

Lunds Universitet

Socialhögskolan

Magisterprogrammet socialt arbete 61-80 p

SOA 205 C

Höstterminen 2001

Nära döden –
Men hur nära familjen?

Hur bemöter vi ungdomar som inte vill leva längre....?

Författare: Christina Carlsson

Handledare: Kjell Hansson

Växjö februari 2002

1. Abstract

The aim of this study was to examine the reasons for children to attempt suicide. My questions were:

- How did the child describe the way of the suicide attempt ?
- The family situation of the child ?
- Did the child has a connection to a social worker before the suicide attempt ?
- The reasons for the suicide attempt given in the child psychiatry journal ?
- Did the whole family get psychoterapy, or was it only the child who got individual psychotherapy?

The study is based on 42 children/youth, who came to the Child Psychiatric Clinic in Växjö during the year 1998 and 1999, with the contact based on the suicide attempt.

The results of the study:

- Most of the children lived with both parents.
- The mainly reason for attempt suicide was that the child was in some sort of conflict to his/hers parents. Other reason was for example separation from boyfriend/girlfriend, or depression.
- It wasn't any difference between children who hade a connection with a social worker before the suicide attempt. 18 children had a contact before, 24 not.
- Most of the psychotherapy given to the children after the suicide attempt, was with the whole family, in a family therapy.
- 25 % of the children did only meet a child psychiatric staff member 1 time.

<u>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</u>	sid
1. Abstract	2
2. Innehållsförteckning	3
3. Inledning	5
4. Bakgrund	6
5. Vad är självmord/självordsförsök	8
6. Orsaker till självmordsbeteende	10
6.a Biologiska riskfaktorer	10
6.b Psykiatriska och psykologiska problem	13
6.c Familjeteorier	13
6.d Vad är depression ?	16
6.eUtlösande faktorer	19
6.f Stress	19
7. Historik	20
8.a Vad är psykisk hälsa ?	21
8.b Hur uppfattar ungdomar döden ?	24
9. Förekomst	25
10. Hur vanligt är det med självmordstankar och självmordsförsök hos ungdomar ?	29
11. Men Kronobergs län – Hur ligger vi till i självmordsstatistiken ?	31
12.Hur kan man bemöta suicidnära ungdomar ?	31
13. Hur kan man förebygga självmord och självdestruktivt beteende ?	33
14. Vad är familjeterapi ?	35
15. Syfte	36

16. Metod	36
17. Vem söker sig till Barn- och Ungdomspsykiatri i Kronobergs län?	37
18. Resultat	40
19. Diskussion	48
20. Referenser	53

"Men vem ska trösta Knyttet med att säga ungefär på natten blir det hemska mycket värre än det är."

Tove Jansson

3. INLEDNING

Självordshandlingar har som ett av de stora hälsoproblemen fått uppmärksamhet under senare år, såväl internationellt som nationellt. Årligen dör *en miljon människor* i världen till följd av självmord. Både i Sverige och i världen arbetas det för självmordsprevention. I och med att regeringen accepterade WHO:s program "Hälsa för alla år 2000" har Sverige 1984 förbundit sig, att utveckla en aktiv självmordsprevention. Det finns även alldeles färskt riksdagsbeslut från januari 2001, om att riktlinjer för självmordsprevention *i skolan* ska implementeras i Sverige, och här i landet är det Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, som ges detta förtroende att driva och utvärdera denna process. (Wasserman 2001) Svenska barns kroppsliga hälsa står sig väl i ett historiskt och internationellt perspektiv, däremot är det inte en lika positiv utveckling vad gäller den psykosomatiska hälsan. *Fler* svenska 15-åringar har psykosomatiska och stressrelaterade symtom år 2001, än i mitten av 1980-talet. Flickorna uppger mer symtom än pojkarna. Flickor bedömer sin livskvalitet som sämre än pojkarna. Såväl alkohol som experimenterande med narkotika ökar bland ungdomar. (Folkhälsorapporten 2001)

Köerna till barn- och ungdomspsykiatri ökar markant runt om i landet, samtidigt som resurser till skolhälsovården inom skolan minskas. I södra Sverige har antalet unga som söker psykiatrisk hjälp fördubblats sedan 1990. (DN 991124) Mellan 10-15 % av alla svenska barn söker barnpsykiatrisk konsultation någon gång under uppväxten. (Folkhälsorapporten 2001)

En tonåring per vecka tar livet av sig i Sverige (Beskow 2000). Denna siffra är hög, kan tyckas onödigt hög. Tonåringar, som istället skulle kunna bejaka livet och leva vidare. Att göra *ett* suicidförsök är en riskfaktor för att försöka igen, och kanske lyckas. Vi vet även att det första året efter ett suicidförsök, har ungdomen större risk att återfalla i ett självdestruktivt beteende. En suicidriskbedömning, som görs i ett akut läge vid ett suicidförsök, är därför angelägen så till vida att den ligger till grund för fortsatt uppföljning och behandling. I

Sverige har antal suicid minskat så att det idag är ca 1600 personer totalt årligen som avslutar sitt liv genom suicid. Någon minskning av antal suicid, för gruppen yngre mellan 15-17 år är det dock inte, den ligger kvar på samma nivå som för 20 år sedan. (Wasserman 2001). Det är om denna grupp unga suicidförsökare som denna studie handlar. Gruppen är 42 st tonåringar i åldern 11-18 år, och som blivit aktuella vid Barn- och Ungdomspsykiatriska kliniken i Växjö under 1998 och 1999 pga sin suicidhandling, eller haft en behandlingskontakt redan etablerad vid BUP och under denna behandlingstid gjort ett suicidförsök.

4. BAKGRUND

1994 ingick jag i en arbetsgrupp inom den vuxenpsykiatriska kliniken i Växjö som under några år hade till uppgift att utforma ett vårdprogram för självmordsnära personer. Vårdprogrammet hade som syfte att ange lokala riktlinjer för att ett gott omhändertagande av suicidnära personer skulle kunna ske. Som enda socionom i denna arbetsgrupp såg jag det angeläget att hela tiden ha ett familjeperspektiv med vid utformandet av detta vårdprogram. Detta skulle då innebära att *familjen*, i samma utsträckning som patienten själv, erbjuds familjesamtal/anhörigsamtal. Då suicid och suicidförsök är en problematik som engagerar hela familjen kan man utgå från att det finns behov av att samla hela familjen för att samtala och bearbeta den uppkomna krissituationen. Med familjesamtal menas här att erbjuda krisintervention till hela familjen utifrån familjens behov. I vårdprogrammet nämndes även att i den mån det förekom barn i familjen till en suicidnära förälder skulle särskild vikt läggas vid att informera och stödja dessa barn/ungdomar. Från ett annat projekt där jag varit delaktig och ansvarig, Maskrosprojektet, som riktat sig till barn till psykiskt sjuka föräldrar i Växjö, har jag också lärt mig att de barn som är mer eller mindre involverad i sin förälders suicidförsök eller suicidhot oftast har stort behov av att få sina frågor kring suicidförsöket besvarade. En ökad begriplighet för vad som händer ens förälder har stor betydelse för barnets välbefinnande. Barn som varit involverade i en förälders suicidförsök känner ofta skuld och skam inför det inträffade och kan även känna en stark otrygghet inför framtiden. Detta behöver tas upp i familjesamtal för att klargöra hur föräldern tänker så att man kan ge barnet trygghet. Även med tanke på att föräldrars sätt att lösa konflikter är en modell för hur barn hanterar problem är familjesamtal att föredra för att hjälpa föräldrar till tydligare och bättre problemlösningsstrategier. Barn som varit indirekt eller direkt involverad i sin förälders självmordshandling löper större risk än andra barn att lösa konflikter genom suicidförsök än andra barn och ungdomar. (Stöd i självmordskriser 1996)

Jag har en grundläggande uppfattning att suicid och suicidförsök har en stark relationell innebörd, vilket föranleder mig att tro att inte enbart patienten utan att hela det sammanhang som patienten befinner sig i bör erbjudas professionell behandling. Vi lever och utvecklas i nära relationer. Genom suicidala handlingar kommunicerar patienten till sitt sammanhang, att hon eller han är i behov av insats i någon form. Forskning har även visat att i familjer där en vuxen person försökt suicidera, förekommer ofta relationsproblem varför tanken med familjeintervention även får stöd. (Magne-Ingvar, 1999). Ett suicidförsök kan ses som ett rop på hjälp, och inte förrän man vet till "vem ropet är ställt" kan man veta att suicidhandlingen eventuellt inte upprepas (Olsson 2001). Suicidala handlingar sker sällan utan förvarning och utan kommunikation till omgivningen. Flera undersökningar bekräftar att de suicidala personerna i stor utsträckning meddelar sina suicidala avsikter till sin närmaste omgivning. (Wasserman 1998)

Under tiden för utformandet av vårdprogrammet vid den vuxenpsykiatriska kliniken, valde en av mina patienter, en ung kvinna, att avsluta terapin hos mig genom att fullborda ett suicid. Denna kvinnliga patient har lärt mig mycket kring suicidala processer, och denna kunskap har gjort mig än mer intresserad av ämnet suicidologi. Som terapeut fick jag härbärgera känslor av skuld och sorg, liknande känslor som jag förmodar att familjen där den suicidnära personen lever/levt också har att kämpa med. Drivkraften för att lära mig mer om suicidologi och om hur man ger familjen strategier att leva vidare när suicidförsök eller suicid inträffat, kommer till stor del av att ha haft en långvarig terapi igång med denna unga kvinna. Att hålla ett vårdprogram levande är en väsentlig uppgift inom verksamheten, som nu åvilar andra ansvariga inom den vuxenpsykiatriska kliniken.

När jag nu sedan fem år tillbaka även har bytt arbete från vuxenpsykiatrisk kurator till familjeterapeut inom barnpsykiatrin, har dock intresset för suicidnära unga/vuxna fått följa med. I vissa avseenden finns skillnader i en vuxens människas suicidhandlingar jämfört med ungdomar, i andra avseenden finns stora likheter.

Vid Barn- och Ungdomspsykiatriska kliniken i Växjö har sedan mitten av 90-talet funnits ett gediget vårdprogram där man klart anger inriktning på behandling vid självmordsnära ungdomar. Det finns ett klar målsättning att erbjuda patienten terapi/samtal men likväl för dennes familj, och familjesamtal kan ses som ett led i att göra den unges självmordsförsök

förståelig för hela familjen. I BUP:s vårdprogram poängteras även att uppföljning av patienter som gjort suicidförsök är en väsentlig del av behandlingen.

5. VAD ÄR SJÄLVMORD OCH SJÄLVMORDFÖRSÖK ?

Själv mord är kort sagt den enda ständiga
Vardagliga, alltid närvarande livsproblemet.

Daniel Stern enligt A. Alvarez 1971

DEFINITIONER

För att klargöra vissa benämningar som förekommer i texten, följer några definitioner som har hämtats från Nationella rådet för självmordsprevention 1996.

Själv mord och **suicid** är synonyma som används omväxlande.

Suicid, kommer av "sui" som betyder "sig själv", och "caedere", som betyder "att dräpa".

Själv mord, en medveten, uppsåtlig, självförvållad, livshotande handling som leder till döden.

Själv mords försök, livshotande eller skenbart livshotande beteende *i avsikt att* sätta sitt liv på spel eller göra intryck av en sådan avsikt men som inte leder till döden.

Själv mordstankar, fantasier, tankar, önskningar om och impulser att begå självmord. Dessa kan utvecklas till avsikter, planer och eventuellt beslut.

Själv mords prevention, åtgärder för att förebygga självmordshandlingar.

Direkt självmordsprevention, självmordspreventiva åtgärder riktade mot självmordsprocesser.

Indirekt självmordsprevention. Själv mords preventiva åtgärder mot bakomliggande problem, såsom psykiska störningar, missbruk, kroppssjukdomar, plötsliga livskriser eller ackumulerade livsproblem. Miljöingripanden mot förekomst och lättillgänglighet av självmordsmedel.

Allmän självmordsprevention, stödjande åtgärder (psykologiska, pedagogiska, sociala) med syfte att stärka människans förmåga att hantera livskriser. Allmänt skadeförebyggande och skadelindrande åtgärder.

Själv destruktivt beteende, samlingsnamn på handlingar, som medför skada eller risk för skada för personen själv, såsom okontrollerat drickande, att bränna sig på cigaretter, skära i kroppsdelar eller utföra självmordshandlingar.

Självordsprocess, utvecklingen från den första allvarliga självmordstanken över eventuella självmordsförsök till fullbordat självmord. Termen betonar utvecklingen över tid. Den antyder också att självmord inte bara inträffar - de har alltid en historia.

Självordsbenägenhet, inställning präglad av avsikter, planer, ev. beslut och impulser att begå självmord.

Självordsnära personer, personer som :

- Nyligen (inom det senaste året)har gjort ett suicidförsök,
- Som har allvarliga självmordstankar och där självmordsrisk bedöms föreligga under den närmaste tiden och
- Personer som utan att ha allvarliga självmordstankar på grund av omständigheter i övrigt bedöms bara i riskzonen för självmord.

Självordsmeddelande, (självmordssignaler, suicidal kommunikation).

Medvetet eller omedvetet yppad självmordsbenägenhet. Meddelanden måste ses i sitt sammanhang för att kunna tolkas som självmordsmeddelanden. Ibland är detta möjligt först i efterhand. Ibland är de mycket tydliga, som vid självmordshot.

Självordsituation, en situation med förhöjd risk för självmordshandling, ex person med egentlig depression eller starkt upplevd kränkning, som tidigare reagerat med självmordsbenägenhet.

Självordsstal, anger antal suicid per 100 000 inv. Suicidal är ett mått som används för att jämföra frekvens av suicid så att man kan jämföra olika delar av landet och världen i övrigt.

Ja, nog är det svårt när droppar faller,
 Skälvande av ängslan tungt de hänger,
 Klamrar sig vid kvisten, sväller, glider –
 tyngden drar dem neråt, hur de klänger.
 Svårt att vara oviss, rädd och delad,
 Svårt att känna djupet dra och kalla,
 Ändå sitta kvar och bara darra –
 Svårt att vilja stanna och vilja falla.

