



LUNDS
UNIVERSITET

Vilka strukturella samhällsförändringar krävs för att förebygga socialt betingat självmord?

Ermine Khachatryan

Examensarbete, (C-uppsats), 15 högskolepoäng
Sociologi kandidatkurs, SOCKO4
Sociologiska institutionen
Höstterminen 2016
Handledare: Christofer Edling
Examinator: Kjell Nilsson

Författare: Ermine Khachatryan

Titel: Vilka strukturella samhällsförändringar krävs för att förebygga socialt betingat självmord?

Kandidatuppsats: SOCKO4, 15 hp

Handledare: Christofer Edling

Examinator: Kjell Nilsson

Sociologiska institutionen, höstterminen 2016

Nyckelord: Självmord, förebygga, riskfaktorer, sociala betingelser

Sammanfattning

Syftet med det här arbetet är att enligt den aktuella forskningen kartlägga de sociala riskfaktorerna som kan leda till självmord och att utifrån ett sociologiskt perspektiv diskutera vilka strukturella samhällsförändringar som kan förhindra att människor vill begå självmord. Tre frågeställningar ska besvaras: 1) vilka sociala riskfaktorer finns för självmord, enligt den aktuella forskningen, 2) hur ser det förebyggande arbetet ut idag i Sverige och 3) vilka strukturella samhällsförändringar skulle krävas för att förebygga socialt och kulturellt betingat självmord? En kvalitativ kunskapsöversiktsstudie av relevant forskningslitteratur har genomförts. Studierna har sorterats i olika kategorier såsom ålder, kön och sexualitet, övergrepp och mobbning, alkohol och missbruk, arbetssituation samt civilstånd. Dessutom har Sveriges nationella handlingsprogram för suicidprevention studerats samt projektledaren för Folkhälsomyndighetens samordningsuppdrag för självmordsprevention intervjuats. Uppsatsens huvudsakliga teoretiska perspektiv är Durkheims sociologiska självmordsteori. Uppsatsen fokuserar på utvecklingen och vår förståelse av de sociala och kulturella betingelserna av självmord vilket kan ge nya insikter om självmord som ett socialt fenomen.

Author: Ermine Khachatryan

Title: What structural changes in society are necessary to prevent people from committing suicide?

Bachelor thesis: SOCKO4, 15 hp

Supervisor: Christofer Edling

Examiner: Kjell Nilsson

Department of Sociology, autumn semester 2016

Keywords: Suicide, prevent, risk factors, social conditions

Summary

The aim of this essay is to identify, according to the current research, the social risk factors that can lead to suicide, and from a sociological perspective discuss what structural changes in society are necessary to prevent people from committing suicide. The research questions that will be addressed are 1) which social risk factors are there for suicide, according to the current research, 2) what preventive work is done in Sweden today, and 3) what kind of structural changes would be required in order to prevent socially and culturally conditioned suicide. In order to respond to these issues a qualitative literature review has been carried out, based on the relevant research literature. On the basis of the research results the studies has been placed in different categories as age, gender and sexuality, abuse and harassment, alcohol and misuse, working situation and marital status. Moreover, Sweden's national action program for suicide prevention has been studied and the project manager for the coordination commission for suicide prevention at The Public Health Agency of Sweden has been interviewed. The essay's main theoretical perspective is Durkheim's theory of suicide. The essay focuses on the development and our understanding of the social and cultural conditions of suicide, which can give new understandings about suicide as a social phenomenon.

Innehållsförteckning

Inledning	5
Syfte	5
Frågeställningar	6
Sociologisk teori om självmord	6
Émile Durkheims självmordsteori	6
Teoriutvecklingen efter Durkheim	8
Metod	9
Kunskapsöversikt	10
Epidemiologisk översikt	11
Forskningsresultat indelat i kategorier	12
1) Ålder	12
2) Kön och sexualitet	12
3) Övergrepp och mobbning	13
4) Alkohol och missbruk.....	13
5) Arbetsituation	14
6) Civilstånd.....	14
Självmordsförebyggande arbete i Sverige	14
Diskussion	16
Är självmord en social företeelse?.....	17
Hur skulle forskningsresultaten kunna förklaras?	18
Kan vi reducera självmordets sociala riskfaktorer?.....	21
Är studiedesignen tillförlitlig?.....	22
Referenser	24

Inledning

Själv mord har inte någon universellt accepterad definition. För uppsatsens syfte kan fenomenet dock enkelt definieras som en handling som syftar till avsiktlig självförvållad död. Det är inte en slumpmässig eller meningslös handling, utan snarare ett sätt att hantera ett visst problem eller en viss livssituation. Enligt World Health Organisation (WHO, 2014) dör över 800,000 människor av själv mord varje år. I åldrarna 15 – 29 år är suicid den näst vanligaste dödsorsaken, globalt sett. Inräknad alla ålderskategorier, rankas suicid globalt som den femtonde vanligaste dödsorsaken. Dock sker hela 75 procent av det globala själv mordet i låg- och medelinkomstländer. Enligt Nationellt Centrum för Själv mordsforskning och prevention av psykisk ohälsa, NASP, begår mellan 1500 och 2000 personer i Sverige själv mord årligen. Det är alltså betydligt fler som dör på grund av själv mord än i trafikolyckor. Totalt tog 1554 personer livet av sig under 2015. Detta kan jämföras med antalet döda i trafikolyckor, som under samma år var 260 (NASP, 2015).

Trots omfattningen är själv mord ett tabubelagt ämne och de som försöker begå själv mord är en stigmatiserad grupp i samhället. Det dominerande synsättet är att det är ett individuellt val att vilja avsluta sitt liv, vilket kan uppfattas som ett uttryck för självständighet och livskontroll. Genom att betrakta suicid som ett folkhälsoproblem och därmed fokusera på de faktorer som påverkar individens livssituation men som individen inte alltid har kontroll över skapas det ett större utrymme för ett förebyggande arbete. För att kunna arbeta preventivt är det av grundläggande betydelse att kunna identifiera de bakomliggande riskfaktorerna.

Olika psykiatriska diagnoser; såsom schizofreni, bipolär sjukdom, patologisk depression mm. är numera välkända faktorer som kan orsaka själv mordsbeteende. De sociala faktorernas betydelse är dock inte lika etablerad och tydlig. I mitt arbete vill jag därför fokusera på utvecklingen och vår förståelse av de sociala betingelserna av själv mord, för att utifrån det försöka formulera åtgärder som samhället skulle kunna vidta för att förebygga suicid.

Syfte

Syftet med det här arbetet är att enligt den aktuella forskningen kartlägga de sociala riskfaktorerna som kan leda till själv mord och att utifrån ett sociologiskt perspektiv diskutera vilka strukturella samhällsförändringar som kan förhindra att människor vill begå själv mord.

Frågeställningar

1. Vilka sociala riskfaktorer finns för självmord, enligt den aktuella forskningen?
2. Hur ser det förebyggande arbetet ut idag i Sverige?
3. Vilka strukturella samhällsförändringar skulle krävas för att förebygga socialt och kulturellt betingat självmord?

Sociologisk teori om självmord

Enligt flera sociologer som har studerat fenomenet självmord, bör man beakta sociala faktorer för att förstå varför människor av fri vilja väljer att avsluta sina liv. Durkheim anses vara grundaren av den empiriska sociologiska självmordsforskningen. I sin bok *Självmord* (1897) formulerade han hypotesen att den sociala integrationsgraden samt de familjära omständigheterna kan påverka självmordsfrekvensen i ett samhälle. Sedan dess har ett antal sociologiska teorier formulerats delvis med inspiration från psykoanalysen.

