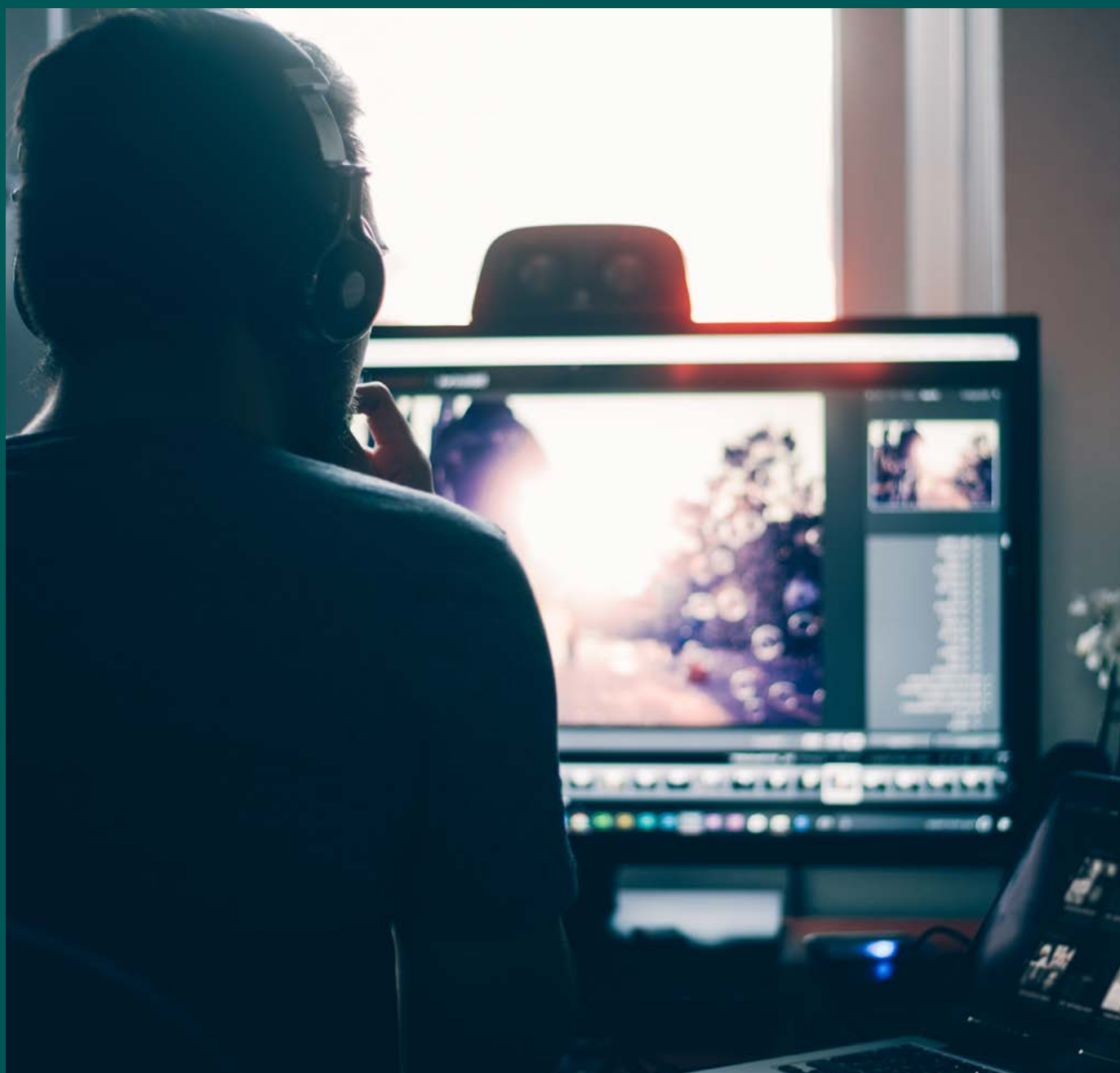


# suicidologi





# NSSF

Nasjonalt senter for  
selvmordsforskning  
og -forebygging

Tidsskriftet utgis med støtte fra HelseDirektoratet og Universitetet i Oslo. Suicidologi indekseres i Svemed+.

#### UTGIVER

Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for klinisk medisin, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Senteret har sine lokaler ved Oslo universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Gaustad.

#### ADRESSE

Sognsvannsvn. 21,  
Bygning 12,  
0372 Oslo

Tlf: 22 92 34 73

Faks: 22 92 39 58

E-post: [nssf-post@medisin.uio.no](mailto:nssf-post@medisin.uio.no)

[www.selvmord.no](http://www.selvmord.no)

#### SUICIDOLOGI

E-post:

[suicidologi@medisin.uio.no](mailto:suicidologi@medisin.uio.no)

[hanne.holmesland@medisin.uio.no](mailto:hanne.holmesland@medisin.uio.no)

#### REDAKTØR

Lars Mehlum

#### ASSISTERENDE

#### REDAKTØRER

Sudan Prasad Neupane,  
Johan Siqveland og  
Ping Qin

#### REDAKSJONSSEKRETÆR

Hanne Holmesland

#### REDAKSJONSKOMITÉ

Kim Larsen, Silje Pileberg,  
Arne Thorvik og  
Anita J. Tørmoen

#### LAYOUT

Anagram Design

#### FORSIDEILLUSTRASJON

[unsplash.com](https://unsplash.com)

TRYKK: Konsis

Mer fra  
Suicidologi:



ISSN: 1501-6994

# Kjære leser



Og det skylder vi vel alle dem som har hatt det særlig vanskelig under pandemien; å lære av det som skjedde og være bedre rustet til innsats i fremtiden.

Selv om de fleste er inderlig lei av Covid-19 og alt den har ført med seg av innskrenkninger i helse, velferd og frihet, ville det nok være uklokt av oss å anta at pandemien helt er overstått. Alt tyder på at vi må leve med dette viruset i lang tid enda. Men etter hvert som tiden har gått er det mulig for oss å få et bedre overblikk over hva vi har lært, på godt og vondt, gjennom de siste 2-3 år med denne smittsomme sykdommen. I starten av pandemien var det mange som fryktet at nedstengninger av samfunnet, sosial og fysisk distansering og reduserte tilbud og tjenester innenfor psykisk helse- og rus- og avhengighetsfeltet ville medføre en økning i selvmordsratene. Nå ser vi at dette ikke skjedde, verken i Norge eller i mange land vi ofte sammenlikner oss med. Dette kan blant annet henge sammen med at det sosiale samholdet blant folk fortsatt var sterkt og at for dem som opplevde utenforskap, var situasjonen ikke blitt verre. Det kan også henge sammen med massiv innsats fra myndigheter, helsevesen og utallige enkeltmennesker for å redusere skadevirkningene. Det er samtidig viktig å huske at selvmordsraten er en variabel på høyt aggregert nivå; den fanger ikke opp hvordan det går med alle enkeltmenneskene – der kan historien være en helt annen.

I dette nummeret av Suicidologi bringer vi en serie med artikler som fokuserer på forskjellige utfordringer som grupper og individer har møtt under pandemien og hvilke erfaringer de har gjort seg. Pandemien var, og er fortsatt, en krise og under krisetilstander kan mye gå galt. Men vi kan også ansføres til innsats og til nytenkning, slik at vi finner løsninger på både nye og gamle problemer. Og det skylder vi vel alle dem som har hatt det særlig vanskelig under pandemien; å lære av det som skjedde og være bedre rustet til innsats i fremtiden.



LARS MEHLUM  
redaktør

# Død, sorg og ritualer under pandemien

I hvilken grad har Covid-19 påvirket faren for isolasjon og ensomhet i sorgprosesser ved sykdom og død?

---

Av Knut Andersen

## SAMMENDRAG

En hel verden har vært preget av Covid-19-pandemien. Restriksjoner har ført til store endringer, både i daglige rutiner og i ulike sosiale strukturer. I løpet av våren 2022 ble det avholdt fire nettbaserte møter mellom en ansatt ved Poliklinikk Sorgbehandling ved Akershus Universitetssykehus, en leder i et stort begravelsesbyrå i Norge, samt en leder i gravferdsetaten i Oslo kommune. I møtene ble konsekvensene av pandemien drøftet, og i denne artikkelen belyser vi hvordan Covid-19-pandemien har påvirket faren for isolasjon og ensomhet i sorgprosesser ved sykdom og død.

## ABSTRACT

The entire world has been affected by the COVID-19 pandemic. Restrictions have led to major changes, both in daily routines and in various social structures. During the spring of 2022, four online meetings were held between an employee at Poliklinikk Sorgbehandling at Akershus University Hospital, a manager in a large funeral agency in Norway, as well as a manager for cemeteries and burials in Oslo municipality. In these meetings, the consequences of the pandemic were discussed, and in this article, we highlight how the COVID-19 pandemic has affected the grieving process and the danger of isolation and loneliness in events of illness and death.



## INNLEDNING

I tiden før januar 2020 var kun et fåtall opptatt av hvordan en pandemi kunne påvirke oss som individer, eller fremtvinge store endringer i ulike sosiale strukturer. I tiden som fulgte ble en hel verden preget. Under pandemien mistet mange sin frihet, og daglige rutiner ble endret. Per 1. juni 2022 er det rapportert at mer enn 6,3 millioner mennesker døde som følge av smitte (WHO, 2022), og pandemien har forårsaket minst 3100 dødsfall her i Norge (Folkehelseinstituttet, 2022a). Mange har også opplevd tap av inntekt, og en større grad av isolasjon. Dette vet vi er risikofaktorer for selvmord (Zalsman et al., 2020). I denne artikkelen

vil vi påpeke hvordan sykdomstid og dødsfall i pandemi-tiden har endret muligheter for fysisk nærvær, og skapt endringer i hvordan vi omgås. Vi ønsker også å presentere ulike erfaringer med død, sorg og ritualer under pandemien fra gravferdsbransjen og fra faglig sorgstøttearbeid.



### Fremgangsmåte

I løpet av våren 2022 ble det avholdt fire nettbaserte møter mellom en ansatt ved Poliklinikk Sorgbehandling ved Akershus Universitetssykehus (K.A.), en leder i et stort begravningsbyrå i Norge (J.W.L.), samt en leder i gravferdsetaten i Oslo kommune (J.D.). Gravferdsetaten er en faglig instans som har i oppdrag å sikre at Oslos innbyggere begravnes med verdighet og respekt, ut fra deres tros- eller livssyn (Oslo Kommune, 2022). Poliklinikk Sorgbehandling er underlagt spesialisthelsetjenesten og gir faglig støtte til etterlatte ved død, etter henvisning fra fastlege. Begravningsbyrået har en mengde filialer omkring i hele Norge. I møtene ble konsekvensene av pandemien drøftet. Alle deltakerne skrev ned sentrale elementer etter samtalene som så ble delt på e-post etter hvert møte. Etter alle fire møter var avholdt, ble det laget et arbeidsnotat hvor alle innspill ble samlet og inndelt i ulike tema. Notatet ble sendt i sirkulasjon slik at alle hadde muligheter til å komme med kommentarer eller innspill på det som var skrevet. Arbeidsnotatet er lagt til grunn for denne artikkelen. Videre i artikkelen vil begravningsbyrå og gravferdsetaten betegnes som gravferdsbransjen.

### Endringer på sykehus, sykehjem og i andre helseinstitusjoner

Alle som har erfart dødsfall, eller andre situasjoner hvor de har hatt behov for sosial støtte, i tiden vi har vært preget av pandemien, har opplevd at omstendighetene har blitt endret. Endringene har også preget muligheter for trøst og støtte i sykdomstid og sørgetid. Omlag 80% av Norges befolkning dør på sykehus, sykehjem eller annen helseinstitusjon (Folkehelseinstituttet, 2022a). Disse institusjonene har også hatt inngripende besøksrestriksjoner under pandemien. Spesialisthelsetjenesten var ikke forberedt på de etiske dilemmaene som oppsto i starten av pandemien og enkelte pasientgrupper fikk et dårligere helsetilbud som følge av strenge pandemiltak (Larsen et al., 2020). Dette har medført at mange ikke har hatt mulighet til å være til stede hos den døende som de har ønsket (Jacobsen et al., 2021). I tillegg har krav om avstand og bruk av munnbind medført uønsket fysisk (og psykisk) avstand. Mange har opplevd det vanskelig å ikke ha mulighet til å holde en far i hånden, eller klappe en mor eller nær slektning på kinnet en siste gang (Sundt, 2021).





## Vi trenger ritualer for å markere overganger i livet.

### Ritualer

Vi trenger ritualer for å markere overganger i livet, og ved dødsfall er det spesielt behov for ritualer for å dempe angst og uro, og skape orden i kaos (Hirsch & Røen, 2016). Det som skjer av rituelle aktiviteter, er med på å gjøre det uvirkelige virkelig. Mange etterlatte har behov for den formen for støtte som mobiliseres i tilknytning til et dødsfall og en gravferd (Dyregrov, 2021). Gjennom tilstedeværelse viser de fremmøtte sin fysiske og psykiske støtte, og er på den måten med på å anerkjenne dødsfallet og sorgen som oppstår etter et tap.

«Ritualet» i tilknytning til dødsfall, er ofte mer enn selve seremonien omkring begravelsen eller bisettelsen. Et ritual foregår oftest i en sosial sammenheng og kan beskrives som «en handling som gjentas bevisst og etter et bestemt mønster fra gang til gang» (Jacobsen & Groth, 2022). Ritualer kan også inneholde ulike formelle handlinger som utføres i en fast rekkefølge og kan innebære mange ulike handlinger, og i arbeidsnotatet ble ulike former for ritualer beskrevet:

- Å våke over den døende, ofte med et påfølgende likskue hvor familie og venner samles.

- Vask og stell av den døde.
- Spontane møteplasser. I noen sammenhenger er det naturlig å skape møteplasser for lokalsamfunn, skoler, eller kollegaer straks etter et dødsfall.
- Samarbeid mellom etterlatte og begravelsesbyrå. Begravelsesbyråene opplever at samarbeidet med etterlatte omkring annonseringen av dødsfallet, samt planleggingen av selve begravelsesseremonien, er en viktig del av ritualene omkring et dødsfall.
- Minnesamvær, urnenedsettelse og besøk på gravstedet. Etter seremonien og gravleggingen er mange også opptatt av det rituelle gjennom et minnesamvær, muligheter for deltakelse i en eventuell urnenedsettelse og videre besøk på gravstedet.

Under pandemien har de fleste av disse elementene blitt berørt av ulike smittebegrensende tiltak, og gitt store konsekvenser for de etterlatte.



Mange opplevde å bli avskåret fra familiene sine akkurat den tiden de trengte dem mest.

### Gravferdsbransjen sine erfaringer med endrede ritualer

I vårt arbeid kom det frem at mange etterlatte opplevde at avstands- og antallrestriksjonene hadde skapt ulike vansker. Mange var forhindret fra å bytte på å besøke den døende, og for å samles rundt dødsleiet. Undersøkelser fra den første tiden av pandemien, viser at omtrent 33 % ikke fikk gjennomført syningen som ønsket (Dyregrov & Kristensen, 2022). I et faglig perspektiv er dette ritualer et viktig bidrag til en realitetsorientering av de etterlatte (Martinsen, 2002). I tilfeller med mistanke/dødsfall på grunn av Covid-19, ble den døde lagt i likposer som deretter ble lagt direkte i kiste. Likposen skulle ikke åpnes. Dette medførte også bortfall av de etterlattes mulighet til å se den døde.

Etterlatte opplevde dermed å bli fratatt muligheten til en viktig, samlendende opplevelse. De strengeste smittevernrestriksjonene førte til at mange mennesker også mistet muligheten til å delta i begravelser, og til å ta et siste farvel med avdøde, eller vise sin deltakelse med de nærmeste etterlatte. Mange opplevde dermed å bli avskåret fra familiene sine akkurat den tiden de trengte dem mest (Selman, Sowden & Borgstrom, 2021). Den tapte muligheten for fysisk nærvær etter et dødsfall på grunn av et strengt regelverk er universelle opplevelser som også blir fremhevet i studier fra andre land (Cardoso et al., 2020; Ugwu & Nwankwo, 2020). Gravferdsbransjen i Norge har erfart at flere ønsket å delta på urnenedsettelse etter pandemiutbruddet og det er også en markant økning av

kremasjoner i samme tidsrom. Dette kan ha en sammenheng med pandemien (Grønnestad, 2022).

Mange gravferdskonsulenter opplevde det vanskelig å ikke kunne gi fysisk trøst til de etterlatte (Dyregrov & Kristensen, 2022), og et dilemma mellom å gi hjelp gjennom fysiske møter med etterlatte og behovet for å skjerme seg mot smitte. Gravferdskonsulentene erfarte også at overgangen til digitale møter etter dødsfallet gav nye muligheter. Geografisk avstand var ikke lenger noe hinder og flere av avdøde nærmeste kunne være med i planleggingen.

Som et alternativ til fysisk oppmøte i en begravelse ble mange seremonier overført over nett, og mange tusen etterlatte har deltatt digitalt (NTB, 2020). Byråene fikk mange tilbakemeldinger fra familie og venner som beskrev at de tok på seg pentøyet og opplevde at de deltok i seremonien under strømmingen. En fysisk møteplass for å ta avskjed med den avdøde er et sentralt rituale i mange ulike kulturer. Liknende løsninger på behovet for deltakelse blir også beskrevet internasjonalt, eksempelvis fra øygruppen Māori og Samoa (Enari & Rangiawai, 2021).

Mange har også valgt å utsette minnesamvær, og heller møttes på andre steder og måter på et senere tidspunkt, eksempelvis til en utvidet samling ved urnenedsettelsen.

### Konsekvenser av pandemien i et faglig sorgperspektiv

Covid-19-pandemien representerer en av de største folkehelsekrisene i vårt århundre. Som allerede beskrevet, får pandemien store konsekvenser for pårørende og etterlatte.

#### "Disenfranchised grief", eller rettighetsløs sorg

Når noen blir alvorlig syke, eller et dødsfall inntreffer, er det ofte mange som blir påvirket. Dersom pårørende ikke får muligheter for fysiske møter, eller etterlatte blir forhindret fra å delta i ritualer, er det en større risiko for en opplevelse av en begrensning i muligheten til å sørge. I begynnelsen av 90-tallet presenterte Dr. Ken Doka begrepet "Disenfranchised grief" eller «rettighetsløs sorg» (Doka, 1999). Denne formen for sorg var aktuell i situasjoner hvor man av ulike grunner ble fratatt «retten til å sørge», eksempelvis ved at et tap ikke ble sosialt sanksjonert, at tapet ikke ble åpent erkjent, eller i situasjoner som ikke gav muligheter for offentlig sorg. For mange sørgende har





pandemien fremtvinget sosial isolasjon og manglende mulighet for å vise sin sorg sammen med andre. Dette gjør at restriksjoner som begrenser nærvær i slutten av livet, fravær i en graviditetsperiode hvor barnet dør under svangerskapet eller kort tid etter førel, eller i andre tilfeller hvor man ikke får mulighet til samvær med den avdøde, kan føre til vanskeligheter når det gjelder en emosjonell bearbeidelse av tapet. Situasjoner som forhindrer tilstedeværelse i ulike begravelsesritualer kan også føre til de positive elementene ved å sørge sammen med andre forsvinner. I situasjoner hvor den enkelte opplever en redusert mulighet til fritt å uttrykke sine følelser i et felleskap, kan konsekvensene av dette være at man også mister muligheten for medfølelse og støtte fra andre, slik at sosial støtte minker eller forsvinner. På den måten forsterkes følelsen av ensomhet og fortvilelse.

Isolasjon og begrensinger gjør at pårørende har begrensede muligheter både til å forberede seg på et eventuelt dødsfall, og til å forholde seg til tapet. Den amerikanske filosofen Kauffman utvidet Dokas originale arbeid om rettighetsløs sorg, og foreslo konseptet "Self-Disenfranchisement" eller «selvbestemt rettighetsløs sorg» (Doka, 2002). Dette fenomenet oppstår

når individer har vanskeligheter med å erkjenne sin egen sorg som legitim. I den nåværende pandemiske konteksten er dette svært relevant: «Andre enn meg har i større grad fortjent å være til stede». I situasjoner med begrensninger i antallet som kan møtes, vil enkelte velge å trekke seg vekk fra en vanskelig situasjon med påskudd om at «andre bør slippe til» eller at deres sorg ikke er viktig nok for å delta i sammenhenger hvor dødsfallet og tapet blir tydelig. Kunnskap fra fagfeltet og den anerkjente «Dual Process Model», utarbeidet av de to nederlandske forskerne Stroebe og Schut (1999), viser imidlertid at en pendling mellom to ulike prosesser hvor man både er orientert om tapet og dødsfallet som har oppstått (Loss-Oriented Process), men også er i stand til å distansere seg fra tapet og er opptatt av å kunne leve så godt som mulig videre uten den avdøde (Restoration-Oriented process), er sentrale elementer i et normalt sorgforløp.

Tidligere studier har også vist at mangel på informasjon i større grad fører til en større usikkerhet omkring selve dødsfallet (van der Klink et al., 2010). Dette er eksempelvis usikkerhet og spørsmål om personen har opplevd mye lidelse i siste fase av livet, eller om man selv hadde noen form for ansvar eller



skyld dersom personen ble smittet. Enkelte opplever også en følelse av skyld ved at man ikke kunne være tilstede og mistet muligheten til å trøste eller uttrykke sin medfølelse, eller muligheten til å si farvel til den avdøde (Van Bortel et al., 2016).

#### **Førlenget sorg, eller "Prolonged Grief Disorder"**

For noen kan sorgreaksjonen bli spesielt strevsom, vedvarende og kronisk, og enkelte kan bli syke av å sørge. Verdens helseorganisasjon (WHO) har bestemt at etterlatte voksne som utvikler en langvarig sorgforstyrrelse vil kunne få diagnosen Prolonged Grief Disorder (PGD) (WHO, 2021). Dette innebærer blant annet sterke symptomer som varer i mer enn seks måneder etter tapet, slik som en kronisk lengsel etter den døde, påtrengende tanker, og en intens følelse av å være ensom, selv i selskap med andre. Personer med PGD har ofte store problemer med å akseptere dødsfallet. Mange føler også sinne eller bitterhet over tapet og opplever at livet er tomt og meningsløst uten den avdøde. Ulike studier viser at mellom 3% og 7% av

etterlatte vil kunne utvikle denne diagnosen (Kristensen, Dyregrov, & Dyregrov, 2017; Prigerson et al., 2009; Shear, 2015). Tallene er høyere i enkelte grupper, eksempelvis etterlatte som er utsatt for naturkatastrofer eller menneskeskapte katastrofer, eller andre traumatiske hendelser (Grudzen et al., 2015; Heyland et al., 2003; Kentish-Barnes et al., 2017).

Enkelte fagpersoner hevder at sorgreaksjoner som er forbundet med Covid-19-pandemien på ulike måter kan påvirke sorgprosessen og øke sannsynligheten for PGD (Eisma et al., 2021; Gesi et al., 2020). Det er også gjort studier som viser en forhøyet fare for PGD etter naturkatastrofer og etter dødsfall på intensivavdelinger (Eisma, Boelen, & Lenferink, 2020). Denne forskningen kan også være relevant fordi det kan være likheter mellom disse scenariene og Covid-19-pandemien. Så langt er det få studier som belyser sorg etter epidemier som Covid-19, men enkelte studier som er publisert viser en økt fare for komplisert sorg, både for etterlatte som har opplevd dødsfall på grunn av Covid-19, og for andre som er blitt forhindret fra å delta i prosesser og



Mange opplever ritualer og fellesskap med andre som viktig for å bearbeide sorg.

seremonier i forbindelse med dødsfallet (Gang et al., 2022; Jordan et al., 2022). Det er viktig å påpeke at dette er studier som er gjort kort tid etter dødsfallet har skjedd, og at vi vet lite om hvordan Covid-19-pandemien vil påvirke sorgprosesser på lengre sikt (Burrell & Selman, 2020).

### **Avslutning**

Studier viser at avstands- og antallrestriksjoner ikke nødvendigvis gir vanskelige opplevelser eller negative virkninger for de etterlatte. Det mest sentrale er opplevelsen av meningsfulle seremonier og kvaliteten i relasjonene med andre sørgende. Disse elementene er mer viktige enn antall tilstedeværende eller gravferdsform (Burrell & Selman, 2020).

Som individer og som samfunn har vi til alle tider blitt tvunget til å forholde oss til døden. Hvordan vi forholder oss til død er alltid i endring. Vi vet at mange opplever ritualer og fellesskap med andre som viktig for å bearbeide sorg, og pandemien har fremtvunget nye og alternative måter å være sammen på i forbin-

delse med sykdom og død. I tiden som kommer kan det være at vi i større grad deltar på virtuelle samlinger og begravelser på nettet, eller møter andre i sorg gjennom sosiale medier.

Pandemien har ført retningslinjer hvor det er en større sannsynlighet for opplevelse av utenforskap, isolasjon og ensomhet. Kan dette gi konsekvenser for selvmordstallene? Vil en redusert deltakelse og sosial kontakt kunne repareres eller kompenseres i ettertid? Det er for tidlig å beskrive hvordan disse erfaringene påvirker selvmordsratene, men så langt er det ingen tegn på at Covid-19-pandemien har ført til en økning i selvmordstallene i Norge i 2020 (Stene-Larsen et al., 2022). Det er allikevel sentralt at familie, venner og fagpersoner er bevisst sårbarheten som kan oppstå når pårørende og etterlatte opplever sykdom og død, og at vi fortsetter å legge til rette for muligheter til å redusere isolasjonen som ofte oppstår når vi sørger.



Vi må fortsette å legge til rette for muligheter til å redusere isolasjonen som ofte oppstår når vi sørger.

## Litteratur

- Bitanirirwe, B. K. Y.** (2016). Monitoring and managing mental health in the wake of Ebola. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 52(3), 320-322. [https://doi.org/10.4415/ANN\\_16\\_03\\_02](https://doi.org/10.4415/ANN_16_03_02).
- Burrell, A. & Selman, L. E.** (2020). How do Funeral Practices Impact Bereaved Relatives' Mental Health, Grief and Bereavement? A Mixed Methods Review with Implications for COVID-19. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 85(2), 345-383. <https://doi.org/10.1177/0030222820941296>.
- Cardoso, É. A. d. O., Silva, B. C. d. A. d., Santos, J. H. d., Lotério, L. d. S., Accoroni, A. G., & Santos, M. A. d.** (2020). The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3361. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4519.3361>.
- Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Yip, P. S. F.** (2008). A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1231-1238. <https://doi.org/10.1002/gps.2056>.
- Doka, K. J.** (1999). Disenfranchised grief. *Bereavement Care*, 18(3), 37-39. <https://doi.org/10.1080/02682629908657467>.
- Doka, K. J.** (2002). *Disenfranchised grief: New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*. Illinois: Research Press Inc.
- Dyregrov, A.** (2021). Hvorfor har vi ritualer. Hentet fra [https://fb.watch/bsNayG4\\_DfI](https://fb.watch/bsNayG4_DfI).
- Dyregrov, A. & Kristensen, P.** (2022). Koronapandemiens innvirkning på ritualer – Hva rapporterer gravferdspersonell? Rapport- og artikkelserie ved Senter for Krisepsykologi nr. 2/2022. Bergen: Universitetet i Bergen. Hentet fra [https://www.uib.no/sites/www.uib.no/files/attachments/ritualrapport\\_gravferdspersonell\\_final.pdf](https://www.uib.no/sites/www.uib.no/files/attachments/ritualrapport_gravferdspersonell_final.pdf).
- Efstathiou, V., Stefanou, M.-I., Siafakas, N., Makris, M., Tsivgoulis, G., Zoumpourlis, V., . . . Rizos, E.** (2022). Suicidality and COVID-19: Suicidal ideation, suicidal behaviors and completed suicides amidst the COVID-19 pandemic (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 23(1), 107. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.11030>.
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M.** (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>.
- Eisma, M. C., Tamminga, A., Smid, G. E., & Boelen, P. A.** (2021). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of affective disorders*, 278, 54-56. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049>.
- Enari, D., & Rangiwai, B. W.** (2021). Digital innovation and funeral practices: Māori and Samoan perspectives during the COVID-19 pandemic. *AlterNative*, 17(2), 346-351. <https://doi.org/10.1177/11771801211015568>.
- Folkhelseinstituttet.** (2022a). Statistikk om koronavirus og covid-19. Hentet fra <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/>.
- Folkhelseinstituttet.** (2022b). Dødsårsakregisteret. Hentet fra <https://statistikk.fhi.no/dar/alle-dodsfall?dodsfallEtter=D%C3%B8dssted>.
- Gang, J., Falzarano, F., She, W. J., Winokur, H., & Prigerson, H. G.** (2022). Are deaths from COVID-19 associated with higher rates of prolonged grief disorder (PGD) than deaths from other causes? *Death Studies*, 46(6), 1287-1296. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2039326>.
- Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremonese, I. M., & Dell'Osso, L.** (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 489. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00489>.
- Giner, L., Vera-Varela, C., de la Vega, D., Zelada, G. M., & Guija, J. A.** (2022). Suicidal Behavior in the First Wave of the COVID-19 Pandemic. *Current Psychiatry Reports*, 24(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01312-9>.
- Grudzen, C., Richardson, L. D., Baumlin, K. M., Winkel, G., Davila, C., Ng, K., Hwang, U. & GEDI WISE investigators.** (2015). Redesignated Geriatric Emergency Care May Have Helped Reduce Admissions Of Older Adults To Intensive Care Units. *Health Affairs*, 34(5), 788-795. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0790>.
- Grønnestad, K. S.** (2022). Kremasjonsøkning i Norge. Rekordstor økning av antallet kremasjoner i Norge. *Gravplassen.no*. Hentet fra <https://gravplassen.no/kremasjon-kremasjonsstatistikk/rekordstor-okning-av-antallet-kremasjoner-i-norge/108686>.
- Heyland, D. K., Rocker, G. M., O'Callaghan, C. J., Dodek, P. M., & Cook, D. J.** (2003). Dying in the ICU: Perspectives of Family Members. *Chest*, 124(1), 392-397. <https://doi.org/10.1378/chest.124.1.392>.
- Hirsch, A. & Røen, I.** (2016). Ritualer ved sykdom og død. I: S. Kaasa & J. H. Loge (2016). *Palliasjon. Nordisk lærebok. 3. utgave.* [s. 73-82]. Oslo: Gyldendal.



## KNUT ANDERSEN

Knut Andersen (MSc) er utdannet klinisk sosionom og arbeider ved Poliklinikk Sorgbehandling ved Akershus Universitetssykehus, og som høyskolelektor ved VID vitenskapelige høyskole i Oslo og universitetslektor ved NSSF.

Jacobsen, F. F., Arntzen, C., Devik, S. A., Førland, O., Krane, M. S., Madsen, L., . . . Aasmul, I. (2021). *Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem*. Bergen: Senter for omsorgsforskning.

Jacobsen, K. A., & Groth, B. (2022). ritual. *snl.no*. Hentet fra <https://snl.no/ritual>.

Jordan, T. R., Wotring, A. J., McAfee, C. A., Polavarapu, M., Cegelka, D., Wagner-Greene, V. R., & Hamdan, Z. (2022). The COVID-19 pandemic has changed dying and grief: Will there be a surge of complicated grief? *Death Studies*, 46(1), 84-90. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1929571>.

Kentish-Barnes, N., Cohen-Solal, Z., Souppart, V., Galon, M., Champigneulle, B., Thirion, M., . . . Garrouste-Orgeas, M. (2017). "It Was the Only Thing I Could Hold Onto, But...": Receiving a Letter of Condolence After Loss of a Loved One in the ICU: A Qualitative Study of Bereaved Relatives' Experience. *Critical Care Medicine*, 45(12), 1965-1971. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002687>.

Kristensen, P., Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2017). Hva skiller forlenget sorg-forstyrrelse fra depresjon? *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 137(7), 538-539. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0629>.