Karin Boye

6. ORSAKER till självmordsbeteende

Utvecklingen från självmordstankar över till självmordsförsök och självmordshandlingar går att beskriva som *en suicidal process* som vanligtvis har utvecklats under lång tid. De flesta självmord och självmordsförsök inträffar inte plötsligt utan har en lång förhistoria som kan sträcka sig över lång tid. En självmordsprocess inleds med självmordstankar som gradvis kan bli allvarliga. I förgrunden står hur ungdomen upplever sin situation, vilka motiv som finns för att ta sitt liv. Processen ska således ses som en tidsaxel. Bakom finns biologiska, psykologiska och relationella orsaker till reaktionen. Dessa kan indelas i bakgrundsfaktorer och utlösande faktorer. Kombinationen av dessa faktorer och hur den unge upplever dem är mycket betydelsefulla för hur självmordsprocessen utvecklas. Bakgrundsfaktorer leder inte i sig själva till självmordshandlingar men de kan bidra till att en akut smärtsam situation upplevs som outhärdlig (Hultén 2000).

6.a Biologiska riskfaktorer

En biologisk betingad sårbarhet kan barnet ha redan från födseln. Hit räknas ärftliga sjukdomar med ökad risk för självmord, t.ex. allvarliga depressioner och manisk-depressiv sjukdom, men också en del personlighetsdrag. Förändringar i hjärnans signalsystem har delvis ärftlig bakgrund och finns vid depression liksom vid aggressiva och impulsiva självmordshandlingar.

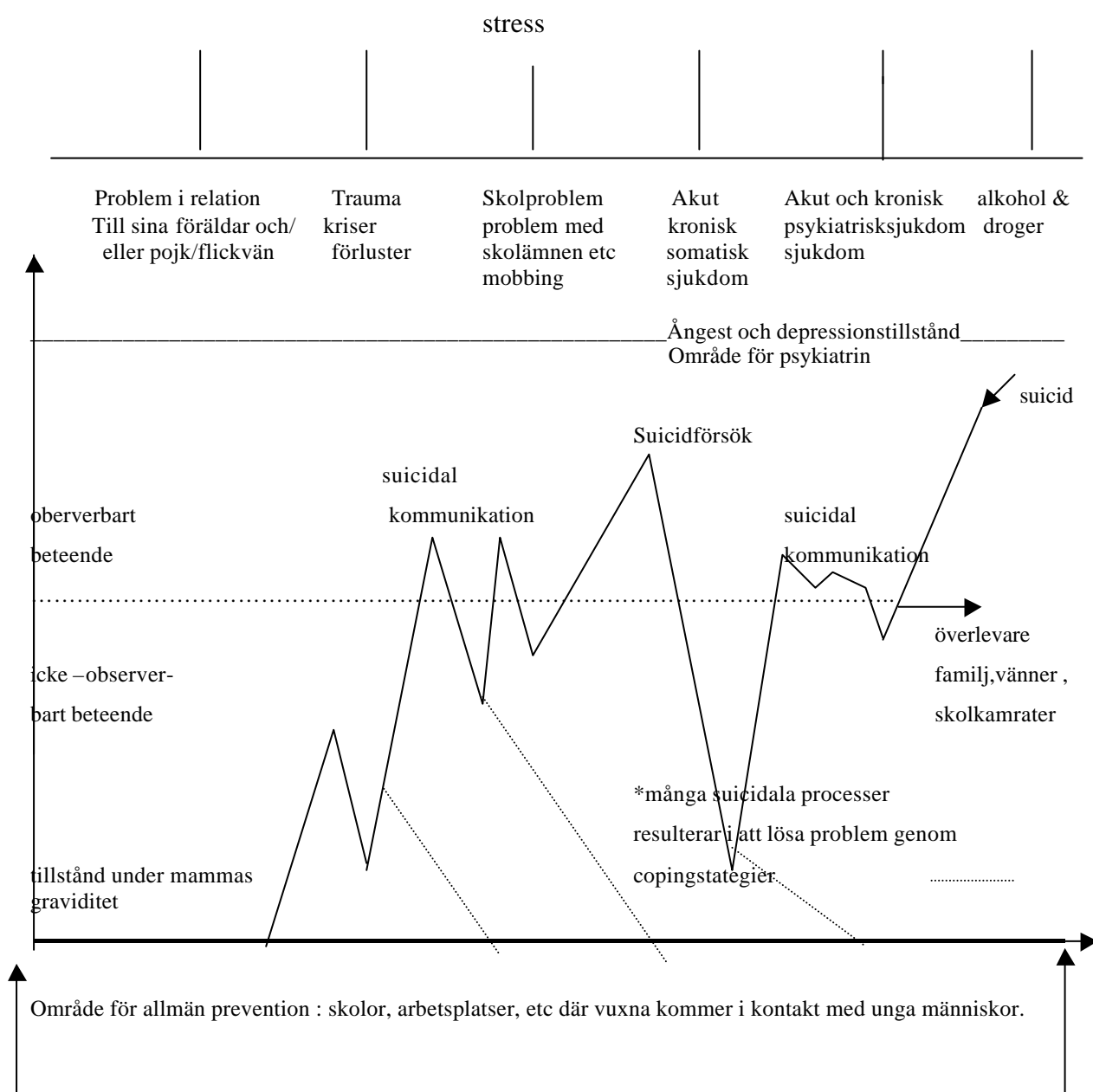
Den förklaringsmodell och strategi som tillämpas i Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa:s arbete stödjer sig på stress-sårbarhetsmodellen som först utvecklades på 1950-och 1960 talen. I modellen beaktas betydelsen av både den genetiskt nedärvda och hos vissa personer under barndomen och senare i livet förvärvade sårbarheten som kan komma till uttryck i självdestruktiva handlingar under stress-fulla omständigheter. Termen suicidal process används för att beskriva utvecklingen från den första allvarliga tanken på självmord till självmordsförsök och till fullbordat självmord. Detta förutsätter att varje självmord har en historia som är mer eller mindre begriplig och värd att studera. I skissen och figuren nedan visas också att för vissa avklingar självmordsproblematiken av sig självt beroende på antingen personens egna strategier att bemästra stressen, dvs vilka copingstragier man kan använda sig av samt av i i vilken mån man får stöd från omgivningen. Stress- och sårbarhetsmodellen visar hur individuella faktorer samverkar tillsammans med miljöfaktorer som ex familjefaktorer. Jag har därför valt att återge denna sårbarhetsmodell, fritt översatt från Hulténs avhandling 2000. Se figur 1.

Intressant är att notera att man har påvisat att *hjärnans strukturer kan påverkas* senare under livet, även om den är välutvecklade vid födelsen. *De kan skadas men har möjlighet att förnyas och repareras.* Centrala nervsystemet är mer dynamiskt och anpassningsbart än man tidigare trott. Utvecklingen sker hela tiden genom ett nära samspel mellan den omgivande närmiljön och det biologiska arvet.

När en sårbar individ utsätts för situationer och händelser som framkallar stress, t.ex svåra kriser och trauman, akut somatisk eller psykiatrisk sjukdom, missbruk, arbetslöshet, förluster av viktiga personer, trakasserier i skolan, andra kränkande situationer översköljs personen av ångest, ledsnad, nedstämdhet, hopplöshetskänslor kopplad till påtagliga fysiologiska reaktioner i kroppen. Om situationen blir långvarig och outhärdlig kan detta leda till självmordshandlingar.(Wasserman)

Figur 1

Stress-sårbarhetsmodellen och utveckling av suicidala processen från suicidal tanke till suicid avseende barn/tonåring (Hultén 2000)



Ångest, ångest är min arvedel.....
Pär Lagerkvist

6.b Psykiatriska och psykologiska problem/riskfaktorer

Mer än 90 % av de ungdomar som begått självmord har haft en depression och /eller haft allvarliga psykologiska och sociala problem ofta kombinerad med missbruk (Beskow 2000) Bland de yngsta i åldern 10-14 år förefaller lek och experimenterande ofta ha förekommit i samband med självmorden. Framför allt pojkars självmord har många gånger överraskat omgivningen eftersom de varit välfungerande, och inte haft kontakt vare sig med sjukvård och socialvård. Ibland har det i efterhand visat sig att ungdomarna varit deprimerade eller haft bristande copingstrategier och därför reagerat kraftigt på känslomässiga påfrestningar ibland har det handlat om rena olyckshändelser vid lek. (Hultén 2000)

Anledningar till att ungdomar försöket ta livet av sig kan vara att få en ändring i en relation, att få återförenas med död anhörig, att komma ur en ohållbar situation, att hämnas.

Fler pojkar än flickor tar livet av sig, 5:1 i övre tonåren.

Ungdomar som gör självmordsförsök ser ofta världen som antingen vit eller svart och man har svårt att kompromissa. Man avskärmar sig från omvärlden, får s.k. " tunnelseende ", vilket minskar deras förmåga att lösa problemen. De som tänker på självmord som lösning på sina problem fokuserar mer på de negativa aspekterna av livssituationen än andra deprimerade ungdomar. Vid stress reagerar de vanligtvis också med isolering, flykt eller utagerande inte sällan genom missbruk vilket gör det svårare för individen att söka hjälp, och svårare för omgivningen att hjälpa. (Hultén 2000)

6.c Familjeteorier

Genom tidigare studier har framkommit att familjemönstret hos en suicidnära person är intensiva dependenta mönster i familjen med rädsla för separation, rädsla att uttrycka egna behov och även svårigheter att förstå andras behov, svårigheter att känna igen och förstå både egna och andras affekter, förnekande av problem, avståndstagande mot den suicidala familjemedlemmen, fientlighet mot varandra, misstänksamhet mot personer och relationer

utanför familjen samt rollförvirring där s.k ”vuxenbarn” är vanligt. (Johnsson-Fridell, Eidevall-Wallin, Miklos-Ljungberg, Träskman-Bendz, Öjehagen)

När konflikter uppstår känner sig de suicidnära personerna oälskade och sårbara och lättväckta i sin aggressivitet. I familjer med suicidnära personer är avsaknaden av en dialog karakteristiskt, ”ett verbalt vakuum”. Oro, spänning och ilska växer i tystnad. Problemen känns mer och mer som oöverstigliga. Det finns också en rädsla hos övriga familjemedlemmar att väcka och provocera fram suicidala impulser genom att man pratar om tankar kring suicid. Ofta förekommer en ambivalens hos den anhörige om man ska fortsätta sin relation. Denna ambivalens genererar tankar på suicid hos patienten vilket i sin tur ökar ambivalensen hos den anhörige. Den anhörige får ta emot suicidal kommunikation och ger stöd tillbaka men känner oftast att deras stöd och hjälp som de gav till den suicidnära familjemedlemmen verkade vara fruktlösa. Anhöriga känner oftast stark skuld. Anhöriga vill ofta bli befriade från ansvar, med detta sägs inte till den suicidnära patienten. Många anhöriga har också psykiatriska problem själva. (Richman 1979)

Genom föräldrar lär sig barnet sociala spelregler och olika sätt att hantera stress.

Motgångar i familjen och svårigheter för ungdomar att inse sin egen roll i familjen förutsår ungdomsdepression i longitudinella studier. Dysfunktion hos familjen och stress, eller psykopatologi hos föräldrar kan relateras till stress och depression hos barnen. Problem med känslan att höra samman med sin familj och familjekonflikter och aggressioner är av betydelse. En avvisande föräldraattityd och hård kontroll har ett samband med barndepression och problematiskt beteende. Deprimerade ungdomar upplever sina relationer till sina föräldrar som svåra och mindre nära, liksom ungdomar med diagnosen conduct disorder. (Hultén 2000)

Majoriteten av ungdomar med suicidalt beteende beskriver sin familj som oengagerad.

Kombinationen av en känsla av icke-stöd, låg självkänsla och depression är skadlig. Suicidala ungdomar har mött mindre stöd, mer förändringar i livet, och mer fysisk och psykisk misshandel. Ungdomar som gör suicidförsök har mer allvarliga sociala problem än yngre skolungdomar. (Hultén 2000)

Barn stimuleras till likhet med föräldrar och upprepar familjens mönster för konfliktlösning, flexibilitet, och sammanhållning både medvetet och omedvetet. Man talar om psykologiska och sociala mönster som "ärvs" från generation till generation. Föräldrars och anhörigas

självordshandlingar kan således fungera som modell för hur barnet senare löser en konflikt. (Hultén 2000)

Många patienter som gjort självmordsförsök har upplevt objektförkluster före 15 års ålder och har saknat emotionellt stöd i föräldrahemmen. De växte upp i instabila, otrygga och kaotiska hem ständig osäkerhet, långa och definitiva separationer, från föräldrar förekom.

(Wasserman)

Likväl som det finns forskning likt ovan beskriven finns även forskning som försöker klarlägga faktorer hos barnet självt och i familj och övrig omgivning vilka kan kompensera för olika risksituationer (Cederblad et al, 1994,)

Man har funnit att vissa temperaments- och personlighetsdrag utmärker de s.k " maskrosbarnen" dvs barn som tycks ha förmåga att utvecklas väl även i torftiga och skadliga miljöer. Dessa barn har ofta hög socialbilitet dvs de är socialt tillgängliga, och har god samarbetsförmåga. De är vänliga och öppna. De beskrivs ofta som aktiva och initiativrika. De är självständiga, med gott självförtroende, och en förmåga att aktivt ta itu med och lösa sina problem. Dessa barn har visat sig ha åtminstone normalbegåvning och förmåga att utveckla något uppslukande intresse, en hobby eller någon skapande verksamhet som att spela, måla eller skriva. Humor och en optimistisk grundsyn har också noterats. Om inte barnen haft en god relation till åtminstone den ena föräldern har de funnit någon betydelsefull vuxen som barnet kunnat utveckla en förtroendefull och varaktig relation till. Det kan ha varit ett vuxet syskon, faster, morbror, morföräldrar eller en granne, lärare eller idrottsledare. (Cederblad 1994)

Den vanligaste omedelbara anledningarna till den naturliga nedstämdheten vid depressioner hos barn och ungdomar är t.ex. *förlust* av en förälder, annan anhörig eller någon särskilt älskad person, besvikelser och traumatiska livshändelser.

Förlust av en person som ungdomen älskat och stått nära kan utlösa en depression. Till exempel när ett kortvarig eller långvarig sexuell relation upphör, kan utlösa nedstämdhet. Att mista, eller höra hot om separation är också en förekommande anledning.

