

C-UPPSATS

10 poäng

”En ensam kamp om hjälp”

Hur bemöter vi suicidbenägna ungdomar och deras föräldrar?

“A lonely struggle for help”

How are suicidal youth and their parents being met?

Vanessa Olsson
Sociala omsorgsprogrammet
Institutionen för hälsovetenskaper

Datum för examination: 050902
Handledare: Bengt Sjöström
Examinator: Ingrid Motevasel - Nilsson

Abstract

The aim of this study was to examine how the feelings of “being met” from personnel can affect suicidal youth and their parents, when searching for help. Five Swedish parents share their experiences of ”being met” by personnel regarding the care of their child who has taken their life. “Face to face” interviews where done with four of the parents. These were audio taped and then transcribed into text. The last interview was done using email and letter correspondence.

The result of the study revealed that the parent’s experiences of “being met” were characterized by:

- Not taken seriously
- Not being cared for
- Not being listened to
- A lonely struggle for help

Key words: suicide, youth, being met, experiences, professional personnel

1. INTRODUKTION.....	6
1.1 MOTIV TILL ÄMNESVAL	7
1.2 SYFTE OCH PROBLEMFÖRMULERING	7
1.3 DEFINITIONER.....	8
<i>Att befinna sig i kris</i>	8
<i>Suicid/själv mord</i>	8
<i>Professionell personal</i>	9
1.4 TIDIGARE FORSKNING	10
<i>Hjälpsökande hos personer som avlidit genom suicid</i>	10
<i>Patienters – anhörigas och professionellas perspektiv på bemötande</i>	10
2. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	12
2.1 DEN SYMBOLISKA INTERAKTIONISMEN	12
2.2 UNGDOMEN I DEN SUICIDALA PROCESSEN.....	14
2.3 SÅRBARHET - OCH STRESS	15
3. METOD OCH MATERIAL.....	15
3.1 BERÄTTELSEN SOM FORSKNINGSMETOD	15
3.2 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	16
3.3 AVGRÄNSNINGAR OCH URVAL	17
3.4 INSAMLING AV MATERIAL	17
3.5 GENOMFÖRANDE	17
3.6 RESULTAT- OCH ANALYSMETOD	18
3.7 METODDISKUSSION.....	19
4. RESULTAT	21
4.1 EN FÖRSTA PRESENTATION	21
4.2 FÖRÄLDRARNAS BERÄTTELSE:.....	21
<i>Anna och Ulf</i>	21
<i>Gunilla och Anders</i>	25
<i>Leif</i>	27
<i>Den medfödda sårbarheten</i>	28
4.3 ANALYS	29

<i>Upplevelsen av en ensam kamp</i>	29
<i>Bemötandets konsekvenser</i>	30
<i>Den suicidala processen och den extra sårbarheten – bemötandets påverkan</i>	31
5. SLUTDISKUSSION	33
KÄLLFÖRTECKNING	37

Bilaga: Deltagareavtal

Förord

Jag vill inleda med att ge en stor kram till alla underbara människor som funnits med och stöttat mig på vägen till denna uppsats. Jag har haft det ganska kämpigt emellanåt och utan den värme och omtanke som både deltagarna, övriga medhjälpare (ni vet vilka ni är), mina vänner och föräldrar givit mig så vet jag inte om jag skulle ha klarat det.

Speciellt till de fem underbara föräldrar som delat sina livsberättelser med mig:

Ni har med öppenhet och värme givit av er själva till mig. Ni har berättat om era mest smärtsamma minnen och ni har satt spår i mitt inre för alltid. Jag har lärt mig så oerhört mycket av er och jag hoppas att denna uppsats kan vidarebefordra lite av den kunskapen till andra.

Uppsatsen vänder sig i första hand till mina studiekamrater och blivande socialpedagoger vid Kristianstad högskola. Uppsatsens budskap är emellertid även viktigt för studenter inom andra människovårdande yrken samt personal inom hälso- och sjukvård.

1. Introduktion

...man tappar hoppet
om man träffat för mycket personal
med ett negativt bemötande...

(citat från en förälder som förlorat sitt barn i suicid)

Varje år begår hundratals barn och ungdomar suicid i Sverige (Internet 1). Många av dessa har tidigare gjort suicidförsök och varit i kontakt med sjukvården före självmordet, oftast med den psykiatriska vården eller med allmänläkare. Flera har också haft kontakt med socialtjänsten. Varför har då dessa kontakter inte lett till någon positiv förändring hos ungdomen?

Att ett suicidförsök är en stor riskfaktor för framtida suicid borde te sig självklart (Beskow 2000). Ändå tas en ungdoms självmordsförsök inte alltid på allvar, inte ens av den personal som är utbildad för att hjälpa dem. Det pratas ibland om att suicidförsök ”bara” är ett sätt för ungdomar att få uppmärksamhet. Suicidförsöket är ett sätt för ungdomen att kommunicera sin smärta till omgivningen, ett rop på hjälp. Visst vill ungdomen ha uppmärksamhet, den är *i behov* av det. Varför skall uppmärksamhetssökande betonas negativt? Alla som söker professionell hjälp vill ha uppmärksamhet, uppmärksamhet på sina bekymmer.

I denna uppsats kommer ni att möta föräldrarna till tre ungdomar, tre ungdomar som gjorde minst ett allvarligt suicidförsök innan de ”lyckades”. Föräldrarna kommer att berätta om hur de och deras barn blev bemötta av personal då de sökte hjälp. Mitt råd till er som läser denna uppsats är att öppna era hjärtan för det som berättas. Den lärdom ni kommer att få är viktig i er blivande/nuvarande yrkesroll.

1.1 Motiv till ämnesval

Vilken uppgift har egentligen den personal som möter människor i psykisk kris? Den frågan har jag ställt mig sedan mitt första möte med denna yrkesgrupp. Under min uppväxt såg jag en av mina närmaste gå under i psykiatrin. Jag förundrades över att det som kallades psykiatrisk behandling egentligen handlade om förvaring. När jag senare, i samband med mina studier började jobba extra på en psykiatrisk avdelning kunde jag med sorg och vanmakt konstatera att psykiatrin inte verkade ha förändrats, i alla fall inte gällande den grundläggande människosynen. På ytan kunde det emellertid förfalla annorlunda. Det till synes enkla och självklara visade sig ofta vara det svåraste: De grundläggande värderingarna och åtföljande attityderna baserades på en uppdelning i ett *vi* – de ”professionella” och ett *de* – de hjälpsökande. Det tycktes vara oerhört svårt för stora delar av personalen att inse att det egentligen inte finns någon klar gräns, alla människor kan bli i behov av psykiatrisk behandling om påfrestningarna är tillräckligt svåra.

Under tiden som vikarie träffade jag flera suicidbenägna ungdomar och deras föräldrar. Som personal upplevde jag hur föräldrarna hade höga förväntningar på personalens kompetens att bemöta och stödja deras barn. Med sorg såg jag hur deras förhoppningar vändes till frustration och maktlöshet. Insåg det samma sak som jag hade gjort?

När tiden var inne för uppsatsskrivande kändes mitt ämnesval ganska givet. Jag ville lyssna till de hjälpsökandes (här; föräldrar till suicidbenägna ungdomar) berättelser om sina erfarenheter och upplevelser av personalens bemötande. Slutligen ville jag söka förståelse för vilka konsekvenser personalens bemötande kan få.

1.2 Syfte och problemformulering

Syftet med min uppsats var att söka fördjupad förståelse för hur den professionella personalens bemötande kan upplevas och påverka suicidbenägna ungdomar och deras föräldrar.

Frågeställningar:

- Hur upplevde föräldrarna bemötandet från den professionella personalen då de och deras suicidbenägna barn sökte hjälp?

- Vilka konsekvenser kan personalens bemötande få för suicidbenägna ungdomar och deras föräldrar?

För att nå mitt syfte har jag bett fem föräldrar som förlorat sitt/ett av sina barn i suicid berätta om sina upplevelser och erfarenheter i ämnet. Jag har även fått möjligheten att ta del av dagboksanteckningar och avskedsbrev från en av de suiciderade ungdomarna.

1.3 Definitioner

För att ni som läsare på ett enkelt sätt skall kunna följa med i texten har jag valt att i nedanstående avsnitt beskriva några av uppsatsens centrala begrepp.

Att befinna sig i kris

Att den suicidbenägne ungdomen och dennes föräldrar befinner sig i kris då de söker hjälp ter sig ganska självklart. Men vad innebär det då för människan att befinna sig i kris? I krisen är människans identitet, självuppfattning och självkänsla i upplösning,, människan befinner sig i en situation som han/hon *inte på egen hand* kan ta sig ur (Persson 1995). Enligt ovanstående definition var således föräldrarna och ungdomarna beroende av personalens stöd och hjälp för att ta sig ur sin situation.

Suicid/själv mord

Enligt Nationella rådet för självmordsprevention, NASP (1995 s.1) är suicid/själv mord ”en *medveten, uppsåtlig, självförvållad, livshotande handling som leder till döden*”.

Efter att ha lyssnat till berättelser om ungdomars väg till självmord känner jag inte det rättvist att använda denna strama definition. Jag ser, liksom Nationella rådet självmordet/suicidet som en handling vilken leder till döden. Däremot har jag svårigheter att se den som medveten och uppsåtlig. Hur kan vi, i efterhand bedöma om den suicidala handlingen var medveten och uppsåtlig? Är det inte endast dem som utfört handlingen som kan veta det? Att handlingen är självförvållad kan vid en första tanke anses självklart, varför annars beteckningen självmord? Även detta kriterium tänker jag ifrågasätta. På vilket sätt är självmordet självförvållat? Den slutliga fysiska handlingen som leder till döden är givetvis självförvållad annars betecknas det

som mord. Men vägen från den första självmordstanken till det slutliga självmordet, vem har vållat den? Kan det inte ha funnits yttre faktorer, opåverkbara för personen vilka lett fram till känslor av olycka och hopplöshet? Att Nationella rådet för suicidprevention definierar självmordet som en medveten, uppsåtlig och självförvållad handling är motsägelsefullt. Ser vi självmordet på detta sätt försvinner också anledningen till preventionsarbetet. Samhället måste börja se sin del i processen.