Émile Durkheims självmordsteori

Émile Durkheim definierar självmord som ”dödsfall, som direkt eller indirekt är resultatet av en positiv eller negativ handling, utförd av den avlidne, och vilken hen vet kommer att medföra detta resultat” (Durkheim 1993 s.22). Enligt Durkheim kan inte självmord förklaras på individnivå där framförallt psykologiska egenskaper blir avgörande, utan bör snarare betraktas som ett socialt och strukturellt fenomen. Han studerade den offentliga självmordsstatistiken från olika länder och kunde konstatera att antalet självmordsfall i stort sett är konstant i ett och samma samhälle. Om självmord var individuellt och psykologiskt betingat borde variationen ha varit större, såsom fallet var med de övriga allmänna dödstaten. Dock visade Durkheims studier på en betydande skillnad i antalet självmordsfall mellan olika samhällen (Durkheim 1993 s. 25-28). Därav drog han slutsatsen att självmord var en socialt betingat företeelse.

Under olika omständigheter, exempelvis när ekonomiska kriser, krig eller naturkatastrofer inträffar kan självmordsfrekvensen minska i ett samhälle, vilket Durkheim förklarar med att det uppstår en kollektiv ansvarskänsla som medför att individer tenderar att i mindre utsträckning tänka på sig själva (Durkheim, 1993 s.160-163). Däremot kunde han inte se någon ökning i självmordsfrekvensen till följd av ekonomiska förändringar som ledde till ökad fattigdom. Inte heller kunde han observera ett samband mellan ökat välstånd och minskad självmordsfrekvens. Det som kan påverka samhällets självmordsfrekvens anser Durkheim vara förändringar i den kollektiva jämvikten – de normer och gränser som är styrande i ett samhälle, den moraliska makt som individen av fri vilja underkastar sig under.

Detta oavsett förändringens positiva eller negativa natur. Stora systemförändringar leder alltid till större självmordsbenägenhet hos individer menar Durkheim (1992 s.198-203).

Durkheim särskiljer fyra kategorier av självmord; egoistiskt, altruistiskt, anomiskt samt fatalistiskt självmord. Han menar att individen har ett individuellt jag och ett socialt jag. Det så kallade egoistiska självmordet inträffar när individen förlorar sitt sociala jag och därmed även anknytningen till samhället. Styrande blir då det individuella jaget och lusten att leva försvagas. De förändrade samhällstillstånden ökar individens benägenhet att begå självmord och den sänkta tröskeln medför att även små negativa händelser och motgångar i ens privata liv kan resultera i självmord.

Dessa slutsatser baserar Durkheim bland annat på iakttagelsen att varken barn eller äldre begår självmord, det tillhör i alla fall ovanligheten. Förklaringen är, enligt honom, att ett barn ännu inte har ett fullt utvecklat socialt jag. För de äldres del handlar det om att de inte är delaktiga i det sociala samhällslivet i lika stor utsträckning. På grund av avsaknaden av den starka anknytningen till samhället är inte barn och äldre lika sårbara när förändringar inträffar. Den som däremot har en stark anknytning och på grund av förändrade omständigheter förlorar densamma, börjar i allt större utsträckning fundera på vad som är meningen med livet (Durkheim, 1993 s.162-166).

Motsatsen till det egoistiska självmordet är enligt Durkheim det altruistiska självmordet. I fallet med det egoistiska självmordet leder själva isoleringen från samhället till större sårbarhet, medan det altruistiska självmordet handlar om att man kan förlora sin individualitet när den sociala integrationen är alltför stark och man blir en av mängden. Den egna personens värde får vika sig för den kollektiva identiteten vilket kan leda till att man offerar sitt liv när samhället eller den egna sociala gruppen så kräver. Medan den av egoismen drivna personen isolerar sig och lever sitt liv efter egna beteenderegler utan social förankring, kan den av altruismen drivna personen offra sitt liv för att man anser den egna personen vara så liten och obetydlig i förhållande till kollektivet och dess mål. Altruistiskt självmord är vanligt förekommande exempelvis bland soldater i arméer (Durkheim, 1993 s.172-183).

Anomi, eller normlöshet, innebär att det saknas regleringar, tydliga normer och en viss ordning i samhället att anpassa sig till och leva efter. Durkheim anser att anomi är vanligt förekommande i det moderna samhället och starkt påverkar självmordsfrekvensen. Han anser även att det anomiska och det egoistiska självmordet har en gemensam nämnare i det att i båda fallen saknas en känsla av samhörighet (Durkheim, 1993 s.219-221). Till sist definierar

Durkheim det fatalistiska självmordet som motsatsen till det anomiska självmordet. Han menar att när individen blir tvungen att underkasta sig strikta regler och krav och där man inte har möjlighet att få utlopp för egna idéerna, tankarna och känslorna kan individen se självmord som den enda utvägen. Hans studier visade att den här typen av självmord framförallt förekom bland unga gifta män samt barnlösa gifta kvinnor (Durkheim, 1993 s.242).

Durkheims teori om självmord bygger alltså på uppfattningen att varierande grad av integration och reglering kan påverka självmordsfrekvensen i ett samhälle genom att leda till utvecklingen av någon av de fyra självmordstyperna.

Teoriutvecklingen efter Durkheim

Sedan Durkheim har ett antal sociologiska självmordsteorier varit dominerande. Enligt Lindén (1985) formulerade Henry och Short aggression-frustration hypotesen 1954. Den hade sin utgångspunkt i psykoanalysen. Enligt teorin är självmord och mord olika sidor av samma fenomen, nämligen våldsam aggression, som enbart kan förklaras med sociologiska och psykologiska variabler. De ansåg att ökad frustration leder till ökad aggression som i sin tur leder till ökat våld. Våld som är riktad utåt mot andra kan leda till mord, medan våld som är riktat inåt mot sig själv kan leda till självmord. Huruvida individer uppfattar sig själva eller andra som källa till frustrationen är avhängigt av social klass och status. Lågstatusgrupper i samhället skuldbelägger andra och har låg självmordsgrad, medan högstatusgrupper skuldbelägger sig själva och tenderar att i större utsträckning begå självmord. När exempelvis individens sociala status i samhället förändras på grund förändrade ekonomiska förutsättningar, uppstår en aggression som individen antingen riktar mot sig själv eller mot andra, beroende på hur pass starka de yttre restriktionerna är (Lindén, 1985).

Vidare menar Lindén att Gibbs och Martin utvecklade status-integrationsteorin 1964. Den ifrågasatte Durkheims distinktion mellan integration och reglering. Gibbs och Martin påstod att konflikten mellan sociala roller relaterade till ålder, kön, yrke och materiell status var de främsta determinanterna av självmord. Speciellt i sociala sammanhang, där individerna erfar hög grad av olösbara rollkonflikter, ökar självmordsfrekvensen (Lindén, 1985). Lindén nämner även Taylor som utvecklade sin självmordsteori 1982 där han såg på det sociala livet som ett spel där alla har sina roller och följer vissa spelregler. När en individ väljer att avsluta sitt liv, innebär detta att individen inte längre ser någon mening i spelet, vilket kan ha en rad olika anledningar. En möjlig förklaring, ansågs även kunna vara uteslutning från spelet, där individen upplever sig vara isolerad av andra aktörer i samma spel (Lindén, 1985).