Traumatiska livshändelser som psykisk eller fysisk misshandel, sexuellt utnyttjande, mobbning är viktiga orsaker till depression hos barn och ungdomar. Föräldrarnas missbruk eller långvarig psykisk eller kroppslig sjukdom, relationsproblem i familjen, familjens ekonomiska problem är också exempel på andra negativa livshändelser som påverkar den unges hälsa och välbefinnande.

Olika typer av besvikelser i livet kan utlösa en depression hos ungdomen. Man kanske får sämre betyg än beräknat eller känner sig sviken av någon person som betyder mycket.

Det har visat sig i undersökningar att en mycket stor del av de som begått suicidala handlingar har i vuxen ålder har tidiga objektförluster bakom sig.(Wasserman 1990) Det är även välkänt att den högsta enskilda riskfaktorn för eget suicid är att ett försök gjorts tidigare eller att någon närstående suiciderat.(Johnsson-Fridell,E. m.fl 1994)

Orkar du inte ett steg mera,
 Inte lyfta ditt huvud,
 Dignar du trött under hopplös gråhet-
 Tacka då nöjd de vänliga, små tingen,
 Tröstande, barnsliga.
 Du har ett äpple i fickan,
 En bok med sagor där hemma-
 Små, små ting, föraktade
 I den tid, som stålade levande
 Men milda fästen under de döda timmarna.

Karin Boye

6.d Vad är depression?

Eftersom suicidförsök är mycket vanliga i den depressiva sjukdomsbilden finns anledning att beskriva diagnosen utifrån DSM IV.

De två vanligaste diagnosystem för psykiska sjukdomar, som används inom såväl forsknings- som kliniska sammanhang är DSM och ICD. Båda dessa system står under ständig vidareutveckling och nya versioner arbetas fram fortlöpande. De versioner som används för närvarande är DSM IV som kom 1994 och ICD-10 som kom 1992.

Bakom diagnosystemet DSM står American Psychiatric Association. Förkortningen DSM står för Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Jag har använt mig av kortversionen Mini-D IV. Depression ingår under kategorin förstämningssyndrom. Till förstämningssyndromen räknas depressiva syndrom, bipolära syndrom, förstämningssyndrom orsakat av somatisk sjukdom/skada och substansbetingat förstämningssyndrom.

Depressiva syndrom

Diagnosen baseras på begreppet egentlig depressionsperiod. Det innebär att personen under minst två veckor har varit nedstämd och visat klart minskat intresse för eller minskad glädje av alla eller nästan alla aktiviteter. Dessutom förekommer flera av följande kriterier: betydande viktnedgång utan att avsikligt banta eller viktuppgång inklusive om förväntad vikökning hos barn uteblivit , sömnstörning, psykomotorisk agitation eller hämning, svaghetskänsla eller brist på energi, känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuldkänslor, minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet och *återkommande tankar på döden, återkommande självmordstankar utan någon särskild plan, gjort suicidförsök eller har planerat för självmord*. Man skiljer mellan följande depressiva syndrom:

- Egentlig depression, enstaka period.
- Egentlig depression, recidiverande (minst två egentliga depressionsperioder)
- Dystymi (ingen egentlig depressionsperiod, men nedstämd större delen av dagen flertalet av dagar under minst två år. Hos barn och ungdomar kan sinnesstämningen även vara irriterad och varaktigheten vara minst 1 år.
- Depression UNS (störningar med depressiv förstämning som inte uppfyller kriterier för egentlig depression eller dystymi).

Bipolära syndrom

Bipolära syndrom kan förutom egentliga depressionsperioder även omfatta maniska perioder, blandepisoder mani/depression och hypomana episoder. En maniska episod innebär ihållande och abnormt förhöjd, expansiv eller irriterad sinnesstämning under en avgränsad period av minst en vecka. Dessutom förekommer flera av följande kriterier: förhöjd självkänsla eller grandiositet, minskat behov av sömn, mer pratsam än vanligt eller svårigheter att vara tyst, tankeflykt eller en upplevelse av att tankarna rusar genom huvudet, lätt distraherad, ökad målinriktad aktivitet och hänger sig åt lustbetonade aktiviteter med sannolikt obehagliga konsekvenser (tex köpgalenskap, sexuella felsteg).

En hypoman episod avser ihållande förhöjd, expansiv eller irriterad sinnestämning under en avgränsad period av minst 4 dagar. I övrigt förekommer samma kriterier som vid manisk episod.

Bakom diagnossystemet ICD-10 står Världhälsoorganisationen , WHO. ICD-10 finns inte på svenska. Det finns i två versioner, bl.a en som är avsedd för kliniskt bruk och undervisning och en annan som är avsedd för forskning. Liksom i DSM IV är de olika psykiska sjukdomarna indelade i olika kategorier.

Depression återfinns i flera kategorier, varav ” förstämningssyndrom” är den mest relevanta. I denna kategori ingår

- manisk period
- bipolär sjukdom
- depressiv episod
- recidiverande depressioner
- kroniska förstämningssyndrom
- andra förstämningssyndrom
- ospecificerad förstämningssyndrom

Var och en av dessa rubriker är ytterligare specificerad i ett antal undergrupper.

Depression ingår även i kategorin neurotiska , stressrelaterade och somatoforma syndrom samt andra neurotiska störningar.

Den kliniska versionen av ICD innehåller dels en klinisk beskrivning av varje diagnos dels diagnostiska riktlinjer med ett antal kriterier.

Gemensamt för både DSM och ICD är att de enbart är en klassificering av symtomen och bortser från etiologin. Syftet är att diagnossystemen skall kunna användas av företrädare av olika psykiatriska skolor världen över och att de diagnoser som ställs ska vara jämförbara såväl i kliniska sammanhang såväl som i forskningssammanhang.

De skillnader man kan se hos ungdomar med depression jämfört med samma sjukdomsbild som vuxna är att kroppsliga symtom är vanliga och att de kan vara nedstämda och olyckliga utan att vilja erkänna det. Vuxna kan ha särskilt svårt att upptäcka ledsenheten bakom ett utagerande beteende. Låg självkänsla har nästan alla dessa barn och tonåringar.

Själv mordstankar är vanliga men inte alltid öppna och uttalade för föräldrar. Sömnstörningar hos barn och ungdomar kan visa sig som svårigheter att somna in. Det är inte lika vanligt att barn och ungdomar har tidigt morgonuppvaknande som vuxna deprimerade kan ha.

6.e Utlösande faktorer

Utlösande faktorer har tidsmässigt samband med en självmordshandling men är inte ensamma orsak till den. Ett gräl med föräldrar eller separation från flickvän/pojkvän kan utlösa ett gömt raseri och en förtvivlan från tidigare förluster, vilka skapat en sårbarhet som den unge inte själv kan hantera. Tonårspojkar med alkoholmissbruk som tagit sitt liv har haft en högre andel separationer och förluster jämfört med deprimerade pojkar som tagit sina liv.

Att avstängas från skolan, sägas upp från ett sommarjobb, ertappas för stöld, misslyckanden på andra områden kan väcka så starka känslor av skam och ilska att det utlöser ett självmordsförsök. Även när suicid inträffat i omgivningen, så kallad ”smitta” kan ge impulsen att själv försöka beröva sig livet. Föreläsningar om suicidalt beteende/suicid kan även detta ge ”smittorisker”. Utlösande händelser kan kan te sig bagatellartad för omgivningen men individens självkänsla blir så kränkt att det leder till en desperat handling.(Hultén 2000)

Andra utlösande faktorer av betydelse kan vara relationsproblem i familjen, där ungdomen får dåliga erfarenheter av bärande goda relationer. Annan tung social problematik såsom misshandel inom familjen likväl som alkohol/missbruk inom familjen har visat sig finnas som utlösande faktor vid suicidförsök.

6.f Stress

Livet är aldrig lätt och smärtfritt
Inte ens för den lyckligast lottade av ungdomar.

Antonovsky

Olika typer av förändringar eller påfrestningar som tvingar en individ att lösa nya problem eller anpassa sig till förändrade levnadsvillkor, innebär en ansträngning såväl kroppsligt som psykiskt. Ett suicid eller suicidförsök har oftast föregåtts av en påfrestning i någon form. Påfrestningarna kan bestå av mer eller mindre stadigvarande svårigheter, t.ex. kroppslig eller

psykisk sjukdom, fattigdom, trångboddhet, långvarig arbetslöshet, handikapp. Det kan också vara av mer eller mindre plötsligt inträffade händelser, t.ex. födelse av syskon, familjen flyttar, separation i relation till pojk- eller flickvän eller att ens föräldrar genomgår en skilsmässa, akut sjukdom. Det finns också mindre irritationsmoment som kan kräva anpassning t.ex. en svår läxa, att en förälder är tillfälligt bortrest, att man hamnar i tillfälliga kamratkonflikter. Alla påfrestningar kräver att individen handlar på något sätt, antingen med hjälp av omedvetna försvarsmekanismer eller med hjälp av medvetna s.k. copingstrategier, dvs problemlösningstrategier. Förmågan att handskas med påfrestande upplevelser har stor betydelse för individens psykiska hälsa. Om alltför svåra och/eller alltför många påfrestningar inträffar under en kort tidsperiod kan individens förmåga att hantera dem svikta och det uppstår symptom på stress t.ex. i form av beteendestörningar eller psykosomatiska symptom. I en svensk studie där man mätte barns hälsa fann man ett samband mellan barnets grad av beteendestörning och det antal livshändelser som det upplevt. Det starkaste sambandet var mellan antalet negativa livshändelser och beteendestörning.(Cederblad 1995)

Antonovsky, (1923-1994) professor i medicinsk sociologi i Israel, har utformat ett begrepp som han kallar KASAM och som betyder Känsla av sammanhang.(Antonovsky 1991) På frågan om vad det är som gör att vissa av oss klarar oss bättre vad gäller påfrestningar med hälsan i behåll anger Antonovsky att det handlar om graden av KASAM. Tre teman ingår i detta begrepp: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Personer som har högt KASAM har således höga värden på dessa tre komponenter. Begriplighet utgör den väldefinierade, uttalade kärnan i den ursprungliga definitionen. Den syftar på i vilken utsträckning man upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbara, som information som är ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig snarare än som brus dvs. kaotisk, oordnad, slumpmässig, oväntad, oförklarlig. Död, misslyckanden, separationer och krig kan förekomma men sådan människa förmår att göra dem begripbara. Hanterbarhet definierar Antonovsky "den grad till vilka man kan möta de krav som ställs av de stimuli som man bombarderas av". Har man en hög grad av hanterbarhet kommer man inte att känna sig som ett offer för omständigheterna eller tycka att livet behandlar en orättvist. Olyckliga saker händer i livet, men när så sker kommer man att kunna resa sig och inte sörja för alltid." Den tredje komponenten meningsfullhet står för att man kan se krav som utmaningar, värda investering och engagemang. Det innebär att KASAM-komponenten meningsfullhet syftar på

i vilken utsträckning man känner att livet har en känslomässig innebörd, att utmaningar är välkomna snarare än bördor som man mycket hellre kan vara förutan.

Med tanke på ovanstående kan man anta att en suicidnära person har lågt KASAM, dvs i ett tunnelseende ser man inte krav som utmaningar, man ser livet som i en återvändsgränd där man inte hittar ut.

7. HISTORIK

Själv mord bemöttes i antiken med ointresse omväxlande med respekt eller skräckfyllt fördömande. Att Sokrates dödsdom verkställdes genom att han själv fick tömma giftbägaren har gjort att han något oegentligt blivit symbol för en modig filosofisk inställning till självmord. Övervägande såg man dock självmordet som en ovärdig handling i enskildhet utan hedersbevisningar (Beskow 1994).

Kyrkans syn på självmord under 1600- och 1700-talet var att självmord skulle bestraffas. Ett självmord var ett brott mot både Gud och staten. Att begå självmord ansågs värre än att döda någon annan. Den döde fick inte begravas på kristet sätt, istället måste den döde brännas eller begravas utanför staden. Med tiden lindrades straffen för den som hade begått självmord. Den döde fick begravning, däremot straffades självmordsförsök. Straffet kunde då vara att springa gatlopp eller fängelse på vatten och bröd. 1864 blev det inte längre straffbart att ta sitt liv, men ända fram till **1908** krävdes särskild begravning. Det var fortfarande väldigt tabubelagt och skambelagt. Orsakerna till självmord under 1800-talet var många. Nöd, ekonomiska motgångar, brottslighet, olycklig kärlek, misslyckat frieri, fylleri och misströstan om ett liv efter detta. För kvinnor var den vanligaste orsaken ”blygsel” över att vänta barn utanför äktenskapet. Där skedde det en social utstötning av utomäktenskapliga barn, nästan hälften av dessa barn brukade dö. Den minskade repressionen mot självmord har ju medfört många fördelar . Man kan dock inte bortse från att den sannolikt också bidragit till att öka antalet självmord. Människorna har fått tillgång till sin förtvivlan och orkar inte alltid bära denna. (Ohlander 1986)

8. a VAD ÄR PSYKISK HÄLSA ?

När man talar om självmord och självmordsförsök talar vi också om ungdomar som har ett självdestruktivt beteende och om man kan definiera motsatsen till självdestruktivitet kommer

man osökt in på vad man kan beteckna som psykisk hälsa, ett tillstånd där självdestruktivitet och upprepade självmordsförsök inte hör hemma.

Världshälsoorganisationen, WHO har definierat hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte bara frånvaron av sjukdom.