Nedanstående definitioner av övriga relevanta begrepp kring självmord är hämtade från Nationella rådet för självmordsprevention (1995).

Självmordstankar, fantasier, tankar, önskemål om och impulser att begå självmord. Dessa kan utvecklas till avsikter, planer eller eventuellt beslut.

Självmordsförsök, livshotande eller skenbart livshotande handling *i avsikt* att sätta sitt liv på spel eller göra intryck av sådan avsikt. Leder inte till döden.

Självmordsprocess, 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 (utförligare beskrivning ges på s.15).

Självmordsbenägenhet, inställning präglad av avsikter, planer och ev. beslut om att vilja begå självmord.

Självmordskommunikation, medvetet eller omedvetet yppad självmordsbenägenhet.

Professionell personal

Som ett samlingsbegrepp för alla de människor som innehar professionella "hjälproller", antingen det är socionomer, läkare, psykiatrer, sjuksköterskor, psykologer eller andra liknande yrkesgrupper, använder jag i min uppsats beteckningen personalen eller de professionella. Anledningen till att jag inte använder beteckningen *hjälpare* beror på min förståelse att kombinationen av att vara professionell och hjälpare inte alltid är given. Det som utmärker den professionella personalen är att hans eller hennes eventuella hjälp utförs i form av avlönat

arbete. Detta menar jag är den största skillnaderna mellan den professionella hjälpinsatsen och den ”naturliga”, spontana hjälpsamheten.

1.4 Tidigare forskning

I de flesta av de studier jag tagit del av har den suicidbenägne ungdomens och de anhörigas upplevelser, åsikter och attityder undersökts genom strukturerade intervjuer eller enkäter. Detta metodval kan ha gjort materialet lättare för forskaren att tolka och analysera men samtidigt har det inneburit en risk för forskaren att styra deltagarnas ståndpunkter och åsikter.

I nedanstående avsnitt kommer jag börja med att redovisa forskningsresultat över hur stort antal suiciderade personer som varit i kontakt med hälso- och sjukvården före suicidet. Därefter följer en sammanfattning av den forskning som ligger närmare mitt eget perspektiv. Forskningen gäller suicidbenägna personers och anhörigas upplevelser av mötet med professionell personal och omvänt, det vill säga personalens upplevelser av mötet med suicidbenägna och deras anhöriga.

Hjälpsökande hos personer som avlidit genom suicid

I en studie, gjord i USA (Murphy 1975) visade det sig att 49 av 60 patienter som begått suicid hade varit i kontakt med psykiatrin de närmaste sex månaderna innan suicidet. Tjugosju av de 49 patienterna hade vid läkarbesöken pratat om suicidtankar och tjugotvå personer hade tidigare gjort suicidförsök. Liknande resultat framkom i en svensk undersökning. Här visade det sig att 79 av 271 manliga patienter hade mottagit psykiatrisk vård de sex närmaste månaderna innan sitt självmord (Beskow 1979). En annan svensk studie visade att 64 av 104 kvinnliga patienter som begått suicid hade varit i kontakt med den psykiatriska vården inom ett år före suicidet (Åsgård 1990).

Patienters – anhörigas och professionellas perspektiv på bemötande

Ett flertal svenska och utländska studier är gjorda angående vilka upplevelser, attityder och tankar olika personalgrupper har av mötet med suicidbenägna personer och deras närstående. Förhållandevis få liknande studier är gjorda utifrån den självmordsbenägne personens – och de närståendes synvinkel.

I en kvalitativ studie gjord av Jan Beskow (1996) behandlas tio psykiatrikers uppfattningar om vad de anser är viktigt att tänka på i mötet med suicidala patienter. De gemensamma uppfattningarna var av två slag:

- *Förmågan att förstå och diskutera existentiella frågor samt*
- *kunskapen att kommunicera med patienten på ett vardagligt språk.*

Få undersökningar är gjorda från suicidbenägna personers perspektiv. De som dock är gjorda visar bland annat den extrema känslighet och sårbarhet som suicidbenägna personer upplever vid hjälpsökandet. Känslan av att vara värdelös och skyldig är utmärkande (Wolk-Wasserman 1986, Kovacs 1975). I en svensk studie gjord av Samuelsson (1997) tillfrågades ett antal suicidbenägna patienter om deras erfarenheter och upplevelser av psykiatrisk vård. Vikten av att bli väl bemött och omhändertagen samt lyssnad på och bekräftad var utmärkande. Samtalen med engagerad personal sågs av yttersta vikt för den helande processen och önskan om att fortsätta leva.

Har då de anhöriga upplevt personalens bemötande på liknande sätt?

Åkerberg (1994) tar i sin studie upp hur anhöriga till personer som gjort suicidförsök upplevde kontakten med personalen under tiden den suicidbenägne var inlagd. De anhöriga hade känt en saknad av information om tillgängliga medicinska och terapeutiska behandlingar för den suicidbenägne. Vidare hade personalens kompetens upplevts som låg, den suicidbenägne hade inte tagits på allvar och de anhöriga hade inte heller upplevt sig som välkomna att delta i den suicidbenägnas vård. Resultatet stämmer väl överens med en tidigare, likartad studie gjord i England (Solomon 1988). Här fann forskaren att kommunikationen mellan de anhöriga och den psykiatriska personalen upplevdes som väldigt begränsad. De anhöriga, uppfattade liksom i Åkerbergs studie att de inte hade fått någon information om de behandlingsmöjligheter som fanns att tillgå. Vidare hade de saknat kontinuerlig information om patientens tillstånd. Slutligen hade de funnit briser i personalens bemötande avseendet viljan att ge dem praktiska tips för hur de skulle följa upp vården hemma (Solomon 1988). Ännu en jämförlig studie gjordes 1999 i Australien (Nirui & Chenoweth). Här intervjuades familj och vänner till 15 personer som *begått* suicid. Syftet hade varit att få fram anhörigas inställningar till det stöd som de och deras

närstående mottog från personal inom hälso- och sjukvården *innan* suicidet fullbordades. Studien visade att de anhöriga hade upplevelser av att det fanns stora brister i personalens kunskap om hur man stöttar och bemöter suicidbenägna personer och deras anhöriga. De anhöriga uppfattade även att personalen hade en förutfattad, negativ bild av suicidnära patienter (Nirui & Chenoweth 1999).

I en svensk studie gjord av Magne-Ingvar (1999) framhölls vikten av att personalen tillvaratar de anhörigas kunskaper för att reda ut omständigheterna kring en persons suicidförsök. Vidare framgår att de anhöriga även själva behöver hjälp och stöd från personalen för att orka med situationen.

Avslutningsvis tar Anne-Grethe Talseth i sin avhandling *Psychiatric Care in Relation to Suicide* (2001) upp sköterskors och läkares upplevelser av att möta klienter med självmordsrisk, samt klienternas och deras anhörigas erfarenheter av bemötande och relationer till sköterskor och läkare. I avhandlingen diskuteras begreppen *bekräftelse*, *närvaro*, *tröst* och *hopp*. Kärnpunkten är närvaron i relationen mellan personalen och personer med självmordsrisk och deras anhöriga. När personalen bekräftar, är närvarande, tröstar och inger hopp, tas det emot som "en gåva" av den suicidbenägne och dennes anhöriga. Denna gåva kan göra det möjligt för den suicidbenägne att välja livet, eftersom detta att bli bemött i sina grundläggande behov ger livet mening. Om den suicidbenägne och de anhöriga inte blir bemötta som de hade väntat sig när de sökte hjälp, ökar lidandet vilket kan bidra till en ökad risk för självmord under tiden den självmordsbenägne får behandling av personalen men även efter utskrivning (Talseth 2001).

2. Teoretiska utgångspunkter

2.1 Den symboliska interaktionismen

En av *den symboliska interaktionismens* förgrundsgestalter är Charles Cooley (1864-1929). I följande teoribeskrivning kommer jag främst att använda mig av Cooleys och hans moderna

efterträdare Charons nyckelbegrepp. Även en annan av förgrundsgestalterna, *Mead* kommer att omnämnas.

Den symboliska interaktionismens grundtanke är att människans "jag" och identitet utvecklas och formas i samspel med andra individer (Cooley 1981). Detta samspel handlar om att uppleva sig själv som en *handlande* person, att spegla sig i andras attityder om den egna personen och finna en gestalt som är "jag".

Genom det sociala livets samvaro kan människan skapa det som Mead kallade för *rollövertagande*. Rollövertagandet innebär bland annat att en individ övertar andras attityder av henne själv och betraktar då verkligheten från den andre persons perspektiv (Mead 1976).

Människan kan genom *rollövertagande* känna sig lyckad eller misslyckad beroende på hur han eller hon blir bemötta av *signifikanta* andra och referensgrupper (personer och grupper som är viktiga för oss). "*If we are constantly mistrusted or ridiculed, we are influenced to reject ourselves; if ignored we may think of ourselves as worthless objects* (Charon 2001 s 83).

Vad som hittills har framkommit är att människor är beroende av andra människors samtycke och godkännande för att skapa psykisk hälsa samt att individen i sin identitetsutveckling formas i samspel med andra. Frånvaro av andra individer medför att människan som social individ är död eller döende (Cooley 1981).