Larsen, B. H., Magelssen, M., Dunlop, O., Pedersen, R., & Førde, R. (2020). Etske dilemmaer i sykehusene under covid-19-pandemien. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 18. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0851>.

Martinsen, R. (2002). Når noen dør. *Sykepleien*, 90(16), 41-44. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0045>

NTB. (2020, 20. mars 2020). Tusenvis deltar i begravelser på nett. *Vårt Land*. Hentet fra <https://www.vl.no/nyheter/2020/03/20/tusenvis-deltar-i-begravelser-pa-nett/>.

Oslo Kommune. (2022). Graferdsetaten. Hentet fra <https://www.oslo.kommune.no/etater-foretak-og-ombud/gravferdsetaten/#gref>.

Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., . . . Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>.

Selman, L. E., Sowden, R., & Borgstrom, E. (2021). 'Saying goodbye' during the COVID-19 pandemic: A document analysis of online newspapers with implications for end of life care. *Palliative Medicine*, 35(7), 1277-1287. <https://doi.org/10.1177/02692163211017023>.

Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *The New England Journal of Medicine*, 372(2), 153-160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>.

Stene-Larsen, K., Raknes, G., Engdahl, B., Qin, P., Mehlum, L., Strøm, M. S., & Reneflot, A. (2022). Suicide trends in Norway during the first year of the COVID-19 pandemic: A register-based cohort study. *European Psychiatry*, 65(1), e26. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.17>.

Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>.

Sundt, I. T. (2021). *På hvilken måte har covid-19-pandemien påvirket kommunikasjonen mellom sykepleiere og pårørende ved palliativ avdeling?* Trondheim: NTNU.

Ugwu, S. A., & Nwankwo, B. E. (2020). Modern Funeral Rites during COVID-19 Pandemic. *Nigerian Journal of Social Psychology*, 3(1), 39-54.

Van Bortel, T., Basnayake, A., Wurie, F., Jambai, M., Koroma, A., Muana, A., . . . Nellums, L. (2016). Effets psychosociaux d'une flambée de maladie à virus ebola aux échelles individuelle, communautaire et internationale. *Bull World Health Organ*, 94(3), 210-214. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.158543>.

van der Klink, M. A., Heijboer, L., Hofhuis, J. G., Hovingh, A., Rommes, J. H., Westerman, M. J., & Spronk, P. E. (2010). Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(4), 215-225. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.05.004>.

Wasserman, I. M. (1992). The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States, 1910-1920. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22(2), 240-254.

WHO. (2021). 6B42 Prolonged grief disorder. Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>.

WHO. (2022) COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Hentet fra <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---29-june-2022>

Zalsman, G., Stanley, B., Szanto, K., Clarke, D. E., Carli, V., & Mehlum, L. (2020). Suicide in the Time of COVID-19: Review and Recommendations. *Archives of Suicide Research*, 24(4), 477-482. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1830242>.



**BEKLAGER  
STENGT**



# SELVMORD I 2020 UNDER COVID-19 PANDEMIEN

– En drøfting av noen effekter i  
befolkningen og i risikogrupper

---

Av Fredrik A. Walby, Martin Ø. Myhre og Ebba Giil

## SAMMENDRAG

I mars 2020 ble det som følge av Covid-19 innført en rekke tiltak for å begrense smitte, noe som medførte store konsekvenser for samfunnet som helhet og for mange enkeltpersoner. Mange fryktet en økning av antall selvmord både i befolkningen og i sårbare grupper som følge av pandemien. I denne artikkelen går vi først gjennom studier som har sett på effekten av pandemien på selvmordsratene i Norge i pandemiens første fase (< 12 mnd.), både for befolkningen som helhet og for pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi finner ingen holdepunkter for at pandemien har medført noen endring av selvmordsratene i denne perioden. Dernest drøfter vi noen mulige forklaringer på dette, både i form av mulige ulikheter i eksponering for negative konsekvenser, ulik underliggende risiko i forskjellige grupper og mulige beskyttende faktorer. Det er en rekke begrensninger i kunnskapsgrunnlaget så langt. Effekter av pandemien på selvmord utover 2020 er i liten grad kartlagt og det er viktig at disse monitoreres fremover.

## ABSTRACT

In March 2020, as a result of the Covid-19 pandemic, a number of measures were introduced to limit the outbreak, which had major consequences for society and individuals. Concern was early raised for a raise in suicide rates. In this article, we describe studies that have focused on the effect of the pandemic on suicide rates in Norway in the first phase of the pandemic (March 2020 to December 2020), both for the population as a whole and for patients in mental health and substance use disorder services. We found no evidence that the pandemic was associated with changes in suicide rates in this first period. Next, we discuss some possible explanations for this, both in terms of possible differences in exposure to negative consequences, focusing on differences of suicide risk in different groups and potential protective factors. There are several limitations in the knowledge so far, with associations of the pandemic on suicide beyond 2020 being important to examine in the future.

## INNLEDNING

Fremkomsten av Covid-19-viruset ble først beskrevet i Wuhan, Kina og erklært en pandemi av Verdens helseorganisasjon 11. mars 2020 (Jebril, 2020). Viruset spredde seg fort og per juli 2022 er total dødelighet som følge av pandemien nå 6 381 643 og antall kumulative smittetilfeller om lag 569 millioner mennesker, ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO, 2022). Under de tidlige fasene av pandemien iverksatte mange land flere tiltak, inkludert testing, smittesporing, selv-isolasjon og karantenekrav, i tillegg til mer popula-

sjonsbaserte tiltak som reiseforbud, hjemmekontor, stengte skoler og sosiale restriksjoner (Kunzler et al., 2021). Den 13. mars 2020 innførte regjeringen i Norge en rekke tiltak for å begrense smittespredningen. Tiltakene medførte store konsekvenser for samfunnet. På tross av at Norge iverksatte strenge og langvarige smitteverntiltak for å stanse spredningen av viruset, er det per juni 2022 meldt totalt 1 436 852 smittetilfeller og 3210 døde (Folkehelseinstituttet, 2022).

Covid-19-viruset forårsaket omfattende belastninger på helsetjenestene, først og fremst somatisk behandling. De omfattende smitteverntiltakene skapte også raskt alvorlig bekymring for befolkningens psykiske helse. Tiltakene som ble iverksatt endret store deler av hverdagen for de fleste og i mange tilfeller førte tiltakene til sosial isolasjon. For mange førte det til tap av arbeid og inntekt. På individuelt nivå kan dette for mange ha ført til økt stress og frykt, ensomhet og symptomer som angst og depresjon (Brooks et al., 2020; Kunzler et al., 2021). Verden over ble det derfor store bekymringer for en økning av selvmordsratene både i befolkningen generelt (Qin et al., 2020) og blant sårbare grupper som pasienter i psykisk helsevern (PHV) eller tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) (Moreno et al., 2020). I Norge synes en slik bekymring å ha gjort seg gjeldene ikke minst i media og forvaltningen.

Sentrale risikofaktorer for selvmord inkluderer psykologiske og sosiale stressorer, negative livshendelser, følelser av å være fanget, livsoverganger og tap, fysisk sykdom, og psykiske lidelser (Fazel & Runeson, 2020). Folkehelsekriser, slik som omfattende utbrudd av smittsomme infeksjonssykdommer, kan øke tilstedeværelsen og alvorlighetsgraden av flere risikofaktorer samtidig. Derimot, har andre sosiale kriser,

som for eksempel krig, vist at selvmordsratene faktisk går ned og mye tyder på at krisene kan fungere som beskyttende faktorer for selvmord (Osaki et al., 2021; Thomas & Gunnell, 2010). Noen studier tyder på at pandemier kan ha en større innvirkning på selvmordsrater enn andre globale katastrofer (Wasserman, 1992). Studier på tidligere pandemier, som spanskesyken i 1918 og utbruddet av SARS, viser at slike infeksjonssykdommer kan ha vært assosiert med økte selvmordsrater blant enkelte grupper (Wasserman, 1992; Cheung et al., 2008).

På denne bakgrunn har det derfor blitt fryktet at koronapandemien kanskje vil øke selvmordsratene (Gunnell et al., 2020a; Pirkis et al., 2021). Det er flere spesifikke trekk ved koronapandemien som kan bidra til økt selvmordsrisiko, deriblant langvarig karantene, utbredt angst i befolkningen, økonomisk stress, mangel på medisinsk utstyr og begrenset tilgang til psykisk helsehjelp (Brooks et al., 2020; Gunnell et al., 2020b; Reger et al., 2020). Spesielt for personer som allerede var utsatte og hadde psykiske plager eller rusbrukslidelser før utbruddet, kan økt stress og usikkerhet for fremtiden ha ført til forverring av tilstanden og økte psykiske plager (Gunnell et al., 2020b). Pandemien kan også ha ført til at behandlingen og tilgangen til hjelp for de som hadde eller nylig hadde fått en psykisk



lidelse har blitt redusert. Studier har funnet at de med allerede eksisterende psykiske lidelser har rapportert økende symptomer og dårligere tilgang til helse-tjenester siden starten av pandemien (Chevance et al., 2020; Hao et al., 2020; Kozloff et al., 2020; Yao et al., 2020). I tillegg kan flere ha opplevd en nedprioritering eller unngåelse av kontakt med helsetjenestene grunnet frykt for smitte eller frykt for å være til bry (Qin et al., 2020).

Det er gjort flere studier på hvordan selvmordsraten har utviklet seg under koronapandemien. Blant annet fant man i en systematisk gjennomgang av data fra 21 land, hvor innbyggerne har høy eller over middels inntekt, at ingen land hadde økning i selvmord i perioden april til juli, og at hele 12 land hadde signifikant færre selvmord enn forventet utfra pre-pandemiske observasjoner (Pirkis et al., 2021). Unntaket er Japan, der selvmordsratene økte hos kvinner i oktober 2020. Årsaken til denne økningen tenkes å være at unge japanske kvinners mentale helse generelt sett har blitt dårligere de siste årene, og at unge kvinnelige arbeidstakere var mer sannsynlige å ha opplevd tap av jobb eller inntekt enn andre grupper under pandemien (Ueda et al., 2021).

Norge har relativt sett vært mindre rammet enn mange andre land, og vi har på mange områder også



## De omfattende smittevern-tiltakene skapte også raskt alvorlig bekymring for befolkningens psykiske helse.

tilgang på betydelige ressurser som et resultat av å være et rikt og velutviklet velferdssamfunn. Samtidig har mange ulike grupper og individer også i Norge vært påvirket av koronarelaterte tiltak som nedstengning av store deler av samfunnet, restriktive smitteverntiltak, tap av eller endringer i skolegang eller arbeidslivet.

Hensikten med denne artikkelen er todelt. Først vil vi beskrive hva som så langt er kjent om mulige effekter på selvmordsratene i Norge som følge av den første fasen av Covid-19-pandemien. Deretter vil vi diskutere hvorledes disse funnene kan forstås både i lys av pandemiens effekter og av ulike typer suicidologisk kunnskap.



I de første ti månedene synes det derimot ikke å ha skjedd noen endringer i hverken klinisk eller generell befolkning.

### Selv mord under Covid-19-pandemien i Norge – Hva vet vi?

På nåværende tidspunkt har fem studier beskrevet utviklingen av selvmordsrater på nasjonalt nivå i Norge (Knudsen et al., 2021; Qin & Mehlum, 2021; Raknes et al., 2021; Stene-Larsen et al., 2022; Walby et al., 2022). Alle studiene tar for seg den første perioden av Covid-19-pandemien. Vi vil her gi en kort beskrivelse av studiene for å gi en beskrivelse av det nåværende kunnskapsgrunnlaget om sammenhengen mellom selvmordsrater og den første perioden av Covid-19-pandemien i Norge.

Først beskrev Qin og Mehlum (2021) utviklingen av selvmord i de tre første månedene (mars til mai 2020) av pandemien, noe som var et viktig bidrag for å tidlig monitorere utviklingen av selvmordsdødelighet i pandemien. De brukte preliminære data fra Dødsårsaksregisteret med omtrent 92 % dekning og fant ingen indikasjon på en økning av selvmord i denne perioden. De viste også til et generelt funn i tidligere litteratur om at selvmordsratene har en tendens til å gå ned i perioder med krise (Osaki et al., 2021; Thomas & Gunnell, 2010). Mekanismene som fører til dette er ukjente, men en mulig forklaring er økt mobilisering i samfunnet som fører til økt sosialt fellesskap og støtte. Tilsvarende fant heller ikke Raknes og kolleger (2021) en økning av selvmord i en bredt anlagt studie av årsaksspesifikk dødelighet under den første bølgen av Covid-19-pandemien.

En norsk studie gjort tidlig i pandemien brukte data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) mellom januar og september 2020 for å måle forekom-

sten av selvmordstanker og psykiske lidelser samt foreløpige data fra Dødsårsaksregisteret for å undersøke selvmord for mars til mai (Knudsen et al., 2021). Studien fant, til manges overraskelse, ingen økning i hverken utvalgte psykiatriske diagnoser, selvmordstanker eller selvmord basert på et befolkningsmateriale i Trøndelag. Studien var et viktig bidrag til litteraturen både nasjonalt og internasjonalt siden den var den første studien som undersøkte endringer under forskjellige faser av pandemien innad i samme kohort.

Stene-Larsen og kolleger (2022) undersøkte deretter endringer i selvmordsratene for det første året av Covid-19-pandemien – 2020. De brukte data fra Dødsårsaksregisteret og aldersstandardiserte rater som de estimerte for fire perioder i 2020: perioden før pandemien (januar–februar), første bølge (mars–mai), mellomperioden (juni–september) og den andre bølgen (oktober–desember). For alle fasene var selvmordsratene man observerte innenfor prediksjonsintervallet for hva man kunne forvente basert på selvmordsratene fra 2010 til 2019. De fant altså ingen evidens for økning av selvmordsratene i den generelle befolkningen under pandemien. Tvert om observerte man en tendens til reduserte selvmordsrater i bølger med utbrudd, som i mars til mai og oktober til desember. De fant heller ingen store endringer i Oslo-området som over tid var utsatt for de strengeste tiltakene og således ikke holdepunkter for sammenhenger mellom restriksjonsnivå og selvmord.

De tidligere studiene har sett på selvmordsrater for befolkningen under ett i Norge i hele eller deler av pandemiens første år. Som vi har vært inne på flere ganger tidligere har vært spesielt bekymringer i samfunnet for en økning blant personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus. I en nylig publisert studie har vi undersøkt nettopp dette. Data fra Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) gjorde det mulig å studere endringer i selvmord blant de som hadde kontakt med tjenestene de første ti månedene av Covid-19-pandemien sammenlignet med hva man kunne forvente basert på perioden 2016–2019 (Walby et al., 2017; 2022). Vi fant at andelen som hadde kontakt med tjenestene før selvmord holdt seg stabil i perioden før pandemien (45,5 % var i kontakt siste år) og i 2022 (45,5 % var i kontakt), og således ingen holdepunkter for en økning av antall selvmord i tjenestene (PHV og TSB). Det





observerte antallet selvmord var videre lavere enn forventet for alle måneder utenom mars og august, som hadde en økt ratio mellom forventede og observerte selvmord. Økningen i mars og august var ikke signifikante, og det var også en påfølgende reduksjon etter begge de nevnte månedene og fremstår mer som svingninger enn en reell økning. Tvert om, for åtte av de ti første månedene av pandemien ble det observert en tendens til reduserte selvmordsrater i tjenestene.

### Diskusjon

Fire studier av selvmord i befolkningen under den første tiden med pandemi i Norge fant ingen økning i selvmord (Knudsen et al., 2021; Qin & Mehlum, 2021; Raknes et al., 2021; Stene-Larsen et al., 2022). Som vist over fant vi heller ingen økning i antallet selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern i de første ti månedene av Covid-19-pandemien (Walby et al., 2022). Snarere var det en tendens i retning færre selvmord i denne perioden. Samtidig var det like mange som før pandemien som var i kontakt med tjenestene, og både denne andelen, antall selvmord blant både brukere av PHV og i befolkningen generelt, har vært påfallende stabil over mange år.

Det har som vi har sett innledningsvis vært knyttet

svært mye bekymring til en mulig økning av selvmord, ikke minst blant brukere av psykisk helsevern. I de første ti månedene synes det derimot ikke å ha skjedd noen endringer i hverken klinisk eller generell befolkning. Både i vår studie og i de to andre norske studiene som er tilgjengelige per nå er datamaterialet for begrenset til å kunne studere årsaker eller forklaringer til dette for mange helt overraskende resultatet. Funnene hva gjelder stabile rater i den norske befolkningen er i tråd med data fra andre land (Pirkis et al., 2021), mens sammenliknbare data for pasienter i PHV og TSB er, så langt vi kjenner til, ikke publisert fra andre land enn Norge. Vi vil allikevel her kort forsøke å drøfte noen ulike synspunkter og hypoteser som kan være med på å belyse hvorfor selvmordsratene forble stabile i det første året av pandemien.

Som beskrevet innledningsvis har Covid-19-pandemien medført omfattende skadevirkninger både i form av dødsfall, endrede økonomiske forhold, og virket negativt inn i dagliglivet til store deler av befolkningen. Det er som vi så også noen studier som viser at mer avgrensede virus epidemier kan medføre en økning i selvmordsrater (Osaki et al., 2021; Thomas & Gunnell, 2010). Andre minst like omfattende kriser, som for eksempel store kriger, er ikke nødvendigvis



forbundet med en økning av selvmord i befolkningen. Det er interessant å merke seg at under 2. verdenskrig var selvmordsraten stabil i det første krigsåret (1940), men falt med nesten 40 % i 1941 (Thorvik, 2016). I tillegg er selvmord et svært komplekst fenomen knyttet til et komplekst samspill av mange faktorer, og svært sjeldent forårsaket av en faktor alene (Knipe et al., 2022). Sett i et slikt perspektiv er det langt fra åpenbart at en pandemi direkte skulle utløse omfattende endringer i selvmordsraten i en befolkning. Indirekte faktorer som følge av pandemiens skadevirkninger, som for eksempel økt arbeidsløshet, økonomiske nedgangstider, økt rusmisbruk og redusert tilgang på både helsehjelp og sosial støtte, kan imidlertid tenkes å gjøre det. Myndighetene i ulike land har også satt i gang omfattende, men ulike tiltak for å bøte på skadevirkningene. Man kunne tenke seg at disse tiltakene beskytter mot selvmord, men det er åpenbart store variasjoner i både graden av og typen tiltak som er iverksatt verden over, samtidig som de aller fleste land har hatt stabile selvmordsrater, noe

som ikke underbygger en slik antakelse. Det er også viktig å nevne at majoriteten av tiltakene hadde som mål å redusere byrden av Covid-19 – ikke redusere risiko for suicidal atferd eller selvmord. Som vi vil komme tilbake til senere er det fremdeles et viktig spørsmål hvordan disse risikofaktorene vil kunne påvirke selvmordsratene over lengre tid.

#### **Ulik grad av eksponering og ulik underliggende risiko**

Pandemien har rammet alle, men vi er kanskje for lite opptatt av hvordan ulike grupper rammes på forskjellig måte og i ulik grad. En gruppe som har vært løftet frem er for eksempel studenter. Det er lett å forstå at for en som nettopp har flyttet til et nytt sted og som kommer i et nytt studiemiljø, og som kanskje kun eksponeres for digital undervisning og omfattende sosial isolasjon som følge av smitteverntiltak, kan oppleve dette som svært krevende. En stor surveyundersøkelse blant norske studenter har nettopp vist en betydelig økning av psykiske symptomer, selv-





Pandemien har rammet alle, men vi er kanskje for lite opp-tatt av hvordan ulike grupper rammes på forskjellig måte og i ulik grad.

mordstanker, selvskading og selvmordsforsøk under pandemien, som hang sammen med nedstengning og fysisk undervisning (Sivertsen et al., 2022). Samtidig har studenter som gruppe betydelig lavere selvmordsrisiko enn andre i samme aldersgrupper. For eksempel fant Gunnell og kolleger (2020b) en selvmordsrate på om lag 4,7 hos studenter. Raten i den norske befolkning har over mange år vært stabil og var i 2020 på 12,3 per 100 000 (Stene-Larsen et al., 2021). Dette kan forklare at en økning av belastninger og plager knyttet til pandemien ikke nødvendigvis gir utslag i økte selvmordsrater. Det er naturligvis viktig å følge utviklingen av belastninger og symptomer hos studenter nøye, da dette er unge mennesker som kan dra med seg belastningene inn i voksenlivet og eventuelt kunne gi økt risiko for selvmord i fremtiden.

En annen gruppe som har vært hardt rammet av smitteverntiltakene er de aller eldste, særlig sykehjemspasienter. I underkant av 50 % av alle Covid-19-dødsfall har skjedd i sykehjem (Jacobsen et al., 2021), og beboere og pårørende har i perioder vært underlagt

svært strenge restriksjoner, for eksempel i form av muligheter for besøk. At dette har vært krevende for mange synes åpenbart. Samtidig er også dette en gruppe pasienter som, blant annet som følge av redusert kognitiv funksjon, har lav selvmordsrisiko (Mezuk et al., 2014). Igjen et eksempel på at pandemien og smitteverntiltakene medførte omfattende belastninger for mange, men til dels påvirket grupper med lav risiko for selvmord mest, og som derfor sannsynligvis fikk andre konsekvenser enn en økning i antall selvmord i befolkningen.

Flere studier har vist at store grupper i befolkningen rapporterte dårligere livskvalitet og mer psykiske plager som resultat av pandemien og smitteverntiltakene, se for eksempel Nes med kolleger (2020). Det at selvmord er et sjeldent fenomen kan trolig forklare denne tilsynelatende paradoksale sammenhengen mellom forverret folkehelse og stabile selvmordsrater på kort sikt, i hvert fall hvis vi holder høyrisikogrupperne utenfor.

Det kanskje mest overraskende funnet blant de



## Det at det i første perioden av pandemien ikke kunne påvises noen økning i selvmordsratene behøver heller ikke bety at pandemi ikke påvirker selvmord under noen omstendigheter.

studiene som har sett på selvmordsdødelighet under Covid-19-pandemien er at det ikke var noen økning av selvmord blant pasienter i PHV og TSB. Pasienter i disse gruppene er en velkjent høyrisikogruppe for selvmord. I Norge har omlag 45 % av alle som dør i selvmord vært i kontakt med en eller flere av disse tjenestene siste leveår (Walby et al., 2018) og selvmordsratene har i perioden 2010–2018 vært på om lag 77 og 149 per 100 000 for henholdsvis kvinner og menn (Walby et al., 2021), noe som er dramatisk høyere enn befolkningen for øvrig. Så langt vi kjenner til er det ikke publisert noen samlet analyse av hvorledes PHV og TSB fungerte fra og med pandemiens start i Norge i mars 2020. Det har vært en rekke medieopplag om svikt, men det er også kjent at deler av tjenestene var raske til å tilpasse seg smittevernrestriksjonene med blant annet omfattende bruk av videokonsultasjoner, telefon og andre tilpasninger. Det finnes mange anekdotiske opplysninger om tilpasninger som fungerte bra, men også tilsvarende som fortalte om svikt eller manglende tilbud om behandling eller oppfølging. På tross av at dette er et område som mangler systematiske studier er det liten grunn til å tro at tjenestene fungerte bedre enn vanlig under de omstendighetene som var. Det er derfor oppløftende at hverken kontaktrater med tjenestene før selvmord gikk ned, og at antallet selvmord fremsto som uendret i 2022 sammenliknet med tidligere år.

Et viktig spørsmål å få avklart ved videre forskning her er hvilke pasientgrupper som i rimelig grad beholdt sitt behandlingstilbud, og hvilke som eventuelt ikke gjorde det. En forklaring på at pandemien ikke økte selvmordsratene blant pasienter i PHV og TSB kan være at tjenestene evnet å prioritere rett i forhold

til alvorlighetsgrad. En studie av akutfasen av pandemien (13.03.2020–01.04.2020) viste en betydelig reduksjon i pasienttilstrømmingen til Psykiatrisk legevakt i Oslo (Ness et al., 2020). Reduksjonen gjaldt særlig pasienter med lettere lidelser, og andelen konsultasjoner som ble vurdert som relatert til pandemien var kun 22 %.

Andre forklaringer kan være at psykiske lidelser ofte er noe som utvikles over tid, og at et 10–12 måneders tidsspenn er for kort til å kunne påvise underliggende trender. Det er også flere andre forhold som kan være av betydning. For eksempel er det kjent at selvmordsrisikoen hos pasienter i PHV i mange tilfeller er størst akkurat i den tiden problemene blir akutte og får sosiale og funksjonelle konsekvenser (Agerbo, 2007). Vi har tidligere vist at mange av de som dør under og etter kontakt med PHV og TSB i betydelig grad er marginaliserte når det gjelder deltakelse i yrkesliv, isolasjon og andre belastende forhold (Walby et al., 2021). Det er således mulig at en del av denne risikogruppa ikke nødvendigvis opplevde nye tilleggsbelastninger som følge av pandemien, og således ikke fikk noen økt selvmordsrisiko. Man kan også spekulere i mulige andre effekter, for eksempel at noen pasienter opplevde marginaliseringen som mindre i en slik unntakssituasjon eller hvorvidt økt samhold i befolkningen generelt slår sterkt ut i denne gruppen. Pandemiens konsekvenser for brukere av PHV og TSB er åpenbart et viktig område for videre forskning, ikke minst med tanke på langtidsvirkninger, ulike undergrupper, samt andre utfallsmål som livskvalitet og tilgang på adekvat behandling.

Avslutningsvis er det viktig å peke på to forhold. Det at pandemien ikke medførte flere selvmord i 2020 betyr ikke at mange ikke ble berørt i betydelig grad på ulike måter. Det at det i første perioden av pandemien ikke kunne påvises noen økning i selvmordsratene behøver heller ikke bety at pandemi ikke påvirker selvmord under noen omstendigheter. Det er på sin plass å minne om at den norske stat i 2020–2021 brukte ufattelige 233 milliarder på krisetiltak for å demme opp for skadevirkningene av pandemien (Sæther et al., 2022). Spesifikke effekter av disse midlene, hvorav 70 milliarder gikk til samfunns-kritiske funksjoner som inkluderer helse, er så langt ikke undersøkt hva gjelder psykisk helse eller selvmord.



### Begrensninger

Den viktigste begrensningen med de data som foreligger om sammenhengen mellom selvmordsrater og Covid-19-pandemien i Norge er at alle foreliggende studier kun har kunnet gjøre bruk av data fra den første fasen av pandemien (3-12 mnd.). Vi har således kun data i et korttidsperspektiv og eventuelle langtidskonsekvenser er således ukjent. Dette gjelder også enn så lenge internasjonalt. Videre er alle studiene basert på aggregerte data. Det er ingen studier på personnivå, og det er også betydelig mangel på både data om kliniske faktorer, forklaringsvariabler, og analyser på undergrupper og mulige interaksjoner.

En annen begrensning er at det er krevende både å vise effekter generelt og ikke minst for ulike undergrupper for et tross alt relativt lavfrekvent land som Norge, med en populasjon på drøye 5 millioner og en selvmordsrate rundt 12 per 100 000. Dette, samt det at tilgang på relevante data som kan moderere en eventuell effekt, som for eksempel sosial støtte eller isolasjon, er også i begrenset grad tilgjengelige, noe som gjør at det kan være variable effekter i ulike deler av befolkningen som ikke lar seg måle.

### Implikasjoner

De viktigste implikasjonene av de foreliggende studiene er at selvmordsratene i Norge er stabile, selv under det første året av en pågående pandemi. Ettersom tiden går, og avhengig av pandemiens videre utvikling, for eksempel i form av nye smittebølger og nye varianter av viruset som eventuelt kan medføre nye alvorlige konsekvenser for samfunnet og ulike risikogrupper, vil vi mest sannsynlig få økt kunnskap både om effekter på selvmordsratene over lenger tid og om ulike grupper med spesielle sårbarhets- eller beskyttelsesfaktorer. Selv om vi ikke finner noen effekt av pandemien på selvmordsrater på gruppenivå, kan man selvfølgelig ikke utelukke en slik effekt på et enkeltindividnivå. Fremover blir det viktig å få analysert data fra 2021 og etter hvert 2022 for å kunne si noe mer om konsekvenser av pandemien for selvmord over tid.

### Interessekonflikter

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter, og har ikke mottatt eksterne midler til arbeidet med denne artikkelen.



## Referanser

- Agerbo, E. (2007). High income, employment, postgraduate education, and marriage: A suicidal cocktail among psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1377–1384. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.12.1377>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Chevance, A., Gourion, D., Hoertel, N., Llorca, P.-M., Thomas, P., Bocher, R., Moro, M.-R., Laprèvote, V., Benyamina, A., Fossati, P., Masson, M., Leaute, E., Leboyer, M., & Gaillard, R. (2020). Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. *L'Encéphale*, 46(3), 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.005>
- Fazel, S., & Runeson, B. (2020). Suicide. *New England Journal of Medicine*, 382(3), 266–274. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1902944>
- Folkhelseinstituttet. (2022, juli 29). *Statistikk om koronavirus og covid-19*. <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Pirkis, J., Appleby, L., Arensman, E., Caine, E. D., Chan, L. F., Chang, S.-S., Chen, Y.-Y., Christensen, H., Dandona, R., Eddleston, M., Erlangsen, A., ... Yip, P. S. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468–471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Gunnell, D., Caul, S., Appleby, L., John, A., & Hawton, K. (2020). The incidence of suicide in University students in England and Wales 2000/2001–2016/2017: Record linkage study. *Journal of Affective Disorders*, 261, 113–120.
- Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Jiang, X., McIntyre, R. S., Tran, B., Sun, J., Zhang, Z., Ho, R., Ho, C., & Tam, W. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.069>
- Jacobsen, F. F., Arntzen, C., Devik, S. A., Førland, O., Krane, M. S., Madsen, L., Moholt, J.-M., Olsen, R. M., Tingvold, L., Tranvåg, O., Ågotnes, G., & Aasmul, I. (2021). *Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem* [Report]. Senter for omsorgsforskning. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2737650>
- Jebril, N. (2020). *World Health Organization Declared a Pandemic Public Health Menace: A Systematic Review of the Coronavirus Disease 2019 "COVID-19"* (SSRN Scholarly Paper Nr. 3566298). <https://doi.org/10.2139/ssrn.3566298>
- Knipe, D., Padmanathan, P., Newton-Howes, G., Chan, L. F., & Kapur, N. (2022). Suicide and self-harm. *The Lancet*, 0(0). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00173-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00173-8)
- Knudsen, A. K. S., Stene-Larsen, K., Gustavson, K., Hotopf, M., Kessler, R. C., Krokstad, S., Skogen, J. C., Øverland, S., & Reneflot, A. (2021). Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health – Europe*, 4. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2021.100071>
- Kozloff, N., Mulsant, B. H., Stergiopoulos, V., & Voineskos, A. N. (2020). The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People With Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 46(4), 752–757. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa051>
- Kunzler, A. M., Röhke, N., Günthner, L., Stoffers-Winterling, J., Tüscher, O., Coenen, M., Rehfuess, E., Schwarzer, G., Binder, H., Schmucker, C., Meerpohl, J. J., & Lieb, K. (2021). Mental burden and its risk and protective factors during the early phase of the SARS-CoV-2 pandemic: Systematic review and meta-analyses. *Globalization and Health*, 17(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00670-y>
- Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M. C., & Choi, M. (2014). Suicide risk in long-term care facilities: A systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(12), 1198–1211. <https://doi.org/10.1002/gps.4142>
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Cannon, M., Correll, C. U., Byrne, L., Carr, S., Chen, E. Y. H., Gorwood, P., Johnson, S., Kärkkäinen, H., Krystal, J. H., Lee, J., Lieberman, J., López-Jaramillo, C., Männikkö, M., ... Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 813–824. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)
- Ness, E., Salvador, E. M., & Gardsjord, E. S. (2020). Henvendelser til psykiatrisk legevakt i første fase av covid-19-pandemien. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0388>
- Osaki, Y., Otsuki, H., Imamoto, A., Kinjo, A., Fujii, M., Kuwabara, Y., Kondo, Y., & Suyama, Y. (2021). Suicide rates during social crises: Changes in the suicide rate in Japan after the Great East Japan earthquake and during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychiatric Research*, 140, 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.05.035>
- Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., Appleby, L., Arensman, E., Bantjes, J., Baran, A., Bertolote, J. M., Borges, G., Brečić, P., Caine, E., Castelpietra, G., Chang, S.-S., Colchester, D., Crompton, D., Curkovic, M., ... Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: An interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 579–588. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
- Qin, P., Legard, I., Walby, F. A., Tørmøen, A. J., & Mehlum, L. (2020). *Selvmondsrisiko og -forebygging under covid-19-pandemien og etterpå*. 25(1). <https://doi.org/10.5617/suicidologi.8271>
- Qin, P., & Mehlum, L. (2021). National observation of death by suicide in the first 3 months under COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(1), 92–93. <https://doi.org/10.1111/acps.13246>
- Raknes, G., Strøm, M. S., Sulo, G., Øverland, S., Roelants, M., & Juliusson, P. B. (2021). Lockdown and non-COVID-19 deaths: Cause-specific mortality during the first wave of the 2020 pandemic in Norway: a population-based register study. *BMJ Open*, 11(12), e050525. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050525>



### FREDRIK A. WALBY

er psykologspesialist, DBT-terapeut og tidligere sjef-psykolog med lang erfaring fra akuttpsykiatri. Han har samtidig vært tilknyttet NSSF som forsker i en årrekke og leder nå Nasjonalt Kartleggingssystem for selvmord i Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling og er også involvert i en lang rekke andre prosjekter i og utenfor klinisk suicidologi.



