

BACHELOROPPGAVE

Hvordan årsaksforklarer teoretikere innenfor sosiologi og psykologi selvmord som et fenomen, og kan disse integreres for å få en mer helhetlig forståelse av selvmord?

av

Thomas Olsen

Barnevern
BA50
Mai 2007

Hvordan årsaksforklarer teoretikere innenfor sosiologi og psykologi selvmord som et fenomen, og kan disse integreres for å få en mer helhetlig forståelse av selvmord?

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	s. 2
2.0 Metode	s. 2
2.1 Valg av dokumenter	s. 4
3.0 Sosiologisk forståelse av selvmord	s. 5
3.1 Emile Durkheim sin forståelse av selvmord	s. 5
3.2 Det anomisk selvmord	s. 6
3.3 Det egoistisk selvmord	s. 9
4.0 Psykologisk forståelse av selvmord	s. 11
4.1 Kognitiv psykologisk forståelse av selvmord	s. 11
4.1.1 Becks kognitive depresjonsmodell	s. 11
4.1.2 Lært hjelpeløshet	s. 14
4.2 Biokjemisk psykologi og psykofarmika i forståelsen av selvmord	s. 15
4.2.1 Hjernen og nevrotransmittere	s. 15
4.2.2 Serotonin, noradrenalin og dopamin	s. 16
4.2.3 Antidepressiva og effektivitet	s. 17
5.0 En helhetlig forståelse av selvmord	s. 19
5.1 En psykososiologisk modell	s. 19
5.1.1 Livspåkjenninger	s. 20
5.1.2 Mestring	s. 21
5.1.3 Individuelle ressurser	s. 23
5.1.4 Sosial støtte	s. 24
5.2 Forskjellige perspektiver, eller tre sider av samme sak?	s. 25
6.0 Avslutning	s. 26
7.0 Referanser	s. 27

1.0 Innledning

I denne oppgaven har jeg valgt å ta for meg fenomenet selvmord. Problemstillingen min stiller spørsmål ved hvordan sosiologiske og psykologiske teorier årsaksforklarer selvmord. Videre vil jeg se på om disse forskjellige perspektivene kan flettes sammen og integreres for å danne en mer helhetlig forståelse av selvmord.

Det finnes mange definisjoner på selvmord (se Pritchard, 1995; Haga og Retterstøl, 2000; Haukø og Ystgaard, 1998). I denne oppgaven velger jeg å bruke Retterstøl og kollegers definisjon som ser på selvmord som en bevisst eller viljestyrt handling et individ foretar for å skade seg, og hvor denne skaden er dødelig. (Retterstøl, Ekeberg og Mehlum, 2002).

Selvmord sto i 2004 for nesten 1,3 % av dødsfallene i Norge, og i 2002 var selvmord årsaken til hele 8 % av dødsfallene blant barn i aldersgruppen 1 til 17 år. Dette betyr at selvmord er en prominent dødsårsak i Norge i dag. Siden midten av 1990 tallet har selvmordsratene her i landet sunket betydelig etter at de økte drastisk fra slutten av 1970 tallet og frem til de nådde en topp i 1988 (Statistisk Sentralbyrå), noe som kan skyldes både økt fokus fra forskningsmiljøer og offentlige organer, og endringer i samfunnet vårt, som jeg vil komme nærmere inn på senere i oppgaven.

Jeg vil først gi en presentasjon av to sosiologiske forståelser av selvmord, hvor jeg vil fokusere på Durkheims verk "Selvmordet" fra 1897. Jeg vil her gå i dybden og analysere to av hans fire forklaringer på hvorfor noen mennesker begår selvmord. Disse er det anomiske og det egoistiske selvmord. Deretter vil jeg presentere tre psykologisk forståelser av selvmord. Mer presist vil jeg først se på og analysere to kognitive forklaringer, før jeg ser på hva forskning på hjernen og dens biokjemiske fungering kan fortelle oss om selvmord.

Jeg vil avslutte denne oppgaven med å analysere hvordan teorier fra fagene sosiologi og psykologi sammen kan årsaksforklare selvmord, og dette skal jeg gjøre ved hjelp av en teoretisk modell for hvordan sosialt miljø og psykologiske ressurser samspiller innen psykisk helse. I tillegg vil jeg diskutere om de forskjellige forklaringene jeg analyserer er motstridende, eller om de kan utfylle hverandre ved at de tar for seg forskjellige nivåer av samfunns- og individuell fungering.

2.0 Metode

Metode er "læren om de verktøy en kan benytte for å samle inn informasjon" (Halvorsen, 2004, s. 13) Med andre ord, så omfatter metode kunnskapen om hvordan en kan gå frem for å få informasjon om det en undersøker. Ved å bruke denne kunnskapen kan en på

en mer disiplinert måte foreta undersøkelser som resulterer i reliabel og valid kunnskap. Validitet viser her til hvor gyldig eller relevant informasjonen en har samlet inn er i den konteksten den skal brukes i. Reliabilitet viser til hvor sikker en er på at de dataene som har blitt samlet inn er korrekte (Halvorsen, 2002).

Jeg har valgt å foreta en dokumentstudie. Et dokument er en skrevet tekst, og jeg har i denne oppgaven fokusert på dokumenter som er produsert av forskere etter deres eget initiativ (Scott, 1990). Begrepet dokumentstudie viser til at jeg har analysert allerede eksisterende dokumenter som er tilgjengelige for meg, opp mot min problemstilling (Halvorsen, 2002). Jeg har hovedsakelig foretatt en innholdsanalyse av vitenskapelige dokumenter. Jeg har foretatt en spesiell form for innholdsanalyse, som kalles diskursanalyse. Dette betyr at jeg har sett på hvordan de forskjellige tekstene fortolker virkeligheten (Halvorsen, 2002). Jeg har da fokusert på hvordan dokumentene har sett på årsakene til selvmord.

Dokumentstudie som metodevalg har sine styrker og svakheter. En klar svakhet er at jeg presenterer og tolker materiale som andre før meg har tolket. Dette er spesielt et problem når jeg benytter meg av sekundærmateriale. I slike tilfeller har min kilde studert og tolket dataene til en annen kilde. Dette betyr at den kilden jeg har brukt kan ha feiltolket eller forvridt primærkildens data og konklusjoner. Et eksempel her er Larsen (2001), hvor jeg har brukt hans fortolkninger av en rekke internasjonale studier for å anslå forekomst av depresjon og selvmordsrater blant depressive. En annen svakhet ved mitt metodevalg er at dataene og konklusjonene jeg bruker kan ha vært hentet inn og tolket i en annen hensikt enn den jeg har (Jacobsen, 2000). Dette problemet er aktuelt for noe av min litteratur, og vil drøftes når jeg tar opp kildene mine. En styrke ved å bruke dokumentstudie er at jeg har muligheten til å benytte data som er utenfor min rekkevidde å produsere selv.

Når jeg har valgt mine hoveddokumenter har jeg vurdert dem i forhold til svakhetene de har, og valgt bort de jeg har vurdert som lite reliable. Validiteten til dokumentene jeg har analysert anser jeg som god nok. Et av disse dokumentene er et sosiologisk arbeid av Durkheim fra 1897. Dette en klassiker som omtales i innføringsbøker i sosiologi som et mesterverk innen sosiologisk metode. Jeg har derfor valgt å bruke dette dokumentet, og vil tidvis søke å omsette datidens analyser inn i et nåtidsperspektiv for å vise at det fremdeles er et valid dokument. Jeg presenterer videre to dokumenter fra et psykologisk perspektiv som omhandler depresjon. Jeg ser disse dokumentene som valide, da det er en særdeles høy forekomst av selvmord blant depressive. Jeg vil redegjøre for denne sammenhengen i del 5. Alt i alt anser jeg dokumentene jeg har analysert som reliable og valide, og dermed denne

oppgaven som bygget på et sterkt empirisk grunnlag. Jeg vil nå presentere noen av de viktigste dokumentene jeg har brukt i dokumentanalysen min.

2.1 Valg av dokumenter

Denne oppgaven er bygget på dokumenter fra sosiologisk og psykologisk forskning. Jeg vil her først introdusere Durkheim som representerer det sosiologiske perspektivet, før jeg presenterer dokumenter jeg har analysert fra kognitiv psykologi. Jeg vil så presentere et dokument som benytter seg av både sosiologisk og psykologisk teori.

Som sosiologisk dokument valgte jeg å bruke Emile Durkheims bok selvmordet fra 1897, oversatt av Roll og Østerberg (2001). Jeg refererer til denne kilden i teksten som (Durkheim, 1897; Roll og Østerberg, 2001). Dette verket er regnet som en klassiker innen sosiologien, og er fremdeles aktuelt i dag. Durkheim tolker selvmord som en konsekvens av mangel på sosial integrasjon, og at en således må se på prosesser i samfunnet for å forklare selvmord blant samfunnsdeltakerene.

Et psykologisk dokument jeg har analysert er Stiles, Nordahl og Vogel, 2003. Dette er en sekundærkilde, og ble brukt som en erstatning for primærkilden, som er Beck. Jeg valgte å bruke dette dokumentet fordi Becks kognitive depresjonsmodell er sentral i kognitiv forståelse, og den blir brukt i utformingen av kognitiv psykoterapi som er en viktig del i forebyggingen av selvmord.

Et annet dokument jeg har brukt fra kognitiv psykologi er Seligmans bok "Helplessness" fra 1975. Seligman benytter i boken forskningsdata fra egne og andres studier. Ettersom Seligman er en autoritet på begrepet lært hjelpeløshet, selv har utført mye av forskningen, og selv har utformet teorien jeg presenterer, anser jeg dette som en primærkilde. Dette dokumentet ser depresjon og selvmord som et resultat av at individer ser seg selv som ute av stand til å påvirke vanskelige situasjoner i livet sitt.

Begge teoriene jeg presenterer innenfor kognitiv psykologi omhandler depresjon. Denne sykdommen er også sentral i min utgreiing av det biopsykologiske perspektivet. Grunnen til at jeg benytter meg av dokumenter som omhandler depresjon, er at psykologisk teori holder depresjon som en hovedårsak til selvmord (Larsen, 2001). Før jeg presenterer disse teoriene, har jeg derfor greid ut om depresjon og denne sykdommens relevans i forhold til problemstillingen min.

Hoveddokumentet jeg har brukt når jeg søker å vise at selvmord best forklares ved å benytte både psykologisk og sosiologisk teori er Dalgard, Døhlie og Ystgaard (1995). Dette

dokumentet bygger på litteratur fra både sosiologisk og psykologisk teori, og nytter informasjon fra disse for å produsere en modell som forklarer sammenhengen mellom miljø og psykisk helse. Forfatterene ser på psykisk helse som et resultat av prosesser i samfunnet, individets nettverk, og indre ressurser.