Vi påverkas således starkt av hur vi upplever att andra människor uppfattar oss, vårt beteende, framträdande, vår bedrift, karaktär etc. Beroende på hur vi tolkar den andras uppfattning om oss kan vi enligt Cooley (1981) känna glädje, förnöjsamhet eller motsatsen i form av skam. Tre faktorer påverkar den självbild som uppstår i en situation då man speglar sig i en annan människas attityd kring det egna självet:

1. Upplevelsen av det egna framträdandet inför en annan person, det vill säga den man samspelar med.
2. Upplevelsen av den andra personens värderingar av framträdandet, och
3. den självkänsla som uppstår, såsom stolthet, förödmjukelse eller kränkning (Cooley 1981).

Erving Goffman, skaparen av den *dramaturgiska* sociologin, menar i sin bok *Jaget och maskerna* att människans *jag* framställs som en rollgestalt på en scen där publiken som personen interagerar med besitter stor makt. Samspelet och informationsflödet utgör ett sätt att bygga upp en personlig identitet och befästa ett *jag* (Goffman 2004). Det viktigaste avgörandet har publiken som godkänner eller underkänner aktörens framställning och den rollgestalt aktören har skapat.

Det är inte vår karaktär, vår inre motivationsprofil eller andra inre personlighetsegenskaper som bestämmer hur vi kommer att uppleva oss själva, utan det är våra handlingar och Den Andres reaktioner på dessa handlingar som bestämmer detta (Månson 1998 s.171).

2.2 Ungdomen i den suicidala processen

Teorin om den suicidala processen används, som tidigare nämnts (se definitioner) för att förstå utvecklingen från den första allvarliga självmordstanken till självmordsförsök och fullbordat självmord (Beskow 2000).

Självmordsförsök och även självmord ses som kommunikativa handlingar, signaler om att ungdomen inte längre orkar med sin psykiska smärta men samtidig en vädjan om hjälp. Önskan att få hjälp är hos de flesta självmordsbenägna ungdomar betydligt starkare än önskan att dö (Beskow 2000).

Under den suicidala processens utveckling kommunicerar den självmordsbenägne sina känslor och avsikter till omgivningen. Bland annat blir ofta professionell personal mottagare för denna kommunikation (Beskow 1979, Åsgård 1990)

Hur den suicidala processen utvecklas, det vill säga om den bromsas eller om den utvecklas mot ett självmordsförsök eller fullbordat självmord beror mycket på den professionella personalens förmåga att bemöta och ta den självmordsbenägna ungdomens suicidala kommunikation på allvar (Beskow 2000).

2.3 Sårbarhet - och stress

Enligt Danuta Wasserman, professor i psykiatri och suicidologi, uppvisar de ungdomar som utför suicidförsök eller suicid ofta en tydlig sårbarhet och mottaglighet för stress. Hon menar att interaktionen mellan biologiska, sociala och upplevelsemässiga förutsättningar, när den unge utsätts för hög stress, spelar stor roll för den suicidala processen, ända från fosterstadiet upp i det vuxna livet (Wasserman 2000).

Själv mord och självmordsförsök kan således förstås som en följd av att en känslig och sårbar individ utsätts för övermäktiga påfrestningar. Sårbara ungdomar upplever, enligt Wasserman ofta misslyckanden som mer traumatiska än vad andra ungdomar gör. Detta kan i sin tur leda till ångest, förvirring och nedstämdhet åtföljt av känslor av hopplöshet. När den unga människan känner att dess självkänsla blir kränkt kan han eller hon uppleva bottenlös hopplöshet. Om ingen hjälp finns tillgänglig kan självmord framstå som den enda utvägen (Wasserman 2000).

3. Metod och material

3.1 Berättelsen som forskningsmetod

Inledningsvis berättade jag hur jag under min tid som skötare började ifrågasätta den ordinarie personalens bemötande av patienterna och deras anhöriga. Jag upplevde deras förhållningssätt som fyrkantigt, omänskligt och bristande. Var medmänsklighetens spontana omsorg något som jag tog för given?

Som blivande socialpedagog är klienternas berättelser ett sätt att skapa förståelse för vad de upplever som vårdande. Samtidigt kan berättandet i sig vara vårdande för den som berättar. Skott (2004) talar i sin bok om berättelsens och berättandets tröstande, helande och läkande kraft. Att berätta om egna upplevelser kan vara vårdande, även de man funnit problematiska.

Syftet med att berätta är inte först och främst att exakt återge en händelse utan att förmedla ett försök till förståelse av världen (Skott 2004). För att i så stor utsträckning som möjligt ge deltagarna möjlighet att berätta sin egen, personliga historia valde jag att använda mig av den kvalitativa forskningsintervjun baserad på två öppna teman (se bilaga 1/1).

Enligt Riessman (1997) spelar det mindre roll hur man i detalj formulerar sina frågor jämfört med att själva samtalet uppmuntrar till berättande. Frågor som är mer öppna formulerade har större förmåga att locka fram berättandet. Berättandet växer fram i samspel mellan berättaren och lyssnaren när de ömsesidigt påverkar varandra genom hela processen (Skott 2004).

Jag inspirerades av följande citat från Kvale (1997 s.9) då jag påbörjade min studie:

Den kvalitativa forskningsintervjun söker förstå världen ur de intervjuades synvinkel, utveckla innebörden av människors erfarenheter, frilägga deras livsvärld före de vetenskapliga förklaringarna.

3.2 Etiska överväganden

Innan uppsatsstarten ifrågasatte personer lämpligheten i att göra intervjuer i mitt ämne. Innan jag blev varse dessa synpunkter hade jag emellertid redan varit i kontakt med ”ordföranden” till en förening för anhöriga till personer som suiciderat. Den viktigaste frågan för mig hade då varit hur ”ordföranden” trodde att min undersökning skulle mottas av medlemmarna. Min tanke var att deras åsikter skulle få avgöra om jag kunde utföra undersökningen eller inte. Jag mottog positiv feedback vilket gjorde att jag kunde planera in starten för min undersökning.

Då en vetenskaplig studie skall genomföras för detta även med sig vissa obligatoriska etiska krav. Att jag har tagit hänsyn till dessa redovisas genom det deltagaravtal (se bilaga 1/1) som samtliga föräldrar mottagit några dagar innan intervjun påbörjades. Även vid intervjutillfället gavs samma information muntligen.

3.3 Avgränsningar och urval

Till en början valde jag att endast vända mig till föräldrar med hemvist på ett rimligt avstånd från Kristianstad. Samtliga personliga intervjuer har gjorts med denna avgränsning. Däremot har den sista intervjun, vilken utfördes via e-post fallit utanför denna ram. Eftersom jag inte fann att deltagarnas bostadsort hade någon inverkan på mitt resultat valde jag att även ta med denna deltagare.

Min urvalsmetod har varit icke-slumpmässig då jag har styrt det utifrån valda kriterier. Följande två kriterier låg som utgångspunkt:

1. Att den anhöriga hade erfarenhet av en ung person mellan 18-30 år som gått bort i självmord.
2. Att den anhörige och ungdomen hade varit i kontakt med professionell hjälpare (psykiater, psykolog eller kurator) innan självmordet.

3.4 Insamling av material

Förutom de empiriska data som insamlats har även material erhållits genom sökning i databaserna; Medline, Svemed, ebrary och The Cochrane Library. Sökord har varit: suicide, attempted suicide, experiences, adolescents, relatives, interviews and qualitative research.

Jag har även genom kontakt med personal på NASP (Nationella rådet för suicidprevention) erhållit en doktorsavhandling samt vetenskapliga artiklar och tips på litteratur.

3.5 Genomförande

Vid kursstarten hade jag haft kontakt med ”ordföranden” (hädanefter; *Jesper*) för anhörigföreningen ytterligare några gånger (se etiska överväganden). Vi hade då kommit fram till att vi skulle träffas personligen för att bestämma fortsättningen på vårt samarbete. Mötet blev hemma hos Jesper eftersom delar av vårt samtal motiverade tystnadsplikt. Jesper föreslog att jag kunde följa med till anhörigföreningen dagen efter vilket jag gjorde. Jag var nervös och

spänd över hur medlemmarna skulle reagera på min närvaro. Jag var ju inte själv ”anhörig”, vad hade jag för rätt att vara där?

Det visade sig emellertid att jag inte hade något att oroa mig för. De personer jag träffade var öppna och vänliga. När jag berättade varför jag var där blev jag positivt mottagen. Det fanns fyra anhöriga (två föräldrapar), som föll innanför ”urvalskriterierna”. Samtliga fyra var intresserade av att delta och intervjuerna ägde, några dagar senare rum i respektive deltagares hem. Intervjusituationerna kändes väldigt avslappnade. Eftersom informanterna, via deltagaravtalet redan hade kännedom om utgångspunkterna för intervjun fann jag det lämpligt att låta dem börja samtalet. Samtliga deltagare började med att ge mig en bild av vem personen bakom självmordet var, både känslomässigt och konkret. Därefter berättade de om upplevelserna av bemötande från personal vid olika tidpunkter då de sökt professionell hjälp.

Den sista deltagaren fick jag kontakt med via en hemsida. Hemsidan hade startats av pappan och styvsyskonen till sonen/brodern som hade gått bort i suicid. På hemsidan stod att pappan och syskonen gärna delade med sig av sina erfarenheter. Jag bestämde mig för att skriva till dem och berättade om min uppsats. Jag mottog även här positiv respons, men då familjemedlemmarna bodde på olika håll och samtliga med ett bra avstånd från Kristianstad blev det svårt att göra någon intervju ansikte mot ansikte. Istället kom pappan och jag överens om att korrespondera via e-post. Denna kontakt fungerade väl och jag mottog mycket information och material från honom. Som avslutning på vårt samarbete skickade jag honom de ”teman” som legat som utgångspunkter för mina intervjuer. Utifrån dessa skrev han sedan ned sina erfarenheter och upplevelser i ett brev som skickades till mig.