### MARTIN Ø. MYHRE

er vernepleier og har en mastergrad i atferdsvitenskap. Han er ansatt som stipendiat på Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Han har lang klinisk erfaring fra psykisk helsevern og skrevet flere artikler om atferdsaktivering for depresjon.



### EBBA GIIL

er rådgiver ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

**Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E.** (2020). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019 – A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*, 77(11), 1093–1094. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060>

**Sivertsen, B., Knapstad, M., Petrie, K., O'Connor, R., Lønning, K. J., & Hysing, M.** (2022). Changes in mental health problems and suicidal behaviour in students and their associations with COVID-19-related restrictions in Norway: A national repeated cross-sectional analysis. *BMJ Open*, 12(2), e057492. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057492>

**Stene-Larsen, K., Raknes, G., Engdahl, B., Qin, P., Mehlum, L., Strøm, M. S., & Reneflot, A.** (2022). Suicide trends in Norway during the first year of the Covid-19 pandemic. A register-based cohort study. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 1–24. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.17>

**Stene-Larsen, K., Øien-Ødegaard, C., Straiton, M. L., Reneflot, A., Zahl, P. H., Myklestad, I., & Hauge, L. J.** (2021, oktober 6). *Selv mord i Norge*. <https://kildekompasset.no/references/nettside-6/>

**Sæther, E. M., Løyland, H. I., & Bugge, C.** (2022). En samfunnsøkonomisk analyse tilsier mindre strenge smitteverntiltak mot covid-19. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0018>

**Thomas, K., & Gunnell, D.** (2010). Suicide in England and Wales 1861–2007: A time-trends analysis. *International Journal of Epidemiology*, 39(6), 1464–1475. <https://doi.org/10.1093/ije/dyq094>

**Thorvik, A.** (2016). «Under krigen holdt vi sammen». Norske og svenske suicidratere 1940–45. *Suicidologi*, 21(1), Art. 1. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2904>

**Ueda, M., Nordström, R., & Matsubayashi, T.** (2021). Suicide and mental health during the COVID-19 pandemic in Japan. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, fdab113. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab113>

**Walby, F. A., Astrup, H., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T.** (2021). *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2018*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. [www.uio.no/kartleggingssystemet](http://www.uio.no/kartleggingssystemet)

**Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T.** (2018). *1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – En nasjonal registersstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. [www.uio.no/kartleggingssystemet](http://www.uio.no/kartleggingssystemet)

**Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Mehlum, L.** (2022). Suicide among users of mental health and addiction services in the first 10 months of the COVID-19 pandemic: Observational study using national registry data. *BJPsych Open*, 8(4), e111. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.510>

**Wasserman, I. M.** (1992). The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States, 1910-1920. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 22, 240–254.

**WHO.** (2022, juli 29). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int>

**Yao, H., Chen, J.-H., & Xu, Y.-F.** (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)

# Sammenhengen mellom atferdsmønstre, responskontingent forsterkning og depressive symptomer hos studenter under Covid-19-pandemien

---

Av Mia Aasland og Martin Ø. Myhre

## SAMMENDRAG

Covid-19-pandemien og tiltak for å begrense smitte har medført bekymring for økning av depressive symptomer. Nyere studier har funnet at depressive symptomer har økt under Covid-19-pandemien og det er viktig å finne forklaringer på denne økningen. Atferdsorienterte tilnærminger forklarer depresjon som et resultat av negativ forsterkning med påfølgende tap av responskontingent positiv forsterkning. I denne studien undersøkte vi om aktivitetsnivået fra en uke i mars 2021 er assosiert med begrenset tilgang på responskontingent positiv forsterkning og depressive symptomer. Studiens utvalg besto av 133 studenter bosatt i ulike deler av Norge. Resultatene viser at sammenhengen mellom aktivitetsnivå under pandemien og muligheten til å oppnå forsterkning målt med *Reward Probability Index* (RPI) er signifikant ( $p = .016$ ). Endringer i atferdsmønstre kan bidra til å påvirke utviklingen av depresjon gjennom at tilgang på positiv forsterkning begrenses. Denne studien viser at det kan være viktig å opprette et høyt aktivitetsnivå som positivt forsterkende for å unngå utvikling av depresjon under pandemirelatert nedstenging.

## ABSTRACT

The COVID-19 pandemic with infection control measures has raised concerns about an increase in depressive symptoms. Recent studies have found that depressive symptoms have increased during the COVID-19 pandemic and it is important to find explanations for this increase. Behavioral approaches define depression as a result of negative reinforcement with consequent loss of response contingent positive reinforcement. This study examines whether activity level during a week in March 2021, can be associated with limited access to response contingent positive reinforcement and depressive symptoms. The study sample consisted of 133 students from different parts of Norway. The association between activity level during the pandemic and Reward Probability Index (RPI) show a significant relation ( $p = .016$ ). Changes in behavior can influence development of depression by limiting access to positive reinforcement. This study indicates the importance of creating high activity level that are positively reinforced to avoid development of depression during pandemic-related lockdown.





For studenter har det i lange perioder vært innført digital undervisning og begrensninger i sosial kontakt.



Kunnskap om hvordan smitteverntiltak påvirker psykisk helse, og særlig depresjon, hos studenter er viktig å få mer kunnskap om.

### **Innledning**

Smitteverntiltak grunnet Covid-19-pandemien har medført bekymring for økt forekomst av depressive symptomer og andre psykiske plager (Fancourt et al., 2020). Det har også vært bekymring for en eventuell økning i forekomst av selvmord under pandemien, men basert på den første fasen av pandemien finner man ingen økning i selvmord i vestlige land (Pirkis et al., 2021) inklusive Norge (Qin & Mehlum, 2021). Mens Covid-19 medfører lav risiko for alvorlig sykdom hos unge, friske mennesker, har det blitt innført strenge, inngripende og omfattende tiltak også mot denne gruppen, og det har vært stor bekymring for påvirkningen tiltakene kan ha på psykisk helse (Townsend, 2020). For studenter har det i lange perioder vært innført digital undervisning og begrensninger i sosial kontakt, noe som er en stor endring. På grunn av denne bekymringen er kunnskap om hvordan smitteverntiltak påvirker psykisk helse, og særlig depresjon, hos studenter viktig å få mer kunnskap om.

I de seks første månedene av pandemien utførte Knudsen et al. (2021) en studie på forekomsten av psykiske lidelser, selvmordstanker og selvmord i Norge. Forekomst av selvmord i 2020 ble sammenlignet med 2014–2018. Sammenhengen mellom selvmord i perioden var ikke signifikant forskjellig fra tidligere år. Resultatene viste derimot en signifikant reduksjon i forekomst av psykiske lidelser. Forekomst av psykiske lidelser mellom juni og september var mer stabil, tilnærmet lik før pandemien brøt ut.

Ebrahimi et al. (2021) undersøkte sammenhengen mellom sosial distansering og psykisk helse ved å kartlegge 10 061 norske deltagers symptomer på angst og depresjon. Resultatene ble sammenlignet med tall fra før pandemien. Studien viste 2 til 3 ganger høyere forekomst av depressive symptomer. Deltagere som stort sett distanserte seg selv fra andre opplevde flere symptomer enn deltagerne som tok lettere på anbefalinger om sosial distanse. Fysisk aktivitet, utforskning av naturen og annen aktivitet som fungerte distraherende var assosiert med færre depressive symptomer. Solbakken et al. (2021) sammenlignet resultatene fra Ebrahimi et al. (2021) med 4 936 deltagere under en periode med flere lettelsestiltak. Det ble funnet en nedgang i vansker med emosjonsregulering, interpersonlige problemer, symptomer på angst og depresjon fra perioden med strenge tiltak til perioden med lettelsestiltak (Solbakken et al., 2021).

Grunnet smitteverntiltakene under pandemien utførte studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) en tilleggsrapport, som viste en økning i



psykiske plager hos studenter (Sivertsen, 2021). Antall studenter med psykiske plager har økt jevnt frem til 2018, mens det i perioden 2018 til 2021 har vært en kraftig økning fra 16 % til 41 %. Selvmordstanker og/eller tanker om å skade seg selv har økt med 7 % siden 2010 og rammer totalt 20 % av deltagerne, mens 18 % oppgir å ha en psykisk lidelse, der depresjon er den vanligste psykiske lidelsen (12,3 %). Deltagerne brukte mer tid på TV, sosiale medier og gaming. Likevel hadde de en gjennomsnittlig nedgang i aktivitetsnivå, spesielt når det gjelder sosiale aktiviteter, trening og samvær med familie (Sivertsen, 2021). Selv om SHoT-undersøkelsen beskrev aktivitetsnivå og depressive symptomer, er det ikke analysert hvorvidt aktivitetsnivået henger sammen med depressive symptomer, eller om økningen i depressive symptomer er assosiert med andre årsaker.

Gitt de store atferdsmessige konsekvensene av smitteverntiltakene, kan atferdsorienterte tilnærmin-

ger være nyttige for å belyse disse sammenhengene. En atferdsanalytisk forståelse av depresjon vektlegger betydningen av konsekvensene som atferd produserer, der negativ forsterkning som flukt og unngåelse spiller en viktig rolle fordi det fører til tap av positiv forsterkning (Myhre & Strømgren, 2015). Unngåelse av aktiviteter, sosial isolasjon, tilbaketrekking eller rus- og alkoholmisbruk er eksempler på atferdsklasser som ofte er opprettholdt av negativ forsterkning (Ferster, 1973). Aktivitetene kan dempe ubehagelige følelser som tristhet på kort sikt, men opprettholde depressiv atferd på lang sikt (Dimidjian et al., 2011) – en prosess som generelt kalles en negativ selvforsterkende spiral. En betydelig reduksjon i spesifikke aktiviteter over tid leder til tap av responskontingent positiv forsterkning (RCPR), som bidrar til opprettholdelse av den depressive tilstanden (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn et al., 1980). Med tanke på utformingen av smitteverntiltakene er det grunn til bekymring



for at begrensningene de fører til i folks liv kan øke risikoen for depressive symptomer. Særlig hos unge mennesker som studenter.

Flere studier har funnet en økning i depressive symptomer og atferdsmessige endringer under pandemien. Målet med denne studien er derfor å undersøke om lavt aktivitetsnivå under pandemien er assosiert med responskontingent positiv forsterkning og depressive symptomer. Hypotesen er at reduksjon i aktivitetsnivå har en sammenheng med økte depressive symptomer og mindre tilgang til responskontingent positiv forsterkning.

### Metode

#### Utvalg

Studien er en tverrsnittsundersøkelse. Norske studenter ble tilbudt å delta i studien, og deltagelse var basert på skriftlig samtykke. Rekruttering til spørreskjemaet ble utført via 20 ulike Facebook-grupper for studie-fakulteter over hele landet i uke 10, 2021. Spørreskjemaet åpnet mandag morgen 08.03.21 og stengte til samme tidspunkt mandag 15.03.21. Under denne

perioden var det implementert strenge smittevern-tiltak som omfattet skjenkestopp, påbud om digital undervisning, en meters avstand og forbud om besøk av flere enn fem personer i hjemmet.

#### Variabler

Spørreskjemaet ble delt inn i de ulike kategoriene demografi, atferdsmønstre, responskontingent positiv forsterkning og depressive symptomer. Formålet med de demografiske spørsmålene var å kartlegge kjønn, alder og bosted. I tillegg ble deltagerne spurt om bo- og arbeidssituasjon for den siste uken og for et år siden. Atferdsmønstre ble undersøkt ved å stille fem spørsmål om antall aktiviteter og variabilitet i atferd for den siste uken (uke 10, 2021).

Første spørsmål omhandlet sosialiseringmuligheter og ble formulert som «antall sosiale møter utenfor husstanden». Deretter ble det stilt spørsmål om antall fysiske aktiviteter. Antall aktiviteter som kan virke forsterkende ble undersøkt ved at deltagerne ble bedt om å angi antall aktiviteter utendørs og antall aktiviteter innendørs. Spørsmål om gjennomsnittlig antall timer søvn ble også kartlagt som en del av del-



tagernes atferdsmønster. For å muliggjøre dataanalyser av svaralternativene ble svar på spørsmål om atferdsmønstre kodet til semi-kontinuerlige variabler. Variablene ble kodet til et perspektiv på antall per uke.

Depressive symptomer ble målt med *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). PHQ-9 inneholder ni kriterier for depressive symptomer og er basert på de diagnostiske kriteriene for depresjon i DSM-IV (Kroenke et al., 2001). Kriteriene ble besvart fra «ikke i det hele tatt», «noen dager», «mer enn halvparten av dagene» til «nesten hver dag». Hvert alternativ skåres fra 0 til 3 poeng, der den totale poengsummen gir en indikasjon på alvorlighetsgraden av depressive symptomer. Testen anses som en reliabel og valid indikasjon og måling av depresjonens alvorlighetsgrad, og er hyppig brukt både som forskningsverktøy og i klinisk sammenheng (Kroenke et al., 2001).

Responskontingent positiv forsterkning ble målt med elementer fra *Reward Probability Index* (RPI) (Carvalho et al., 2011). RPI tar utgangspunkt i teorien om RCPR via en to-faktormodell som måler sannsynlighet for forsterkning (*reward probability*) og miljømessige hindringer (*environmental surpressors*). RPI består av 20 elementer, besvares på en firepunkts likert-skala med alternativene «veldig uenig», «uenig», «enig» og «veldig enig». Svaralternativene til miljømessige hindringer er reversert i spørreskjemaet. Dette gir muligheter for å analysere resultatene ut ifra en totalskåre som varierer fra 20–80, der 20 representerer best forutsetning.

### Etikk og tillatelse

Etiske overveielser ble tatt i betraktning før publiseringen av spørreskjemaet. Retningslinjene til NSD og REK beskriver anonym innsamling av data, som utelukker sensitive personopplysninger med mulighet for gjenkjenning som ikke meldepliktige. Det ble utarbeidet en samtykkeerklæring med informasjonsskriv om deltagerens frivillighet, rettigheter, behandling av opplysninger og personverninformasjon. Samtykkeerklæringen inkluderte samtykke til å delta i spørreskjemaet på bakgrunn av informasjonen, og samtykke til at deltagerens opplysninger lagres på ubestemt tid.

### Analyse

Dataene ble analysert i Jamovi 1.6.23 (The jamovi project, 2021) som bygger på R (R Core Team, 2018). Utregning av gjennomsnittlig aktivitetsnivå, totalskårer for PHQ-9 og RPI, ble utført i Microsoft Excel 365. Signifikante forskjeller mellom relevante variabler ble undersøkt ved paret t-test. Lineær regresjon ble valgt



**Målet med denne studien er derfor å undersøke om lavt aktivitetsnivå under pandemien er assosiert med responskontingent positiv forsterkning og depressive symptomer.**

som analysemetode for å undersøke sammenhenger mellom aktivitetsnivå, PHQ-9 og RPI siden avhengig og uavhengig variabel var kontinuerlige. Et alfanivå på 0.05 ble benyttet for alle analysene.

Sammenhenger mellom aktivitetsnivå, depressive symptomer og tilgang på responskontingent forsterkning ble analysert med lineær regresjon. Aktivitetsnivå under pandemien ble brukt som avhengig variabel med PHQ-9, RPI reward og RPI supressors som uavhengige variabler. Det ble både utført multippel regresjon med simultant og hierarkisk inkludering av de uavhengige variablene for å få et estimat på effekten av justeringen.

### Resultater

Det endelige utvalget besto av 133 studenter, med en klar overvekt av kvinner (83,5 %). De fleste respondentene var mellom 20 og 24 år (63,2 %). Studentene var bosatt i ulike deler av Norge. Ytterligere kjennetegn ved utvalget er beskrevet i Tabell 1.

Hele utvalget hadde et aktivitetsnivå på  $M = 52,09$  ( $SD = 19,99$ ). Gjennomsnittlig brukte studentene mest tid på aktiviteter inne, etterfulgt av søvn, aktiviteter



Antall aktiviteter innendørs blant deltagerne i denne studien kan skyldes en tendens til å erstatte sosiale- og utendørsaktiviteter med inneaktiviteter. Spørsmålet er om det i tilstrekkelig grad inntraff, siden vi så en reduksjon i responskontingent positiv forsterkning.

ute, fysisk aktivitet og minst tid gikk til sosiale møter. Utvalget hadde en gjennomsnittlig PHQ-9 totalskåre på  $M = 11,27$  ( $SD = 5,90$ ) som vist i Tabell 2. Som vist i Tabell 3 er sammenhengen mellom PHQ-9 og aktivitetsnivå en signifikant sammenheng i justert modell med  $p = .003$ , men ikke i ujustert modell med  $p = .129$ .

Gjennomsnittlig hadde utvalget en RPI totalskåre på  $M = 43,21$  ( $SD = 7,48$ ) som vist i Tabell 2. Totalskåren på sannsynlighet for forsterkning (RPI *reward probability*) var  $M = 22,20$  ( $SD = 4,08$ ). Totalskåren på miljømessige hindringer (RPI *environmental surpressors*) var  $M = 21,01$  ( $SD = 4,89$ ). Sammenhengen mellom alle tre RPI-skårene og PHQ-9 var signifikant ( $p = <.001$ ). Sammenhengen mellom total RPI-skåre og aktivitetsnivå er signifikant med  $p = .016$ . Som vist i Tabell 3 har RPI reward en signifikant sammenheng med aktivitetsnivå med  $p = .001$  både i ujustert og justert modell. RPI supressors har ikke signifikant sammenheng med aktivitetsnivå under pandemien.

Det ble utført analyser for å undersøke hvorvidt kjønn, alder, jobbsituasjon, arbeidssted og bosituasjon hadde en sammenheng med PHQ-9 og RPI, men variablene viste ingen sammenheng. I tillegg ble det utført

stratifisert interaksjonsanalyse for å undersøke forskjeller i aktivitetsnivå, PHQ-9 og RPI mellom deltagere med bosted i Oslo og omegn vs. resten av landet. Til tross for lavere aktivitetsnivå, flere depressive symptomer og mindre tilgang på responskontingent positiv forsterkning for deltagere bosatt i Oslo og omegn, var ikke resultatene signifikante.

### Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke studenters atferdsmønstre under pandemien, og hvorvidt aktivitetsnivå har en sammenheng med depressive symptomer og responskontingent positiv forsterkning. Vi fant en signifikant sammenheng mellom aktivitetsnivå og depressive symptomer. Responskontingent forsterkning totalt og underskalaen på sannsynlighet for forsterkning hadde en signifikant sammenheng med aktivitetsnivå under pandemien, noe som viser en sammenheng mellom aktivitetsnivå under pandemien og mulighet for positiv forsterkning.

Vi fikk delvis falsifisert nullhypotesen for atferdsmønstre der vi fant en signifikant sammenheng mellom atferdsmønstre, depressive symptomer og





sannsynlighet for forsterkning i den justerte modellen. Aversive betingelser målt ved miljømessige hindringer var ikke signifikant. Ut ifra en atferdsanalytisk forståelse av depresjon fremheves det også at tap av positiv forsterkning er den sentrale mekanismen ved en utvikling av depresjon (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn et al., 1980) og derfor kan det være at aversive betingelser spiller en mindre sentral rolle i tråd med funnene i denne studien.

Studentenes atferdsmønstre kan sammenlignes med funn fra studien til Sivertsen (2021) som viser til en betydelig nedgang i sosiale aktiviteter og fysisk aktivitet blant studenter. Sosial nedstenging i store deler av landet medførte færre muligheter til utendørsaktiviteter den aktuelle uken for datainnsamling. Flere treningssentre og fritidsaktiviteter var også stengt denne uken. Analysene viser at deltagerne brukte mest tid på aktiviteter inne med likhetstrekk til studien til Sivertsen (2021), som beskriver en særlig økning i skjermbruk. Antall aktiviteter innendørs blant deltagerne i denne studien kan skyldes en tendens til å erstatte sosiale- og utendørsaktiviteter med inneaktiviteter. Spørsmålet er om det i tilstrekkelig

grad inntraff, siden vi så en reduksjon i responskontingent positiv forsterkning.

Gjennomsnittlig har deltagerne i denne studien depressive symptomer som tilsvarer moderat depresjon (Kroenke et al., 2001). Siden studien ikke har et representativt utvalg, er det mulig at dette representerer en seleksjonsskjevhet ved at studenter med depressive symptomer har blitt oversamlet. Nyere studier viser til en økning i psykiske plager under Covid-19-pandemien, og en relativt høy andel psykiske lidelser blant den norske befolkningen sammenlignet med tidligere år (Ebrahimi et al., 2021; Solbakken et al., 2021). Sivertsen (2021) beskriver omfanget av selvskading og selvmordstanker blant studenter som høyt, med 20 % blant deltagerne i SHoT-undersøkelsen. Tallene ligner resultatene fra denne studien, der 25,56 % av studentene i ulik grad svarte at de hadde hatt tanker om å skade seg selv eller tenkt at det var bedre å være død. Yngre personer har også vært mer utsatt for psykiske plager under pandemien enn eldre (Ebrahimi et al., 2021). I tillegg beskrives den psykiske belastningen ved sosial nedstenging som høy blant studenter (Sivertsen, 2021), noe som underbygger



I denne studien fant vi at depressive symptomer hang sammen med atferdsmønstre under nedstenging og sannsynlighet for forsterkning.

belastningen pandemien har medført for unge mennesker.

Smitteverntiltak har medført en unik mulighet til å undersøke konsekvenser av om aktivitetsnivå henger sammen med tap av responskontingent positiv forsterkning, utløst av naturlige og ikke-manipulerte miljøendringer hos et større utvalg. Muligheter til å oppnå positiv forsterkning viser seg å svekkes under sosial nedstenging gjennom lavt aktivitetsnivå, med økning i depressive symptomer som sannsynlig konsekvens. Når aktivitetene ikke er lett tilgjengelige på grunn av smitteverntiltak, vil tendensen til å bryte ut av et depressivt atferdsmønster sannsynligvis reduseres mer enn normalt. Årsaken er tendensen til å gi opp lettere ved å søke negativ forsterkende atferd fremfor positiv forsterkende atferd som en del av et depressivt atferdsrepertoar (Dimidjian et al., 2011). Når slike negative forsterkningskontingenter er etablert, er det også grunn til bekymring om hvor enkelt det er å bryte ut av dem, noe som også støttes av andre studier som viser større og større konsekvenser ved gjentatte nedstengninger (Ebrahimi et al., 2021). Det gjenstår også å se hvilke eventuelle langtidseffekter pandemi-

tiltakene får for studenter, men en slik forståelse som skissert her kan gi grunn til bekymring.

### **Styrker og begrensninger**

En styrke ved studien er at vi har brukt validerte spørreskjemaer for å måle depressive symptomer og responskontingent positiv forsterkning. I tillegg har vi målt forekomsten av flere atferdsmønstre. En annen styrke er at studentene er fra ulike steder i landet, i ulike aldersgrupper og ulike livssituasjoner, noe som kan bidra til å styrke generaliserbarheten til studien.

Til tross for studiens muligheter til å undersøke sammenhenger mellom aktivitetsnivå og deltageres PHQ-9 og RPI-skår, vil det ikke være mulig å undersøke om pandemien er årsak til lavt aktivitetsnivå. På samme måte er mangelen på gjentatte målinger av deltageres PHQ-9 og RPI-skår en begrensning, både ved mulig nedstemthet den aktuelle uken for datainnsamling og manglende informasjon om symptomenes varighet utover to uker. Ideelt sett burde studien benyttet longitudinelt design der endringen i aktivitetsnivå, PHQ-9 og RPI ble målt over tid, både før, under og etter pandemi.








Studien rekrutterte deltagere fra Facebook-grupper, som en samplingsmetode med viktige begrensninger siden det er vanskelig å få representative utvalg. Selv om vi forsøkte å bruke grupper med en geografisk og kjønnsmessig representativitet, har vi på grunn av samplingsmetoden ingen mulighet til å bekrefte eller kvalitetssikre samplingen. Rekruttering via Facebook-grupper kan medføre økt tendens til å delta hos de som sliter med relevante problemer, eller på andre måter er mer opptatt av temaet. Det er sannsynlig at det medfører seleksjonsbias med resultater som har systematisk skjevhet i utvalget. Kjønnforskjellen i utvalget kan være et eksempel på dette, noe som også påvirker generaliserbarheten til resultatene. Overrepresentasjon av kvinner kan ha påvirket totalskåren i både PHQ-9 og RPI ettersom kvinner i større grad opplever depressive symptomer enn menn (Fancourt et al., 2020; Reneflot et al., 2018).

### Avslutning

I likhet med andre studier, viser denne studien en økt forekomst av depressive symptomer hos studenter utsatt for omfattende sosial nedstenging. I denne

studien fant vi at depressive symptomer hang sammen med atferdsmønstre under nedstenging og sannsynlighet for forsterkning. Selv om en gjenåpning av samfunnet kan øke sjansen for responskontingent positiv forsterkning gjennom oppmøte på studiet, trening eller sosialiseringmuligheter, er det ikke gitt at symptomene forsvinner ved en gjenåpning. En depressiv episode er en kompleks og sammensatt ond sirkel opprettholdt av en rekke faktorer (Lewinsohn et al., 1985). Kunnskap om tilstandens utvikling medfører bekymring rundt andelen studenter med depressive symptomer. Under en sosial nedstenging er det viktig å opprettholde aktivitetsnivået med fornøyelige og meningsfulle aktiviteter, som fører til positiv forsterkning (Lejuez, 2011). Slik informasjon er enkel og konkret som folkeopplysning med formål om å motivere utvikling av depressive symptomer hos studenter og andre målgrupper under nedstenging. Økt kunnskap om sammenhengen mellom atferdsmønstre og depressive symptomer kan derfor bidra til en forebyggende effekt for depressive symptomer under lignende omstendigheter i fremtiden.

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget

	Variabel	N	%
	<b>Kjønn</b>	Menn	22 16,5%
		Kvinner	111 83,5%
	<b>Alder</b>	Under 19 år	3 3%
		20–24 år	84 63,2%
		25–29 år	29 21,8%
		Over 30 år	17 12,8%
	<b>Jobbsituasjon</b>	100% stilling	10 7,5%
		Deltidsstilling	64 48,1%
		Arbeidsledig	47 35,3%
		Permittert	12 9%
	<b>Arbeidssted</b>	På arbeidsplassen	59 79,7%
		Hjemmekontor	15 20,3%
	<b>Bosituasjon</b>	Bor alene	29 21,8%
		Samboer/ektefelle uten barn	34 25,6%
		Samboer/ektefelle med barn	9 6,8%
		Deler bolig med andre	61 45,9%

Tabell 2. Deskriptiv statistikk for utvalget

Variabel	N	M	SD	95% konfidensintervall	
				Min.:	Maks.:
PHQ-9	133	11,27	5,90	-0,29	22,83
RPI	133	43,21	7,48	28,54	57,87
RPI reward	133	22,20	4,08	14,20	30,19
RPI supressors	133	21,01	4,89	11,42	30,59
Aktivitetsnivå	133	52,09	19,99	12,90	91,27

Tabell 3. Sammenhengen mellom atferdsmønstre under pandemien, depressive symptomer (PHQ-9) og responskontingent forsterkning (RPI)

Variabel	Måleverktøy	Ujustert modell				Justert modell			
		$\beta$	Stand. $\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	$\beta$	Stand. $\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
Aktivitetsnivå	PHQ-9	-.076	-.166	-1.526	.129	-.117	-.256	-3.03	.003
	RPI Reward	-.222	-.335	-3.708	.001	-.248	-.374	-4.62	.001
	RPI Supressors	.045	.082	.770	.443	-.085	-.155	-1.80	.074

Note. Justert modell er justert for PHQ-9, RPI Reward og RPI Supressors.



## Referanser

- Carvalho, J. P., Gawrysiak, M., Hellmuth, J. C., McNulty, J. K., Magidson, J., Lejuez, C. W. & Hopko, D. R.** (2011). The Reward Probability Index: Design and Validation of a Scale Measuring Access to Environmental Reward. *Behavior Therapy*, 42(2), 249-262. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.05.004>.
- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R. F. & Lewinsohn, P. M.** (2011). The Origins and Current Status of Behavioral Activation Treatments for Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535>.
- Ebrahimi, O. V., Hoffart, A. & Johnson, S. U.** (2021). Physical Distancing and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Factors Associated With Psychological Symptoms and Adherence to Pandemic Mitigation Strategies. *Clinical Psychological Science*, 9(3), 489-506. <https://doi.org/10.1177/2167702621994545>.
- Fancourt, D., Steptoe, A. & Bu, F.** (2020). Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19: longitudinal analyses of 36,520 adults in England. *Department of Behavioural Science and Health, University College London, UK*, 1-23. <https://doi.org/10.1101/2020.06.03.20120923>.
- Ferster, C. B.** (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857-870. <https://doi.org/10.1037/h0035605>.
- Knudsen, A. K. S., Stene-Larsen, K., Gustavson, K., Hotopf, M., Kessler, R. C., Krokstad, S., ... Reneflot, A.** (2021). Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health – Europe*, 4, 100071. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2021.100071>.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B.** (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L.** (2011). Ten Year Revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Revised Treatment Manual. *Behavior Modification*, 35(2), 111–161. <https://doi.org/10.1177/0145445510390929>.
- Lewinsohn, P. M.** (1974). A behavioral approach to depression. I: R. J. Friedman & M. M. Katz (Red.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. John Wiley & Sons.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. & Hautzinger, M.** (1985). An integrative theory of depression. I: S. Reiss & R. Bootzin (Red.), *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: Academic.
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M. & Grosscup, S. J.** (1980). Changing reinforcing events: an approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 17(3), 322-334. <https://doi.org/10.1037/h0085929>.
- Myhre, M. & Strømgren, B.** (2015). Atferdsanalytisk forståelse og behandling av depresjon. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 42(2), 79-90. Hentet fra <https://hdl.handle.net/10642/3122>.
- Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., Appleby, L., Arensman, E., Bantjes, J., Baran, A., Bertolote, J. M., Borges, G., Brečić, P., Caine, E., Castelpietra, G., Chang, S.-S., Colchester, D., Crompton, D., Curkovic, M., ... Spittal, M. J.** (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: An interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 579-588. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2).
- Qin, P., & Mehlum, L.** (2021). National observation of death by suicide in the first 3 months under COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(1), 92–93. <https://doi.org/10.1111/acps.13246>.
- R Core Team** (2018). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna. Hentet fra <https://www.R-project.org>.
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Kjennerud, T. R., Tambs, K. & Øverland, S.** (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf).
- Sivertsen, B.** (2021). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse. Hovedrapport*. Oslo: SiO. Hentet fra <https://sioshotstorage.blob.core.windows.net/shot2018/SHOT2021.pdf>.
- Solbakken, O. A., Ebrahimi, O. V., Hoffart, A., Monsen, J. T. & Johnson, S. U.** (2021). Emotion regulation difficulties and interpersonal problems during the COVID-19 pandemic: Predicting anxiety and depression. *Psychological Medicine*, 1-5. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001987>.
- The Jamovi Project** (2021). *Jamovi* (Versjon 1.6) [Dataprogramvare]. Hentet fra <https://www.jamovi.org>.
- Townsend, E.** (2020). COVID-19 policies in the UK and consequences for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 7(12), 1014–1015. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30457-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30457-0).



