

”Plötsligt får man lust att leva”

En grupp narkomaners berättelser
om sina självmordsförsök

Eva Johnsson
Mats Fridell



Statens
institutions
styrelse SiS



Forskningsrapport nr 2 1999

FOU-ENHETEN

”Plötsligt får man lust att leva”

En grupp narkomaners berättelser om sina
självordsförsök

Eva Johnsson

Mats Fridell

Författarpresentation

Eva Johnsson är socionom, leg psykoterapeut och doktorand på Socialhögskolan, Lunds universitet. Hennes avhandlingsarbete omfattar narkomaners självmordsförsök och hur de kan förstås från socialt, interaktivt och individuellt perspektiv. Eva Johnsson har tidigare arbetat inom psykiatrin med narkotikamissbrukare och självmordsnära patienter och deltagit i ett forskningsprojekt under ledning av doc Mats Fridell, bestående av femårsuppföljning av narkomaner som vårdats inom psykiatrin.

Mats Fridell är leg psykolog, leg psykoterapeut och docent. Han har arbetat inom öppen och sluten narkomanvård och är nu verksam som universitetslektor och forskare på Institutionen för psykologi, Lunds universitet.

Beställes genom Statens institutionsstyrelse SiS
Forskningsrapport nr 2 1999
ISSN 1404-2576



AB C O Ekblad & Co, Västervik 1999

Förord

Statens institutionsstyrelse, SiS, svarar för planering, ledning och drift av institutioner för tvångsvård av missbrukare och särskilda ungdomshem. En viktig uppgift för SiS är att följa upp och utveckla vården samt att initiera och stödja forskning inom ungdoms- och missbruksvård. I ett särskilt anslag avsätts årligen medel för forskning, utveckling och utbildning.

I föreliggande rapport redovisas resultaten från projektet "Djupintervjustudie av tunga narkotikamissbrukare med självmordsförsök. En explorande och jämförande studie av missbrukare i psykiatrisk vård och LVM-vård". Rapporten är skriven av socionom, leg psykoterapeut Eva Johnsson, som också gjort intervjuerna. Mats Fridell har lett projektet. I rapporten redovisas övergripande frågeställningar och resultat från intervjuer med 24 narkotikamissbrukare som gjort självmordsförsök under sin missbruksperiod. Mera detaljerad redovisning av materialet ingår i författarens kommande avhandling. Utgångspunkten till studien är en tidigare genomförd femårsuppföljning av missbrukare som vårdats på avdelning 1 F vid S:t Lars sjukhus i Lund under perioden 1977–1990 (Johnsson & Fridell, 1997).

Rapporten beskriver olika situationer då narkomaner är speciellt känsliga för självmordstankar och benägna att göra självmordsförsök. Resultaten avfärdar olika myter om narkomaner och självmordsförsök, bland annat den allmänna uppfattningen att de använder sin vanliga drog vid självmordsförsök, eller att en narkomans självmordsförsök sker av en slump och bara är en oundviklig del i det narkomana livet. Resultaten visar gruppens utsatthet på grund av dessa myter – självmordsförsökets kommunikativa betydelse uppmärksammas inte av omgivningen och därmed tillfredsställs inte det hjälpbehov självmordsförsöket uttrycker.

I rapporten tas ett ämne upp, som det inte tidigare skrivits särskilt mycket om. Vår förhoppning är att den kan användas för att öka uppmärksamheten och fördjupa kunskapen om denna speciella problematik.

Sture Korpi
Generaldirektör

Vera Segraeus
FoU-direktör

Innehållsförteckning

Förord	3
1 Inledning	6
Definitioner	7
2 Syfte och frågeställningar	9
Rapportens disposition	9
3 Teoretiska utgångspunkter	10
Karriärmodell	10
Eskalations- och vändpunkter	11
Det inre scenariot	12
4 Tidigare forskning	14
Riskfaktorer för självmord och självmordsförsök	14
Forskning om självmord och självmordsförsök hos narkotikamissbrukare	15
5 Material och bakgrund till studien	18
Representativitet	18
Resultat angående självmordsproblematik från femårsuppföljningen	19
6 Studiens uppläggning och genomförande	21
Urval	21
Bortfall	21
Inklusionskriterier	21
7 Metod	23
Intervjun	23
Dokumentation av intervjuerna	24
Platsen för intervjuerna	24
8 Beskrivning av gruppen	26
Bakgrundsdata	26
Respondenternas erfarenheter av självmordsförsök	26
Aktuell social situation	26

9	Analys av intervjumaterialet	28
	Livssituationen och utlösande faktorer till självmordsförsöket	28
	Försämrad psykosocial situation	28
	Männen	29
	Kvinnorna	32
	Frihetsberövande	37
	Utsatthet	39
	Psykisk sjukdom	41
10	Diskussion	45
	Referenser	50
	Bilaga 1: Brev om intervjun	55
	Bilaga 2: Intervjuguide	56
	Bilaga 3: Kort beskrivning av respondenterna	57
	Bilaga 4: Tabell 1–4	64

I Inledning

Själv mord är en av våra största enskilda dödsorsaker. I Sverige dör ca 1 800 personer av själv mord varje år och ca 18 000 gör själv mordsförsök. Ungefär 180 000 personer beräknas ha allvarliga själv mordstankar. I åldersgruppen 15–44 år är själv mord den vanligaste dödsorsaken. Under de senaste åren har själv mordssiffran minskat. År 1996 inträffade ca 1 659 själv mord i Sverige (Wasserman, 1998).

Bakomliggande orsaker till själv mord är i de flesta fall en psykisk störning, depressioner, alkoholmissbruk och psykos. Ca 10–15 procent av själv morden genomförs under allvarliga krisreaktioner. De vanligaste utlösande faktorerna till själv mord är relationsproblem, upplevelser av kränkningar, sociala och ekonomiska problem samt kroppslig sjukdom (Wasserman, 1998).

Föreliggande studie omfattar 24 narkotikamissbrukare (14 kvinnor och 10 män), som gjort själv mordsförsök. Medelåldern för gruppen är 33,5 år. Alla utom två har varit eller är injektionsmissbrukare och majoriteten har missbrukat under minst 10 års tid. Sex personer har gjort ett själv mordsförsök under missbrukstiden medan de övriga gjort två eller fler själv mordsförsök. För att förstå deras livssituation, de känslor och motiv som ligger bakom själv mordsförsöket/en har en öppen tematiserad intervju använts. Förutom erfarenheter av själv mordsförsöket/en har upplevelser och känslor som är kopplade till missbruket förmedlats av respondenterna.

Själv mordsförsök bland narkomaner är ett utforskat område. Anledningen till detta kan vara att missbrukaren själv inte söker vård efter ett själv mordsförsök eller förnekar själv mordsavsikt när han eller hon kommer till sjukhus för att snabbt bli utskriven för att undvika abstinensbesvär. Men det kan också vara att man inom vården inte frågar individen om själv mordstankar och själv mordsförsök, trots att missbruk är en känd riskfaktor för själv mordsförsök och fullbordat själv mord. Det är inte ovanligt med föreställningen att missbrukaren lever sitt liv på ett sådant sätt att hon/han inte kan skilja mellan överdoser och själv mordsförsök. Därmed skulle det inte spela någon roll om han eller hon överlever eller inte. Det är heller inte ovanligt att själv mordsförsöket ses som manipulativt beteende för att uppnå olika vinster. Konsekvensen av sådana förenklingar kan bli att signaler om själv mordstankar inte uppmärksammas eller tas på allvar. Bohme (1994) menar att bristen på kunskap om narkomaners själv mordsbeteende beror på gruppens sociala desintegration vilket gjort det närmast omöjligt att skapa representativa urval.

Olika studier visar att narkotikamissbrukare har en högre dödlighet än personer utan missbruk. James (1967) och Ghooose et al (1985) har i sina studier påvisat en överdödlighet kring 14–20 ggr och ett själv mordstal 50 ggr högre än i jämförbara åldersgrupper i befolkningen. I SWEDATE-projektet uppgav 60 procent av de intervjuade missbrukarna att de hade haft själv mordstankar och 30 procent uppgav att de

gjort självmordsförsök (Olsson 1988, Bergmark och medarbetare 1989). Haastrup och Jepsen (1988) och Tunving (1986) visar i sina studier en överdödlighet på mellan 0,8 och 2 procent, där opiatmissbrukarna har den högsta dödligheten.

Vad vi vet idag har det alltid funnits människor som tagit sitt liv. Även om det ibland är resultatet av något övervägande som har med personlighet, livsstil och aktuella problem att göra, är det för det mesta en förtvivlad handling i en kaotisk situation. Självmordsförsök och fullbordade självmord signalerar någon form av lidande. Djupast handlar det om hot mot den egna identiteten och tillhörigheten till den egna närgruppen och den omgivande kulturen (Alvarez, 1971; Beskow, 1994; Cronström-Beskow, 1983; Lindberg, 1998). Man kan säga att självmord och självmordsförsök slår undan grundvalen för livet självt samtidigt som det utgör den yttersta kontrollen över just detta liv. Självmord eller önskan att dö rör existentiella frågor om grundläggande villkor för mänskligt liv. Därför är det viktigt att se självmordshandlingen som bärare av betydelse och mening, som bara kan förstås i sitt sammanhang (Beskow, 1994; Hammerlin & Enerstvedt, 1988; Hammerlin & Schjelderup, 1994).

Självmord och självmordsförsök får konsekvenser för alla inblandade och är fatalt inte enbart för den som söker döden utan också för anhöriga, vänner och eventuella behandlare.

Definitioner

Att definiera självmordsförsök är svårt. Självmord och självmordsförsök har setts som ett fenomen, där självmordsförsöket betraktats som ett misslyckat självmord. Allteftersom mer forskning gjorts kring självmordsbeteende har självmordsförsök och självmord kommit att betraktas som två olikartade fenomen, om än med viss överlappning (Maris, 1992).

Durkheim (1993) definierade självmord som *"alla dödsfall, som direkt eller indirekt är resultatet av en positiv eller negativ handling, utförd av den avlidne, och vilken han vet kommer att medföra detta resultat"*. Självmordsförsök ses i linje med denna definition som ett misslyckat självmord. Stengel (1964) däremot definierade självmord som en dödlig utgång på ett självmordsförsök; *"A suicidal act is any deliberate act of self-damage, which the person committing the act cannot be sure to survive. Suicide is the fatal outcome."* Denna definition blir omöjlig att använda när man studerar narkomaners, framför allt heroinmissbrukares självmordshandlingar, eftersom de i realiteten riskerar att dö varje gång de tar sin drog.

Ett begrepp som förekommer inom de flesta discipliner är *självd destruktivitet*. Självd destruktivitet inbegriper självmordsförsök, missbruk, rökning, ätstörning m m. Det är ett svårhanterligt begrepp och än mer svårhanterligt om man ska försöka förstå narkomaner som gör självmordsförsök. I skriften *Stöd i självmordskriser* (1995) definieras självd destruktivitet som samlingsnamn på handlingar, som medför skada eller risk för personen själv såsom okontrollerat drickande, att bränna sig med cigaretter, skära av kroppsdelar eller utföra självmordshandlingar.

Ursprungligen kommer begreppet från Karl Menninger (1938) och hans bok *Man Against Himself*. Menninger utgick från psykoanalytisk teori och menade att handlingar som i definitionen ovan grundar sig i omedvetna konflikter (dödsdrift) och tar sig uttryck i handlingar som på något sätt skadar individen.

Den definition på självmordsförsök som börjat användas allt mer i västvärlden, och som jag använt mig av för att definiera självmordsförsök i denna studie är *"En handling med icke dödlig utgång där individen avsiktligt och utan inblandning av andra initierar ett icke vanemässigt beteende och tillfogar sig själv skada eller intar ett ämne eller medicin i större mängd än föreskriven eller allmänt godkänd terapeutisk dos. Handlingen utförs i syfte att åstadkomma förändringar som han önskar genom de faktiska eller förväntade konsekvenserna av handlingen"* (Salander Renberg & Jacobsson, 1993).

Definitionen innebär att endast intentionella handlingar ingår. Vidare måste personen ha kunskap om att handlingen kan skada. Däremot behöver handlingen inte utföras i syfte att dö. Avsikten kan tex vara att uttrycka hur man har det och att man behöver hjälp. Hänsyn tas inte till hur stor risken att dö verkligen är. Risken kan således vara mycket liten eller obefintlig.

Ovanstående definition innebär att missbruket ses som en del av individens vardag och självmordsförsöket som en handling som inträffar under speciella livsomständigheter. Oavsiktliga överdoser betraktas därmed inte som självmordsförsök. Endast när individen har berättat att hans intention var att dö, att komma bort från en outhärdlig situation eller att åstadkomma en förändring, har handlingen definierats som självmordsförsök. Respondenterna själva har mycket tydligt skiljt mellan självmordsförsök och oavsiktliga överdoser (se Rossow & Lauritzen, 1999, med liknande frågeställning).

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att öka kunskapen om de situationer som kan utlösa självmordshandlingar hos narkomaner. Fokus i intervjuerna ligger på respondenternas upplevelse av sin situation vid tidpunkten för självmordsförsöket, vilka tankar, känslor och omständigheter som ligger bakom beslutet att försöka ta sitt liv. Vidare fokuseras på personens självbild vid tidpunkten för självmordsförsöket och dess betydelse för honom.

De frågeställningar som belyses är:

- A) Hur tänker, känner och resonerar den självmordsbenägne missbrukaren inför ett förestående självmordsförsök?
- B) Hur ser situationen ut och vilka är de utlösande faktorerna?
- C) Vilken betydelse har självmordsförsöket haft för den enskilde individen och hur ser hans självbild ut?
- D) Har LVM-vården haft betydelse för självmordsförsöket?

Rapportens disposition

Rapporten inleds med ett avsnitt om teoretiska utgångspunkter. Därefter redovisas tidigare forskning om självmord och självmordsförsök och forskning om narkomaners självmordsförsök. Efter det beskrivs bakgrunden till studien, dess uppläggning, genomförande och metod. Därefter redovisas den kvalitativa analysen av självmordsförsökets betydelse för respondenterna. Slutligen diskuteras studiens resultat i förhållande till de teoretiska utgångspunkterna och tidigare forskning. I bilagorna finns en kort personhistoria för varje respondent samt tabeller för bakgrundsdata och aktuell social situation.

3 Teoretiska utgångspunkter

Karriärmodell

För att förstå de situationer där narkomaner gör självmordsförsök är det nödvändigt att ha en förklaringsmodell till missbruk. Den teoretiska referensram som här används för att beskriva missbrukssituationen är karriärbegreppet eftersom det framhäver narkotikaanvändningens variation, föränderlighet och processkaraktär. Tunvings & Nordengrens (1993), Brills (1981) och Ramströms (1983) karriärmodeller är deterministiska till sin karaktär och förutsätter att individerna följer ett mönster från ett experimentellt till ett allt mer avancerat missbruk. Modellen har utvecklats med utgångspunkt av heroinister och innehåller begrepp som tvångsmässigt missbruk och fysiologiskt beroende. Det kan diskuteras om modellen är tillämpbar på andra typer av narkotikamissbruk. Svensson (1996) väljer att se narkotikaanvändningens utveckling över tid som en process, som "böljar fram och tillbaka", snarare än att den obevekligt rör sig i en riktning. Han urskiljer fem kategorier:

- 1) Experimenterande, som innebär att droganvändningen karakteriseras av testande av nya drogupplevelser. De flesta nöjer sig med att ha provat och fortsätter inte med narkotika.
- 2) Situationsbetingat missbruk implicerar ett regelbundet drogbruk ofta i social samvaro (se tex Norell & Törnqvist, 1995).
- 3) Kontrollerat bruk innebär en mera regelbunden droganvändning. Zinberg (1984) har som lägsta nivå 10 gånger om året, men högst en gång per vecka.¹ Droganvändningen är fortfarande en fritidssysselsättning och brukarna har i allmänhet inte knutit an till den narkomana världen.
- 4) Begränsat missbruk innebär att individen har en mer omfattande narkotikaanvändning, men ändå upprätthåller basala funktioner. Han kan använda narkotika dagligen, men användningen stannar på en begränsad nivå, där pengar avsätts till hyra och sociala kontakter upprätthålls med personer utanför de narkomana världarna.
- 5) Intensivt missbruk innebär att tillvaron periodvis kretsar helt kring drogen. Jakten efter narkotika strukturerar vardagen. Drogerna konsumeras i snabb följd. Livet består av att ordna pengar, leta reda på langare, välja ställe att inta drogen och i bästa fall njuta av den. Ordna nya pengar innan kraften tar slut, leta rätt på langare osv.