Man skulle kunna säga att de post-Durkheimianska självmordsteorierna snarare har en socialpsykologisk karaktär, där man försöker förklara fenomenet med hjälp av en kombination av sociologiska och psykologiska variabler för att bättre kunna ta hänsyn till helheten.

Metod

Denna studie är en kunskapsöversikt med syfte att kartlägga den befintliga forskningen om självmordets sociala riskfaktorer. Min utgångspunkt för studiens design har varit Backman som övergripande redovisar hur en kunskapsöversikt bör genomföras (Backman, 1998). Till skillnad från en litteraturöversikt där man ger en överblick över all befintlig litteratur inom forskningsämnet, är syftet med en kunskapsöversikt att få en överblick över det befintliga kunskapsläget inom ett specifikt valt område inom ett forskningsämne (Backman, 1998).

Jag använde mig av databaserna Pubmed och PsycInfo för att söka och välja ut relevanta studier som besvarade uppsatsens syfte. Sökningen genomfördes vid fem olika tillfällen och studieurvalet gjordes baserad på titel och abstrakt. Sökorden var ”suicid” och ”self harm” kombinerad med ”risk factors”. Efter varje sökningstillfälle ägnades flera dagar åt att bearbeta artiklarna. Vid de två första sökningarna lästes många artiklars abstrakt och de mest förekommande riskfaktorerna kunde identifieras. Mental ohälsa och alkohol var de mest frekventa kategorierna, den tredje mest förekommande kategorin var sociala betingelser. Jag valde dock att exkludera ”mental ohälsa” kategorin eftersom studierna hade fokus på olika neurologiska mekanismer i hjärnan, exempelvis vid schizofreni, bipolär sjukdom, patologisk depression och liknande psykiatriska diagnoser. Mer specifika sökningar genomfördes inom kategorierna ”alkohol” och ”sociala faktorer” och genom att bearbeta studieresultaten gjordes ett urval av relevanta studier. Enbart engelskspråkiga artiklar i internationella vetenskapliga tidskrifter från år 1995 fram till år 2015 inkluderades. Backman (1998) menar att internationella vetenskapligt granskade artiklar har högst trovärdighet och är den dokumenttyp som anses vara mest användbar. Reviews och andra sekundära källor exkluderades. Utifrån studiernas resultat noterades nyckelorden och utifrån det placerades studierna i olika kategorier såsom ålder, kön och sexualitet, övergrepp och mobbning, alkohol och missbruk, arbetssituation samt civilstånd.

För att ta reda på om och vilket förebyggande arbete som sker i Sverige idag, studerade jag Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens hemsidor, speciellt Sveriges nationella handlingsprogram för självmordsprevention antagen av Riksdagen 2008. Därefter

telefonintervjuade jag Jenny Telander, projektledare för Folkhälsomyndighetens samordningsuppdrag kring suicid prevention.

De i förväg förberedda intervjufrågorna var följande:

- Berätta lite övergripande hur ni som myndighet arbetar med implementeringen av det nationella handlingsprogrammet för självmordsprevention. Vad görs rent praktiskt?
- Jag undrar om det har skett någon utvärdering av programmet sedan det antogs av Riksdagen, samt om ni har kunnat se någon positiv utveckling under de senaste åtta åren?
- Finns det några tydliga nationella riktlinjer för självmordsprevention som landsting och kommuner bör arbeta efter?
- Finns det några områden som du tycker, man skulle behöva utveckla ytterligare för att effektivisera det självmordspreventiva arbetet, i så fall vilka?

Kunskapsöversikt

Själv mord är ett komplext och flerdimensionellt fenomen, vilket speglas även i forskningens bred. Det finns i stora drag fyra kategorier av självmordsforskning; teoriutveckling, epidemiologi och empiriska studier, metodutveckling kring behandlingen av självmord samt studier kring självmordsprevention. De empiriska studierna har en tydlig klinisk förankring, där man försöker kartlägga vilka sjukdomstillstånd och vilka symptom vid olika sjukdomstillstånd, i en klinisk kontext, som potentiellt kan leda till självmord. Utvecklingen av behandlingsmetodik sker även den i den kliniska miljön, nära patienterna. I vissa fall använder man sig av longitudinella studier där man följer riskgrupper under en längre tid. Forskningen kring preventiva åtgärder handlar framförallt om olika åtgärdsprogram inom hälso-sjukvården, i skolan och i socialt arbete. Det finns dock inga entydiga empiriska bevis för dessa olika interventioners effekt (Maris et al, 2000).

Forskningsresultat som presenteras i den här uppsatsen kommer huvudsakligen från epidemiologiska studier. I några få studier har man bland annat följt mobbade och socialt utsatta barn och sett en korrelation med självmordsbeteende i tonåren och i vuxen ålder (Brezo J. et al, 2008). Den epidemiologiska forskningsmetodik har som syfte att identifiera självmordsmönster i befolkningen, genom att studera sociala samband och trender över en längre tid, oftast med de nationella patientregistren och den offentliga statistiken som utgångspunkt, för att utifrån det formulera hypoteser om riskfaktorer och riskgrupper.

Epidemiologisk översikt

Enligt Wasserman (2007) har det gjorts beräkningar som visar att så många som 1,5 miljoner människor världen över kan komma att begå självmord och 15-30 miljoner människor kan komma att försöka avsluta sitt liv år 2020, om inga preventiva åtgärder vidtas. Om man tittar på självmordstalen procentuellt har Europa den högsta självmordsfrekvensen, däremot är antalet självmord betydligt högre i de Asiatiska länderna, beräknad i absoluta tal. Kina och Indien tillsammans står för hela 30 procent av all självmord som sker i världen. I Europa uppvisar de östeuropeiska länderna Estland, Polen, Ungern, Litauen, Lettland och Ryssland högre självmordsfrekvens. Ryssland tillsammans med Sri Lanka är de länder som uppvisar högst självmordsfrekvens i världen i procentuella tal (Wasserman, 2007).

Fler äldre än män och kvinnor i medelåldern och fler medelålders personer än unga begår självmord även om självmordstalen bland unga har ökat i samtliga länder de senaste 50 åren. Numera är självmord bland tonåringar 15-19 år den vanligaste dödsorsaken i samtliga länder (Wasserman, 2007). Fler män än kvinnor begår självmord och undantaget är endast Kina där fler kvinnor, i absoluta tal, dör på grund av självmord. Dessutom, många kvinnor som begår självmord i Kina verkar inte ha någon dokumenterad psykisk sjukdom (Law S et al, 2008).

Även inom ett och samma land kan man se signifikanta skillnader mellan olika sociala grupper. Exempelvis i USA har unga Indianer från Alaska högst självmordsfrekvens, medan självmordsintentionerna är högst bland Latino och Kaukasier (Joe S et al, 2008). Samma mönster kan man se även i Kanada bland Inuiterna, samt hos den Etiopiska populationen i Israel (Shoval G et al, 2007). Det intressanta är att enbart hälften av svarta ungdomar som har begått självmord har haft någon slags psykiatrisk diagnos, vilket är betydligt lägre än bland övriga unga populationer (Bridge JA et al, 2006).