**MIA AASLAND**

har mastergrad i atferdsvitenskap. Hun har erfaring med anvendt atferdsanalyse og psykisk helse i skolen, og er ansatt ved Sagene skole.



**MARTIN Ø. MYHRE**

er vernepleier og har en mastergrad i atferdsvitenskap. Han er ansatt som stipendiat på Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Han har lang klinisk erfaring fra psykisk helsevern og skrevet flere artikler om atferdsaktivering for depresjon.



Under en sosial nedstenging er det viktig å opprettholde aktivitetsnivået med fornøyelige og meningsfulle aktiviteter, som fører til positiv forsterkning.



Karianne Wiger Gammelsrud mistet ektemannen våren 2021. Her er de to sammen i oktober 2020.  
Foto: privat

# Ingen ventet at Lars Ove skulle ta sitt eget liv

Ektemannen til Karianne Wiger Gammelsrud var smart, veltalende og virket for de fleste helt frisk. Nå håper hun at historien hennes kan øke bevisstheten hos helsepersonell.

---

Av Silje Pileberg



Jeg tror at han følte seg mindre og mindre verdifull når han opplevde at hodet ikke fungerte slik det pleide. De flotte egenskapene han hadde med å være så nøye og samvittighetsfull, ble en hemske.

Karianne Wiger Gammelsrud

«Lars Ove Gammelsrud var en moderne versjon av en god gammeldags hedersmann». Slik startet kollegaer på Rikshospitalet nekrologen om Lars Ove, etter at han hadde tatt sitt eget liv.

Egentlig var de ikke kollegaer, men de kalte seg det. Lars Ove var nemlig høyt verdsatt: lun, spøkefull, snill, ansvarsfull, dyktig i jobben – en som fikset det meste. Han var ansatt i et internasjonalt medisinsk-teknisk selskap, og en av hovedoppgavene var å gjennomføre og følge opp kliniske studier på sykehus i Norge og utlandet.

Han hadde en kone og to barn som han elsket høyt. Han likte å tulle, var flink til å finne på ting, og det var også han som laget familiemiddager nesten hver dag.

I begravelsen var Karianne Wiger Gammelsrud opptatt av å fortelle sjokkerte venner og bekjente at det ikke var noe de kunne ha gjort: «Til og med jeg, som var sammen med han nesten døgnet rundt, hadde ingen mistanke om at dette kunne skje den fredagen», sa hun.

### **Mangelfull oppfølging**

Men hun visste at han den siste tiden hadde slitt psykisk. Det hadde begynt under pandemien i 2020, særlig fra høsten, da han ble bundet til hjemmekontor samtidig som kona jobbet på et mikrobiologisk laboratorium og hadde det mer travelt enn noen gang.

– Han var nok mer ensom enn jeg var klar over, men det var særlig på nyåret 2021 det begynte å bli

tungt, forteller Wiger Gammelsrud.

Når det etter hvert ble riktig ille, forsøkte hun og ektemannen å finne hjelp.

Wiger Gammelsrud mener at behandlerne på distriktpsykiatrisk senter (DPS) ikke klarte å se gjennom Lars Oves fasade. Da han skulle til første konsultasjon på DPS, kledde han seg så pent at det nærmest så ut som om han skulle på et businessmøte, ifølge kona.

Henvisningen fra fastlegen hadde vært akutt og presis. Men etter to samtaler hos DPS ble han sendt hjem uten videre oppfølging.

Det ble i etterkant av selvmordet opprettet tilsynsak mot DPS. Statsforvalteren konkluderte med at ektemannen ikke fikk forsvarlig utredning og oppfølging og at DPS hadde «brutt forsvarlighetskravet».

### **– Kan holde tilbake**

Wiger Gammelsrud ønsker å fortelle historien sin av to grunner: Hun vil at helsevesenet skal være mer bevisste og observante på menn med psykiske problemer. Og hun mener at pårørende må lyttes til.

Selv spurte hun om å få bli med inn på første time til DPS, men svaret var nei, det var ikke nødvendig.

– Jeg tror at pasienter, og kanskje særlig menn, ofte bevisst eller ubevisst kan holde tilbake informasjon. Her kan pårørende sitte med verdifull informasjon og innsikt. Når man da som pårørende ikke opplever å bli lyttet til, er det frustrerende, sier hun.

– Akkurat som foreldre kjenner sine barn best når





Lars Oves datter har arvet farens kunstneriske evner. Dette bildet laget hun etter at han var død.

det gjelder somatisk sykdom, må man tenke på de nærmeste pårørende som en ressurs når det gjelder psykisk sykdom, selv om pasienten er voksen. Med mer informasjon er det lettere å gi bedre behandling.

### **Knyttet mye av identiteten til jobb**

Hun kaller ektemannens død «et indirekte koronadødsfall». Han savnet kontakten med ansatte og pasienter ved sykehusene – det var den praktiske delen han ivret for. Nå fikk han ikke mulighet til å gjøre jobben sin slik han var vant til.

Familien bodde dessuten i en av de rødeste bydelene med stadig økende restriksjoner og karantene for barna.

Etter hvert utviklet han en slags stressutløst angst, ifølge kona, og hun mener også at han hadde en depresjon. Etter en stund fikk han økende søvn-

problemer. Han godtok til slutt en deltidssykmelding, men fortsatte likevel å bruke mye tid på jobb. Søvnløse netter og økende uro førte imidlertid til at konsentrasjonen forsvant, og det var vanskelig å utføre oppgaver.

– Jeg tror at han følte seg mindre og mindre verdifull da han opplevde at hodet ikke fungerte slik det pleide. De flotte egenskapene han hadde med å være så nøye og samvittighetsfull, ble en hemsko. Han klarte ikke å slippe jobben.

Han knyttet også mye av identiteten sin til arbeidet sitt, utdyper Wiger Gammelsrud.

– Det som er så trist, var at han ikke skjønnte at det ville bli bedre.

Selv sa hun gang på gang at han ville bli frisk, og at dette var de sammen om, men at de måtte ha hjelp.



Ektemannen hennes ble akutt henvist til psykiatrisk behandling, men han ønsket ikke å framstå som syk. Karianne Wiger Gammelsrud oppfordrer helsepersonell til å være obs: – Selvmord kan skje alle, og det kan skje etter et svært kort sykdomsforløp, sier hun.

### Flest menn tar livet sitt

Ifølge tall fra Folkehelseinstituttet som presenteres i Dødsårsaksregisteret, tok 658 nordmenn livet sitt i 2021, det året Lars Ove døde. 482 av disse, altså rundt tre av fire, var menn.

Ifølge Lars Mehlum, leder ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), kan selvmordsmetodene menn benytter være noe av forklaringen på at de dominerer i statistikken.

– Menn som tar livet sitt bruker ofte raskere og farligere selvmordsmetoder enn kvinner. Vi ser at flere kvinner enn menn kommer i kontakt med helsevesenet etter å ha gjort selvmordsforsøk som de overlever, sier han.

Her er det imidlertid flere faktorer som spiller inn, legger Mehlum til, for eksempel at en større andel av kvinner er beskyttet mot selvmord av sosiale relasjoner der de gir og mottar støtte fra andre.

– Det kan også være at menn og kvinner på gruppenivå er forskjellige på områder med relevans for selvmordsrisiko, men som vi i dag har lite kunnskap om.

### Skjemaer og kartlegginger

Lars Ove Gammelsrud snakket mye med kona si om situasjonen. Han hadde også stor tillit til, og var åpen overfor, fastlegen. De siste to ukene klarte han dessuten å snakke med den ene søsteren. Men ifølge Karianne Wiger Gammelsrud var dette de eneste menneskene som fikk et innblikk i det han strevde med. Og selv ikke de fikk vite hvor vondt han egentlig hadde det.

– Han ville ikke være en byrde. Jeg hørte det når han snakket i telefonen: Han tok seg veldig sammen og skyldte på søvnproblemer.

Ektemannen var i utgangspunktet svært skeptisk til å dra til DPS. Wiger Gammelsrud tror at han følte en skam, og da han på første konsultasjon ble møtt med standardiserte skjemaer og kartlegginger tror hun at dette bidro til at han mistet tilliten helt.

– Jeg er ingen ekspert på kartleggingsinstrumentene som benyttes. De kan helt sikkert være til god hjelp. Men dersom man starter med en rekke til dels belastende spørsmål, vil man kunne miste muligheten



Hvis en høyt oppegående, tidligere frisk mann trenger akutt hjelp, må det tas på høyeste alvor. Man må ikke la seg lure, men heller ta utgangspunkt i at dette er en person som kanskje ikke ønsker å være der.

Karianne Wiger Gammelsrud

for å få en god og nødvendig relasjon med pasienten, mener hun.

– Den typen instrumenter forutsetter dessuten at pasienten svarer sannferdig. Det er det ikke sikkert at han gjør, hvis han er skeptisk til å være der og ikke vil fremstå som syk.

#### **Fikk velge om han ville fortsette**

Etter at han hadde vært til sin andre time hos DPS, kom han hjem og fortalte kona at han ikke skulle dit mer. Ifølge behandlerne hadde han blitt tilbudt en oppfølgingstime, noe han hadde takket nei til.

Ifølge Lars Ove hadde han fått vite at DPS hadde lang ventetid på behandling, og han var derfor blitt anbefalt å bruke sin private helseforsikring til å prøve å finne en annen behandler.

– Det var en fortvilet situasjon. Jeg hadde vært så sikker på at han skulle få god hjelp på DPS. Så ble han bare sluppet etter to møter, uten å ha fått hjelp, kun kartlegging og utredning, sier Wiger Gammelsrud.

Det var ikke så lett å få hjelp via forsikrings-

selskapet, men hun visste at ektemannen måtte ha hjelp og ønsket å finne en behandler som mannen ville åpne seg for.

– Men hvor skal man starte? Hvem skal man spørre?

Wiger Gammelsrud er utdannet lege. Én uke etter siste DPS-konsultasjon, husket hun en gammel studievenninne som hadde jobbet mange år i psykiatrien. Hun tok kontakt. Venninnen sjekket saken og kom tilbake med et navn på en psykiater hun trodde kunne passe til Lars Ove.

Dette var en torsdag, og psykiateren kunne ta ham inn allerede uka etter. Wiger Gammelsrud var lettet. Endelig skulle han få hjelp.

Fredagen tok han livet sitt.

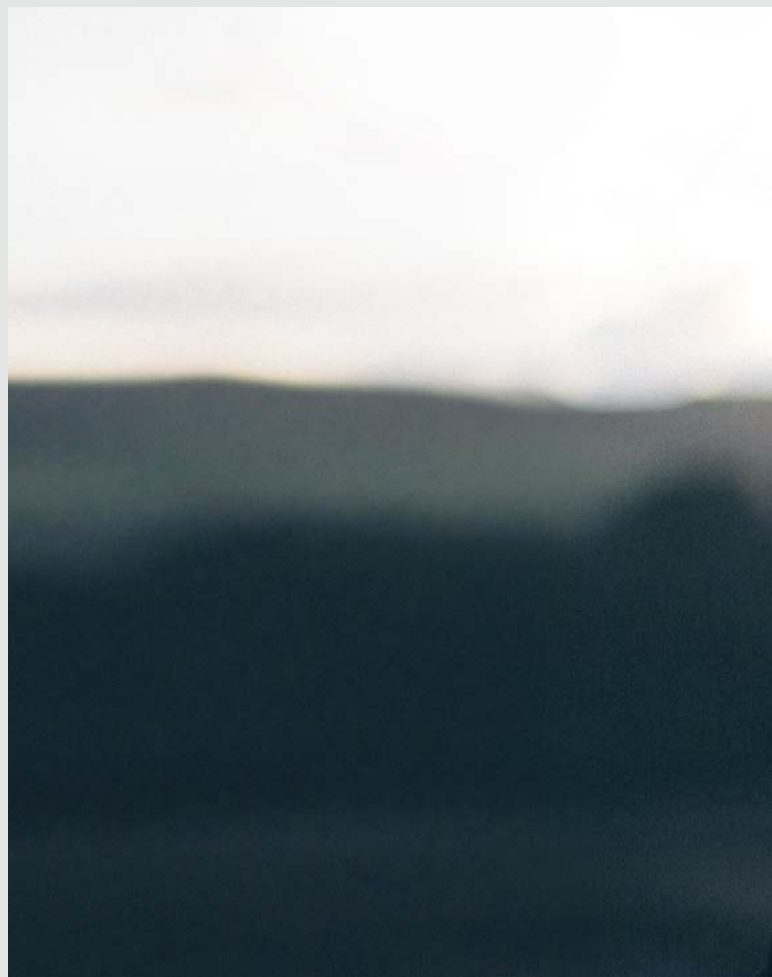
#### **Menn søker sjeldnere hjelp**

Ifølge en doktorgrad av Sara Blom ved Gøteborgs universitet, er det flere barrierer for at menn skal få hjelp når de får psykiske problemer. I hennes studier var det langt færre menn enn kvinner som mente at de hadde behov for hjelp når de hadde symptomer på



Han ville ikke være en byrde.  
Jeg hørte det når han snakket  
i telefonen: Han tok seg veldig  
sammen og skyldte på søvn-  
problemer.

Karianne Wiger Gammelsrud



depresjon og angst.

Mennene søkte sjeldnere hjelp, og når de fikk det, var de i mindre grad fornøyde med den.

– Jeg tror fortsatt at det er mye skam rundt psykisk sykdom. Det er nok en del kvinner som holder inne ting også, men jeg tror at det særlig gjelder menn, sier Wiger Gammelsrud.

#### – Ta mennene på alvor

Da er det desto større grunn til å ha en god og tilpasset behandlingsstrategi, mener hun.

– Hvis en høyt oppegående, tidligere frisk mann trenger akutt hjelp, må det tas på høyeste alvor. Man må ikke la seg lure, men heller ta utgangspunkt i at dette er en person som kanskje ikke ønsker å være der.

Pasienten må få en behandler som han stoler på og som han respekterer, mener hun. Han må også bli stilt direkte spørsmål – for kanskje vil han ikke fortelle fritt om tankene og problemene sine.

– Og hvis personen møter opp med sin partner, så ta partneren med inn. Det er utrolig viktig med komparentopplysninger.

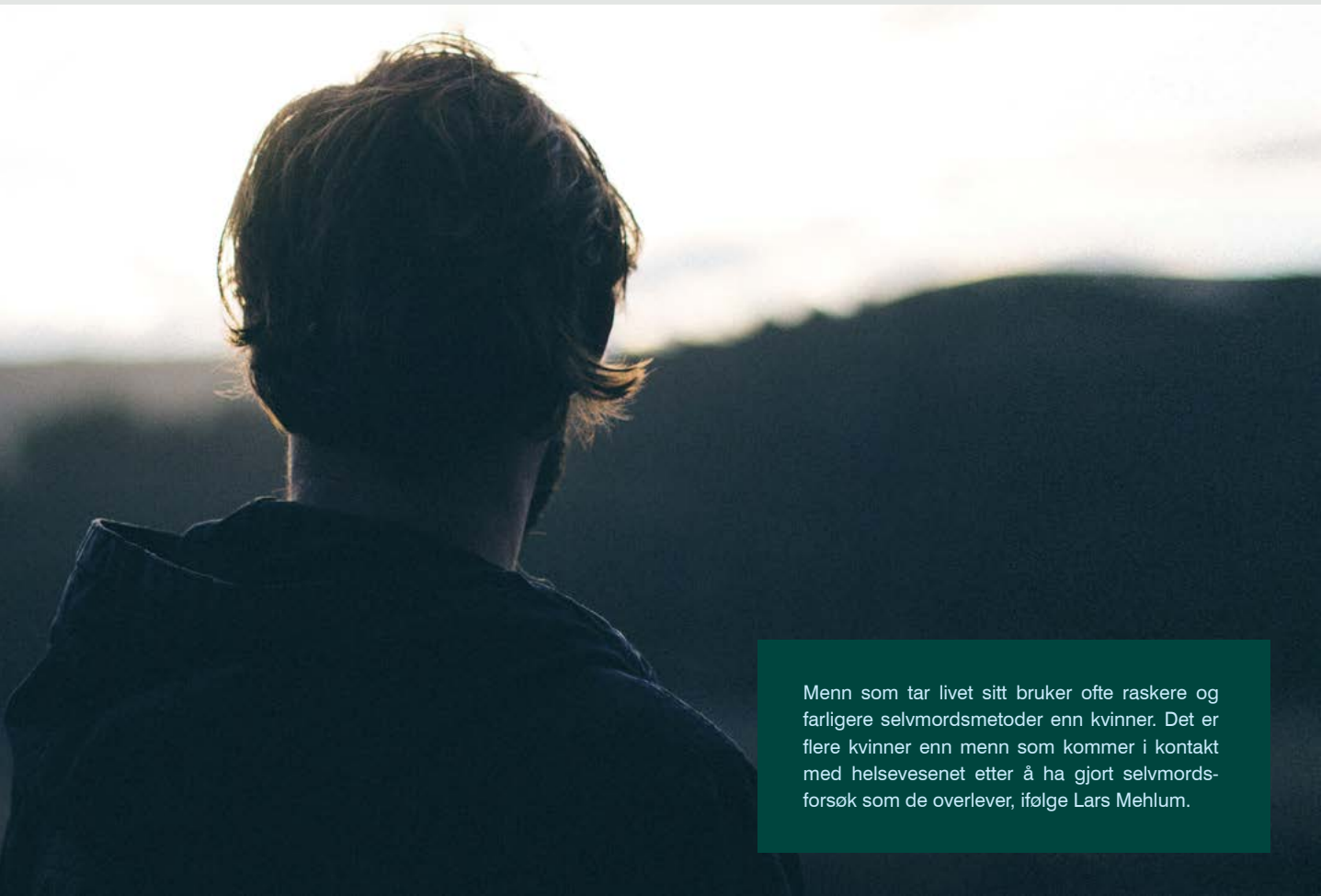
#### Statsforvalterens merknader

I klagesaken til Statsforvalteren ble det konkludert med at «det har vært mangler i utredning, diagnostisk vurdering, behandlingsplanlegging, informasjon om behandlingsalternativer og manglende involvering av spesialist. Avslutning av behandlingen, uten dialog om videre oppfølging, var heller ikke i tråd med god praksis eller pakkeforløp for psykiske lidelser (...).»

Dette innebar at risikoen for skade var stor, og samlet sett mente Statsforvalteren at det var brudd på kavet om forsvarlighet i spesialisthelsetjenesteloven, paragraf 2.2.

Statsforvalteren bemerket også at «spesielt menn ser ut til å velge kraftfulle metoder når de ønsker å avslutte livet, og det å slite med angst, katastrofetanker,





Menn som tar livet sitt bruker ofte raskere og farligere selvmordsmetoder enn kvinner. Det er flere kvinner enn menn som kommer i kontakt med helsevesenet etter å ha gjort selvmordsforsøk som de overlever, ifølge Lars Mehlum.

depresjon, funksjonsfall over kort tid samt mulig vilje til å ta svært raske avgjørelser, gjør det viktig for hjelpeapparatet å vurdere disse forholdene grundig.»

### Forestillinger om selvmord

For Wiger Gammelsrud var det en lettelse å få medhold hos Statsforvalteren. Hun forstår at feil kan skje og har ikke noe ønske om å henge ut hverken enkeltpersoner eller institusjoner.

Men hun ønsker ikke at andre skal oppleve det hun og familien opplevde.

– Jeg tror at mange av oss har noen forestillinger om selvmord som ikke stemmer. Selv har jeg tenkt at de fleste som tar livet sitt, har hatt det vondt lenge, og at mange gjør det som en bevisst handling. Men det er ikke nødvendigvis slik. Det kan skje alle, og det kan skje etter et svært kort sykdomsforløp. For Lars Ove er jeg sikker på at det skjedde impulsivt, at det bare svartnet helt.

Hun vet ikke hva som hadde skjedd om han hadde fått bedre hjelp, men hun tynges av tanken på at han kanskje kunne ha vært i live. Hun håper at hennes historie kan bidra til å øke bevisstheten hos ansatte i helsevesenet.

– Vi må være bevisste på at menn og kvinner kan ha ulike symptomer når de sliter psykisk, og at det også er individuelle forskjeller, sier hun.

—  
Suicidologi har vært i kontakt med DPS-et som behandlet Lars Ove, og de skriver at det er viktig for avdelingen å lære av uønskede hendelser, og det gjelder også i denne alvorlige saken. Avdelingen har gjennomgått konklusjonen fra Statsforvalteren internt og jobber nå med ytterligere tiltak basert på denne.



# Menn er overrepresenterte i sjølvmondsstatistikken. No skal dei under lupa

---

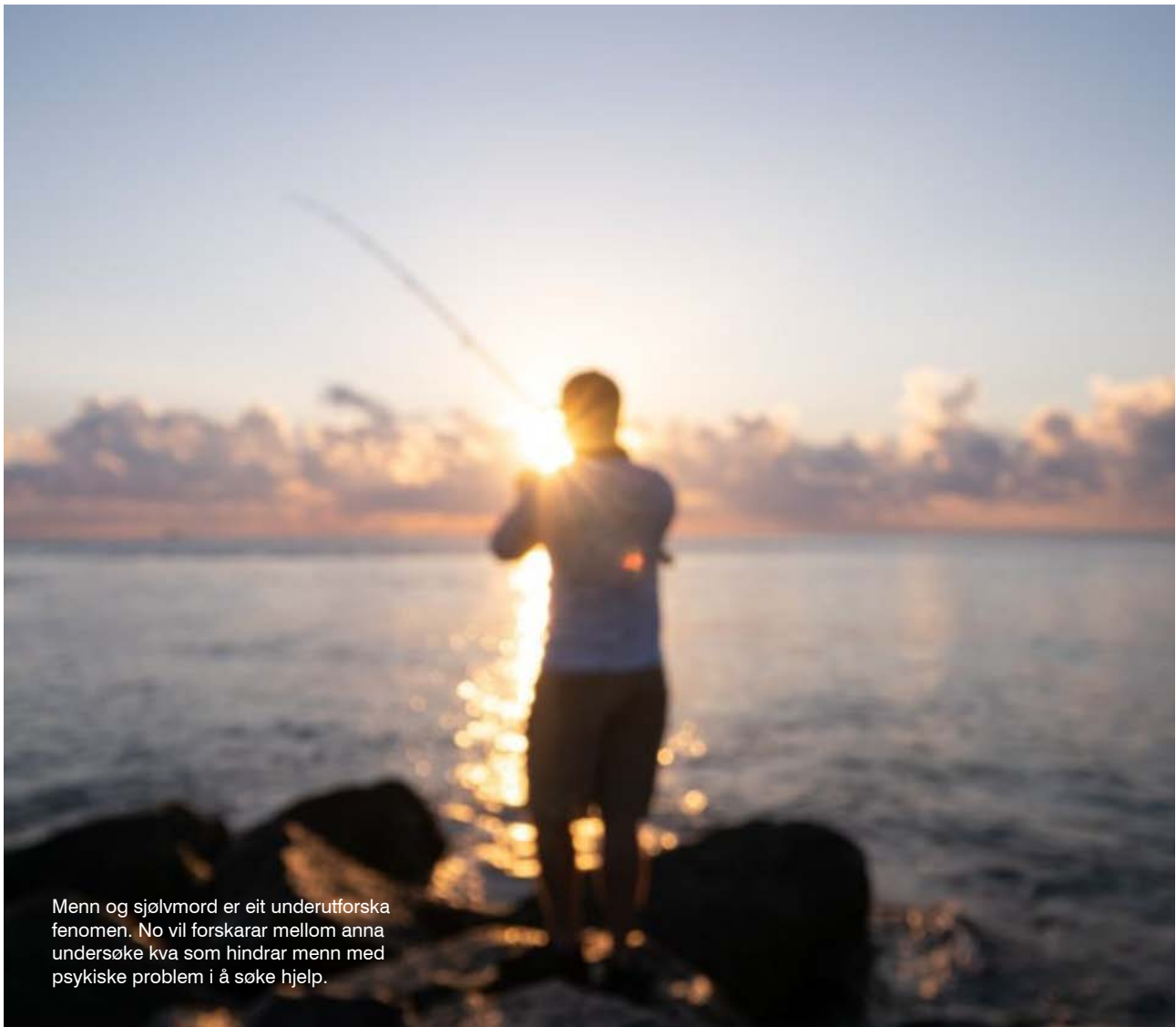
Av Silje Pileberg

Middelaldrande og eldre menn utgjer om lag ein fjerdedel av innbyggjarane i Noreg, men dei står for nesten halvparten av sjølvmonda.

Det har vore lite forskning på årsakene til sjølvmond blant middelaldrande og eldre menn, trass i at dei er overrepresenterte i statistikken: I 2021 tok 658 nordmenn livet sitt. 482 av desse, altså rundt tre av fire, var menn, ifølgje tal frå Folkehelseinstituttet som presenterast i Dødsårsakregisteret.

Dette ønskjer forskarar ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) å undersøke nærmare.

– Her er det eit kunnskapsgap å fylle. Sjølv om sjølvmondsforebyggjande tiltak skal dekke alle grupper i folket, er det truleg eit ekstra stort potensiale i denne gruppa. Men vi treng meir kunnskap for å kunne forebyggje effektivt, seier Ping Qin, professor i medisin og suicidologi ved NSSF.



Menn og sjølv mord er eit underutforska fenomen. No vil forskarar mellom anna undersøke kva som hindrar menn med psykiske problem i å søke hjelp.

### – Kjønn betyr noko

I eit nytt prosjekt vil forskarar bruke data frå ulike befolkningsregister til å studere sjølv mord blant alle menn som er 40 år eller eldre. Korleis er sjølv mord koplta til sosiodemografiske variablar som inntekt, utdanning og sivilstatus? Spelar det noko rolle kva posisjon mennene har i samfunnet? Korleis påverkar negative livshendingar, og kva med noverande og tidlegare psykisk helse?

Alt dette er faktorar som har stor potensiell forklaringsverdi for sjølv mord, ifølgje forskarane. Ved å sjå på data som går langt bakover i tid og omfattar fleire tusen sjølv mord, vil dei kunne danne seg eit bilete av kva risikofaktorar som dominerer blant mennene – og også kva faktorar som kan beskytte.

– Frå før veit vi at sosioøkonomiske vanskar, som lav inntekt og utdanning, arbeidsløyse og skilsmisse påverkar menns sjølv mordsrisiko sterkare enn kvinners. Mentale helseproblem og fysisk sjukdom har relativt sterkare påverknad på kvinner. Slike funn tydar på at kjønn betyr noko, seier Ping Qin.

### Søker sjeldnare hjelp

Menn kontaktar sjeldnare enn kvinner helsetenestene for å få hjelp med depresjon, angst og andre psykiske problem. I 2020 var berre 40 prosent av pasientane i norsk vaksenpsykiatri menn, ifølgje Helsedirektoratet.

– Det er ein sjanse for at ein relativt stor del av dei mennene som tar sitt eige liv, har psykiske problem men ikkje søker hjelp. Kva er det i så fall som hindrar



Perioden midt i livet er både ei krisetid og ei tid der mange er på sitt beste. Framfor alt er det ei tid der livet kan opplevast svært ulikt.

Ping Qin

dei i å oppsøke hjelp? Dette er noko vi ønskjer å sjå nærmare på, seier senterleiar og professor Lars Mehlum ved NSSF, som står bak prosjektet saman med Qin.

Mehlum påpeikar at dei nasjonale registera har data på alle sjølv mord, ikkje berre dei som var i kontakt med hjelpetenestene.

– Det ønskjer vi å utnytte i dette prosjektet, seier han.

Aldersspennet mellom 40 og 65 år er ofte ein periode med både utfordringar og moglegheiter, ifølgje forskarane. Medan forventningane frå samfunnet rundt kan auke, kan ein del oppleve at helsa blir dårlegare.

Samtidig opplever mange auka sjølv tillit og at dei bidrar meir til samfunnet rundt, for eksempel ved å ta på seg verv eller få auka ansvar på jobben.

#### **Andre risikofaktorar midt i livet**

– Perioden midt i livet er dermed både ei krisetid og ei tid der mange er på sitt beste. Framfor alt er det ei tid der livet kan opplevast svært ulikt. Dette betyr også at risikofaktorane for sjølv mord truleg manifesterer seg på ein annan måte enn i alderdommen, seier Ping Qin.

Etter 65 er det gjerne andre utfordringar som slår

inn: Mange opplever å finne ei meining i livet, og dei klarer å handtere kjenslene sine. Andre opplever sjukdom, svekka mental kapasitet og endringar i økonomi og livet elles.

Qin understrekar at sjølv mord er eit samansett fenomen.

– Ofte handlar det om eit samspel mellom nylege livshendingar og tidlegare erfaringar. Den motstandskrafta ein person har tileigna seg i løpet av livsløpet spelar inn, og det same gjer støtte og omsorg frå andre.

I dette prosjektet vil forskarane vurdere påverknaden av ei rekkje faktorar.

– Forhåpentleg vil vi identifisere nokre kritiske punkt der førebyggjande innsats kan gjere ein skilnad, seier Ping Qin.

—

Prosjektet er finansiert av Skipsreder Tom Wilhelmsens Stiftelse.

# Vil øke befolkningens kunnskap om selvmordstematikk



Foto: Helsedirektoratet

Ett av tiltakene i regjeringens Handlingsplan for forebygging av selvmord er større åpenhet om selvmordsproblematikk og prosjektet som omfatter regionale folkeopplysningskampanjer med nasjonal overbygning om forebygging av selvmord er godt i gang. Kampanjene skal bidra til å øke befolkningens kunnskap om selvmordstematikk, redusere stigma og å få flere til å søke hjelp. Målet er også at flere skal våge å handle dersom de er bekymret for noen.

Nasjonale ressursgrupper består av personer fra ulike regionale og nasjonale kompetansesentre og organisasjoner.



På hybrid heldagsseminar i Helsedirektoratets lokaler i Oslo onsdag 7. september var blant annet innlegg om stigma, hva vet vi om åpenhet og oppdatering fra RVTS Midt på agendaen. RVTS Midt er de neste til å gjennomføre folkeopplysningskampanje.





Selvmord og menn

# Må vi snakke om følelser

Livet raser sammen. Lyder blir borte. Mennesker utydelige. Farger blekner. Hvorfor? Hva har skjedd? Hva skal det bli av oss nå? Hvordan skal de to andre klare å leve videre med at storebror – livsglade, kloke, morsomme, sterke storebror – gav opp livet og ikke orket å leve? Hvordan skal vi som foreldre leve videre med en slik avvisning, den ultimate avvisning: «Jeg holder ikke ut livet og det er ingenting dere kan gjøre med det».

Hvordan skal vi overleve dette?

---

Av Jon Schultz

Dette er startpunktet og på en måte et slags nullpunkt i mitt liv.

I løpet av disse 11 årene som er gått har jeg møtt mange etterlatte etter selvmord. I starten ikke så mange menn, etter hvert mange menn. Jeg har sittet i landsstyret i LEVE i 6 år, deltatt i ulike samtalegrupper med selvmordsetterlatte og er i dag sorggruppeleder i Fransiskushjelpen og aktiv i Pappanettverket.