¹ Kriterierna om vad som är missbruk och tungt missbruk kommer att diskuteras längre fram i texten.

Under perioder av intensivt missbruk verkar missbrukaren tappa kontrollen över sitt drogintag. Drogen blir den organiserande principen, det som präglar livsföringen. Ofta varvas perioder av intensivt missbruk med perioder utan narkotika, olika långa för olika individer.

Denna icke-deterministiska process kan förstås utifrån Goffmans begrepp om moralisk karriär och brytpunkter. Enligt Goffman (1963) är moralisk karriär den bakgrund som en person tillskrivs eller tillskriver sig själv efter att ha blivit definierad som avvikare. Goffmans centrala punkt är att avvikarkarriärer alltid är retrospektivt definierade. Karriärbeskrivningarnas funktion är inte att ge en balanserad, genomsnittlig bild av individens liv eller att framhäva vanskliga episoder som hant rats effektivt. Deras inre logik är att fokusera på det som är problematiskt, på episoder som haft symptomatisk signifikans. Kännetecknande för den moraliska karriären är att dess olika faser förs till en logisk helhet, som passar till respektive avvikarkategori (här missbrukaren). Omgivningens bild av missbrukaren formar dennes självbild mer än vad han/hon tillskriver sig själv. Det är denna yttre bild som internaliseras.

En av de viktigaste komponenterna i den retrospektiva konstruktionen av moraliska karriärer är kontrollförlust. I kulturer där självkontroll hör till de högst värderade mänskliga egenskaperna fungerar kontrollförlust som en mycket effektiv markering av en persons avvikande status. Den förlorade självkontrollen förekommer både i psykiatriska patienters och missbrukares karriärberättelser. I narkomaners berättelser om sina självmordsförsök återkommer kontrollförlusten som en orsak till beslutet att ta livet av sig. En kraft som är mäktigare än individen själv har nu tagit över och offret förväntas inte längre kunna följa normala samhällsregler. Kontrollförlusten har en dubbel funktion. Den placerar individen i en kategori vid sidan av det moraliskt acceptabla samtidigt som den befriar honom från skuld eftersom han inte längre är ansvarig för sina handlingar. Den dubbla funktionen omfattar alltså både individens syn på sig själv och samhällets kategorisering av honom.

Eskalations- och vändpunkter

En typ av strukturerande element i karriärbeskrivningar är eskalationspunkter (Järvinen, 1998). Eskalationspunkter är specifika tillfällen, livsepisoder, statusändringar som missbrukaren sätter i förbindelse med att missbruket tagit ett avgörande steg i negativ riktning. Eskalationspunkter har ofta ett inslag av social överenskommelse, de är inte vilka händelser som helst. De är relaterade till individens missbruk på ett meningsfullt sätt. Järvinen (a.a) visar i sin studie att eskalationspunkter ofta fungerar som biografiska hållpunkter. Skilsmässa, missbrukets effekt på viktiga anhöriga, sorg eller saknad efter någon nära anhörigs död och arbetslöshet lyfts fram i diskussioner om hur en problemutveckling har format sig. De känns igen som livskriser och får därför en närmast oantastlig status som förklaringar till eskalerande problem.

Vändpunkter har samma funktion som eskalationspunkter och fungerar också som

biografiska hållpunkter och kulturellt accepterade markeringar i en problemutveckling som det annars är svårt att få struktur på. Vändpunkter beskriver episoder retrospektivt, individen har stannat upp, tagit en paus och valt en ny riktning. Till exempel kommer många missbrukare ihåg exakt datum då de slutade missbruka. En livshistoria kan innehålla flera vändpunkter men effekten är alltid densamma. Individen upplever att han har blivit tvungen att ifrågasätta sin tidigare inställning, hållningar och rutiner och kanske hela sin inställning till livet. Ofta beskrivs vändpunkter med en efterföljande känsla av lättnad och av att det nya livsinnehållet är mer autentiskt än det tidigare.

Sammanfattningsvis har jag (Eva Johnsson) alltså valt att se missbruket utifrån ett karriärperspektiv där missbruket ses som en process som fortgår över tid, där experimenterande och bruk kommer före etablerat missbruk. För att förstå rörelserna över tid, dvs perioder av mer eller mindre intensivt missbruk samt perioder av drogfrihet använder jag mig av begreppen vändpunkter och eskalationspunkter. Begreppet moralisk karriär används för att förstå den bakgrund individerna tillskrivs eller tillskriver sig själva och som kommer till uttryck i deras berättelser.

Självpsykologisk teori (nedan) används för att förstå psykologiska reaktioner och känslor i situationer där självmordsförsöket ses som enda utvägen ur en svår situation.

Det inre scenariot

För att förstå psykologiska reaktioner och de känslor som uppstår och förknippas med självmordsförsöket har jag valt att använda mig av den självpsykologiska modell som Buie och Maltsberger (1989) utvecklat för förståelse av självmordsnära personer. Psykologisk forskning om självmordsnära personer visar att de har låg självkänsla och negativ självbild.

Författarna (ibid.) menar att oförmåga att stå ut med ensamhet utgör den psykologiska känslighet som predisponerar för suicidalitet. Normal psykologisk utveckling från barndom till ålderdom ökar förmågan till autonomi rent generellt, men här fokuseras emotionell autonomi som innebär förmåga att stå ut med visst mått av ensamhet, depression, ångest och vrede. Individer som inte har förvärvat tillräckligt god autonomi har inte samma förmåga att uthärda dessa känslor eller visar brist på tolerans för smärtsamma emotioner som tex skam (Krystal, 1975). Det innebär att personer med denna skörhet eller brist blir mer beroende av andra människor för att kunna reglera sin självkänsla.

Detta resonemang innehåller två faktorer som påverkar suicidal känslighet. Den ena är förlusten av psykologisk sammanhållning i självet och det andra en överväldigande självnedvärdering. Att känna sig värdelös, skam och skuld kan göra livet outhärdligt. Hotet mot självkänslan har sitt ursprung i en smärtsam upplevelse av ensamhet. Tolerans för ensamhet däremot innebär visshet om att det är outhärdligt att vara för sig själv men ändå längta efter sällskap. Man kan i sin inre värld återskapa

hur det är att vara tillsammans med andra och därför känner man sig inte ensam. Men kapaciteten att i fantasin föreställa sig hur det är att vara tillsammans med någon annan finns bara hos de individer som har förmågan till identifikation (Meissner, 1980). Problemet accentueras om en mogen internaliseringsprocess som identifikation inte utvecklats. Behovet av konkreta objekt ökar och relationen till dessa präglas av mer ambivalenta internaliseringsstrategier som introjektion. Den inre världen blir mer instabil och mer beroende av hur personen mår i den aktuella situationen. Förmågan att tolerera ensamhet (utan objekt) minskar. I sådana situationer blir ofta ensamhetskänslan liktydig med tomhet, outhärdlig ångest eller förlust.

Från födelsen och under de formativa åren är vi för vår psykologiska överlevnad beroende av omhändertagande och kärlek från andra. Individuation–separation blir möjlig endast i den grad som emotionella resurser finns tillgängliga så att "självröst" utvecklas. Tröstande objektsrepresentationer ger inre säkerhet, de utvecklas genom erfarenheter av ständig omsorg, tröst och "holding". Personer som är självmordsbenägna tycks ha mindre av dessa resurser och saknar inre tröstande objekt. De vänder sig i stället mot omgivningen för stöd och tröst, och i avsaknad av yttre resurser upplever de total ensamhet. Denna ensamhet innebär en subjektiv känsla av tomhet, kall isolering utan hopp om tröst vare sig inifrån eller utifrån, ackompanjerad av rädsla och skräck. Denna ensamhet kan känslomässigt liknas vid upplevelsen av existentiell död. Forskning har i detta hänseende belagt att självmordsnära personer följaktligen är extremt känsliga för ensamhet (Buie & Maltzberger, 1989). Det är vanligtvis andra personer som förser dem med den tröstande säkerhet som de själva inte har. Så länge andra ger säkerhet/tröst är ensamheten inget hot. Men när den externa trösten försvinner eller förmågan att använda sig av stödet går förlorad ökar risken för självmord.

4 Tidigare forskning

Avsnittet är uppdelat på olika områden vad gäller forskning kring självmord och självmordsförsök utan speciell fokus på narkomaner. Mycket forskning om självmord och självmordsförsök finns framför allt inom psykologi, epidemiologi och psykiatri, vilket redovisas kortfattat.² Därefter redovisas forskning om självmordsförsök och självmord bland narkomaner.

Riskfaktorer för självmord och självmordsförsök

Såväl i Sverige som internationellt har män 2–3 gånger så höga självmordstal som kvinnor. De högre självmordstalen för män omfattar speciellt åldersgruppen 45–64 år. De vanligast förekommande riskfaktorerna för **självmord** är, förutom tidigare självmordsförsök, psykiska sjukdomar som schizofreni, depression, och missbruk (Barracough, 1987). Hit räknar han också personlighetsstörning, något som annars mer räknas till beteendeavvikelserna. Till psykosociala riskfaktorer hör ensamboende (skild, änkling), relationsproblem, sociala och ekonomiska problem och begränsat socialt nätverk eller bristande social integration (Hawton & Catalan, 1987; Johnsson Fridell et al, 1996; Magne-Ingvar et al, 1992). Ytterligare riskfaktorer är separationer eller förluster av något slag. Flera oberoende forskargrupper har visat att 10–14 procent av dem som gjort självmordsförsök också dör i självmord (Burglass & Horton, 1972; Hawton & Catalan, 1987; Hawton & Flagg, 1988; Johnsson Fridell et al, 1996; Roy, 1982; Kullberg et al, 1988; Wasserman & Kullberg, 1989).

I det nationella programmet för "Stöd i självmordskriser", framkommer att ungefär en tredjedel av dem som gör **självmordsförsök** lider av en långvarig psykisk störning, en tredjedel har en mer tillfällig övergående störning och en tredjedel är psykiskt friska. De som gör självmordsförsök är med andra ord en heterogen grupp. Riskfaktorer för självmordsförsök är depression, att vara ogift, kvinna och yngre än 30 år gammal (Barracough, 1987; Hawton & Catalan, 1987; Hirschfield, 1988).

De som gör självmordsförsök är oftare ogifta eller skilda, har mer depressiva besvär och mer interpersonella konflikter än de som inte försöker ta sitt liv. Konflikterna involverar inte bara partners utan hela omgivningen. De har oftare problem på arbetsplatsen och missbrukar oftare alkohol och droger än de som inte gör självmordsförsök. Känslor av hopplöshet och hjälplöshet är vanliga jämte en negativ syn på sig själva, sina relationer och på framtiden. Det är inte ovanligt att någon annan familjemedlem gjort självmordsförsök eller självmord (Diekstra, 1989; Hawton & Catalan, 1987; Johnsson Fridell, Öjehagen & Träskman-Bendz, 1996). Personer som

² Det finns mycket historisk forskning kring självmord (tex Birgitta Odén) som ej berörs i denna framställning och rapport.

gör flera självmordsförsök, s k "repeaters" har mycket gemensamt med ovan beskrivna grupp men lever ett ännu mer instabilt liv, byter oftare bostad, har högre arbetslöshet, oftare missbruk och kriminalitet och kommer i större utsträckning från splittrade hem. Kontakt med psykiatrisk vård är också vanligare (Brauns & Berzewski, 1988; Johnsson Fridell, Öjehagen & Träskman-Bendz, 1996; Johnsson & Fridell, 1997; Kelleher et al, 1994).

Många av dem som gör självmordsförsök har en ambivalent inställning till att dö och motiven för handlingen kan vara olika (Bancroft et al, 1976; Diekstra, 1989). Vanliga motiv bakom självmordsförsök är att göra andra ledsna och ge igen, att komma ifrån en outhärdlig psykisk smärta, att söka hjälp, att komma ifrån en hopplös situation, att underlätta för andra, att testa någons kärlek eller ytterst att ta sitt liv. Den kommunikativa aspekten kan vara att få andra att förstå hur desperat man är, en önskan att påverka någon viktig person.

Diekstra (1996) sammanfattar människors motiv till självmordsförsök;³ "the motives for parasuicidal acts can be subsumed under three categories; **cessation** (stopping conscious experience forever = death); **interruption** (to interrupt conscious experience for a while, to sleep, not to feel anything for a while); and **appeal** (to mobilize others or to change their behaviour). Most parasuicides are motivated by a combination of interruption and appeal. For this reason it would be preferable to conceptualize such behaviour as coping behaviour that might or might not be appropriate or effective in a given context."

Forskning om självmord och självmordsförsök hos narkotikamissbrukare

Det finns mycket lite forskning om narkotikamissbrukares självmordsförsök trots att narkotikamissbruk i psykiatriska studier visat sig utgöra en tung riskfaktor för självmordsförsök och självmord. Dödlighetsstudier visar en högre dödlighet, inklusive självmord, hos narkotikamissbrukare, med ett dödlighetstal på 0,8–2 procent i skandinaviska studier. Opiatmissbrukarna har högst dödlighetstal (Haastrup & Jepsen 1988; Tunving, 1986).

I SWEDATE-projektet uppgav 60 procent att de hade självmordstankar och 30 procent att de gjort självmordsförsök (Bergmark et al, 1989). Det är bl a därför inte ovanligt med fullbordade suicid bland narkomaner även efter att de slutat missbruka. Upp till 20 procent av kända självmord bland narkomanerna gjordes efter att de slutat missbruka (Tunving, 1986). Rossow (1994) redovisar liknande resultat i sin longitudinella studie av 1608 missbrukare i Norge, en dödlighet på 2,3 procent per år. Rossow och Lauritzen (1999) visar i en aktuell studie av vårdade narkomaner i Norge att nästan hälften hade tagit oavsiktliga överdoser och en tredjedel rapporterade självmordsförsök. De som gjort självmordsförsök var socialt mer isolerade, var ofta-

³ Diekstra använder termen parasuicid istället för självmordsförsök.

re deprimerade och led oftare av ångest än de som inte gjort självmordsförsök. I en studie av författarna till denna rapport (Johnsson & Fridell, 1997) framkom att nästan hälften av den undersökta gruppen gjort självmordsförsök och att majoriteten led av nedstämdhet och hopplöshet. Majoriteten hade en personlighetsstörningsdiagnos enligt DSM III-R (1987).

Jennings och medarbetare (1994) beskriver i sin studie fyra olika typsituationer där narkomaner kan komma i självmordskriser. Den första kategorin utgörs av missbrukare som "bränt alla broar" och står inför obehagliga konsekvenser på grund av sitt missbruk. Författarna tar upp olika situationer som att familj och vänner inte längre vill ha med missbrukaren att göra, kriminella handlingar som leder till fängelsestraff eller stora skulder till langare. Det gemensamma temat är att missbrukaren förväntar sig negativa konsekvenser på grund av sitt beteende och missbruk och är rädd för konsekvenserna. Suicidaliteten kan vara ett sätt att vinna sympati från omgivningen och att åtminstone tillfälligt slippa ta ansvar för den situation man försatt sig i. Författarna menar att missbrukaren kan känna skuld, men att det dominerande är rädsla för smärtsamma konsekvenser, som kan vara så stark att den leder till självmordstankar och självmordsförsök.