I Sverige har man kunnat se en stadig nedgång av självmordstalen sedan 1980. Samma positiva utveckling kan man dock inte se bland unga 15-24 år. Man kan dessutom se vissa könsskillnader, då andelen självmord bland män i åldern 15-24 i stort sett har varit oförändrad medan man hos kvinnor i samma ålder kan se en ökning sedan 2000-talets början. Den högsta självmordsfrekvensen kan man dock se bland äldre, framförallt äldre män. Enligt den internationella dödsorsaksklassifikationen, ICD, som delar in självmord i säkra och osäkra fall, utgör de osäkra självmordstalen i Sverige ca 20 procent av de totala fallen. Osäkerheten beror på att döden har inträffat till följd av drunkning, förgiftningar eller trafikolyckor (Wasserman, 2007).

Dessa epidemiologiska observationer visar betydelsen av att studera självmord som ett socialt fenomen och inte begränsa sig till att betrakta det enbart som en biomedicinsk/psykologisk företeelse.

Forskningsresultat indelat i kategorier

1) Ålder

Självmord bland äldre anses vara ett stort globalt folkhälsoproblem, eftersom personer över 65 år utgör den demografiska grupp som uppvisar högst självmordsfrekvens i de flesta länder som ingår i WHO:s självmordsstatistik (WHO, 2014). Länder där de äldres självmordsfrekvens är särskilt hög är EU-länderna, Canada, USA och flera Asiatiska länder inklusive Japan, Singapore och Taiwan. Dessutom är risken högre bland äldre män med undantag för de Asiatiska länderna där kvinnor är en större riskgrupp (Conwell et al, 2011). En möjlig förklaring till den höga självmordsgraden bland äldre anses vara att de äldre känner sig mer isolerade, att de möjligen har förlorat nära och kära under livets gång, att de känner sig mindre värda eftersom de inte arbetar längre och upplever en förlorad social position (Vråle, 1995). Mellan 1800 och 1899 ökade självmordsfallen bland äldre kraftigt vilket förklaras med att ansvaret för att ta hand om och organisera de äldres omsorg förflyttades från familjen till samhället under den perioden (Mäkinen, 1997).

I Sverige är självmord den vanligaste dödsorsaken bland män i åldersgruppen 24-44 år. Även bland kvinnor i samma åldersgrupp utgör självmord den näst vanligaste dödsorsaken, efter tumörer (Wasserman, 2007). Självmordstalen bland unga under 15 år är låg i Sverige, ca 5 personer per år, och bland unga vuxna 15-25 år är självmordstalen runt 140-170 personer med variation från år till år (NASP, 2015). Enligt Vråle (1995) är ungdomar i splittrade familjer en större riskgrupp.

2) Kön och sexualitet

Självmordsfrekvensen är högre bland unga män än bland unga kvinnor (förhållandet är 5:1), medan självmordsförsöken och självmordstankar i allmänhet är högre bland kvinnor (Eaton DK et al, 2008). Detta förklaras med att män i större utsträckning använder sig av våldsamma metoder, i större utsträckning är benägna att utveckla ett antisocialt beteende och hamna i missbruk, är mer sårbara för olika stressorer som exempelvis finansiella problem. Dessutom har män svårare för att be om hjälp och kommunicera om sina känslor och mentala välbefinnande (Levi Y et al, 2008). Även riskfaktorerna för självmordsbeteende och självmordstankar ter sig olika bland män och kvinnor i den meningen att samma riskfaktorer

kan leda till ett fatalt självmordsbeteende hos kvinnor men inte hos män och vissa riskfaktorer kan framkalla självmordstankar hos män men inte hos kvinnor. Depression verkar exempelvis i större utsträckning kunna predicera självmord bland kvinnor, medan i fallet med missbruk är det tvärtom. Även sexuella ofredanden korrelerar med självmordstankar och självmordsbeteende bland kvinnor, samt konflikt med föräldrarna (Brent DA et al, 1999).

HBTQ personer visar större risk att begå självmord och risken består även när andra riskfaktorer kontrolleras (Russell ST et al, 2001). Dessutom har man kunnat se att homosexuella personer som får negativa reaktioner från den egna familjens och samhällets sida är mer benägna att avsluta sitt liv än de som fortfarande är homosexuella utan att begränsas när det gäller att uttrycka den egna sexualiteten (Ryan C. et al, 2009).

3) Övergrepp och mobbning

Empiriska studier visar tydligt att det finns ett samband mellan övergrepp under barndomen och självmord i tonåren eller i vuxen ålder, både hos kvinnor och män samt inom olika etniska grupper (Brodsky BS et al, 2008). Risken för självmord är påtagligt större om barnet utsätts för sexuella övergrepp av en omedelbar familjemedlem eller när övergreppen fortsätter under en längre tid (Brezo J. et al, 2008). Dock har Garnefski och Arends (1998) kunnat se att pojkar i större utsträckning än flickor löper risk att utveckla ett självmordsbeteende till följd av sexuella ofredanden.

Klomek et al. (2009) har visat att mobbning och social utsatthet under barndomen ökar risken för självmord senare under tonåren eller i vuxen ålder. Brent et al. (2008) har dessutom kunnat visa att för pojkar är det mobbningen som ökar risken för självmord men inte den sociala utsattheten i sig, medan hos flickor är det tvärtom; den sociala utsattheten i större utsträckning än mobbningen predicerar självmord. Dessa samband bestod även när hänsyn togs till depression och annan psykisk ohälsa.

4) Alkohol och missbruk

Flera studier visar att alkoholmissbruk är en riskfaktor för självmord. Bilban och Skibin (2005) visar i sin studie att i synnerhet medelålders män, 33-54 år, utgör en riskgrupp. Medan man i en annan studie visade att kvinnliga alkoholister var mer självmordsbenägna än män (Mann et al, 2008). I ytterligare en kanadensisk studie visade Mann et al. (2008) att när missbrukare blev medlemmar i gruppen Anonyma Alkoholister minskade deras självmordsrisk. Ramstedt (2001) har gjort en jämförelse mellan de nordiska och centraleuropeiska länderna kring alkoholkonsumtion och kunnat konstatera att alkoholmissbruk i större utsträckning ökar risken för självmord bland unga.

5) Arbetsituation

Flera studier har gjorts för att undersöka huruvida det finns ett samband mellan låg socioekonomisk status till följd av arbetslöshet eller kronisk sjukdom och självmordsbenägenhet och man har kunnat observera ett sådant tydligt samband. Dessutom kunde man konstatera att självmordsrisken ökade ju längre individen befann sig i arbetslöshet (Lewis & Sloggett, 1998; Qin et al, 2000). I en senare studie kunde Blakely et al (2003) visa att självmordsfrekvensen var mer än två gånger högre bland män i åldern 25-44 år samt bland kvinnor i åldern 45-66 år som var långtidsarbetslösa jämfört med män och kvinnor i samma åldersgrupper som hade ett varaktigt arbete. Däremot visar Qin et al (2000) i sin forskning att arbetslösa män generellt löper större risk att begå självmord jämfört med arbetslösa kvinnor. Även gruppen förtidspensionärer uppvisar högre självmordsfrekvens.

6) Civilstånd

Magne Ingvars (1999) studie visar att individer som av olika skäl är singel över en längre period eller ensamma änklingar är i betydligt större utsträckning benägna att begå självmord. I en senare studie kunde även Qin et al. (2003) visa att det finns ett samband mellan ens civilstatus samt var man bor geografiskt och självmordsbenägenhet. Individer som saknar en varaktig partner löper större risk att begå självmord. Däremot uppvisar singelmän som bor i en storstad en lägre självmordsfrekvens än singelkvinnor bosatta i samma stad. Störst risk att avsluta sitt liv, om man tittar på civilstånd, löper de individer som aldrig har varit gifta. Näst högst självmordsfrekvens ser man bland änkor och änklingar inom den här kategorin och separerade individer hamnar först på tredje plats. Även ofrivillig barnlöshet kan leda till självmordstankar (Grollman, 2001).