3.0 Sosiologisk forståelse av selvmord

Sosiologi er en samfunnsvitenskap som studerer sosiale fenomener og systematiske mønstre i samfunnet, og søker å gi teoretiske forklaringer på disse (Schiefløe, 2003). En måte sosiologien ofte deler samfunnet inn på er etter samfunnsnivå. Det er da vanlig å dele samfunnet inn i makronivå, som er storsamfunnet, mesonivå, som er for eksempel lokalsamfunn og organisasjoner, og mikronivå, som er små grupper og individer (Schiefløe, 2003). I denne oppgaven vil jeg presentere to måter å forstå selvmord på ut fra et sosiologisk perspektiv. Disse to årsaksforklaringene er hentet fra Durkheims verk "Selvmordet", som er regnet som en sosiologisk klassiker. Durkheim tar utgangspunkt i makronivået i samfunnet, altså storsamfunnet, dets fungering, og innvirkning på individer og deres situasjon.

3.1 Durkheim sin forståelse av selvmord

Emile Durkheim ga i 1897 ut en bok som søkte å forklare selvmord som et samfunnsmessig problem gjennom bruk av sosiologisk forståelse (Roll og Østerberg, 2001). Dette verket er fremdeles aktuelt i dag. Durkheim mente at sosiologiens oppgave var å studere sosiale fenomener som ytre fakta ved å bruke datainnsamling og analysemetoder vanlig i naturvitenskapen. På denne måten ville han finne frem til årsakssammenhenger i det sosiale og samfunnsmessige (Schiefløe, 2003). Durkheim identifiserte fire typer selvmord; det egoistiske, det altruistiske, det fatalistiske og det anomiske selvmordet. Jeg vil i denne oppgaven konsentrere meg om det anomiske og det egoistiske selvmordet. Gjennom å analysere disse teoretiske fremstillingene av selvmord vil jeg vise to måter selvmord årsaksforklares sosiologisk.

Utgangspunktet til Durkheim var at selvmordshyppigheten i et gitt samfunn er relativt stabil over tid, mens det er store forskjeller mellom samfunn. Videre finnes det en sammenheng mellom endringer i selvmordshyppighet og endringer i samfunnet. Dette betyr at individuelle årsaksforklaringer til selvmord ikke er de virkelige grunnene til at mennesker tar livet av seg. Grunnlaget for dette argumentet ligger i at hyppighetsforholdet årsaksforklaringene imellom forblir relativt konstant selv om selvmordshyppigheten øker eller

synker drastisk. Det er da ikke sannsynlig at disse årsakene varierer like mye samtidig ved ren tilfeldighet, men at det heller ligger en bakenforliggende allmenn tilstand til grunn for endringer i selvmordshyppigheten. Durkheim fremholdt sådan at selvmordshyppigheten varierer i omvendt proporsjon til graden av integrasjon (Durkheim, 1897; Roll og Østerberg, 2001). Jeg forstår dette slik at jo mer et samfunns medlemmer er sosialt integrert, jo færre mennesker tar selvmord. Dette kan sees på som en overordnet årsaksforklaring. Det anomiske og det egoistiske selvmord er underordnet denne hypotesen, og fokuserer mer detaljert på hvordan sosial integrasjon svekkes og styrkes. Jeg skal nå analysere Durkheims fremstilling av disse to begrepene.

3.1.2 Det anomiske selvmord

Anomi er et begrep Durkheim hentet fra det greske "anomia", som betyr lovløshet (Schieffloe, 2003). Anomi viser til en tilstand som oppstår i et samfunn i plutselige endringer. Disse endringene kan være økonomiske kriser eller oppgangstider, eller når normer og regler er i endring. I slike perioder opplever samfunnsmedlemmer at de regler og rettigheter samfunnet har gitt dem blir svekket, og deres relasjon til andre i samfunnet blir forstyrret. Dette gjør at de mister kjente rammer og holdepunkter i livet sitt (Durkheim, 1897; Roll og Østerberg, 2001).

Statistisk materiale fra Sentral og Sør Europa fra 1800 tallet viser at selvmordshyppigheten i de forskjellige samfunnene varierer med samfunnsøkonomiske forhold. Videre påvirker rask økonomisk oppgang og nedgang selvmordshyppigheten på samme måte. Alle slike endringer fører til at flere mennesker begår selvmord. En konklusjon som kan bli dratt av dette, er at endringer i samfunnsbalansen fungerer som en impuls til selvmord (Durkheim, 1897; Roll og Østerberg, 2001). Ved å se på nyere norsk statistikk (Statistisk Sentralbyrå) tolker jeg denne argumentasjonen slik at økonomisk turbulens fra siste halvdel av 1980 tallet og frem til 1993 bidro til den tidens høye selvmordstall.

Durkheim hevdet at for at et individ skal være lykkelig, må dets behov stå i forhold til mulighetene for å tilfredsstille dem. Dersom individets behov og ønsker overgår eller er av en annen karakter enn ressursene tillater, vil livet bli en serie krenkelser og skuffelser. Videre vil utilfredsstilte behov bli svakere over tid. Durkheim fremholder så at ønsket om å leve kun er et resultat av ønsket om å tilfredsstille andre behov. Når disse behovene blir svakere, vil også ønsket om å leve svekkes. Dette kan resultere i at individet velger å begå selvmord (Durkheim, 1897; Roll og Østerberg, 2001). Jeg skal nå se på hvordan Durkheim forsto

menneskers behov i forhold til alle organismers fysiske behov. På denne måten vil jeg utdype og eksemplifisere hvordan anomi kan forklare selvmord.

I menneskets utvikling har det oppnådd en intelligens og et bevissthetsnivå som står over dyrene. Dette intellektet tillater mennesket å finne stadig nye mål og ønsker å strekke seg mot. Dette er i motsetning til dyr, som kun har behov knyttet mot overlevelse i et mekanisk forhold. Organismen trenger en viss mengde næring, en viss mengde søvn, visse temperaturer et cetera. Resultatet er at dyr kun søker å tilfredsstille de behov som trengs for å overleve, mens mennesker stadig vil finne nye behov etter hvert som de tilfredsstilles. Denne umetteligheten gjør at mennesket aldri kan bli tilfredsstilt, da disse begjærene før eller senere vil møte motgang, og resultere i en minsket lyst til å overleve i henhold til argumentasjonen i forrige avsnitt. Denne tilstanden er det Durkheim referer til som anomi (Durkheim, 1897; Roll og Østerberg, 2001). Schiefloe (2003) har poengtert at Durkheim var inspirert av biologisk tankegang. Dette er noe som tydeliggjøres når han forklarer følelsesmessige behov på samme måte som organismens behov for næring. I min analyse tolker jeg dette som at menneskets intellekt og logikk har en ulempe fordi det tillater oss å ønske uhemmet, noe som uten at det blir begrenset vil føre til skuffelser.

På 1980 tallet opplevde mange nordmenn å få en dramatisk bedre økonomi. En mulig analyse av denne perioden er da, om vi skal følge Durkheims argumentasjon, at mange nordmenn fikk oppfylt mange ønsker og begjær. Dette har så resultert i nye ønsker og begjær, og en fremdeles mangel på tilfredsstillelse. Jeg forstår dette som at når den såkalte jappetiden var over møtte både nye og gamle behov motgang grunnet en gjeldskrise og mangel på økonomiske ressurser. På grunn av dette opplevde flere mennesker en anomisk tilstand. Følgen er da den høye andelen mennesker som valgte selvmord.

Når mennesket ikke har noen indre grense for behov som trengs å oppfylles, må det være en ytre regulerende kraft for at menneskets behov for å leve ikke skal forsvinne. Durkheim hevder at for at denne kraften skal ha samme innvirkning for menneskenes psykiske behov, som organismen selv har for de fysiske, må den være av moralsk art. Med andre ord så må de av menneskets behov som ikke begrenses av den fysiske kroppen oppfattes som rettferdig av individet. For at denne begrensningen skal oppfattes som rettferdig av flertallet, må den trekkes opp av en allment akseptert autoritet (Durkheim, 1897; Roll og Østerberg, 2001).

Durkheim finner at den eneste moralske makt som er overlegent individet, som er tilstrekkelig mektig til å kunne sette begrensninger, og som til fellesskapets beste kan fordele ressurser og belønninger, er samfunnet. Dette betyr at samfunnet, som et resultat av

selvoppholdelsesdrift og i kraft av sine medlemmer, har blitt delt inn i en rekke kategorier. Disse kategoriene er basert på ressurser, stand og status. Hvert enkelt individ kjenner dermed til hvilken kategori det hører inn under, og dermed også sine øvre og nedre grenser for behov som realistisk kan oppfylles. Dette settet med regler og kategorier dikterer den maksimale levestandarden for hver enkelt underkategori. Disse reglene gjør at samfunnets ressurser fordeles mellom samfunnsdeltagerene, og hindrer overforbruk. Videre gjør det at individene tilpasser seg sin forventede levestandard, mens de forsiktig søker å forbedre mulighetene sine (Durkheim 1897; Roll og Østerberg, 2001). Dette mener Durkheim at skal sikre sosial integrasjon gjennom normativ tvang og mekanisk solidaritet. Ved mekanisk solidaritet ser individene på seg selv og andre som likeverdige med like retter, og de kan derfor ikke kreve mer enn hva andre har. I slike samfunn sikres samholdet gjennom sterk sosial kontroll (Schiefløe, 2003). Samtidig utvikler samfunnet seg gjennom økonomiske endringer og forandringer i den moralske vurderingen av forskjellige kategorier av samfunnsdeltagere. Historisk sett har dette ført til at alle kategoriene har økt levestandarden sin etter hvert som tilgjengelige ressurser har økt (Durkheim, 1897; Roll og Østerberg, 2001). Dette litt forsiktige drivet i mange mennesker i et samfunn fører så til at samfunnet over tid får mer ressurser, som gjør at nye behov over tid kan oppfylles. Et eksempel på slike nylig oppfylte behov er at alle apparatene som letter på husarbeid, i løpet av de siste tiårene har blitt "allemannseie". Samtidig blir samfunnet mer komplekst, og individene sikrer samholdet gjennom en gjensidig opplevelse av avhengighet. Dette refererer Durkheim til som organisk solidaritet, fordi han ser på samfunnet som en organisme, hvor spesialiserte samfunnsroller er parallell et dyrs organer. Alle er her avhengig av alle andre (Schiefløe, 2003).