Ett försök att definiera psykisk hälsa i positiva termer har gjorts av Emmy Werner, en amerikansk forskare som studerat barns och ungdomars psykiska hälsoutveckling. Hon vill se förmågan att *älska, att arbeta, att leka och att förvänta sig gott som uttryck för psykisk hälsa*. 1955 startade hon en longitudinell studie där 505 barn med utgångspunkt att undersöka vad som hände, och hur förhållandena var kring födseln för dessa barn. Forskningen baserades på barn på ön Kauai, en Hawaiiö. Riskfaktorer som identifierades var: kronisk fattigdom, skilsmässa hos föräldrarna, graviditets- och förlossningskomplikationer, samt perinatale komplikationer och *psykisk sjukdom* hos föräldrarna. 70 av dessa barn kom att tillhöra den grupp som hon kallade de "motståndskraftiga barnen". Dessa sjuttio barn hade ett stort antal riskfaktorer men var trots detta motståndskraftiga som klarat sig mot alla odds. Detta ledde till att man utvecklade studien till att bli en prospektiv studie av dessa överlevare. Under barnens olika utvecklingsperioder identifierades olika skyddsfaktorer. Som spädbarn var dessa barn aktiva, tillgivna och hade ett godmodigt sätt. I tidig barndom visade de en förmåga att få andra att hjälpa dem, och de var inte blyga utan litade på sig själva. I senare barndom kom de väl överens med kamrater och hade ofta flera nära kamratrelationer. De var också ofta framstående inom någon hobby, idrott el dyl. I adolescensen hade dessa barn utvecklat god god kompetens och omsorgsförmåga som i tidig vuxenålder kompletterades med självtillit och självständighet. Runt dessa barn fanns ofta många stödpersoner. Barnen bidrog själva till att familjerna mår bra genom att vara hjälpsamma med det de kunde. I skolan utvecklades kontakten med en favoritlärare ofta till mentorskap. Som vuxna hade de i huvudsak tre skyddande faktorer, egen kompetens, tillit till känslomässigt stöd och en religiös tro. Sammanfattningsvis har Werners forskning påvisat samband mellan god hälsa, social situation och livstillfredsställelse å ena sidan och å den andra inre faktorer som lugnt temperament, god social kompetens och god begåvning samt yttre faktorer som tillgång till socialt stöd i nätverket, bra relationer till skollärare, religiös tro vilken uppmuntrar till kompetens och kulturell tillhörighet.

Andra forskare har fokuserat på förmågan att hantera stress och utmaningar som viktiga förutsättningar och uttryck för psykisk hälsa.

Antonovsky har som jag tidigare nämnt, utgår från begreppet KASAM, dvs känslan av sammanhang. Detta är en livshållning som utmärks av en förmåga till flexibel problemlösning och förmåga att uppbåda stöd från det sociala nätverket. Om barnet har en tilltro till livet och hopp om att problem går att lösa finns förutsättningar för att må bra. Förutom detta var känslan att själv kunna styra sitt öde den viktigaste individuella friskfaktorn, dvs en av de faktorer som bringar psykisk hälsa.

Andra forskare som ex banat vägen för objektrelationsteorin lägger stor betydelse vid individen som social varelse. Relationer till andra, till föräldrar, syskon och kamrater är enligt detta sätt att se avgörande för barnets utveckling och psykiska hälsa.

Döden finns alltid närmast allt
 Det finns ingenting som finns mer nära
 Bara livet skiljer oss från döden.

Göran Sonnevi

8.b HUR UPPFATTAR UNGDOMAR DÖDEN?

Mellan fem och tio års ålder får död och döende en större plats i barnets tänkande. Gradvis förstår de att döden är något som drabbar oss alla. I denna ålder förekommer ofta ”Tom Sawyer-syndromet”, dvs. att barnen upplever tillfredsställelse och tröst vid tanken på att alla ska sakna dem om de dog. (Hultén)

Tonåringar kan se att döden är ett oåterkalleligt slut. De kan förstå fullt ut vilka konsekvenser det har för dem själva och andra i familjen. Som tonåring har man tillgång till abstrakt tänkande. Det blir därmed möjligt att förstå visioner och ideologier. Allt är inte så självklart längre. Tonåringar börjar också kunna förstå det relativa i värderingar. Ont och gott beror på sammanhanget, är inte absoluta sanningar. Detta ger dem också en möjlighet att börja reflektera över sig själva, sina förmågor och sin framtid. Frågor som: Vem är jag? Vad ska jag välja? Vad ska jag bli? blir aktuella. Om man i denna period inte får hjälp och stöd så faller man tillbaks i ett tidigare sätt att fungera. Psykisk energi krävs för att relativisera istället för att slå fast ”Så här är det”. I denna omtumlande period kan tonåringar ta till mer eller mindre konstruktiva strategier för att värna om den lätttrubbade självkänslan och identiteten. Det kan yttra sig i förakt för allt vad vuxenvärlden står för, ilska och en tuff attityd utåt. Andra kan utveckla en överdriven anpassning och stränghet mot sig själva. Några ger upp hela livet och släpper taget om allt.

Tonårstiden är de starka känslornas, affekternas, kraftiga svängningarna och passionens tid. Det är också under denna tid som den unga människan upptäcker sin individualitet. Denna upptäckt, att man har ett eget jag och en egen inre personlighet gör även att man upplever en känsla av ensamhet och unikhet (Falk 1999).

Det finns en skillnad mellan pojkars och flickors tänkande kring döden. Yngre pojkar är ofta upptagna av död i form av krig eller mord och de har en mer naturvetenskaplig syn på döden som det absoluta slutet på livet: kroppen multnar i graven. Flickor är mer upptagna av den

känslomässiga aspekten på döden som sorg och saknad. Ca en tredjedel av tonårsflickorna säger sig tro på återfödelse eller någon form av mysticism i samband med att man dör.

Den existensiella ensamhet som uppväcks och utvecklas under tonårstiden framkallar en stark känsla av personlig dödlighet. Ungdomen vet att man har en lång, ofylld framtid framför sig men är också medveten om att den när som helst kan klippas genom döden utan att man själv kan göra något åt det. Denna känsla av existentiell hjälplöshet leder alltid till känslor av ångest och obehag (Tamm 1986). Det är denna ångest som man behöver strategier att handskas med.

Jag kommer hoppa ner från Eiffeltornet
Om du lämnar mig
Jag kommer hämnas
Om jag lämnas.....

Ted Gärestad

9. FÖREKOMST

Enligt Världshälsoorganisationen WHO :s statistik dör årligen *en miljon människor i världen* till följd av självmord. Uppskattningsvis tio gånger fler *försöker* ta livet av sig . I Sverige är självmord, trots att en minskning skett den vanligaste dödsorsaken i åldern 15-44 år för män och dödsorsak nummer två för kvinnor i samma åldersgrupp efter tumörer. WHO, har i ”Hälsa för alla år 2000” satt upp som mål att den stigande trenden av självmord och självmordsförsök i Europaregionen ska brytas, och har uttalat att nationella program skulle utarbetas som ett led i att nå detta mål och ett sådant program har färdigställts i Sverige och blev klart 1995, ”Stöd i självmordskriser: nationellt program för utveckling av självmordsprevention”, utarbetat av Nationella rådet för suicidprevention. Bland de nordiska länderna är det endast Norge som ligger något lägre vad gäller suicidtal för befolkning över 15 år, än Sverige. Länder kring Medelhavet ligger lägre medan de baltiska länderna toppar suicidtalet.

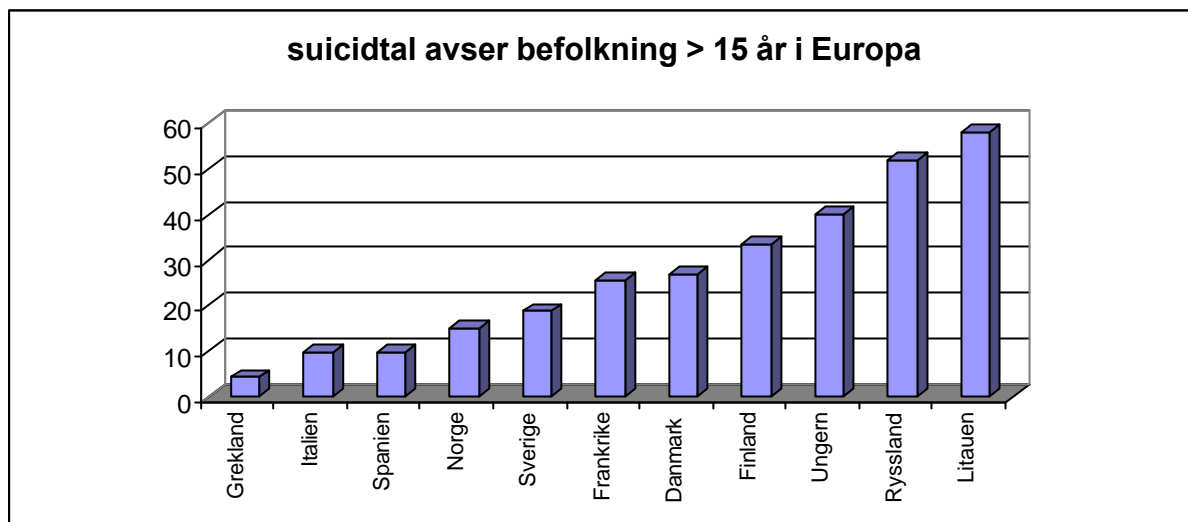


Diagram 1

Vid retrospektiva genomgångar efter självmord hos vuxna, har praktiskt taget alla någon form av psykisk störning sett ur den undersökande psykiaterns perspektiv (Beskow 2000)

Depressiv sjukdom och alkoholmissbruk är vanligast under 30 års ålder, dessutom personlighetsstörningar och schizofreni. Oftast förekommer även mer än en psykisk störning. I efterhand finner alltså forskare att alla som begått självmord lider av någon psykisk sjukdom däremot har anhöriga en annan uppfattning. De upplever att den suicidale personen är fullt frisk. I en eftergranskning av en avhandling om självmord bland ungdomar upp till 30 års ålder visade det sig att 48 % av dem hade huvuddiagnoser som ex. akut krisreaktion, personlighetsstörning och alkoholism vilka lekmän inte ofta uppfattar som psykisk störning. De som suiciderat och inte hade någon diagnos alls var endast 2 %. Bland de övriga 50 % fanns en del neuroser och förstagångsdepressioner som ju inte heller av anhöriga alltid uppfattas som psykisk störning. De som uppfattades som psykiskt sjuka var oftast de som tidigare fått psykiatrisk vård (Beskow 2000).

Mycket få barn under 10 års ålder suiciderar. Dock är det *1 barn under 10 år som varje år tar sitt liv i Sverige*, i åldrarna 10-14 år rör det om fyra till fem ungdomar per år, huvudsakligen pojkar utan tidigare kontakt med barnpsykiatrin. Bland den vuxna befolkningen i Sverige som dör p.g.a. suicid brukar man räkna med att ca 50 % inte haft kontakt med vuxenpsykiatrin. I en alldeles färsk uppföljning gjord i Östersund av 1420 tidigare patienter från barn- och ungdomspsykiatrin visar att ingen av de patienter som senare begick självmord hade vårdats för självmordsförsök däremot beteendestörningar och otrygga hemförhållanden.

Självordsförsök har således enligt denna uppföljande studie svagt samband med framtida självmord. (Läkartidningen 2000; 97)

Knappt 50 unga människor i åldersgruppen 15-19 år dör årligen i självmord. År 1997 var självmordstalen (säkra +osäkra) 4,7 för pojkar i åldern 15-19 år (vilket var ovanligt lågt, år 1995 var motsvarande siffra 11,9) samt 22,8 för unga män i åldern 20-24 år gamla.

Självordstalen för flickor i motsvarande åldrar var 5,3 resp 9,7. Den vanligaste metoden vid självmord bland unga är *förgiftning* med olika typer av mediciner, framför allt bland flickor. Pojkar använder i större utsträckning våldsamma självmordsmetoder, framför allt *hängning*. Under de senaste tio åren har man kunnat se att andelen våldsamma självmordsmetoder ökat även bland flickor framför allt hängning och hopp framför fordon.(Beskow 2000) Det finns således könsskillnader, både vad gäller frekvensen av, och vad gäller metoden för suicid och suicidförsök.

1997 observerades det lägsta antalet självmord sedan 1969, nämligen 1663, 1150 män och 513 kvinnor totalt i Sverige. 1997 sjönk denna siffra något ytterligare till 1523 människor totalt. I dessa siffror är inräknade 410 dödsfall till följd av självförvållade skador där man inte kunnat avgöra om avsikten varit att beröra sig livet. Flera undersökningar visar dock att merparten av dessa dödsfall utgörs av självmord. Sedan början av 80-talet har dödligheten i självmord i Sverige minskat successivt. Mellan 1980 och 1996 har självmorden för kvinnor minskat med 27 % och för män med 32 %. Trots denna positiva utveckling är självmord ändå, som tidigare nämnts, fortfarande den mest vanliga dödsorsak förr män i åldrarna 15-44 år. När könen studeras var för sig är den vanligaste dödsorsaken hos kvinnor i åldrarna 15-44 år tumörer, tätt följd av självmord. När man talar om en minskning i suicid kan man dock inte inbegripa *andelen yngre*, dvs den del av befolkningen som barn- och ungdomspsykiatri möter, där det inte skett någon minskning. Samma sak gäller för gruppen äldre över 70 år där det inte heller skett någon minskning av suicidtalet. (Centrum för suicidforskning och prevention 1998)

Självordsförsök är ca tio gånger vanligare än fullbordade självmord och det inträffar mellan 18000 och 20000 självmordsförsök varje år i Sverige. Självordsförsöken är vanligare i de yngre åldersgrupperna, mellan 15 och 34 år och förekommer oftare hos kvinnor än hos män.

Omkring 180 000 och 200 000 personer i Sverige har allvarliga självmordstankar vilket är tio gånger fler än det antal som självmordsförsök (Centrum för suicidforskning och prevention 2001; Wasserman1998).

Orsakerna till minskning av suicid kan vara flera, en orsak som nämnts är det skedde en minskning av alkoholkonsumtion under 1980 talet vilket kan förklara sänkning av suicidtalet. Det finns ett samband mellan genomsnittlig alkoholkonsumtion och självmordstal (Beskow 2000) Alkoholkonsumtionen steg igen i början av 1990-talet medan självmorden fortsatte att minska. Nya antidepressiva mediciner med mindre biverkningar än tidigare blev vanligare i början av 1990-talet. Detta kombinerat med en bättre behandling mot depressioner skulle kunna förklara minskningen under mitten av 1990-talet. En ökad kunskapsnivå hos befolkningen om hur självmord kan förebyggas och hur ångest och depressioner kan kännas igen och behandlas kan också ha orsak i minskningen. Att vi i större utsträckning kan prata om våra innersta svåra känslor och tankar och som ett uttryck för tung belastning gör att tabun kring självmordstankar delvis kan mildras, vilket också kan vara en del i minskningen. Att sänkningen kommer just i en tid med hög arbetslöshet, ökande samhällsklyftor, neddragningar inom sjukvården inte minst psykiatrin och samtidigt ökande tecken på psykiska störningar kan te sig som något av en paradox (Beskow 2000). Att gruppen yngre suicidförsökare **inte** har minskat kan möjligen förklaras av vårt nuvarande samhällssystem med bristande resurser till skola/barnomsorg medför att antal vuxna i skolan minskas. Även skolhälsovården bantas ner, där det förebyggande arbetet i skolan drabbas.