Det er ikke tvil om at menn er underrepresentert i mange situasjoner, yrker, roller og plasser der det å forholde seg til mer personlig tema er framtreddende. Menn er også sterkt overrepresentert på selvmordsstatistikken. Og sterkt underrepresentert som pasienter innenfor psykisk helse.

Hvorfor det er slik er sammensatt og komplisert.

Selvsagt. Men noe av forklaringen ligger åpenbart i roller, forventninger, tradisjoner og sikkert i gener. Stikkord er blant annet at menn tradisjonelt – selv om noe av dette heldigvis er gått ut på dato – skal beskytte, være sterke, ikke gråte – og dermed ikke vise følelser, skal fikse og skal handle. I noen situasjoner vil krav til handling komme i konflikt med å snakke. Jeg tror mange menn kjenner seg igjen i en situasjon der det snakkes om et problem, en utfordring – og mannen raskt hiver seg over løsninger, mens kvinnen vil snakke og det menn kan oppfatte som å dvele over saken.

En tegneserie – Kvinnen: «Hvorfor sier du ikke at du elsker meg lengre?» Mannen: «Jeg har sagt det en gang. Jeg skal si fra om det endrer seg.»



Med slik avstand i forventninger skjønner vi alle at det kan oppstå gnisninger i parforholdet – for å si det forsiktig.

Samtidig, alle som har sett en stor fotballkamp vet at menn kan uttrykke følelser.

### **La menn være menn**

Bakgrunnen for tittelen på mitt innlegg er en utbredt oppfatning om at kvinner er flinkere til å snakke om følelser og at menn må bli mer som kvinner.

Høsten 2018 startet LEVE et prosjekt vi kalte «La menn være menn».

Bakgrunnen var at LEVE stadig erfarte at det var få menn som deltok og var aktive i LEVE.

Vi endte opp med seks deltakere, alle menn som relativt nylig hadde mistet barn i selvmord.

Gruppen ble ledet av psykolog Oddbjørn Sandvik, med meg som assistent.

Vi hadde bevisst en helt åpen agenda der deltakernes behov og ønsker skulle bestemme innhold og form.

Vi startet i høstmørket rundt et bål ved Sognsvann. Andre møte var på Litteraturhuset der vi overhørte en panelsamtale rundt boken «Menn i min situasjon» (der vi for øvrig utgjorde et lite mindretall – de aller fleste tilhørerne var kvinner). Deretter hadde vi rene pratemøter rundt et bord fordelt over de neste 8 månedene.

Det var praten og deling som var ønsket.

Hva ville mennene: snakke sammen, dele erfaringer, lytte, få innspill fra andre menn som hadde opplevd og sto i det samme som dem – uten kvinner tilstede.

For meg ble det en kraftig og sterk opplevelse og påminnelse om verdien i likepersontalen.

Et eksempel:

*«En pappa deler sitt livs verste mareritt. Han forteller da han fant sin sønn død i garasjen. Han snakker med tydelig og sterke ord hva han så, hva han tenkte og hva han opplevde. Han setter ord på opplevelser det nesten ikke er mulig å sette ord på. Han snakker nesten til seg selv og uten forventning om å få noe tilbake, hverken trøst eller respons.*



Vi snakket også om håp, glede, kjærlighet og takknemlighet. Takknemlighet over det barnet vi hadde fått, som levde sitt liv, men som dessverre ble altfor kort.

Jon Schultz

*Når han er ferdig, sier en annen pappa stille: «Jeg vet hvordan du har det.» Og så forteller han hvordan han fant sin døde sønn i kjelleren i barndomshjemmet.»*

Det ble mange sterke møter, samtaler og delinger. Det var deltakerne som i praksis drev møtene og gav innholdet. Det var en stor åpenhet og tillit fra deltakerne. Vi var innom mange temaer som sorg, savn, døden, skyld, skam, aksept, å forholde seg til det som ikke kan endres, det du ikke kan gjøre noe med – uansett hvor vondt det gjør, hva kunne jeg gjort annerledes, hva har jeg mistet (ikke bare et barn, men også håp og forventninger knyttet til en framtid som brått ble borte), hvordan går det med parforholdet, hvordan skal jeg støtte og involvere de andre barna, hvordan snakke om selvmordet og alt rundt med familie, venner, kolleger, hvordan blir livet mitt nå.

Vi snakket også om håp, glede, kjærlighet og takknemlighet. Takknemlighet over det barnet vi hadde fått, som levde sitt liv, men som dessverre ble altfor kort.

Vi hadde med bilder av våre barn og snakket om deres liv. Dette var også en viktig erfaring: I sorggrupper – som mange slike samtalegrupper kalles (ikke et lystig navn) og i mange likepersonmøter – blir det ofte snakk om det vi har mistet, om sorgen og savnet knyttet til tapet.

Jeg tror mange etterlatte også har behov for å snakke om hva de hadde, vise bilder, snakke om personen og fortelle om livet til den avdøde. Vi er alle stolte av våre barn, både de som lever og de som er gått bort for alltid. Selv om livet endte altfor tidlig på en forferdelig måte, så var barnet en gave.

En klok etterlatt har sagt: «Du gav oss mange gleder, og en stor sorg». Det tror jeg er et viktig perspektiv i møte med etterlatte etter selvmord.

### **Pappanettverket**

På initiativ fra deltakerne i prosjektet og basert på et genuint ønske om at andre menn skulle få samme mulighet, ble Pappanettverket etablert.

Det er en relativ uformell gruppe støttet av LEVE, der vi arrangerer åpne møter med innleder og god tid til samtale for menn som har mistet barn i selvmord. Vi har slike møter 3–4 ganger i halvåret hos Link Oslo på Majorstua. I tillegg har vi samtalegruppe som går over 1 år ledet av psykolog Oddbjørn Sandvik. Vi tilbyr også likepersontreff og samtaler en til en.

Vi er et åpent tilbud for alle menn som har mistet barn i selvmord.

### **Så til spørsmålet: Må vi snakke om følelser?**

Håndtering og regulering av følelser er sentral årsak til psykisk uhelse.

Vi må forholde oss til følelser – både egne og andres. Og enten vi vil eller ikke. Hvis ikke blir vi avstumpede eneboere. Men selv da må vi forholde oss til egne følelser.

Så vi må forholde oss til følelser, både våre egne og andres. Vi må dele følelser. Og vi må også snakke om følelser. Men vi må også huske at en følelse er bare en følelse. En følelse er ikke nødvendigvis sann.

Uttrykker menn følelser annerledes enn kvinner?

**Eksempel: Nabo på Kolsås.** Anleggsgartner. Sa ikke noe etter dødsfallet. Beskar på eget initiativ vårt viltvoksende epletre. Bidro med det han kunne best – beskjære trær som sårt trengte det.

Min erfaring er at en klem, et tydelig håndtrykk, et fast blikk, en solid hånd på skulderen, kan veie mer enn mange ord. Etterlatte (i hvert fall mange jeg



I stedet for å slå menn i hodet med at vi må bli flinkere til å snakke om følelser, så må vi starte med å anerkjenne menn for det de er. Vi må utvikle en kultur og skape arenaer hvor menn kan finne sin vei mot et samfunn med større åpenhet og større vilje til å dele også det som er vondt og krevende i livet.

Jon Schultz

kjenner) trenger ikke trøst, kloke ord eller gode råd. Vi står i det med begge beina og kjemper vår kamp for å vende krise til håp og livsglede. Vi trenger støtte og vi trenger bekreftelse på at du vet og anerkjenner vårt tap og vår kamp.

Så det korte svaret på spørsmålet *Må vi snakke om følelser?* er: Ja.

Et litt lengre svar er: Ikke alltid. Ikke med hvem som helst. Ikke uten at det kjennes sant. Ikke uten å kjenne etter. Ikke uten kontakt – både utover og innover. Og på din egen måte.

Menn kan snakke om og vi kan uttrykke følelser. Men vi er kanskje ikke like erfarne med ord som kvinner på dette området.

Det ser ut til å være en rådende oppfatning at menn taper på mange områder i samfunnet (ref. også det nye Mannsrolleutvalget). Jeg tror det er viktig at dette bildet balanseres og at målestokken ikke blir at menn skal bli som kvinner. Jeg tror det er feil at menn ikke kan snakke om følelser. Men gjentar vi denne

påstanden så kan det skape følelse av mislykkethet og enda en arena hvor menn taper.

I stedet for å slå menn i hodet med at vi må bli flinkere til å snakke om følelser, så må vi starte med å anerkjenne menn for det de er. Vi må utvikle en kultur og skape arenaer hvor menn kan finne sin vei mot et samfunn med større åpenhet og større vilje til å dele også det som er vondt og krevende i livet.

Så på vegne av alle menn til alle kvinner: Vær tålmodige med oss og anerkjenn at vi prøver (kanskje ikke alltid og kanskje ikke ofte nok), noen ganger feiler vi og noen ganger uttrykker vi følelser uten ord. Og noen ganger trenger vi dere ikke, men vi trenger andre menn.









UNIVERSITETET  
I OSLO



**NSSF**

Nasjonalt senter for  
selvmordsforskning  
og -forebygging

12. nasjonale konferanse om  
selvmordsforskning og -forebygging

# Hvordan nå alle?

Befolkningsrettet selvmordsforebygging

[www.nasjonal-selvmordsforebyggingskonferanse.no](http://www.nasjonal-selvmordsforebyggingskonferanse.no)

→ 9.-10. mai 2023, Oslo



UNIVERSITETET  
I OSLO

→ Les mer på [www.dbt.no](http://www.dbt.no)

## Utdanning i Dialektisk atferdsterapi (DBT)

DBT er en behandlingsmetode utviklet for personer med kronisk suicidalitet, selvskading og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. DBT antar at emosjonell reguleringsvikt er underliggende årsak til dysregulert atferd, og kombinerer en kognitiv-atferdsorientert tilnærming med valideringsterapi. DBT har en sterk evidensbase og har god effekt på suicidal atferd og selvskading både blant ungdom og voksne.

NSSF tilbyr DBT-utdanning med oppstart én gang i året, og har siden 2006 utdannet nærmere 450 terapeuter og over 50 DBT-team. DBT-utdanningen er en teambasert videreutdanning for erfarne klinikere, og består av to intensive undervisningsuker med ca 8 måneders mellomrom. Mellom samlingene skal kandidatene fullføre et sett med praktiske hjemmeoppgaver for å tilegne seg nødvendig klinisk erfaring med metoden.



**DBT** DIALEKTISK  
ATFERDSTERAPI

**NSSF**



Nasjonalt senter for  
selvmordsforskning  
og -forebygging

Resultat frå folkeopplysingskampanje:

# – Menn er ikkje upåverkelige

Det er mogleg å påverke menn sine haldningar til sjølv-mord og hjelpesøking, ifølgje resultatata frå eit folkeopplysingsprosjekt i Østfold.

—  
Av Silje Pileberg

Korleis ein kan nå menn er eit stort spørsmål i sjølv-mordsførebygginga. Rundt tre av fire sjølv-mord i Noreg i 2021 var blant menn, ifølgje Folkehelseinstituttets tal i Dødsårsakregisteret. Samtidig oppsøker mennene sjeldnare hjelp, ifølgje mellom anna Folkehelseinstituttet.

Hausten og vinteren 2021–2022 vart det gjennomført ein folkeopplysingskampanje i tidlegare Østfold fylke, der menn var hovudmålgruppa. Seniorrådgjevar Egil Haga ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) koordinerte kampanjearbeidet.

– Då vi analyserte resultatata, såg vi ei konsistent

endring i positiv retning. Fleire meinte at dei ville ønska å hjelpe nokon dei var bekymra for, fleire ville søkt hjelp sjølve og stigmatiserande haldningar til sjølv-mord og suicidale personar vart reduserte, seier han.

På ein del av punkta var endringane meir markerte blant menn enn blant kvinner, legg Haga til.

## – Menn er vanskelege å nå

Kampanjen bestod av informasjonstiltak retta mot folk flest og gjekk over to månader. Det vart i tillegg, over ein lengre periode, gjennomført opplæringstiltak for å heve kompetansen blant helsepersonell og andre nøkkelgrupper i lokalsamfunnet.

– Frå tidlegare undersøkingar visste vi at menn, spesielt middelaldrande menn, er ei vanskeleg gruppe å nå. Kvinner får generelt med seg fleire kampanjar på sosiale media, seier Haga.

Kampanjen var retta mot alle vaksne over 20 år i Østfold. Éi av målsettingane var at 20 prosent av befolkninga skulle få med seg kampanjen. Menn,





Då vi analyserte resultatene, såg vi ei konsistent endring i positiv retning.

Egil Haga





Seniorrådgjevar Egil Haga presenterer frå folkeopplysingskampanjen på LEVE sitt arrangement på Litteraturhuset under Verdensdagen 2022.

spesielt aldersgruppa 40–60 år, var hovudmålgruppa.

– Å skulle nå 20 prosent høyrest kanskje lite ut. Men i ein slik kampanje konkurrerer ein med veldig mange andre saker, slik som straumprisar og andre heite tema i media, seier Haga.

– På grunn av denne konkurransen må folk også bli eksponerte for kampanjen minst sju-åtte gonger for at dei skal oppfatte han, legg han til.

### Skulle senke terskelen for hjelpesøking

Ei anna målsetting var å senke tersklane for å søke hjelp blant personar med suicidalitet og psykiske vanskar. Kampanjen skulle også skape haldningsendring blant folk som kjem i kontakt med risiko-utsette slik at fleire vågar å spørje folk om sjølv-mordstankar.

Ei siste målsetjing med folkeopplysinga var å auke kunnskapen om kvar ein kan få hjelp.

Filmar og kampanjerelevante tekstar vart spreidde på Facebook, YouTube og Snapchat, samt i lokalmedia. Fleire lokale organisasjonar deltok i kampanjen og var med på å spreie sakene, som LO Viken Oslo, kommunane i Østfold og Østfold Bondelag.

### Éin av fire registrerte kampanjen

Kampanjen hadde ei landingsside på nett der besø-kande fekk råd om kva dei skulle gjere om dei sjølve hadde sjølv-mordstankar eller om dei var bekymra for nokon.

Ifølgje ei undersøking gjort i etterkant, fekk 26 prosent av befolkninga i Østfold med seg kampanjen. Talet var likt blant menn og kvinner.

– Dette var eit godt resultat, gitt dei midlane vi hadde tilgjengeleg, seier Haga.

Synlegheita var aller størst blant menn mellom 18 og 35 år.

Via Facebook nådde kampanjen 130.000 unike personar, med i snitt rundt ti eksponeringar per person. I tillegg kom visningar på YouTube og Snapchat. Artikkelannonsar på nettsider fekk 950.000 visningar.

### – Eit lerret å bleike

Ifølgje haldningsundersøkingar som vart gjort før og etter, kan kampanjen ha hatt ein klar påverknad. Utvalet var på rundt 1.000 personar. Etter kampanjen var det:



## Fakta:

# Norske folkeopplysingskampanjar

- Hausten 2021 vart folkeopplysingskampanjen «Snakk om selvmordstanker – det kan redde liv» rulla ut i tidlegare Østfold fylke. Konseptet bygde vidare på eit konsept utvikla av Helse Vest i 2019 og 2020/21.
- Framover skal det haldast kampanjar i Midt-Noreg og på Sørlandet og seinare i andre delar av Noreg.
- Kampanjane er del av tiltakspakken i Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025. Dei byggjer på eit breitt samarbeid både nasjonalt og regionalt med mellom anna kommunar, helseføretak, frivillige organisasjonar, RVTS-ane, Vivat, NSSF og Helsedirektoratet.
- Det gjennomførast også opplæringstiltak i sjølv-mordsforebygging blant ulike yrkesgrupper.

Kjelde: Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025

- fleire som ville tatt ein prat med ein person dei var bekymra for
- fleire som ville ønska å hjelpe om dei var bekymra for at nokon skulle ta livet sitt
- færre som var redde for å vekke sjølv-mordstankar til live hos nokon ved å snakke om det
- fleire som ville søkt hjelp hos venner, kollegaer eller fastlege dersom dei sjølve hadde sjølv-mordstankar

Haga og kollegaene såg desse endringane i analysen av heile utvalet, men når dei analyserte berre dei som hadde fått med seg kampanjen, var endringane meir markerte.

Han meiner at Østfoldprosjektet har gitt ein verdi-full lærdom.

– Vi ser at vi truleg har hatt ein påverknad. Vi kan vere med å auke kunnskapen, og vi kan også påverke folks haldningar. Men haldningsendringar er eit langt lerret å bleike. Vi har gitt eit bidrag, men dette er noko ein sannsynlegvis vil måtte jobbe med i mange år framover.



Vi ser at vi truleg har hatt ein påverknad. Vi kan vere med å auke kunnskapen, og vi kan også påverke folks haldningar.

Egil Haga



# Då skjermen vart redninga

Pandemien kasta oss ut i uvisse, også i terapien. Suicidologi har intervjuet fire behandlarar om deira erfaringar med digital behandling.

---

Av Silje Pileberg



Arne Thorvik lytta til melodien i stemma. Den hørde han like godt på telefon.

**Arne Thorvik** er overlege i psykiatri og tilsett ved ein psykiatrisk poliklinikk ved Sykehuset i Vestfold. Han tar imot pasientar med ulike plager, nokon av dei har sjølv mordstankar eller er blitt vurderte til å vere i risikosonen.

Då samfunnet stengde ned og pasientmøta vart flytta over til digitale flater, gjorde han nokre forsøk, men han fann fort ut at han føretrekte telefonen.

– Eg fekk det ikkje til å fungere teknisk. Derfor vart det omtrent berre telefonsamtalar i den første delen av pandemien.

### Let att augo

Ein del nye pasientar sa at dei syntest det var vanskeleg å opne seg på telefon. Dei han kjende frå før, uttrykte at det var lettare.

– Det er naturleg at det er vanskeleg å snakke om vanskelege ting til ein person ein ikkje ser og aldri har møtt. Mange synest jo at dette er vanskeleg også når ein treffast fysisk, seier Thorvik.

Sjølv syntest han at samtalan med pasientar han kjente, stort sett gjekk fint. Han kunne late att augo og konsentrere seg om det dei sa.

### Å lytte til stemma

Men han sakna å sjå kroppsspråket.

– Svært mykje seiast gjennom kroppsspråk. Dette

vil jo kome betre fram i ein videosamtale enn på telefon.

Likevel: Også stemma er noko djupt i oss, akkurat som musikken er det, legg han til.

– Ein deprimert person kan godt ha ei stemme utan melodi. Og det får eg med meg i ein telefonsamtale.

### Føretrekkjer fysiske møte

Mange av dei han snakka med under pandemien syntest at det var greitt nok at samfunnet var stengt ned.

– No var ein ikkje annleis viss ein sat heime, det gjorde jo dei fleste.

I dag møter Thorvik som oftast pasientane sine fysisk. Sjølv føretrekk han dette for psykoterapeutiske samtalar. Då kan han registrere mimikk, kroppsspråk og ting som ikkje seiast direkte.

Men framleis er det nokon som ønskjer telefonkonsultasjonar, særleg når det er snakk om ei enkel avklaring, for eksempel om ein medisin.

– Vestfold er geografisk sett eit lite område, men ein kan likevel spare tid på å sleppe å reise til poliklinikken. I andre delar av Noreg må det vere mykje å spare på å bruke telefon- eller videokonsultasjonar, seier Arne Thorvik.



Iselin Solerød Dibaj oppdaga at det hadde sine fordelar å drive eksponeringsterapi på video.

**Psykolog Iselin Solerød Dibaj** jobba med både gruppe- og individualterapi i eit distriktspyskiatrisk senter då pandemien braut ut. I gruppene kunne dei vere ti-femten personar i rommet. Ofte tok dei turen ut for å bli eksponerte for det dei var redde for, til dømes offentlege møtestader.

– Men korleis kunne vi drive gruppebehandling når vi ikkje fekk lov til å møtast? Og korleis kunne vi oppsøke stader med mykje folk når det ikkje fanst slike stader lenger?

### Stadige endringar

Situasjonen endra seg frå veke til veke. I starten vart det arrangert fysiske treff for minigrupper. Andre gonger, når dei klarte å karre til seg eit stort lokale, føregjekk gruppeterapien i eit auditorium – med munnbind og visir.

I enkelte periodar var det berre digitale møte. Men det var ikkje alt som fungerte like bra på digitale plattformer, ifølgje Dibaj.

– Nokon delar av behandlinga gjekk fint: som å gje

informasjon, førebu, kartleggje og følgje opp. Det var også lettare for pårørande å ta del.

Ho opplevde det meir vanskeleg å ta imot og bli kjent med nye pasientar digitalt.

– Det var uvant, både for meg som terapeut og for pasientane. Ei konkret utfordring var ikkje-verbal kommunikasjon. Det er ein vanskeleg kunst å gje blikkontakt samtidig som ein skal lese den andre sine ansiktsuttrykk.

### Utfordringar og gjennombrøt

Dibaj jobbar mykje med eksponeringsterapi og aksept- og forplikingsteori. Ho kjende til eit OCD-team i Tromsø som hadde gode erfaringar med eksponeringsterapi over telefon og digitale plattformer. Også frå studiar visste ho at dette kunne la seg gjere.

Men det var ikkje fritt for utfordringar. Nokon pasientar mangla pc med kamera, eller kanskje budde dei trongt utan moglegheit til å vere åleine. På den andre sida opplevde ho og kollegane også gjennombrøt:



Folk kunne sitje heime og gjere øvingane saman med oss. Fleire opplevde at det då vart lettare å bruke øvingane i dagleglivet.

Iselin Solerød Dibaj



– Folk kunne sitje heime og gjere øvingane saman med oss. Fleire opplevde at det då vart lettare å bruke øvingane i dagleglivet.

#### **Ei øving i nytenking**

I dag jobbar Dibaj ved Angstklinikken i Oslo, i tillegg til at ho tar ein doktorgrad ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF). Ved Angstklinikken er det pandemi-erfaringane som ligg til grunn når dei no tilbyr videobehandling til folk ulike stader i landet.

Sjølv opplever ho at det er lettare å bli kjent med nye pasientar digitalt no enn før, ettersom både ho og pasientar har blitt vane med eit digitalt sosialt liv. Ho føretrekkjer framleis å møtast fysisk, men bruker video relativt ofte.

– Eg skulle gjerne vore utan pandemien, men eg ser også at han har gitt oss ei øving i å tenkje nytt. Det er ikkje nødvendigvis slik at måten vi har gjort ting på tidlegare alltid er den beste, seier Iselin Solerød Dibaj.



Det er ikkje nødvendigvis slik at måten vi har gjort ting på tidlegare alltid er den beste.

Iselin Solerød Dibaj



Lars Mehlum var overraska over kor godt digital behandling fungerte.



– I starten tenkte eg at digital behandling ville gå bra med dei pasientane eg kjente frå før. Men nye pasientar? Det var eg usikker på, fortel Lars Mehlum, som er professor i medisin og senterleiar ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF).

Han driv også sin eigen praksis, der han tar imot folk med problem som personlegdomsforstyrningar, depresjon og angst. Mange har sjølvmodstankar eller er blitt vurderte til å ha høg sjølvmodsrisiko.

### Tilpassa seg raskt

Ifølgje Mehlum responderte pasientane hans positivt på å få eit digitalt tilbod i ei tid der samfunnet vart stengt ned.

– Dei trong jo behandlinga si. Eg trur mange blei litt overraska over kor raskt dei tilpassa seg det nye formatet.

Han var også litt overraska sjølv.

– Det viste seg fullt mogleg å ta imot pasientar eg aldri hadde møtt reint fysisk og gjennomføre behandling på det grunnlaget.

### Lettare for menn?

Ingen veit førebels sikkert kva ein mistar, og kva ein eventuelt får, med digital behandling, påpeikar han.

– Vi må vere opne for at nokon opplever det som eit redusert tilbod medan andre kanskje får større utbytte.

Atter andre vil kunne søkje hjelp og behandling

på denne måten mens dei tidlegare kanskje ikkje ville søkt behandling i det heile tatt, legg han til.

– Det kan for eksempel hende det er lettare for ein del menn, og kanskje også for yngre menneske, å få behandling på den måten. Dessutan bur vi spreitt i dette landet, og digital behandling tar vekk reisetida.

### Litt av begge deler

Han ser fleire moglege utfordringar med digital behandling, til dømes at nokon kan oppleve det teknisk krevjande å setje opp, eller at det ikkje er like lett for alle å finne ein stad i bustaden der dei kan snakke uforstyrta.

Nokon ønskjer kanskje heller ikkje at behandlaren skal sjå kvar dei bur – og omvendt.

Kroppsspråket er det også vanskeleg å fange opp over ein skjerm, ifølgje Mehlum.

Pluss og minus med denne måten å behandle folk på trur han vil bli utforska grundig av forskarar i åra framover.

– Personleg har eg erfart at mange gjerne vil halde fram med digital behandling, kanskje i tillegg til fysiske treff. Det kan godt hende at det optimale for mange er å veksle litt, så vi kan få det beste av begge verder.

Fleire av Tone Enge Bertelsen sine pasientar meinte at video-behandling seinka terskelen for terapi.



Då pandemien ramma, måtte DBT-teamet til psykolog Tone Enge Bertelsen få på plass alternativ behandling raskt. Teamet behandlar unge pasientar med alvorleg sjølvskadings- og sjølvmondsproblematikk.

– For denne gruppa er avvising og einsemd potensielt livsfarleg, seier Bertelsen.

### Gode tilbakemeldingar

I teamet vart dei raskt samde om å forsøke å etablere ei digital løysing. Kollegaer ved St. Olavs hospital formidla at dei ville bruke «Skype for business», og dette vart også rulla ut blant tilsette i Oslo universitetssykehus (OUS), der Bertelsen jobba.

Etter nokre startvanskar fekk dei både godkjenning frå medisinsk direktør og tilgang på pc-ar med mikrofonar og kamera.

– Etter berre to vekers forseinking, fekk vi starta videokonsultasjon i gruppe til unge pasientar med livstrugande tilstandar. Tilbakemeldingane var at dette gjekk overraskande bra. Nokon sa til og med at det gjorde det lettare å møte til terapi, at terskelen var lågare, fortel Bertelsen.

Andre sa at dei turte å vere meir opne fordi dei sat i trygge omgivnader.

– Dette sa dei trass i tekniske utfordringar som dårleg kontakt, at folk vart kasta ut av møtet, at bilete fraus eller at folk fekk robotstemme.

### Dinosaurar og frontfigurar

I månadsskiftet mai-juni 2020 opna samfunnet igjen, og dei fleste pasientane fekk behandlinga avslutta til venta tid med venta effekt, ifølgje teamets vurderingar. Det var nokre få unntak; eit par pasientar strevde med teknologien, og eit par valde å vente til fysisk oppmøte igjen vart tillate.

– Vi blir gjerne omtala som digitale dinosaurar heime hos ektefellar og tenåringsbarn, men på jobb vart vi digitale frontfigurar, fortel Bertelsen.

Ho er takksam både overfor pasientar, som tok imot det alternative behandlingssopplegget, og kollegaer og leing der ho jobbar, som heiv seg rundt og fekk på plass eit tilbod.

### Eit enda betre tilbod?

– I framtida håper eg at vi foredlar desse erfaringane og vidareutviklar digitale konsept. Då kan vi både lettare nå pasientar som bur langt unna, og vi kan nå eit større tal. I tillegg skulle vi gjerne ha utvikla innhaldet slik at det kan vere meir interaktivt.

I Skype-versjonen dei brukte kunne dei ikkje dele skjerm eller vise video, noko dei ofte gjer i vanleg behandling. Det var heller ikkje mogleg å bruke andre digitale hjelpemiddel som dei var vane med.

– Frå studiar veit vi at fleire ofte fell frå når ein overfører terapi til digitale plattformer. Ein hypotese er at pasientane kjenner seg mindre forplikta. Det er derfor interessant å sjå om digitale tilbod ved å tilby noko ekstra kan få fleire til å bli verande i terapi, seier Bertelsen.

ingenting...

ok

greit...

åh

Jeg vet ikke



# Å høre sammen

– erfaringer i pandemien ved et lavterskeltilbud på telefon og internett

Allerede dagen etter nedstengingen av samfunnet etablerte Kirkens SOS en ny digital løsning med mulighet for å besvare henvendelser til krisetjenesten ved hjemmekontor opprettet etter gitte kvalitetskriterier. Krisetjenesten har derfor vært tilgjengelig for innringere og innskrivere gjennom hele pandemien, også da veldig mange andre tjenester ble stengt. Den første tiden var tjenesten tilgjengelig med begrenset omfang, som ble gradvis utvidet da de nødvendige løsningene ble utviklet og vaktrom ble gjenåpnet. For å ivareta hensyn til anonymitet og samtykke fra innringere og innskrivere har vi valgt å benytte tilbakemeldinger fra frivillige i Kirkens SOS som sitat i teksten.

---

Av Hilde Lillestøl, Lene Bergset og Inger Hymer



Kirkens SOS er en selvmordsforebyggende beredskapstjeneste på telefon og internett med 1100 frivillige som er godt rustet gjennom opplæring og veiledning. Årlig besvarer Kirkens SOS rundt 180 000 henvendelser fra innringere og innskrivere. Gjennom pandemien har Kirkens SOS erfart at mange tar kontakt på telefon, melding og chat, og at flere trengte noen å snakke med i en hverdag som ikke var til å kjenne igjen. Samtaler via telefon og internett gav mulighet for å høre sammen til tross for avstand.

Kirkens SOS registrerer kvantitative data fra krisetjenesten i et standardisert statistikk-skjema som fylles ut av den frivillige i etterkant av den enkelte samtale på telefon eller internett. Det ble tilført et eget felt i skjemaet med mulighet for å registrere korona som tema ved samtaler fra 2019. I tillegg til avkrysningsfelt med standardiserte kategorier, gir skjemaet også mulighet til å benytte et fritekstfelt med kommentarer. Beskrivelser fra krisetjenesten er basert på gjennomgang av både kvantitative og kvalitative kilder fra perioden med nedstenging og sosial distansering som følge av covid-19. Som en allment tilgjengelig beredskapstjeneste favner Kirkens SOS en bredde av mennesker med hensyn til alder, bakgrunn, utdanning og livssituasjon. Dette bidrar til å styrke våre erfaringer i den forstand at disse kan «speile» befolkningen. Samtidig er det grunn til å understreke at det ikke er foretatt en systematisk vitenskapelig analyse av data.

De perspektiver som fremgår her er derfor primært et uttrykk for førstehåndserfaringer fra krisetjenesten som kan gi «stemme» til noen viktige opplevelser fra den aktuelle perioden. Utsagn som er benyttet er hentet fra fritekstfelt i statistikk-skjemaer og er beskrivelser i et frivillig perspektiv. Som forarbeid til kronikken er det gjort en gjennomgang og utvalg av utsagn som bidrar til å utdype de beskrivelser som er utviklet. For å ivareta hensyn til anonymitet og samtykke velger vi ikke å bruke tilbakemeldinger fra innringer og innskrivere.

### **Umiddelbare erfaringer: Uro og engstelse**

Kirkens SOS mottok flere henvendelser med uro og engstelse som tema i den umiddelbare tiden etter mars 2020. Stressreaksjoner, frykt, angst og uro er forventede og normale reaksjoner i møte med unormale omstendigheter og tap av kontroll. At kriser rammer ulikt, er en erfaring som også ble tydelig i kontakten med Kirkens SOS. Mennesker med psykiske helseutfordringer er mer utsatt for psykiske reaksjoner i en krise. Flere er også mer sårbare for smittefrykt og forverring av lidelsen (Kjøs et al., 2021). I krisetjenesten kom uro og engstelse til uttrykk blant annet i henvendelser fra mennesker i risikogrupper som var så redde for smitte at de ikke klarte å ivareta grunnleggende behov som søvn og mat.





Innringeren klarte ikke å snakke i starten. Bare hyperventilerte, gråt og gråt. Jeg fikk så vondt av henne som er så redd og usikker på alt som skjer. Etter flere slike samtaler kjenner jeg det langt ned i magen. Jeg har bare lyst til å sitte ved siden av dem og holde dem litt i hånden.