Ifølge min innholdsanalyse av Durkheims bok "Selvmordet" så langt, vil samfunnets regler begrense antall selvmord i et samfunn. Det faktum at selvmordshyppigheten varierer over tid og mellom samfunn forklarer denne teorien med at samfunnets grenser og regler oppløses når et samfunn er i krise. I slike perioder mister samfunnet evnen til å utøve sin begrensende makt over individene. Ved en rask økonomisk forbedring forstår jeg det slik at individer i dette samfunnet klatrer oppover i hierarkiet bestående av kategorier av mennesker. Dette vil føre til at grensene disse individene tidligere oppfattet og aksepterte ikke lenger gjelder. De må da sosialiseres inn i sin nye kategoritilhørighet, noe som tar tid. Før denne sosialiseringen er gjennomført får individenes behov og ønsker fritt spillerom før samfunnets nye begrensninger trår i kraft. I denne perioden av ubegrensede behov risikerer individene å bukke under for den anomiske tilstanden. Tilsvarende vil en økonomisk krise føre til at individer faller nedover i kategorisystemet. De må da lære seg å kreve mindre idet de

sosialiseres inn i en tilværelse som tidligere har fremstått som uutholdelig for dem. Dersom de ikke lykkes i dette oppstår en anomisk situasjon, hvor individer kan velge bort det livet de er i ferd med å sosialiseres inn i (Durkheim, 1897; Roll og Østerberg, 2001).

Jeg har nå presentert og tolket Durkheims fremstilling av det anomiske selvmordet. Jeg skal nå se på hvordan samme sosiolog forklarer det han kaller for det egoistiske selvmord. Dette er en teoretisk fremstilling som har samme utgangspunkt som det anomiske selvmord, men som fokuserer på individets integrasjon på samfunnsområder som religion, familie og politikk.

3.1.3 Det egoistiske selvmord

Det egoistiske selvmord viser til en tilstand som oppstår i et samfunn i en form for oppløsning. Durkheim hevder at den sosiale delen av mennesket mister sin mening når det opplever at samfunnet og dets regler og moral ikke lenger klarer å oppfylle menneskets behov for og følelse av å være en del av noe større og viktigere enn en selv. Når mennesket allerede har erfart et samfunn som overgår dets egne fysiske behov, vil tap av båndene til dette samfunnet gjøre at mennesket ikke ser en grunn til å kjempe i motgang og å holde ut lidelse. Dette betyr at samfunnet øker individets tilbøyelighet til å begå selvmord (Durkheim, 1897; Roll og Østerberg, 2001).

For å forklare hvorfor mennesker begår selvmord av den egoistiske typen begynte Durkheim med å se på forskjeller i selvmordsrater blant katolikker og protestanter, før han brukte lignende metoder innen familie og politiske forhold. Han fant at protestanter begår oftere selvmord enn katolikker. Dette gjelder både mellom protestantiske og katolske samfunn, og mellom religionene innen samme samfunn. Durkheim forklarer dette med at mens katolisismen utøver en mer autoritær tro, hvor kirkens lærde tolker bibelen og presenterer denne for folket som udiskutable sannheter, mens protestantismen lar de troende selv lese og forstå bibelen. Denne protestantiske fritenkningen fører til at protestantene som gruppe er mindre integrerte, da de ikke har en felles trosforståelse til å binde dem sammen. Det blir videre hevdet at denne mangelen på en felles forståelse i seg selv fører til større kunnskapsbehov. Kunnskapstrangen oppstår fordi religionstradisjoner mister sin autoritet, og vitenskapen blir brukt for å skape nye meningsfulle tradisjoner. I rommet mellom tapet av gamle tradisjoner og oppstandelsen av nye, mangler disse individene samfunnets autoritet og styring, og selvmordstilbøyeligheten øker (Durkheim, 1897; Roll og Østerberg, 2001).

I familiesfæren fant Durkheim statistiske forskjeller i selvmordsrater mellom kjønn, antall barn, og kultur. Et funn som her er verdt å fremheve er at selvmordstilbøyeligheten

varierer omvendt med antall barn. Det vil si at jo flere barn en har, jo mer er en beskyttet mot selvmord, dette på tross av at flere barn betyr dårligere økonomi. Durkheim forklarer dette med at en større familiegruppe har flere relasjoner og livligere interaksjon, som fører til en beskyttende integrasjon (Durkheim, 1897; Roll og Østerberg, 2001).

Durkheim fant også at gjennomgripende sosiale forandringer og store kriger mellom folkegrupper fører til lavere selvmordsrater. Dette ser jeg som en slags motsetning til forklaringen på anomisk selvmord, hvor samfunnskriser fører til oppløsning i samfunnet og flere selvmord. Durkheim hevder derimot at slike hendelser som det refereres til her fører til økt patriotisme og politiske følelser (Durkheim, 1897; Roll og Østerberg, 2001). Jeg tolker dette slik at når et samfunn er i anomisk krise er dette en indre situasjon, hvor individer mister sitt velkjente feste i samfunnet. Til motsetning virker endringer og kriser med en utenforstående "fiende" som samlende på folket, og gjør at de nærmest umiddelbart finner sin nye rolle idet de har sitt fokus på fellesskapet, og ikke egne behov og lidelser.

Gjennom studiet av disse sosiale gruppene og integrasjon kom Durkheim frem til noe han kaller en lov, og den lyder som følger: "Selvmordet varierer inverst med graden av integrasjon i de samfunnsgruppene som individet er en del av" (Durkheim, 1897; Roll og Østerberg, 2001, s. 96). Durkheim mente med dette at det siviliserte mennesket har det han kaller et supra-fysisk liv. Dette livet har ingenting å gjøre med organismens selvoppholdelse, men gir livet mening gjennom deltagelse i sosiale grupper, og internalisering av disse gruppens mål og regler. Begrepet internalisering viser her til når et individ tar til seg den sosiale gruppens normer og regler som sine egne (Schieffloe, 2003). Når individet mister troen på disse gruppens autoritet og mening, mister det også grunn for å følge gruppens regler, og å ofre seg for disse. Når denne meningen forsvinner, forsvinner også individets mening med livet, og det tvinges til å spørre seg selv hvorfor det lever. Grunnen til at individet opplever dette er at de sosiale gruppene det deltar i mister sin mening. Individet er en del av systemet, og et system uten mening oppfattes som sykt. Når systemet er sykt, blir også delene syke, og individet føler at livet ikke er verdt noe. Dette gjør at samfunnet øker individets selvmordstilbøyelighet, og individet velger selvmord ved selv liten motgang (Durkheim, 1897; Roll og Østerberg, 2001).

Jeg forstår her egoistisk selvmord som en reaksjon på at individet ikke finner grunn til å leve. Som del av en gruppe kan individet ofre sin tid og smerte på noe som oppfattes som viktigere enn en selv. Når gruppen mister sin viktighet, har individet kun seg selv å tenke på, og kan derfor velge selvmord som minste motstands vei. I henhold til problemstillingen min

kan dette forklare hvorfor noen begår selvmord, ved at mangel på sosial deltagelse fratrar individet vilje til å oppleve og jobbe gjennom motstand og problemer.

4.0 Psykologisk forståelse av selvmord

Jeg vil nå årsaksforklare selvmord ved hjelp av psykologisk teori. Jeg vil i denne prosessen analysere dokumenter som omhandler kognitive og biokjemiske teorier. Disse teoriene omhandler i stor grad depresjon og andre affektive lidelser. Jeg har valgt å bruke disse teoriene til å forklare hvorfor mennesker begår selvmord fordi depresjon antas å virke inn på selvmordstilbøyeligheten. I en gjennomgang av epidemiologiske undersøkelser fra flere land som er sammenlignbare med Norge (Finland, England, Australia og USA) fant Larsen (2001) at mellom 2,6 og 4 % av menn lider av depresjon til enhver tid, mens mellom 6 og 11,8 % av kvinner har lidelsen. Videre anslåes prevalensen av depresjonslidelser i løpet av en 12 måneders periode å være 4 % for menn og 8 % for kvinner (Larsen, 2001). Lingjærde (2004) anslår at hele 20% av menn og 40% av kvinner vil få en alvorlig depresjon i løpet av livet. I DSM-IV (Diagnostical and Statistical Manual 4) (Aagard og Dahl, 1997) er et av ni symptomer på depresjon selvmordstanker, og Larsen (2001) viser til utenlandske undersøkelser som finner at mellom 30 og 87 % av alle som begår selvmord lider av en klinisk depresjon. Jeg har nå etablert at depresjon og selvmord er to fenomener som har en tett sammenheng. Jeg skal nå se på to måter å forstå selvmord på i et kognitivt perspektiv, før jeg presenterer en biopsykologisk forståelse av selvmord

4.1 Kognitiv psykologisk forståelse av selvmord

Kognitiv teori tar utgangspunkt i at en lidelses årsaksmekanismer ligger i individets mentale struktur. I den sykes tanker og forståelsesrammer ligger det faktorer som samspiller, forårsaker og opprettholder en lidelse. For å behandle en lidelse må en forstå disse årsaksmekanismene og endre den sykes kognisjon. Denne endringen søkes oppnådd gjennom samtalerapi (Rosenberg, Hougard og Nielsen, 1998). Jeg skal nå presentere Becks kognitive depresjonsmodell, og se hvordan den årsaksforklarer selvmord.

4.1.2 Becks kognitive depresjonsmodell

Becks modell har blitt en klassiker innen kognitiv psykologi, og er satt i omstrakt praktisk bruk innen kognitiv psykoterapi (Rosenberget al., 1998). Hans sentrale antagelse er at ”kognitive faktorer spiller en betydningsfull rolle i utviklingen og opprettholdelsen av

depresjon” (Stiles, Nordahl og Vogel, 2003, s. 29). Videre bruker han i teorien sin tre sentrale kognitive begreper. Disse er negative automatiske tanker, feilfortolkninger og skjemaer. Beck omtalte disse tre begrepene som ”den depressive triade (Rosenberg et al., 1998). Jeg vil nå beskrive disse begrepene. De to første begrepene blir forklart hver for seg, før alle tre blir bundet sammen i en utredning av skjemaer. For en skjematisk fremstilling av denne modellen, se vedlegg 1. Jeg vil avslutte presentasjonen av Becks modell med å diskutere hvordan dette kan forklare selvmord.

Negative automatiske tanker kan beskrives som spontane tanker og forestillinger som uanmeldt kommer inn i ens bevissthet (Rosenberg et al., 1998). Tankene har et spesifikt innhold, som for eksempel ”jeg er mislykket og ingen kan noensinne være glad i meg”. Når disse tankene dukker opp, er det gjerne i spesifikke situasjoner eller når en er i spesielle sinnsstemninger (Stiles et al., 2003). Eksempler jeg kan gi på dette er når en blir konfrontert med resultater av vanskelige arbeidsoppgaver, eller når en er sliten og føler seg tom etter å ha jobbet hardt over en periode. En grunn til at disse tankene og forestillingene kan øve stor innflytelse på en er at oppmerksomheten sjeldent fokuseres på dem, slik at de aksepteres uten at en vurderer hvor realistiske de er. Dette gjør at de virker inn på kroppslig aktivering, følelser og atferd (Stiles et al., 2003). En slik innvirkning er følelsen av å være ubrukelig, noe som kan være et ledd i utviklingen av suicidal ideasjon.