Den andra kategorin som författarna tar upp är när missbrukaren i abstinensfasen blir deprimerad och får ångest. Skam och skuld över hur hon eller han har levt sitt liv leder till allt negativare självbild och lägre självkänsla, vilket kan bli så överväldigande att självmord ter sig som enda utvägen.

Den tredje kategorin utgörs av situationer då någon de värderar högt och som ger livet mening tas ifrån dem. Det kan vara att barnen blir omhändertagna eller att man förlorar arbete eller partner. Därmed försvinner det som kan ge positiv självkänsla och identitet i det etablerade samhället.

Den fjärde kategorin är den situationsbetingade stress som många missbrukare lever under i form av kriminalitet och våld i sin närmaste omgivning. Stress och rädsla och erfarenheter av våld kan orsaka hopplöshet och förtvivlan, vilket i sin tur aktiverar självmordstankar. Kvinnliga missbrukare som prostituerat sig hör till denna grupp.

Missbruksforskare som tex Goldberg (1993) beskriver en stämplingsprocess som narkomaner hamnar i och som kan resultera i självmord. Lindberg (1998) nämner självmordsförsök kort i sin avhandling, där några av kvinnorna haft ett så problematiskt liv att de försökt ta livet av sig. Dock följer ingen av dessa forskare upp något resonemang kring självmordsförsökets betydelse för narkomanen eller i vilka situationer det inträffar. Det förutsätts vara en reaktion på missbruket och konsekvenserna av livet som missbrukare utan någon närmare analys. Empiriskt ogrundad uppfattning att narkomaner försöker ta livet av sig med sin drog är vanlig.

I motsats till forskning om narkotikamissbrukares självmordsförsök finns mycket psykiatrisk forskning om alkoholmissbrukares självmordsbeteende. Uppföljningsstudier av alkoholmissbrukare visar att 8–21 procent av dem så småningom dör i

själv mord (Wasserman, 1998). En studie från San Diego fann att i 58 procent av fullbordade självmord fanns alkohol eller illegala droger med i bilden (Rich, Young & Fowler, 1983). Anledningen till att alkoholmissbrukare dör i självmord är att många lider av djup depression och att de ofta har svår ångest (Wasserman, 1998). Alkoholmissbrukare utgör en tung riskgrupp för fullbordade självmord, särskilt eftersom alkohol minskar hämningarna mot suicidala impulser (ibid.). Andra faktorer som Wasserman tar upp är de sociala svårigheter och förlust av viktiga relationer som missbruket medför. Hon menar att det hos alkoholmissbrukare finns en överkänslighet för separationer och kränkningar med en förhistoria både i det tidiga vuxenlivet och under uppväxten.

Sammanfattningsvis kan konstateras att oberoende av vetenskaplig disciplin är kunskaperna om anledningen till narkomaners självmordsförsök knapphändiga såväl vad gäller betingelser som motiv. Större entydighet finns dock om att narkomaner som gör självmordsförsök på många sätt har haft det ännu svårare under sitt liv än andra narkotikamissbrukare. Narkotikamissbrukare är en psykosocialt extremt belastad grupp (Fridell, 1991; Fridell et al, 1996; Goldberg, 1993). En stor del av dem har tidigt haft kontakt med olika myndigheter och psykiatri (Johnsson & Fridell, 1997). Många har också upplevt förlust av en förälder i unga år, och har under åren in i vuxenlivet haft flera olika typer av behandlingskontakter. Missbrukande kvinnor är överrepresenterade i gruppen som gör självmordsförsök, vilket kvinnor även är i andra problemgrupper. Många har aldrig haft ett regelbundet yrkesliv eller överhuvudtaget etablerat sig i samhället.

5 Material och bakgrund till studien

Den undersökning som är utgångspunkten för studien om narkomaners självmordsförsök är den femårsuppföljning av narkomaner, vårdade på avdelning 1 F, som genomfördes under perioden 1992–1996 (Fridell et al, 1996). Urvalet är 125 narkotikamissbrukare som varit inlagda på psykiatrisk narkomanvårdsavdelning, avdelning 1 F, S:t Lars sjukhus i Lund, under perioden 880101–890601 (indextillfälle). Utgångspunkten för projektet var att utröna hur olika faktorer påverkar utfallet för patienterna vid olika tidsperioder efter utskrivning från avdelningen fram till intervjuetillfället, samt vilka kvalitetsfaktorer som kunde identifieras i behandlingsprocessen (såväl patienternas upplevelse som de åtgärder som vidtagits i behandlingen).

Projektet har en bred uppläggning bestående dels av halvstrukturerade intervjuer, dels av en rad objektiverande data kring symtom, personlighet och socialt nätverk. Registerdata inhämtades för gruppen i sin helhet från kriminalvård, LVM/LVU-domar, sjukskrivningar, journaldata och dödsorsaksregistret. I intervjun tillämpades en timeline follow-back teknik.⁴ Det är en empirisk studie med kvantitativ ansats där analysen av data gjordes med statistisk metodik. Jag (Eva Johnsson) har ansvarat för intervjuavsnittet och insamlingen av de skattningsformulär och tester som valdes. Åttio av de nittiotvå intervjuerna gjordes av mig personligen.

Bortfallet i studien är sex personer som dog mellan indexvårdtillfälle (88–89) och fram tills femårsuppföljningen startade. Information om dödsorsak inhämtades från dödsorsaksregistret och alla dog på grund av sitt missbruk (kvävda av spyor, trafikolycka, överdos), dock har ingen dött i självmord. Fem personer vägrade att delta och övriga 22 personer gick inte att få kontakt med av olika skäl (bodde utomlands, hade ingen adress eller svarade ej på tillsända brev).

Representativitet

Gruppen om 125 missbrukare som ingick i femårsuppföljningen ingår i en större population missbrukare som vårdats på avdelning 1 F under perioden 1977–1990, sammanlagt 773 konsekutivt vårdade personer (Fridell et al, 1996). Representativtetsanalysen visade en tendens till statistisk skillnad där blandmissbruket var högre bland de intervjuade jämfört med dem som inte intervjuats. En utförlig redovisning av de statistiska beräkningarna finns beskrivna i ett tidigare arbete (Fridell et al, 1996).

Studien om narkomaners självmordsförsök tar sin utgångspunkt i ovan beskrivna femårsuppföljning. Ett viktigt fynd därvid var att andelen som uppgav att de gjort självmordsförsök är högre än vad tidigare undersökningar visat. Fyrtioen personer

⁴ Denna teknik innebär att man börjar frågorna från nutid och sen frågar successivt om åren tidigare.

(45%) uppgav att de någon gång i sitt liv gjort självmordsförsök. Åtta individer hade gjort självmordsförsök redan som barn/ungdom, de yngsta när de bara var 11 och 12 år gamla. Sexton individer hade gjort två eller flera självmordsförsök. Bland de 20 individer som vårdats enligt LVM var självmordsförsöken lika vanliga som bland dem som inte vårdats enligt LVM (ca 45%).

Resultat angående självmordsproblematik från femårsuppföljningen

Vid jämförelse mellan de missbrukare som gjort ($n = 41$) respektive inte gjort självmordsförsök ($n = 51$) framkommer vissa skillnader. I alla studier om narkomaner är andelen kvinnor ca 30 procent, vilket också var fallet för hela gruppen i femårsuppföljningen. Bland dem som gjort självmordsförsök är emellertid andelen kvinnor betydligt högre (44%) än bland dem som inte försökt ta sitt liv (16% kvinnor). Detta motsvarar andelen kvinnor i studier om självmordsförsök, som genomförts bland grupper utanför narkomanvården.

Narkomaner som grupp betraktad har haft mer kontakt med samhällets olika instanser jämfört med människor utan missbruksproblem. I femårsuppföljningen visade det sig att ca 40 procent haft kontakt med socialtjänsten redan som barn, antingen på grund av eget beteende eller på grund av föräldrarnas problem. En stor del, 39 procent, har behandlats på barnpsykiatrisk klinik eller i psykiatrisk öppenvård. Generellt räknar man att ca 2 procent av befolkningen har kontakt med barnpsykiatrisk klinik. Vidare hade 56 procent av de personer som gjort självmordsförsök haft barnpsykiatrisk kontakt jämfört med 26 procent av dem som ej gjort självmordsförsök. Hälften av dem som gjort självmordsförsök hade växt upp i familjer med missbruksproblematik jämfört med 37 procent av dem som ej gjort självmordsförsök. Hälften hade upplevt förlust av någon nära anhörig före 16 års ålder jämfört med en femtedel av dem som ej gjort självmordsförsök.

Narkotikamissbrukare som gjort självmordsförsök är med andra ord en extremt belastad grupp, till och med inom gruppen narkotikamissbrukare (Johnsson & Fridell, 1997). I fråga om missbruksbild, övriga sociala data och behandlingsinsatser var grupperna dock lika varandra (ibid.).

Ovanstående resultat utgör bakgrunden till studien om narkomaners självmordsförsök. Den halvstrukturerade intervjun gav inte möjlighet till mer ingående frågor om respondenternas självmordsförsök och hade inte heller det i fokus. Det var inte känt hur stor andel som gjort självmordsförsök förrän intervjuerna var avslutade. Efter litteratursökningar visade det sig att mycket litet är skrivet om narkomaners självmordsproblematik och att bara några arbeten har fokuserat på olika situationer som är väsentliga för valet av behandlingsinterventioner (Hammerlin & Schjelderup, 1994; Jennings et al, 1994).

Narkomaners självmordsförsök och fullbordade självmord återfinns i olika dödlighetsstudier där missbruk alltid nämns som en stor riskfaktor. Trots detta vet man

nästan ingenting om hur narkomaner känner, tänker och resonerar inför beslutet att ta livet av sig. Man vet heller inte mycket om de livsomständigheter eller situationer som utlöser ett självmordsförsök.

6 Studiens uppläggning och genomförande

Urväl

Gruppen består av de 41 narkotikamissbrukare som i den tidigare beskrivna studien (femårsuppföljningen) berättade att de gjort självmordsförsök en eller flera gånger i sitt liv. Eftersom författaren (Eva Johnsson) tidigare intervjuat majoriteten av respondenter (80/92) var förhoppningen att de flesta skulle vara intresserade av att delta även i denna studie.

För att få kontakt med dem skickades ett brev med information om en fördjupad intervju. Ett frankerat svarskuvert medföljde samt ett brev där de kunde skriva ner var de kunde nås per telefon. De kunde också avböja att delta i studien. Även om det inte gått mer än 1–2 år efter den första intervjun visade det sig att många bytt adress, ibland flera gånger (bilaga 1).

Jag preciserade inte i brevet att det var deras självmordsförsök jag ville intervjua dem om på grund av att det är ett känsligt område och det kan väcka känslor och minnen till liv som är svåra att härbärgera. Jag bedömde det som mer etiskt riktigt att informera om ämnet då jag pratade med personen på telefon och därmed fått kontakt. Jag hade också möjlighet att träffa personen inom ett par dagar efter vårt telefonsamtal. Sammanlagt intervjuades 28 av de 39 personer som levde när projektet startade, vilket ger ett deltagande på 72 procent.

Bortfall

När studien inleddes var två personer avlidna sedan föregående intervjugenomgång, en man och en kvinna. Bägge hade dött genom överdoser av psykofarmaka och alkohol. Dödsorsaken är överdos i bägge fallen men det är inte klarlagt om det rörde sig om självmord. Elva personer (28%) har jag inte kunnat få kontakt med. Vissa uppgifter om dessa 11 personers självmordsförsök finns emellertid i femårsuppföljningen. De intervjuade är något äldre än de som inte intervjuats (40 respektive 33,5 år). I gruppen finns två personer som har arbete och är väletablerade i samhället sedan många år. Sju av personerna missbrukar aktivt och två lider av svår psykisk sjukdom. Två bor på annat håll i landet.

Inklusionskriterier

Vid genomgången av intervjuerna har en ytterligare selektion gjorts. Anledningen är att 4 av respondenter som gjort självmordsförsök **inte** gjort det under sin missbruksperiod. Tre av dessa gjorde självmordsförsök **före** sin missbruksdebut och en av respondenter gjorde ett självmordsförsök 6 år efter att hon slutat missbruka. Inga av dessa personers självmordsförsök har koppling till missbruket varför de

exkluderats från gruppen. Det innebär att 24 av 41 respondenter som gjort själv-mordsförsök under tiden de missbrukat ingår i studien. Dessa personers berättelser kommer att beskrivas och analyseras.

7 Metod

Intervjun

Intervjuerna har genomförts som en kvalitativ forskningsintervju eller som det ibland kallas, en tematiserad samtalsintervju. Grundformen är samtalets, men den skiljer sig från vardagssamtalet genom att den har ett bestämt syfte och en viss struktur. Syftet är att ”erhålla beskrivningar av den intervjuades livsvärld i avsikt att tolka de beskrivna fenomenens mening” (Kvale, 1997). Till viss del konstrueras respondentens berättelse i interaktionen mellan denne och forskaren där intervjuguiden sätter ramen för vad som skall belysas (Ehn, 1992; Lindberg, 1998). I forskningsintervjun är det väsentligen forskaren som bestämmer ramen för samtalet, d v s definierar och kontrollerar situationen. De ämnen som berörs är bestämda på förhand och forskningsintervjun genomförs med hjälp av en intervjuguide. Jag har valt teman för att täcka in de områden som jag bedömt vara viktiga för förståelsen av självmordsförsöket/en. Fokus har legat på respondenternas upplevelser, känslor och erfarenheter (se intervjuguide, bilaga 2).

En intervju är resultatet av ett samspel mellan två personer, som påverkar och reagerar på varandra ömsedigt. Det är i denna situation som berättelsen skapas och data kommer fram. Respondentens förståelse för och berättelse om sitt liv och sina erfarenheter skapas i dialogen med mig som intervjuare. Gregen (1997) menar att jagberättelsen (jaget är berättare och huvudperson) är en redogörelse för förhållandet mellan olika betydelsefulla personliga händelser över tid. I jagberättelsen blir olika livshändelser meningsfulla genom upprättandet av särskilda band dem emellan och ordnandet av dem i en särskild sekvens, en så kallad narrativ ordning. Ur ett narrativt perspektiv förstås berättelserna som situationsbundna och socialt uppbyggda versioner av en händelse. Det narrativa tänkandet söker efter likheter, sammanhang, mening och innebörd snarare än att avtäcka ”det sanna” (Hilte, 1998; Hydén, 1995).

Frågeställningarna i intervjun är känsliga och jag har inlett varje intervju med en sammanfattning från den tidigare intervjun och frågat allmänt hur deras situation ser ut. Sammanfattningarna har inkluderat, att det var relativt många som berättat att de gjort självmordsförsök och att det finns lite kunskap om detta. Det har gett respondenterna en möjlighet att uttrycka sig mer generellt om självmordsförsök och syftet har också varit att de inte skulle känna att de fått en stämpel på sig att vara psykiskt sjuka eller annorlunda i och med att de gjort självmordsförsök. Jag har bedömt det som viktigt att avdramatisera utan att bagatellisera situationen. Min uppfattning är att det sannolikt hade varit svårt att intervju respondenterna om deras självmordsförsök om jag inte hade träffat dem tidigare. Det blev också tydligt vid de få intervjuer (4) där jag inte hade träffat respondenten tidigare på grund av att annan medar-

betare gjort den inledande intervjun. Pullner och Emerson (1983) betonar det viktiga i att intervjun kring känsliga frågor och personliga upplevelser håller en tematisk avgränsning så att respondenten inte upplever sig utnyttjad. Intervjuaren måste också kunna härbärgera svåra känslor och tankar och ge respondenten känslomässig bekräftelse utan att väcka falska förhoppningar.

