Religion - en beskyttende faktor ved selvmord

Ved Lakshmi Vijayakumar

Evnen til å tenke, evnen til å ta sitt liv og evnen til å utøve religiøs tro er særtrekk ved mennesket som skiller det fra andre levende vesener. Derfor er det neppe overraskende at dette er tett sammenvevde egenskaper. Selvmord er en svært personlig og individuell handling, likevel framtrer det i rammen av et sosiokulturelt miljø. Religion er en viktig del av dette miljøet på den vis at den påvirker tanker, trosoppfatninger, atferd og handlinger.

På forskjellige måter fungerer religion som en beskyttende faktor ved selvmord. Dette skjer både på individuelt og samfunnsmessig nivå. Durkheims (1897/1951) tankevekkende studie om sosial integrasjon og selvmord var forløperen for en rekke senere studier som viser at religion og religiøsitet opptrer som en beskyttende faktor mot selvmord (Stack 1983a, 1983b, Lester 1987). Tre sosiologiske teorier, alle med relasjon til Durkheims arbeider, har forsøkt å forklare sammenhengen mellom religion og selvmord. Durkheims teori om sosial integrasjon er basert på to religiøse dimensjoner – nærmere bestemt på fellesskapet omkring religiøse oppfatninger og på ritualer. Mengden og hyppigheten av delte religiøse oppfatninger og ritualer påvirker direkte individets underkastelse av gruppens normer, og reduserer sannsynligheten for individuelle destruktive handlinger. Det faktiske innholdet i trosoppfatningene blir vurdert som sekundært. Teorien om religiøs hengivelse hevder at det er tilstrekkelig å dele kun noen få sentrale livreddende trosoppfatninger (f. eks. bønn og troen på liv etter døden) for å bevirke reduksjon av selvmordsrisikoen (Stack 1983a). "Nettverksteorien" (Pescosolido og Georgianna 1990) argumenterer for at kirkelige strukturer som bygger opp under vennskapsbånd og som fremmer samhandling mellom medlemmene, fremstår som en viktig kilde til sosial støtte, og at sosial støtte igjen reduserer selvmordsrisikoen. De nevnte teorier om religion og reduksjon av selvmordsrisiko har både tilhengere og kritikere.

Religiøsitet kan også bidra til å redusere selvmordsrisiko på individnivå. Alle verdens religioner understreker betydningen av håp. Håpløshet er en viktig prediktor for selvmord. Tro minsker opplevelsen av håpløshet og reduserer suicidal atferd. Suicidale personer er ofte sinte, agiterte og har forstyrret tenkning. Bønn, sang, meditasjon, yoga etc. har ofte en beroligende virkning og reduserer derigjennom angst og agitasjon. Mennesker som er fortrolige med slike aktiviteter eller ritu-

aler, vil gjerne benytte dem når de kjenner seg opprørte eller er stilt overfor kriser, noe som vil kunne øke deres mestrings-evne. Opplevelsen av ekstrem håpløshet eller fremmedgjøring kan også reduseres ved vissheten om at Gud er tilstede. Troen på Karma hjelper til med å akseptere livets forgjengelighet, noe som ligger utenfor personens kontroll og som gjør at man opplever håpløshet. Troen på liv etter døden (eller en himmel) hjelper til med å bære byrden av menneskelig lidelse med styrke, og man tåler dagliglivets problemer i forvisning om en bedre framtid.

Nye tall fra WHO (Bertolote 2001) avslører at de høyeste selvmordsratene finnes i "ikke-religiøse" land (tidligere kommunistiske stater og Kina), hvor religiøsitet ikke blir oppmuntret av myndighetene. På den annen side viser tallene at selvmordsratene er lavest i land hvor religion spiller en betydningsfull rolle, slik som i muslimske land. Det er et invertert forhold mellom religiøsitet og selvmordsrater. Trovato (1992) fant at prosentandelen av befolkningen som i kanadiske provinser rapporterte å være uten religiøs tilhørighet, var sterkt relatert til selvmordsraten blant unge i 1971 og 1981. I en studie som inkluderte 261 kanadiske regioner (eg. skattedistrikter), medførte en 10 % økning i andelen av befolkningen uten religiøs tilhørighet (et tegn på lav religiøs deltakelse/forpliktelse) en 3,2 % økning i selvmordsraten (Hasselbach et al. 1991).