Beck identifiserte en rekke måter individer kan misoppfatte eller forvreng informasjon på. Disse kalles feilfortolkninger, forvrengninger, eller tankefeil (Rosenberg et al., 1998; Stiles et al., 2003). Den første feilfortolkningen jeg vil presentere er diskvalifisering av det positive. Når en gjør dette bortforklares positive erfaringer og opplevelser. Et eksempel er ”han er bare snill mot meg fordi han vil at jeg skal gjøre noe for han”. En annen forvrengning er overgeneralisering. Når noen overgeneraliserer i denne sammenhengen, brukes noe negativt fra en hendelse til å gjelde for alle lignende hendelser. Dette kan eksemplifiseres ved at en negativ kommentar i en sosial sammenheng forstås som ingen liker en. Den tredje typen feilfortolkning jeg vil presentere er negative spådommer. Dette referer til når en forutser at en fremtidig hendelse vil få et negativt utfall (Stiles et al., 2003). En slik spådom er når en skal begynne på ny skole og tenker at ”ingen kommer til å like meg og jeg kommer til å bli en einstøing. Denne tankegangen forstår jeg som tilsvarende den som forekommer i selvoppfyllende profetier. Dette begrepet viser til når et individs forhåndsoppfatning er med å styre dets oppførsel, slik at forhåndsoppfatningen fremstår som sann (Sigrell, 1991). Vi ser da her hvordan en negativ spådom som i eksempelet over kan bli en selvoppfyllende profeti. Dersom en møter opp på en ny skole og er redd for å bli avvist, vil

en ikke ta kontakt med medelever, og resultatet er at en ikke får venner, og blir en einstøing. Jeg vil i del 5 vise hvordan sosial isolasjon kan være med å årsaksforklare selvmord. Nå skal jeg integrere negative automatiske tanker og feilfortolkninger med begrepet skjemaer. Jeg vil med dette vise hvordan disse kognitive funksjonene kan forklare selvmord annerledes enn sosiologien gjør det.

Skjemaer er mentale representasjoner som brukes til å fortolke, klassifisere og analysere aktuelle hendelser. Skjemaer er stabile og dannes først og fremst i barndommen som et resultat av erfaringer. De kan endres, men dette skjer langsomt og som oftest som et resultat av flere erfaringer som strider imot innholdet i skjemaet. Skjemaene ligger latent til en aktuell situasjon oppstår. Innholdet i de spesifikke skjemaene har en direkte innvirkning på en persons persepsjon, tenkning og hukommelse (Stiles et al., 2003). I min analyse av begrepet skjemaer forstår jeg disse som oppskrifter en bruker for å tolke, forstå og forutsi hendelser og situasjoner. Hvis en for eksempel har opplevd at å si imot foreldrene sine som barn har resultert i å få kjeft og straff, kan dette være grunnlaget for et skjema som gjør at en sier imot autoriteter, selv om man er sterkt uenig.

Beck fokuserer i sin teori på skjemaer som brukes for å danne en oppfatning av en selv, andre og samhandling. Han referer til disse som "leveregler". Videre sier han at individet med sin genetiske utrustning spiller en sterk rolle i sin egen utvikling, men at skjemaer forsterker eller demper naturlige atferdstendenser. Dette betyr at det ikke bare er hendelsene i seg selv som betyr noe, men også hvordan en tolker og velger å forholde seg til dem.

Når en negativ leveregel aktiveres, strømmer negative automatiske tanker inn i bevisstheten. Dette gjør at personen husker tapsopplevelser, feilfortolker og får et negativt syn på tilværelsen og fremtiden. Disse tankene fører til dårligere humør, og bidrar til depressive plager. Når en depresjon så utvikles, vil flere og mer intense negative tanker dukke opp. Dette sender individet inn i en ond sirkel som det er vanskelig å komme seg ut fra (Stiles et al., 2003). Jeg har tidligere nevnt at suicidal ideasjon er et symptom på depresjon (Aagaard og Dahl, 1997), og at depressive personer er i risiko for å begå selvmord (Larsen, 2001). Slik jeg forstår Becks teori er det selvfølgelig ikke alle som opplever negative automatiske tanker og feilfortolkninger som begår selvmord, på samme måte som ikke alle depressive personer gjør det. Mennesker flest feilfortolker nok situasjoner fra tid til annen, uten at dette fører til verken depresjon eller selvmord. Allikevel er det rimelig å tolke denne teorien slik at et menneske som opplever mange negative automatiske tanker, og til stadighet feilfortolker, havner i en dypere depresjon. I slike tilfeller er en del av depresjonen ofte selvmordsideasjon, som kan forstås som en varselampe om og forløper til selvmord.

Jeg har nå sett på en måte å forstå selvmord på ved hjelp av kognitiv teori. Jeg vil nå utvide analysen min ved å presentere og tolke en annen kognitiv teori som tilbyr en annen innfallsvinkel til å forstå hva årsakene til selvmord er. Denne teorien kalles lært hjelpeløshet.

4.1.3 Lært hjelpeløshet

Lært hjelpeløshet er et begrep som søker å forklare hvordan mennesker som opplever ukontrollerbare vanskelige livssituasjoner, kan få problemer i møte med senere situasjoner. Gjentatte opplevelser av at en ikke kan kontrollere sin egen situasjon vil føre til at individet utvikler emosjonelle vansker og depresjoner. Hypotesen fremholder at når noen opplever et traume de ikke kan påvirke, vil de ha vanskelig for å forstå at de kan påvirke resultatet av senere traumer (Seligman, 1975). Jeg vil nå vise hvordan denne teorien forstår selvmord.

Denne hypotesen virker ved at når et individ opplever et traume som ikke kan kontrolleres eller unngås, synker motivasjonen til å reagere i lignende situasjoner senere. Til og med hvis individet har en vellykket reaksjon i møte med et traume, vil det ha problemer med å lære, oppfatte og tro at reaksjonen er grunnen til at traumet ble unngått. Videre vil den følelsesmessige reaksjonen forstyrres, da hovedsakelig gjennom depresjon og angst. Det er ikke møtet med traumet i seg selv som produserer lært hjelpeløshet og depresjoner, men erfaringen om at individet ikke selv kan påvirke den uønskede situasjonen (Seligman, 1975).

Når et individ opplever at det ikke kan gjøre noe i møte med et traume, vil dette føre til at det får en forstyrret oppfatning av egen kontroll. Denne forstyrrede oppfatningen gjør at individet produserer et kognitivt tankesett, hvor suksess og feiling er uavhengig av egne evner og reaksjoner, og heller baseres på flaks og tilfeldigheter. Jeg forstår disse tankesettene som tilsvarende til Becks forklaring av kognitive skjema. Dette gjør at individet i møte med en negativ situasjon ikke handler for å unngå traumet, men heller opplever seg selv som hjelpeløst. Videre fører ikke enkeltstående ukontrollerbare traumer til en langvarig opplevelse av hjelpeløshet. Dette skjer først ved flere ukontrollerbare negative situasjoner etter hverandre (Seligman, 1975).

Denne teorien kan settes opp i en kronologisk rekke av hendelser, som kan årsaksforklare selvmord. Et individ henter ubevisst inn objektiv informasjon om hvor effektiv reaksjonene dets er. Denne informasjonen danner en kognitiv representasjon av hvor effektiv responser er. Dersom individet forventer at alle dets responser er ineffektive, vil dette føre til lært hjelpeløshet. Med andre ord, så er det ikke praktiske muligheter til påvirkning som er skadelig, men forventninger om at det ikke nytter å gjøre noe. Dette gjør at individet får mindre motivasjon til å gjøre noe. Når traumer så oppleves, forsterkes troen på at ingenting

nytter, og individet mister enda mer motivasjon. Når individet først har lært at ingenting nytter, er det vanskelig å forstå at noe det gjorde faktisk hadde en positiv effekt, fordi tidligere kunnskap tilsier at positive resultater oppstår noen ganger ved tilfeldighet. Når individet møter en traumatisk situasjon, reagerer det med frykt. Når det hjelpeløse individet ikke oppfatter noen form for kontroll, vil det utvikle en depresjon (Seligman, 1975). Slik kan en sette opp følgende sekvens. Flere ukontrollerbare traumer fører til depresjon (Seligman, 1975), depresjonen fører til selvmordstanker (Stiles, 2003), og individet risikerer da etter en tid å begå selvmord. Jeg vil nå diskutere viktigheten av hjernen, dens biokjemiske fungering, og bruken av psykofarmika i forhold til selvmord.

4.2 Biokjemisk psykologi og psykofarmika i forståelsen av selvmord

Forskning på hjernen og dens funksjoner har i nyere tid fått økt oppmerksomhet, og nye teknologiske hjelpemidler har gjort at stadig nye oppdagelser gjøres. Samtidig blir mange mennesker i dag behandlet for depresjoner og andre psykiske lidelser med medisiner. Noen antidepressiva har blitt så allment kjent at de har fått sitt eget kallenavn, lykkepillen, med prosac som en av de mest kjente. Jeg føler at det her er viktig å nevne at bruken av disse medisinene ikke har noen berusende effekt, og dette navnet således er misvisende (Lingjærde, 2004). Som tidligere nevnt er depresjon en sykdom som blir diagnostisert relativt ofte (Larsen, 2001).

Biokjemiske prosesser i hjernen er et komplisert tema, som baseres på naturvitenskapelig kunnskap. Jeg velger allikevel å inkludere biokjemisk psykologi, da jeg anser dette for å være en viktig del av en helhetlig forståelse av selvmord. Jeg vil først kort forklare hvordan hjernen fungerer biokjemisk før jeg ser på hva forskningen sier om serotonin, dopamin og noradrenalin. Disse er tre nevrotransmittere, eller signalstoffer, i hjernen som den empiriske forskningen knytter opp mot depresjon og suicidalitet (Lingjærde, 2004; Wasserman, 2003). Alle tre tilhører en gruppe stoffer som på grunn av sin kjemiske oppbygging kalles monoaminer (Lingjærde, 2004). Jeg vil så kort se på hvordan noen vanlige grupper medisiner fungerer på disse signalstoffene i hjernen, og hvor effektive de er. Til slutt vil jeg kommentere hvordan denne kunnskapen kan fortelle oss noe om årsakene til selvmord.

4.2.1 Hjernen og nevrotransmittere

Jeg vil nå begynne med å kort forklare oppbygningen av nevronene i hjernen. Jeg vil så forklare hvordan disse cellene kommuniserer sammen. Jeg vil forsøke å forklare hvordan

prosesser i hjernen kan være med å årsaksforklare selvmord på detaljnivå, uten å inkludere strukturelle hjernefunksjoner.