Självmordsförebyggande arbete i Sverige

I juni 2008 antog Riksdagen en ny folkhälsoproposition där ett nationellt handlingsprogram för självmordsprevention, framtagna av socialstyrelsen och dåvarande folkhälsoinstitutet, ingick. Handlingsprogrammet har ett tydligt befolkningsperspektiv och behandlar inte de aspekter av självmord som hälso- och sjukvården har ansvar för. Åtgärdsområdena är sammanfattade med nio punkter:

- Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper
- Insatser som minskar alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för självmord
- Minskad tillgänglighet till medel och metoder för självmord
- Självmordsprevention som hantering av psykologiska misstag

- Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser
- Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska självmord
- Kompetenshöjning hos personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik
- Händelseanalyser av lex Maria-anmälningar
- Stöd till frivilligorganisationer

I korthet handlar handlingsprogrammet om att förbättra livsvillkoren för socialt utsatta grupper, höja kunskapen om självmord i samhället och inom vården samt begränsa tillgängligheten av de vanligast förekommande självmordsredskapen. Konkreta åtgärder som lyfts upp är exempelvis att stärka socialförsäkringarna, se till att få hamnar i långtidsarbetslöshet, säkerställa att alla elever får en likvärdig skolgång och arbeta helt enkelt aktivt för att förbättra de socialt utsatta gruppernas livsmöjligheter. Dessutom betonar man vikten av att vidta åtgärder för att minska alkoholkonsumtion och förebygga missbruksutveckling, genom att exempelvis reglera försäljningspris och förbud. För att begränsa olika självmordsmedels tillgänglighet nämner man exempelvis kontroll av skjutvapen och giftiga ämnen, begränsad tillgång till receptfria sömnmedel och andra läkemedel. Ytterligare åtgärder som nämns är skyddsbarriärer vid järnvägsspår och broar. Synsättet att självmord bör betraktas som ett psykologiskt misstag handlar om att minska skammen som en individ kan känna efter ett misslyckat försök. Att se självmord som följden av psykiska och fysiska påfrestningar som blir svåra att kontrollera under svåra omständigheter, menar man, kan bidra till att minska stigmatiseringen personer med självmordstankar utsätts för (Folkhälsomyndigheten, 2008).

Eftersom man uppskattar att uppemot 90 procent av alla som försöker avsluta sitt liv i Sverige har någon slags psykisk ohälsa, anser man att sjukvårdens verksamheter i större utsträckning och mycket tidigare bör sätta in preventiva insatser i arbetet med patienterna. Patienternas självmordstankar tas inte alltid upp i samtal med vårdpersonalen. Därför anser man att det behövs kompetenshöjande insatser inom alla verksamheter som på ett eller annat sätt kommer i kontakt med de självmordsbenägna; psykiatri, elevhälsa, socialtjänst, den somatiska vården. Även generell kunskapsspridning i samhället om självmord, dess riskfaktorer och indikatorer anses vara viktig i förebyggande syfte. Dessutom understryker man behovet av händelseanalyser efter ett visst självmordsfall för att kunna vidta nödvändiga åtgärder. Inte minst de ideella organisationerna har en viktig roll att uppfylla, exempelvis för att tydligare lyfta upp anhörigperspektivet i det preventiva arbetet. Dessa organisationer är också viktiga

samhällsaktörer som bildar opinion, håller utbildningar och genomför olika typer av stödjande arbeten. Därför bör den ideella sektorn i större utsträckning inkluderas i samverkansgrupperna som arbetar med självmordsprevention, enligt det nationella självmordspreventionsprogrammet (Folkhälsomyndigheten, 2008).

Jenny Telander från folkhälsomyndigheten menade dock under intervjun att det inte har skett så mycket praktiskt arbete sedan Riksdagen antog propositionen. Det har inte funnits något myndighetsuppdrag att se till att det nationella handlingsprogrammet verkställs. Inte heller riktade resurser har getts till myndigheterna för att intensifiera arbetet med självmordsprevention. Hösten 2014 fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att utreda hur man praktiskt skulle kunna arbeta med självmordspreventiva frågor och i maj 2015 fick myndigheten i uppdrag att samordna de självmordspreventiva insatserna som görs inom ramen för olika myndigheters kärnuppdrag. Sedan dess har Folkhälsomyndigheten inlett ett samarbete med bland annat Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Trafikverket, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Diskrimineringsombudsmannen och Barnombudsmannen. De första samordningsgrupperna har precis blivit tillsatta och kommer att börja definiera olika målsättningar och en tidsplan för att nå dessa mål. Inom ramen för sitt nya uppdrag har Folkhälsomyndigheten genomfört en kartläggning av de olika kommunernas, landstingens samt länsstyrelsernas självmordspreventiva arbete. Enligt Jenny Telander sker det självmordspreventiva arbetet framförallt på landstingsnivå men på ett mycket ojämnt vis över landet. I de fall där landstinget inte har något strukturerat arbete kring självmordsprevention förekommer det att enskilda kommuner i stället tar det ansvaret. En enkätundersökning genomförd av Folkhälsomyndigheten har visat att enbart 23 procent av landets kommuner har ett strukturerat arbete med tidliga målsättningar för att förebygga självmord. Av alla landsting anger 71 procent att de har ett kontinuerligt och målinriktat arbete för att förebygga självmord i det egna länet eller den egna regionen. Kartläggningen har enbart gällt det självmordspreventiva arbetet som sker utanför hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Diskussion

I det här avsnittet kommer jag reflektera över och kritiskt diskutera de teorier och forskningsresultat som jag har tagit del av i det här kunskapsöversiktsarbetet, samt besvara mina frågeställningar.

1. Vilka sociala riskfaktorer finns för självmord, enligt den aktuella forskningen?

2. *Hur ser det förebyggande arbetet ut idag i Sverige?*

3. *Vilka strukturella samhällsförändringar skulle krävas för att förebygga socialt och kulturellt betingad självmord?*

Är självmord en social företeelse?

Durkheims självmordsteori är en renodlad sociologisk analys eftersom den endast fokuserar på olika strukturella faktorer i samhället som kan göra individer sårbara. Att av fri vilja försöka avsluta sitt liv bör i de flesta fallen betraktas som en medveten handling även om den föregås av någon slags psykisk sjukdom/ohälsa. Det är rimligt att anta att om självmord endast var biomedicinskt betingat borde samma typ av symptom, exempelvis depression till följd av neurologiska förändringar, alltid få samma konsekvenser, i det här fallet leda till självmord. Så är inte fallet, det är långt ifrån alla som någon gång under sitt liv får depressiva symtom försöker begå självmord även om en majoritet av alla självmordsfall föregås av någon typ av depressivt tillstånd. Utifrån ett psykologiskt perspektiv skulle man kunna hävda att det framförallt är individens unika personlighet, verklighetsuppfattning och anknytning under barndomen som gör en mer eller mindre sårbar för livets svåra omständigheter. Min uppfattning är att skillnaden mellan de psykologiska och sociologiska utgångspunkterna handlar om att vissa sociala grupper kan vara strukturellt mer sårbara än andra. Inom dessa sociala grupper kommer det naturligtvis finnas individer som kommer att vara mindre sårbara än andra inom samma sociala grupp på grund av den egna unika psykologiska karaktären. För att ett visst fenomen, i det här fallet självmord, ska kunna betraktas som ett strukturellt problem bör man, enligt min uppfattning, inom en viss social grupp kunna se tydliga handlingstendenser som inte kan förklaras med slumpen, vilket forskningsresultaten, redovisade i den här uppsatsen, konstaterar.