Å dø og å bli en ensom sjel uten noen å vende seg til er uforenlig med den konfucianske vektlegging av familiesolidaritet. Selvmord har en lang historie og er av gammel opprinnelse i kinesisk kultur. Det har blitt forbundet med vekslende dynastier, brennende lojalitet og moralsk protest. I den moderne kinesiske kommunistiske ideologi har religion ingen betydningsfull rolle. Kina har en selvmordsrate på 16,1 (WHO 1999), med en uten side-stykke høy rate blant kvinner. Den høye selvmordsraten i Kina kan muligens forklares med at tradisjonell kinesisk kultur har en tvetydig innstilling til selvmord,

og med mangelen på beskyttende faktorer som finnes i religion.

I samfunn hvor man tror på "Den store ånd", som amerikanske indianerstammer (selvmordsrate 19.0), og blant aboriginene i Australia finner man høy selvmordsrate. Jain-tilhengere (øst-indisk religiøs gruppering) utgjør en betydelig religiøs minoritet i India og andre steder. De er sterke tilhengere av ikke å ta noen form for liv. De avstår til og med fra å spise poteter, gulrøtter eller løk siden dette medfører at plantene må dø. Religiøse selvmord er godkjent i jainismen. Deres munkers sulter seg selv til døde, og prosessen omtales som sallekhana.

Sammenhengen mellom religiøsitet og selvmordstanker, selvmordsforsøk og holdninger til selvmord har vært undersøkt i mange forskningsarbeider. Denne artikkelen setter søkelys på forholdet mellom religion og gjennomførte selvmord.

Kristendommen

Det gamle testamente omtaler 10 selvmord på en temmelig nøktern måte, uten å sensurere. De mest kjente personene er Saul og Samson, mens Judas er velkjent fra skriftene i Det nye testamente. I de første århundrer etter Kristus vokste det fram en religiøs fordømmelse av selvmord, og Augustin var den mest fremtredende og innflytelsesrike motstander av selvmord. Majoriteten av forskning knyttet til religion og selvmord er utført i kristne land godt understøttet av tilgangen på omfattende og pålitelig datamateriale.

Katolisismen inntar en avvisende holdning til selvmord, siden det er betraktet som synd å ta liv. Katolisismens fremhevelse av troen på et liv etter døden virker også som en motvekt mot selvmord. Videre er det slik at religiøse seremonier som dåp og nattverd etc. er sosiale hendelser som styrker båndene mellom familie og venner. Katolske land som Italia (8.1), Portugal (6.7), Brasil (3.5) og Argentina (6.6) har lave selvmordsrater sammenliknet med andre land i den utviklede del av verden, bl.a. mange protestantiske land.

Durkheims påstand om at katolisismen skulle beskytte mot selvmord mens protestantismen skulle forverre situasjonen med hensyn til beskyttelse mot selvmord, har mottatt blandet støtte (Stack 2000). Det finnes studier som kan tyde på at prosentandelen katolikker i befolkningen er forbundet med lav selvmordsrate (Burr et al. 1994), mens andre studier framviser motstridende resultater (Pescosolido og Georgianna 1989). Når vi ser på kjønnsforskjeller, er de små i katolske land, noe som altså viser at kvinner i katolske land relativt sett har en høyere selvmordsrate enn i protestantiske land. Ny forskning av Pritchard og Baldwin (2000) viser at på tross av den katolske kirkes strenge forbud mot selvmord er selvmordsraten høyere blant eldre (over 75 år) i Italia, Spania og Portugal enn den er i Storbritannia og de skandinaviske land. Unntakene her er det ortodokse Hellas og det katolske Irland. Vi kan altså oppsummere med at selvmordsraten generelt er lavere i katolske enn i protestantiske land, med unntak for de eldre og kvinnene, som har en relativt sett høyere selvmordsrate enn forventet.

I befolkningsgrupper hvor menigheter preget av tette nettverk og bånd står sterkt, som for eksempel lutheranere, metodister, den reformerte kirke, baptister og syvende dags adventister, finner vi også lavere selvmordsrate. Blant amerikanere har svarte tradisjonelt lavere selvmordsrate enn hvite, og religion er muligens den mest fremtredende beskyttende faktor i denne gruppen (Gibbs 1997).