Ethvert nevron består av tre hovedkomponenter. Disse er soma, som kan forstås som kroppen til cellen, dendritene, som er forgreininger ut fra soma, og axon, som er en stor forgreining, ofte med flere underforgreininger (se vedlegg 2) (Ursin og Zahl-Begnum, 1993). På enden (eller endene) av axon finnes det en utposning som inneholder en rekke vesikler, eller blærer, som inneholder signalstoffer, eller neurotransmittere. Dette området kalles for det presynaptiske området. På dendritene sitter det en rekke reseptorer. Disse reseptorene er ofte sammenlignet med et nøkkelhull, da de trenger en spesiell neurotransmitter for å reagere. Den rette typen transmitter er da nøkkelen til reseptoren. Dette området kalles det postsynaptiske området (Lingjærde, 2004; Ursin og Zahl-Begnum, 1993). Det er anslått at det finnes cirka hundre billioner slike nevroner i den menneskelige hjernen (Ursin og Zahl-Begnum, 1993). Når to celler kommuniserer sammen, skjer dette ved at vesikler med neurotransmittere slippes ut fra axon og inn i det som kalles den synaptiske spalten (se vedlegg 2). I denne spalten blir neurotransmitterene liggende til en av tre ting skjer. De kan bli pumpet opp i axon igjen, de kan bli brutt ned av enzymer, eller de kan knytte seg til reseptorene på dendriten. Når de knytter seg til reseptoren fører dette til en positiv eller negativ elektrisk endring i den postsynaptiske cellen grunnet endringer i cellemembranen (Wasserman, 2003; Lingjærde, 2004; Ursin og Zahl-Begnum, 1993). Om endringen er positiv eller negativ avgjøres av hvilken celle som påvirkes av hvilken transmitter. Når en celle har mottatt tilstrekkelige positive endringer, vil den reagere med å sende en elektrisk impuls nedover axonet, som gjør at det slipper ut neurotransmittere i sine synaptiske spalter. Det er her viktig å kommentere at et nevron kan ha alt fra en til flere tusen dendritiske og axonale forbindelser til andre celler, slik at en enkelt celle kan bli påvirket av og påvirke mange andre celler som tar del i mange forskjellige prosesser (Ursin og Zahl-Begnum, 1993). Dette kan for eksempel eksemplifiseres med serotonerge celler (celler som produserer og frigjør serotonin). Disse cellene finnes stort sett bare i den retikulære formasjonen, som ligger i nærheten av ryggmargen. Axonene til disse cellene sprer seg så til andre deler av hjernen som for eksempel frontallappen som ligger fremme i pannen (Wasserman, 2003). Jeg vil nå greie ut om monoamine neurotransmittere, og vise til at disse er viktige å inkludere når jeg søker å årsaksforklare selvmord.

4.2.2 Serotonin, Noradrenalin og Dopamin

Serotonin har en begrenset produksjon i hjernen, og ligger som nevnt over, for det meste i den retikulære formasjonen. Denne neurotransmitteren har mange ulike funksjoner,

som en antidepressiv virkning, søvnregulering, og regulering av næringsinntak (Lingjærde, 2004; Wasserman, 2003). To av symptomene for depresjon i DSM-IV (Aagaard og Dahl, 1997) er vektendring og søvnløshet eller for mye søvn. Det er da nærliggende for meg å trekke en sammenheng mellom serotoninens overnevnte funksjoner og depresjon. Altså at hjernens serotoninfunksjoner ikke bare har en direkte effekt på selve sinnstemningen, men også på symptomer som indirekte peker mot denne sykdommen.

Noradrenalin, som kalles norepinephrine i amerikansk litteratur (Lingjærde, 2004), er nært beslektet med det velkjente stoffet adrenalin (Wasserman, 2003). Dette stoffet er mer utbredt enn serotonin, og finnes både i hjernen og i det autonome nervesystemet (automatiske kroppsfunksjoner). Noradrenalin er et av de stoffene som regulerer stemningsleie, og er dessuten svært involverte i situasjoner som forårsaker anspenthet og stress. Mennesker som er predisponert for depresjoner har ofte et lavt noradrenalinnivå, som fører til oversensitive reseptorer. Dette fører til økt følelse av angst og uro i stressituasjoner, og kan således forklare angst og depresjoner i noen mennesker som opplever langvarig stress (Wasserman, 2003). Denne opplevelsen av angst og uro i stressituasjoner kan ha en sammenheng med de følelsesmessige forstyrrelsene som oppleves ved lært hjelpeløshet. Jeg vil her fremheve at dette er en intuitiv kobling trukket av meg selv, og ikke en empirisk slutning i litteraturen.

Dopamin produseres i noen dype kjertler i hjernestrukturen som kalles basal ganglia. Det regulerer prosesser som oppmerksomhet og motivasjon (Wasserman, 2003). Dette er verdt å sette i sammenheng med noen av symptomene for depresjon, som nedsatt evne til tenkning og konsentrasjon og nedsatt interesse for de fleste aktiviteter (Aagaard og Dahl, 1997). Videre forbindes lave nivåer av dopamin med rigide "coping strategies" (kan oversettes som taklingsstrategier) og problemer med å håndtere nye situasjoner (Wasserman, 2003). Disse taklingsstrategiene bærer likhetstrekk med kognitive skjemaer, som diskutert i Becks kognitive depresjonsmodell, hvor et individs respons på nye situasjoner beror på tidligere formede opplevelser, responsen på og resultatet av disse opplevelsene. Jeg vil nå presentere noen grupper med medisiner som blir brukt i behandlingen av depresjoner. Disse medisinenes effektivitet tolker jeg som et bevis på at biokjemisk psykologi og neurotransmittere er med å forklare grunner til hvorfor mennesker begår selvmord.

4.2.3 Antidepressiva og effektivitet

Uselektive monoamin-reopptakshemmere, eller trisykliske antidepressiva (TCA), er regnet som særs effektive. Disse medisinene hindrer at monoaminer pumpes tilbake i axonet, slik at de ligger i synapsen lenger. Dette gjør at stoffene har større sjans for å forbinde seg

med reseptorer. Denne gruppen medisinene regnes som svært effektive, spesielt mot de tyngste depresjonene, men gir sterke bivirkninger (Lingjærde, 2004).

Selektive reopptakshemmere er den mest brukte typen medisin mot depresjoner i dag. Disse fungerer som TCA, men er som navnet tyder selektive på hvilke stoffer de påvirker. Noen virker på serotonin, noen virker på noradrenalin, og noen virker på begge. Ingen av disse medisinene har en effekt på dopamin. Fordelen med disse medisinene er mindre alvorlige bivirkninger, noe som fører til færre behandlingsavbrudd. Ulempen er at de ikke er fullt så effektive mot de tyngste depresjonene som TCA (Lingjærde, 2004).

Monoaminoksydasehemmere (MAOH) hemmer et stoff som heter monoaminoksydase (MAO), som er et enzym som bryter ned monoaminene. Dette gjør at frigjorte neurotransmittere ikke blir metaboliserte, og kan knytte seg til reseptorer. Den eneste virkelig effektive av disse medisinene virker svært godt ved atypiske depresjoner, men har så alvorlige bivirkninger at den i Norge kun brukes etter dispensasjon fra Statens legemiddelverk (Lingjærde, 2004). Jeg vil nå sammenfatte og analysere rollen til biokjemiske prosesser i forhold til selvmord.

Fra denne presentasjonen av biokjemiske faktorer i hjernen og antidepressiva ser vi at det ikke nødvendigvis er mengden neurotransmittere som leder til depresjon. Det er også at det som finnes der ikke brukes tilstrekkelig (Lingjærde, 2004). Grunnene til dette er at transmitterne tas opp av axonet igjen for fort, at reseptorene ikke er sensitive nok, og at monoaminen brytes ned for fort i synapsen (Wasserman, 2003). Ved bruk av antidepressiva motvirkes dette. Allikevel er ikke medisinene alltid like effektive. Etter 6-8 ukers bruk oppnås kun tilfredsstillende resultat i 60-70% av tilfellene (Lingjærde, 2004). Jeg tolker dette som at hjernens biokjemi har en innvirkning på depresjoner og selvmord, men at også andre faktorer må spille inn for å forklare hele bildet. Noen grunner til at disse biokjemiske prosessene ikke kan forklare selvmord alene, er at de kun forklarer selvmord ved depresjoner, noe Larsen (2001) pekte på at ikke er en grunn i alle tilfeller av selvmord. Videre blir hjernen og dens prosesser til stadighet påvirket av det vi opplever og det som skjer rundt oss. Slik sett kan biokjemiske prosesser tolkes som et resultat av andre hendelser og prosesser. For eksempel viser Durkheim hvordan samfunnet rundt oss spiller en rolle, mens Beck viser hvordan skjemaer dannes og er med å fortolke hendelser og bestemme reaksjoner. I følge denne tankerekken kan rollene til sosiologi, kognitiv psykologi og nevropsykologi forklares som tre måter å analysere fenomenet selvmord på, på hvert sitt nivå. Durkheim ser på samfunnet, altså et makronivå, Beck og Seligman ser på individet og dets erfaringer, altså et mellom, eller meso, nivå, og nevropsykologien ser på individet i dets minste komponenter, altså et

mikronivå. Jeg forstår sammenhengen mellom disse nivåene slik at for eksempel mikro og mesonivåene virker inn på hverandre. For eksempel vil en ubalanse i neurotransmitterene kunne føre til at individet tolker opplevelser og situasjoner annerledes. Omvendt vil for eksempel lært hjelpeløshet kunne føre til at hjernen fungerer annerledes.

5.0 En helhetlig forståelse av selvmord

Jeg har nå sett på hvordan sosiologisk og psykologisk forståelse forklarer selvmord. Som en forlengelse av rent psykologiske teorier, har jeg også sett på biokjemiske prosesser i hjernen. Jeg vil nå søke å vise at disse perspektivene ikke nødvendigvis er motstridene, men at de kan brukes parallelt for å oppnå en mer helhetlig forståelse av hvorfor noen mennesker begår selvmord. Først vil jeg bruke en psykososial modell, og se på hvordan denne tar i bruk teori fra både sosiologi og psykologi. I denne delen vil jeg ikke fokusere på biokjemisk psykologisk teori. Til slutt vil jeg inkludere biokjemisk psykologi mer eksplisitt, når jeg spør om disse perspektivene kan brukes til å forstå selvmord fra forskjellige nivå.

5.1 En psykososiologisk modell

Det er i dag akseptert at det er en sammenheng mellom miljø og psykisk helse. Blant annet har Durkheim (1897, Roll og Østerberg, 2001) fremholdt at det finnes en sammenheng mellom miljø og selvmordsrater i et samfunn, og Seligman (1975) fremholder at hendelser i individets miljø kan føre til depresjon og selvmord. Jeg vil her presentere sentrale begreper i forståelsen av denne sammenhengen, samt en modell av Dalgard, Døhlie og Ystgaard (1995). Denne modellen ser på sammenhengen mellom sosiale forhold på makronivå og individuelle ressurser på mikronivå. Se vedlegg 3 for en skjematisk fremstilling av modellen til Dalgard et al. (1995). Grunnen til at jeg bruker denne modellen er at jeg ønsker å vise at sosiologisk og psykologisk teori samspiller når jeg søker å årsaksforklare selvmord. Jeg skal først presentere noen viktige begreper. Jeg vil så presentere de forskjellige delene av modellen, og se hvordan disse samspiller. Til slutt vil jeg diskutere hvordan denne modellen kan forklare selvmord.