Durkheims teori handlar dock inte i så stor utsträckning om att diskutera olika demografiska skillnader i självmordsbeteende utan snarare fokuserar både han och senare sociologer som har utvecklat självmordsteorier mer på att diskutera den enskilda individens sårbarhet på grund av de sociala förhållandena i samhället. Durkheim menar exempelvis att en allt för hög grad av integration, där det egna jaget och människovärdet underkastas gruppens intressen och mål, kan leda till att man offerar sitt liv för att gynna gruppens intressen. Detta kan vi se även idag när exempelvis enskilda individer kan spränga sig själva tillsammans med en bomb för att utsätta ett samhälle för terror och därmed gynna den egna terrororganisationens intressen. De vanligast förekommande självmorden, utifrån Durkheims teori, är dock de egoistiska och anomiska självmorden, där man antingen saknar en anknytning till samhället,

isolerar sig mer och mer och till slut när man inte ser någon mening med livet väljer man att avsluta sitt liv eller blir man mer självmordsbenägen när det sker omvälvande samhällsförändringar, saknas tydliga regler och normer vilket skapar en känsla av otrygghet och osäkerhet. Alla individer i samma situation väljer dock inte att avsluta sitt liv. En förklaring till detta skulle kunna vara att en del människor helt enkelt inte vågar begå självmord även om de kan ha självmordstankar. Ytterligare en förklaring kan, enligt min mening, vara att många lyckas hitta en annan utväg än självmord. En ny gemenskap eller trygghet någon annanstans, i något annat. Det är i det sistnämnda fallet som de psykologiska skillnaderna mellan individer kan vara relevanta att diskutera. Det är också möjligt att vissa psykologiskt och genetiskt betingade predispositioner hos enskilda individer tryggas av de sociala förhållandena i samhället.

Förklaringarna till de individuella skillnaderna är säkerligen många. Det relevanta i den här uppsatsen är dock att diskutera hur de sociala betingelserna av självmord kan reduceras, utan att närmare titta på hur enskilda individer hanterar de olika livsomständigheterna och vad dessa eventuella skillnader beror på.

[Hur skulle forskningsresultaten kunna förklaras?](#)

Den aktuella forskningen visar på demografiska skillnader i uppkomsten av självmordstankar och självmordsbeteende, vilket tyder på att självmord i hög grad är betingat av samhällets strukturer, d.v.s. en individuell handling som triggas av ett socialt sammanhang. Eftersom det är samhällets struktur som skapar beteendetendenser inom olika demografiska grupper, kan man diskutera de empiriska forskningsresultaten genom att ha Durkheims och övriga sociologers självmordsteorier som utgångspunkt.

Medelålders och äldre män är den största riskgruppen i de flesta studerade länder, med vissa undantag i de Asiatiska länderna där kvinnor utgör en större riskgrupp än männen. Att äldre personer över 65 år har generellt en hög självmordsfrekvens kan bero på att man i livets sena skede känner en tomhet och meningslöshet, i synnerhet om man saknar ett tydligt sammanhang i form av familj och vänner. Det är intressant att påpeka att Durkheim, i sina epidemiologiska studier, inte kunde se hög självmordsfrekvens bland äldre och detta förklarade han med att äldre saknade anknytning till samhället och var därför mindre sårbara för förändringar i samhällets strukturer och normer. Eftersom Durkheim gjorde en jämförande studie genom att analysera olika länders offentliga statistik är det befogat att ifrågasätta hans empiriska studiers trovärdighet eftersom olika länder kan definiera självmord på olika sätt, även statistikföringen kan se olika ut i olika länder och bortfallen kan vara hög. De studier

som senare har kommit fram till slutsatsen att äldre utgör en högriskgrupp har genomfört forskningen baserad på ett visst lands patientregister. Det faktum att flera oberoende studier, genomförda i olika länder, har kommit fram till samma slutsats ökar naturligtvis trovärdigheten av dessa resultat ytterligare.

Att män i allmänhet har större självmordsfrekvens än kvinnor skulle kunna bero på att män förväntas vara ”starka”, ”rationella” och ”känslökalla” till skillnad från kvinnorna vilket leder till att män inte uttrycker sina känslor, söker inte hjälp, möjligen känner de även en större skam för att de inte kan hantera en viss livssituation, vilket kan göra de mer sårbara som social grupp. Att depression i större utsträckning anses predicera självmord hos kvinnor kan återigen bero på att män inte visar sina känslor och söker inte hjälp när de känner sig deprimerade. Det är naturligtvis viktigt att även ta i beaktande att män i större utsträckning använder sig av våldsamma metoder och därför blir mäns självmordsförsök fatalistiska. Att sexuella ofredanden har hög korrelation med självmord bland kvinnor kan helt enkelt bero på att det är betydligt fler kvinnor som blir sexuellt ofredade än män. Att homosexuella, i synnerhet de som inte blir accepterade för sin sexuella läggning, har hög självmordsfrekvens skulle kunna förklaras med Durkheims fatalistiska självmord där individer tvingas underkasta sig under samhällets normer, kan inte fritt uttrycka sina känslor och blir inte accepterade för den de är.

Mobbning som ett fenomen är en social företeelse. Att mobbning har hög korrelation med självmord kan böttna i känslan av mindervärdighet, otrygghet och kränkt integritet. Det är möjligt att mobbning även leder till självförakt då individen kan skuldbelägga sig själv exempelvis om man inte ser ut som alla andra i gruppen eller har övriga egenskaper som kan vara anledningen till att man blir utsatt för mobbning. Henry och Shortts aggressionsteori skulle möjligen också kunna förklara mobbningsrelaterat självmord då man i en utsatt situation riktar aggressionen mot sig själv när man känner sig maktlös inför sina mobbare. Att hög alkoholkonsumtion och missbruk i allmänhet ökar risken för självmord kan naturligtvis ha biomedicinska förklaringar, men också sociala eftersom individen blir isolerad från samhället, saknar ett sammanhang, en gemenskap och livsmål. Taylors teori om livet som ett socialt spel är nog bäst lämpad för att förklara den här korrelationen, eftersom man som missbrukare kan bli utesluten från det sociala spelet och hamna i en nedåtgående spiral där man till slut inte ser någon annan utväg än självmord. Detta skulle kunna vara förklaringen till det faktum att missbrukare som blev medlemmar i gruppen Anonyma Alkoholister visade

minskad självmordsrisk i Manns et al studie (2008). Att tillhöra en grupp ger en ett socialt sammanhang, en roll i det sociala spelet.