En indeks (indikator) på religiøs deltakelse og forpliktelse er kirkebesøk. Fluktasjoner i rater over kirkebesøk i 1970 viste parallelle bevegelser i selvmordsratene i forskjellige subgrupper som hvite, svarte, menn og kvinner (Stack 1983b). Girard (1988) fant at når man kontrollerer for prosentandelen svarte amerikanere, forsvinner sammenhengen mellom medlemskap i kirkesamfunn og selvmord i 50 amerikanske stater.

Det er svært få studier på individnivå omkring religion og selvmord. Maris (1982) fant at det var mindre sannsynlig at personer som hadde tatt sitt liv og personer som hadde gjort forsøk på å ta sitt liv, hadde deltatt i kirkebesøk og annen religiøs aktivitet enn de i kontrollgruppen.

Sorri (1996) undersøkte religiøsitet blant selvmordere i Finland ved hjelp av psykologisk autopsi. Selv om det i studien ikke var lagt inn spørsmål om religiøs tilknytning, ble informasjon om dette innhentet via kasusbeskrivelser. Aktiv og åpen utøvelse av religion ble funnet hos 18 % av dem som hadde tatt sitt liv. Innleggelse i psykiatrisk avdeling, psykose og depressiv lidelse ble funnet å være vanligere i denne gruppen. Forfatterne peker i denne sammenheng på at graden av psykisk lidelse trolig må være mer uttalt før selvmord forekommer i gruppen av religiøse mennesker.

Islam

Koranen sier: "Det er ikke opp til den enkelte sjel å dø uten ved Guds tillatelse... Lev i tråd med Allah og ikke kast deg i fortapelse ved egen hånd (IV 33)." Muhammed avviste å begrave en selvmorder, og hans eksempel er etablert som lov i Islam. Islam forfekter at selvmord er en utilgivelig synd. Islam pålegger også sine tilhengere strengere regler for atferd og regimer for religiøs tilbedelse. I følge statistisk materiale fra WHO (1999) har muslimske land som Egypt (0,1), Iran (0,2), Syria (0,1) og Kuwait (1,8) svært lave selvmordsrater. Underrapportering må imidlertid forventes på grunn av religiøse tabu, juridiske implikasjoner og de formidable utfordringer som er forbundet med å samle et pålitelig datamateriale. Daradkeh (1989) foretok en studie av 219 selvmord i Jordan (1980–1985). Han fant den høyeste selvmordsraten i aldersgruppen 15–34 år, og at 60 % av dem som var med i studien, tidligere hadde mottatt psykiatrisk behandling. Simpson og Conklin (1989) sammenliknet selvmordsraten i kristne og muslimske land ved å analysere data fra 71 nasjoner. Resultatet viste at selvmordsratene generelt var lavere i islamske enn i kristne land. Tyrkia er et av de meste sekulariserte muslimske land og har en lav selvmordsrate på 2,4. Forklaringen på dette er trolig knyttet både til religion og tette familiære bånd (Sayil 1997). Muslimer som lever i ikke-muslimske land som Fiji, England og Sør-Afrika, har også lav selvmordsrate sammenliknet med folk som tilhører andre religioner (Khan 1998). Selv i det multikulturelle og sekulariserte Singapore har malayere, som i hovedsak er muslimer,

den laveste selvmordsraten sammenliknet med kinesere og hinduer.

I Egypt (Okasha 1981) og Sudan (Goldney et al. 1998) er høy forekomst av selvmordstanker ikke reflektert i høye selvmordsrater. Dette kan muligens forstås dithen at selv om det finnes suicidale personer i muslimske samfunn, skjer det ikke så ofte selvmord der siden religionen så sterkt fordømmer det.

Jødedommen

Jødernes lovkodeks gir et absolutt forbud mot selvmord, men beretningen om masse-selv mordet i Masada blir ofte trukket fram som et eksempel på jødisk tenkesett. Jøder over hele verden har lav selvmordsrate. Selvmordsraten i Israel har holdt seg relativt stabil siden 1955 og var i 1996 5,4 (WHO 1999). Levav (1989) sammenliknet selvmordsrater blant jøder mellom Israel og et utvalg europeiske og nordamerikanske land og fant at selvmordsraten i gjennomsnitt er lavere i Israel. Jøder av østeuropeisk opprinnelse hadde imidlertid høyere selvmordsrate. Pescosolido (1990) fant at jødedommens beskyttende virkning var mer fremtredende i de nordøstlige deler av USA enn i de sørlige delstater.