For å fastslå at miljø har en innvirkning på psykisk helse, må en identifisere årsaksfaktorer. Disse årsaksfaktorene kan igjen deles inn i generelle faktorer og risiko/beskyttelsesfaktorer. Generelle faktorer kan sies å være overordnede og ha en mer indirekte innvirkning på psykisk helse, mens risiko og beskyttelsesfaktorer har en mer direkte innvirkning. Få økonomiske ressurser er en generell faktor, som i seg selv ikke fører til dårligere psykisk helse, selv om grupper med dårlig økonomi har en høy prevalens av

helseproblemer. Dårlig økonomi kan derimot føre til for eksempel sosial isolasjon. Sosial isolasjon er her et eksempel på en risikofaktor. Omvendt kan god økonomi føre til utstrakt sosial deltagelse. Sosial deltagelse er da en beskyttelsesfaktor (Dalgard et al., 1995).

Denne modellen, som jeg altså har valgt å kalle en psykososial modell, tar utgangspunkt i at livspåkjenninger, som for eksempel tap av nære relasjoner, arbeidsledighet og sosial eksklusjon, øker risikoen for psykiske helseproblemer. Dette er samtidig avhengig av sosiale og individuelle faktorer. Jeg vil her eksemplifisere sosiale faktorer med et godt nettverk en er integrert i og individuelle faktorer med høy selvtillit og en tro på at en selv kan påvirke situasjoner som oppstår. Videre forklares sosiale faktorer ved hjelp av sosiologien, mens individuelle faktorer forklares ved et psykologisk perspektiv. Disse faktorene påvirker individets reaksjon på en livspåkjenning ved å virke inn på dets evne til å mestre hendelsen eller situasjonen. Sosial støtte og individuelle ressurser har også en direkte virkning ved at de påvirker hyppigheten av livspåkjenninger (Dalgard et al., 1995). Jeg vil nå presentere de forskjellige aspektene ved denne modellen, og vise hvordan de hver for seg og sammen kan forklare fenomenet selvmord. Jeg vil først definere og utgreie begrepet livspåkjenninger.

5.1.1 Livspåkjenninger

Jeg velger å definere begrepet livspåkjenninger i tråd med Dalgard et al. (1995): ”Med livspåkjenninger forstår vi alle ytre belastninger av en slik styrke at de utfordrer individets mestringsevne.” (s. 16). Videre inkluderer begrepet både hendelser som dødsfall, skilsmisse og ulykker, og vedvarende belastninger som kronisk smerte, lange konflikter og dårlig økonomi.

Flere faktorer har innvirkning på hvor belastende en livspåkjenning er. Jeg vil her redegjøre for noen slike faktorer. Først kan en se på hvor stor grad av omstilling eller forandring hendelsen krever av individet. Her er det verdt å nevne at positive hendelser som stiller store krav til omstilling har liten innvirkning på helse, og da helst som en beskyttelsesfaktor. Negative hendelser som krever stor omstilling kan derimot være en stor bølge for individet (Dalgard et al., 1995). Dette vil jeg tydeliggjøre ved å bruke ekteskap som et eksempel. Å bli gift kan føre til store omstillinger for partene, slik som å flytte til et nytt nabolag, å tilpasse dagen sin til et annet menneskes behov og krav, og kanskje fører det til mindre kontakt med etablerte sosiale kontakter. Allikevel kan dette virke som en beskyttelsesfaktor ved at man utvikler et tett, nærmest symbiotisk forhold til noen som gir støtte i vanskelige situasjoner. Skilsmisse derimot kan være veldig belastende gjennom store omstillinger som flytting, dårligere økonomi, tap av sosiale nettverk og tap av nær partner.

Samtidig kan dette tvinge den skilte til å måtte revurdere sin egen identitet og syn på fremtiden. I henhold til Durkheims (1897; Roll og Østerberg, 2001) teorier vil skilsmisens økonomiske og sosiale konsekvenser påvirke individet. En økonomisk forverring vil føre til at individet er utsatt for en anomisk tilstand, hvor det må tilpasse seg den nye situasjonen ved å senke sine behov og begjær. Videre vil en skilsmisse føre til at den sosiale gruppen som familien er går gjennom en krise. Enten vil individet miste en som har en foreldrerolle for barna, eller det vil miste noe av kontakten med barna. Videre vil mulige tap av andre sosiale nettverk være med å føre til at individet øker tilbøyeligheten til å begå egoistisk selvmord.

Grad av tap eller fare er en annen viktig faktor i hvor alvorlig en livspåkjenning er. Her er ofte trusselen om tap eller fare ofte en belastning i seg selv (Dalgard et al., 1995). En situasjon som for eksempel trussel om vold fra en tidligere partner kan føre til store mengder stress, uavhengig av om denne trusselen blir realisert. I tråd med Becks teori (Stiles et al., 2003) kan en slik kritisk hendelse aktivere negative automatiske tanker på grunn av tidligere erfaringer. Jeg har tidligere vist hvordan dette kan lede til depressive symptomer og selvmordsideasjon.

Hendelsens uforutsigbarhet har en viktig rolle i hvor belastende en hendelse er (Dalgard et al., 1995). Dette kan eksemplifiseres gjennom tap av arbeid. Dersom en får beskjed om at arbeidsinnsatsen må forbedres for at en skal få beholde jobben er dette noe arbeidstakeren selv kan øve innflytelse på ved å bli mer effektiv eller nøyaktig i arbeidet sitt. Eventuelt kan en kurse seg eller søke råd fra kolleger. Dersom arbeidsplassen er truet fordi firmaet risikerer konkurs grunnet økte råvarekostnader derimot, kan dette være en større belastning fordi arbeideren vanskelig kan øve innflytelse på dette. Dersom en arbeidstaker i en slik situasjon er utsatt for lært hjelpeløshet som forstått av Seligman (1975), kan denne opplevelsen være med å aktivere følelsen av å ikke være i kontroll over sitt eget liv. Arbeidstakeren er da utsatt for å utvikle depresjoner. Jeg vil nå analysere mestring for å vise hvordan dette begrepet kan være med å årsaksforklare selvmord.

5.1.2 Mestring

I denne diskusjonen av begrepet mestring vil jeg først begrepsfeste og definere, før jeg greier ut om mestringsprosessen og mestringsmåter for å se hvilken rolle disse spiller i fenomenet selvmord. En hensiktsmessig måte å definere mestring på i min sammenheng, kommer fra Lazarus og Folkman (1984; i Dalgard et al., 1995). Mestring forstås her som ”en mobilisering for å håndtere ytre og indre krav, og konflikter mellom ulike krav.” (s. 20-21). Denne definisjonen begrenses videre til situasjoner som stiller uvanlig store krav til en person.

Jeg tolker denne definisjonen slik at mestringssevne er en beskyttelsesfaktor i forhold til selvmord. Et individ med høy mestringssevne som er utsatt for anomi (Durkheim, 1897; Roll og Østerberg, 2001), vil ha lettere for og omstille og tilpasse seg muligheter i livet og nye krav og normer fra samfunnet. Videre vil det også ha lettere for å finne ut av hva disse nye kravene og normene er. For et individ som opplever en kritisk hendelse i tråd med Becks kognitive depresjonsmodell (Stiles et al., 2003), vil mestringsdyktighet bety at individet har hensiktsmessige skjemaer og taklingsstrategier, som tillater det å tilpasse seg situasjonen. Lazarus og Folkman fremhever videre at mestringsprosessen er en dynamisk prosess i individet som inkluderer både handlingsorienterte og intrapsykiske reaksjoner, idet individuelle mestringsressurser og ressurser i individets omgivelser benyttes. Det at mestringsprosessen er en dynamisk prosess betyr at det en gjør er viktigere enn den en er og det en har. Jeg forstår her handlingsorienterte reaksjoner som taklingsstrategier, og intrapsykiske reaksjoner som automatiske tanker og fortolkning av situasjonen, slik som de er presentert i Becks modell.

Sentralt i mestringsprosessen er "the appraisal process", som jeg forstår som en fortolkningsprosess. Denne prosessen består av to faser. Første fase er når en vurderer hendelsen eller situasjonen i seg selv. Her avgjør individet om en står ovenfor en trussel, skade eller tap. På dette tidspunktet kan forventninger om sosial støtte spille inn, og hendelsen oppfattes mer eller mindre truende basert på om individet tror det vil få støtte i situasjonen. I den andre fasen vurderer individet hvilke ressurser det har, både individuelt og i omgivelsene. Denne fasen påvirkes sterkt av tidligere erfaringer fra sammenlignbare situasjoner, og utløpet av disse (Lazarus og Folkman, 1984; i Dalgard et al., 1995). Både Beck (Stiles et al., 2003) og Seligman (1975) har omtalt lignende faser i sine teorier. Beck fokuserer på når skjemaer fra tidlige erfaringer fører til at et individ feilfortolker en situasjon, mens Seligman mener at tidligere erfaringer av hjelpeløshet fører til at senere vurderinger av situasjoner som upåvirkelige av individet selv.

Når vurderingsprosessen er gjennomført, er neste steg i mestringsprosessen å velge måte å takle situasjonen på. Denne prosessen kan deles inn i to hovedgrupper av mestringsmåter. Problemløsende strategier har som hovedfokus å gjøre noe konstruktivt med situasjonen. Følelsesfokuserte strategier derimot, søker å regulere de følelsesmessige konsekvensene av hendelsen. Flere faktorer øver innflytelse over hvilken strategi som blir brukt. Hendelsens karakter påvirker dette i stor grad. For eksempel vil langvarig kronisk sykdom best takles ved hjelp av følelsesregulering, mens økonomiske problemer best løses ved å ta konkrete handlinger være beste måte å mestre situasjonen på. Jeg forstår dette slik at i en situasjon som ligner tidligere negative situasjoner hvor individet ikke har kunnet yte

innflytelse, kan resultere i hjelpeløshet fra individet. Det er her viktig å påpeke at mange livspåkjenninger utløser bruk av begge strategistilene, enten samtidig, eller vekselvis (Dalgard et al., 1995). Videre vil individets personlighetsstil og tidligere erfaringer påvirke hvilken metode som blir brukt for å takle hendelsen. Jeg vil nå diskutere individuelle ressurser i forhold til fenomenet selvmord.