Frivillig, Kirkens SOS

#### **Udekket behov for hjelp og støtte**

Tap av kontaktpunkt med skole, helsetjenester og andre faste møtesteder gav en forsterket sårbarhet for flere av dem som kontaktet krisetjenesten. En del innringere og innskrivere gav uttrykk for å bli stående med et udekket behov for hjelp og støtte i tiden etter nedstengingen. Når flere kontaktpunkt og arenaer som bidro til en god funksjon i dagliglivet ble utilgjengelig samtidig, bidro dette til en forsterket utrygghet og

fortvilelse for flere. At det forutsigbare forsvant var særlig belastende for mennesker med langvarige og sammensatte hjelpebehov innen psykisk helse. Noen av dem som kontaktet Kirkens SOS beskrev en forverring av egen psykiske helse som følge av at de faste helsetilbudene ble stengt, eller at de ble for tidlig utskrevet fra eksisterende tilbud. Flere gav uttrykk for lite eller sviktende informasjon både om *hvordan* og *når* man på ny kunne forvente å oppnå kontakt eller oppfølging fra helsesykepleier, lærer, fastlege eller behandler. For personer som ble utsatt for omsorgssvikt eller vold i nære relasjoner var det svært belastende å tape muligheten for å møte på skolen eller andre steder utenfor hjemmet.



Sier vi var de første hun snakket med på tre uker. Var veldig glad for å kunne snakke med noen. Fint å kunne være en samtalepartner for henne, men kjenner meg trist for at noen har det slik.

Frivillig, Kirkens SOS

### Gnagende ensomhet

Samtaler om ensomhet er den enkelterfaringen som trer frem tydeligst fra statistikken hos Kirkens SOS i den aktuelle perioden. Et økt antall samtaler om ensomhet fant sted både ved krisetelefonen og de skriftlige tjenestene SOS-chat og SOS-melding, og trenden ble ytterligere forsterket gjennom pandemien. Ved krisetelefonen var det 17 % flere samtaler med ensomhet som tema, mens økningen i de skriftlige tjenestene var på hele 50 %. Dette kan sees som uttrykk både for en viss økning av ensomheten i samfunnet generelt og at denne økningen særlig gjaldt ungdom, siden de er den gruppen som i størst grad bruker de skriftlige tjenestene hos Kirkens SOS. En langsiktig økning av ensomhet blant norsk ungdom både før pandemien og som følge av den, understøttes av flere undersøkelser (SSB, 2020).

Ensomhet og sosial isolasjon utsetter mennesker for risiko både med hensyn til fysisk og psykisk helse (Yanguas et al., 2011). Ensomheten ser ut til å farge tilværelsen på negative måter med hensyn til psykisk helse og livskvalitet, og kan ha betydning for selvmordsadferd og risiko. Det er som kjent ikke nødvendigvis en korrelasjon mellom ensomhet og antallet mennesker man omgås i livet sitt. Det som er avgjørende er hvilken relasjon man har til dem man omgås, og hvorvidt disse ivaretar kvalitative behov og forventninger for tilknytning til andre. Selvmordsadferd kan ut fra psykologisk teori forstås som en flukt fra en slik uutholdelig psykisk smerte, gjerne beskrevet som «psykache» (Shneidman, 1993).

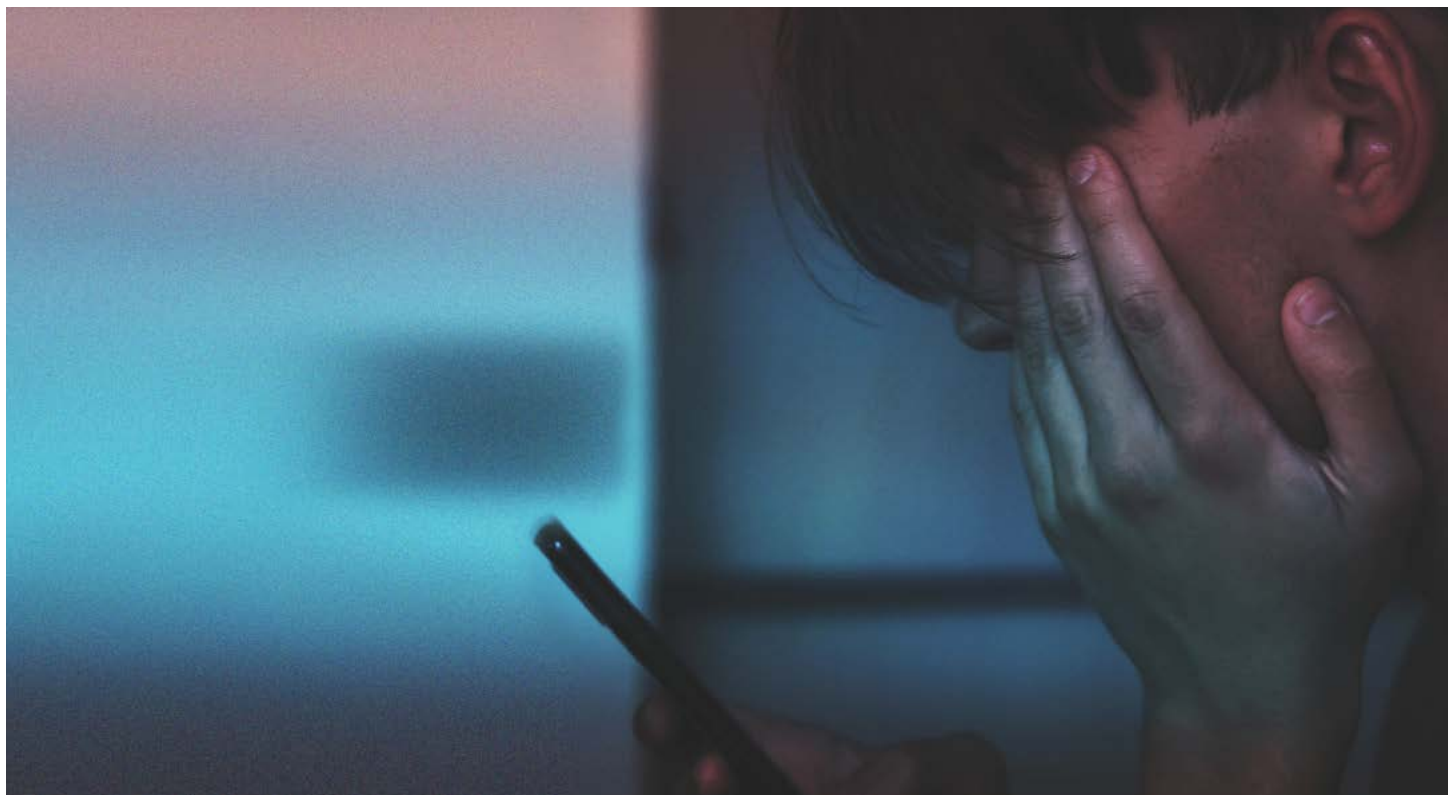


I flere samtaler blir det beskrevet en håpløshet som er utrolig vond, en gnagende ensomhet og et stummende mørke: alt er stengt, alle tilbud er borte og det er bare vi som fortsatt er her og er mulig å komme gjennom til.

Frivillig, Kirkens SOS

### Økende ensomhet og håpløshet

I tillegg til savn av tilhørighet og relasjoner, kan tidsaspektet synes å ha betydning for hvordan ensomhet erfarer. Etter hvert som perioden med tiltak vedvarte, ble det gitt uttrykk for at ensomheten ble større og uutholdelig for flere som kontaktet Kirkens SOS. Videre var det å skifte mellom perioder med begrensninger og lettelser svært krevende for mange. Over tid gav flere uttrykk for at dette er nedbrytende og gir manglende fremtidsstro. De frivillige gir uttrykk for at det er svært krevende å avslutte samtaler med personer som er sterkt preget av en slik håpløshet.



Følte meg hjelpeløs i møte med denne innskriveren. Det var en så stor håpløshet uten tro på at ting kunne bli bedre. Vedkommende tror aldri at korona går over og at livet kan bli bra.

Frivillig, Kirkens SOS

Selv om flere forhold ved pandemien bidro til å forsterke og forlenge følelsen av ensomhet, så var det også noe som virket i motsatt retning med hensyn til en større grad av likhet. Den kollektive erfaringen av å være isolert og alene bidro også til å dempe opplevelsen av utenforskap for en del som ellers ofte kjente seg utenfor samfunnet og fellesskap.

#### Samtaler om selvmordstanker

Å forebygge selvmord er en kompleks og sammensatt utfordring som krever innsats på flere nivå. Ifølge Handlingsplan for forebygging av selvmord, er hjelpe-telefoner og netjtjenester som Kirkens SOS et viktig supplement til det offentlige hjelpeapparatet (HOD, 2020). Å få mulighet til å snakke om et så alvorlig og tabubelagt tema – som selvmordstanker fortsatt er –

oppleves for de fleste som lindrende. Aktuelle krise- og selvmordsforebyggende modeller ønsker å innlemme biopsykososial-kulturelle perspektiv for å møte den komplekse årsakssammenhengen mellom kriser og selvmordsfare (Vattø, 2020). Det er her Kirkens SOS yter et bidrag. Mens antallet samtaler om selvmordstanker har holdt seg relativt stabilt, har andelen alvorlige og akutte henvendelser om selvmord økt i krisetjenesten de to siste årene. Denne økningen startet allerede i 2020 og vedvarte gjennom 2021. Samtidig har samtaletiden gjennomsnittlig blitt lengre. I perioder var det lang kø med samtaler som oppfattes som vanskelig å avslutte på grunn av stor grad av fortvilelse og ensomhet.

Kirkens SOS legger til grunn et helhetlig og ressursorientert menneskesyn for vårt samfunnsoppdrag om å være en selvmordsforebyggende beredskapstjeneste. Vi fremholder at alle mennesker har en grunnleggende verdi, og bærer i seg en livskraft som kan styrkes. Vårt utgangspunkt er derfor at alle samtaler i krisetjenesten har potensiale til å være livsbekreftende i et eksistensielt perspektiv. De frivillige medarbeiderne får grundig opplæring i å utforske selvmordstanker, vurdere risiko for selvmord, og agere dersom selvmordsfaren er akutt. Ved akutt selvmordsfare kan ambulanspersonell kontaktes, og det blir laget en beskyttelsesplan eller andre avtaler som bidrar til sikkerhet. I tillegg til ivaretagelsen ved akutt selvmordsfare erfarer Kirkens SOS at det å snakke om selvmordstanker og ambivalens for den selvmordsnære i seg selv er forebyggende.



## Ifølge Handlingsplan for forebygging av selvmord, er hjelpetelefoner og nett-tjenester som Kirkens SOS et viktig supplement til det offentlige hjelpeapparatet.

### Vi hører sammen – alle sammen

Kirkens SOS arbeider systematisk med å være tilgjengelig for mennesker i krise for å forebygge selvmord ved å fremme livsmot og håp. Muligheten for å kontakte Kirkens SOS gjennom hele døgnet har vært et særlig viktig holdepunkt for flere i denne perioden.

Kirkens SOS erfarer at ringvirkningene av sosial distansering har bidratt til forsterket ensomhet og utenforskap. Mennesker med langvarige og sammenfattede psykiske lidelser har i særlig grad blitt rammet av tiltakene som følge av covid-19. I møte med nye uforutsette hendelser vil vi henstille til å ivareta et helhetlig helsetilbud ved å gi psykisk helse høyere prioritet. I ensomhet kan frykt og uro vokse; derfor er det viktig at informasjon om lavterskel samtaletilbud, muligheter for møtepunkter og menneskelig kontakt blir en del av fremtidig beredskap. Dette vil både kunne forebygge ensomhet og engstelse, samt dempe belastningen på akutte offentlige helsetjenester. Når det oppstår uforutsette hendelser er det viktig at alle løfter sammen. I helsefrivilligheten er det flere gode gevinster å mobilisere. I fremtidens beredskapsplaner kan helsefrivilligheten i enda større grad bli inkludert og utfordret på oppgaver i møte med nye nasjonale kriser. For vi hører sammen, alle sammen, slik Trygve Skaug skriver det så enkelt og klokt.

### Referanser

**Assing Hvidt, E., Ploug, T., & Holm, S.** (2016). The impact of telephone crisis services on suicidal users: a systematic review of the past 45 years. *Mental Health Review Journal*, 21(2), 141-160. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-07-2015-0019>.

**Helse- og omsorgsdepartementet.** (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord: 2020-2025. Ingen å miste.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

**Kjøs, P., Klippen, I., Hovgaard, H., Krokstad, S., Sletten, M. A., Lekang, B., Konar, M., Møgster, R.-L., Antonsen, M., Modalen, M., Stamsø-Ellingsen, H., & Bakkeng, C. L.** (2021). *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien: Utfordringsbilde og anbefalte tiltak.* Oslo: Statsministerens kontor & Helse- og omsorgsdepartementet.

**Shneidman, E. S.** (1993). Commentary: Suicide as Psychache. *Journal of Nervous and mental disease*, 181(3), 145-147.

**Skaug, T.** (2020, 26. mars). Morgenandakten torsdag 26. mars: Sammen. Hentet fra <https://www.nrk.no/andakten/morgenandakten-torsdag-26.-mars-1.14950385>.

**Statistisk sentralbyrå.** (2021, 7. mai). Bli vi stadig mer ensomme? SSB Analyse/08. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/blir-vi-stadig-mer-ensomme>.

**Vatø, I. E.** (2020). *Low-threshold services for individuals in crises. A qualitative study of the support offered by a diaconal suicide prevention crisis line in Norway and the role of the volunteers in service-delivery from the perspective of Kirkens SOS volunteers and callers.* Oslo: MF vitenskapelig høyskole for teologi, religion og samfunn.

**Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., & Tarazona-Santabalbina, F. J.** (2011). The complexity of loneliness. *Acta Biomed*, 89(2), 302-314.



**HILDE LILLESTØL**  
Mastergrad i helsefag.  
Tilknyttet fagenheten  
Kirkens SOS.



**INGER STØLAN HYMER**  
Spesialsykepleier i psykiatri.  
Tilknyttet fagenheten  
Kirkens SOS.



**LENE HOPLAND BERGSET**  
Fagansvarlig Kirkens SOS.  
Tilknyttet fagenheten  
Kirkens SOS.

## Fakta om Kirkens SOS

Krisetjeneste på telefon og internett som kan kontaktes anonymt. Et døgnåpent lavterskeltilbud med mulighet for umiddelbar sosial støtte for mennesker i følelsesmessig eller eksistensiell krise. All kontakt med krisetjenesten skjer etter initiativ fra innringer eller innskriver. Krisetjenesten sitt viktigste bidrag er å være til stede med umiddelbar emosjonell støtte til den enkelte. De som kontakter Kirkens SOS står fritt til å avslutte samtalen eller ta kontakt på nytt. Videre rådgivning eller annen hjelp er ikke en del av Kirkens SOS sitt tilbud. Kirkens SOS har etablerte rutiner for ivaretagelse og oppfølging av avvergelsesplikt.

Kirkens SOS er organisert som en landsforening med 11 regionale sentre med fysiske vaktrom lokalisert med geografisk spredning, hvor frivillige møter til regelmessige vakter etter en fastsatt plan. Alle frivillige gjennomfører et 40 timers obligatorisk innføringskurs og deltar i regelmessig veiledning. Administrasjon og tilrettelegging av tjenesten ivaretas av faglige ansatte.

[www.kirkens-sos.no](http://www.kirkens-sos.no)



# The woman is perfected

## Suicidal prosess i Sylvia Plaths tekster

—  
Av Arne Thorvik

### SAMMENDRAG

Sylvia Plath var 30 år da hun i 1963 døde i suicid, men hennes særpregede lyrikk har gitt henne en varig plass i litteraturen. Ti år tidligere hadde Plath gjort et alvorlig suicidforsøk, som hun beskriver i romanen *The Bell Jar* (*Glassklokken*).

Artikkelen tar utgangspunkt i Plaths egne tekster, og viser at psykodynamiske og kognitive modeller er anvendelige for å forstå suicidforsøket og suicidet. Likevel fremstår prosessen som gikk forut for hennes død som kvalitativt annerledes enn prosessen som ledet til forsøket i 1953.

Plath ble etter suicidforsøket i 1953 vurdert som ikke-psykotisk i klinisk forstand, men hadde en fiksert forestilling om ikke å ha noen fremtid. I månedene før hun døde beskrev hun fremtidsplaner, samtidig som diktene fra perioden indikerer en realitetsbrist om å bli «perfekt i døden».

Kasuistikken illustrerer at suicidale prosesser kan ha ulike ytringsformer og tidsvarigheter på forskjellige tidspunkter hos samme individ. Forståelse av suicidalitet kan ikke bare baseres på generell teoridannelse. Individets verdigrunnlag må også legges til grunn.

### ABSTRACT

Sylvia Plath was 30 years old when she died by suicide in 1963, but her distinctive poetry has given her a lasting position in literature. Ten years earlier, Plath had made a serious suicide attempt, described in her novel *The Bell Jar*.

The article is based on Plath's own texts, and shows that both psychodynamic and cognitive models can be applied for understanding the suicide attempt and the final suicide. Nevertheless, the process that preceded her death in 1963 appears to be qualitatively different from the process that led to the attempt in 1953.

After the suicide attempt in 1953, Plath was evaluated non-psychotic in a clinical sense, but had a fixed notion of having no future. Before her death in 1963, she described plans for her future. At the same time, the poems from that period seem to unveil a delusion of becoming "perfected in death".

The case study illustrates that suicidal processes can be expressed differently at different times, also within the same individual. Understanding suicidality should not be based exclusively on general theories. The individual's personal values must also be taken into account.



Plath som student ved Smith College, Massachusetts, tidlig 1950-tall.

Den 23. april 1959 skrev Sylvia Plath, som på det tidspunktet var en heller ukjent forfatter bosatt i Boston, et notat om dagens terapitime: "Concentrated on my suicide: a knot in which much is caught" (Kukil, 2000, s. 478). Knappe seks år tidligere hadde Plath gjort et alvorlig suicidforsøk. Som det vil være kjent fra flere publikasjoner og endog filmer om hennes person, kom hun til å ende sitt liv i selvmord den 11. februar 1963. Til tross for at Plath bare var 30 år da hun døde, har hennes særpregede lyrikk gitt henne en varig plass i verdenslitteraturen.

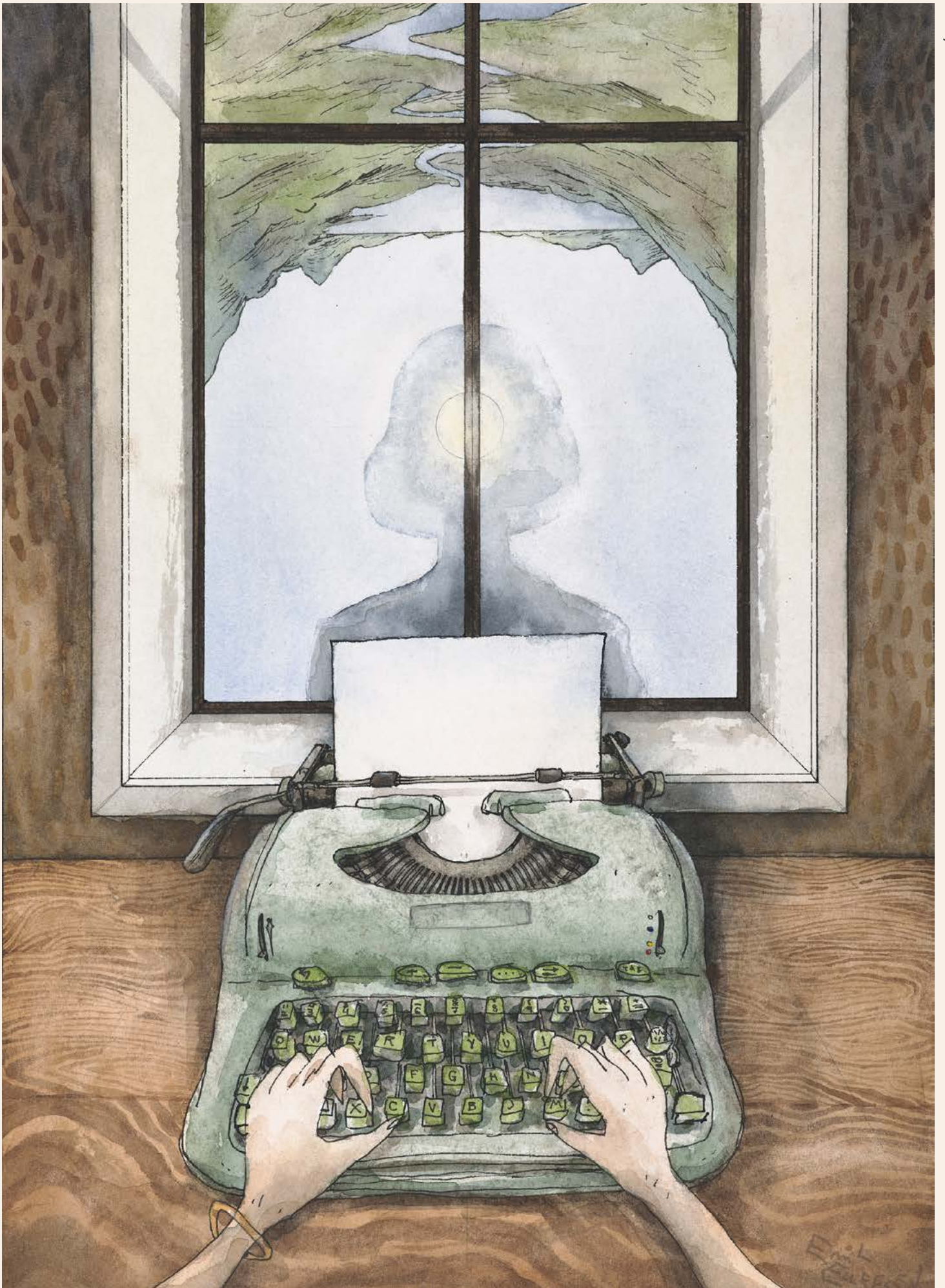
Fleire forfattere har tatt for seg Plaths liv og diktning. I så måte står Al Alvarez' *The Savage God - A Study of Suicide* i en særstilling, både i kraft av å være en tidlig biografi, og fordi forfatteren var omgangsvenn med Plath de siste årene hun levde (Alvarez, 1972). Det merkes at biografiene divergerer i sin fremstilling av Plaths person: Noen, som Linda Wagner-Martin, beskriver Plath som en feminist som forsøkte å hevde seg i et mannsdominert miljø (Wagner-Martin, 1987). Andre, som Anne Stevenson, vektlegger Plaths narsissisme, psykiske ustabilitet og kompetitive innstilling, videre hennes tendens til alltid å presentere en vellykket fasade overfor omverdenen (Stevenson, 1990).

### Materiale og målsetting

Denne artikkelen er ikke ment som noen fullstendig psykologisk studie av Sylvia Plath, men som en såkalt psykologisk autopsi, der målsettingen er å komme nærmere en forståelse av at et liv endte i suicid. Tilnærmingen er fenomenologisk. Plaths suicidforsøk og endelige suicid er sett i lys av hennes egne tekster, brev og dagbøker, og det som der formidles av eksistensielle idealer og psykisk dynamikk.

Artikkelen er basert på gjennomlesning av Plaths eget forfatterskap, inkludert de publiserte dagbøkene (*Journals*) for perioden 1950 til 1962, samt brevene hun skrev til sin mor (*Letters Home*) i årene 1950 til 1963, redigert og utgitt av moren Aurelia Plath (Kukil, 2000; Plath, 1976). Romanen *The Bell Jar*, skrevet våren 1960 og utgitt en måned før Plaths død i 1963, tar for seg en suicidal krise hos en ung kvinne kalt Esther Greenwood (Plath, 1963/1966). Med unntak av at noen detaljer er endret, som at hovedpersonen er 19 år gammel, mens Plath var 20 år da hun gjorde et suicidforsøk i 1953, er boken åpenbart en skildring av hva hun selv hadde opplevd. Både Plath og venninnen Anne Sexton ga uttrykk for at romanen var å forstå som en selvbiografisk beretning (Alvarez, 1972, s. 20; Egeland, 1997, s. 96), og den bør derfor kunne legges til grunn







Spesielt for Plath er likevel at hun faktisk utga en roman om eget selvmordsforsøk, og at diktene hun skrev de siste månedene hun levde, uttrykker en særpreget psykisk smerte og prosess.

for studien. Videre er et stort antall av hennes noveller og dikt basert på hendelser i hennes liv. Forfatteren Al Alvarez (1929–2019), som kjente Plath personlig fra våren 1960, bemerker hvordan hun i diktene "faced her private horrors steadily" og at enhver triviell hendelse kunne være utgangspunkt for et dikt (Alvarez, 1972, s. 24–25). Også ektefellen Ted Hughes påpekte at Plath tenderte mot å skrive "directly from experience" (Stevenson, 1990, s. 137).

Man kan innvende at skjønnlitterære tekster har egenverdi, og at det ikke trenger å være en direkte forbindelse til forfatterens liv og psyke, slik det hevdes her. En annen innvending vil være at denne typen studier lett blir preget av «retrospective bias». Når utfallet (suicid) er kjent, vil formuleringer om døden (som kan forekomme hos mange) få en særskilt betydning. Spesielt for Plath er likevel at hun faktisk utga en roman om eget selvmordsforsøk, og at diktene hun skrev de siste månedene hun levde, uttrykker en særpreget psykisk smerte og prosess. Den sveitsiske psykoanalytikeren og filosofen Ludwig Binswanger (1881–1966) gjør bruk av samme tilnæringsmåte når han i *Der Fall Ellen West* legger dikt og dagboksnotater til grunn for analyse av et gjennomført suicid. Tanken om at det er en direkte forbindelse mellom kunstneren og dennes verk kan spores tilbake til antikken (Høyersten, 2000). Også Freud postulerer i *Der Dichter und das Phantasieren* at diktning kan være basert på forfat-

terens egne barndoms- og nåtidsopplevelser (Freud, 1908).

Supplerende fakta om Plath er hentet fra biografier, da i hovedsak Linda Wagner-Martins, Anne Stevensons, Ronald Haymans og Paul Alexanders bøker.

### 1950–1953

Biografer synes å enes om at Sylvia Plath (født 27. oktober 1932 i Boston) var et begavet og intellektuelt velfungerende barn. Hun var nært knyttet til faren Otto Plath (1885–1940) som underviste i biologi ved Boston University, og som døde etter noe tids sykeleie da Sylvia var åtte år. Familiens økonomiske stilling ble da langt vanskeligere. Sylvia ble boende med moren Aurelia (1906–1994) og den to år yngre broren Warren, inntil hun i 1950 fikk stipend som gjorde det mulig for henne å studere ved det prestisjefylte Smith's College i Massachusetts. Så vel dagbøker som brev fra denne tiden gir inntrykk av at Sylvia lyktes på mange plan: akademisk, sosialt og i studentforeninger. Hun skrev dikt og fortellinger, hvorav noen ble publisert i ansette magasiner (Stevenson, 1989, s. 18).

Til tross for suksess, viser dagbøkene at Plath tidvis hadde suicidfantasier. I juli 1950, altså på et tidspunkt da hun ennå ikke hadde fylt 18 år, nevnes suicid som en mulighet for å komme vekk fra "the empty shell of the present" (Kukil, 2000, s. 30). To år





Samsvarende med datidens praksis ble ECT gitt uten forutgående anestesi, og den ledsagende smertefulle opplevelsen er nøye beskrevet i *The Bell Jar*. Anne Stevenson (biograf) nevner at denne erindringen kom til å prege Plaths forhold til psykisk helsevern resten av livet.

senere, den 3. november 1952, skriver Plath i dagboken: "God, if ever I have come close to wanting to commit suicide, it is now [...]. I want to kill myself, to escape from responsibility, to crawl abjectly into the womb" (Kukil, 2000, s. 149). I et brev til moren datert 19. november samme år forteller Plath at hun har vanskeligheter med å forstå realfagspensum, og at hun har "practically considered to commit suicide to get out of it" (Plath, 1976, s. 97).

I et tidligere brev til moren, datert 6. november 1952, beskriver Plath hvordan hun "would love to go to Summer School...to Harvard, too, perhaps" (Plath, 1976, s. 96). Imidlertid fikk Plath våren 1953 tilbud om å arbeide som gjesteredaktør i ungdomsmagasinet *Mademoiselle* følgende juni. Sett utenfra syntes jobben glamorøs; Plath levde og skrev i New York i en måned, og hadde et aktivt sosialt liv. I et av de tre publiserte brevene fra perioden forteller hun imidlertid at hun er sliten, "worn out now with the strenuous days at the office and the heat and the evenings out". Videre skriver hun at hun har en vond forutelse om at tekstene hennes ikke vil kvalifisere for opptak ved det prestisjefylte skrivekurset ved Harvard University samme sommer, ledet av den irske forfatteren Frank

O'Connor (1903–1966) (Plath, 1976, s. 116–117). Vel hjemme hos moren i Massachusetts i månedsskiftet juni–juli 1953 fikk hun forutelsen bekreftet: Hun var ikke kommet med på kurset.

I sin kommentar til de publiserte *Letters Home* beskriver Aurelia Plath hvordan Sylvia umiddelbart endret atferd etter at hun mottok denne beskjeden. Den sedvanlige livsgleden ("joie de vivre") forsvant. Hun syntes heller ikke i stand til å lese bøker. I stedet snakket hun mye og lenge om seg selv på en anklagende og nedsettende måte. Da moren ved en anledning bemerket noen sannsynlig selvpåførte sår Sylvia hadde på kroppen, responderte hun med å rope: "I want to die" (Plath, 1976, s. 124). Noe senere ble hun henvist til psykiater som startet elektrokonvulsiv behandling (ECT).

Samsvarende med datidens praksis ble ECT gitt uten forutgående anestesi, og den ledsagende smertefulle opplevelsen er nøye beskrevet i *The Bell Jar*. Anne Stevenson nevner at denne erindringen kom til å prege Plaths forhold til psykisk helsevern resten av livet, og vanskeliggjøre kontakt med hjelpeapparatet i tiden umiddelbart før suicidet i 1963 (Stevenson, 1989, s. 294).



Plath med ektefellen Ted Hughes tidlig 1960-tall. På denne tiden ble de sammen intervjuet av BBC.

Den 24. august etterlot hun seg en skriftlig beskjed: "have gone for a long walk, will be home tomorrow", for så å forsvinne. Ved en tilfeldighet fant broren Warren henne tre dager senere, liggende komatøs i et kjelleravlukke i familiens hus, og med et halvtømt glass sovetabletter ved siden. Sylvia ble brakt til et akuttmottak, deretter overført til en psykiatrisk døgnavdeling i Boston, senere til MacLean Hospital i Belmont. Hun fikk her nye ECT, videre datidens insulinterapi. Moren Aurelia ble informert om at datteren ikke viste noen psykotiske eller schizofreni-suspekterte symptomer (Plath, 1976, s. 128). Under oppholdet hadde hun også samtaler med psykoanalytiker Ruth Tiffany Barnhouse (Beuscher) (1923–1999), som kom til å spille en stor rolle i Plaths liv. Etter en permisjon hjem i julehelgen var hun i februar 1954 i stand til å gjenoppta studiene ved Smith's College.

Den publiserte dagboken inneholder to notater fra juli 1953, altså før suicidforsøket i august. Begge formidler ekstrem psykisk smerte og nederlagsfølelse, tydelig relatert til at hun ikke var ansett verdig til å delta på skrivekurset. Hun ser for seg muligheten av å begynne på nye skriveprosjekter, men beskriver en

kognitiv hemning: "your mind is incapable of thinking". I notat datert 14. juli forteller hun om søvnvansker, at hun har hatt fantasibilder ("visions") av seg selv i tvangstrøye, og om at hun har tatt moren av dage (Kukil, 2000, s. 185–187).