Buddhismen

Selv mord er både kritisert og tolerert i de gamle buddhistiske skrifter. Buddhismen betrakter selvmord verken som synd eller tabu. Selv mord kan enkelte ganger betraktes som bevis på mot og ære. Det overrasker derfor ikke at buddhistiske land som Japan (19,3) og Sri Lanka (31,0) har høye selvmordsrater. (Forskjellige former av selvmord slik som harakiri, shinju og junshi er velkjent i Japan.) Thailand har en lav selvmordsrate på 4,0. Det finnes et populært ordspråk som brukes blant thailendere, og som sier: "Om man tar sitt liv, så bli man dømt til å leve i helvete like lenge som fem hundre mannsaldre."

Hinduismen

Den dominerende religion i India er hinduismen. Hinduer utgjør dessuten en betydelig minoritet i land som Malaysia, Fiji, Sør-Afrika og Singapore. Ifølge hinduismen er det endelige mål for menneskeheten å bryte båndene til den verdslige eksistens. Upanishadene og Vedabøkene som uttrykker essensen av den hinduistiske filosofi, fordømmer selvmord. Ifølge Ghita sies det: "Man skal verken ønske liv eller død." Selv om de gamle skrifter ikke støtter selvmord, inneholder de tallrike eksempler på at selvmord glorifiseres. I Dharmashastra (boken om moralregler og atferd) er det et eget kapittel med tittelen "Tillatelige selvmord". Noen av disse "tillatte selvmord" gjelder som soning for forbrytelser som mord, incest etc., og en troende person kan på denne måten starte "livets store reise" (Mahaparasthana, som er å vandre i nordøstlig retning eksisterende kun på vann og luft inntil kroppen faller til ro). Praktiseringen av suttee (enkebrenning) og jauhar (brenning av alle kvinner i familien eller endog hele stammen) var også utbredt i India. Hinduismen fordømte individuelle selvmord, men tilga religiøst betonte selvmord.

Det er ikke overraskende at selvmordsraten i India er 11,3 / 100 000. Hinduer i Malaysia (Maniam 1988), Fiji (Price og Karim 1975) og Storbritannia (Soni Raleigh et al. 1990) har også høy selvmordsrate.

Det ofte debatterte spørsmål er; – er det nettverket i de religiøse samfunn eller er det den individuelle tro som beskytter mot selvmord? I hinduismen tilhører man intet spesielt tempel (menighet). Det finnes tallrike guder og gudinner, og enhver kan gå til hvilket tempel man måtte ønske på det tidspunktet man selv ønsker. Det er ingen geografiske eller samfunnsmessige grenser for et tempel. Prestenes (Pujari) plikt er å være i tempelet og ofre til guddommen. De ser ikke til de syke, de forkynner ikke, og de besøker ikke familier for å tilby støtte. Kort sagt har de en svært begrenset sosial rolle i samfunnet. Til forskjell fra kirkelige aktiviteter som søndagsskole og sangkor, er det få samfunnsmessige eller sosiale aktiviteter knyttet til templene. Folk går til templene når de har anledning.

Figur I. Selvmordsrater (/100 000 pr. år) og religiøs tro

Det finnes flere grunner til å anta at det innen hinduismen er enkeltindividets tro som er avgjørende, og ikke så mye det sosiale nettverk som bidrar til å redusere selvmordshyppigheten.

Religiøsitet og selvmord i Chennai, India

Forskningsresultater med data på individnivå om religiøs tro og selvmord er det lite av, og derfor ble følgende studie iverksatt i den hensikt å øke forståelsen av denne sammenhengen i India.

En befolkningsbasert kasus-kontrollstudie ble gjennomført i sone IX (befolkning 328 700) i Chennai, India. 100 selvmord fra det definerte opptaksområdet ble studert og sammenliknet med 100 personer i en kontrollgruppe av personer fra avdødes nabolag. Man benyttet psykologisk autopsimetodikk. Det ble justert for alder og kjønn (for mer informasjon om metodologiske spørsmål, se Vijayakumar og Rajkumar 1999). Et detaljert forhåndsdesignet spørreskjema som inneholdt spesifikke spørsmål om religiøs tro, religiøs tilknytning eller endring i denne, og hyppighet av besøk på steder for tilbedelse ble benyttet for å vurdere religiøsitet. Psykopatologi ble vurdert ved hjelp av SCID (Spitzer et al 1992) for DSM-III-R, akse I diagnose. Personlighetsforstyrrelse ble vurdert ved hjelp av Standardised Assessment of Personality (SAP) (Pilgrim et al. 1993).