Ett ökat tempo medför att barn måste lära sig olika sätt att handskas med stress, för att nå ett psykosocialt välbefinnande.

Men vem ska trösta Knyttet med att säga sanningen:
Om du bara springer undan så får du ingen vän.
Tove Jansson

10. HUR VANLIGT ÄR DET MED SJÄLMORDSTANKAR OCH SJÄLV MORDSFÖRSÖK HOS UNGDOMAR ?

Unga människor undgår inte att någon gång fundera kring frågor om döden och livets mening. Dödslängtan och självmordstankar tillhör människans privata, inre värld ända till den punkt då en kris går för långt och kulminerar i en suicidal handling som då blir synlig och registrerbar för omgivningen. Ändå är det inte alltid som självmordshandlingar kommer till andras kännedom. Forskningen visar att endast 50 % av ungdomar som någon gång gjort ett självmordsförsök söker hjälp på sjukhus och att unga människors självrapporterade självmordsförsök är dubbelt så vanliga som de som läkare rapporterar efter psykiatriska konsultationer. Allvarliga självmordsförsök hos ungdomar är sannolikt underrapporterade. (Nationellt Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa)

Av svenska skolelever i 16-17 årsåldern uppger ca 4 % av alla pojkar och 9 % av alla flickor att de någon gång gjort ett suicidförsök, självrapporterade självmordsförsök (Olsson 1998, Ivarsson 1998). Bland flickorna var frekvensen 2-3 ggr så hög som bland pojkarna. Men tre gånger så många pojkar som flickor begår självmord.

Självmordstankar är mycket vanliga hos barn och ungdomar som är deprimerade. 60-70 % av de svårt nedstämda ungdomarna har självmordstankar någon gång under depressionens förlopp. Däremot är självmordsförsök mindre vanliga än självmordstankar.

Det är ovanligt att yngre barn blir deprimerade, 0,2-2% av alla barn utvecklar en depression före puberteten, ingen skillnad vad gäller kön.

Efter puberteten är det dock tre till fyra gånger vanligare att flickor utvecklar depression och det har bedömts att 3-4 % av svenska tonåringar lider av depression. (Wasserman 1998).

I en anonym enkätundersökning bland tonåringar från årskurs 8 och 9 samt årskurs 1 på gymnasiet dvs i åldern 14-16 år uppgav 27 % av pojkarna och 45 % av flickorna , totalt 37 % att de någon gång tänkt på självmord . *För gymnasieungdomar i åldern 17-18 år var siffran 57 %*. Även om påfrestningarna varit stora stannar processen i de flesta fall vid tankar på självmord. (Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa)

Danuta Wasserman, professor vid Institutet för Psykosocial Medicin/Karolinska Institutet, chef för Centrum för suicidforskning och Prevention av psykisk hälsa, uttrycker i en artikel nyligen i Svenska Dagbladet, att hon ”inte tror att det endast rör sig om 30-50 % som skulle ha umgåtts med självmordstankar, hon tror att det är ännu vanligare, i ungdomsåren ett nästan normalt inslag i de existensiella funderingar alla har. Det ska man inte vara rädd för, tvärtom kan man utnyttja självmordstankar som en signal till om att det är kanske något man måste ändra i sitt liv. Däremot är det viktigt att människor får möjlighet att känna sig som en del i påtvingad ensamhet. Mycket få mår bra av att leva ensamma på en ö.”

Det är betydande könsskillnader då det gäller förhållandet till suicid och suicidförsök.

Könsskillnaderna är i princip desamma även senare i livet. De kan ha olika orsaker. Flickor visar inte i samma utsträckning som pojkar aggressivitet så öppet. Flickor förefaller ha lättare att utveckla depressioner än pojkar, även om nya forskningsrön visar på en ökning vad gäller depressioner hos pojkar. Självmordsförsök förefaller mer accepterat hos flickor och flickor väljer också metoder som man inte dör av, medan pojkar kan vara mer impulsiva och ta till metoder lättare leder till döden, ex hängning eller att skjuta sig. Det kan vara så att pojkar kan se det som ett svaghetstecken att behöva söka hjälp medan flickor och sedan kvinnor är mer "vana" att prata om sina bekymmer. Inom sjukvården kan det också vara så att vi kan lättare bemöta flickor/kvinnor eftersom deras sätt att visa psykisk ohälsa kan te sig mer begripligt än pojkars aggressivitet. Deprimerade pojkar missbrukar alkohol, är ofta stökigare och stöter sig lätt med andra (Wasserman 1998).

Självmord är fyra gånger vanligare bland internationellt adopterade än bland jämnåriga födda i Sverige visar ny forskning. Docent Anders Hjern har gått igenom 12 500 utlandsadopterade mellan 8 och 30 år. De har jämförts med jämnåriga födda i Sverige med svenska föräldrar, de biologiska barnen till adoptivföräldrarna och jämnåriga invandrare. Vård för narkotika-och alkoholmissbruk är ungefär dubbelt så vanligt bland adopterade som för majoritetsbefolkningen.(DN 020113)

11. Men Kronobergs län då – Hur ligger vi till i självmordsstatistiken ?

Då det gäller statistik över antalet självmord brukar man sammanföra, som tidigare nämnts alla säkra och osäkra. Antal suicid för åldersgruppen 8-18 år har i Kronobergs län under 1994-1997 legat på noll. 1997 är det sista år jag har för statistisk över suicid i Kronobergs län. Under de tjugo åren dvs 1977 till 1997 har det endast intäffat 10 suicid i länet, 4 flickor och 6 pojkar. För ålders-gruppen **15-24 år** ligger Kronoberg även lågt vad gäller suicidtal de flesta år, jämfört med Sverige i övrigt. Kronobergs län ligger, med undantag för tre år, under Sverige i övrigt.

Se diagram 2.

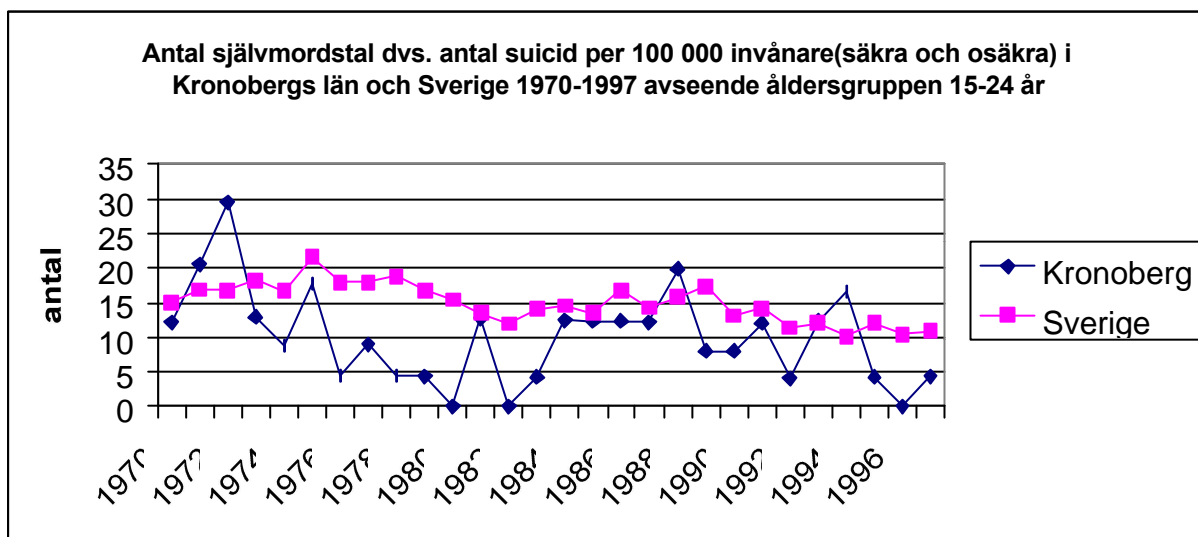


Diagram 2

12. HUR KAN MAN BEMÖTA SUICIDNÄRA UNGDOMAR ?

Vid tredje nätverkskonferensen i Uppsala 2001 föreläste Med Dr Agnes Hultén och Med. Dr Gunilla Olsson kring temat självmordspreventivt arbete bland barn och ungdomar inom öppen respektive sluten barnpsykiatrisk vård.

Man framhöll tre viktiga områden:

- **Akut kris.**

I den akuta krisen är det av vikt att både samtala med ungdomen och hennes/hans föräldrar. Samtalet har till syfte att göra suicidförsöket begripligt ur många aspekter. Om föräldrar bagatelliserar suicidförsöket försöker man engagera till större känslomässig förståelse.

I den akuta krisen görs också bedömningen om barnet ska kvarstanna på barnklinik eller om det ska överflyttas till barn och ungdomspsykiatrisk klinik eller om det är möjligt att man kan gå hem och hur i så fall stödet från psykiatrin kan se ut.

I samtalet bör även göras en bedömning av föräldrafunktionen, dvs. om det finns resurser för föräldrarna att ta ett större ansvar eller inte. En bedömning bör här göras om föräldrarna kan ta ansvar och ge adekvat skydd eller om detta skydd endast kan erbjudas inom barnpsykiatrisk ram genom avdelningsvistelse.

- **Analys**

I analysen tas hänsyn till tidigare självmordsförsök, bakomliggande diagnos, när i tiden skedde självmordsförsöket, om ungdomen trodde att det skulle avslöjas eller inte, om det fanns chans att han/hon skulle bli upptäckt, om man hade kommunicerat ut sina impulser till omgivningen på ett direkt sätt tidigare och vilken respons man i så fall fick, vilken metod som man använde, om avskedsbrev har skrivits.

I analysen av självmordsbenägenhet, dvs i samtalet med barn och föräldrar bör samtalet vara så konkret som möjligt. I analysen ska svaren besvaras till frågorna:

- Ger ungdomen undanliggande svar....
- Finns förtäckta förvarningar....
- Hur har han/hon det med kamratkontakter, isolerat sig eller har aktiva relationer i gång ?
- Finns det en likgiltighet/hopplöshet eller ångrar ungdomen det inträffade och visar istället kraft att leva?
- Idealiserar självmord?
- Kan hon/han berätta vad som talar mot att självmord skulle vara lösningen....
- När började man tänka på självmord ?
- Har det förekommit suicid inom familjen tidigare?
- Finns det en ärftlighet för depression/missbruk/utagerat beteende ?
- Vad har ungdomen för tankar om framtiden?

- Känns det hopplöst att tänka på framtiden ?
- **Aktivitet**

När bedömningen är gjord via samtal går man vidare och ser hur man kan ge barnet vidare skydd. Den fortsatta behandlingen beror mycket på vad den akuta krisinterventionen gett för information och på kunskap om tillgängliga resurser både hos barnet och hos föräldrarna. Om familjen förmedlat mycket stress, hopplöshet och aggressivitet bör slutna vård övervägas, dock med tät familjekontakt. Om det finns fara för livet och den unge motsätter sig kan psykiatrisk tvångsvård bli aktuell.

Om föräldrarna bedöms kunna ta ansvar för omvårdnad och övervakning är psykiatrisk öppenvård att föredra oftast, i så fall med sjukskrivning av föräldrar, och tät kontakt med barn och ungdomspsykiatri. Att ge stöd till nätverket runt omkring är alltid att angeläget. Behandlingsplanens utformning bör grundas på den bedömning som görs vid det akuta samtalet. Suicidförsök är ett tillstånd som berör hela familjesystemet varför familjen bör erbjudas en professionell behandling.

13. HUR KAN MAN FÖREBYGGA SJÄLVMORD OCH SJÄLV- DESTRUKTIVT BETEENDE ? VILKET SKYDD KAN MAN SKAFFA SIG ?

Genom studier vet man att det som skyddar mot depression och därmed i vissa fall även suicidalt beteende är i vilka sociala förhållanden barn växer upp i. Det finns starkare förekomst av suicidalt beteende bland familjer där det även finns låg inkomst. Man ska då komma ihåg att det även ska föreligga en sårbarhet för suicidalt beteende som tillsammans med ex sociala förhållanden gör att ungdomen i så fall är mer disponibel för självdestruktivt beteende. Man har även sett att i vilken grad man lyckas få en positiv och stark självbild har betydelse för ett självdestruktivt beteende. En stark självbild skapas i relation till föräldrar men skapas även i det sammanhang barnet vistas mest i, dvs skolan. God chans till en känsla av att duga, att lyckas i sitt skolarbete skulle således innebära att man skyddas för depression och självmordsbeteende. (Bremberg 2001) Ett gott förebyggande arbete kan således inledas på ett tidigt stadium i skolan och här har man gjort en del projekt för att arbeta med detta

förebyggande arbete. Sedan 1980-talet har olika typer av förebyggande insatser prövats framför allt i USA, och erfarenheter därifrån talar för ett utbildningsprogram för elever bör ha en bred inriktning. Om programmet bara vänder sig till ett mer allmänt tonårsproblem finns risk att målsättningen urholkas och att man inte når någon effekt alls. (Hultén 2001) Ett arbete värd att nämnas här är filmen ” Kärlek är den bästa kicken” utarbetad med stöd av Centrum för suicidforskning och prevention, en diskussionsfilm som är avsedd att ses klassvis för ungdomar i åk 9 i grundskolan eller åk 1 i gymnasieskolan. Syftet med filmen är att förebygga självmordsbeteenden och att öppna upp för en dialog kring det tabubelagda ämnet.

Överhuvudtaget kan sägas att en god självbild, får man även då man erhåller livskompetens vilket ju innebär en beredskap för att lösa livets komplikationer i dess olika former. Man kan här också tala om att ge ungdomar en strategi att hålla sig i då problem uppstår, dvs att arbeta med ungdomens copingstrategier. Med copingförmåga menas att kunna reglera känslan av stress och att kunna ändra omständigheter som leder till stress.

Det man även sett vara en skyddande faktor för depressivt och suicidalt beteende är om ungdomen har ett socialt stöd. Från studier vet vi att ungdomar generellt inte pratar med sina föräldrar om de bekymmer de bär på utan framför allt vänder sig till jämnåriga istället.