3.6 Resultat- och analysmetod

Efter att samtliga *personliga* intervjuer var gjorda överfördes materialet till skriftspråk. Jag gjorde valet att *inte* skriva ut intervjuerna ordagrant då samtalen emellanåt flöt in på, utifrån mitt syfte, mindre relevanta ämnen. Jag bestämde mig för att bearbeta de personliga intervjuerna tillsammans med den icke personliga intervjun, det vill säga den som gjordes via e-post. Vid två av fallen har intervjuer gjorts med *båda* föräldrarna till ett barn som suiciderat. I dessa fall har mammans och pappans upplevelser redovisats i *en* gemensam berättelse. Resultatet kommer

sålades att bestå av *tre* sammanfattade berättelser varav två anger föräldrarnas gemensamma upplevelser och den tredje anger en ensam pappas upplevelser. I den första berättelsen kommer även avsnitt från den suiciderade ungdomens dagboksanteckningar och avskedsbrev att delges. Utelämnande av dessa har godkänts av vederbörandes föräldrar.

Tolkningen av materialet började med att jag läste varje berättelse ett flertal gånger för att låta berättelsen presentera sig och därigenom skapa en förståelse av det berättade. För att utforska berättelserna vidare kom den första analysen att formos som ett sökande efter svar på frågan: Vad vill berättaren egentligen förmedla? Vad säger berättelserna om suicidbenägna ungdomars och deras föräldrars upplevelser och behov? Den sista fasen i tolkningen av berättelserna syftade till att nå en djupare förståelse över bemötandets inverkan på människor i kris.

3.7 Metoddiskussion

Den kvalitativa undersökningen kan, enligt Merriam (1994) aldrig anses vara *objektiv*. Jag har emellertid inte varit intresserad av att ta fram objektiva fakta. Mitt syfte har varit att skapa förståelse. Skulle en objektivering varit mitt mål hade jag istället valt att göra en *kvantitativ* undersökning med fasta svarsalternativ och där känslaspekterna hade spelat mindre roll. En sådan studie hade fått ett helt annat, men utifrån mitt syfte, mindre relevant resultat.

Då jag studerat metodlitteraturen har två centrala begrepp uppkommit; *validitet* och *reliabilitet*. Genom den *inre* validiteten (Merriam 1994) ställs frågan om resultatet har en verklig grund. Med verklig grund menas om resultatet är *trovärdigt*. Trovärdigheten i min studie är, utifrån flera synpunkter mycket relevant att diskutera. För det första behandlar min uppsats människors subjektiva uppfattningar om verkligheten. Det finns alltid en möjlighet att deltagarna förvränger verkligheten. Om detta görs eller inte finner jag emellertid ganska irrelevant i min studie. Det jag söker efter är att *förstå* deltagarnas upplevelser av *sin* verklighet, inte förståelsen av en generell verklighet. En annan synpunkt på trovärdigheten, vilken varit viktig för mig att ha i åtanke är att jag, genom transkriberingen och nedkortandet av materialet redan har gjort en tolkning av det. Jag har emellertid, för att minimera risken för förutfattade värderingar i största mån försökt vara lyhörd för vad *deltagarna* har ansett varit viktigt att framhäva.

Även *under* intervjusituationen har jag, i egenskap av undersökare påverkat deltagarna. Utifrån detta har det varit viktigt för mig att låta deltagarna själva välja var och när intervjun skulle äga rum. Dessutom har jag både under och efter intervjun frågat hur deltagarna har upplevt samtalet.

Den *yttre* validiteten handlar om huruvida resultatet är generaliserbart (Merriam 1994). Då min undersökning baseras på individers personliga upplevelser och känslor blir denna fråga problematisk. Som jag tidigare nämnt har syftet med min studie inte varit att objektifiera deltagarnas verklighet. Det centrala har hela tiden varit att söka förståelse för *deras* upplevelsevärld. I den avslutande delen av uppsatsen kommer emellertid ett försök göras att, med hjälp av tidigare forskning sätta in mina slutsatser i ett större sammanhang.

Reliabiliteten hos en studie ställer frågan om resultatet av undersökningen blir desamma vid en replikering av studien. Merriam (1994) anser att det även här blir svårigheter för den kvalitativa metoden. Hon menar att de upplevelser och känslor som en människa har vid en tidpunkt (första undersökningstillfället) ofta förändras till nästa tidpunkt (andra undersökningstillfället). Denna synpunkt anser jag även vara relevant för min undersökning. Deltagarna i studien har beskrivit upplevelser av händelser som ägt rum minst ett år tillbaka i tiden. Undersökningen behandlar ett väldigt känsloladdat ämne som kräver bearbetning för den som drabbas. Hur långt i denna bearbetningsprocess deltagarna har kommit spelar säkert roll för hur de minns och upplever sina möten med den professionella personalen. Görs då en replikering många år efter att denna studie publicerats kan både deltagarnas upplevelsevärld samt deras minne vara förändrat.

Som jag tidigare nämnt har samtliga intervjuer utom en varit personliga (i bemärkelsen ansikte mot ansikte). Från början var tanken att alla intervjuer skulle göras personligen. Anledningen till detta hade jag emellertid inte funderat närmare på. I efterhand kan jag se att det framförallt handlade "normen" att kvalitativa intervjuer ska göras personligen för att undersökaren skall ha möjlighet att även fånga in ansiktsuttryck och känslor. Utifrån ämnets karaktär har det varit oundvikligt att starka känslor varit inblandade. Detta gäller både de personliga och den icke personliga intervjun. I den icke personliga intervjun fick jag emellertid inte tillträde till denne deltagares rent kroppsliga reaktioner (ansiktsuttryck, gester etc.). Jag anser dock att detta har spelat mindre roll för resultatet. Anledningen är att det brev, som jag avslutningsvis mottog från honom gav en mycket bra beskrivning över den känslomässiga dimensionen av hans och sonens upplevelser.

4. Resultat

4.1 En första presentation

För att nå mitt syfte bad jag fem föräldrar berätta om hur de upplevt personalens bemötande då de och deras barn sökt professionell hjälp. Berättelserna kom flödigast nästan helt utan frågor eller kommentarer från mig. De texter som jag tolkat är delar av mellan två till tre timmar långa intervjuer som huvudsakligen behandlade erfarenheter att som förälder handskas med situationen då ditt barn inte längre orkar leva, om att söka professionell hjälp och om att förlora sitt barn. Jag kommer att presentera den största delen av texten med föräldrarnas egna ord för att läsaren ska få möta deras resonemang utan alltför mycket avbrott. Därefter kommer vissa avsnitt tas ut för analys.

I resultatet har samtliga deltagare aidentifierats. Namnen som anges är fingerade. Även vissa andra omständigheter har, för att säkra anonymitet, tagits bort. Refereringarna i de två första berättelserna är tagna från de personliga intervjusamtalen medan de i den sista berättelsen är hämtade från det mottagna brevet.

4.2 Föräldrarnas berättelser:

Anna och Ulf

Anna och Ulf är föräldrarna till Lena som begick suicid vid 26 års ålder. Sökandet efter professionell hjälp började då Lena var 19 år. Åren däremellan gjorde Lena fyra suicidförsök, varav tre mycket allvarliga.

Den första kontakt föräldrarna och Lena hade med professionell personal var efter det första försöket. Familjen erhöll då samtalstid hos en psykolog.

Om denna kontakt berättar mamman följande:

Han gav ett så oseriöst intryck. Han jäspade under samtalen och tilltalade Ulf (pappan) med fel namn. Vi pratade bara om vardagliga saker. Jag föreslog att vi skulle prata om det som kändes jobbigt, med så blev aldrig av... Samtidigt som denna ”terapi” gick jag och Lena en kurs i mental hälsa. Denna gav mycket mer än samtalen hos psykologen.

Föräldrarna och Lena flyttade härefter till en annan stadsdel och skrev in sig på en ny öppenvårdsmottagning. Lena började gå i bildterapi. Föräldrarna var inte medverkande denna gång.

Under tiden hon gick i bildterapi gjorde hon sitt *andra* självmordsförsök. När vi ringde bildterapeuten för att berätta vad som hade hänt menade hon att hon hade anat detta i Lenas bilder men att hon inte trodde det var så allvarlig...

Efter detta suicidförsök fick Lena och hennes mamma samtala med en psykiater, vilken efter ett kort stund diagnostiserade Lena som manodepressiv.

Hur kan man sätta en diagnos på en människa efter fem minuters samtal? Inte konstigt att Lena blev förbannad. Dessutom pratade han bara i fackmässiga termer och vägrade lyssna på vad vi hade för tankar och känslor. Efter detta samtal frågar han om Lena vill läggas in. Vad tror han att han kommer att få för svar? Lena ville absolut inte bli inlagd men blev istället tvångsintagen. Hon mådde så fruktansvärt dåligt den natten på avdelningen. Har man gjort ett suicidförsök behöver man närhet och värme och inte ligga på en grå avdelning där ingen visar omtanke. Dagen efter fick vi henne utskrivna.

Det tredje suicidförsöket var, fysiskt sätt inte så ”allvarligt”. Efter ett samtal med läkaren hänvisades Lena tillbaka till sin öppenvårdskontakt. Föräldrarna försökte förklara att denna kontakt inte hade upplevts som positivt. Detta avvisades emellertid.