I desember 1953, mens hun ennå var inneliggende ved McLean Hospital, skrev Plath et lengre brev der hun drøfter hendelsene den foregående sommeren. Hun anlegger her et metaperspektiv, og beskriver at suicidtankene ble påtrengende kort tid etter at hun hadde mottatt beskjeden om at hun ikke var kommet med på skrivekurset: "Pretty soon, the only doubt in my mind was the precise time and method of committing suicide. The only alternative I could see was an eternity of hell for the rest of my life". Hun legger til at hun umiddelbart forut for suicidforsøket hadde en forestilling om å være en belastning for familien, og at de derfor ville føle lettelse dersom hun døde ("by ending everything at the height of my so-called career"). Avslutningsvis uttrykker hun at hun nå tenker annerledes, og vil møte verden og fremtiden (Plath, 1976, s. 130–132).



The Bell Jar beskriver i detalj hvordan hun i løpet av kort tid ikke er i stand til å forestille seg noen fremtid. (...) Samtidig hemmes kognitive funksjoner som evnen til å lese.

### **The Bell Jar**

Det egenopplevde perspektivet blir utdypet i romanen *The Bell Jar* (norsk oversettelse: *Glassklokken*), skrevet flere år etter suicidforsøket. Bokens hovedperson, Esther Greenwood, synes å divergere vesentlig i synet på seg selv og egen fremtid. På den ene siden strever Esther etter perfektion og å lykkes, og kan formidle planer som å "be a professor and write books of poems" (Plath, 1963/1966, s. 33). Likefullt tenderer hun mot selvdestruktiv og risikopreget atferd, eksempelvis i forbindelse med slalåmkjøring. Hun arbeider en måned som gjesteredaktør i et ungdomsblad i New York, men kjenner mer og mer fortvilelse og pessimisme. Ved en anledning kryper hun ut på gesimsen utenfor hotellvinduet, "as if for a funeral" (Plath, 1963/1966, s. 177). Også forlagskonsulenter påpekte denne inkonsistensen i hovedpersonens personlighet (Stevenson, 1989, s. 285).

Kort etter oppholdet i New York blir Esther informert om at hennes litterære arbeider ikke har kvalifisert til et prestisjefyllt skrivekurs. *The Bell Jar* beskriver i detalj hvordan hun i løpet av kort tid ikke er i stand til å forestille seg noen fremtid. Ved en anledning teller den nittenårige Esther telefonstolpene hun passerer: "The years of my life spaced along a road in the form of telephone poles, threaded together by wires. [...] I couldn't see a single pole beyond the nineteenth". Samtidig hemmes kognitive funksjoner som evnen til å lese. Mens hun tidligere har behersket lesing og skriving til fulle, ser hun nå bare "an alphabet soup of letters" (Plath, 1966, s. 129-130). Umiddelbart før suicidforsøket tenker Esther stadig på sin avdøde far, mannen som i barndommen sto henne nær. Hun oppsøker også hans grav.

Biografer enes om at Sylvia var nært knyttet til faren Otto Plath. Det er også verd å merke seg at hans død ble fremskyndet ved at han vegret seg for å ta imot medisinsk behandling for sin diabetes, og på den måten hadde et selvdestruktivt preg, noe hun tematiserer i diktet "Electra on Azalea Path"».

Selv om hovedpersonen fremstår som en veloppdragen og høflig datter, kan aggressive følelser overfor moren tidvis spores i teksten. Et sted opplever Esther henne som "glittering like a row of little bayonets" (Plath, 1963/1966, s. 129).

Analogt med Plaths brev og dagboknotater slutter *The Bell Jar* optimistisk; Esther Greenwood har kommet

23 Fitzroy Road, London, der Plath døde. Det blå skiltet ved døren forteller at den irske dikteren W B Yeats (1865–1939) en gang bodde her, noe som vekket Plaths interesse.



Foto: Anosmia @ flickr - <https://www.flickr.com/photos/jamieboyer/>, CC BY 2.0  
<<https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>>, via Wikimedia Commons

ut av "glassklokken" hun befant seg i, og er nå klar til å møte livet.

### 1954–1961

Plath forteller i brev og dagbøker at hun i 1954 startet opp igjen ved Smith's College. Et Fulbright-stipend gjorde det mulig for henne å fortsette studier i litteratur ved Cambridge University i England, der hun begynte høsten 1955. Påfølgende år møtte hun Edward (Ted) Hughes (1930–1998), som var i ferd med å vinne anerkjennelse som poet, og de to inngikk ekteskap etter kort tid. Paret bodde først i Cambridge, senere i London og Devon, men returnerte så til USA i årene 1957 til 1959. Tilbake i Massachusetts tok Plath opp igjen kontakten med Ruth Barnhouse Beuscher, og hadde ukentlige terapitimer hos henne fra desember 1958 til sommeren 1959.

På et seminar ledet av poeten Robert Lowell (1917–1977) møtte hun Anne Sexton (1928–1974), og de to ble venner. Sexton kom til å utgi anerkjent poesi og prosa, hadde selv opplevd depresjoner, selvmordsforsøk og sykehusinnleggelseser, og døde ved suicid 15 år senere. Det er beskrevet hvordan de to snakket

intenst om temaet død. Sexton skrev om Plath: «We talked death with burned-up intensity, both of us drawn to it like moths to an electric light bulb. Sucking on it! She told the story of her first suicide in sweet and loving detail" (Hayman, 1991, s. 133).

I desember 1959 flyttet Plath og ektefellen tilbake til England, der hennes første diktsamling *The Colossus* ble utgitt i 1960. Et utvalg av diktene ble også lest i BBC.

Plaths brev fra perioden er jevnt over optimistiske, og refererer etter hvert til hennes begynnende suksess i den litterære verden, videre til gleden over at hun i 1960 fødte en datter. Dagboknotatene vitner om at hun nå var i stand til å forholde seg til motgang, som refusjon av innsendte manuskripter, på en rasjonell måte (Kukil, 2000, s. 511).

Brev og dagbøker fra perioden har i hovedsak ikke suicidal innhold. Tre dagboknotater fra 1957 og 1958 nevner suicidfantasier, men disse synes avgrensede og overfladiske (Kukil, 2000, s. 274; 358; 395). I februar 1956 hadde Plath skrevet til moren Aurelia: "My existence now rests on solid ground; I may be depressed now and then, but never desperate" (Plath, 1976, s. 215).



# Lady Lasarus

Jeg har gjort det igjen.  
Ett år hvert tiår  
klarer jeg det –

et slags vandrende mirakel, huden  
skinnende som en nazilampeskjerm,  
den høyre foten

en papirvekt,  
ansiktet er formløst, fint  
jødisk lintøy.

Skrell av servietten  
å, min fiende.  
Er jeg skremmende? –

Nesen, øyegropene, hele tannsettet?  
Den syrlige pusten  
forsvinner til i morgen.

Snart, snart vil kjøttet  
gravgrotten spiste bli  
en del av meg

og jeg en smilende kvinne.  
Jeg er bare tretti.  
Og som katten skal jeg dø ni ganger.

Dette er Nummer tre.  
For noe dritt  
å utslette hvert tiår.

En hel million tynne tråder.  
Den peanøttknaskende skokken  
trenger seg inn for å se

at de pakker meg ut, hånd og fot –  
den store stripteasen.  
Mine herrer, damer

dette er hendene  
knærne.  
Om jeg så er skinn og bein,

er jeg likevel en samme, identiske kvinnen.  
Første gang det skjedde var jeg ti.  
Det var en ulykke.

Andre gang ville jeg  
gå hele veien og slett ikke komme tilbake.  
Jeg lullet meg inn

som en musling.  
De måtte rope og rope  
og plukke vekk mark som klissete perler.

Å dø  
er en kunst, som alt annet.  
Jeg gjør det usedvanlig bra.

Jeg gjør det til et helvete.  
Jeg gjør det virkelig.  
Du kan vel si jeg har et kall.

Det er lett nok å gjøre det i en celle.  
Det er lett nok å gjøre det og bli der.  
Det er den teatrale

tilbakekomsten på høylys dag  
til samme sted, samme ansikt, samme rå  
muntre rop:

«Et mirakel!»  
som sliter meg ut  
Det koster

å jakta arrene mine, det koster  
å høre hjertet mitt –  
det slår faktisk.

Og det koster, det koster veldig mye  
for et ord eller en berøring  
eller litt blod

eller noe av håret mitt eller klærne.  
Sånn passe, Herr Doktor.  
Sånn, Herr Fiende.

Jeg er ditt verk,  
jeg er din dyrebare,  
babyen i rent gull

som smelter til et hyl.  
Jeg vender, brenner.  
Ikke tro jeg undervurderer din store medfølelse.

Aske, aske –  
du raker og rører.  
Kjøtt, bein, det er ingenting der –

et såpestykke,  
en giftering,  
en gulltann.

Herr Gud, Herr Lucifer  
pass på  
pass på.

Jeg stiger opp  
fra asken, håret er rødt  
menn er mat – luft og kjøtt.



## Samtidig nevnes hovedpersonens endrede kroppssopplevelse («A machine to breathe and beat forever»).

Det er interessant at Plath beskriver at hennes "despair" ofte opptrådte samtidig med "vinterinfeksjoner" som sinusitt (Kukil, 2000, s. 224). En biograf peker på at Plath hadde tendens til "cyclical winter depression" (Stevenson, 1989, s. 227).

Temaet suicid blir imidlertid berørt i Plaths nokså sparsomme diktproduksjon fra perioden. Siste del av "Poem for a Birthday" (1959) samt "The Hanging Man" (1960) synes å ta utgangspunkt i ECT-behandlingen hun mottok før og etter suicidforsøket i 1953. "Suicide off Egg Rock" ble til i februar 1959, og vurdert av Plath selv som "a good poem" (Kukil, 2000, s. 472). Motivet er en mann stående i det Plath betegnende kaller "a landscape of imperfections", og som blindet ("blindfold") tiltrekkes av glemsel ("the forgetful surf") representert av havet og drukningsdøden. Diktet er interessant, også fordi det illustrerer idealet om "perfeksjon", et tema som Plath skulle komme til å vende tilbake til i diktene hun skrev i sitt siste leveår. Samtidig nevnes hovedpersonens endrede kroppssopplevelse ("A machine to breathe and beat forever") og kognitive funksjonsnedsettelse ("The words in his book wormed off the pages") (Plath, 1981, s. 115).

I brev fra perioden nevner Plath sporadisk suicidforsøket i 1953. I november 1956 skriver hun til moren angående en ung mann som er fortvilet og nedstemt over at han ikke har greid å innfri egne forventninger til akademisk karriere. Plath viser til tiden i hennes eget liv da hun "honestly believed there was no hope of studying and thinking". Selv om den unge mannen opplever det annerledes akkurat nå, er det ifølge Plaths brev annet å glede seg over i livet enn akade-

misk suksess. "His marks will not be written on his gravestone" når han en gang dør (Plath, 1976, s. 132–133). Plath innser på denne måten at hennes eget suicidforsøk tre år tidligere var relatert til at hun da ikke hadde evne til metaperspektiv, og en realistisk vurdering av situasjonen.

Fra 1958 til 1959, i perioden hun gikk i terapi hos Barnhouse Beuscher, tematiserer Plath tidvis eget suicidforsøk i dagboken. Et sted skriver hun at hun var i behov av å straffe seg selv da dette fant sted (Kukil, 2000, s. 455). Videre gir aggresjonen hun har følt og føler vis-à-vis den kontrollerende ("clutching") moren seg tydelig til syne, også som tema i terapisekvenser. Den 27. desember 1958 noterer Plath: "Read Freud's "Mourning and Melancholia" this morning [...]. An almost exact description of my feelings and reasons for suicide: a transferred murderous impulse from my mother onto myself: the "vampire" metaphor Freud uses, "draining the ego": that is exactly the feeling I have getting in the way of my writing: mother's clutch" (Kukil, 2000, s. 447).

### 1962–11. februar 1963

Mot slutten av året 1961 bosatte Sylvia Plath og ektefellen Ted Hughes seg igjen i Devon, England, der deres andre barn, en gutt, ble født i januar 1962. Imidlertid tok paret ut separasjon i oktober samme år. Sterkt medvirkende var også Teds forhold til oversetteren Assia Wevill (1927–1969), som han senere levde sammen med i en periode. (Assia kom selv til å suicidere i 1969, og tok med seg sin fireårige datter i døden, sannsynligvis Teds barn (Koren & Negev, 2008)).

I desember flyttet Plath med de to barna til en mindre leilighet i London. Romanen *The Bell Jar* utkom i England den 23. januar 1963 under pseudonymet Victoria Lucas, og fikk blandet, men ikke direkte negativ, kritikk (Stevenson, 1990, s. 285). På samme tid hadde Plath opplesninger i BBC.

Vinteren 1962–1963 skulle bli den kaldeste i England på årtier, og Plaths situasjon var preget av sosial isolasjon, økonomiske vanskeligheter, dårlig husvære og somatiske plager som influensa. Sent i januar skal hun ha meddelt sin fastlege ("general practitioner") at hun kjente seg deprimert, og fryktet et sammenbrudd. Legen, dr. Horder, forskrev et antidepressivum, og henviste henne til en psykoterapeut (Stevenson, 1990,



Mens Plaths produksjon våren og sommeren 1962 var heller sparsom, resulterte hennes «new drive to write» fra september samme år og frem til hennes død i over femti dikt (...) Plaths lyrikk har særegne kvaliteter, og er den dag i dag av interesse for litteraturforskere og gjendiktere.

s. 291). Venner var i økende grad bekymret for henne, og oppfattet henne som deprimert (Becker, 2002). Den siste som så Sylvia Plath i live var kunsthøgskolelæreren Trevor Thomas som bodde i leiligheten under, kvelden den 10. februar 1963. Thomas har senere fortalt at Plath banket på og forespurte om han hadde frimerker, som hun trengte for å frankere brev til USA. Hun skal ha bemerket: "I must pay you or I won't be right with my conscience before God". Da den bekymrede Thomas foreslo å kontakte hennes lege, svarte hun: "Oh no please, don't do that. I'm just having a marvellous dream, a most wonderful vision" (Alexander, 1999, s. 329). Neste morgen fant en hjemmehjelp henne død i leiligheten, liggende med hodet plassert i komfyren. Før hun åpnet gasskranen hadde Plath satt fram mat til barna, og som sov i et tilstøtende rom. Der var vinduet åpnet og dørsprekken tettet igjen, tydelig med tanke på at barna ikke skulle ta skade (Stevenson, 1990, s. 296).

For 1962 inneholder Plaths publiserte dagbøker notater for perioden januar til juli, og forteller om hendelser mens hun ennå var bosatt i Devon. Suicidfantasier eller intensjoner er ikke tema i disse notatene. Sporadisk nevner hun sjalusi og sinne overfor ektefellen Ted. En påfølgende dagbok, kalt "the maroon-backed ledger", inneholdt notater datert inntil tre dager før Plaths død, og skal ha formidlet fiendtlighet mot Teds venninne Assia Wevill (Koren & Negev, 2008, s. 336). Dagboken har senere gått tapt (Kukil, 2000, s. ix).

Suicidalitet var ikke tema i brevene Plath skrev til sin mor i perioden 1962–1963. Heller ikke nevner hun suicidforsøket i 1953. Tvert om skriver hun våren 1962 til moren om hvor tilfreds hun er med sitt liv på den engelske landsbygden, med barn og ektemann. Ektekapsproblemene blir første gang nevnt i brev datert 27. august, der det heter: "I simply cannot go on living the degraded and agonized life I have been living" (Plath, 1976, s. 460). I de to følgende månedene beskri-

ver hun sporadisk økonomiske bekymringer, vekttap og søvnevansker (Plath, 1976, s. 462–468). Samtidig vedblir hun å forsikre moren at hun har interesser og videre planer, endog hun skriver dikt hver morgen. Etter flyttingen fra Devon til London i desember, meddeler hun moren i USA: "I am so happy, I am ravenous and eat like a horse" (Plath, 1976, s. 469–487).

I januar 1963 skriver så Plath to ganger til moren. Hun nevner her egen suksess ved opplesning av dikt i BBC, men kommer også inn på de bekymringene hun har som alenemor, og slitenheten som følger med influensa (Plath, 1976, s. 494). Sammenlignet med den psykiske smerten som kan leses i diktene hun skrev i samme periode, er det tydelig at hun anstrenger seg for å gi inntrykk av at hun mestrer situasjonen.

Flere biografier nevner denne problematikken, blant dem Anne Stevenson: "Sylvia had long been confusing two very different battles within herself. One was with an artificial Sylvia, modelled on her mother, driven by ambitions she believed Aurelia harboured for her and ideals she thought Aurelia projected. This battle was occurring on a comparatively superficial level. Beneath it, so to speak, raged an altogether more serious war, where the "real" Sylvia – violent, subversive, moonstruck, terribly angry – fought for her existence against a nice, bright, gifted American girl" (Stevenson, 1990, s. 163).

Plaths siste brev til moren er datert 4. februar 1963, og har en mer pessimistisk undertone. Innledningsvis skriver hun: "I just haven't written anybody because I have been feeling a bit grim – the upheaval over, I am seeing the finality of it all, and being catapulted from the cowlike happiness of maternity into loneliness and grim problems in no fun". Til slutt i brevet nevner hun at hun er blitt henvist til en kvinnelig lege. Likefullt anfører hun egen suksess i BBC, og planene hun har for fremtiden (Plath, 1976, s. 498–500). En biograf påpeker at Plath så sent som den 7. februar, altså knapt fire dager før sin død, skrev til venninner i Devon at hun gledet seg til å reise tilbake dit den kommende våren (Wagner-Martin, 1987, s. 242).

Al Alvarez, som traff Plath regelmessig høsten 1962, forteller at Plath innrømte overfor ham at hun hadde kjørt av veien med overlegg i august det året, og at dette hadde gitt henne en viss tilfredsstillelse (Alvarez, 1972, s. 16). Formuleringen "I have done it again" innleder diktet "Lady Lazarus" skrevet samme høst, og refererer muligens til denne hendelsen. Likevel poengterer Alvarez at han på denne tiden ikke tenkte at Plath var alvorlig selvmordstruet. Til tross

for sosial isolasjon og praktiske vanskeligheter hadde hun i slutten av september fortalt Alvarez om "the new drive to write that was upon her" (Alvarez ,1972, s. 14). Siste gang han så henne i live var julaften 1962, og Alvarez bemerket da hvordan hun hadde forandret seg utseendemessig; Det lange håret var ikke lenger flettet og gredd, men ustelt og uvasket. Plath leste noen dikt for ham, blant annet "Death & Co", skrevet i november. Alvarez skriver: "This time there was no escaping the meaning. When she had written about death before, it was as something survived, even surpassed. [...] This time there was no way out for her" (Alvarez, 1972, s. 30).

### Poems (1962–1963)

Mens Plaths produksjon våren og sommeren 1962 var heller sparsom, resulterte hennes "new drive to write" fra september samme år og frem til hennes død i over femti dikt. Mange er voluminøse, og tar utgangspunkt i en triviell hendelse i forfatterens liv. Plaths lyrikk har særegne kvaliteter, og er den dag i dag av interesse for litteraturforskere og gjendiktere.

Alvarez gir følgende beskrivelse av *The Colossus*: "It contained a handful of beautiful poems but more important was the sheer ability of the work, the precision and concentration with which she handled language, the unemphatic range of vocabulary, her ear for subtle rhythms, and her assurance in handling and subduing rhymes and half-rhymes". Plath er gjendikret til norsk av Olav H. Hauge, Henning Kramer Dahl, Liv Lundberg, Hanne Bramness og helt nylig av Hege Woxen.

En gjennomgang av diktene Plath skrev i årene 1962 og 1963 vil være svært omfattende, og anses heller ikke relevant for denne artikkelen. Til tross for at refleksjoner rundt døden er et gjennomgangstema, var hun også i stand til å dikte om tema som virker heller irrelevante i suicidologisk sammenheng, så som birøkting. Plath var som sin far interessert i faget. Diktet "Wintering", datert oktober 1962, beskriver bienes overvintring. Siste linje synes optimistisk: "The bees are flying. They taste the spring" (Plath, 1981, s. 219).

Det er også verdt å merke seg at jeg-personen i diktet "Letter in November" erklærer "I am so stupidly happy", og at dikt som "Child", "Kindness" og "Balloons" synes å beskrive et meningsfullt samvær med barn. Sistnevnte ble skrevet mindre enn en uke før hun døde. Og selv om Plath i januar 1963 meddelte sin primærlege at hun kjente seg deprimert, var hun samtidig i stand til å komponere den korte fortellingen

## Kant

Kvinnen er perfektjonert.  
Den døde

kroppen er kledd i fullførelsens smil,  
illusjonen om gresk nødvendighet

bølger gjennom foldene i togaen  
de bare

føttene ser ut til å si:  
Vi har kommet så langt, det er slutt.

Hvert døde barn kveilet opp, en hvit slange,  
en ved hver lille

melkemugge, tomme nå.  
Hun har brettet

dem inn i kroppen igjen som rose-  
blader lukkes når hagen

stivner og dufter blør  
fra nattblomstens søte, dype svelg.

Månen har ingen grunn til å være trist  
der hun stirrer ut fra knokkelhetten.

Hun er vant til sånt som dette.  
Sørgeklærne knitrer, sleper.

*Diktet Edge i gjendikning ved Hege Woxen.  
Fra Sylvia Plath. Jeg er loddrett.  
Dikt i utvalg. Tiden 2022*





Foto: Philip Pikart, CC BY-SA 3.0  
<<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/>>, via Wikimedia Commons

Bildet viser bysten av den egyptiske dronning Nefertiti, ca 1370–1330 før vår tidsregning, kjent for sin skjønnhet (Neues Museum, Berlin). «Død og perfekt, som Nefertiti» skriver Plath i et dikt.

"Snow Blitz", som en biograf omtaler som "a charming, amusing piece about London's Dickensian methods of facing up to the dreadful weather" (Plath, 2000; Stevenson, 1990, s. 280).

I det følgende gis en kort gjennomgang av diktene Plath skrev fra september 1962, og som anses suicidologisk relevante. Tilsvarende Plaths publiserte *Collected poems*, presenteres diktene i kronologisk rekkefølge. De siste årene av sitt liv daterte Plath den endelige versjonen av alle dikt hun skrev (Plath, 1981, s. 17).

I "A Birthday Present", skrevet i slutten av september, erklærer diktets jeg-person: "After all I am alive only by accident/I would have killed myself gladly that time any possible way". Samtidig formidles en stadig undring over hva som måtte befinne seg bak et slør ("veil"), skjult for jeg-personen.

"Daddy" er datert 12. oktober, og uttrykker ambivalente følelser overfor en mannsperson. Det selvbiografiske aspektet er tydelig: "At twenty I tried to die/ And get back, back, back to you". Samtidig skildres mannen som brutal, og jeg-personen fremstilles delvis som et Holocaust-offer.

I "Medusa" og "Lesbos", begge skrevet i oktober, uttrykkes et uforsonlig sinne overfor en allesteds nærværende kvinne, mulig morsskikkelse. Det samtidige "Stopped Dead" formidler aggresjon vis-à-vis en sannsynlig mannlig partner.

Jeg-personen i "The Jailer", datert 17. oktober, er i en offerrolle som fange: "I have been drugged and raped". Samtidig uttrykkes aggresjon og ambivalens overfor en mannsperson, fangevokteren. "Fever 103", fullført tre dager senere, har referanser til Japan

og "Hiroshima Ash". Liknende tematikk forekommer i flere av Plaths siste dikt. "Thalidomid", datert 8. november, uttrykker identifikasjon med deformerte og misdannede mennesker.

"Lady Lazarus" er skrevet i slutten av oktober, og ble introdusert av Plath i BBC på denne måten: "The speaker is a woman who has a great and terrible gift of being reborn. The only trouble is, she has to die first. She is the Phoenix, the libertarian spirit, what you will. She is also just a good, plain, very resourceful woman" (Plath, 1981, s. 294). Også i dette diktet synes jeg-personen å identifisere seg med Holocaust-ofre. Med referanser til at hun tidligere har forsøkt å dø, erklærer hun: "Dying/Is an art, like everything else/ I do it exceptionally well". Samsvarende med Plaths introduksjon indikerer slutten av diktet en gjenfødelse, "out of the ash".

"Getting There", datert 6. november, beskriver et skremmende landskap fylt med søle og dødssymboler ("deathmask"). I de siste linjene nevnes Lethe, som i gresk mytologi er både glemselens gudinne og glemselens elv i dødsriket.

Alvarez forteller at Plath leste "Death & Co" for ham da de møttes siste gang julaften 1962. Diktet er datert 14. november, og forfatteren omtalte det slik i BBC: "This poem is about the double or schizophrenic nature of death – the marmoreal coldness of Blake, say, hand in glove with the fearful softness of worms, water and other katabolists" (Plath, 1981, s. 294). I diktets første linjer forekommer formuleringen: "It seems perfectly natural now – ". I flere av sine siste dikt kom Plath til å kretse om denne tematikken:

dødens "perfekte" natur. "The Fearful", datert 16. november, beskriver en kvinne på denne måten: "She would rather be dead than fat, /Dead and perfect, like Nefertit".

I "Mary's song", påført datoen 19. november, omtaler forfatteren igjen den 2. verdenskrigs ofre. Den subjektive lidelsen går klart fram av diktets siste linjer: "This holocaust I walk in, /O golden child the world will kill and eat".

Fem av Plaths tolv publiserte dikt fra 1963 skal omtales:

"Totem", datert 28. januar, beskriver hvordan dyr slaktes.

I "The Munich Mannequins", også datert 28. januar, skildres "perfekte" menneskedukker i München. Ordbruken indikerer kulde og livløshet, så som "snow", "morgue" og "voicelessness". Innledningsvis heter det: "Perfection is terrible, it cannot have children". Forfatteren formidler da perfeksjon som noe kaldt og livløst.

"Paralytic" er datert 29. januar, og brukes i moderne psykodynamisk litteratur som eksempel på at selv-mordstruede kan oppleve sin egen kropp som distansert og fremmed (Maltsberger, 1993). Jeg-personen i diktet beskriver en tilstand der endog det å puste oppleves som et mekanisk fenomen: "My god the iron lung/That loves me, pumps/My two/Dust bags in and out".

"Mystic", datert 1. februar, synes å ta utgangspunkt i en barndomserindring. På den ene siden gir jeg-personen uttrykk for at det ikke finnes noe bote-middel for å endre egne livsbetingelser: "Once one has seen God, what is the remedy?" Imidlertid uttrykker sluttlinjen et håp: "The heart has not stopped".

Av Plaths publiserte dikt er "Edge" det siste hun skrev før sin død. Diktet er datert 5. februar, er gitt en stringent form, og har en død kvinne som motiv. Initialt vender forfatteren tilbake til temaet perfeksjon: "The woman is perfected". Som i "Getting There" forekommer metaforer som kan knyttes til gresk mytologi. Diktet formidler at kvinnens død er en slags fullbyrdelse ("accomplishment"), skjedd med nødvendighet ("necessity"). Det refereres også til døde barn, ivaretatt ved at kvinnen lukket dem inn i sin kropp "as petals". Avslutningsvis omtales en personifisert måne (i hunkjønn) som ikke lar seg affisere av det som er skjedd: "Staring from her hood of bone. /She is used to this sort of thing".

Mindre enn en uke etter at diktet var fullført døde forfatteren i suicid.

## Drøfting

### Tidlige suicidfantasier

Gjennomgangen av Plaths brev og dagbøker viser at hun allerede som tenåring hadde suicidfantasier. At hun som 17-åring så suicid som en mulighet for å komme vekk fra "the empty shell of the present", kan ses som forenlig med de psykodynamiske retningene som har sett suicidalitet som uttrykk for en mangel på vitaliserende indre objekter. Innen psykodynamisk tradisjon har så vel objektrelasjonsteoretikere som selvpsykologer hevdet en slik modell (Thorvik, 2008). I nyere tid har psykiateren Robert Hale med basis i et stort antall dybdeintervjuer vist at "a suicidal fantasy" kan være til stede i mange år før suicidforsøk finner sted (Hale, 1991).

To år senere uttrykker Plath igjen suicidfantasier i dagbok og brev til moren. Selv om Plath tenderte mot å minimalisere egne problemer i korrespondansen med henne, er det samsvar mellom dagboknotater og brev: Suicidfantasien gir seg til kjenne der hun opplever at hun ikke innfrir egne forventninger til seg selv. Noen av formuleringene hun bruker i dagboken samsvarer med punkter i en kognitivt preget modell; Plath beskriver en smertefull livssituasjon der suicid ses som en løsning. Hun ønsker "to escape from responsibility" (Baumeister, 1990).

At hun samtidig beskriver hvordan hun har fantasier om å vende tilbake til livmoren ("to crawl abjectly into the womb") er godt forenlig med grunn-trekk i psykodynamisk tradisjon, som "the merging fantasy" (Hale, 1991).

Død og dødsfantasier er gjennomgående tema i Plaths lyrikk. Biografen Ronald Hayman påpeker hvordan hun nærmest flørtet med døden ("toyed with death") i diktene, samtidig som å sette ord på dette kan ha bidratt til å hjelpe henne videre i livet. "The hypothesis may have helped to build up the pressure which killed her, or may have relieved it. Probably it did both, at different times" (Hayman, 1991, s. 131). Psykodynamisk (egopsykologisk) tradisjon har nettopp vektlagt verbalisering som en forsvarsmekanisme mot selvdestruktivitet (Thorvik, 2008).

Det samme kan sies om de intense samtale-plath hadde med Anne Sexton om temaet død. «We talked death and this was life for us», skrev Sexton senere (Hayman, 1991, s. 133).



Før suicidforsøket er den nittenårige hovedpersonen i *The Bell Jar* ute av stand til å forestille seg at det finnes noe tall etter tallet 19. (...) Som tittelen indikerer, opplever hun at hun befinner seg i en glassklokke. I denne situasjonen synes suicid å ha fremstått som en løsning eller fluktmulighet.

### Suicidforsøket i 1953

Plaths suicidforsøk i 1953 synes klart relatert til en bestemt hendelse: At hun ikke var blitt funnet verdig til å delta på et prestisjefyllt skrivekurs. Så vel brev og dagbøker som *The Bell Jar* vitner om dette, og beskriver også en suicidal prosess som varte i overkant av halvannen måned.

Umiddelbart synes suicidforsøket i 1953 å innfri kriteriene til den kognitive "escape theory" (Baumeister, 1990). Plath hadde opplevd et alvorlig tilbakeslag ("setback") vis-à-vis egne forventninger, og forsto det inntrufne på en måte som innebar selvbebreidelse. Som dagboknotatene fra juli 1953 viser, fikk Plath en øket opplevelse av seg selv som utilstrekkelig. Også moren bemerket hvordan hun denne sommeren til stadighet devaluerte seg selv.

Ifølge «escape theory» kan disse premisene ha kognitiv dekonstruksjon til følge. Med dette menes en tilstand der konkrete og kortsiktige målsettinger dominerer, og der personen kan utvikle en forestilling om ikke å ha noen fremtid. Dette kommer klart til syne i brevet Plath forfattet noen måneder etter suicidforsøket, der hun blant annet skriver: "The only alternative I could see was an eternity of hell for the rest of my life". Før suicidforsøket er den nittenårige hovedpersonen i *The Bell Jar* ute av stand til å forestille at det finnes noe tall etter tallet 19. Videre beskrives hvordan kognitive funksjoner som lesning nedsettes hos henne. Som tittelen indikerer, opplever hun at hun befinner seg i en glassklokke.

I denne situasjonen synes suicid å ha fremstått som en løsning eller fluktmulighet. Plaths formuleringer i brevet hun skrev noen måneder etter suicidforsøket vitner nettopp om dette. Hun var ute av stand

til å se andre alternativer: "Pretty soon, the only doubt in my mind was the precise time and method of committing suicide". Det er også interessant at hun i samme brev erindrer en slags "omvendt konsekvens-etikk", ved at hun før suicidforsøket var overbevist om at det var best for alle, også hennes familie, at hun nå døde. Studier har vist at en slik opplevelse av å være en byrde for andre («perceived burdensomeness») kan være en risikofaktor for suicid (Van Orden et al., 2006).