Tidpunkten för självmordsförsöket/en låg för majoriteten av respondenterna flera år tillbaka i tiden. Trots den tidsperiod som gått, hade de flesta mycket tydliga och detaljerade minnen av händelsen. Ämnet berörde de flesta intervjuade mycket starkt under samtalen.

Vid slutet av intervjun tillfrågades alla om de hade något att tillägga eller förtydliga. De gavs också möjlighet att ta kontakt med mig efter intervjun om det var något de ville fråga om. Respondenterna informerades om att band och transcripts behandlades konfidentiellt samt att en etisk kommitté godkände studien.

Dokumentation av intervjuerna

Intervjuerna tog 1–2 timmar och dokumenterades med hjälp av bandspelare. En intervju tog 4 timmar. Inte någon av de intervjuade hade något emot att intervjun spelades in på band. Inspelningen av en intervju misslyckades. Den intervjun är utskriven verbatim ur minnet och möjligen inte lika fullständig som de andra. Denna teknik innebär att såväl intervjuarens frågor som respondentens svar återges så exakt som möjligt och i den ordning som teman faller ut. De övriga intervjuerna är utskrivna från banden så ordagrant som möjligt, men med viss redigering av citaten för läsbarhetens skull.

Att själv skriva ut intervjuerna innebär att berättelserna åter blir levande och ger en "föranalys", med möjlighet till reflexion på annat sätt än i själva intervjusituationen. Vissa intervjuer har varit tunga då de människoöden som målats upp för mig är mycket sorgliga. Ett par av dessa intervjuer har varit svåra att skriva ut också därför att den förtvivlan jag upplevde under intervjun förmedlades lika starkt när jag gjorde utskrifterna. Jag har då lämnat intervjun för en tid och därefter skrivit ut den vid ett senare tillfälle för att få distans.

Platsen för intervjuerna⁵

Valet av plats för intervjun har jag överlämnat till respondenterna, vilket inneburit att 15 respondenter intervjuats på mitt tjänsterum, 8 genomfördes hemma hos respondenterna och de 5 resterande på olika institutioner. Av dessa är 3 gjorda på psykiatrisk narkomanvårdsavdelning, en intervju på en rixanstalt och en på ett behandlingshem. Det har inneburit att det "rum" eller kontext där intervjuerna genomförts varit olika med olika förutsättningar både för respondenterna och för mig som inter-

⁵ Här redovisas de 28 intervjuerna.

vjuare. När intervjun skett på mitt tjänsterum har det varit på "min plan". Det har också inneburit en större anonymitet och integritet för respondenten och mig jämfört med när intervjuerna skett hemma hos dem. Relationen blir tydligare intervjuare – intervjuad och det finns inga förväntningar utöver själva intervjun.

För de 5 personer som intervjuats på institution fanns inte någon möjlighet att välja plats. Jag begärde tillstånd från avdelningsföreståndare/anstaltsledning att få intervju personerna och informerade om forskningsprojektet och dess syfte samt att den behandlande institutionen inte hade rätt att ta del av det som avhandlades under intervjun. Det har inte vid något tillfälle varit svårt att få tillstånd att träffa respondenterna.

De 8 respondenter som valde att bli intervjuade i hemmet gav olika skäl för detta. Två av dem bodde långt ifrån Lund och ville inte resa. En person ville bli intervjuad på den öppenvårdsmottagning som han dagligen besökte. De övriga ville vara på hemmaplan därför att det var bekvämast, men också för att de ville visa upp sina hem. En av kvinnorna, som jag har träffat mycket under den tid jag arbetade som kurator på avd I F, lever ett ensamt liv och jag blev på så vis en "historisk länk" som hon också ville prata gamla minnen med. Den intervjun tog 4 timmar, varav hälften handlade om gamla minnen och hälften var den egentliga intervjun.

8 Beskrivning av gruppen

Jag har valt att i ett appendix ge en kort beskrivning av de 24 respondenterna. Namnen är fingerade och jag har försökt att beskriva dem på sådant sätt att det inte ska vara möjligt att identifiera dem. En kort sammanfattning görs kring deras ålder, sociala situation, missbrukssituation, samhällsätgärder och slutligen en genomgång av självmordsförsöken.

Bakgrundsdata

I tabell 1 och 2 redovisas olika bakgrundsdata för gruppen. Majoriteten har upplevt separationer under sin uppväxt och knappt hälften har vuxit upp i familjer där missbruk förekommit. Hälften hade kontakt med barnpsykiatrisk klinik under sin uppväxt. Missbruksdebuten har för majoriteten skett i de tidiga tonåren, med några få undantag. Fem kvinnor har haft LVM-vård, men ingen av männen. Alla respondenter utom tre har varit på behandlingshem.

Respondenternas erfarenheter av självmordsförsök

Av de 24 respondenterna är 14 kvinnor och 10 män. Sex respondenter har gjort ett självmordsförsök (4 kvinnor och 2 män). Tio respondenter har gjort två självmordsförsök (6 kvinnor och 4 män). Åtta av respondenterna har gjort tre eller flera självmordsförsök (4 kvinnor och 4 män). En man och en kvinna gjorde ett självmordsförsök när de var knappt 20 år och hade missbrukat bara några år. Sju kvinnor gjorde sina första självmordsförsök i tonåren då de var i början av sitt missbruk. Majoriteten av självmordsförsöken görs när respondenterna är i 30-årsåldern och har missbrukat under många år.

Aktuell social situation

Medelåldern för gruppen vid intervjutillfället är 33,5 år (kvinnor 34,5 år och män 32,5 år). Den yngsta respondenter är 26 år och den äldsta 47 år gammal (tabellerna 3 och 4). Majoriteten av respondenterna har sin huvudsakliga försörjning genom socialbidrag eller sjukbidrag. Endast fyra personer har arbete och ytterligare en studerar. Sex av kvinnorna och fyra av männen missbrukar/missbrukade heroin, sju av kvinnorna missbrukar/missbrukade amfetamin, ofta i kombination med alkohol och/eller tabletter, vilket också var fallet för männen. En kvinna var alkohol- och tablettmissbrukare men hade aldrig använt illegala droger. Av de fjorton kvinnorna har tretton och av de tio männen nio varit eller är injektionsmissbrukare.

Femton av de intervjuade är drogfria, nio av kvinnorna, varav två med pågående metadonbehandling. Sex av männen var drogfria. Tio av kvinnorna och sju av männen har barn, flertalet av dem placerade i familjehem.

Sammanfattningsvis kan återigen fastslås att det är en på alla sätt extremt belastad grupp, med svårigheter från uppväxtåren och in i vuxenlivet, som möter oss i intervjumaterialet. Alla har varit eller är vad Goldberg (1993) kallar för vardagskonsumenter och vad i UNO (1992) definieras som tunga missbrukare.

9 Analys av intervjumaterialet

I analys- och tolkningsarbetet har jag sökt efter mönster och typsituationer i respondenternas erfarenheter och upplevelser kring självmordsförsöket/en. Tillvägagångssättet har varit induktivt, det vill säga ett samspel mellan framväxande teoretiska perspektiv och gruppering och kategorisering av data (Patton, 1990; da Silva, 1996; Sjöström, 1994). En gemensam förutsättning och bakgrund för alla respondenterna är att de är inne i ett missbruk när de gör självmordsförsöket. Några har varit i ett intensivt missbruk under lång tid, medan andra varit drogfria en period men sedan börjat missbruka igen.

Jag har i analysen av intervjumaterialet sökt efter kategorier som ger en beskrivning av respondenternas livssituation och utlösande faktorer till självmordsförsöket. Fyra kategorier har fallit ut; försämrad psykosocial situation, frihetsberövande, utsatthet och psykisk sjukdom.

I nästa steg av analysarbetet har jag i varje kategori kodat tillvägagångssättet vid självmordsförsöket, känsloupplevelser samt vilken betydelse självmordsförsöket haft för individen. Därefter har jag kodat om självmordsförsöket utgjort en eskalationspunkt eller vändpunkt med avseende på missbruket. De citat som återges i texten återspeglar det typiska för kategorin respektive det som skiljer. Varje självmordsförsök har analyserats för sig som en unik enhet eller en unik händelse, vilket innebär att de respondenter som gjort mer än ett självmordsförsök kan återfinnas i flera kategorier. Mindre språkliga justeringar har gjorts i citaten så att det ska bli tydligt vad respondenten menar.

Livssituationen och utlösande faktorer till självmordsförsöket

Den största kategorin av utlösande faktorer utgörs av en avsevärt *försämrad psykosocial situation* med vardagslivet organiserat kring missbruket. Den andra kategorin är liten, men jag har ändå valt att se den som en egen kategori på grund av att livssituationen är mycket speciell. Denna kategori kallar jag för *frihetsberövande* eftersom den utlösande faktorn är att respondenterna är anhållna eller häktade när de gör sitt självmordsförsök. Den tredje kategorin har jag kallat för *utsatthet* och omfattar enbart kvinnor som gör självmordsförsök under tonåren och där det bl a förekommit sexuella övergrepp och övergivenhet. Den fjärde kategorin är *psykisk sjukdom* och omfattar de respondenter som var deprimerade, hade svår panikångest eller hörde sk imperativa, befallande röster, vilket utlöste självmordshandlingen.

Försämrad psykosocial situation

Den största gruppen är den där en *försämrad psykosocial situation* varit utlösande faktor för självmordsförsöket. Gruppen innehåller 29 självmordsförsök genomförda

av 10 kvinnor och 7 män. Alla i gruppen har missbrukat under lång tid, minst 10 år och missbruket dominerar livet och vardagen. De flesta aktiviteterna kretsar kring missbruket. Respondenterna har också upplevt negativa konsekvenser av missbruket såsom försämrad hälsa, inläggning på psykiatrisk avdelning för avgiftning samt vistelser på behandlingshem. De har vid olika tidpunkter gjort försök att bryta missbruket, men misslyckats. Viktiga sociala band till partner och ursprungsfamilj börjar brista och de som haft arbete klarar inte längre av att sköta det. För några av kvinnorna leder missbruket till prostitution och omhändertagande av barnen. Kriminaliteten blir allt viktigare som försörjningskälla. Identiteten som narkoman tar över (för alla i gruppen). Christel (45 år) som rökt heroin i många år och sedan börjar injicera beskriver denna förändring:

Jag såg mig som narkoman helt plötsligt vilket jag inte hade varit innan, i mina ögon. Och det innebar ju för mig misär och man visste ju inte vart det skulle gå. Man hade ju läst en massa skräckpropaganda och jag har alltid varit livrädd för prostitution. Och jag tänkte, tänk om jag hamnar där.

Dessa olika tankar och upplevelser blir utlösande faktorer till självmordsförsöket. Respondenterna beskriver misslyckande, att man inte duger och är värdelös. Självkänslan är låg och självbilden negativ. Man upplever skam och skuld känslor på grund av sitt beteende och den man är. Goldberg (1993) beskriver denna process med att stämplingsreaktioner orsakar negativ självbild, och om processen fortsätter leder det till mer stämpling. Varje misslyckande orsakas av tidigare motgångar och är med om att skapa nästa nederlag. När misslyckandena och de negativa reaktionerna hopar sig blir det svårare att behålla en positiv självbild, man tvingas devalvera den allt mer. Så småningom når man det Goldberg kallar för bottennivån där bara två val återstår – att ta livet av sig genom tex en överdos av narkotika eller att aktivt försöka bryta den negativa spiralen. De känslor, som växer fram under missbruksperioden (ofta sedan tidiga tonår) fram tills individen gör ett självmordsförsök, beskrivs i intervjuerna som allt mer negativa, ackompanjerade av hopplöshet inför sin situation. Majoriteten uttrycker också att de förlorat kontrollen över missbruket.

Bilden för män och kvinnor har både likheter och skillnader. Till exempel är det fler heroinmissbrukande kvinnor som gör självmordsförsök med heroin jämfört med männen. För kvinnornas del har konflikten mellan moderskap och prostitution en avgörande roll i hur de upplever sin situation. Jag har därför valt att presentera män och kvinnor separat i denna kategori och börjar med männen.

Männen

Frank (42 år) får illustrera en av männen i gruppen. Efter ca 20 års missbruk har hans livssituation blivit allt mer styrd av missbruket. Under de år han missbrukat amfetamin har han lyckats hålla en fasad både utåt och inför sig själv, bl a genom att han

haft egen firma. Han var heller inte inblandad i småkriminalitet, utan finansierade huvudsakligen sitt missbruk genom drogaffärer. De sista tre åren började han missbruka heroin, vilket ledde till ett större behov av pengar som i sin tur ledde till mer kriminalitet. Han kunde inte längre sköta sin verkstad och kom allt oftare i klamteri med polisen. Frank beskriver att han alltid haft en klar moralisk uppfattning om att han aldrig skulle sjunka så lågt att han blev "jonkare". Han blev allt mer beroende av sin fru (ej missbrukare), som var en sorts yttre vaktpost för att hålla skenet uppe, framför allt för honom själv. Hon tröttnar på honom och situationen och vill skiljas. Vid dessa tillfällen hotar han med självmordsförsök och han får komma tillbaka. Han beskriver här hur han försökte anpassa sig till kraven hustrun ställde på honom, men som han inte kunde klara av, d v s att sluta missbruka.

Jag kunde ringa från Köpenhamn och då hade jag varit borta i många nätter och så märkte jag att jag inte orkade längre. Man åt ju inte och det blev bara värre och värre. Och då behövde man komma nånstans och lugna ner sig och då var det ju hem. Då kunde hon säga att du kommer inte in. Och då hotade jag och sa att ni får ha det så bra. Ja hon kände sig väldigt hotad och då fick jag komma hem. Ja, och sen var man ju hemma. Och så hade man med sig lite heroin så man trappade ner. Och så åt man upp sig. Och när man väl hade fått näring i kroppen så var det ut igen.

Han har tappat kontrollen över missbruket och hans moraliska gränser har töjts mer än han står ut med. Frank beskriver hur den känslomässiga förnedringen blir allt svårare att leva med. Till slut gav frun upp och han måste flytta hemifrån vilket blev droppen som fick bägaren att rinna över och blev därmed den utlösande faktorn till självmordsförsöket. Han beskriver sin situation:

De sista 3 åren var det stora raset. Totalt, inga gränser alls. Och det hade jag aldrig trott för jag har alltid haft gränsen att aldrig ta heroin. Men man flyttar ju gränsen hela tiden. Och när man kommer till en punkt ... För man vill inte förnedra sig, alltså inte känslomässigt och så sitter man där och tänker att va fan är detta!! Då vill man inte leva längre. Jag ville inte va i det här. Jag var trött på det. Den här hopplösa situationen, och jag kände mig totalt ensam och utlämnad, och jag var jävligt bitter och hatisk mot henne. Jag kommer ihåg när hon berättade att hon inte orkade mer. Då hade jag kommit långt ner själv när hon sa det. Ja, hon betydde ju lika mycket som drogen på ett sätt ju. Eftersom det var hon som fick ta hand om allting. Jag menar, utan henne fixade jag ingenting. Hon fick jag inte bli av med, för då gick det rent åt helvete! Det kändes som om livet var slut.

Franks sätt att försöka ta livet av sig avspeglar också en typsituation för respondenter i gruppen. Det är ovanligt att i självmordsförsöket använda den drog man missbrukat, utan det är ofta en blandning av psykofarmaka och alkohol. Omhändertagan-

det efter självmordsförsöket är också speciellt, man söker inte upp sjukhuset utan kompisar försöker att hjälpa till.