Genom annan forskning(Werner) vet vi även att ha tillgång till åtminstone en vuxen person är detta en faktor som gynnar psykisk hälsa och välbefinnande. Graden av socialt stöd är således en viktig skyddande faktor.

En annan intressant studie visar även att effekten av föräldrarådgivning har en skyddande inverkan på depression. I en finsk studie gav man föräldrar 50 besök under barnets första 5 år. En psykiatrisk utbildad sjuksköterska gjorde hembesök kontinuerligt, och effekten visade en 37 % minskning av depression hos ungdomar senare i livet. (Bremberg 2001)

Kognitiv beteendeterapi har även visat sig för depressiva och suicidnära personer ge god effekt, man får således en kognitiv kompetens. I litteraturen finns också rekommendationer (Wasserman 1999) att familjeterapi är en effektiv och god terapiform eftersom kommunikationsmönstret i familjer med en deprimerad person ofta är otydligt och komplicerat. De mönster som bildas behöver utmanas och redas ut och ge familjemedlemmar ett annat sätt att kommunicera och förstå varandra. Förändringen kan också medföra att familjen får en annan strategi att förhålla sig till vid stress. I familjer där det förekommit suicidförsök hos den vuxne föräldern behöver sättet att lösa konflikter omvärderas, för att ge den unge andra strategier att hålla sig till.

Som en ytterligare skyddande faktor mot depression och självmordsbeteende är fysisk aktivitet. (Bremberg) Fysisk aktivitet bidrar till produktionen av endorfiner som ju är

kroppens egna substanser som minskar upplevelse av smärta och även interagerar med signalsubstanserna som i sin tur reglerar sinnestämningen.

14. VAD ÄR FAMILJETERAPI ?

Det familjeterapeutiska arbetssättet uppstod när man gick från att syssla med psykoterapi med en enskild familjemedlem till att i behandlingen ta med en eller flera familjemedlemmar.

Skälen till denna förändring var dels intryck från nya teoretiska inriktningar, kommunikationsteorin och systemteorin dels att man tyckte att behandlingen av den enskilde individen inte gav tillräcklig effekt. Dessa nya teorier innebär att familjeterapi strävar efter att förändra de s.k "naturliga" interpersonella sammanhangen där psykiatriska eller psykologiska problem av olika slag och natur förekommer.

Alla som arbetar kliniskt med barn och ungdomar är väl bekanta med familjens inverkan och influens över barnets psykosociala liv och tillvaro. Oftast möter man engagemang och vilja till förändring då man möter familjer där ett eller flera barn inte mår väl.

Familjeterapin har alltmer vunnit forskningsmässigt stöd som metod för barn med beteendeproblem och känslomässiga störningar, och de kliniska erfarenheterna för familjeterapeutiskt arbete står idag på en god grund (Hansson 2001)

Alla familjeterapimodeller har ambitionen att förändra och utveckla familjestrukturen utifrån aktuella behov hos barnet och andra familjemedlemmar. Förändringsarbetet innebär för det mesta att hela familjen samlas och engageras för att gemensamt medverka till en förändring. Skillnaderna i olika familjeterapimodellerna ligger i terapeuternas olika sätt att intervensera eller agera utifrån sina respektive manualer och förhållningssätt.

"En terapeut som arbetar inom familjens ram ser symtomen hos en enskild medlem som ett uttryck för ett problem som beror på sammanhanget."(Minuchin S. 1974)

Familjeterapin begränsar inte sitt fokus till, att enbart se till personen eller familjen som söker utan inkluderar alla de relevanta och naturligt förekommande system som aktuell person/familj finns inbegripen i. Symtomet i sig har således ingen betydelse för valet av behandlingsmodell.

15. SYFTE

Syftet med föreliggande studie är att undersöka hur ungdomar beskriver sitt, det vi inom barnpsykiatri diagnostiserar som ett, suicidförsök. Undersökningsgruppen utgörs således av den grupp ungdomar som under 1998 och 1999 fick kontakt med Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Växjö under kontakthanledning suicidhandling.

Syftet är vidare att undersöka hur vi inom barn och ungdomspsykiatri bemöter dessa suicidförsökare genom att undersöka vilken psykoterapeutisk behandling vi inom barnpsykiatri erbjuder dessa ungdomar och dess familjer.

En hypotes är att ungdomen efter ett bedömningssamtal hos barnpsykiater tillsammans med sina föräldrar erbjuds *familjeterapi*/anhörigsamtal då självmordsförsök är ett tillstånd hos den unge, som engagerar hela familjen.

En annan hypotes är vidare att man följer upp patienten *det första året* efter suicidförsöket genom samtal, eftersom man vet att ett självmordsförsök är en riskfaktor då det gäller fortsatt suicidalitet/självd destruktivt beteende

16. METOD

Materialet som ligger till grund för denna uppsats har erhållits genom sökning i databaserna Medline, Swemed, Spriline. Sökord har varit family therapy, depression, suicide attempt, relatives.

Jag har också genom kontakter till Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa erhållit tips om litteratur. Min handledare har även bidragit med ytterligare tips.

För att få fram undersökningsgruppen har jag via sekreterare på kliniken fått information genom vårt vårdadministrativa program och fått fram namn som gjort det möjligt för mig att granska journalerna på de för undersökningen aktuella 42 ungdomarna.

Jag har gått igenom och granskat dessa journaler och fått fram ett material där jag genom att ha olika variabler i åtanke speciellt inriktat mig på att förstå kännetecknen på en suicidal process. De variabler som jag valt att koncentrera mig på är :

- **Suicidhandlingen**, vilken metod ungdomen använde sig av.
- **Familjesituationen**, i vilken familjekonstellation ungdomen befann sig i vid tidpunkten för suicidhandlingen.
- I vilken mån **socialtjänsten** hade kontakt med familjen.
- Vilken var den **utlösande faktor**.
- **Insatsen från BUP** vid den akuta suicidhandlingen, dvs om patienten erhöll läkarkonsultation och / eller annan behandling/psykoterapi
- Hur den **fortsatta behandlingsplanen** såg ut efter den akuta bedömningen, dvs om man valde individuell psykoterapi eller familjeterapi ?

Tanken är vidare att undersöka vilken kontinuitet vi erbjuder i form av terapeutisk kontakt under första året.

Studien kommer därmed att ha en kvalitativ prägel, där frågan kring vad som kännetecknar en suicidal ungdom och dennes familj är en av huvudfrågorna.

17. Vem söker sig till barn-och ungdomspsykiatri i Kronobergs län ?

BUP i Växjö har sedan många år lättillgänglig statistik. Min förfrågan till detta vårdadministrativa system gav information om dels totala antal patienter under åren 1998 och 1999 dels gjordes en sökning via orden : kontakthanledning & suicidhandling, som gav resultat att det handlade om 42 patienter. Denna undersökningsgrupp jag har studerat är således liten, endast 42 ungdomar. Denna grupp som blivit aktuell p.g.a. suicidhandling utgör en liten del av den totala grupp ungdomar som varit aktuella vid BUP i Växjö under åren 1998 och 1999. Av nedan framgår att gruppen ungdomar och barn med symtom som depression, oro och ångest utgör den största gruppen därefter kommer gruppen med barn med symtom som bråkighet, trots och aggressivitet. Flickor är överrepresenterade i gruppen med depression mm medan pojkar dominerar gruppen utagerande beteende och bråkighet. Gruppen som haft kontakthanledning familjeproblem där symtom förekommit p.g.a. av dessa problem, utgör även

denna en stor grupp. Som framgår av tabell 1, utgör även gruppen ätstörning och mobbning grupper som utmärker sig i statistiken.

Tabell 1: Fördelning antal barn/ungdomar under resp kontakthanledning 1998 & 1999.

Kontakthanledning:	antal
Bråkighet, trots, aggressivitet	425
Oro, ängslan, ångest	300
Depression	293
Familjeproblem	215
Koncentrationsstörningar	210
Stört ätbeteende	163
Krisproblematik	159
Störning hos förälder(missbruk eller Psykisk sjukdom)	131
Föräldrar oense om vårdnad/umg	102
Sexuell övergrepp	102
Somatiska symtom	105
Skolvägran, skolk,	99
Mobbning, kamratkonflikter	97
Kontaktsvårigheter	85
Inlärningsvårigheter	78
Familjekonflikter	76
Flyktingproblematik	67
Snatteri	62
Tvång	58
Barn som far illa	53
Enkopres och enures	47
Själv mordshandlingar	42
Sömnstörningar	41
Enkopres	35
Fysisk misshandel	15

Sexuell problematik	13
Div andra kontakthanledningar som Ex. utvecklingsstörning, personlighets- Förändring m.m	99

18. RESULTAT

En ungdom som gjort en suicidhandling, och som söker sig till sjukvården kan genom minst två kanaler få kontakt med den barn – och ungdomspsykiatriska kliniken.

Antingen kommer den suicidnära ungdomen in på Barnkliniken eftersom hans/hennes tillstånd kräver en somatisk behandling/utredning. Barnpsykiatrin blir då alltid kontaktade och jourhavande läkare gör ett konsultationsbesök på Barnkliniken. I vissa fall gör även andra yrkesgrupper dessa konsultationer. Vid konsultationstillfället har läkaren/paramedicinsk personal att ta hänsyn till om den unge ska överflyttas till den barn-och ungdomspsykiatriska kliniken för fortsatt vård eller om den unge är i stånd att istället blir utskriven till hemmet. Nationella kliniska riktlinjer för utredning och behandling finns vad gäller vuxna patienter inom den vuxenpsykiatriska verksamheten och är utformade av Psykiatriska föreningen. Liknande riktlinjer håller på att utformas av Barnpsykiatriska Föreningen i samarbete med Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, för den yngre åldersgruppen dvs de som är barn- och ungdomspsykiatrins ansvar.

I dessa riktlinjer som redan finns, nämns att uppföljning av patienter som gjort självmordsförsök är en väsentlig del av behandlingen. Att en patient gör ett andra självmordsförsök är särskilt vanligt under det första efterföljande året och observans är särskilt viktigt under denna tid. Trots arrangerad uppföljning förekommer det ofta att patienten själv avbryter kontakten. Att se i vad mån patienten erbjuds kontinuitet från ex konsultationstillfället i form av psykoterapeutisk kontakt eller att hela familjen erbjuds en familjeterapeutisk kontakt är *ett sätt* att se hur en suicidnära ungdom blir bemött och omhändertagen.

Andra sätt som den suicidnära ungdomen kommer i kontakt med barn- och ungdomspsykiatriska kliniken kan även vara via primärvården eller via skolhälsovården som båda kan remittera den suicidnära ungdomen för konsultation vid ett akut läge.

URVAL:

Genom att göra en förfrågan till vårt vårddatasystem med förfrågan kring antal självmordsnära ungdomar i ålder 8-18 år som sökte till Barn och Ungdomspsykiatrin i Växjö under åren 1998 och 1999, visade det sig att det handlade om 42 aktuella patientärenden under dessa år

med kontakthanledning självmordshandling. Av dessa 42 patienter var 5 pojkar och 37 flickor. Denna informationskälla har dock en viss sårbarhet då den bygger på att medarbetare bidrar med att fylla i diagnoser för sina patienter. Det kan med andra ord finnas ett visst bortfall pga att inte alla patienter är införda.

Behandlingsuppföljning/Samtalsfördelning

Min studie berör de ungdomar, som i vårt patientdatasystem, har suicidhandling som kontakthanledning under 1998 och 1999. Det handlar om sammanlagt 42 ungdomar.

Diagram 3 visar fördelningen att mer än hälften av våra suicidförsökare inom BUP erhåller mer än 5 samtal, 25 % dvs. 10 ungdomar erhåller endast 1 samtal och 8 barn fick en modell mittemellan dvs mellan 2-5 samtal. Nu är det ju svårt att dra några slutsatser av detta, eftersom man ju inte då vet på vilket sätt ex de ungdomar som endast erhöll 1 samtal blev omhändertagna på andra sätt ex genom socialtjänsten.

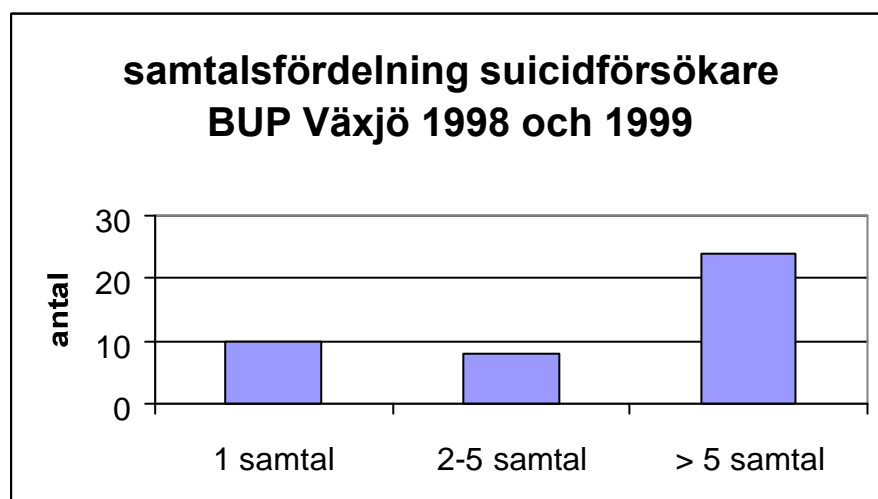


Diagram 3

I tre ärenden remitterades ungdomen vidare till socialtjänsten. I tre ärenden erbjöds familjen fortsatt kontakt med kom inte till någon uppföljning.

Antal samtal säger inte något om kvaliteten i samtalen, men antal samtal säger oss att ungdomen i varje fall fick någon form av uppföljning. Ett samtal säger oss att barnpsykiatrien står för akut konsultation men inte någon uppföljning.

Att 10 ungdomar, dvs ca 25 % endast erhöll 1 samtal innebär att man efter ett suicidförsök inte fick professionell hjälp från barnpsykiatrien. 5 ungdomar erbjöds fortsatt kontakt men

avböjde. I behandlarens bedömning finns ofta angivet på vilket sätt ungdomen i övrigt blir omhändertaget ex:

” X erbjuds kontakt med barnpsyk men säger sig inte vara i behov av det för närvarande, hon får höra av sig vid behov. I övrigt rekommenderas alltså utredningshemmet att man stärker upp vuxenstödet omkring henne på ett sätt som hon kan känna förtroende för”

Val av psykoterapi

Jag har också valt att studera hur kontakten sett ut avseende hur man valt att bemöta ungdomen avseende individuell psykoterapeutisk kontakt eller om man valt att involvera familjen i någon form. Med familjesamtal menas här samtal där någon förälder inbjudits och varit närvarande *tillsammans* med ungdomen.

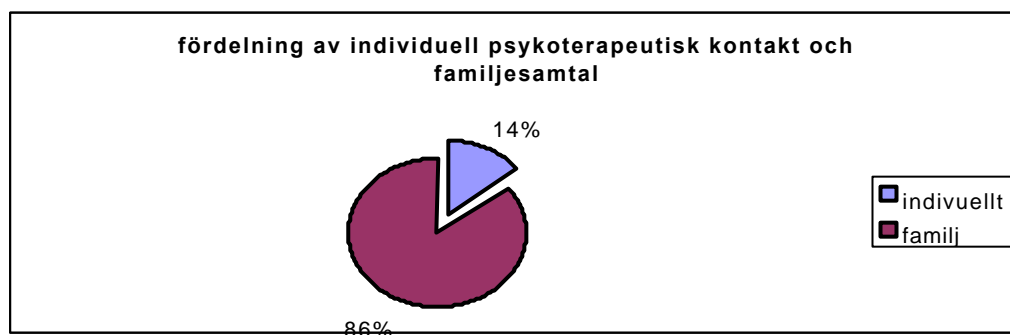


Diagram 4, Fördelning familjesamtal /individuellt psykoterapeutiska samtal

Som framgår av diagram 4, erhöll 86 % av de suicidnära ungdomarna och deras familjer familjesamtal medan 14 % erbjöds individuella psykoterapeutiska samtal.

Åldersfördelning

En av mina frågor var även i vilka åldrar suicidförsök var vanligast, och enligt diagram 5 visar det sig att åldersgruppen 17 år är den ålder där suicidförsök förekommer mest. Minst representerad är suicidförsök i åldrarna 11-13 år.

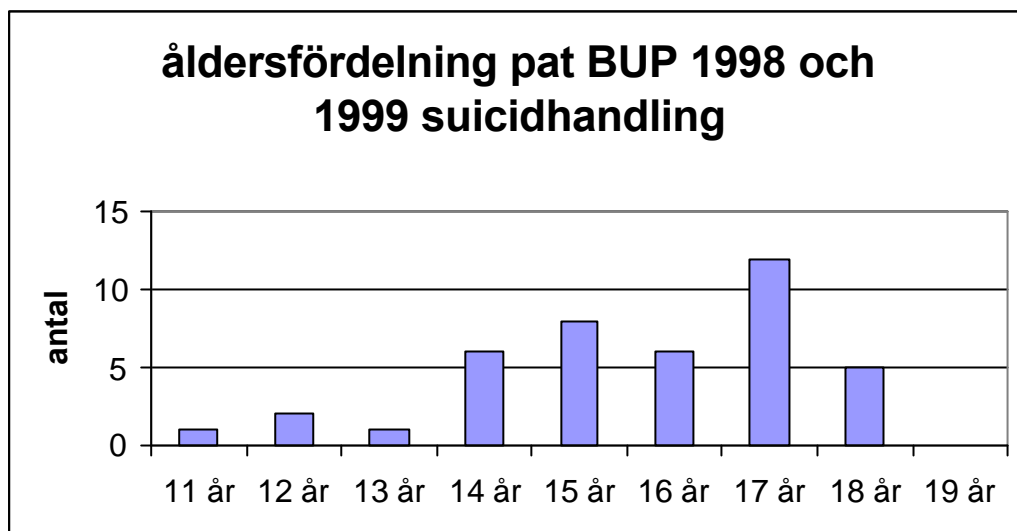


Diagram 5 Åldersfördelning för ungdomar aktuella vid BUP Växjö p.g.a. suicidförsök under åren 1998-1999. n= 42

Beskrivning av suicidförsöket

En annan fråga som önskades besvarad var anledningen till suicidförsöket, dvs hur ungdomen i samtal med personal beskriver sitt suicidförsök. Enligt diagram 6 visar det sig att flertalet av ungdomarna angav i samtalet att anledningen till suicidförsöket var familjekonflikter, förluster av flick- eller pojkvän samt depression. Orsaken till suicidförsöket är således till stor del av relationell karaktär.

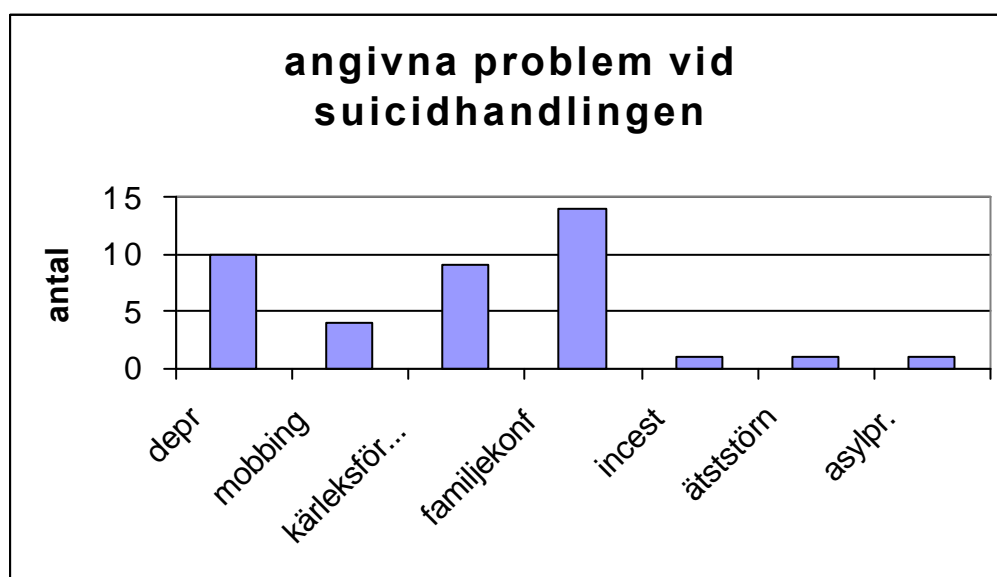


Diagram 6 Angivna problem i samband med suicidförsöket. N=42

Diagnoser

Om man jämför de i samtalet angivna orsaken till suicidförsöket och den diagnos som sedan ställdes, finns även här givetvis en övervikt för att det handlat om problem mellan föräldrar och barn.

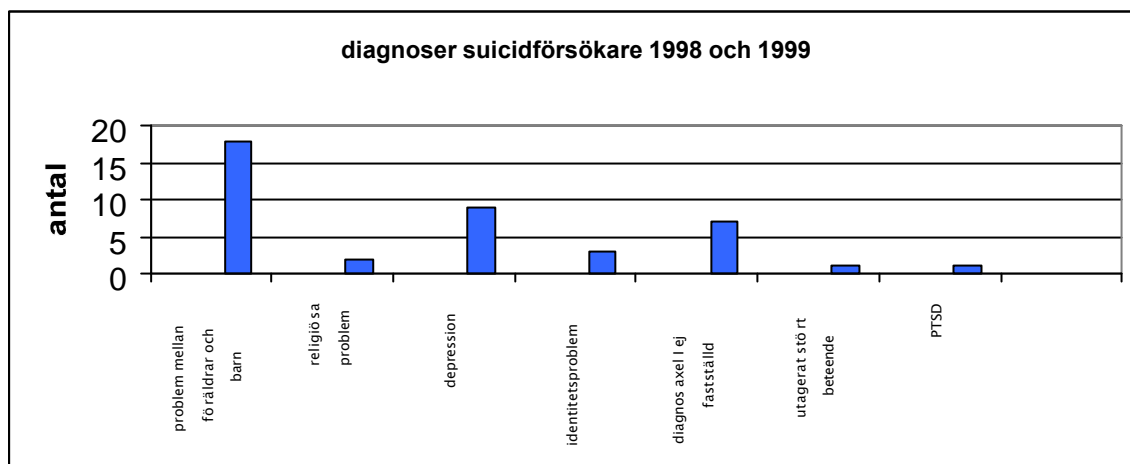


Diagram 7 Diagnoser ungdomar med självmordsförsök n = 42

Metod vid suicidförsöket

Ytterligare ville jag ha belyst frågan kring vilken metod man använde sig av då man försökte suicidera. Av diagram 8 framgår att den vanligaste metoden är förgiftning genom tabletter. Denna metod överensstämmer med vad resultat säger från övriga rapporter i landet.

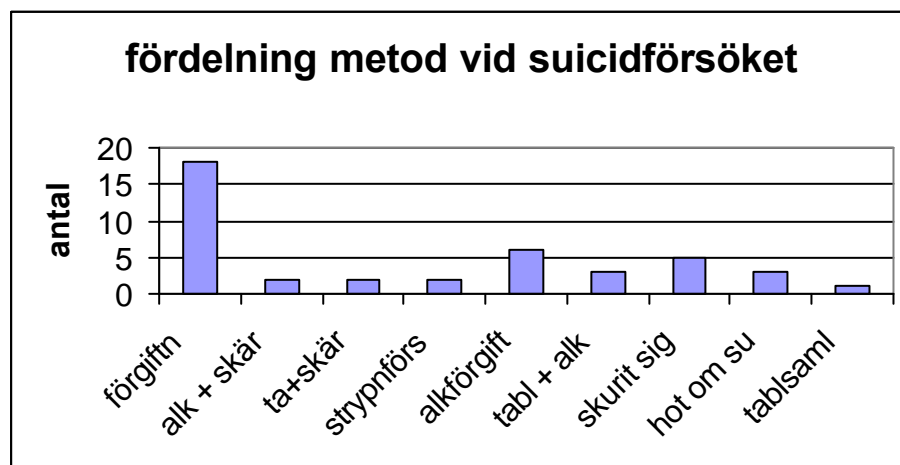


Diagram 8 Fördelning metod vid suicidförsöket. N=42

Ungdomens sätt att beskriva sitt suicidförsök

Hur ungdomen *väljer att beskriva orsaken till sitt suicidförsök* finns i oftast angivet mycket konkret i journalen, ofta i termer som beskriver problem i relation till de som står närmast som ex :

- X kom in berusad, som det sas i telefon ”medvetlös” och vill nu prata med psykolog.
X drack sig berusad efter *en kontrovers med fadern*. X ville visa fadern hur man är när man är berusad. X berättar att pappa dricker sprit i perioder. Han har hållit på nu i 2 veckor. Han blir då vresig och pockar på att få X att skjutsa honom för att införskaffa mer alkohol eller sprit."
- X fick veta av en farbror *att hennes styvpappa inte tyckte om henne* och menar att det var anledningen till att hon åkte in till Växjö för att köpa hembränd sprit. Hon drack ur en halvliter av detta och kommer i stort sett inte ihåg någonting av denna händelse. Hon vaknade till i en blomsterrabatt och blev därefter inlagd på lasarettet varifrån hon rymde under natten."
- ”X har haft en del problem med kamrater, dels har hon varit otrogen mot sin pojkvän dels har hon igår haft ett gräl med sin fd pojkvän och sedan känner hon sig mobbad av kamrater.”
- ” X berättar att det egentligen inte är pojkvännen som är orsak till suicidförsöket(tablettintox)utan att hon är *hårt hållen av sina föräldrar*. ”

”X känner sig ledsen och har ofta självmordstankar. Har flera gånger tänkt ut precis hur hon skulle ta livet av sig men sedan inte vågat. Säger att det beror på att hon är rädd för döden. Känner sig medstadels ledsen, framför allt efter att *hennes pappa har blivit arg på henne då hon tror att han hatar henne* och känner sig då värdelös. Känner då att hon hatar sig själv och att det inte finns någon mening med att leva eftersom det är så plågsamt.”

” X har under en längre tid sovit dåligt, haft svårt att somna, och vaknat tidigt, hon har bristande aptit, koncentrationssvårigheter i skolan och det mesta upplevs meningslöst. Det som X beskriver som svårast är att det är *slut med pojkvännen som träffat en ny tjej.*”

Som ett exempel på att självmordshandlingen kan vara ett uttryck för en ” smitta” finns även citat, liknande:

” X berättar att hon sedan hon var i 12-13 års åldern funderat på att ta livet av sig. Tankarna kom upp i samband med att en artist i ett band tog livet av sig och det tog X mycket hårt.”

Ambivalensen till själva självmordshandlingen finns också ibland angivet i journalen såsom:

”Hon beskriver det stora tablettintaget som en impulshandling och menar att *egentligen ville hon inte ta livet av sig* utan hon ville på något sätt markera gentemot omgivningen att nu hade det gått för långt. Hon är övertygad om att hon kommer må bättre när hon har sin familj hos sig.”

Likaså finns exemplet på att föräldern genom sitt sätt att vara ger en destruktiv problemlösningstregi i konflikter, ex:

”X berättade om att hon och modern haft konflikter om i och för sig triviala saker som att hon glömde sätta in disken efter sig, men att modern i samband med detta *hotat med självmord*

och X berättar då att hon blev så fruktansvärt ledsen och därefter fick impulsen att ta tabletter.”

Ytterligare önskades frågan besvarad genom att se fördelning av vald metod. För att ytterligare belysa på vilket sätt ungdomar *beskriver valet av metod för sitt suicidförsök* kan följande citat ge kunskap om detta:

”X drack sig *berusad* efter en konflikt med fadern. X ville visa fadern hur man är när man är berusad.”

”Hon intog 5 st Doloxene, några Propavan, något antiinflammatoriskt samt drack även 3 glas whisky, hon somnade och när hon vaknade upplevde hon att hon inte hade någon känsel i kroppen.”

”...har nyligen lagt ett rep om halsen och klättrat upp i en klätterställning och hotat att döda sig själv.”

I någon enstaka journal kan man avläsa att barnet inte alls sett allvaret i det inträffade utan ev mer ett uttryck för en lek såsom:

”Hon lekte bara med repet, hon tyckte att det är knäppt att göra så och om hon hade vetat vilka konsekvenser det skulle få hade hon aldrig lekt med repet på det sättet.”.....”Ju mer vi pratar om det inträffade desto mindre oro finns det i familjen.”