Nøkkelinformanter ble identifisert, og ved 90 (90 %) av selvmordene og ved 89 (89 %) av kontrollgruppen hadde informantene levd sammen med den undersøkte i mer enn tre år, noe som øker påliteligheten av dataene. Hinduer utgjorde 87 personer (87 %) i undersøkelsesgruppen og 96 (96 %) personer i kontrollgruppen.

Det var 10 (10 %) kristne personer i undersøkelsesgruppen og 2 (2 %) i kontrollgruppen. For muslimer var disse tallene henholdsvis 3 (3 %) og 2 (2 %).

Figur II. Religiøsitet og selvmord (prosentvis fordeling)

Signifikante forskjeller ble funnet mellom selvmordsgruppen og kontrollgruppen. De personer som hadde tatt sitt liv hadde vist mindre tro på Gud, hadde endret sin religiøse tilknytning og sjeldnere besøkt steder for religiøs tilbedelse (Fig. II). Besøkhypighet på steder for religiøs tilbedelse ble brukt som objektivt mål for religiøsitet (Fig. III). Odds ratio for manglende tro på Gud var 6,83 (CI 2,88 – 19,69). Tilstedeværelse eller fravær av personlighetsforstyrrelse var ikke forbundet med religiøsitet. Ved akse I-lidelser var det imidlertid forskjeller mellom troende og ikke-troende (Fig. IV).

Hinduismen

Den dominerende religion i India er hinduismen. Hinduer utgjør dessuten en betydelig minoritet i land som Malaysia, Fiji, Sør-Afrika og Singapore. Ifølge hinduismen er det endelige mål for menneskeheten å bryte båndene til den verdslige eksistens. Upanishadene og Vedabøkene som uttrykker essensen av den hinduistiske filosofi, fordømmer selvmord. Ifølge Ghita sies det: "Man skal verken ønske liv eller død." Selv om de gamle skrifter ikke støtter selvmord, inneholder de tallrike eksempler på at selvmord glorifiseres. I Dharmashastra (boken om moralregler og atferd) er det et eget kapittel med tittelen "Tillatelige selvmord". Noen av disse "tillatte selvmord" gjelder som soning for forbrytelser som mord, incest etc., og en troende person kan på denne måten starte "livets store reise" (Mahaparasthana, som er å vandre i nordøstlig retning eksisterende kun på vann og luft inntil kroppen faller til ro). Praktiseringen av suttee (enkebrenning) og jauhar (brenning av alle kvinner i familien eller endog hele stammen) var også utbredt i India. Hinduismen fordømte individuelle selvmord, men tilga religiøst betonte selvmord.

Det er ikke overraskende at selvmordsraten i India er 11,3 / 100 000. Hinduer i Malaysia (Maniam 1988), Fiji (Price og Karim 1975) og Storbritannia (Soni Raleigh et al. 1990) har også høy selvmordsrate.

Det ofte debatterte spørsmål er; – er det nettverket i de religiøse samfunn eller er det den individuelle tro som beskytter mot selvmord? I hinduismen tilhører man intet spesielt tempel (menighet). Det finnes tallrike guder og gudinner, og enhver kan gå til hvilket tempel man måtte ønske på det tidspunktet man selv ønsker. Det er ingen geografiske eller samfunnsmessige grenser for et tempel. Prestenes (Pujari) plikt er å være i tempelet og ofre til guddommen. De ser ikke til de syke, de forkynner ikke, og de besøker ikke familier for å tilby støtte. Kort sagt har de en svært begrenset sosial rolle i samfunnet. Til forskjell fra kirkelige aktiviteter som søndagsskole og sangkor, er det få samfunnsmessige eller sosiale aktiviteter knyttet til templene. Folk går til templene når de har anledning.

Figur I. Selvmordsrater (/100 000 pr. år) og religiøs tro

Det finnes flere grunner til å anta at det innen hinduismen er enkeltindividets tro som er avgjørende, og ikke så mye det sosiale nettverk som bidrar til å redusere selvmordshyppigheten.

Religiøsitet og selvmord i Chennai, India

Forskningsresultater med data på individnivå om religiøs tro og selvmord er det lite av, og derfor ble følgende studie iverksatt i den hensikt å øke forståelsen av denne sammenhengen i India.