Frank berättar vidare:

Jag fick låna en lägenhet av en av mina bröder och då hade jag bestämt mig. Och jag tog 100 Stesolid och 50 Rohypnol och drack mycket sprit. Och så hade jag fyllt upp badkaret och så hade jag hållt upp ett halvt gram heroin och tänkte att så tar jag det också och då kan jag inte missa. Men, det slog på så fruktansvärt (tablettorna och spriten) så jag kom inte in i badrummet, utan somnade i hallen. Och sen hittade min bror mig och han hade en av mina kompisar med sig. Och han hade väl övertalat min bror att ta hand om mig. Och det är sjukt det också. Han bara går därifrån liksom. Och kompisen visste ju var jag hade pengar. Och så såg han pillerburkarna och förstod vad som hänt. Så tog han pengarna och stack iväg och köpte ett par gram tjack. Så på det sättet fick han liv i mig. Och det är ju ... fruktansvärt egentligen. Från neråt till uppåt, ja jag fattar inte hur hjärtat har pallat. Det är jättesjukt, men jag vaknade ju till.

Olle (47 år) skiljer sig från de övriga i gruppen genom att han varit drogfri i ca 7 år när han gör ett självmordsförsök. Han var skild sedan några år och hade fast arbete fram till en tid före självmordsförsöket. Efter att ha haft anställning i flera år på en liten firma går denna i konkurs och han blir arbetslös under en längre period. Han börjar dricka allt mer alkohol, förlorar kontrollen och sitter hemma och dricker dagligen. Självkänslan blev allt mer negativ och känslan av hopplöshet och att vara värdelös blev allt mer dominerande. Olle berättar:

Jag blev arbetslös och det var dåligt med jobb. Så jag skulle börja stämpla och det var så jävla jobbigt. Jag såg bara det negativa i det hela och ingenting annat. Och ingen utväg, jag ville nog inte se något. Så då blev det ju det och så ska man då repa mod till att göra detta igen. Och så drack jag så in i helvete. Och så satt jag där med en pump och kanyl och skulle sätta den i armen. Jag tror det varit lite utlösande faktor till att komma bort. Jag hade hängt upp en snara i taket och då, jag vet inte varför, men dom bröt upp dörren och kom in.

De **utlösande faktorerna** som beskrivs är för Franks del att sambon lämnar honom och för Olle att han efter flera års drogfrihet mister jobbet och börjar missbruka alkohol. Bägge beskriver en alltmer negativ självbild ackompanjerad med hopplöshet och ensamhet.

För både Frank och Olle innebär självmordsförsöket en **vändpunkt**. Frank blev häktad och hade forfarande självmordstankar under en period, men bestämde sig för att försöka bryta missbruket. Känslorna för hustru och barn blev viktigare än missbruket och han åkte till ett behandlingshem för att få hjälp. Olle hade inga nära relationer som ställde krav på honom att sluta, men kände att han var tvungen att ta itu med situationen.

Då förstod jag liksom att nu får jag göra nånting åt det här. Sen hade jag en omgång med Socialen och så skrev de på en ansvarsförbindelse så att jag kunde åka iväg på behandlingshem. Så jag gick deras behandling och på den vägen är det.

För hälften av männen blir självmordsförsöket en **eskalationspunkt**. Deras livssituation förändras inte nämnvärt och missbruket blir än mer intensivt. Respondenterna uttrycker misslyckande och oförmåga att kontrollera sitt missbruk. De uttrycker också skuld känslor mot anhöriga, föräldrar och barn, men förmår inte eller vill inte förändra sitt levnadssätt. Johan (29 år) ger röst åt denna grupp. Han hade avtjänat ett längre fängelsestraff och skulle börja ha regelbundet umgänge med sin son, men började missbruka allt mer och klarade ej av detta. Den utlösande faktorn till självmordsförsöket var missbruket som innebar att han inte kunde träffa sin son.

Jag hade precis muckat och gjort i ordning en lägenhet då. Och gjorde i ordning ett rum till min son då och ett till mig själv. Men så började jag att knarka innan jag riktigt hann mucka. Så jag fick aldrig det umgänget som planerat. Och så tyckte jag att jag var misslyckad på nåt vis. Och så skar jag mig i armen. ... Jag ringde efter min bror och då låg jag i duschen och det var rätt blodigt. Han ringde efter ambulans. Jag kände mig jävligt misslyckad, både före, efter och under tiden. ... Sen var det precis som jag skakade av mig det som hänt. Och bara fortsatte ... Jag vet inte vad det beror på men jag tror att det är räds-la för att inte klara av de mål jag satt upp. Dessutom tycker jag att allting har en tendens att falla i slutet på grund av att jag är så självdestruktiv och ställer till det. Det är ett mönster som följt mig genom hela livet.

Sammanfattningsvis innebar självmordsförsöket en vändpunkt för fyra av männen. Tre av dem sökte hjälp och åkte till behandlingshem och har varit drogfria sedan dess. Arbete och familj verkar vara skyddande faktorer och en drivkraft för männen att bryta sitt missbruk. En av männen var drogfri under en kort period, men återföll sedan i missbruk. För de övriga männen kan självmordsförsöket ses som en eskalationspunkt då de fortsatte ett allt mer intensivt missbruk med ökad kriminalitet. Samtliga gör ytterligare självmordsförsök.

Kvinnorna

Kvinnorna har i likhet med männen missbrukat under många år och missbruket har blivit det som dominerar deras liv. En skillnad jämfört med männens situation är att fem av kvinnorna hade barn som omhändertogs av sociala myndigheter i nära anslutning till självmordsförsöket.

De flesta kvinnorna försöker bryta eller minska sitt missbruk under graviditeten och ser barnet som en möjlighet att bryta missbruket (Larsson, 1980; Olofsson, 1991; Taylor, 1993; Rosenbaum, 1981; Tunving, 1983; Trulsson, 1997). Moderskap

och relationen till barnen har stor betydelse för kvinnors identitet och hur de utformar sitt liv. Den tid de lever med barnen kontrollerar de sitt missbruk mer än när de tvingas skiljas från dem, vilket ofta leder till accelererande missbruk. Moderskapet innebär en möjlighet till en annan identitet och en möjlighet att reparera en negativ självbild till en mer positiv. Om kvinnan misslyckas i rollen som mamma och missbruket tar överhanden, blir självkänslan negativ och missbruket accelererar. Anita (45 år) berättar om sina upplevelser:

Nånstans trodde jag att jag skulle kunna sluta missbruka när jag fick barn va. Det var jag 100 procent säker på va. Att allt skulle bli bra då. Och liksom jag var jätteglad. Så när jag fick min dotter hade jag förhoppningar om att allt skulle bli bra. Men jag kunde inte leva in i det heller va. Jag blev rastlös och då kunde jag inte låta bli att dricka och knapra. Ganska snabbt blev dom omhändertagna. Fick aldrig en chans riktigt va och jag tror där var nån känsla av kraftig maktlöshet. Som jag kände inför andra människor. Och då kunde jag slänga i mig en massa tabletter och så ringde jag till min dotters fostermamma. Och hon brukade höra och det var väl ett sätt att göra henne uppmärksam på att jag hade tatt för mycket. Och hon kom ju för det mesta. Ofta hade jag inte hunnit slockna riktigt då utan gjorde det i ambulansen.

Det Anita beskriver är också en bristande förmåga att leva sig in i mammarollen. Hon uttrycker maktlöshet över sin situation och över att inte kunna påverka vare sig den eller andra människor. Anitas självkänsla blir alltmer negativ.

Ulla (45 år) hade gift sig och bodde i hus tillsammans med sin man och lille son. Hennes första barn hade tidigare blivit omhändertagna. Hon hade varit drogfri under graviditeten och under den första spädbarnstiden. Relationen till mannen var konfliktfylld och Ulla fick utstå både psykisk och fysisk misshandel. Hon berättar här om den situation då hon försökte ta livet av sig:

Ja, det var 1982 och det var desperation och en ohållbar situation. Då hade min son fötts och min man hade börjat supa. Och sen började ju jag också och sen bjöd han hem en massa folk som tog tjack. Och vi var där och tog tjack. Sen reste min man på semester och jag fortsatte ta tjack och då tog dom min son. Och när min man kom hem så blev han vansinnig på mig och sa att det bara var mitt fel! Och han blev alldeles vansinnig! Och till slut så var jag trött på det och jag vet att jag hade Heximal – 50 stycken och så hade jag Valium och Anseopal. Och Kloral också. Jag tog alltihop och det tog en jäkla tid innan det började verka. Och Heximalen är ju barbiturat. ... Jag fortsatte diska efter jag tatt dom som om ingenting hade hänt. Sen lagade jag kaffe och föll ihop. Ramlade av stolen. Min man ringde till en behandlare och hon sa att ring efter ambulans. Men han skämdes så han beställde taxi istället. Och jag var död alltså! I sju minuter innan de fick igång hjärtat. Ja, jag mådde inte bra då. Hela min sociala situation, ja rubbet, var ju körd i botten!

Bägge kvinnornas barn blir omhändertagna och självmordsförsöken leder inte till någon förbättrad livssituation. Självmordsförsöken blir eskalationspunkter och de fortsätter att missbruka och deras situation blir allt mer problematisk. Båda blir inlagda på psykiatrisk avdelning under tvång (LSPV) i samband med självmordsförsöken. De uttrycker en mycket negativ självbild och låg självkänsla, som ytterligare accentuerats efter att deras barn omhändertas. Anitas (45 år) syn på sig själv:

Ja, man kände sig fullständigt misslyckad, det känner jag alltid. Och det tror jag är något som jag har känt ända sedan jag föddes. Att vad jag än gör så duger jag inte. Jag måste göra allting mycket, mycket bättre än andra för att jag ska duga. Men nånstans har det sagts till mig att du ska inte tro att du är nånting. Jag har jävligt svårt att hantera livet eller leva, det har jag svårt med.

Anita bär sedan barndomen med sig en känsla av att inte duga. Känslan har ytterligare förstärkts av åtgärder från samhällets sida i och med omhändertagandet av barnen, men också från andra människor kring henne.

Stinas (34 år) situation var något annorlunda än de övriga kvinnornas. Hon blev omhändertagen enligt LVM då hon var gravid och tillbringade graviditeten på LVM-hem, varefter hon valde frivillig behandling. Efter att barnet fötts var hon på ett behandlingshem som arbetade med mor–barn-relationer. När barnet var 5 månader fick hon ett återfall och hon ger här röst åt den förtvivlan hon kände när barnet blev omhändertaget.

Ja, sen försökte jag också ta livet av mig när jag hade blivit av med mitt barn. Det återfallet jag hade då så slog jag i mig flera doser heroin den natten. Men det var folk som räddade mig. Det var mina kompisar som fick igång mig och sen kom jag in på 1 F. Då var jag blå från topp till tå. Och så hade jag fått stryk av han jag bodde tillsammans med. Han levde kvar i det där ute.

Det var när hon var 5 månader. Hon var ju mitt allt, jag visste det. Och jag kunde inte fatta att jag kunde lämna henne. Min kontaktperson fick nästan slå det in i huvudet på mig att jag skulle få tillbaka henne. Men sen bara skrek och tjöt jag och slog i mig mer. Livet hade inte varit värt nånting utan henne.

De utlösande faktorerna till självmordsförsöket var Stinas återfall och omhändertagandet av barnet. Det som sedan blev vändpunkten för henne att hennes kontaktperson hjälpte henne till behandling och att barnet blev placerat hos en nära släkting. Hon hade mycket stöd från sin kontaktperson på behandlingshemmet. Stina beskriver situationen som en vändpunkt:

Och jag tänkte att nu ska jag verkligen skärpa mig. Och jag kände att antingen får jag kämpa som sjutton annars är det lika bra att lägga sig ner och dö med en gång. Det var de två valen jag hade. Det fanns inget annat. Klarade jag inte av att dö så var jag tvungen att kämpa. Det ena gav ju det andra kan man säga.

Stödet från kontaktpersonen från behandlingshemmet var mycket viktigt för Stina.

Det var mycket beroende på min kontaktman för hon gav sig inte. Hon var på mig hela tiden och när jag var ute och knarkade så letade hon rätt på mig. Envis som synden. Hon hade ju varit med sedan min dotter föddes och hon visste ju vilka band vi hade. Och varenda gång jag träffade min kontaktperson så fick jag mer hopp.

Stina klarade av kampen och lever idag ett drogfritt liv med sin dotter. Hon har brutit med sina gamla kontakter och har börjat att utbilda sig.

Det har varit en djävulsk kamp. Och det är det som är en seger nu när jag är drogfri. Det är jag som kommit ur striderna med högt huvud och de andra (länsrätt och socialförvaltning) som fått skämmas. Jag tror att jag är rätt förnuftig och klok, och om jag har fel så kan jag göra mig uppmärksam på det. Och sen har jag fått bra hjälp och kunnat resonera. Jag har fått bra uppbackning och det har gjort mig trygg. Jag har haft tur med mina kontaktpersoner. Jag känner mig så prioriterad att ha fått träffa dessa människor och det är häftigt. Missbruket var ju mitt sätt att leva. Vi är sju syskon varav sex har missbrukat. Jag visste inte om nåt annat. Men nu är jag i ett annat liv. Tidigare jämförde jag mig med missbrukare. Nu jämför jag mig med dig eller andra. Nu är jag Stina och min dotters mamma.

Stödet som Stina fått har hjälpt henne genom att stärka hennes självförtroende och självkänsla och att klara av sin situation och att ta hand om sitt barn. Stina har inte haft stöd från sin ursprungsfamilj eller en drogfri partner, utan har förlitat sig på sig själv och det stöd som kontaktpersonen och behandlingshemsvistelserna gett henne.

För några av kvinnorna har missbruket inneburit att de prostituerat sig för att kunna bekosta sitt missbruk. Det har bidragit till en alltmer negativ självbild och känslan av att inte orka leva längre på grund av sin totala livssituation. De uttrycker också att de känt sig deprimerade under en lång tid, innan de bestämmer sig för att ta livet av sig. Sally (37 år) beskriver den processen fram tills hon gör självmordsförsöket:

Jag var väl 26 år då. Det hade växt fram på det viset att jag psyka mig själv hur värdelöst allting var. Att jag var ensam och så här. Och trakasserade mig själv ner djupare och djupare i depression. Och knarkade mer och mer och gjorde mig mer och mer skada. Började gå på gatan och tog mediciner. Jag bråkade och fick på käften och liksom skadade mig själv. Ja, det var typ självförintelse. Och jag kände att jag orkade inte längre, allt var skit. Då tog jag ett beslut. Jag skiter i det här, nu gitter jag inte sträva längre. Jag skrev ett brev till mina föräldrar och förklarade. Min f.d. pojkvän hade gått in i lägenheten för han hade egen nyckel, och suttit och lyssnat på min andning. Tänk om jag hade dött!

Hennes känsla när hon vaknade upp beskriver hon så här:

Sen när det inte lyckades, fastän jag borde ha varit stendöd, då var det som att jag fick hopp. Och jag vet inte om det kan vara nåt psykologiskt för om man är väldigt nära döden så får man plötsligt lust att leva. Att det är ju nästan så som man lever som narkoman va.

För Sallys del var denna händelse en vändpunkt till att söka hjälp för sitt missbruk. Hon har varit på flera behandlingshem och varit långa perioder drogfri. Hon fick barn som hon haft kontinuerlig kontakt med även under de perioder barnet varit placerat i familjehem. Det senaste året har Sally varit drogfri och är på behandlingshem tillsammans med sitt barn. Hon har flyttat till en annan del av landet och kommer att bosätta sig där. Hon ser framtiden an med tillförsikt.