Familjesituation

Slutligen var en av frågorna hur den unges familjesituation såg ut, diagram 9 visar att 42 % av de unga suicidförsökarna bodde hos båda föräldrar. 17 % bodde med enbart modern medan 17 % bodde med modern samt styvförälder.

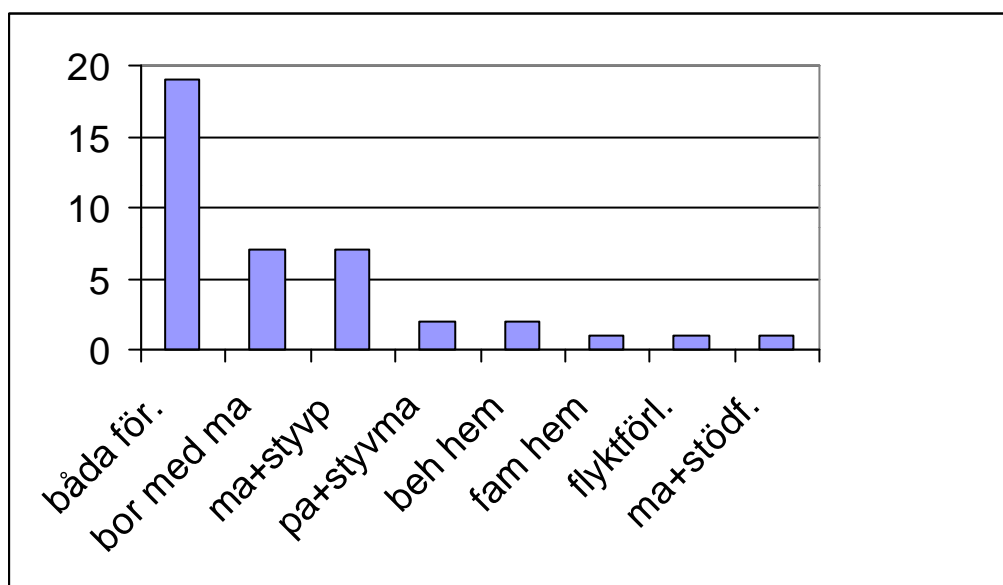


Diagram 9 Fördelning familjesituation unga suicidförsökare. N =42

19. DISKUSSION

Som framgår av studien, är den dominerande problemställningen när en suicidnära ungdom söker till BUP, problem mellan föräldrar och barn. De flesta barn i undersökningen bodde till största delen tillsammans med båda föräldrarna. Majoriteten av barnen i undersökningsgruppen var i åldern 17 år. I denna ålder kan man anta finns ökade krav på självständighet och ansvar både från individen men även från den omgivande familjen. Åldern präglas vidare av ökade krav i skolvärlden eftersom man hunnit börja på gymnasienivå. Den behandlingsmetod som ligger närmast till hands vid problem mellan föräldrar och barn är familjeterapi. Som

framgår av studien möter vi också ungdomen och dennes familj, genom att erbjuda framför allt familjesamtal.

25 % av ungdomarna beskrivna i studien erhöll dock bara *ett samtal*. Här skulle säkert någon form av uppföljande intervju med dessa 10 barn gett information om hur behovet såg ut hos dem och om bedömningen som gjordes om att barnpsykiatrien inte skulle följa upp dessa var en god bedömning. Min hypotes om att ungdomen efter en konsultation hos barnpsykiater i de flesta fall erbjuds en familjeterapeutisk kontakt kan anses således anses bekräftad. Även hypotesen om att erbjuda ungdomen och hans/hennes familj en uppföljande kontakt året efter suicidförsöket kan anses bekräftad eftersom de flesta erhöll mer än 5 samtal. Det anges dock inte i journalen att tidsaspekten *ett år* är en suicidpreventiv åtgärd.

När ett suicidförsök kommer till barnpsykiatriens kännedom kan man välja att se på det som ett rop på hjälp, och inte förrän man har kunnat göra suicidförsöket begripligt utifrån varför ropet ställdes kan man som behandlare känna att suicidförsöket har mindre risk att upprepas. För att öka begripligheten kring suicidförsöket är ett sätt att utvidga sammahanget till att även bjuda in föräldrar till samtal.

Suicidförsök bör tas om hand av barn och ungdomspsykiatrien även om ungdomen får adekvat socialt stöd av socialtjänsten. Det nämns inte i journalen när ungdom avvisar kontakt med psykiatrien att man gör några aktiva insatser för att nå kontakt med ungdomen, eller dennes familj. I de nationella riktlinjer som finns för vuxna nämns att risken för att en ungdom ska upprepa sitt suicidförsök är störst framför allt det närmaste halvåret varför en uppföljande kontakt är av yttersta vikt. Om man endast erbjuder ett samtal kan ingen uppföljning komma till stånd.

I journalerna framgick inte med tydlighet *på vilket sätt* suicidriskbedömningen var gjord. Det anges endast *att* bedömningen är gjord. Möjligtvis skulle någon form av checklista vara en möjlig väg för att bättre kunna undersöka hur en suicidriskbedömning är gjord.

Suicidriskbedömningar via skattningar görs på en del håll i landet bl.a vid Psykiatariska kliniken avd 33 i Lund. Skattningar görs här på vuxna patienter men man skulle kunna utveckla dessa instrument så att de även skulle kunna anpassas till suicidriskbedömningar på ungdomars suicidförsök. Vinsten med skattningar är att man då får ett instrument som kan finnas med vid varje bedömning oavsett vem som gör suicidriskbedömningen.

För att minska antal unga suicidförsökare krävs prevention på många plan. Då förgiftning är den vanligaste metoden för suicidförsök borde ju receptfria smärtstillande medel innehållande

paracetamol inte få säljas till ungdomar under 18 år. I undersökningen visade sig att den metod man som ungdomar framför allt använder sig av är förgiftning genom tabletter vilket även är den metod bland ungdomar är vanligast i landet i övrigt.

Undersökningen visar att familjeterapeutiska samtal är den mest förekommande behandlingsmetoden. Effekten av denna behandlingsform är dock inte inom ramen för denna undersökning. Från en annan studie gjord vid en barnpsykiatrisk klinik, fann man dock att de behandlingstyper som samvarierar mest med symtomreduktion var dels nätverks-behandling dels familjeterapi i kombination med nätverksterapi. I familjer med samma symtombelastning hos patienten såg man de familjer som fått enbart familjeterapi hade lika stor symtomreduktion som de som fått både familje- och individualterapi och gått betydligt fler gånger. (Drott & Gustavsson 1995) En annan undersökning har visat att en i tiden begränsad insats, i deras fall sex familjeterapeutiska samtal, leder till positiva behandlingsresultat (Svedin & Arvidsson 1990)

En större samverkan borde kunna ske med kunskapsförmedling; primärvård, ungdomsmottagningar, skolor, sociala myndigheter och andra organisationer som kommer i kontakt med ungdomar borde med mer kunskap kunna uppmärksamma riskfaktorer i uppväxtmiljön. Skolan är givetvis en mycket viktig samarbetspartner, där undervisning om självmordsprevention skulle kunna ingå som en del i ett förebyggande hälsoarbete. Arbete som skulle kunna förmedla vad ex alkohol och narkotika gör med vår hälsa. Ett förebyggande hälsoarbete inom skolans ram med samverkan mot barn- och ungdomspsykiatri skulle även kunna innebära att man på ett annat sätt än idag skulle kunna förmedla vad livskompetens är. Hur man kan gå tillväga när man hamnar i olika livskriser, och att vi vuxna kan förmedla hopp om att kriser och svårigheter kan bemästras och att detta ingår i en del i livet. Som tidigare nämnts är en trygg självkänsla basen för en god psykisk hälsa vilken i sin tur är den mest väsentliga suicidpreventiva faktorn. Viktiga förutsättningar för att en god självkänsla ska kunna utvecklas är stabila vuxenkontakter under uppväxtåren. En utbyggd föräldrarådgivning skulle med säkerhet öka chanserna för föräldrar att bli goda förebilder och att få kunskap om sin betydelse för ungdomars ohälsa. Kunskapen om föräldrars egna resurser och deras betydelse för barns utveckling är något som borde lyftas fram på olika sätt.

Med andra ord skulle arbetet med att *inte vara nära döden*, istället inriktas på att vara *nära de relationer* man behöver under tonåren för att uppnå den livskompetens som behövs för att få

strategier att möta livets olika komplexa skeenden. Detta *kan* innebära att man behöver vara nära sina föräldrar innan man kan separera från dem och påbörja en egen självständighet.

Orkar inte längre

Du orkar inte längre
Säger du gråtande
Du uthärdare inte ångesten
Den oavbrutna kampen
Stöd sökte du
Och förståelse
Men fann likgiltighet
Och förakt.

Tanken på Gud är ett hot
Som ökar din förtvivlan
Man har sagt
Att han ska straffa dig
Om du tar ditt liv
Men Gud är annorlunda
Ska du veta
Totalt annorlunda.

Han plågas med dig
När du plågas
Han känner föraktet
När du föraktas
Han upplever övergivenheten
När du inte blir sedd
Och tagen på allvar.

Ingen tar sitt liv
Av fri vilja
Av otacksamhet
Döden för egen hand
Är den sista utväg
Man kan se
Ur ett outhärdligt
Fängelse

Han som gav dig livet
Ville ditt liv
Nu sörjer han med dig
Det sönderslagna
Det aldrig utvecklade
En ovän har gjort detta
Stor är ovännens mak
Men dock begränsad.

Skövlarens tid tar slut.
Han kan inte hindra
Kärleken
Att ta dig i famn
Att bortom födelse
Och död
Förvandla allt
Till frihet och ljus.

Margareta Melin

20. REFERENSER

Allmänna Råd från Socialstyrelsen. Att förebygga självmord inom hälso- och sjukvård(1990)
Socialstyrelsen. Modin Stockholm.

Ahlner, B. & Hildingsdotter-Bengtsson, E. Mentalt förebyggande hälsovård. Utveckling och utvärdering för att förebygga psykisk och psykosomatisk ohälsa, drogmissbruk och självmord. Forskningsrådsnämnden Rapport 95:4

Antonovsky, A. (1987). Hälsans Mysterium, Natur och Kultur, Stockholm.

Beskow, J.red (2000). Självmord och självmordsprevention, Studentlitteratur, Lund.

Beskow, J. (1994). Självmord som frihet och tvång, Sfpf's monografiserie nr 39, Norstedts tryckeri Stockholm.

Beskow-Cronström, S. (1983). Samtal om självmord, Tiden/Folksam

Cederblad, M. Dahlin, L. Hagnell, O. Hansson, K.(1994) Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 244:1-11.

Centrum för suicidforskning och prevention (1997). Självmordspatient på psykiatrisk klinik, Ljunglöfs Offset, Stockholm.

Bremberg, L. (2001) Föreläsning vid 3:e nationella nätverkskonferensen i suicidprevention Uppsala.

Danielsson, C. (1999). Smärtan i vuxenblivandet, Om en grupp unga kvinnors första möte med vuxenpsykiatri, magisteruppsats Lunds Universitet, Socialhögskolan.

Drott-Englén, Gustavsson, T. (1995) Salutogena resurser hos familjer som söker Barn- och Ungdomspsykiatri. Ett försök att utveckla ett behandlingsprognostiskt instrument. Lunds Universitet, Enheten för Psykoterapiutbildning

Hansson, K. (2001). Familjebehandling på goda grunder, en forskningsbaserad översikt, Gothia. Stockholm

Hansson, K.(red)(1995). Familjeterapi tillämpningar ur ett svenskt perspektiv. Studentlitteratur, Lund

Hultén, A. (2000). Suicidal Behaviour in Children and Adolescents in Sweden and some European countries, Karolinska Institutet.Stockholm

Hultén, A. (2001) Föreläsning vid 3:e nationella nätverkskonferensen i Uppsala.

Ivarsson, T. Depression and Depressive Symptoms in Adolescence: Clinical and epidemiological Studies. Dissertation. Göteborg.

- Jansson, T. (1977). Vem ska trösta Knyttet ? Almquist & Wiksell
- Johnsson-Fridell, Eidevall-Wallin, Miklos-Ljungberg, Träskman-Bendz, Öjehagen :
Socialmedicinsk Tidskrift nr 2-3 1994
- Magne-Ingvar, U. (1999). Persons who attempted suicide – social characteristics, social network and significant others. Department of Clinical Neuroscience, Division of Psychiatry, Lunds Universitet, Studentlitteratur, Lund.
- Mini-D IV (1995). Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Kristianstad: Pilgrim Press
- Om livet känns hopplöst (1996). Nationella Rådet för självmordsprevention. Folkhälsoinstitutets distributionstjänst
- Ohlander, A-S. (2000). Föreläsning TVAGEN, Växjö
- Olsson, G. (1998). Adolescent depression. Epidemiology, Nosology, Life Stress and Social Network. Uppsala: Acta Universitatis Uppsaliensis.
- Olson, G. (2001) Föreläsning vid 3:e nationella nätverkskonferensen i Uppsala
- Piltz, K.G. & Gustavsdottir, K. (1992). Den osynliga familjen. Samarbetspartner eller syndabock ? Göteborg: Ask och Embla förlag.
- Richman, (1979). The family therapy of attempted suicide, Family Process vol 18, 1979.
- Socialstyrelsen, (2000). Att följa och analysera självmord, Epc rapport 2000:2.
- Svenska Psykiatriska Föreningen och Spru (1997). Självmordnära patienter – Kliniska riktlinjer för utredning och behandling.
- Wasserman, D. (2001). Suicide an unnecessary death. Red. Martin Dunitz
- Wasserman, D. (1998). Depression en vanlig sjukdom, Natur och Kultur
- Wasserman, D. (1990). Kamp, nederlag och utstötning. Familjens reaktioner på den suicidala kommunikationen. Socialmedicinsk tidskrift nr 8:1990.
- Wasserman, D. (1999) Självmorden i Sverige blir allt färre. Sydsvenska Dagbladet 990819
- Werner, E. (1995) Mot alla odds, Sfh, Norstedts
- Wrangsjö. B. (1995). Tampas med tonårignar, Natur och Kultur
- Minuchin, S. (1977) Familjer i terapi, Wahlström & Widstrand
- Minuchin, S. (1990) Livets Dans, Wahlström & Widstrand