Att arbetslöshet och sysslolöshet i allmänhet leder till större självmordsbenägenhet skulle kunna förklaras med samma tankegångar som ovan. Arbetslöshet kan leda till stagnation i ens liv och en känsla av mindervärdighet när man inte har möjlighet att bidra till samhället. Det blir en naturlig isolering och när man kommer till den punkten att man inte ser något hopp kan man få självmordstankar. Att arbetslösa män begår självmord i betydligt större utsträckning än kvinnor kan bero på att enligt samhällsnormen förväntas män arbeta och försörja sig själva och sina familjer. Medan det är mer accepterat att kvinnor kan vara hemmafruar. I männens fall blir arbetslöshet därmed även en fråga om skam och ifrågasatt identitet. Att män och kvinnor som är singlar över en längre tid och saknar en varaktig relation är mer benägna att begå självmord, skulle också kunna förklaras med att man delvis känner sig ensam och delvis kan man möjligen känna sig misslyckad när alla andra i ens omgivning bildar familjer. Att singelmän som bor i en storstad är mindre benägna att begå självmord än singelmän som bor på landet kan bero på att i en stor stad finns större möjligheter att leva ett aktivt och intressant liv även om man saknar en varaktig partner, till skillnad från landet där livet blir mer monotont och man i större utsträckning tenderar att känna sig ensam.

Efter att ha läst Sveriges nationella handlingsprogram för suicidprevention är jag av den uppfattningen att den i större utsträckning fokuserar på kortsiktiga punktinsatser för att minimera risken för att individer som har självmordstankar lyckas med försöken att avsluta sina liv. Strukturella samhällsförändringar som syftar till att reducera de sociala riskfaktorerna för självmord diskuteras inte överhuvudtaget. Man nämner endast att livssituationen för de utsatta grupperna, exempelvis sjuka och arbetslösa, ska förbättras och då handlar det framförallt om ekonomiska förbättringar. Analyser kring individernas sociala utsatthet, exempelvis när man känner skam över att vara arbetslös, speciellt i mäns fall eller att man känner sig isolerad på grund av sin sexuella läggning, tas inte upp i programmet. Dessutom har det inte tidigare funnits något myndighetsuppdrag för att aktivt arbeta med självmordsprevention vilket innebär att det för närvarande saknas målinriktade och strukturerade insatser för att minska antalet självmordsfall. Förhoppningsvis kommer det nya samordningsuppdraget, som Folkhälsomyndigheten nu har fått, att leda till förbättringar på det här området.

Viktigt är också att påpeka att forskningen ännu inte har entydiga och evidensbaserade förklaringar till de demografiska skillnaderna i självmord som epidemiologiska och empiriska

studier har kunnat identifiera. De antaganden och de hypoteser som formuleras utifrån studieresultaten bör forskas mer kring och prövas praktiskt.

Kan vi reducera självmordets sociala riskfaktorer?

För att lyckas med det självmordspreventiva arbetet bör vi, enligt min mening, ha ett helhetsperspektiv, samt tänka både långsiktigt och kortsiktigt. Det bör göras en distinktion mellan ett självmordspreventivt arbete där man med olika medel försöker förhindra att självmordsbenägna personer lyckas med försöket att avsluta sina liv och ett mer långsiktigt preventivt arbete där syftet bör vara att så få som möjligt vill begå självmord. Givet forskningens resultat och slutsatser presenterade i det här arbetet är det viktigt att ha en samhällsdebatt om de demografiska skillnaderna i självmordsbeteende och utifrån det diskutera hur vi kan förändra samhället, dess normer och förutsättningar för att reducera de sociala riskfaktorerna och därmed minska självmordsgapet mellan olika sociala grupper, i syfte att förebygga de socialt betingade självmordsfallen.

Även om vissa sociala riskfaktorer kan utrönas utifrån forskningsresultaten är jag av den uppfattningen att självmord är en dynamisk process i den meningen att flera olika faktorer interagerar med varandra och skapar en situation som blir unik för varje enskild individ. Ingen är enbart kvinna eller enbart ung eller enbart homosexuell. Ingen människa är en isolerad ö i ett samhälle, utan var och en av oss kan befinna oss i flera olika parallella sociala sammanhang vilket har naturligtvis en inverkan på vår tillvaro, vårt välmående och beteende. Med detta i åtanke vill jag ändå diskutera vilka strukturella förändringar som skulle krävas för att reducera självmordets sociala riskfaktorer.

Jämställdhet mellan män och kvinnor är en viktig aspekt i detta. Genom att ha samma förväntningar på män och kvinnor och därmed exempelvis acceptera att även män kan och får vara känslamma, att det inte är självklart att det är kvinnorna som ska ta hand om hemmasysslorna och att det inte är skambelagt om en man är ofrivilligt arbetslös, samt att det inte är skambelagt för män att vara sårbara och söka hjälp, bör vi kunna minska självmordsgapet mellan män och kvinnor. Andra viktiga normativa förändringar är naturligtvis acceptansen av och respekten för HBTQ personers sexuella läggning och deras mänskliga rättigheter. Lika livschanser över hela landet oavsett om man bor i en tätort eller i en glesbygd. Vi skulle också behöva diskutera vilken social status de äldre har i samhället. Värderar vi tillräckligt högt de erfarenheter och den kompetens som de äldre besitter? Även att skapa bättre förutsättningar för att de äldre ska fortsätta utvecklas och känna livsglädje efter att de slutat arbeta är också viktigt för att förebygga känslan av tomhet och

meningslöshet. Några sätt att göra det skulle exempelvis kunna vara att möjliggöra för dem att utveckla sina hobbies, delta i civilsamhällets utveckling genom engagemang i olika föreningar, möjliggöra för de äldre att vara med och utveckla verksamheterna där de tidigare arbetade i den utsträckning de själva önskar, utan att det behöver innebära att de måste gå till jobbet enligt ett visst schema, samtidigt som man får sin pension. Det sistnämnda behöver inte innebära att de äldre blir en gratis arbetskraft, utan tanken är snarare att de på sin fritid och i den utsträckning som de själva önskar ska kunna vara delaktiga i utvecklingen av det ordinarie arbetslivet genom att bidra med sin professionella skicklighet och erfarenheter, exempelvis genom att vara mentorer för den yngre generationen.

I det senmoderna samhället har individualiseringen brutit traditionernas band till förmån för ett friare liv som många gånger utmanar familjen och äktenskapet som institutioner.

Parrelationer framstår i allt större utsträckning som riskfyllda projekt till skillnad från tidigare väldefinierade strukturer för familj och tvåsamhet. Att lämna sin relation och på nytt försöka hitta kärleken har nog aldrig förr varit så enkelt som idag (Anthony Giddens et al, 1995).

Detta kan delvis medföra att man känner ensamhet och tomhet, och delvis att man upplever sig vara misslyckad om man inte lyckas ha varaktiga relationer och bilda familj. Resultatet kan bli att man börjar jämföra sig med andra och hamnar i ett destruktivt tankemönster som till slut leder till självmord. På samhällsnivå behöver vi en diskussion om hur man ser på relationer. Vad värdesätter vi i människor och i relationer? Att gå tillbaka till ett mer kollektivistiskt samhälle där bekanta familjer gifte sina barn med varandra för att stärka familjebanden är nog varken möjligt eller önskvärt. Vi behöver nog i vissa fall förändra vårt synsätt för att kunna uppskatta och behålla de relationer där vi trivs i stället för att ständigt söka en ny kick i det nya.

Ett första steg för att kunna uppnå dessa förändringar i samhället är naturligtvis att börja uppmärksamma dem. Där har den akademiska världen en viktig uppgift att lyfta upp dessa frågor och skapa en debatt kring dem. Frågor som jämställdhet och individualisering är oftast ideologiskt laddade i politiska sammanhang och det finns nog lika många definitioner av dessa begrepp som det finns politiker. Vi behöver mer nyanserade och evidensbaserade diskussioner kring strukturella samhällsförhållanden som har en direkt eller indirekt inverkan på människors tillvaro och välbefinnande.