För de kvinnor som varit drogfria en period, kan självmordsförsöket vara en start (eskalationspunkt) för att börja missbruka igen. Kajsa (29 år) beskriver sin situation där hon inte talat om för sin man att hon börjat missbruka igen och då hon slutligen inte kan hålla masken längre.

Ja, det var den 18 mars 1993 och då var det riktigt seriöst för då hade jag bestämt mig. Jag hade ändå hållit i 2 år och varit drogfri. Jag hade svårt att prata med min man och vardagen kom på och allt kändes meningslöst. Jag käkade en massa piller då och hade gjort länge och jag tror att sånt spelat roll och jag hade inte berättat för honom. Det hann ifatt mig och allt blev ohållbart. Jag åkte iväg och köpte 2 gram jonk. Jag åkte taxi hem. Jag hade inga verktyg så jag fick sniffa det. Jag var i alla fall i sovrummet och halvlåg i sängen. Men sen kom han hem tidigare. När han kom hem hade jag varit helt blå om munnen och askgrå i ansiktet. Yrat och verkat jättekonstig. Sen slutade jag att andas och han ringde efter ambulans. Det var väl ett rop på hjälp. Jag ville ha en förändring. Ja, och sen började jag att missbruka igen.

Det Kajsa beskriver är svårigheter att hitta mening i sitt liv som icke-missbrukare. Hon plågas också av skuld känslor för att hon inte har berättat för sin man att hon börjat missbruka i smyg. Dessa blir de utlösande faktorerna för självmordsförsöket.

Sammanfattningsvis gör flera av kvinnorna i gruppen upprepade självmordsförsök. Till skillnad mot männen har de inte drogfria partners som stöttar dem och ställer krav på dem att vara drogfria. Kvinnorna är mer utlämnade till sig själva och till professionella hjälpare som kan vara positiva och bli betydelsefulla för dem. I de berättelser där deras män omtalas är det ofta som i Ullas fall, att mannen bidrar till att försämra situationen för kvinnan. Inte heller talar kvinnorna om dem som stöd då de fått barn.

Barnen är viktiga för kvinnorna och för några blir barnet avgörande för att missbruket bryts. Berit Andersson (1991) konstaterar att moderskapet för kvinnor har samma självklara prioritet som arbetet har för männen. Barnet har också betydelse

för kvinnornas beslut att göra självmordsförsök. Antingen görs självmordsförsöket efter det att barnet blivit omhändertaget eller kring omhändertagandet. För några blir omhändertagandet och självmordsförsöket den vändpunkt som innebär att man förändrar sin livssituation till något mer positivt.

För fyra av kvinnorna får självmordsförsöket innebörden av en vändpunkt att söka hjälp för att bryta sitt missbruk och förändra sin situation. Dessa kvinnor hade gjort vardera två eller fler självmordsförsök tidigare. Efter det självmordsförsök som innebär en vändpunkt och en annan livsinriktning har de inte gjort fler självmordsförsök och idag har de en ordnad social situation (drogfrihet, bostad, partner och bra kontakt med sina barn).

Ytterligare tre av kvinnorna i gruppen är drogfria, men andra faktorer än självmordsförsöket, som tex metadonbehandling, har haft betydelse för detta. För tre av kvinnorna, slutligen, har självmordsförsöken varit ett led i en accelererande process av allt intensivare missbruk.

Frihetsberövande

Den här gruppen är liten; det är Johan (33 år) som gör självmordsförsök vid två tillfällen när han är anhållen, Tommy (31 år) som gör två självmordsförsök för att slippa cellen och komma till sjukavdelning och Kajsa (29 år) som gör ett självmordsförsök i cellen av rädsla för ett väntande fängelsestraff. Även om gruppen skulle kunna inrymmas i kategorin "försämrad social situation" har jag valt att betrakta den som en separat kategori då det är under mycket speciella omständigheter som självmordshandlingen genomförs. De tre respondenterna är alla relativt unga, i början av 20-årsåldern och har börjat känna av de negativa konsekvenserna av sitt missbruk. Det gemensamma är att alla är inne i mycket intensivt missbruk vid tiden för anhållandet och deras livssituation är kaotisk. Alla uttrycker rädsla inför sin situation och inför framtiden. Kajsa (29 år) beskriver:

Jag kom in på söndagen, dom hämtade mig. Och jag var dålig (abstinens), hade varit igång länge. Tidigt på söndag morgon vaknade jag. Och jag ville inte vara där. Jag var ung, hm och jag vet inte. Jag gapade och skrek och höll på och jobbade på personalen. Och det var det att jag skulle till fängelse. Och jag var livrädd och ville inte det. Allting var hemskt och kört i botten. Jag hade ingen lägenhet och visste inte var mina grejor va. Ingenting liksom och jag knarkade ensam och hade ingen pojkvän. Jag hade liksom ingenting.

... Och jag tittade runt om och då fanns det en liten lampa på väggen som satt fast. Men skruvarna var loss och jag fick ut en liten glödlampa. Och den tog jag och slog sönder under kudden. Jag var så inne i detta. Och så satte jag mig på sängen och karvade. Och då kände jag var pulsådern var och jag kände efter exakt. Det var en sån liten glasbit. Jag kommer ihåg det så väl. Jag fick sitta och karva med en och då kände jag heller ingen smärta. Och jag var långt

inne och skar, och så kom det upp såna vita grejor, senor eller nåt. Äckligt! Men jag tänkte inte på detta utan var helt inställd, och fortsatte skära. Och så plötsligt så kom det en massa blod. Du förstår man är ju sjuk, jag hade glasbiten långt ner. Det blödde mycket. Jag la filten över så att dom inte skulle se. Men sen gick det rätt fort, för när man skär sig så blir man rätt dizzy. Speciellt om man träffar rätt. Jag la mig ner med filten över. ... Det var en gul bomullsfil som dom har på sjukhusen. Blodet gick rätt igenom och sen rann det ner på golvet. Dom kom in och då var jag helt yr. Jag kommer bara ihåg att dom skrek ring 90 000! Och att dom skulle ha handskar på sig. ... Ambulansen kom och dom sydde ihop armen. Sen slapp jag komma tillbaka, och kom till 1A (S:t Lars). Och när jag kom dit så undrade jag vad jag hade gjort. För det var ju mest att jag ville därifrån, och att jag ville visa att så här jävla dåligt mår jag, så lås inte in mig. För jag hade varit inlåst, och suttit på LVM och varit häktad och det var åttonde gången den våren. Och så var det att jag hade ett fängelsestraff som väntade. Så att jag var helt knäckt faktiskt för det.

Det Kajsa beskriver här är en situation av vanmakt och hjälplöshet. Hon är ensam, bostadslös och har inget positivt att se fram emot. När hon blir anhållen är hon nergången och förtvivlad. Hon är också rädd för framtiden – fängelsevistelsen.

Tommy (31 år) gör ett liknande självmordsförsök när han är häktad. För att komma ifrån cellen begär han att få prata med någon och på vägen dit kör han huvudet genom ett fönster för att få komma till sjukavdelningen. Han skadade sig inte och blev förd tillbaka till cellen.

Johan beskriver både rädsla och djupt självförakt. Situationerna är likartade vid bägge tillfällena. Han tycker att han har misslyckats med sitt liv på grund av missbruk och kriminalitet. En av situationerna beskriver han:

Det var för nåt år sen, 1994 tror jag. Jag var på väg till X-stad i en stulen bil, påtänd, och skulle träffa min son. Och fick polisen efter mig. Jag körde av vägen. Sen fick jag sitta i en intagningscell och då kände jag att det här klarar jag inte av. Det är ingen idé. Så då hängde jag mig där faktiskt. Det var en sån här träbänk man sitter på. Och det var ett hål i bänken. Så jag gjorde en snara av tröjlinningen och trädde genom hålet och la mig ner i den och ströp mig. Så jag var faktiskt medvetlös när dom hittade mig. ... Ja, och sen fick jag nån sorts psykos samtidigt (hade svalt 4 gram amfetamin). Jag transporterades till ett annat häkte samma dag och där skar jag mig. Ja, och sen hamnade jag på MÖS (Malmö Östra Sjukhus).

Sammanfattningsvis påminner situationerna om dem som Jennings beskriver i sin studie, där negativa konsekvenser är att vänta på grund av missbruket. Rädsla och osäkerhet om konsekvenserna förmedlas, men också djupa självanklagelser för att man svikit anhöriga genom sitt leverne. Johan uttrycker mycket negativa känslor om

sig själv och såg ingen annan utväg än att ta livet av sig. Alla är påverkade när de blir anhängna och den påtvingade abstinensen kan också ha utlöst deras förtvivlan och maktlöshet.

Kajsa, Tommy och Johan får avbrott i sitt missbruk på grund av fängelsestraff och behandling. Avbrottet i missbruket kan ses som en vändpunkt, då de alla försöker att leva ett mer ordnat liv efter utskrivningen. Relativt snart börjar de dock missbruka igen och deras sociala situation förvärras. De gör nya självmordsförsök längre fram i tiden och deras livssituation har då blivit ännu sämre.

Utsatthet

Den grupp som upplevt utsatthet som den utlösande faktorn för självmordsförsök består av sju personer, alla kvinnor. De är alla i tonåren och i början av sitt missbruk när de gör sina självmordsförsök. Två av kvinnorna hade utsatts för sexuella övergrepp i hemmet. Många kvinnor med missbruksproblem har varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och även i vuxen ålder (Trulsson, 1997). Det är heller inte ovanligt att unga icke-missbrukande kvinnor som gör självmordsförsök varit utsatta för sexuella övergrepp. Övergrepp i barnåren skadar naturligtvis flickan, men frånvaron av en skyddande, trygg och stabil moder (eller modersfigur) förvärrar skadan. Jag har i intervjuerna inte frågat om sexuella övergrepp men några av kvinnorna har spontant berättat om sina upplevelser.

Två av kvinnorna tyckte sig inte kunna leva upp till de krav som ställdes på dem, medan det samtidigt fanns missbruk och konflikter mellan föräldrarna. Dessa omständigheter ledde till utanförskap, att vara annorlunda och att inte vara värd något. Kvinnorna i gruppen beskriver övergivenhet, ensamhet och förtvivlan. De uttrycker skam antingen över att ha blivit utnyttjade eller att inte ha varit önskade. Oavsett om kvinnorna varit utsatta för sexuella övergrepp eller ej, har de under tonårstiden känt sig övergivna och skyddslösa. För flera har missbruket varit ett sätt att få en identitet och känna gemenskap. Drogerna har också fyllt funktionen av att slippa ångest, nedstämdhet och hjälplöshet. Jessika (33 år), Sally (37 år) och Christel (45 år) har haft mödrar som missbrukade under deras uppväxt.

Jessika berättar om sin situation:

Första gången (som hon gjorde självmordsförsök) var väl när jag var 16. Jag mådde alltid dåligt. Jag kunde liksom aldrig gå ut utan att tömma en flaska. Jag mådde dåligt i nerverna just att vara så beroende. Jag ville bara slippa känna, bara få somna in. Det var så plågsamt att känna den här ångesten. Jag tog en massa antidepressiva. Min syster hittade mig och jag kom till sjukhuset. Det var akut och dom försökte få tag på min mor eftersom det var hennes mediciner jag tagit. Men jag vet inte hur min mamma reagerade för hon gick ju på en massa tabletter själv.

Utlösande faktor för självmordsförsöket var hennes starka ångest över att vara så

beroende av alkohol att hennes vardag och kontakten med andra människor inte fungerade om hon inte drack.

Anita (45 år) blev övergiven av sin mamma när hon var baby och växte upp hos pappan som hon hade en bra relation till. Susanne (29 år) blev övergiven av sin mamma på grund av sjukdom när hon var 15 år och pappan tog avstånd från henne. Förutom Anita hade ingen av kvinnorna en bra relation till sina fäder under uppväxtåren. Emma (26 år) har haft en konfliktfylld relation med sin mamma på grund av de sexuella övergreppen, vilket också Paula har haft.

Paula (37 år) beskriver sexuella övergrepp från styvfadern. Hon kände sig alltid otrygg hemma och trodde att modern visste vad som försiggick. Hon sniffade och rökte hasch och flyttade hemifrån så fort hon kunde. Upplevelserna från de sexuella övergreppen har plågat henne under många år.

Det var i tonåren jag var väl en 13 eller 14 år och jag visste inget om tabletter då. Jag ville bara försvinna beroende på min styvfar. Och jag drog i mig en massa Alvedon då. Han hade börjat kladda på mig och jag trodde min mamma visste om det. Men hon tyckte att det var jag som förförde honom. Jag kommer ihåg att jag var så arg och att jag ofta hade näsblod på grund av stressen därhemma. Jag tänkte att nu ska dom få ångra sig. Jag ville bara försvinna för jag tyckte det var så orättvist alltsammans. Han hade fullkomlig kontroll. Jag fick inte låsa toaletten. Min syster och jag tävlade om vem som fick sitta i soffan där han inte kom åt va. För annars kom armen om en och så halkade den ner på bröstet. Kröp ner i sängen och sånt. Det var jättejobbigt.

Susanne blev övergiven i 15-årsåldern av bägge föräldrarna. De var skilda sedan flera år och Susanne och hennes bror bodde hos sin mamma. När Susanne var 15 år fick modern en hjärnblödning och blev skadad för livet. Susanne och hennes yngre bror blev lämnade ensamma och pappan, som hade skaffat ny familj, kom och lämnade pengar på fredagarna till dem. Brodern fick flytta hem till pappan efter ett år. Susanne (29 år) berättar om denna period i sitt liv:

Ja, min mamma fick sin hjärnblödning när jag var 15 år. Och jag fick bo kvar ensam i lägenheten. För min pappa hade en tant som inte tyckte om mig och jag tyckte inte om henne. Jag höll hela tiden på att skära mig i händerna och tog en massa tabletter. Det var väl ett rop på hjälp. Och det var väl för att visa att jag kände mig ledsen, ensam och övergiven. Det var inte nån som lyssnade på en då. Jag hade velat att nån brydde sig om mig, först och främst min pappa. Mamma var ju sjuk och jag förstod att hon inte klarade av att ta hand om oss när hon befann sig i den situationen. Det var struligt, jag skötte inte skolan och kompisar var hemma i lägenheten och vi drack och rökte hasch. Sen började jag med amfetamin när jag var 16 år.

Jag kommer ihåg en gång så ringde jag till en kompis och sa farväl. Hon fat-

tade att det var nåt konstigt på gång. Då hade jag skurit mig med en rostig morakniv. Och jag hade låst dörren med sjutillhållarlåset. Så bankade det på dörren och det var polisen och jag öppnade. Och så grät jag och var döledsen. Och så menade polisen att vad är det du har skurit dig med? Ja, den här kniven. Och då sa polisen att nästa gång kan du skära på det här hållet istället och med en vassare kniv. Och då tyckte jag att det var fruktansvärt, ingen fattade.

Utlösande faktorer för självmordsförsöket är Susannes upplevelse (och faktiska omständighet) att hon inte var önskad och att ingen ville eller kunde förstå hur övergiven hon kände sig. Det leder till låg självkänsla och mycket negativ självbild förstärkt av de vuxnas bristande empati.

Gemensamt för sex av kvinnorna är att ingen förälder eller annan vuxen uppmärksammar eller bryr sig om deras självmordsförsök. Sally blev inlagd på sjukhus, men hennes föräldrar besökte henne aldrig och frågade henne heller aldrig om det som inträffat. Ropet på hjälp blev aldrig besvarat.

Alla kvinnorna fortsätter att missbruka efter självmordsförsöket och dras allt mer till missbrukargrupper. På ett sätt kan självmordsförsöket ses som en eskalationspunkt eftersom de missbrukar mer och tar mer avstånd från sin hemmiljö. Men man kan kanske också se det som att missbruket blir en utväg. De får vänner, med vilka de känner gemenskap som de saknat i sin familj. De bygger upp en identitet och får ett värde. Det som snarast kan ses som eskalationspunkt blir istället föräldrarnas och andra vuxnas oförmåga att ge kvinnorna det stöd som de behöver. Sex av kvinnorna i gruppen gör också ytterligare självmordsförsök senare, då i vuxen ålder.