En befolkningsbasert kasus-kontrollstudie ble gjennomført i sone IX (befolkning 328 700) i Chennai, India. 100 selvmord fra det definerte opptaksområdet ble studert og sammenliknet med 100 personer i en kontrollgruppe av personer fra avdødes nabolag. Man benyttet psykologisk autopsimetodikk. Det ble justert for alder og kjønn (for mer informasjon om metodologiske spørsmål, se Vijayakumar og Rajkumar 1999). Et detaljert forhåndsdesignet spørreskjema som inneholdt spesifikke spørsmål om religiøs tro, religiøs tilknytning eller endring i denne, og hyppighet av besøk på steder for tilbedelse ble benyttet for å vurdere religiøsitet. Psykopatologi ble vurdert ved hjelp av SCID (Spitzer et al 1992) for DSM-III-R, akse I diagnose. Personlighetsforstyrrelse ble vurdert ved hjelp av Standardised Assessment of Personality (SAP) (Pilgrim et al. 1993).

Nøkkelinformanter ble identifisert, og ved 90 (90 %) av selvmordene og ved 89 (89 %) av kontrollgruppen hadde informantene levd sammen med den undersøkte i mer enn tre år, noe som øker påliteligheten av dataene. Hinduer utgjorde 87 personer (87 %) i undersøkelsesgruppen og 96 (96 %) personer i kontrollgruppen.

Det var 10 (10 %) kristne personer i undersøkelsesgruppen og 2 (2 %) i kontrollgruppen. For muslimer var disse tallene henholdsvis 3 (3 %) og 2 (2 %).

Figur II. Religiøsitet og selvmord (prosentvis fordeling)

Signifikante forskjeller ble funnet mellom selvmordsgruppen og kontrollgruppen. De personer som hadde tatt sitt liv hadde vist mindre tro på Gud, hadde endret sin religiøse tilknytning og sjeldnere besøkt steder for religiøs tilbedelse (Fig. II). Besøkhypighet på steder for religiøs tilbedelse ble brukt som objektivt mål for religiøsitet (Fig. III). Odds ratio for manglende tro på Gud var 6,83 (CI 2,88 – 19,69). Tilstedeværelse eller fravær av personlighetsforstyrrelse var ikke forbundet med religiøsitet. Ved akse I-lidelser var det imidlertid forskjeller mellom troende og ikke-troende (Fig. IV).

Figur III. Religiositet og selvmord (prosentvis fordeling)
Hvor ofte oppsøker du steder for religiøs tilbedelse ?

Figur IV. Religion og psykiatrisk lidelse hos personer som har gjort selvmord (n=100) (prosentvis fordeling)

Alkoholikere (og stoffmisbrukere) i selvmordsgruppen var mindre religiøse. Blant de troende var det 11 personer (23 %) som ikke fikk noen akse I-diagnose. Det var overraskende at 11 personer (11 %) i selvmordsgruppen hadde mistet sin tillit eller tro på Gud i løpet av i de tre siste måneder før selvmordet. Alle disse fikk en akse I-diagnose (alkoholisme 4, depresjon 2, tilpasningsforstyrrelse 2 og annet 3).

Studien kan tyde på at personlig tro er en beskyttende faktor, og at nylig tap av tro er en risikofaktor for selvmord.

Konklusjon

Sammenhengen mellom religiositet og selvmord er antakelig svært kompleks, og derfor er det behov for studier som kan utforske de forskjellige sidene ved dette spørsmålet i tiden som kommer. Det virker imidlertid som det på bakgrunn av de studier vi kjenner, er grunnlag for å trekke slutningen at religion kan virke som en sterk beskyttende faktor mot selvmord.

Dr. S. Radhakrishnan har uttalt:
"Toleration is the homage which the finite mind pays to the inexhaustibility of the Infinite".

Lakshmi Vijayakumar er privatpraktiserende psykiater i Chennai, Syd-India og jobber dessuten ved Sneha, et krisesenter-tiltak drevet av frivillige, som hun grunnla i 1992. Hun er også rådgiver for WHO i spørsmål angående forebygging av psykisk uhelse, og hun er 1. visepresident i IASP, International Association for Suicide Prevention.