Vi det fjärde och allvarligaste försöket bodde Lena själv. När mamman hade ringt Lena några gånger utan svar ringde hon istället upp en av Lenas vänner. Då vännen berättade att hon gått förbi Lenas lägenhet tidigare på dagen och att persiennerna varit neddragna anade mamman vad som hänt. Hon ringde en låssmed som meddelade att han inte kunde låsa upp utan polisens godkännande. Då ringde mamman istället polisen. Två poliser kom till Lenas lägenhet *utan* låssmed. Mamman berättar:

Jag fick ju panik. Jag sa till poliserna att jag visste att något hemskt hade hänt men de verkade inte lyssna. När jag bad dem ringa och skynda på låssmeden sa den ena polisen ”Eh... din dotter har väl

bara träffat en kille”... Förstår du vilken fruktansvärd situation att vara i? När den andra polisen till slut ringde låsmeden så kom han snabbt. De fick upp dörren och där hängde hon över köksstolen, helt blåsvart i ansiktet. På akuten meddelade läkarna att de inte visste om hon skulle klara sig. Men hon överlevde. Vi blev sedan skickade till den psykiatriska akutmottagningen, en fruktansvärd upplevelse. Där var en hel blandning av människor i kris, allt från psykoser till alkoholister, en stressig och hemsk miljö när man har ont i själen. Lena hade varit så nära döden man kan komma, ändå tog de inte henne på allvar. De lyssnade inte över huvud taget och vägrade ha något med oss föräldrar att göra... Vi blev åter hänvisade till öppenvården.

Det hann nu gå ett år innan Lena började må sämre igen. När föräldrarna var i sommarstugan ringde hon för att berättade hur hon mådde. Mamman körde omedelbart hem och kontaktade *det mobila psykteamet*. Deras bemötande och hjälp upplevdes som väldigt positiv.

De kom omedelbart, de var verkligen gulliga. Det märktes att de brydde sig. För första gången behövde vi inte själva söka efter fortsatt hjälp. Det kändes så otroligt skönt. De andra gångerna gav bara personalen oss ett telefonnummer och sa, ”ni kan ringa hit om ni vill”. Det mobila teamet ordnade själva en psykiaterkontakt till oss. Även om vi fick tjata länge på denna psykiater fick Lena till sist komma till ett riktigt behandlingscenter.... Hon trivdes så bra där... de visst hur de skulle bemöta hennes problematik.

Efter en tid på behandlingscentret mådde Lena så bra att hon inte längre kände att hon behövde terapi. Hon avslutade kontakten men blev lovad att hon när som helst kunde ringa dit. För föräldrarna kändes det som att Lena äntligen hade hittat tillbaka. Hon utbildade sig och fick ett arbete hon trivdes med. ”*Hon lade ner så mycket engagemang i sina arbetsuppgifter*”, berättar föräldrarna.

Under våren, *samma år* som hon begick suicid blev hon uppsagd från sitt arbete.

Det gjordes på ett så fult sätt. Lena kämpade verkligen för att göra rätt för sig, ändå gjorde dem så mot henne. Hon hade ju inte fått något ordentligt avtal så de sa att hon fick sluta samma dag som uppsägningen. Alternativet var att hon kunde stanna månaden ut för att lära upp den som skulle få tjänsten *efter* henne. Det kränkte henne mycket.

Efter uppsägningen började Lena åter må sämre och kontaktade därför behandlingscentret hon tidigare var på. Resultatet blev inte som önskat:

Hennes gamla psykiater hade slutat och den nya sa att han varken kunde erbjuda henne samtal eller medicin. Eftersom vi visste hur dåligt hon mårde så ringde vi själva dit och bad honom att läsa igenom hennes journaler. När han gjort detta ringde han och bad om ursäkt. Han skrev ut medicinen men kunde inte ge henne någon akut samtalstid eftersom de hade ett "kösystem". Det han inte förstod var att hon behövde prata, Nu! Inte sen. Både Lena och vi ringde flera gånger till psykiatern för att skynda på samtalstiden... han var aldrig anträffbar.

Föräldrarna är inte säkra men de tror att Lena gick bort en fredag. Onsdagen innan ringde hon sina föräldrar.

Hon lät väldigt glad och upprymd när hon ringde, bland annat berättade hon att hon hade köpt tågkort så hon kunde komma upp och hälsa på oss i stugan på midsommardag. Hon berättade också att hon och några kompisar skulle ut och roa sig på lördagen...

Av nedanstående text går att läsa Lenas tankar och känslor dagen eller dagarna innan suicidet fullbordades:

Har ännu inte bestämt om ni kommer att läsa dessa brev och jag vet att ni kommer att läsa dem i vredesmod. Kanske är jag en egoist utifrån de handlingar jag är i stånd att utföra. Jag vet att jag kommer att göra era liv till ett helvete och jag önskar med hela mitt hjärta att jag orkade fortsätta. Det sista jag önskar är att skada dem som jag älskar. Jag hoppas att ni en gång finner i era hjärtan att förstå mig och förlåta mig.

Jag har sedan barnsben varit en mycket ängslig själ. Jag har varje dag i mitt liv strävat och kämpat för att göra rätt, vara en god människa, lyssna och hjälpa andra i nöd. Jag hade så stora drömmar med idrotten. Jobbade så hårt mot mina mål. Men den drömmen och identiteten försvann i en handvändning för att endast lämna kvar ett tomt skal.

Jag har efter varje drabbning åter rest mig upp och kämpat vidare, för att gång efter annan åter slås till marken. Jag är ledsen mina älskade men jag orkar inte kämpa mer. Det gör så fruktansvärt ont att behöva utsätta dem jag älskar och önskar allt gott för detta.

Sedan min senaste uppsägning har jag varje dag, på alla tänkbara sätt, försökt hitta min styrka, men ormens stenhårda tag om min mage är mer än jag kan härda ut. Snälla, försök se det som att jag äntligen får komma till ro, till ett vackert ställe, dit min själ så länge har längtat.

Jag är så förtvivlat ledsen men jag orkar inte längre leva i den här ohumana världen som inte ger oss en chans att leva våra liv i vaket tillstånd.

Jag älskar er alla så oändligt mycket och kommer att skänka er kraft och kärleksenergi från den andra sidan.

Gunilla och Anders

Gunilla och Anders är föräldrarna till *Måns* som begick suicid vid 26 års ålder. Sökandet efter professionell hjälp påbörjades flera år tidigare.

Måns insjuknade vid 17 års ålder i influensa. Konsekvensen blev att han tappade väldigt mycket energi och kraft. Föräldrarna märkte snart att allt inte stod rätt till och kontaktade olika läkare. Ingen kunde emellertid säga vad som var fel. Måns hittade aldrig kraften att fortsätta gymnasiet. Han drog sig undan sina kompisar och isolerade sig i föräldrahemmet. Mamman berättar:

Han kunde ligga inne på sitt rum eller i badkaret i flera timmar i sträck, bara stirrande i taket. Detta blev till slut så påfrestande för oss i familjen att vi var tvungna att kontakta det mobila psykteamet. Måns som tidigare hade blivit så kränkt i vården ville absolut inte ha något med dem att göra. Han hade tappat förtroendet för de professionella.

Måns fortsatte att må mycket dåligt. Föräldrarna kom tillsammans med det mobila psykteamet överens om ett tvångsomhändertagande av polisen i ett försök att få honom inlagd på psykiatrin. *”Det var det svåraste beslut jag någonsin tagit”*, berättar mamman. Måns följde dock med frivilligt och blev inlagd på en psykiatrisk avdelning.

De gjorde en massa tester på honom men han fick ingen samtalsterapi. Han ville absolut inte stanna kvar på avdelningen så han vilseledde personalen genom att skriva in sig på Komvux. Nu var allt bra trodde dem, men så fel de hade. Vi hade tidigare sagt till personalen att Måns inte litade på psykiatrin och att han därför på alla sätt och vis skulle försöka ta sig ut därifrån, varför lyssnade de inte på oss?

Måns slutförde emellertid Komvux med toppbetyg och började därefter på högskola. Trots prestationerna hade föräldrarna fortfarande en känsla av att han inte mådde bra.

Mamman berättar:

En dag märkte jag hur mycket ångest han hade. Han vankade av och an i lägenheten och kunde inte sitta still. Jag försök få honom att sätta sig ner och prata med mig men han ville inte erkänna att han mådde dåligt. Han sa till slut att han skulle ta cykeln och köra en runda. Strax efter att han gått fick jag en olustkänsla. Jag gick in på hans rum och såg ett papper på golvet. På pappret stod det *”Bli nu inte*

rädd som du alltid blir, gå ner i hobbylokalen”. Jag rusade ner, slet upp dörren och där stod han, badande i blod. Han hade stuckit sig i båda armarna och i bålen.

I chock ringer mamman efter en ambulans som snabbt är på plats.

När jag fått reda på att han skulle överleva var min enda tanke; ”nu måste han ju i alla fall få hjälp” ”nu måste vi slippa att oroa oss ett tag”. Efter att han blivit fysiskt stabil skickades han till akutpsykiatri. Det var en hemsk miljö. Jag trodde verkligen att de skulle ta hans bekymmer på allvar nu, istället fick jag tjata för att få honom inlagd på en av avdelningarna.

Väl på avdelningen var den första personal vi träffade en AT-läkare. För honom försökte jag berätta om saker som var viktiga att känna till... men han verkade bara besvärad och ointresserad. Istället för att prata med mig åberopade han sekretessbestämmelserna kring Måns personliga identitet.

Eftersom Måns blev frivilligt inskriven hade han så kallad ”egen utgång”, han fick i princip gå och komma som han ville. Personalen lyssnade inte på oss när vi påpekade att han ju precis gjort ett självmordsförsök och att vi visste att han fortfarande var suicidbenägen. Personalen menade istället att han inte alls verkade må dåligt utan var social och trevlig. De förstod inte att han bara spelade med för att bli utskriven fortare. Vi besökte honom ofta, han ville att vi skulle komma. Vi pratade även mycket i telefon med varandra.

Ungefär två veckor efter att han blivit inskriven skulle vi tillsammans ha ett möte med en psykiater. Till detta möte dök Måns aldrig upp. När vi ville efterlysa honom sa personalen bara ”han kommer tillbaka till kvällen”. Vi påpekade att vi inte tyckte det var lämpligt att han redan blivit tilldelad fri utgång. Personalen försvarade sig då med att utgången hade fungerat bra innan... att anledningen till att han inte kom tillbaka måste bero på att han inte ville träffa oss, föräldrarna.