Sammanfattningsvis har kvinnorna i gruppen haft en svår livssituation ända sedan barndomen där några har varit utsatta för sexuella övergrepp under lång tid medan andra haft föräldrar som på olika sätt har svikit dem. Självmordsförsöken kan ses som ett rop på hjälp i en livssituation som de inte kunnat påverka, och där den dominerande känslan varit maktlöshet och hjälplöshet.

Ur ett självpsykologiskt perspektiv kan man konstatera att kvinnorna inte fick den kärlek och bekräftelse som är nödvändig för att utveckla en positiv självbild. Inte heller fick de alltid möjligheten att lära sig använda vuxna som värdefulla tillgångar för att reglera självkänslan (självobjekt). I stället dominerade sveket och bristen på stöd och hjälp. Missbruket blir ett sätt att få en identitet och känna gemenskap med andra under tonåren (Bjernerup-Nielsen & Rudberg, 1991). Missbruket ger på så vis en möjlighet att komma ifrån känslor av utanförskap, skam och ångest, och ger positiva känslomässiga upplevelser i form av eufori som man delar med andra.⁶

Psykisk sjukdom

För fem av respondenterna, 3 män och 2 kvinnor, har förutom missbruket psykisk sjukdom varit utlösande faktorer till självmordsförsöket/en. Alla utom Olle (47 år)

⁶ En del av gemenskapen är att dela positiva upplevelser med andra.

har behandlats inom den reguljära allmänpsykiatriska vården för sina psykiska problem, både före och efter självmordsförsöken. Fredriks (29 år) och Annelis (47 år) psykiska problem debuterade i samband med livskriser, faderns död och skilsmässa. De psykiska problemen har varit olika i gruppen – depression, panikångest och befallande röster under många år.

Fredrik gjorde två självmordsförsök då han led av svår panikångest som kom efter att hans pappa dog. Under den här perioden missbrukade han mycket hasch och amfetamin. Roland (39 år) var inlagd under tvång på en psykiatrisk avdelning under ett par års tid och Olle var djupt deprimerad. Jessica (33 år) hörde röster som uppmanade henne att ta livet av sig och Anneli led av stark ångest (panikångest).

Gemensamt i gruppen är att de upplevt det psykiska lidandet som outhärdligt och att missbruket har upplevts som sekundärt i de situationer de försökt att ta livet av sig. De har alla varit inlagda under olika perioder på grund av sina psykiska besvär. Olle (47 år) berättar:

Det hade legat latent en längre tid. Men det som utlöste det, tja, det var det här liksom att va fan håller jag på med??? Och vad fan kommer det att bli? Och inte se nånting. Och det blir bara så ... ett svart jävla hål. Jag hade i princip planerat det här innan för jag hade skaffat tabletterna. Och sen var det bara att skaffa modet. Och det gjorde jag genom att dricka brännvin. Min granne hittade mig och sen så blev jag inlagd.

Olle hade under denna period i sitt liv blivit allt mer nedstämd utan att han kunde peka på några faktiska omständigheter som utlöst dessa känslor. Ett sätt att döva känslorna var att dricka alkohol, som i sin tur innebar att hans självförakt ökade.

Roland (39 år) hade varit tvångsinlagd på psykiatrisk avdelning under en längre tid och kände sig illa behandlad av överläkaren. Han beskriver hur livet gestaltade sig för honom vid denna tid:

Jag kan ha vatt inne i någon personlig kris. Jag var depressiv, eller strået vassare över, jag var nog deprimerad. Men det var ju mycket det här med Hispan. Jag hade permission och jag var så jävla trött på läkaren. Han plågade ju mig! Testade mig som om jag var nån sorts försökskanin. Så ibland när jag hade fått upp ögonen och slätt ifrån mig hans neuroleptika som han satte in. Så då gjorde jag något drastiskt. Det var i februari 1983 och jag hade suttit där ett halvt år. Och jag kom upp då i nämnden och fick avslag. Och det var precis efter det här som jag försökte hänga mig för jag tänkte att jag får väl sitta på avdelningen för resten av mitt liv. Det fanns en kille som hade suttit där i åtta år och jag tänkte att tänk om det blir så för mig också.

Så då hade jag permission och försökte göra det då. Jag tog en sån där Electrolux dammsugare från 1966 och tog sladden där. Och så la jag den dubbel och knöt den i en krok. Men när jag sparkade undan stolen så brast det där

uppe nånstans, så jag brakade ner. Annars hade jag blivit hängandes där. Jag slog ju i alltihop här, hela halsen. Det såg ur precis som eldsflammar över hela halsen. Helt lila och jag hade svårt att svälja. Men detta var under en period när jag fanns i fablernas värld. Sätillvida att det var neuroleptika som jag var omtöcknad av.

Känslan av att bli plågad av läkaren och av att vara tvångsvårdad var en sådan kränkning för Roland att det blev den utlösande faktorn till självmordsförsöket. Roland blev inlagd igen på den psykiatriska avdelningen under ytterligare ett års tid. Han missbrukade varje permission han hade. Berättelsen innehåller starka känslor av vanmakt, att inte kunna påverka sin situation. Han fick mycket mediciner, neuroleptika, som han menar har skadat honom för livet.

Jessika (33 år) beskriver sin situation då hon led av svår ångest och befallande röster:

Det kändes som en makt tog över mig. Jag kunde inte styra det. Jag höll på att kvävas av den. Det var hemskt. Det var som en makt som tog över mina tankar. Jag kunde må rätt så bra och sen kunde det bara slå på att ja, nu gör jag det. Hm, och så åkte jag hem och tömde alla mina pillerburkar och drack sprit och sänt.

Jessika gör många självmordsförsök under den här tiden på samma sätt som citatet ovan beskriver. Till slut är hon så nergången av sitt missbruk och lider av rösterna som hennes ständiga följeslagare att hon gör ett självmordsförsök som höll på att kosta henne livet och blev omhändertagen enligt LVM, vilket blev en vändpunkt för henne.

Jag ville dö. Jag tog en massa piller, sprutade in en massa skit och drack en massa sprit. Jag var så trött på det. Jag hade så mycket delirium också. Jag var rätt aggressiv när jag vaknade på Intensiven, men jag var fastbunden i sängen. Sen kom jag på LVM och det var fruktansvärt, jag satt 6 månader. Sen kom jag till en frivillig enhet och det var bättre, där fick jag hjälp. Det var tufft med LVM-vård, men det var ju också tur, för annars hade jag gått ut igen. Och jag hade dött ganska snabbt för mina höga levervärden.

Min dotter mådde jättedåligt i familjehemmet och jag kände att jag var tvungen att få hem henne. Och det fick jag till slut, men det har varit tufft.

LVM-vården innebar att Jessika nyktrade till och sökte alternativa behandlingar för sitt missbruk och sina psykiska besvär.

Sammanfattningsvis har alla i gruppen beskrivit hjälplöshet och oförmåga att påverka sin situation. Förutom missbruket har alla psykiska besvär av olika slag, som ytterligare försvårar deras livssituation. För Olle och Jessika blev självmordsförsöket en vändpunkt, där Olle sökte hjälp frivilligt medan Jessika blev tvångsom-

händertagen. För de andra i gruppen blev självmordsförsöket en eskalationspunkt. Trots stark medicinering ger minnena från självmordsförsöken bilden av biografiska hållpunkter i en kaotisk livssituation med missbruk och psykiskt lidande. För några genomförs självmordsförsöken på ett mycket dramatiskt sätt.

10 Diskussion

Det är vanligt med föreställningar att missbrukare inte kan skilja mellan oavsiktliga överdoser och självmordsförsök och att självmordsförsöket därmed enbart skulle utgöra en del av ett allmänt självdestruktivt beteende samt att de använder sin vanliga drog när de försöker ta sitt liv. Av vad som framkommit i intervjuerna och i tidigare studier (Fridell et al, 1996; Johnsson & Fridell, 1997) har inget av detta kunnat beläggas. Inga av de självmordsförsök som beskrivits har skett av en slump. I några fall har det visserligen varit ett ganska hastigt beslut, det som ofta kallas impulsivt, men satt i sitt sammanhang förståeligt. Situationen har av olika skäl och på grund av olika omständigheter blivit outhärdlig. Självmordsförsöket har en klar personlig mening för den som gör det. Meningen i handlingen kan också vara olika för individen vid olika tidpunkter.

När självmordsförsök genomförs är det som regel med hjälp av legalt förskrivna psykofarmaka eller genom gängse mer dramatiska medel som hängning, att skära sig i handlederna o s v (Johnsson & Fridell, 1997). Resultaten talar om en medveten hållning och inställning till sig själv och sin livssituation. Det är en kontextuellt rationell handling utförd i en socialt och emotionellt pressad situation.

Vad som framför allt utmärker urvalsgruppen i den här undersökningen och de narkomaner som tidigare intervjuats i femårsuppföljningen är att de som gör självmordsförsök under pågående missbrukskarriär har haft en svårare social och psykologisk situation än andra narkomaner. De har varit föremål för tidiga samhällsinsatser från sociala myndigheter och haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatri i större utsträckning än andra narkomaner. Vanligtvis går problemen långt tillbaka i tiden, till barndomsåren. Den studerade gruppen består således av etablerade narkotikamissbrukare som alla har ett tungt narkotikamissbruk. Samtliga befinner sig i den fas som Svensson (1996) beskriver som den period då drogen blivit den organiserande principen som präglar livsföringen och där missbrukaren förlorat kontrollen över sitt missbruk. Alla kvalificerar sig i ett diagnossystem som DSM-IV för diagnosen narkotikaberoende (Johnsson & Fridell, 1997). Järvinen (1998) diskuterar också begreppet tunga missbrukare och pekar på de föreställningar som finns om "de tunga fallen", att de är omotiverade för vård eller att de fått så mycket vård att behandling inte biter på dem längre. Oftast är det istället så att många "tungt missbrukare" är lågt prioriterade av myndigheterna och inte får någon vård alls.

Alla de riskfaktorer som brukar nämnas i litteraturen kring självmordsförsök återfinns i den här gruppen narkomaner.⁷ De symtom som respondenterna beskriver omfattar depressioner, ångest, ensamhet och hopplöshet. I denna, liksom i gruppen narkomaner i övrigt, är andelen med psykiska sjukdomar som schizofreni, melanko-

⁷ Se avsnittet Tidigare forskning.

li eller affektiv psykos relativt ringa (Fridell et al, 1996). I gängse kliniska material är det annars med den typen av psykiska sjukdomar som flertalet självmordsförsök förknippas (Perry, 1989; Hyman & Arana, 1989; Drake et al, 1989).

Få av respondenterna i studien har under sin uppväxt upplevt den omsorg och kärlek som behövs för att växa till en trygg individ. De flesta intervjuade ger ord åt att inte ha blivit bekräftade under barndomen, och är klart medvetna om att detta fått negativa konsekvenser för självbild och självkänsla, ett återkommande tema. Negativ självbild har sedan följt dem genom livet, tillika med känslor av att ständigt misslyckas och av att vara värdelös. Inte minst accentueras detta senare i livet av det ointresse, bristande empati eller oförståelse som de mött efter självmordsförsöket. Kommentaren från polismannen som bryter sig in hos Jessica att "skära på längden och inte på tvären" är ett talande exempel. På så vis har de tidiga besvikelserna fortlevt och förstärkts i vuxen ålder. Denna upprepning av brist på förståelse bidrar till en allt större hopplöshet och maktlöshet inför sin situation.

Negativa konsekvenser till följd av missbruket bidrar i sig till att ytterligare försvåra situationen. Arton av respondenterna gör fler än ett självmordsförsök. Med få undantag kommer självmordsförsöket efter många års missbruk, när personen erfårit åtskilliga negativa konsekvenser av missbruket. Självmordsförsöket inträffar under en fas i missbrukskarriären då missbruket dominerar vardagen (Goldberg, 1993; Svensson, 1996). De beskriver att de har förlorat kontrollen över sitt missbruk, med åtföljande hot om skilsmässa, omhändertagande av barn, oförmåga att behålla arbete eller fängelsestraff. I Jennings et al (1994) terminologi återfinner vi här den kategori av missbrukare som "bränt alla broar". Självmordsförsöket blir en väg att komma ifrån en situation som på många sätt blivit kaotisk. Kontrollförlusten har för individen själv inneburit att han uppfattar att samhället definierar honom som avvikare/narkoman.

Vid tidpunkten för självmordsförsöket finns starka känslor av hjälplöshet, skuld-känslor och en upplevelse av att vara värdelös, vilket i sin tur leder till en allt mer negativ självbild och låg självkänsla. Detta verkar motsvara den nedåtgående och alltmer accentuerade problemspiral som har beskrivits av bl.a Goldberg (1993). Känslorna beskrivs som ständigt påträngande, en orsak till självmordstankar och självmordsförsök.

Yttre utlösande faktorer som spelar roll för beslutet att göra självmordsförsök kan variera, men de innehåller alltid en komponent av vanmakt inför livssituationen. Många har inte främst haft en önskan att dö, utan att slippa ifrån en outhärdlig situation, få sova lite och uppmärksamma andra på sin situation, att man behöver hjälp.

Några tydliga skillnader urskiljs mellan män och kvinnor i studien. Det är uteslutande kvinnor som gör självmordsförsök under tonåren, alldeles i början av missbrukarkarriären. Sexuellt utnyttjande, misshandel i hemmet eller andra extrema belastningsfaktorer är vanliga i denna grupp. Min tolkning är att den sociala samvaron i missbruksgruppen har fått en kompensatorisk funktion, en ersättning för den hem-

miljö som inte fungerar bra eller ens existerar. Drogen i sig ger lindring och lättnad från depression och ångest. Att dela lustupplevelse och experimenterande med andra ger i sig viktig social gemenskap. Det kan mot denna bakgrund vara lätt att förstå varför de missbrukande kvinnorna dragits in i en allt tyngre avvikarkarriär. Missbrukstillvaron förser dem trots allt med det nätverk och den gemenskap de saknat tidigare. De ibland närmast rituella delarna av samvaron mellan narkomaner ger ytterligare stöd åt en alternativ tillvaro. För kvinnorna gäller här liksom i andra studier av kvinnor med narkotikamissbruk att de haft förhållanden med något äldre, etablerade missbrukare och därmed tidigare än männen etablerat ett tungt injektionsmissbruk (Trulsson, 1997; Bergström, 1998; Tunving & Nilsson, 1986; Byqvist, 1997). Det är vanligare för männen att ha en drogfri partner som stöttar beslutet att sluta missbruka.

En faktor av stor betydelse för kvinnorna är moderskapet, som öppnar vägen till en ny identitet, en känslomässigt viktig relation och upplevelsen av att vara som andra kvinnor. Barnet kan bli den drivkraft som får dem att bryta missbruket, skapa struktur i livet och börja blicka framåt. För dem däremot som inte klarar omställningen, de påfrestningar, krav och orosmoment som ligger i moderskapet och i kravet på att bryta upp från missbrukartillvaron blir omhändertagande av barnen ännu en traumatisk upplevelse, ytterligare ett stigma. Kvinnorna i gruppen tycks få betydligt mindre stöd från sin omgivning än vad männen i motsvarande situation får. Deras partner missbrukar också och blir sällan något stöd vid barnafödelse eller i beslutet att sluta missbruka. Könsskillnader vad gäller introduktionen in i en missbrukarkultur har beskrivits av bl.a. Byqvist (1996) och Trulsson (1997), och att konsekvenserna består in i vuxen ålder blir tydligt i den här undersökningen.