[Är studiedesignen tillförlitlig?](#)

Den här uppsatsen är en kunskapsöversikt och jag använde mig av två databaser, Pubmed och PsycInfo, för att selektivt välja ut de forskningsartiklar som skulle ligga till grund för

uppsatsen. Genom att använda fler databaser skulle artikelunderlaget kunna vara större, vilket skulle naturligtvis ge uppsatsen större trovärdighet. Däremot har jag enbart använt mig av internationella vetenskapligt granskade forskningsartiklar och det är därför rimligt att påstå att de artiklar som presenteras i uppsatsen ändå ger en övergripande bild av kunskapsläget om självmordets sociala riskfaktorer. En svaghet i uppsatsen, som jag kan se det, är att jag inte läste noga artiklarnas studiedesign för att kunna uppskatta jämförbarheten mellan de olika studierna. Vissa studier har kommit fram till motstridiga slutsatser. Bilban och Skibin (2005) visar exempelvis i sin studie att medelålders män, 33-54 år, utgör den största riskgruppen när det gäller missbruksrelaterat självmord. Medan man i en annan studie har kunnat visa att kvinnliga alkoholister är mer självmordsbenägna än män (Mann et al, 2008). Bara genom att jämföra forskningsdesign och studiepopulation kan man försöka analysera vad dessa motstridiga slutsatser kan bero på.

Jag valde att inkludera enbart artiklar publicerade mellan 1995 och 2015 för att kvantitativt begränsa antalet studier som skulle presenteras i uppsatsen och samtidigt kunna få en fördjupad förståelse för kunskapsläget om självmordets sociala riskfaktorer. Detta begränsar dock möjligheten att studera kunskapsutvecklingen och, genom att jämföra studier från olika tidsperioder, kunna analysera hur eventuella skillnader eller likheter i forskningsresultaten skulle kunna förklaras med tanke på att det har skett stora strukturella samhällsförändringar i Sverige och i övriga världen, inte minst under det senaste seklet.

Ytterligare en svaghet i uppsatsen är, enligt min mening, att jag inte gjorde en översikt av den senaste forskningen kring självmordsprevention utifrån ett befolkningsperspektiv. Mitt syfte var att, genom att utgå ifrån kunskapen om de sociala riskfaktorerna, analysera hur självmord skulle kunna förebyggas genom ett strukturellt samhällsförändringsarbete. Det skulle vara intressant att få en överblick över vilka preventiva åtgärder och förändringar som föreslås av forskningen, huruvida dessa förslag har prövats i praktiken och utvärderats, för att ha en mer vetenskapligt förankrad utgångspunkt för mina analyser kring nödvändiga strukturella förändringar.

Referenser

- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund, Studentlitteratur.
- Beck, Ulrich; Giddens, Anthony & Lash, Scott (1995) *Reflexive Modernization. Politics, Tradition, and Aesthetics in the Modern Social Order*. Oxford, Polity Press.
- Bilban, M., & Skibin, L. (2005). *Presence of alcohol in suicide victims*. Forensic Science International, 17, 9-12.
- Blakely, A. T., Collings, S. C. D., & Atkinson, J. (2003). *Unemployment and suicide*. Journal of Epidemiology and Community Health, 57, 594-600.
- Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Am Acad (1999). *Age- and sex related risk factors*. Dec; 38(12):1497-505.
- Brent D.A., Melhem N. *Familial transmission of suicidal behavior (2008)*. Psychiatr. Clin. North Am. 31:157–177.
- Brezo J, Paris J, Vitaro F, Hébert M, Tremblay RE, Turecki G (2008). *Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse*. Aug; 193(2):134-9.
- Bridge JA, Goldstein TR & Brent DA (2006). *Suicide and suicidal behavior*. Psychiatry. Mar-Apr; 47(3-4):372-94.
- Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Zelazny J, Burke AK, Melhem NM, Brent D (2008). *Familial transmission of suicidal behavior: Factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts*. Apr; 69(4):584-96.
- Conwell, Y.; van Orden, K.; Caine, E.D (2011). *Suicide in older adults*. 34, 451–468.
- Durkheim, Émile (1993). *Själv mordet*. Lund: Argos.
- Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Lim C, Brener ND, Wechsler H, Centers for Disease Control and Prevention (2008). *Risk behavior surveillance*. MMWR. Jun 6; 57(4):1-131.
- Folkhälsomyndigheten, 2008. Nationellt handlingsprogram för suicidprevention. Tillgänglig online:https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/22724/nationellt_handlingsprogram_suicidprevention_16001_webb.pdf
- Garnefski N, Arends E J. (1998). *Sexual abuse and adolescent maladjustment: Differences between male and female victims*. Feb; 21(1):99-107.
- Grollman, E. A. (2001). *Själv mord*. Lysekil: Slussens bokförlag.
- Joe S, Canetto SS, Romer D (2008). *Suicide Life*. Jun; 38(3):354-62.

Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, Almqvist F, Gould MS. Am Acad (2009). *Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides*. Mar; 48(3):254-61.

Law S., Liu P (2008). *Suicide in China: Unique demographic patterns and relationship to depressive disorder*. Curr. Psychiatry Rep.10:80–86.

Levi Y, Horesh N, Fischel T, Treves I, Or E & Apter A (2008). *Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: An “impossible situation”*. Dec; 111 (2-3):244-50.

Lewis, G., & Sloggett, A. (1998). *Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study*. British Medical Journal, 317, 1283-1286.

Lindén, Per-Anders (1985). *Självord: en teoretisk analys*. Stockholm: Sociologiska institutionen, Stockholms Universitet.

Magne Ingvar U., (1999) *Persons who attempt suicide – social characteristics, social network and significant others*. Lund: Lund universitet.

Mann, J. J., Wateraux, C., Haas, G. L., & Malone, K. L. (2008). *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients*. The American Journal of Psychiatry, 156, 181-189.

Maris, R.W., Berman, A.L., & Silverman M.M. (2000). *The Empirical Foundations of Suicidology*.

Mäkinen I.H. (1997). *On suicide in European countries some theoretical, legal and historical views on suicide mortality and its concomitants*. (Stockholm studies in sociology N.S., 5) Stockholm: Stockholms universitet: Sociologiska institutionen, Almqvist & Wiksell.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, NASP 2015. Tillgänglig online: <http://ki.se/nasp/sjalvmord-i-sverige-0>

Qin, P., Mortensen, P. B., & Agerbo, E. (2000). *Gender differences in risk factors for suicide in Denmark*. The British Journal of Psychiatry, 177, 546-550.

Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). *Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: A national register based study of all suicides in Denmark, 1981-1997*. The American Journal of Psychiatry, 160, 765-772.

Ramstedt, M. (2001). *Alcohol and suicide in European countries*. Addiction, 96, 59-75.

Russell ST, Joyner K & Am J (2001). *Sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study*. Public Health. Aug; 91(8):1276-81.

Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J (2009). *Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexuals*. Pediatrics. Jan; 123(1):346-52.

Shoval G, Schoen G, Vardi N, Zalsman G (2007). *Suicide in Ethiopian immigrants in Israel: A case for study of the genetic-environmental relation in suicide*. Arch Suicide Res. 11(3):247-53.

Vråle, Gry Bruland (1995) *Möte med den självmordsnära människan*. Stockholm: Gotab
Backman, J. (1988). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Wasserman, D. (2007). *Suicidprevention*. Stockholm: NASP.

World Health Organization Suicide Prevention (SUPRE), 2014. Available
online: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/