Måns kom inte tillbaka till avdelningen den kvällen. Vi menade att personalen då hade skyldighet att efterlysa honom, men detta gjordes inte. Deras försvar var att eftersom Måns hade avvikit från sjukhuset så var han inte längre deras ansvar. Vi bestämde oss för att själva ringa polisen med de avfärdade bara vår oro och menade att det inte var deras jobb att söka efter en vuxen person som varit frivilligt inskriven.

Några dagar senare ringde en kriminalkommisarie till pappan och undrade om han kunde komma på besök. Pappan var ensam hemma och mamman på arbetet.

Pappan berättar:

Han bara kastade beskedet i huvudet på mig. Han var väldigt oförsämd och oempatisk. Han gick direkt igen och lämnade mig ensam med det fruktansvärda beskedet, min son hade tagit livet av sig!

Hur skulle jag klara att hantera det beskedet helt ensam? Kriminalkommissarien ondgjorde sig också över att Gunilla (mamman) inte hade svarat i hemtelefonen då han hade ringt på förmiddagen. Det kändes på något sätt som om både psykiatrin och polisen lade skulden på oss, det blev ju dubbel smärta, rent outhärdligt.

Leif

Leif är pappan till *Simon* som gick bort i suicid vid 20 års ålder. Sökandet efter professionell hjälp började då Simon var 12 år.

Det hela började då Simon gick i sjätte klass. Föräldrarna tog med honom till skolpsykologen eftersom de anade att allt inte var ok. Psykologen konstaterade att Simon led av dyslexi och dyscalculi, det vill säga stora läs- och skrivsvårigheter samt räkningsvårigheter. Med dessa diagnoser skickades han till en ny högstadieskola. Simon hade redan innan flytten hunnit utveckla en negativ inställning till skolan, ”han hade utvecklat ett sätt att vara bäst på att vara sämst” skriver pappan. Skolgången fortsatte vara mycket jobbig och avslutades med att han en dag rök ihop med en lärare, blev anmäld för olaga hot och stänges av från skolan. Simon gick då i mitten av åttonde klass. Därefter gick han inte mer i skolan, utom ett mycket kort tag på gymnasiet. Simon hade istället börjat umgås i kriminella kretsar och blev på så vis ett fall för socialtjänsten. Han placerades på ett behandlingshem men blev efter några månader avstängd efter en konflikt med personalen. Efter detta avverkade Simon ytterligare sex placeringar på olika hem, hälften av dem med stöd av LVU (Lagen om vård av unga). Pappan berättar:

Han hade nu utretts och även fått diagnosen ADHD. Alla från psykologer till behandlingspersonal hade belyst vikten av struktur och förutsägbarhet i Simon liv, men inget behandlingshem tog någon hänsyn till detta.

Trots två stora utredningar med följande diagnostiseringar kan jag inte se att Simon har fått någon riktig behandling. Jag har svårt att se att alla som befinner sig på samma behandlingshem behöver samma behandling, med så fungerar det. De måste se till det unika hos individen. Simon använde droger och detta verkade vara det enda behandlingen fokuserade på. Att det fanns bakomliggande faktorer som depression och ångest var det ingen som tog hänsyn till. Detta försökte jag ständigt påtala och jag försökte även få honom inlagd på psykakuter, men blev ständigt avvisad. Jag kommer ihåg en gång när Simon mitt i natten nekades att komma in på en psykiatrisk akutavdelning, det enda han fick var sömnmedel ur en lucka i väggen. Vid ett annat tillfälle nekades han att få träffa en läkare, men när de såg att jag var med så tog det fem minuter innan vi satt hos läkaren.

Vår hemkommun har helt och hållit struntat i honom. Han hade försökt ta sitt liv två gånger innan han "lyckades". Första gången genom en överdos medicin. Han skrevs ut två dagar efter och ingen uppföljning gjordes. Andra gången ringde han mig på jobbet, sa att jag var världens bästa pappa och att han älskade mig men inte orkade längre. I telefonen fick jag bevittna hur han stack sig själv i magen och medan jag med en annan telefon tillkallade polis och ambulans. "Det är blod över allt" sa han och frågade mig om det fanns någon Gud. Denna gång var vi först på lasarettet några timmar, därefter fick vi åka till en psykiatrisk mottagning. Jag försökte denna gång få honom tvångsomhändertagen men omsorgsförvaltningen ansåg inte att tillräckliga skäl förelåg. Jag polisanmälde då deras chef och anmälde omsorgen till länsstyrelsen. Dessutom medverkade jag i en artikel i lokaltidningen. Resultatet blev att kommunen tillhandahöll en plats genom frivillig placering på ett behandlingshem, vilket jag och Simon valde tillsammans.

Under de fem månader han vistades på detta behandlingshem förändrades han märkbart och mådde under perioder väldigt bra, bättre än på många år. Anledningen var, enligt Simon den samtalsterapi som han gick på ett par gånger i veckan. Där fick han lov att prata om det som verkligen var jobbigt...

Över jul och nyår skulle Simon åka hem. Efter detta ville han komma tillbaka till behandlingshemmet för att fortsätta sin samtalsterapi. Kommunen gav dock inget klartecken om detta. Istället fick han åka hem utan besked om framtiden.

Jag tror att Simon började ta droger igen sista veckan, bara för att visa att han fortfarande behövde hjälp. Den sista dagen ringde han mig sju gånger. Han var så rädd att det skulle ta slut mellan honom och hans flickvän. Vid det sista samtalet lät han emellertid väldigt trygg och lugn. Han sa att han hade bestämt sig för att stanna hemma och vänta på ett samtal från sin flickvän. Han sa vi skulle höras senare. Dagen efter hittades han av sin styvsyster och sin flickvän, han hade hängt sig i ett hundkoppel på baksidan av toalettdörren.

Den medfödda sårbarheten

Efter att suicidet fullbordades har samtliga föräldrar tänkt tillbaka på barnets uppväxt och då upptäckt tidiga signaler på en extra känslighet, ängslan och sårbarhet hos barnet.

Anna (mamman i första berättelsen) valde att börja vårt intervjusamtal med att läsa följande utdrag från dotterns kvarlämnade dagbok:

Redan som barn förstod hon att hon inte riktigt var som andra. Inte så att hennes kropp fungerade annorlunda eller att hennes utseende skrämde. Hon var en liten späd flicka som barn på en stor oro. En gnagande känsla som tycktes förstärkas nattetid. Rädslan och oron gömde hon undan för att inte verka annorlunda, men framför allt för att inte oro sin mamma. Hon utvecklade skådespelartalanger för att

försöka ge sken av att hon mådde bra och var lycklig. Periodvis kunde hon till och med övertyga sin starkt inkännande moder att hon var ett lyckligt barn med stor aptit på livet.

Även föräldrarna har på olika vis beskrivit hur deras barn varit sårbart redan från barnsben.

... Om jag ser tillbaka på hans barndomstid så är det några saker jag speciellt minns. Han hade oftast svårt att sova och jag fick ägna lång tid till att läsa sagor innan han somnade... han var väldigt blyg och lämnade ogärna den egna tomten...

... Han föddes med en extrem känslighet, det kändes som han gick omkring med "antennor"...

4.3 Analys

I detta kapitel kommer jag med hjälp av mina teoretiska utgångspunkter att analysera resultatet samt redovisa mina slutsatser.

Syftet med min uppsats var, vilket jag tidigare nämnt, att söka fördjupad förståelse för hur den professionella personalens bemötande kan upplevas och påverka suicidbenägna ungdomar och deras föräldrar. Med ovanstående berättelser i bagaget kommer jag nu att försöka skapa denna förståelse samt svara på mina två frågeställningar:

- Hur upplevde föräldrarna bemötandet från den professionella personalen då de och deras suicidbenägna barn sökte hjälp?
- Vilka konsekvenser kan personalens bemötande få för suicidbenägna ungdomar och deras föräldrar?

Upplevelsen av en ensam kamp

De berättelser vi fått ta del av beskriver fem föräldrars upplevelser av en ensam kamp om hjälp till sina barn, en kamp som slutade i tragedi.

Varför betecknar jag då föräldrarnas kamp som ensam? Ordet ensam skall i detta fall inte tolkas ordagrant. Det jag vill uttrycka är föräldrarnas upplevelser av att ingen i "hjälpapparaten"

verkligen lyssnade eller tog sig an de och deras barns bekymmer. Jag menar att deras kamp inte skulle behöva upplevas som ensam, det träffade utbildad personal som rent yrkesmässigt skulle ha funnits till för att hjälpa och stödja dem.

Samtliga föräldrar beskriver med stor sorg sina upplevelser i samband med sökandet efter professionell hjälp. De berättar om upplevelser då de känt sig ignorerade av personalen, hur de inte känt sig värda att lyssna på, ett utanförskap. Gemensamt för föräldrarna är också att de inte har upplevt att deras barns problem blev tagna på allvar. Ungdomarna i berättelserna gjorde samtliga minst ett allvarligt suicidförsök innan de gick bort, Lena hann göra fyra. Då ungdomarna efter suicidförsöken kom till sjukhus och psykakuter var föräldrarnas upplevelser likartade, deras barn blev enbart omplåstrats för att sedan skickas hem, i de flesta fall utan uppföljning. Vid några av suicidförsöken hade föräldrarna vädjat till personalen om att deras barn skulle bli inlagt, dessa önskningar togs i de flesta fall inte tillvara. Både Leif (Simons pappa) och Gunilla och Anders (Måns föräldrar) berättar om hur de vid flera tillfällen kämpade för att få sina barn inlagda på psykiatriska avdelningar, men blev nekade. Leif beskriver upplevelser av hur hans och sonens hemkommun totalt ignorerat deras rop på hjälp. Han, liksom de andra föräldrarna bevitnar om en mycket ensam kamp om hjälp till sina barn.