Några av männen nämner barnen som viktiga, men aldrig som någonting avgörande för beslutet att bryta missbruket. Här tycks snarast arbetet utgöra drivkraften (Andersson, 1991).

För tio personer blir självmordsförsöket den vändpunkt som gör att de bryter missbruket. Deras situation har varit mycket hårt pressad på flera olika sätt och de har inte kunnat se någon alternativ utväg. Men självmordsförsöket som enskild händelse är inte det enda avgörande för en förändring av livsstil. Snarast kan självmordsförsöket betraktas som en markör eller en biografisk hållpunkt för att förstå sig själv, att se tillbaka på hur livet gestaltat sig tidigare och samtidigt en startpunkt för ett nytt liv, vilket ytterligare leder till handlingar som skiljer från tidigare försök att ta sig ur missbruket.

Att omgivningens reaktion har stor betydelse för om självmordsförsöket blir en vändpunkt eller en eskalationspunkt är tydligt. Självmordsförsökets kommunikativa funktion blir tydlig, särskilt när personens omgivning har reagerat på ett annat sätt mot honom än de gjort tidigare. Omgivningens krav att livet nu måste förändras uttrycks tydligare, och kanske förmår personen själv också artikulera sina behov bättre, vilket ibland leder till att man söker behandling och upptäcker vad som fun-

gerar och vad som inte längre fungerar. Kanske är det med denna upplevelse som individen upptäcker en mognad hos sig själv för att förändra sitt liv. Att människor runt omkring vill väl och att de stödjer beslutet blir avgörande. Det kan vara en partner eller en behandlare som får den rollen.

Där självmordsförsöket blir en vändpunkt tycks omgivningens sätt att betrakta individen ändras från att ha sett honom enbart som en missbrukare till att upptäcka andra positiva egenskaper och möjligheter hos honom. Det blir därmed en chans för såväl samhället som för narkomanen att se sig själv med andra ögon och därmed ett första steg mot förändring.

Men några självmordsförsök leder inte till någon förbättrad situation utan blir istället eskalationspunkter där hjälplösheten i förhållande till missbruket blir allt större, varefter missbruket accelererar. Det kan bero på att missbrukaren inte får den reaktion som hon/han önskade från omgivningen eller att hon/han egentligen inte vill ha någon förändring. Självmordsförsöket har varit ett överilat beslut i en förtvivlad situation som man just då inte såg någon annan lösning på. Särskilt viktigt är att så många av de intervjuade uppger att de i samband med självmordsförsöket inte har haft någon kontakt med behandlare eller sjukvård. Självmordsförsöket blir en rekapitulation i ännu en övergivenhetssituation.

Vissa forskare menar att det finns en självmordsprocess som börjar med självmordstankar som individen håller för sig själv till ett självmordsförsök eller ett fullbordat självmord (Beskow, 1994). Denna process är dock inte deterministisk och den går att bryta med intervention vid rätt tidpunkt, antingen genom olika behandlingsåtgärder eller genom att den sociala situationen förbättras. Men för att detta skall ske behövs engagerade människor i omgivningen eller på de behandlingsenheter som narkomanen har kontakt med. Klart problematiskt är att flera av respondenterna berättar, att man inte ens uppmärksammar deras självmordsförsök när de läggs in på avgiftningsavdelning eller besöker en öppenvårdsmottagning i anslutning till händelsen. Lyckligtvis visar flera av intervjuerna att det också bland missbrukare finns personer med vilja att hjälpa (exempelvis Franks vän).

Att inte ha blivit bekräftad under barndomen och tidiga vuxenlivet får naturligtvis konsekvenser för självbild och självkänsla. Drogen har fyllt olika funktioner för respondenterna. Från att under initialskedet vara något positivt som "drar", både med avseende på känslomässiga upplevelser under ruset, att man får en identitet, att vara någon, till att dämpa svåra känslor som ångest, maktlöshet och hjälplöshet. Men omkring 30-årsåldern börjar människor, missbrukare inte undantagna, att se tillbaka på sitt liv och fundera framåt hur det kommer att gestalta sig, om man vill bilda familj etc. Denna "kris" kan bli mycket smärtsam som narkoman när man jämför sig med dem som inte missbrukar. Föräldrarna börjar bli gamla och många vill "fixa till sig" innan det blir för sent. Det är allmänmänskliga existentiella frågor som har samma giltighet oavsett om man har missbruksproblem eller inte.

Den existentiella kris som narkomanen befinner sig i när han gör ett självmords-

försök skiljer sig inte från liknande kriser som människor utan missbruksproblem kan hamna i och som kan utlösa självmordsförsök. Det som skiljer är att den sociala situationen är mer komplicerad och att missbruket i sig kan ha medfört fysiska (tex hepatit) och olika psykiska problem.

En liten grupp självmordsförsök görs när personen befinner sig i en tvångssituation. De självmordsförsök som genomförs i häkte eller fängelse måste tolkas delvis utifrån andra utgångspunkter. Respondenterna är relativt unga och inlåsningen blir en markering från samhällets sida att man ser dem som missbrukare, en klassisk stämpningsupplevelse (Goffman, 1963; Goldberg, 1993). Upplevelsen att inte kunna påverka sin situation leder till hjälplöshet och självnedvärdering och påverkar med all säkerhet beslutet att göra ett självmordsförsök (Buie och Maltzberger, 1989). Frihetsberövandet medför en ofrivillig avgiftning och abstinensbesvär med åtföljande ångest och nedstämdhet. Ofta karakteriseras de här självmordsförsöken av desperata (impulsiva) handlingar, präglade av den maktlöshet som följer av omhändertagandet. Men en av de kvinnliga respondenterna kan idag se sitt LVM-tillfälle som avgörande för att hon tillsammans med insikten om att hennes barn för illa, kunde sluta missbruka (Stina).

Slutligen kan konstateras att det finns situationer där narkomaner är speciellt känsliga för självmordstankar och där självmordsförsök kan ses som en lösning på en svår livssituation. Framför allt ökar suicidaliteten när narkomanen missbrukat i många år och erfarit flera olika negativa konsekvenser av sitt missbruk. Förutom den sociala situationen som är besvärlig har känslan av hopplöshet och vanmakt inför livssituationen accentuerats. Flera kvinnor gör självmordsförsök i början av sitt missbruk på grund av sin hemsituation och de hamnar även senare i livet i situationer där självmordsförsöket blir ett sätt att försöka åstadkomma en förändring.

För några har självmordsförsöket blivit en möjlighet till en förändring av livssituationen till något bättre och som Sally säger: *"Och jag vet inte om det kan vara något psykologiskt för om man är väldigt nära döden så får man plötsligt lust att leva."*

Referenser

- Alvarez, A. (1971) *När livet mist sin mening. Om självmord och självmordsförsök*. Rabén & Sjögren.
- Andersson, B. (1991) *Att förstå drogmissbruk*, Studentlitteratur Lund.
- Bancroft, J. H. J., Skrimshire, A. M., Sinkins, S. (1976) The reasons people give for taking overdoses. *Br J Psychiatry* 128: 538–548.
- Barracough, B. (1987) *Suicide. Clinical and epidemiological studies*. London. Croom Helm.
- Berglund, M., Öjehagen, A. (1998) *The Influence of Alcohol Drinking and Alcohol Use Disorders on Psychiatric Disorders and Suicidal Behaviour*. Alcoholism, Clinical and Experimental Research. Supplement, vol 22, number 7, p 333s–345s. October.
- Bergmark, A., Björling, B., Grönbladh, L., Olsson, B., Oscarsson, L., Segraeus, V. (1989) *Klienter i institutionell narkomanvård. Analyser av bakgrund, behandling och utfall*. Pedagogisk forskning i Uppsala no 89, Pedagogiska institutionen, Uppsala universitet.
- Bergström, M. (1998) *Tre verkligheter. Kvinnor i olika stadier av narkotikamissbruk – en socialpsykologisk studie*. Studia Psychologica et Pedagogica.
- Beskow, J. (1994) *Självmord som frihet och tvång*. Sfh:s monografiserie nr 39.
- Bjerner-Nielsen, H., Rudberg, M. (1991) Jenters vej til rusmiddel, ett socialiseringsperspektiv. I *Kön, rus och disciplin*, NAD-publikation nr 20. Helsingfors.
- Bohme, K. (1994) *Drug and Alcohol induction of suicidal behaviour*. In *Divergent perspectives on suicidal behaviour*. Fifth European symposium on suicide. Cork, Eire.
- Brill, L. (1981) *The Clinical Treatment of Substance Abusers. USA, The Free Press*.
- Brauns, M.-L., Berzewski, H. (1988) Follow-up study of patients with attempted suicide. *Int J Soc Psychiatry* 24: 285–191.
- Buie, D. H., Maltzberger, J. T (1989). The psychological vulnerability to suicide. In Jacobs D. & Brown H. *Suicide, understanding and responding*. Harvard Medical School Perspectives. Boston, p 59–71.
- Burglass, D., Horton, J. (1972) A scale for predicting subsequent suicidal behaviour. *Br J Psychiatry* 124:573–578.
- Byqvist, S. (1997) *Svenska narkotikamissbrukande kvinnor och män. Missbruksförlöpp och kriminalitet*. Rapport i socialt arbete nr 84. 1997. Stockholms universitet.
- Cronström-Beskow, S. (1983) *Samtal om självmord*. Tiden/Folksam.
- Diekstra, R. F. W. (1989) Suicide and Attempted Suicide, an international perspective. *Acta Psychiatr Scand* 80 Suppl. 354: 1–24.
- Diekstra, R. F. W. (1996) The epidemiology of suicide and parasuicide. *Archives of suicide research*. Vol 2, No 1. 1–29.

- Drake, R., Gates, C., Whitaker, A., Cotton, P. (1989) *The Suicidal Schizophrenic*. I (Eds.) Jacobs, D., Brown, H. *Suicide, Understanding Responding*. Harvard Medical School Perspectives. International University Press, Inc, Madison, Connecticut.
- DSM III-R; American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, revised version. Washington DC.
- Durkheim, E. (1897) *Själv mordet*. Ny översättning 1993. Argos Förlag.
- Ehn, B. (1992) Livet som intervjukonstruktion, i Tigerstedt, C., Ross, J. P., Vilko, A. (Red) *Självbiografi Kultur Liv. Levnadshistoriska studier inom human- och samhällsvetenskap*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag, Symposium.
- Fridell, M. (1991) *Personlighet och drogmissbruk*. En forskningsöversikt. PM-serie nr 10. CAN.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johnsson, E., Kindberg, L. (1996) *Faktorer som påverkar behandlingsutfallet för kroniska drogmissbrukare på kort och lång sikt*. Slutrapport – del 1: Målgrupp, frågeställningar, teoretiska perspektiv och representativitet. Institutionen för tillämpad psykologi, Lunds universitet.
- Ghooose, A. H., Sehnan, M., Taylor, C., Edwards, G. (1985) Deaths of drug addicts in the United Kingdom 1967. 1981. *British Med Journal* 290:427–428.
- Goffman, E. (1963) *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Penguin Books.
- Goldberg, T. (1993) *Narkotikan avmystifierad*. Carlssons bokförlag.
- Gregen, K. J. (1997) *Realities and relationships*. Cambridge, Harvard University Press.
- Haastруп, S., Jepsen, P. W. (1988) Eleven year follow-up of 300 opiod addicts. *Acta Psychiatr Scand* 77:22-26.
- Hammerlin, Y., Enerstvedt, R. (1988) *Selv mord*. Falken Forlag, Oslo.
- Hammerlin, Y., Schjelderup, G. (1994) *Når livet blir en byrde. Selvmordsforståelse og problemer ved forebygging*. Ad Notam Gyldendal. Oslo
- Hawton, K., Catalan, J. (1987) *Själv mords försök. Bedömning och behandling*. Natur och Kultur.
- Hawton, K., Flagg, J. (1988) Suicide and other causes of death following attempted suicide. *Br J Psychiatry* 152:359–366.
- Hilte, M. (1998) Om vägen ut ur missbruket. *Socionomen* 4, s 69–79.
- Hirschfield, R. M., Davidson, L. (1988) Riskfactors for suicide. In Frances A. J., Hales R. E. (Eds.) *Rev Psychiatry* 17:327.
- Hydén, L.-C. (1995) Berättelsen i psykologin. Om narrativ teori och metodologi inom psykologin. *Nordisk psykologi* 47 (2), s 104–122.
- Hyman, S., Arana, G. (1989) Suicide and Affective Disorders, in Jacobs, D. and Brown, H. (Eds.) *Suicide, Understanding and Responding*. Harvard Medical School Perspectives. International Universities Press, Inc. Madison, Connecticut.
- James, L. P. (1967) Suicide and mortality amongst heroin addicts in Britain. *British Journal of Addictions* 62:391–398.

- Jennings, J. L., Williams, C., Thompson-Owens, M. (1994) Treating addictive patients at suicidal risk. *Psychotherapy* 31:700–707.
- Johnsson Fridell, E., Öjehagen, A., Träskman-Bendz, L. (1996) A 5-year follow-up study of suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand* 93:151–157.
- Johnsson, E., Fridell, M. (1997) Suicide attempts in a cohort of drug abusers: a 5-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 96:362–366.
- Järvinen, M. (1998) *Det dårlige selskab*. Misbruk, behandling, omsorg. Forlaget SOC POL.
- Kelleher, M. J., Daly, M., Keohane, B., Daly, C., Crowley, M. J., Kelleher, M. J. (1994) Deprivation and long term outcome of deliberate self-poisoning. In Kelleher, M. J. (Ed) *Divergent Perspectives on Suicidal Behaviour*. Fifth European Symposium on Suicide, Cork, pp. 71–78.
- Kreitman, N., Casey, P. (1988) Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study. *Br J Psychiatry* 157:792–800.
- Krystal, H. (1975) Affect tolerance. *Annual of Psychoanalysis* 3:179–219.
- Kullberg, J., Wasserman, D., Stefansson, C. (1988) Who commits suicide after a suicide attempt? An 8 to 10 year follow-up in suburban catchment area. *Acta Psychiatr Scand* 77:598–603.
- Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur. Lund.
- Larsson, G. (1980): The amphetamine addicted mother and her child. *Acta Paediatrica Scandinavica*. Supplement 27, Almqvist & Wiksell.
- Lindberg, O. (1998) *Emotioner, sociala band och ritualer. En kvalitativ analys av narkotikakarriärer*. Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete. Skriftserien 1998:2.
- Magne-Ingvar, U., Öjehagen, A., Träskman-Bendz, L. (1992) The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatr Scand* 86:153–158.
- Maris, R. W. (1992) The relation of Nonfatal Suicide attempters to Completed Suicides. In Maris, R. W., Berman, A. L., Maltsberger, J. T., Yufit, R. I. (Eds.) *Assessment and Prediction of Suicide*. The Guilford Press. New York, London.
- Meissner, W. W. (1980) The Problem of Internalization and Structure Formation. *International Journal of Psycho-Analysis* 41:237–248.
- Menninger, K. A. (1938) *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Nationella rådet för självmordsprevention (Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Centrum för suicidforskning och prevention) 1995: *Stöd i självmordskriser*. Nationellt program för utveckling av självmordsprevention.
- Norell, M., Törnqvist, C. (1995) *Berättelser om ruset*. Alkoholens mening för tjugoråringar. Brutus Östlings Bokförlag Symposium. Stockholm.
- Odén, B. (1998) *Leda vid livet*. Fyra mikrohistoriska essäer om självmordets historia. Lagerbringbiblioteket. Historiska Media.
- Olsson, B. (1988) *Klienter i narkomanvård – en rapport från SWEDATE-projektet*. Arbetsrapport från Pedagogiska institutionen nr 136, