstein et al., 1999).

Factoren samenhangend met suïcidaliteit

Het gros van de onderzoeksliteratuur rond suïcidaliteit bij ouderen is gericht op het in kaart brengen van risicofactoren. Over het algemeen zijn de gevonden risicofactoren niet exclusief geassocieerd met één categorie van suïcidaliteit, maar gecorreleerd met het gehele spectrum van suïcidaliteit, gaande van doodsideatie tot en met de daad van zelfdoding. Daarom wordt in wat volgt geen uitsplitsing gemaakt voor de verschillende vormen van suïcidaliteit, tenzij anders vermeld.

Suïcidaliteit, inclusief de wens om te sterven, komt op oudere leeftijd bijna uitsluitend voor in de context van een psychiatrische aandoening, meestal een depressieve stoornis (Conwell et al., 2002; Linden & Barnow, 1997). De samenhang tussen suïcidaliteit en de aanwezigheid van een depressieve stoornis is sterker bij ouderen dan bij (jong)volwassenen. Tevens blijkt suïcidaliteit op oudere leeftijd positief geassocieerd met angststoornissen en alcoholgerelateerde stoornissen (Waern, 2003; Waern et al., 2002).

Hoewel een stervenswens op oudere leeftijd dus in de regel voorkomt in het kader van een psychiatrische stoornis, met name een depressie, toch is er een minderheid van ouderen met een stervenswens zonder psychiatrische aandoening. Onderzoek toont aan dat bij 5 tot 30% van ouderen overleden door suïcide geen psychiatrische aandoening werd vastgesteld (Harwood, Hawton, Hope, & Jacoby, 2001). In de literatuur wordt gewag gemaakt van de zogenaamde 'balanssuïcide' (*rational suicide of balance-sheet suicide*). De suïcide is daarbij gebaseerd op een weloverwogen keuze, waarbij het voorafgaande beslissingsproces niet gekleurd wordt door een majeure psychiatrische aandoening (Conwell & Caine, 1991). Over balanssuïcide bij ouderen is echter weinig empirisch onderzoek voorhanden. Harwood, Hawton, Hope en Jacoby (2006) vonden wel dat in deze zogenaamde balanssuïcides de confrontatie met een somatische aandoening en recent weduwschap factoren waren die in belangrijke mate bijdroegen tot de beslissing tot suïcide.

Wanneer suïcidaliteit voorkomt in het kader van een psychiatrische stoornis, kunnen toch ook levensgebeurtenissen (*life events*) of omstandigheden geïdentificeerd worden die een rol spelen in het ontstaan van suïcidaliteit op oudere leeftijd. Zo is de aanwezigheid van een somatische aandoening een belangrijke voorspeller gebleken voor het ontstaan van suïcidaliteit op oudere leeftijd (Juurlink, Herrmann, Szalai, Kopp, & Redelmeier, 2004). Dit risico stijgt zelfs cumulatief naarmate er meer somatische aandoeningen aanwezig zijn. Ook de volgende factoren kwamen steeds weer naar voren als belangrijke voorspellers voor suïcidaliteit: het ervaren van functionele beperkingen in het dagelijkse leven

(Conwell et al., 2000), het overlijden van een partner (Erlangsen, Jeune, Bille-Brahe, & Vaupel, 2004; Harwood et al., 2001) en verstoorde sociale (Duberstein et al., 2004) en familiale relaties (Rubenowitz, Waern, Wilhelmson, & Allebeck, 2001). Het merendeel van deze factoren komt doorgaans frequent voor in het 'normale' proces van het ouder worden. Hun verband met suïcidaliteit wordt dan ook gemedieerd door de aanwezigheid van een depressieve stoornis.