De upplevelser som föräldrarna övervägande har berättat om är följande:

- Att inte bli tagna på allvar
- Saknad av omtanke, värme och närhet
- Att inte bli lyssnade på
- Av en ensam kamp om hjälp

Bemötandets konsekvenser

Vilka konsekvenser kan då personalens bemötande ha fått för föräldrarna och ungdomarna? Enligt Mead (1976) formas och omformas människans "jag" och identitet i samspel med andra människor. I den sociala samvaron kan människan göra ett så kallat "rollövertagande". Individens övertar då andras attityder av henne själv och börjar betrakta verkligheten utifrån dem andras perspektiv. Genom "rollövertagandet" kan människan känna sig lyckad eller misslyckad beroende på hur han/hon blir bemött av *signifikanta* andra. Kan då personalen som bemötte föräldrarna och deras barn räknas som signifikanta andra? Kan de haft makten att avgöra om

föräldrarna och ungdomarna skulle uppleva sig som ”lyckade” eller ”misslyckade”? Jag menar att så är fallet. Föräldrarna och ungdomarna var då de sökte professionell hjälp i kris. De befann sig i situation där de var *beroende* av den professionella personalens välvilja och omsorg för att återfå sin livskraft. Personalens bemötande hade således *signifikant* betydelse för ungdomarnas och föräldrarnas välmående. Föräldrarna beskriver hur de gång på gång upplevde att de och deras barn vid hjälpsökande blev negativt bemötta. Genom ett upprepande av dessa erfarenheter menar jag att föräldrarna och ungdomarna till slut kan ha upplevt ”misslycka”. För att stärka detta resonemang har jag valt att citera Charon, en annan sympatisör av den symboliska interaktionismen: “*If we are constantly mistrusted or ridiculed, we are influenced to reject ourselves; if ignored we may think of ourselves as worthless objects*” (Charon, 2001 s.83). Även Charons teori pekar på att föräldrarnas och ungdomarnas negativa upplevelser kan ha lett till självförnekelse och värdelöshetskänslor, känslor av ”misslycka”. I relation till detta kan även Goffmans teori göras gällande. Enligt Goffman framställs människans jag som en rollgestalt på en scen där publiken som personen integrerar med godkänner eller underkänner aktörens framställning. Om vi applicerar detta resonemang på berättelserna kan vi beteckna föräldrarna och barnen som *aktörerna* och personalen som *publik*. Vi kan på detta sätt se den makt som personalen har över de hjälpsökande. Personalen hade makt att underkänna eller godkänna föräldrarna och ungdomarna (aktörerna). Till övervägande del upplevde föräldrarna att de och deras barn blev underkända av personalen, något som till slut fick dem att helt tappa hoppet.

Slutsatser

Genom ovanstående analys har betydelsen av ett bra bemötande blivit tydligare. Suicidbenägna ungdomar och deras föräldrar befinner sig i kris då de söker professionell hjälp. De är i en situation som de *inte på egen hand* kan ta sig ur. Personalens bemötande kan vara avgörande för om föräldrarna och ungdomarna klarar ta sig ut krisen eller inte. Blir upplevelsen av personalens bemötande negativ kan detta resultera i självförnekelse och känslor av värdelöshet. Detta i sin tur kan leda till ett förvärrande av krisen. Blir upplevelserna av personalens bemötande istället det omvända kan detta leda till hoppfullhet och kraft att ta sig ur krisen.

Den suicidala processen och den extra sårbarheten – bemötandets påverkan

I detta avsnitt lämnar jag föräldrarna ett tag för att helt koncentrera mig på hur personalens bemötande kan ha påverkat de suicidalbenägna ungdomarna. Enligt teorin om den suicidala processen (Beskow 2000) var ungdomarnas självmordsförsök och självmord kommunikativa

handlingar, signaler till omgivningen att de inte längre orkade med sin smärta, men samtidigt en vädjan om hjälp. Lena beskriver dessa motstridiga känslor i sitt avskedsbrev: *”Jag vet att jag kommer att göra era liv till ett helvete och jag önskar med hela mitt hjärta att jag orkade fortsätt...”* Lena var den av ungdomarna som hann göra flest suicidförsök innan hon gick bort. Hon försökte således gång på gång förmedla sin outhärdliga smärta till omgivningen, föräldrarna gjorde allt som stod i sin makt för att hjälpa, men de som verkligen var utbildade på området, de professionella, lyssnade inte. Enligt Beskow (2000) beror utvecklingen av den suicidala processen till stor del på den professionella personalens förmåga att bemöta och ta ungdomens suicidala kommunikation på allvar. Hos de tre ungdomar vi har fått följa finns tydliga tendenser på att personalen brustit i dessa avseenden. De var samtliga, vid ett flertal tillfällen i kontakt med professionell personal innan suicidet. Föräldrarna har berättat om upplevelser av dåligt bemötande och känslor av att deras barns problem aldrig blev tagna på allvar. Om ungdomarna själva upplevde personalens bemötande på samma sätt kan vi aldrig veta, men med hjälp av Beskows teori kan vi förstå att den suicidala utvecklingen inte fortskred utan anledning. Hur stor påverkan personalens bemötande egentligen har på utvecklingen av den suicidala processen är något som inte kan besvaras i denna uppsats, men faktumet att den har en påverkan kan fastställas.

Om vi nu går över på Wassermans forskning menar hon att ungdomar som gör suicidförsök eller suicid oftast bär på en medfödd sårbarhet. En sårbarhet som gör dem extra känsliga för yttre påfrestningar. Samtliga av de intervjuade föräldrarna har kunnat beskriva hur deras barn redan vid tidig ålder visade upp tendenser av extra känslighet. Simons pappa beskriver följande:

Om jag ser tillbaka på hans barndom är det några saker jag speciellt mins. Han hade oftast svårt att sova och jag fick ägna lång tid till att läsa sagor innan han somnade... han var väldigt blyg och lämnade ogärna tomten...

Även Lena beskrev själv liknande känslor:

Redan som barn förstod hon att hon inte riktigt var som andra... Hon var en liten späd flicka som bar på en stor oro. En gnagande känsla som tycktes förstärkas nattetid....

Utan vetskap om att dessa två ungdomar senare begick självmord kan citaten verka ynkliga och obetydliga. Utifrån Wassermans forskning växer emellertid nya funderingar fram. Föds personer som sedermera begår suicidförsök eller suicid med en extra sårbarhet för yttre påfrestningar? Kan motgångar upplevas som mycket mer traumatiska för dem? Min studie visar tendenser på att så är fallet. Tendenser som den personal som bemöter dessa ungdomar bör ha i åtanke.

Slutsatser

Vad har nu ovanstående resonemang lett fram till? Ungdomars självmordsförsök är en del av den suicidala processen, vilken personalen med rätt bemötande kan bromsa. Ett självmordsförsök måste ses som ett rop på hjälp och inte en dödsönskan. Även om känslorna av hopplöshet är starka finns fortfarande en önskan att orka leva. Hur personalen bemöter en suicidbenägen ungdom kan vara avgörande för om önskan att leva eller önskan att dö ska växa sig starkast, vilket håll den suicidala processen skall fortskrida. Personalens bemötande ställs än mer på sin spets då de suicidbenägna ungdomarna tenderar att bära på en ovanligt stark sårbarhet. Denna sårbarhet medför att om ungdomen upplever sig som ”underkänd” (se Goffmans teori) av personalen kan konsekvenserna bli ännu ett suicidförsök eller i värsta fall, ett suicid.

5. Slutdiskussion

Syftet med min uppsats var att söka förståelse för hur den professionella personalens bemötande kan upplevas och få konsekvenser för suicidbenägna ungdomar och deras föräldrar. Med hjälp av fem föräldrars berättelser kombinerat med utvalda teorier har jag nu nått denna förståelse. Som blivande socialpedagog kommer jag att bära med mig denna förståelse ut i arbetslivet och jag hoppas ni som läst denna uppsats kommer att göra desamma.

Suicidbenägna ungdomar och deras föräldrar befinner sig i kris då de söker professionell hjälp. Krisen gör dem extra känsliga för integritetskränkande bemötande. Bemötandet från hjälparen är grunden för det fortsatta behandlingsarbetet.

Beroende på personalens bemötande kan krisen förbättras eller försämrats. Upplever ungdomarna och föräldrarna sig kränkta av personalen kan detta leda till förstärkta hopplöshetskänslor och självförnekelse. Tar personalen istället sig an dem, lyssnar på dem och förmedlar värme och omtanke kan känslor av hoppfullhet infinna sig.

Av föräldrarnas berättelser framgår vikten av att personalen bemöter suicidbenägna ungdomar och deras föräldrar på ett *medmänskligt* sätt. Detta kan låta som en självklarhet, men föräldrarnas upplevelser vittnar om något annat. Istället för den hjälp och förståelse de sökte fann de motsatsen. Föräldrarna berättar om ett flertal situationer då de och deras barn upplevde sig kränkta och ignorerade av personalen. Efter en jämförelse med tidigare gjorda studier visar mitt resultat på skrämmande likheter. Åkerberg (1994) och Solomon (1988) beskriver hur närstående till personer som gjort suicidförsök upplevde stora brister i kommunikationen med personalen. De upplevde, liksom deltagarna i min studie inte att den suicidbenägnas bekymmer eller de själva blev tagna på allvar, en avsaknad av empati och förståelse. Även en annan studie av Nirui & Chenoweth visade på liknande resultat. De anhöriga upplevde att personalen saknade kunskap om hur man bemöter och stödjer suicidbenägna och deras anhöriga, något som också är återkommande i mitt eget resultat. Anne-Grete Talseth har gjort en annan studie som visar på vikten av *bekräftelse, närvaro och hopp* i relationen mellan personal och personer med suicidbenägenhet och deras anhöriga. Om personalen bekräftar, är närvarande, tröstar och inger hopp medför detta att den suicidbenägne kan välja livet. Å andra sidan menar hon att bristen på dessa tre komponenter kan öka den suicidbenägnas lidande och bidra till ökad självmordsrisk, både under behandlingstiden och efter. I min studie berättar föräldrarna om fyra återkommande upplevelser:

- 1) Att inte bli tagen på allvar
- 2) Saknad av omtanke, värme och närhet
- 3) Att inte bli lyssnade på
- 4) Ensam kamp

I ett försök att jämföra Talseths och mitt resultat kan upplevelse nr 1 och 3 ses som avsaknad av *bekräftelse*, nr 2 som avsaknad av *tröst* och *hopp* samt nr 4 som avsaknad av *närvaro*. Föräldrarna och ungdomarna i min undersökning har således upplevt en avsaknad av samtliga av de kärnpunkter Talseth menar är värdefulla i mötet mellan personalen och de suicidbenägna

och deras anhöriga. Kärnpunkter som hon menar skulle kunna få ungdomarna att välja livet. I min analys kommer jag fram till liknande slutsatser. Jag menar, i likhet med Talseth att personalens bemötande kan vara avgörande för om ungdomens önskan att leva eller dö kommer att växa sig starkast. Enligt mitt resultat bygger ett bra bemötande på öppenhet, omtanke och respekt för den unge och dennes föräldrar. Hur ungdomen upplever och värderar sig själv och sin situation samt hur han eller hon upplever personalens värderingar av honom eller henne, är avgörande för om den unge kommer att kunna och vilja ta emot hjälp. Om den unge och dennes föräldrar ständigt upplever sig missförstådd av personalen kan detta leda till att dem upplever sig kränkta.

I mitt blivande yrke som socialpedagog kommer jag, liksom i tidigare vikariat att träffa suicidbenägna ungdomar och deras föräldrar. Jag kommer att ingå i arbetslag där meningarna om ett vårdande bemötande går isär. Skillnaden jämfört med tidigare anställningar är att jag nu skapat mig en helt ny förståelse. Jag har tagit lärdom över hur viktigt mitt bemötande är för ”mottagaren” och min uppgift blir att förmedla denna kunskap vidare. Jag fick genom denna uppsats en unik möjlighet och jag känner att jag vill ge något tillbaka. Genom att fortsätta förmedla den förståelse jag fått hoppas jag på att fler börjar reflektera över bemötandets betydelse. Jag har- och kan inte ge några enkla svar på hur ett vårdande möte uppstår. Syftet har inte varit att göra en manual över ett bra bemötande, en sådan skall inte finnas.

Avslutningsvis menar jag att alla som arbetar eller kommer att arbeta med att hjälpa andra människor behöver fundera över hur vi själva skulle vilja bli bemötta om, eller när, vi själva hamnar i situationer som hjälpsökande, vare sig det handlar om psykiskt eller fysiskt lidande. Det är av yttersta vikt att som personal kunna identifiera sin egen syn på klienten och dennes problem samt hur detta påverkar sättet vi bemöter klienten på. Dagligen sker goda möten i mellan hjälpsökande och personal. Ibland sker mindre goda möten. Ibland blir de hjälpsökande kränkta av vård- och behandlingspersonalen. Vi måste fortsätta att lyssna till de hjälpsökandes berättelser om sina erfarenheter och upplevelser av bemötande och behandling, deras berättelser ger oss oersättliga kunskaper.

Slutord till de som bemöter...

*Din gåva är mångrå ögon
Din fråga en stilla svalka
Därute väntar mig kraven
hårda järnhimmelshaven
Din gåva är mångrå ögon
och lyssnarens öppna tystnad
En droppe sover på kinden
men torkar och flyr med vinden
För ingenting är förlorat
livet och allt är nu
Och evigheten har morgon
och evigheten är du
Din gåva är mångrå ögon
Din närhet gör livet verkligt
När mitt inre kallar till handling
låt den ske då, min förvandling*

Bo Korsár

Källförteckning

Beskow J. *Suicide in mental disorder in Swedish men*. Kungälv: Gotab, 1979

Beskow J, Johansson B, Sjöström N. *Psykiaterns möte med självmördaren eller självmordsprevention på en psykiatrisk klinik: en kvalitativ analys*. Vårdpedagogik – Omvårdnad Institutionen för vårdläroutbildning Göteborg: Göteborgs universitet, 1996

Beskow Jan (red). *Självmod och självmordsprevention - om livsavgörande ögonblick*. Lund: Studentlitteratur, 2000

Charon Joel M. *Symbolic Interactionism An Introduction, An Interpretation, An Integration*, Seventh Edition, Prentice Hall 2001

Cooley C H. *Samhället och individen*, Göteborg: Bokförlaget Korpen 1981

Goffman E. *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag, 2004

Kovacs M, Beck AT, Weissman . A Hopelessness: an indicator of suicidal risk. *Suicide* 5 (2): 1975:98-103.

Kvale S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur, 1997

Magne Ingvar U. *Persons who attempt suicide: social characteristics, social network and significant others*. Dissertation from Lund University. Lund: Studentlitteratur, 1999

Mead G. *Medvetandet, jaget och samhället från socialbehavioristisk ståndpunkt*. Lund: Argos 1976

Merriam S. *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur, 1994

Murphy: Murphy GE: The physician's responsibility for suicide. II. Errors of omission. *Annals of Internal Medicine* 1975; 82: 305-309.

Månson P *Moderna samhällsteorier. Traditioner riktningar teoretiker*, Rabén Prisma, 1998

Nationella rådet för självmordsprevention. *Stöd i självmordskriser. Nationellt program för utveckling av självmordsprevention*. Stockholm: Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Centrum för suicidforskning och prevention, 1995

Nirui M, Chenoweth L. The response of healthcare services to people at risk of suicide: A qualitative study. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 1999; 33: 361-371

Persson T. *Att möta människor I kris: om kriteori och krisbestånd*. Lund: Studentlitteratur, 1995

Riessman C. *Berätta, transkribera, analysera. En metodologisk diskussion om personliga berättelser i samhällsvetenskaper*. Stockholm: Liber, 1997

Samuelsson M. *Attempted suicide. Studies of Attitudes and Psychiatric Care*. Medical Dissertation from Karolinska Institute, Department of Clinical neuroscience, Psychiatric Section. Stockholm: Karolinska institute, 1997

Skott C. *Berättelsens praktik och teori: narrative forskning I ett hermeneutiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur. 2004

Solomon P, Beck S, Gordon B. Family members' perspectives in psychiatric hospitalisation and discharge. *Community Mental Health Journal*, 1988; 24:108-117

Skau G M. *Mellan makt och hjälp: förhållandet mellan klient och hjälpare I ett samhällsvetenskapligt perspektiv*. Stockholm: Liber, 2001

Talseth A-G. *Psychiatric care of people at risk for committing suicide – Narrative interviews with registered nurses, physicians, patient and their relatives*. Medical Dissertation from

Department of Nursing and the Department of Clinical Sciences, Psychiatry Section. Umeå:
Umeå University, 2001

Åkerberg H, Samuelsson M, Åsberg M. Suicide in psychiatric care as seen by survivors. *Nordic Journal of psychiatry*, 1994; 48: 359-367

Åsgård U. *Suicide among Swedish women: a psychiatric and epidemiological study*, Stockholm:
Gotab, 1990

Wasserman D. *Depression – en vanlig sjukdom: symptom, orsaker och behandlingsmöjligheter*,
Stockholm: Natur och Kultur, 2000

Wolk-Wasserman D. *Attempted suicide: the patient's family, social network and therapy*.
Medical Dissertation from Karolinska institute. Stockholm, 1986

Internet 1:

<http://www.sos.se/epc/dors/filer/suicid.xls>

Deltagandeavtal

Jag vill genom min uppsats öka förståelsen för hur professionell personal, t ex inom psykiatri och socialtjänsten bäst bemöter självmordsbenägna ungdomar och deras anhöriga. För att nå mitt syfte behöver jag anhöriga som vill och orkar delta i ett intervjusamtal för att dela med sig av sina upplevelser och erfarenheter i ämnet. Ingen professionell kan helt igenom veta hur deras bemötande/omhändertagande tas emot och vilken påverkan det har. Endast de som blir mottagare av den äger denna kunskap. Utifrån detta har jag valt att vända mig till er, mottagarna istället för givarna (personalen).

Som underlag för intervjusamtalet kommer jag att använda följande teman:

- Tiden före suicidet – signalerna
- Erfarenheter av bemötande och omhändertagande från professionell personal från t ex psykiatri och socialtjänsten

Intervjusamtalet kommer att vara ostrukturerat och som deltagare är du välkommen att lämna ytterligare förslag på ämnen som du/ni vill diskutera, både innan och under samtalet.

Intervjun är beräknad att ta ungefär en timme men beroende på önskemål kan tiden justeras. Som dokumentationshjälp planerar jag att använda bandspelare. Detta underlättar min möjlighet att vara helt koncentrerad på samtalet istället för på att anteckna. Inspelningen kommer endast att användas i min undersökning och kommer efter analysen att raderas. Materialet kommer att hållas konfidentiellt och avidentifiering kommer att göras av er person. Som deltagare har du när som helst möjlighet att avbryta din medverkan utan motivering.

Undersökningen kommer att presenteras i form av en uppsats vilken ni gärna får ta del av. Även under studiens gång kommer ni ges full rätt att när som helt kontakt mig för insyn och synpunkter på analys och tolkning av ert material.

Vanessa Olsson, uppsatsförfattare

Östra Vallgatan 25, 3 tr

291 31 Kristianstad

Tfn: 044-21 80 69, 0734-255 166

Email: nissan20@hotmail.com