5.1.3 Individuelle ressurser

Individuelle ressurser kan hensiktsmessig deles opp i indre og ytre ressurser. Her viser indre ressurser til personlighetsstil og andre faktorer i personligheten til individet, og kan forstås som psykologiske faktorer. Ytre ressurser viser til alt som ikke er en del av individet selv, og kan forstås som sosiale/sosiologiske faktorer.

I litteraturen differensieres det mellom tilbaketrekkende og konfronterende personlighetsstiler. Mens en tilbaketrekkende stil sikrer at det ikke brukes unødvendige krefter på mindre og forbigående hendelser, vil en konfronterende stil være mer effektiv i å løse større livspåkjenninger og langvarige problemer (Dalgard et al., 1995). Holahan og Moos (1987; i Dalgard et al., 1995) viser til at det finnes empiriske holdepunkter for at en tilbaketrekkende mestringsstil er en helsemessig risikofaktor i møte med store livspåkjenninger. Jeg forstår dette slik at i møte med en livspåkjenning vil en konfronterende stil være fordelaktig fordi en da søker tilfredsstillende måter å håndtere situasjonen på. I motsetning til dette vil en tilbaketrekkende stil bare utsette og muligens forverre en situasjon. En tilbaketrekkende person vil da ikke være forberedt på situasjonen. Hvis en person for eksempel opplever problemer i ekteskapet, vil unngåelsen av å møte disse problemene kunne forverre dem ved at partneren blir mer frustrert og oppgitt. Hvis dette da leder til en skilsmisse vil individet bli utsatt for en større selvmordsrisiko i henhold til tidligere diskusjon av Durkheims (1897; Roll og Østerberg, 2001) anomiske og egoistiske selvmord. Dersom denne personen ikke bruker konfronterende taklingsstrategier er risikoen enda større for at tap av integrasjon og begrensede muligheter til å tilfredsstille behov vil føre til selvmord. En konfronterende person vil derimot kunne redde ekteskapet, eller kunne møte de nye utfordringene bedre, for eksempel ved å finne nye sosiale grupper å integreres i.

Uansett personlighet og indre ressurser, vil evnen til å mestre en livspåkjenning påvirkes av ytre ressurser. Mestringsprosessen påvirkes av faktorer som utdanning, levestandard, andre påkjenninger og sosial støtte. Jeg vil nå se nærmere på begrepet sosial støtte, som også er en egen komponent i modellen til Dalgard et al. (1995), og diskutere dette begrepet i forhold til selvmord.

5.1.4 Sosial støtte

Med sosial støtte inkluderes her støtte fra et individs uformelle nettverk, som venner, familie, kollegaer og naboer. Jeg forstår dette uformelle nettverket som sosiale grupper som fører til integrasjon i tråd med Durkheims egoistiske selvmord. Jeg vil først presentere strukturelle og funksjonelle egenskaper ved sosial støtte. Jeg skal så analysere hvordan dette kan være med å forebygge selvmord.

De strukturelle egenskapene til sosial støtte tar utgangspunkt i hvilken grad en person er integrert i en sosial sammenheng. Dette fordi tilfredsstillende integrasjon fører til at individet kan motta sosial støtte. Det er her også aktuelt å trekke inn Durkheims (1897; Roll og Østerberg, 2001) forståelse av sosiale grupper som meningsskapende for individet. Strukturen i et nettverk vil ha visse egenskaper, basert på størrelse, kontakthypighet, gjensidighet, og multipleksitet. Begrepet multipleksitet viser her til tilfeller hvor en enkelt relasjon kan yte flere former for støtte.

Funksjonelle egenskaper, det vil si funksjonene til den sosiale støtten, kan deles opp i tre nøkkelområder. Disse er innhold, tilgjengelighet og hvem støtten kommer fra. Innholdet i støtten vil variere etter typen livspåkjønning og strukturen i nettverket som yter støtte. Ved tap av en nær person vil det ofte være naturlig å gi emosjonell støtte, mens ved økonomiske problemer vil støtte i form av informasjon om hvordan problemet kan løses (kognitiv støtte) eller praktisk hjelp (instrumentell støtte) ofte være mer naturlig. Alt etter hva livspåkjønningen består av, kan flere typer støtte gis samtidig. Tilgjengeligheten i støtten er også et sentralt element. Dalgard et al. (1995) skiller her mellom forventet og mottatt støtte. Jeg tolker det slik at også fysisk og emosjonell nærhet når livspåkjønningen oppstår/pågår er viktig. Dersom et individ har mistet en nær relasjon og har vanskelig for å takle hverdagen, vil det være kvalitative forskjeller på om det er en nær venn eller en mer diffus kollega som gir støtte. Det kan også skilles mellom støtte som gis ansikt til ansikt og støtte som gis over telefon fra en annen by. Disse eksemplene tydeliggjør også viktigheten av hvem støtten kommer fra.

Jeg har nå presentert og greid ut om alle komponentene i modellen til Dalgard et al. (1995), bortsett fra den overordnede delen som fokuserer på samfunnsmessige forhold og faktorer i miljøet som har en innvirkning på helse. Dette er fordi jeg har gått grundig gjennom sosiale årsaksforklaringer til selvmord gjennom Durkheim i del 3, og anser denne presentasjonen som tilstrekkelig. Jeg vil nå avslutningsvis stille spørsmålet om sosiologi og kognitiv og biokjemisk psykologi kan forståes som makro, meso og mikro perspektiver på selvmord.

5.2 Forskjellige perspektiver, eller tre sider av samme sak?

I begynnelsen av denne oppgaven analyserte jeg Durkheims (1897; Roll og Østerberg, 2001) forståelse av det anomiske og det egoistiske selvmordet. Videre i denne dokumentanalysen så jeg på hvordan Beck (Stiles et al., 2003) og Seligman (1975) forklarer selvmord ved hjelp av kognitiv forståelse, før jeg presenterte nyere kunnskap om hvordan hjernen fungerer i forhold til depresjon og selvmord.

Jeg vil her foreslå at disse teoriene kan forstås som likestilte, men at de tar utgangspunkt i forskjellige nivåer av funksjonering. Durkheim (1897; Roll og Østerberg, 2001) ser på hvordan storsamfunnet kan påvirke individet, og således øke dets tilbøyelighet til å begå selvmord. Beck (Stiles et al., 2003) og Seligman (1975) ser på hvordan individet påvirkes av egne opplevelser, og organiserer disse kognitivt. Jeg foreslo videre hvordan noen typer opplevelser, og metoder for å organisere disse, kan forårsake selvmord. Jeg viste så hvordan biokjemiske undersøkelser henviser til prosesser i hjernen som påvirker individet og dets virkelighetsforståelse. Jeg presenterte også hvordan disse prosessene kan lede et individ til selvmord. Jeg tolker disse perspektivene, som tidligere nevnt, som forskjellige synsvinkler på det samme fenomenet. De har således hver sine styrker, og kan med fordel inkluderes i en helhetlig forståelse av selvmord.

Sosiologien ser på og analyserer prosesser og fenomener i samfunnet, og søker å forklare disse med teoretiske fremstillinger. Denne type forståelse fremstår for meg som viktig i forebygging på samfunnsnivå, og for å identifisere prosesser i samfunnet som kan lede til en økning i selvmord. På denne måten kan risikogrupper identifiseres og tiltak kan settes inn på målrettet vis. Kognitiv psykologi ser på individer, og tolker prosesser som foregår mellom individet selv og hendelser i dette individets miljø. Denne kunnskapen er viktig for å identifisere enkeltmennesker som er utsatt for depresjoner, og som derfor er i risiko for å begå selvmord. Samtidig har denne typen forståelse en styrke i kognitiv psykoterapi, som brukes i møtet mellom det selvmordsutsatte individ og profesjonelle hjelpere. Slik behandling har vist seg som effektiv, noe som kan brukes som et bevis for at denne forståelsen er valid.

Biokjemisk psykologi har først de siste årene blitt utviklet nok til å kunne presentere en konstruktiv forståelse av selvmord. Denne kunnskapen har blitt brukt til å finne medikamenter som hjelper depressive og selvmordstruede mennesker å overkomme lidelsen sin. Jeg har tidligere vist til mulige koblinger mellom kognitiv og biokjemisk psykologi, hvor forstyrrelser i nevrotransmitterbalansen er forbundet med endringer i sinnsstemning, og i reguleringen av kroppslige prosesser som er forbundet med noen selvmordsutsatte. Allikevel finner jeg at

biokjemisk kunnskap til i dag ikke er godt nok utviklet til at jeg kan slå fast noe annet enn at monoaminer spiller en rolle i selvmord, og at medisinene som er på markedet viser seg å være effektive.

Jeg føler jeg nå har klart å vise en tentativ sammenheng mellom sosiologi og kognitiv psykologi, og mellom kognitiv og biokjemisk psykologi. Jeg vil her fremheve at disse sammenhengene kun er tentativ. På grunn av dette vil jeg etterlyse mer forskning som eksplisitt ser på disse sammenhengene. Den forskningen som er blitt gjort på sammenhengen mellom kognisjon og biokjemiske prosesser har funnet at det sannsynligvis er en sammenheng, men uten å kunne identifisere slike prosesser eksplisitt (Lester, 1992). Dalgard et al. (1995) representerer et forsøk på å knytte sosiologi og psykologi sammen, men gjør dette ved å bruke eksisterende teorier i sin egen samfunnsforskning, og er lite uttalte i sin bruk av kognitiv teori.

6.0 Avslutning

Jeg har i denne oppgaven prøvd å årsaksforklare selvmord. Jeg har gjort dette ved å foreta en innholdsanalyse av vitenskapelige dokumenter fra sosiologisk og psykologisk litteratur. Når jeg tok for meg hvordan sosiologisk teori forklarer selvmord konsentrerte jeg meg om Emile Durkheim og hans analyse av selvmord. Videre har jeg gått igjennom to kognitive teorier, og sammenfattet dagens forståelse av biokjemiske prosesser i hjernen som er aktuelle i selvmordsforskningen.

I løpet av dette arbeidet har jeg søkt å flette sammen disse forståelsesrammene, og å sammenligne dem. I dette arbeidet fant jeg en mulig sammenheng mellom perspektivene, hvor de tilbyr forskjellige forklaringer på selvmord, uten at de er motstridende. Denne sammenhengen er noe tentativ, og jeg har således ikke en klar konklusjon til siste del av problemstillingen min. Dette kan være et grunnlag for fremtidige forskningsprosjekter.

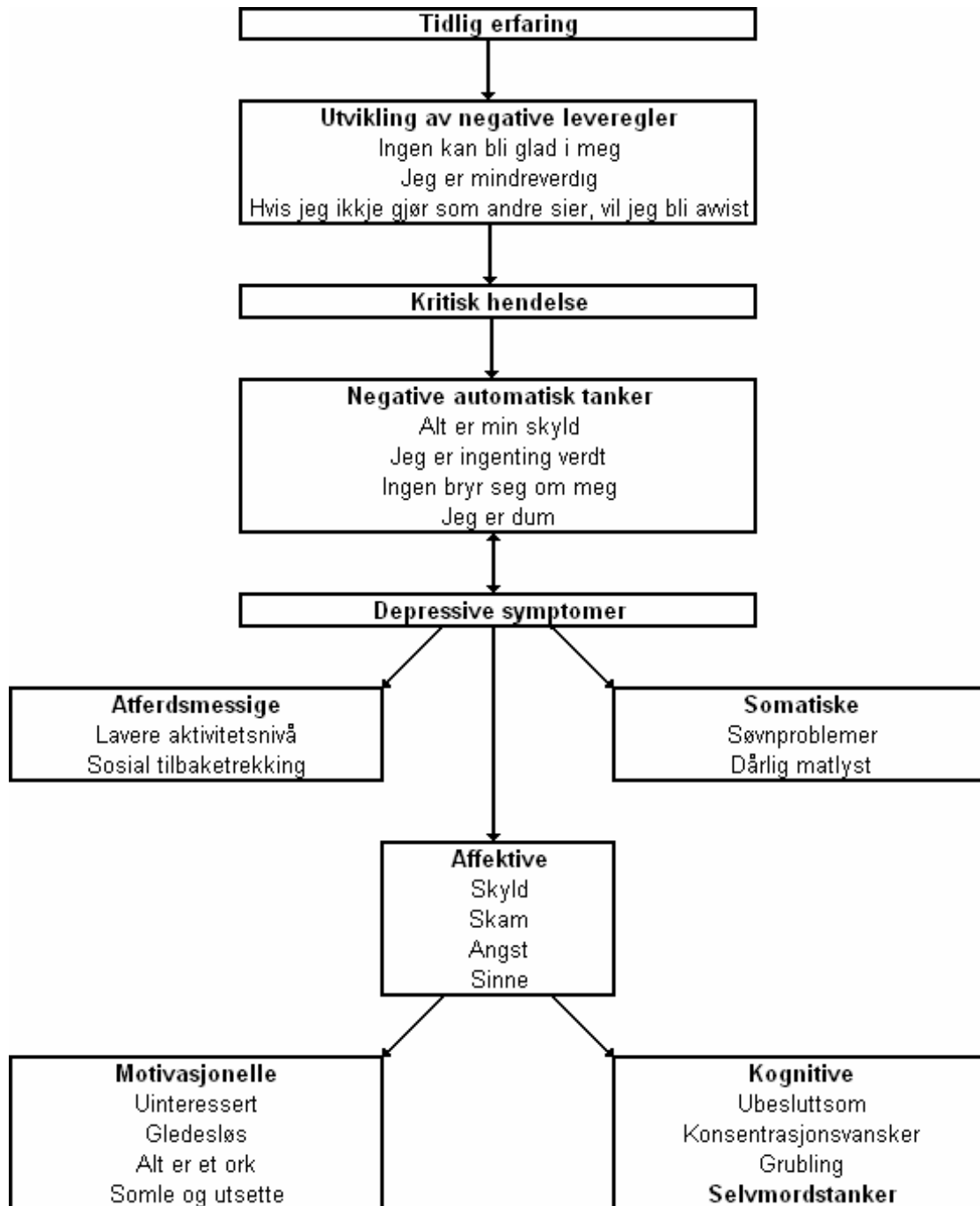
7.0 Referanser:

- Dalgard, O. S., Ystgaard, M. og Breivik, J. I. (1995). *Sosiale miljøfaktorer og psykisk helse*, i Dalgard, O. S., Døhlie, E. og Ystgaard, M (red). *Sosialt nettverk: helse og samfunn*. Oslo, Universitetsforlaget
- Durkheim, E [1897] (2001). *Selv mordet*, Østerberg, D. og Roll, H. (red) Trondheim, Gyldendal
- Larsen, J. K. (2001). *Depressionssydommen: fra videnskap til klinisk praksis*, i Munk-Jørgensen, P. og Bolwing, T. G. København, Munksgaard
- Lester, D: (1992). *Why people kill themselves*, Illinois, Charles C Thomas Publisher
- Haga, E. og Retterstøl, N. (2000). *Om selvmord*, Stavanger, Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
- Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*, Oslo, Cappelen
- Haukø, W. og Ystgaard, M. (1998). *Å forstå og forklare selvmordsatferd*, Oslo, Universitetet i Oslo
- Jacobsen, D. I. (2000). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*, Kristiansand, Høyskoleforlaget
- Lingjærde, O. (2004). *Depresjon og angst: hvor mye hjelper medisiner?*, Kristiansand, Høyskoleforlaget
- Pritchard, C. (1995). *Suicide – The ultimate rejection? a psycho-social study*, Buckingham, Open University Press
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. og Mehlum, L. (2002). *Selv mord, et personlig og samfunnsmessig problem*, Oslo, Gyldendal
- Rosenberg, N., Hougaard, E. og Nielsen, T. (1998). *Kognitiv terapi*, i Hougaard, E., Diderichsen, B. og Nielsen, T (red). *Psykoterapiens hovedtraditioner*. København, Dansk psykologisk Forlag

- Schiefloe, P. M. (2003). *Mennesker og samfunn: innføring i sosiologisk forståelse*,
Bergen, Fagbokforlaget
- Scott, J. (1990). *A matter of record: documentary sources in social research*,
Cambridge, Polity Press
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: on depression, development and death*,
San Francisco, W. H. Freeman and Company
- Sigrell, B. (1991). *Vad ar psykologi?*,
Gøteborg, Akademiforlaget
- Statistisk sentralbyrå (11.2.2007). <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/tab-2006-06-01-08.html>
- Statistisk sentralbyrå (11.2.2007). <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/tab-2006-06-01-14.html>
- Statistisk Sentralbyrå (28.2.2007). <http://www.ssb.no/emner/02/02/30/ekteskap/tab-2007-02-22-02.html>
- Stiles, T. C., Nordahl, H. M. og Vogel, P. A. (2003). *Kognitiv terapi ved deppresjon*,
i Berge, T., Dalsgaard Axelsen, E., Høstmark Nielsen, G., Nordhus, I. H. og
Ommundsen, R. (red). *Samtaler som forandrer: Psykologisk teori i praksis*.
Bergen, Fagbokforlaget
- Urzin, H. og Zahl-Begnum, O. . (1993). *Biologisk psykologi*,
Oslo, Tano
- Wasserman, D. (2003). *Depression: En vanlig sjukdom*,
Stockholm, Natur och kultur
- Aagaard, M. og Dahl, A. A (1997). *Diagnostiske kriterier fra DSM-IV*,
Oslo, Pilgrim Press

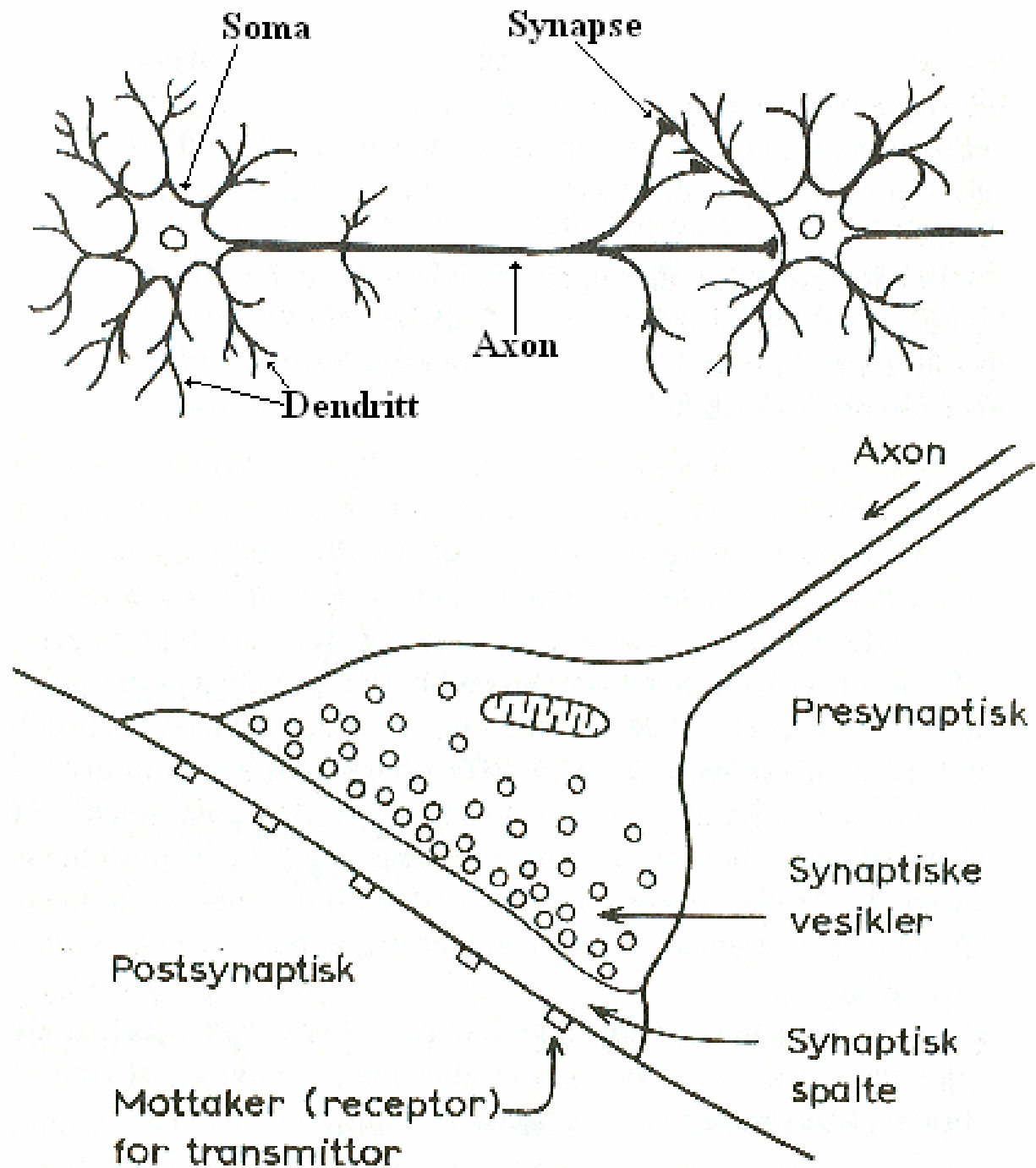
Vedlegg 1

Figur 1. Becks kognitive depresjonsmodell (Stiles et al., 2003)



Vedlegg 2

Figur 2. Hjerneceller og synapser (Ursin og Zahl-Begnum, 1993)



Vedlegg 3

Figur 3. Modell for samspill mellom sosialt miljø og helse (Dalgard et al., 1995)