Suïcidaliteit als een dynamisch proces

Naast de onderzoeksliteratuur die suïcidaliteit voornamelijk benadert vanuit een risicoprofielanalyse, is er ook, in beperktere mate, onderzoek gepubliceerd over suïcidaliteit als een dynamisch proces waarbij de subjectieve beleving – al dan niet gekleurd door een depressieve stemming – van de oudere persoon een centrale rol inneemt. In een kwalitatieve studie rapporteren Crocker, Clare en Evans (2006) over interviews met ouderen die een suïcidepoging hebben ondernomen. Deze ouderen gaven aan het leven te ervaren als een *struggle*, waarbij het gevoel geen controle te hebben een belangrijke rol speelde. Daarnaast werden ook gevoelens van eenzaamheid en vervreemding van anderen beschreven. Deze laatste beleving komt eveneens naar voren in de studie van Moore (1997). In een kwalitatieve studie met Belgische ouderen (Bonnewyn, Shah, Schoevaerts, Bruffaerts, & Demyttenaere, 2011) gaven suïcidepogers aan zich niet meer verbonden te voelen met anderen, helemaal alleen op de wereld te staan en een gebrek te ervaren aan wederkerigheid in relaties. Dit thema kwam daarentegen niet expliciet naar voren in een Noorse kwalitatieve studie (Kjølseth, Ekeberg, & Steihaug, 2009) waarbij significante anderen van door suïcide overleden ouderen werden geïnterviewd. Dit kan erop wijzen dat er een duidelijke discrepantie is tussen de subjectieve beleving van eenzaamheid en de feitelijk sociale omkadering die voor de oudere voorhanden is. In beide laatstgenoemde studies wordt het leven beschouwd als een last en wordt doodgaan als een alternatief voor het huidige, ondraaglijke leven gezien.

Ook in recent kwantitatief onderzoek ligt meer nadruk op beleving en perceptie door de oudere van levensgebeurtenissen of -situaties dan op de aanwezigheid van risicofactoren op zich. Uit het onderzoek van Cukrowicz en collega's bijvoorbeeld blijkt dat de perceptie anderen tot last te zijn, bovenop de aanwezigheid van een depressieve stoornis, een significante bijdrage levert aan de ontwikkeling van suïcidaliteit op oudere leeftijd (Cukrowicz, Cheavens, Van Orden, Ragain, & Cook, 2001). Ook de mate van gepercipieerde eenzaamheid kwam in recent onderzoek naar voren als belangrijke factor bij oudere suïcidepogers (Wiktorsson, Runeson, Skoog, Ostling, & Waern, 2010).

Het ervaren van hopeloosheid, een factor die een zeer centrale plaats inneemt in de onderzoeksliteratuur rond suïcidaliteit op volwassen leeftijd, blijkt een niet zo eenduidige voorspeller van suïcidaliteit op oudere leeftijd: het effect van hopeloosheid wordt in een aantal studies wel gerepliceerd op oudere leeftijd (Szanto et al., 2001; Vannoy et al., 2007), in andere studies wordt het effect van hopeloosheid opgeheven wanneer andere factoren, zoals een depressieve stoornis (Britton et al., 2008), aanwezig zijn. De associatie tussen hopeloosheid en suïcidaliteit lijkt dus minder robuust op oudere leeftijd dan op (jong)volwassen leeftijd.

Klinische implicaties

Samenvattend kunnen we dus stellen dat een stervenswens bij ouderen doorgaans voorkomt in de context van een psychiatrische aandoening en dan voornamelijk een depressieve stoornis. Geïdentificeerde risicofactoren worden blijkbaar gemedieerd door de aanwezigheid van de depressie. Doordat deze risicofactoren zeer frequent op oudere leeftijd voorkomen – soms zelfs er inherent aan zijn en dus niet exclusief voorkomen bij suïcidale ouderen – richt recent onderzoek zich meer en meer op de beleving en de perceptie van de levensgebeurtenissen en –situaties door de oudere, dan op de gebeurtenissen op zich.

In de wetenschappelijke literatuur wordt psychotherapie met suïcidale ouderen voornamelijk beschreven vanuit een gedragstherapeutische benadering. Onderzoek dat een familietherapeutische benadering van deze problematiek beschrijft of de effectiviteit ervan nagaat, is zo goed als niet beschikbaar.

Familietherapie lijkt nochtans een uitermate geschikte setting om met deze problematiek om te gaan. Allereerst wordt bij het ouder worden de naaste familie steeds belangrijker voor de oudere, doordat broers, zusters, vrienden en kennissen overlijden en de sociale kring verkleint, en doordat de vaak beperktere mobiliteit maakt dat de oudere meer en meer op zijn familie is aangewezen. Ten tweede blijken thema's als vervreemding, gevoelens van eenzaamheid, een gevoel van gebrek aan verbondenheid, maar ook het gevoel een last voor anderen te zijn, duidelijk geassocieerd met een stervenswens. In een familietherapie kunnen deze gevoelens besproken worden. Echter ook op impliciet niveau worden deze belevingen van de oudere uitgedaagd wanneer de familie wordt betrokken in een therapeutische setting. De aanwezigheid van de familie kan op zich reeds onderlinge verbondenheid creëren en daardoor een tegengewicht bieden voor het gepercipieerde gevoel van vervreemding bij de oudere.

Wanneer in een familietherapeutische setting het thema ‘dood’ aan bod komt, zal het spreken over de dood vaak parallel lopen aan het spreken over het leven: als de oudere kan verwoorden, dus ook kan delen hoe hij in het leven staat, hoe hij zijn huidige leven evalueert en hoe hij doodgaan eventueel als alternatief beschouwt voor het lijden in dit leven, creëert dit mogelijkheden om binnen de familie te komen tot een nieuw, gedeeld verhaal. Dit proces van delen wordt wel vaak doorkruist door intense emoties in de familie, zoals kwaadheid, machteloosheid en verdriet. Niet elke oudere is in staat en/of bereid over deze dingen te spreken of ze te delen met de familie. De huidige cohort ouderen, en dit geldt zeker voor de 75-plussers, is namelijk een generatie die doorgaans niet de gewoonte heeft uiting te geven aan eigen, soms complexe en diepgaande gevoelens. Dat verhindert soms dat genoemde thema's in therapie aan bod kunnen komen.

Naast de stervenswens op zich van de oudere vinden we in de onderzoeksliteratuur een aantal thematieken terug waarmee in een familietherapeutische setting zeker gewerkt kan worden. De geïdentificeerde risicofactoren van suïcidaliteit, de hierboven genoemde *life events*, kunnen namelijk ondergebracht worden onder de bredere noemer van het ervaren van een significant verlies.

Vooreerst komt suïcidaliteit frequent voor in de context van het recente verlies van een partner (al dan niet geassocieerd met een depressieve stemming of gecompliceerde rouw). Aangezien de laatste jaren in de rouwliteratuur het belang van rouw als gedeeld proces binnen een familie wordt beschreven en onderschreven, lijkt rouwtherapie in een familiaal kader tevens een belangrijke ingangspoort voor een psychotherapeutische benadering van de suïcidaliteit van de oudere weduwe(naar). Uit het hierboven aangehaalde onderzoek blijkt dat de suïcidale oudere een gebrek aan zingeving ervaart en vervreemding. Door een binnen de familie gedeelde rouw kan de oudere echter komen tot een (re)constructie van zingeving en kan hij zich opnieuw verbonden weten met anderen (Walsh, 2007).

Maar ook bredere verlieservaringen van de oudere, zoals functionele beperkingen of het verlies van gezondheid, kunnen benaderd worden vanuit een contextuele visie op de oudere: verlies kan betekenis krijgen binnen de transgenerationale dynamieken en verhalen in een familie. Wanneer de oudere het verlies als zeer disruptief ervaart en daardoor een gevoel van discontinuïteit ontstaat tegenover het leven van voor het verlies, kan in een familietherapie het verlies betekenisvol geïntegreerd worden in een intergenerationeel perspectief van familie verhalen en -scripts. Ook door de verlieservaringen in te bedden in een bredere context van tijd – door het heden te verbinden met ervaringen uit het verleden

en met de verwachtingen naar de toekomst – kan de oudere komen tot een inschrijven en integreren van de verlieservaring in de eigen tijdslijn van zijn leven.

Conclusie

Het wetenschappelijk onderzoek rond stervenswens en suïcidaliteit op oudere leeftijd kent de laatste jaren een opmerkelijke opmars. Naast de theorievorming is het belangrijk dat in toekomstig onderzoek aandacht wordt besteed aan de psychotherapeutische en zeker ook de familietherapeutische aanpak van deze complexe problematiek. Met als ingangspoort de beleving van dood en leven door de oudere dienen mogelijke therapeutische benaderingen en interventies verder geëxploreerd te worden en getoetst te worden op hun effectiviteit.

Anke Bonnewyn

Literatuur

- Bonnewyn, A., Buggenhout, R. van, Bruffaerts, R., Oyen, H. van, Demarest, S., & Demyttenaere, K. (2006). Het voorkomen van psychische stoornissen en suïcidaliteit in de Belgische bevolking ouder dan 60 jaar. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 37, 89-95.
- Bonnewyn, A., Shah, A., Schoevaerts, K., Bruffaerts, R., & Demyttenaere, K. (2011). *What drives a person to a suicide attempt in later life? An explorative study*. Submitted for publication.
- Britton, P.C., Duberstein, P.R., Conner, K.R., Heisel, M.J., Hirsch, J.K., & Conwell, Y. (2008). Reasons for living, hopelessness, and suicide ideation among depressed adults 50 years or older. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(9), 736-741.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). *Doodsoorzaken; zelfdoding (inwoners), diverse kenmerken*. Te vinden op statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=7022GZA&LA=NL.
- Conwell, Y., & Caine, E.D. (1991). Rational suicide and the right to die. Reality and myth. *New England Journal of Medicine*, 325(15), 1100-1103.
- Conwell, Y., Duberstein, P.R., & Caine, E.D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52(3), 193-204.
- Conwell, Y., Lyness, J.M., Duberstein, P., Cox, C., Seidlitz, L., DiGiorgio, A., et al. (2000). Completed suicide among older patients in primary care practices. A controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(1), 23-29.
- Crocker, L., Clare, L., & Evans, K. (2006). Giving up or finding a solution? The experience of attempted suicide in later life. *Aging and Mental Health*, 10(6), 638-647.
- Cukrowicz, K.C., Cheavens, J.S., Van Orden, K.A., Ragain, R.M., & Cook, R.L. (2001). Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults. *Psychology & Aging*, 6(2), 331-338.
- Dennis, M., Baillon, S., Brugha, T., Lindesay, J., Stewart, R., & Meltzer, H. (2007). The spectrum of suicidal ideation in Great Britain. Comparisons across a 16-74 years age range. *Psychological Medicine*, 37(6), 795-805.

- Duberstein, P.R., Conwell, Y., Conner, K.R., Eberly, S., Evinger, J.S., & Caine, E.D. (2004). Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study. *Psychological Medicine*, 34(7), 1331-1337.
- Duberstein, P.R., Conwell, Y., Seidlitz, L., Lyness, J.M., Cox, C., & Caine, E.D. (1999). Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 7(4), 289-296.
- Erlangsen, A., Jeune, B., Bille-Brahe, U., & Vaupel, J.W. (2004). Loss of partner and suicide risks among oldest old. A population-based register study. *Age and Ageing*, 33(4), 378-383.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2001). Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people. A descriptive and case-control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(2), 155-165.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2006). Suicide in older people without psychiatric disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(4), 363-367.
- Hawton, K., & Harriss, L. (2008). How often does deliberate self-harm occur relative to each suicide? A study of variations by gender and age. *Journal of Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(6), 650-660.
- Juurlink, D.N., Herrmann, N., Szalai, J.P., Kopp, A., & Redelmeier, D.A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 164(11), 1179-1184.
- Kjølseth, I., Ekeberg, O., & Steihaug, S. (2009). Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death. *International Psychogeriatrics*, 1-10.
- Linden, M., & Barnow, S. (1997). 1997 IPA/Bayer Research Awards in Psychogeriatrics. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Aging Study. *International Psychogeriatrics*, 9(3), 291-307.
- Pfaff, J.J., & Almeida, O.P. (2004). Identifying suicidal ideation among older adults in a general practice setting. *Journal of Affective Disorders*, 83(1), 73-77.
- Rubenowitz, E., Waern, M., Wilhelmson, K., & Allebeck, P. (2001). Life events and psychosocial factors in elderly suicides. A case-control study. *Psychological Medicine*, 31(7), 1193-1202.
- Szanto, K., Mulsant, B.H., Houck, P.R., Miller, M.D., Mazumdar, S., & Reynolds, C.F. (2001). Treatment outcome in suicidal vs. non-suicidal elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), 261-268.
- Vannoy, S.D., Duberstein, P., Cukrowicz, K., Lin, E., Fan, M.Y., & Unutzer, J. (2007). The relationship between suicide ideation and late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(12), 1024-1033.
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (2011). *Cijfers*. Op <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/>.
- Waern, M. (2003). Alcohol dependence and misuse in elderly suicides. *Alcohol*, 38(3), 249-254.
- Waern, M., Runeson, B.S., Allebeck, P., Beskow, J., Rubenowitz, E., Skoog, I., et al. (2002). Mental disorder in elderly suicides. A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 450-455.
- Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters. Strengthening family and community resilience. *Family Process*, 46, 207-227.
- Wiktorsson, S., Runeson, B., Skoog, I., Ostling, S., & Waern, M. (2010). Attempted suicide in the elderly. Characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1), 57-67.