Referanser

- Bertolote J. XXI Congress of IASP Chennai, 2001.
Burr J., McCall P. and Powell-Griner E. **Catholic religion and suicide**. Social Science Quarterly 1994; 75: 300-18.
Daradhek T.K. **Suicide in Jordan 1980-85**. Acta Psychiatrica Scandinavica 1989; 79 (3): 241-44
Durkheim E. **Suicide: a study in sociology**. Glencoe II: Free Press, 1897 / 1951. - (Original work 1897).
Figures and facts about suicide. Geneva: W.H.O., 1999.
Gibbs J.T. **African American suicide: a cultural paradox**. Suicide & Life Threatening Behaviour 1997; 27 (1): 68-79.
Girard C. **Church membership and suicide reconsidered comment on Breault**. American Journal of Sociology 1988; 93: 1471-79.
Goldney R.D., Harris L.C., Badri A., Michael S. and Fisher L. **Suicidal ideation in Sudanese women**. Crisis 1998; 19 (4): 154-58.
Hasselbach P., Lee K.J., Yang M., Nicole R. and Wigle D. **The relationship of suicide rates to sociodemographic factors in Canadian census divisions**. Canadian Journal of Psychiatry 1991; 36: 655-59.
Khan M.M. **Suicide and attempted suicide in Pakistan**. Crisis 1998; 19 (4): 172-76.
Lester D. **Cross national correlation among religion, suicide and homicide**. Sociology and Social Research 1987; 71: 103-104.
Levav I., Aisenberg A. **The epidemiology of suicide in Israel: international and intranational comparisons**. Suicide & Life Threatening Behaviour 1989; 19 (2): 184-200.
Maniam T. **Suicide and parasuicide in a hill resort in Malaysia**. British Journal Psychiatry 1988; 153: 222-25.
Maris R. **Pathways to suicide: a survey of self destructive behaviour**. Baltimore: John Hopkins University Press, 1982.
Okasha A. **Proceedings of 11th Congress of I.A.S.P.** Paris: 1981 - s. 85-91.
Pescosolido B.A. Georgianna S. **Durkheim, suicide and religion: toward a network theory of suicide**. American Sociological Review 1989; 54: 33-48.
Pescosolido B.A. **The social context of religious integration and suicide**. The Sociological Quarterly 1990; 31 (3): 337-57.

Pilgrim J.A., Mellors J.D., Boothby H.A. and Mann A.M. **Inter rater and temporal reliability of the Standardized Assessment of Personality and the influence of important characteristics**. Psychological Medicine 1993; 3: 779-86.

Price J. and Karim I. **Suicide in Fiji: a 2 year study**. Acta Psychiatrica Scandinavica 1975; 52 (3): 153-59.

Pritchard C. and Baldwin D. **Effect of age and gender on elderly suicide rate in Catholic and orthodox countries: an inadvertent neglect?** International Journal of Geriatric Psychiatry 2000; 15 (10): 904-10.

Sayil I. **Review of suicide studies in Turkey**. Crisis 1997; 18 (3): 124-27.

Simpson M.E. and Conklin G.H. **Socio-economic development. Suicide and religion: a test of Durkheim's theory of religion and suicide**. Social forces 1989; 67 (4): 945-64.

Soni Raleigh V., Bulusu L. and Balarajan R. **Suicide among immigrants from the Indian sub-continent**. British Journal of Psychiatry 1990; 156: 46-50.

Sorri M., Henricksson M., Lonnquist J. **Religiosity and suicide : findings from a nationwide psychological autopsy study**. Crisis 1996; 17 (3): 123-27.

Spitzer R.L., Williams J.B.A., Gibbon M. and First M.D. **The structured clinical interview for DSM III R (SC ID)**. Archives of General Psychiatry 1992; 49: 624-29.

Stack S. **The effect of decline in institutionalized religion on suicide 1954 and 1978**. Journal for the Scientific Study of Religion 1983a; 22: 239-52.

Stack S. **The effect of religious commitment on suicide : a cross national analysis**. Journal of Health and Social Behaviour 1983b; 24: 362-74.

Stack S. **Suicide : a 15-year review of the sociological literature part II**. Suicide & Life Threatening Behaviour 2000; 30 (2): 163-76.

Trovato F.A. **Durkheimian analysis of youth suicide in Canada 1971 and 1982**. Suicide & Life Threatening Behaviour 1992; 22: 413-27.

Vijayakumar L. and Rajkumar S. **Are risk factors of suicide universal? A case-control study in India**. Acta Psychiatrica Scandinavica 1999; 99: 407-11.

(Oversatt av Dag Willy Tallaksen, SSFF)