At suicidforsøket i 1953 så klart synes relatert til en hendelse i livet, et tilbakeslag, gjør at "escape theory" i høy grad er anvendbar. På den annen side er skildringen av inntrufne også forenlig med hovedpunkter i psykodynamisk forståelse. Plaths aggresjon vis-à-vis den kontrollerende moren antydes i så vel dagboknotater som i passasjer i *The Bell Jar*. Scenen der Esther Greenwood oppsøker sin fars grav samsvarer med en psykodynamisk fantasi om gjenforening ("merging") med avdøde. Dagboknotater fra terapi-sekvensen i 1958–1959 vitner om at Plath selv så klare likheter mellom psykodynamisk metateori og egen opplevelse av suicidforsøket i 1953.

Det bør likevel tas høyde for at Plaths refleksjoner kan ha vært influert av at hennes terapeut var grundig skolert i samme tradisjon, og ifølge Plath formidlet allerede i første terapitime, 10. desember 1958: "I give you permission to hate your mother" (Kukil, 2000, s. 429). Det er illustrerende at Plath på denne tiden begynte å omtale sin relasjon til den avdøde faren som "an Electra complex", en betegnelse knyttet opp mot psykodynamisk tradisjon som hun kom til å bruke i flere dikt og diktpresentasjoner (Plath, 1989, s. 116; 293).

### Suicidet i 1963

Materialet for en tilsvarende drøfting av Plaths suicid ti år senere er i en viss forstand mer begrenset. Dagboknotater er gått tapt. At suicidet ble endelig, tilsier at det ikke foreligger brev eller skjønnlitterære verk fra hennes hånd som ser hendelsen retrospektivt, slik det gjøres i *The Bell Jar*. På den annen side synes Plaths diktproduksjon fra høsten 1962 og fram til hennes død å gi et sjeldent og dyptgående innblikk i en intrapsykisk prosess som endte med suicid.

Plath hadde sporadisk tatt opp suicid som tema i dikt hun skrev på 1950-tallet, og da med en åpenbar retrospektiv vinkling. Høsten 1962 dukket så temaet suicid igjen opp i Plaths dikt, første gang i formuleringen "I would have killed myself gladly" som inngår i "A Birthday Present", datert 30. september. I månedene som følger var suicid og død et vedvarende tema i flere dikt. Men vinklingen er ikke lenger retrospektiv. Tvert om ses suicid og død som en aktuell mulighet. I "Lady Lazarus" hevder jeg-personen å være i besittelse av en særskilt "evne til å dø": "Dying/Is an art, like everything else/I do it exceptionally well". Så vel dette diktet som "A Birthday Present" indikerer en kognitiv innskrenkning, der tanken fikseres på den løsningen som døden innebærer.

Suicidforsøket i 1953 var relatert til en negativ hendelse i Plaths liv. Også i 1962 hadde Plath opplevd motgang: Forholdet til ektefelle var gradvis blitt vanskeligere, han hadde forhold til en annen kvinne, og paret tok samme høst ut separasjon. Selv om premisset om et tilbakeslag (knyttet til "escape theory") også forelå i 1962, er prosessen som fulgte annerledes på flere punkter.

For det første synes denne å ha hatt lengre tids-

varighet enn hva tilfellet var sommeren 1953. Død og suicid tematiseres i Plaths dikt nær fire og en halv måned før hennes død. Videre uttrykker hun nå en åpenbar ambivalens. Mens dagboknotatene og brevene fra 1953 beskriver en brått innsettende prosess som varte i halvannen måned, preget av vedvarende fortvilelse og manglende evne til å se løsninger, formidlet Plath i sine siste måneder tidvis optimisme, og var i stand til å uttrykke fremtidsplaner helt frem til få dager før hun døde. Hennes ambivalens overfor livet kan spores flere steder, så som i "Mystic", datert 1. februar 1963.

Som dagboknotater og *The Bell Jar* forteller om aggresjon overfor moren i 1953, kan tilsvarende følelser tolkes ut av "Medusa" og "Lesbos", skrevet i oktober 1962. Samme år hadde Plath i noen dikt uttrykt sterkt sinne overfor en mannsperson, sannsynligvis ektefellen. Begge prosesser inneholder altså elementer av en aggresjon primært rettet mot utenforstående, et moment som har vært vektlagt i psykodynamisk forståelse av suicid.

Det er likevel en forskjell at Plath i dagboknotater fra sommeren 1953 så tydelig gir uttrykk for selvbebreidelse og selvdevaluering. Også moren bemerker i sin kommentar til de publiserte brevene hvordan Plath på den tiden omtalte seg på en anklagende og nedsettende måte. At aggresjonen kan "vendes innover" har vært grunnleggende i psykodynamisk forståelse av suicid, og også den kognitivt pregede "escape theory" har selvanklage ("self-blame") som premiss (Thorvik, 2008; Baumeister, 1990).

Ingen av diktene Plath produserte fra september 1962 og frem til sin død synes å gi uttrykk for dette. I den grad aggresjon rettet mot seg selv kan spores,





I så vel egne opptegnelser som i *The Bell Jar* forteller Plath hvordan hun sommeren 1953 ikke var i stand til å skrive annet enn et par dagboknotater. (...) Dette står i sterk kontrast til den skriveevnen Plath utviste de siste månedene av sitt liv, da hun produserte dikt som fortsatt gir henne en plass i verdenslitteraturen.

må den i psykodynamiske termer ses som projisert, ved at forfatteren i flere dikt setter seg selv i en offerposisjon, der andre utøver aggresjon mot henne. At noen dikt forteller om en endret og fremmedgjort kroppsopplevelse, kan tolkes som en manifestasjon av aggresjon rettet mot egen kropp.

En sammenligning mellom forsøket i 1953 og det endelige suicidet i 1963 viser også en annen og vesentlig forskjell; I så vel egne opptegnelser som i *The Bell Jar* forteller Plath hvordan hun sommeren 1953 ikke var i stand til å skrive annet enn et par dagboknotater. Hun beskrev også en blokkering av evnen til å lese. Dette står i sterk kontrast til den skriveevnen Plath utviste de siste månedene av sitt liv, da hun produserte dikt som fortsatt gir henne en plass i verdenslitteraturen.

#### Idealet om perfeksjon

Plath kretser i flere av sine siste dikt om temaet død og dødens innhold. Den åpenbare "merging fantasy" som presenteres i *The Bell Jar* synes likevel ikke å være til stede. Tvert om gis døden slik den presenteres i diktet "Getting There" et (bokstavelig) skremmende ansikt. At glemselens elv eller gudinne nevnes avslutningsvis, kan tolkes som uttrykk for et ønske om å unnsnippe egenopplevd psykisk smerte. Fra og med november – diktet "Death & Co" inntreier imidlertid en endring. Døden skildres delvis som en nedbrytende eller katabolsk tilstand, men samtidig som noe marmerert, kaldt og "perfekt".

Streben mot perfeksjon, "det perfekte", var grunnleggende i Plaths liv. Så vel dagbøker som brev forteller om svært høye ambisjoner og forhåpninger til fremtiden. Samme tematikk er gjennomgående i hennes skjønnlitterære produksjon. Suicidforsøket i *The Bell Jar* har åpenbar sammenheng med at hovedpersonen

ikke har lyktes å realisere et prosjekt. I diktet "Suicid off Egg Rock" fra 1959 beskrives en mann stående i "a landscape of imperfections", som trekkes mot glemsel og smertefrihet, representert ved havet og drukningsdøden.

"Death & Co" markerer et skille, ved at Plath i månedene som fulgte flere ganger skulle tematisere dødens "perfekte" natur. I det påfølgende "The Fearful" brukes formuleringen "dead and perfect, like Nefertiti". Også "The Munich Mannequins" formidler hvordan det perfekte har en kald og livløs kvalitet. Denne gangen er det ikke oldtidens vakre dronning Nefertiti som er motiv, men nåtidige menneskedukker, "naked and bald in their furs". Plaths monumentale slutt-dikt "Edge" tar ikke utgangspunkt i "perfekte" dødsmasker, byster eller dukker, men portretterer en kvinne som nylig har vært i live og nå er gjort "perfekt" i døden.

Det er i denne sammenhengen nærliggende å trekke paralleller til Binswangers kasuistikk om Ellen West. Generelt synes West å ha hatt mange likhetstrekk med Plath. Også hun hadde som ung hatt tanker om livets forgiengelighet og meningsløshet. Som Plath i 1953 tenderte hun mot selvanklaging, og utøvde som hovedpersonen i *The Bell Jar* sportsaktiviteter med intendert risiko for å skade seg. Mest påfallende er likevel hvordan også West på slutten av sitt liv hadde fantasier om døden som et møte med imaginære skikkelser, herunder det Binswanger omtaler som en "erotisk-estetisk" kvinnefigur. Som hos Plath synes også Wests eksistensielle ideal om perfeksjon og triumf å omformes til en forestilling om døden som noe estetisk (Binswanger, 1944/1994, s. 153).

I "Death & Co", fullført knappe tre måneder før hun døde, hadde Plath etter eget utsagn forsøkt å anskueliggjøre dødens "dobbelte natur". Døden frem-



**ARNE THORVIK**  
er spesialist i psykiatri PhD  
og redaksjonsmedlem  
i Suicidologi.

stilles delvis som en forråtnelsesprosess, men også som noe marmorert og kaldt. Flere av diktene hun skrev i månedene som fulgte skulle ha døden som tema, men da med en vektlegging av det sistnevnte: dødens "perfekthet". At dødens øvrige aspekter ble tonet ned i bevisstheten, indikerer en kognitiv innskrenkning. Tatt i betraktning at død reelt sett innebærer en nedbryting – ikke perfeksjon – av kroppen, blir innskrenkningen etter hvert så markant at den kan betegnes som realitetsbristende.

### Hva denne kasuistikken eksemplifiserer

Plaths suicidforsøk i 1953 er forenlig med så vel "escape theory" som psykodynamiske modeller. Det er relevant å vise til at observasjon er teoriladet, og nevnte modeller ikke er uforenlige.

Selv om elementer av psykodynamisk og kognitiv forståelse er anvendelige, fremstår prosessen som gikk forut for suicidet i 1963 som kvalitativt annerledes enn prosessen som ledet til forsøket i 1953.

Plath ble etter suicidforsøket i 1953 vurdert som ikke-psykotisk i tradisjonell forstand, men hadde en fiksert forestilling om ikke å ha noen fremtid. Forut for suicidet i 1963 beskrev hun derimot fremtidsplaner, samtidig som diktene viser en realitetsbrist om å bli "perfekt i døden".

På den måten eksemplifiserer kasuistikken suicidalitet som et fenomen som kan ha ulike ytringsformer og tidsvarigheter på forskjellige tidspunkter hos samme individ.

Plath hadde gjennom livet et ideal om perfeksjon. Forståelse av suicidalitet på individnivå kan ikke bare baseres på generell teoridannelse. Individets verdi-grunnlag må også legges til grunn.

### Referanser

- Alexander, P.** (1999). *Rough Magic – A Biography of Sylvia Plath*. Cambridge: Da Capo Press.
- Alvarez, A.** (1972). *The Savage God – A Study of Suicide*. New York: Random House.
- Baumeister, R. F.** (1990). Suicide as Escape From Self. *Psychological Review*, 97(1), 90–133. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.97.1.90>.
- Becker, J.** (2002). *Giving Up. The Last Days of Sylvia Plath*. UK: Ferrington.
- Binswanger, L.** (1944/1994). Der Fall Ellen West. I: *Ausgewählte Werke, Band 4*, (s. 73–209). DE: Asanger. (Engelsk oversettelse: The Case of Ellen West. I: R. May, E. Angel & H. F. Ellenberger (Red.), *Existence*. New York: Basic Books, 1958).
- Egeland, M.** (1997). *Sylvia Plath*. Oslo: Gyldendal.
- Freud, S.** (1908). Der Dichter und das Phantasieren. I: *Gesammelte Werke*; 7: 213–223.
- Hale, R.** (1991). Suicidal acts. I: J. Holmes (Red.), *Textbook of Psychotherapy in Psychiatric Practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Hayman, R.** (1991). *The Death and Life of Sylvia Plath*. London: William Heinemann.
- Høyersten, J. G.** (2000). De uærlige, de uvitende og de gale kunstnere – psykopatografien og andre veier til kunstnerens sjel. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120, 1173–1178.
- Koren, Y. & Negev, E.** (2008). *A Lover of Unreason. The life and Tragical Death of Assia Wevill*. UK: Da Capo Press.
- Kukil, K. V.** (2000). *The Journals of Sylvia Plath*. London: Faber and Faber.
- Maltsberger, J. T.** (1993). Confusions of the Dody, the Self, and Others in Suicidal States. I: A. Leenaars (Red.): *Suicidology. Essays in Honor of Edwin S. Shneidman*. London: Jason Aronson.
- Plath, S.** (1963/1966). *The Bell Jar*. London: Faber and Faber.
- Plath, S.** (1976). *Letters home* (Red.: A. S. Plath). London: Faber and Faber.
- Plath, S.** (1981). *Collected poems*. London: Faber and Faber.
- Plath, S.** (2000). *Johnny Panic and the Bible of Dreams*. New York: Harper Perennial.
- Stevenson, A.** (1990). *Bitter Fame. A Life of Sylvia Plath*. London: Penguin.
- Thorvik, A.** (2008). Å stå på Freuds skuldre: hovedlinjer i psykodynamisk forståelse av suicid. *Suicidologi*, 13(3), 5–9. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.1965>.
- Van Orden, K. A., Lynam, M. E., Hollar, D. & Joiner Jr, T. E.** (2006). Perceived burdensomeness as an indicator of suicidal symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 457–467. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9057-2>.
- Wagner-Martin, L.** (1987). *Sylvia Plath. A Biography*. New York: St. Martin's Press.

Kartleggingssystemet

# Olafprisen 2022 har blitt delt ut



6. september 2022 ble Olafprisen tildelt Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Kartleggingssystemet er etablert av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) ([www.uio.no/kartlegging](http://www.uio.no/kartlegging)) på oppdrag for Helsedirektoratet. Hensikten er å sikre en løpende oversikt over alle selvmord under og etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus, beskrive omstendigheter rundt hendelsene og systematisk kartlegge hva som kjennetegner disse pasientene.

Juryen pekte på at kartleggingssystemet har stilt spørsmål ved dagens behandlingstilbud i ungdomsbefolkningen og avdekket forbedringsområder, for eksempel i tilbudet til gutter.

## – Et viktig bidrag til forebygging

– Ingen tiltak er beskrevet, men for å forbedre noe, må svakhetene bli kjent. Oppfølging er viktig. Derfor er kartleggingssystemet et viktig bidrag til forebygging av selvmord i ungdomsbefolkningen, sa Berit Grøholt, professor emerita ved Institutt for klinisk medisin,

Universitetet i Oslo og medlem i fagutvalget som innstilte prisvinneren.

Organisasjonen LEVE deler ut Olafprisen hvert år til en person som har utmerket seg innen kunnskapsformidling, forskning eller annet opplysningsarbeid for å forebygge selvmord blant barn og unge. Prisen blir delt ut ved LEVEs årlige selvmordsforebyggende seminar i forbindelse med markeringen av Verdensdagen for selvmordsforebygging, som er 10. september.

## Mennene i sentrum

Tema for årets seminar var selvmordsforebygging blant menn. På seminaret var det flere programposter: Den ideelle organisasjonen ROM Seminarer arrangerte en samtale mellom helsesykepleier Per Arthur Andersen, som driver Oslos første helsestasjon for gutter, og Bjarte Malum, som er utdannet vernepleier og jobber som foredragsholder og kursleder.

Seniorrådgiver Egil Haga ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) presenterte resultater fra folkeopplysningsprosjektet i Østfold som har vært spesielt rettet mot menn og som nå videreføres i andre regioner.

I tillegg ble tilbudet «Livslosen» ved Diakonhjemmet sykehus presentert. Dette er et lavterskeltilbud rettet mot personer med selvmordsrisiko. Det tilbys utenfor det ordinære helsevesenet, og gjestene får oppleve nærvær, aktivitet og emosjonell støtte.



Kartleggingssystemet ved Fredrik A. Walby, Martin Ø. Myhre, Ebba Giil og Helene Astrup.



Lavterskeltilbudet «Livslosen» ved Diakonhjemmet sykehus ble presentert, det er rettet mot personer med selvmordsrisiko.



Seminaret ble ledet av generalsekretær Knut Harald Ulland i LEVE.





# Selv mord i litteraturen

ANMELDT AV KIM LARSEN

Suicidologien som vitenskap er i utgangspunktet svært bredspektret. Siden selvmord har forekommet til alle tider, i alle kulturer, og har så tragiske følger, er temaet også utførlig behandlet utenfor en vitenskapelig diskurs, slik som i kunsten. Selvmord er tema i noen av vår kulturs mest kjente litterære verker. Selvmord står for eksempel sentralt i handlingen i flere av William Shakespeares og Henrik Ibsens skuespill. Eksempler på sentrale romaner er Goethes *Den unge Werthers lidelser* (1774/2010) og Leo Tolstoys *Anna Karenina* (1878/2002). På denne bakgrunn er det lett å bli nysgjerrig på en bok med tittelen *Suicide in Modern Literature. Social Causes, Existential Reasons, and Prevention Strategies*. Interessen blir ytterligere potensert av at bokens redaktør i forordet forsikrer oss om at: «...modern narratives based on fiction can serve the purpose of understanding better the phenomenon of suicide, its most inaccessible impulses, and that has the potential to prevent suicide» (s. vi).

Boken er delt inn i tre deler. Del en, *Social causes of suicide in modern fictional literature*, består av fire kapitler som omhandler amerikansk litteratur og fire

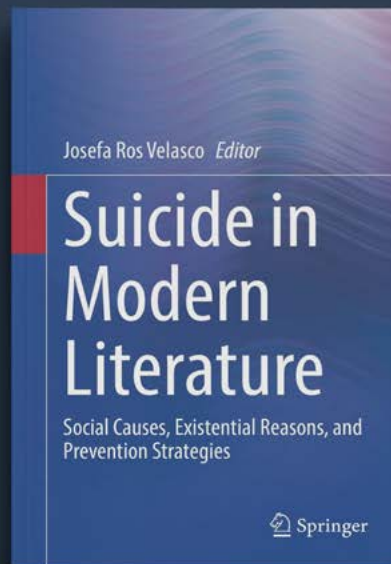
kapitler som omhandler europeisk litteratur. Tidsperioden er det siste hundreåret. Her sikter man mot å se selvmord i en sosiokulturell kontekst, og vekten er lagt på forfattere som er mindre kjent selv for erfarne lesere. Selv om verkene som omhandles er skjønnlitteratur eller skuespill, bygger noen av dem på reelle hendelser og personer, og disse kapitlene gir derved også faktisk informasjon som bakgrunnsinformasjon for analysen av verkene. I denne sammenheng er særlig kapittelet om Joyce Carol Oates sitt skuespill *Blonde*, som handler om Marilyn Monroe (Norma Jean Mortensen, 1926–1962), interessant. Monroes selvmord med en overdose medikamenter 36 år gammel var ikke en plutselig og uforståelig hendelse på bakgrunn av en suksessrik karriere og et spennende og lykkelig liv slik det noen ganger fremstilles i tabloidpressen. Moren Gladys led av paranoid schizofreni og var institusjonalisert mye av Marilyns oppvekst. Marilyns far var ukjent for henne og hun bodde som barn først hos slektninger av moren, deretter i en serie fosterhjem og til slutt på barnehjem. Også som voksen opplevde hun massive påkjenninger, gjennom fire

JOSEFA ROS VELASCO  
(RED.):

# Suicide in Modern Literature

Social Causes, Existential Reasons, and Prevention Strategies

Springer. 2021  
ISBN: 978-3-030-69391-6



ekteskap og det å være kvinnelig skuespiller i datidens Hollywood – med sine tilhørende snevre og begrensende kjønnsnormer. Hun utførte fem alvorlige selvmordsforsøk og hadde et omfattende medikamentmisbruk bak seg forut for selvmordet i august 1962. Morens tilstand krevde nærmest kontinuerlig opphold på institusjon også etter Marilyn's død, og dette blir finansiert av midler fra Marilyn's arv, helt til moren døde i 1984. Marilyn får da den rollen at hun blir en slags omsorgsyter for sin mor også etter sin død. Andre deler av formuen gikk til Anna Freud-senteret i London og ble brukt til forskning og tiltak på forsømte og traumatiserte barn, som Marilyn selv hadde vært i sin egen barndom.

I del to, *Existential and psychological reasons for suicide in modern fictional literature*, skifter bokens innhold markant. Redaktøren beskriver noe av vinklingen på følgende måte: «The image of the solitary



**Selv mord er tema i noen av vår kulturs mest kjente verker.**

intellectual, who possesses a high sensibility as well as high reflection levels, who is continually struggling with self-analysis and psychological speculations, and who feels the absurdity of life, on the one hand,

and longs for a deeper sense and transcendence, on the other, might get caught up in an existential crisis that leads to suicide» (s. xi–xii). Særlig er kapitlene om Miguell de Unamuno (1864–1936) og William Styron (1925–2006) svært interessante. Miguel de Unamuno ser selvmord som drevet frem av menneskets eksistensielle ensomhet og kommunikasjonsens umulighet.

Men en smerte over livet («despair») kan også være kilden til å gjøre livet bedre og mer innholdsrikt («more vigorous»), samt at «many of the greatest heroes, perhaps the greatest of all, have been men of despair and by that despair they have accomplished their mighty works» (s. 163). Det er lett å komme på både statsmenn (Abraham Lincoln, Winston Churchill)



og kunstnere (Lord Byron, Gustaf Frøding) av denne heltetypen. Et annet svært interessant kapittel handler om William Styron. Han er mest kjent for sin bok *Sofies valg* som senere ble filmatisert. Styron opplevde en invalidiserende og livstruende depresjon, og skrev med den lille boken *Darkness Visible. A Memoir of Madness* (1990) kanskje den beste førstehåndsskildringen av depresjon som er skrevet. En viktig grunn til at Styron skrev boken var reaksjonene som kom på Primo Levis, (f. 1919) selvmord i 1987. Levi hadde (så vidt) overlevd konsentrasjonsleirene under annen verdenskrig, og var, frem til sin død, en svært kreativ og allsidig forfatter. Han ble et symbol på at det, selv etter å ha opplevet forferdelig ondskap, var håp om å finne tilbake til et kreativt og meningsfylt liv. På denne bakgrunn oppstod det mange negative reaksjoner på Levis, selvmord; han som hadde vært et symbol på håp for så mange bidro med sitt selvmord til å slukke dette håpet, slik at «ondskapen vant». Styron kommenterer i en artikkel i *The New York Times* hvor urettferdig han synes disse anklagene var i lys av at Levi mot slutten av sitt liv hadde lidd av en alvorlig depresjon, og dette var også motivasjonen for å skrive boken om sin egen depresjon. *Darkness Visible. A Memoir of Madness* er nesten skremmende godt skrevet. Et eksempel: «...the grey drizzle of horror induced by depression takes on the quality of physical pain. But it is not an immediately identifiable pain, like that of a broken limb. It may be

more accurate to say that despair, owing to some evil trick played upon the sick brain by the inhabiting psyche, comes to resemble the diabolical discomfort of being imprisoned in a fiercely overheated room. And because no breeze stirs this cauldron, because there is no escape from this smothering confinement, it is entirely natural that the victim begins to think of oblivion [ ... ]. there should be no more reproof attached [to suicide] than to victims of terminal cancer». (s. 207/211).

I del tre, *Suicide prevention strategies of modern fictional literature*, lover redaktøren som vanlig ganske mye når hun skriver at forfatterne i denne delen vil «examine the power of literature itself and concrete literary works as preventive tools for suicide ideation» (s. xiv). Vi starter ut med et kapittel om Paulo Coelho roman *Veronica vil dø*, hvor den 24 år gamle Veronica blir innlagt i psykiatrien etter å ha tatt en overdose sovepiller for å dø. Når hun våkner etter overdosen, forteller sjefpsykiateren dr. Igor en terapeutisk kraftfull løgn til

Veronica; at overdosen dessverre har påført henne irreversible skader på hjertet slik at hun kun har kort tid igjen å leve. Dette er rent oppspinn, men dr. Igors sjokkerende løgnterapi har en frapperende effekt på Veronica, som begynner å elske livet mer enn noen gang. Hun forelsker seg i den schizofrene medpasienten Eduard, tar opp igjen pianospillingen hun likte så godt som barn, finner dyp glede i naturen, osv. Hvor



**Bokens styrke  
er den betydelige bredden  
i tematikk.**

Veronica tidligere har funnet livet meningsløst og kjedelig, viser det seg at dr. Igors inngripen har satt i gang selvforsterkende gode sirkler som leder til en dyp livsglede for Veronica. Neste kapittel handler om Joost Zwagerman (1963–2015) som var en svært media-profilert nederlandsk forfatter og deltaker i debatten om aktiv dødshjelp (som har vært lovlig i Nederland siden 2001) og som selv døde ved suicid. Deretter får vi et kapittel om *13 Reasons Why* og debatten som fulgte i kjølvannet av denne TV-serien, og et kapittel om den kinesisk-amerikanske forfatteren og immunologen Yiyun Li, hennes litterære metaforer om selvmord og sammenhengen mellom hennes litteratur og liv. Boken avsluttes med en beskrivelse av et litterært skrivese-minar med temaet *Writing on love and loss*; om hvordan det å skrive om egne tap (slik som nærstående persons selvmord og død) kan fungere terapeutisk, og hvordan dette kan ivaretas innenfor rammen av en akademisk klasseromssituasjon.

Som det forhåpentligvis fremgår av det jeg har valgt ut, er det mange interessante glimt i denne boken. Men dette må nok likevel sees på bakgrunn av at boken som helhet dessverre etterlater et mer «midt-på-treet»-aktig inntrykk, som ikke står i forhold til redaktørens urealistiske lovnader i bokens forord. Dens hybrid-kategori mellom litteraturvitenskap og suicidologi tenderer totalt sett til å være mer interessant for dem som primært er interessert i skjønnlitteratur. Men det suicidologiske innholdet i boken øker etter hvert utover i boken, noe som gjenspeiles av at jeg har valgt å gi en mer fyldig omtale av den siste halvdelen av boken. Kvaliteten på kapitlene varierer markant, noe som vel kanskje er uunngåelig i denne

typen artikkelsamlinger. *Suicide in Modern Literature. Social Causes, Existential Reasons, and Prevention Strategies* er på en måte hederlig nok og gir noen gode eksempler på hvor fruktbart skjæringspunktet mellom skjønnlitteratur og suicidologi kan være. Dens styrke er den betydelige bredden i tematikk. Mengden av denne typen bøker er fra før ikke så stor, men den er av høy kvalitet. Derfor er det lett å komme på andre fremstillinger som gir mer rikholdige analyser av tematikken; både Kay Redfield Jamisons *Touched with Fire. Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament* (1994) og Andrew Bennetts *Suicide Century: Literature and Suicide from James Joyce to David Foster Wallace* (2017) vil være mer hensiktsmessige bøker å starte med dersom en er interessert i feltet.

---

#### Referanser

- Bennett, A.** (2017). *Suicide Century: Literature and Suicide from James Joyce to David Foster Wallace*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Coelho, P.** (1998/1999). *Veronica vil dø*. Oslo: Ex Libris Forlag.
- Goethe, XX** (1774/2010). *Den unge Werthers lidelser*. Oslo: Gyldendal.
- Jamison, K. R.** (1994). *Touched with Fire. Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament*. New York: Free Press Paperbacks.
- Styron, W.** (1990). *Darkness Visible. A Memoir of Madness*. New York: Random House.
- Tolstoy, L.** (1878/2002). *Anna Karenina*. Oslo: Gyldendal.





UNIVERSITETET  
I OSLO

# Utdanning i Forlenget sorg-terapi (FST)

Forlenget sorgforstyrrelse er en intens og langvarig form for sorg som ikke blir bedre med tiden og som preger den sørgendes tanker og atferd så sterkt at det i vesentlig grad reduserer livskvalitet og funksjonsnivå. Forlenget sorgforstyrrelse forekommer hos 7 prosent av alle som opplever tap av nærstående. Det er betydelig høyere forekomst hos foreldre som har mistet barn, samt ved plutselig og voldsom død.

Forlenget sorg-terapi (FST) er en relativt ny evidensbasert psykoterapiform utviklet for å hjelpe etterlatte der sorgprosessen har gått i stå og der det har utviklet seg sykdomssymptomer.

NSSF tilbyr FST-utdanning med oppstart ca én gang i året. Utdanningen går over totalt fem dager, fordelt på to samlinger og inkluderer veiledning mellom samlingene.

→ Les mer på  
[www.uio.no/fst](http://www.uio.no/fst)

NSSF



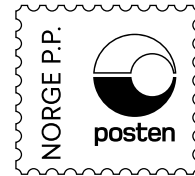
Nasjonalt senter for  
selvmordsforskning  
og -forebygging

# Møter, kurs og konferanser 2023

<b>Hele året</b>	Vivat-kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» holdes gjennom hele året på ulike steder i Norge
<b>25.–26. januar</b>	Forlenget sorg terapi-utdanning, del 1, Oslo
<b>30. januar–3. februar</b>	Utdanning i Dialektisk atferdsterapi, del 2, Oslo
<b>9.–10. mai</b>	12. nasjonale konferanse om selvmordsforskning og -forebygging, Oslo
<b>6.–8. juni</b>	Forlenget sorg terapi-utdanning, del 2, Oslo
<b>22.–25. oktober</b>	Suicide Research Summit, IASR / AFSP Congress, Barcelona, Spania
<b>23.–27. oktober</b>	Utdanning i Dialektisk atferdsterapi, del 1, Oslo

Se  
[www.selvmord.no](http://www.selvmord.no)  
for mer informasjon

RETURADRESSE:  
Nasjonalt senter for selvmordsforskning  
og -forebygging,  
v/ Universitetet i Oslo,  
Postboks 1171 Blindern,  
0318 Oslo



# Innhold

suicidologi nr. 2/2022

- 4 **Død, sorg og ritualer under pandemien – I hvilken grad har Covid-19 påvirket faren for isolasjon og ensomhet i sorgprosesser ved sykdom og død?**  
Av Knut Andersen
- 14 **Selv mord i 2020 under Covid-19 pandemien – En drøfting av noen effekter i befolkningen og i risikogrupper**  
Av Fredrik A. Walby, Martin Ø. Myhre og Ebba Giil
- 26 **Sammenhengen mellom atferdsmønstre, responskontingent forsterkning og depressive symptomer hos studenter under Covid-19-pandemien**  
Av Mia Aasland og Martin Ø. Myhre
- 40 **Ingen ventet at Lars Ove skulle ta sitt eget liv**  
Av Silje Pileberg
- 48 **Menn er overrepresenterte i sjølv mordsstatistikken. No skal dei under lupa**  
Av Silje Pileberg
- 51 **Vil øke befolkningens kunnskap om selvmordstematikk**
- 52 **Selv mord og menn – Må vi snakke om følelser**  
Av Jon Schultz
- 60 **Resultat frå folkeopplysingskampanje: Menn er ikkje upåverkelige**  
Av Silje Pileberg
- 64 **Då skjermen vart redninga**  
Av Silje Pileberg
- 70 **Å høre sammen – erfaringer i pandemien ved et lavterskeltilbud på telefon og internett**  
Av Hilde Lillestøl, Lene Bergset og Inger Hymen
- 78 **The woman is perfected: Suicidal prosess i Sylvia Plaths tekster**  
Av Arne Thorvik
- 96 **Kartleggingssystemet: Olafprisen 2022 har blitt delt ut**
- 98 **Bokanmeldelse: Selvmord i litteraturen**  
Anmeldt av Kim Larsen
- 103 **Møter, kurs og konferanser**



ISSN: 1501-6994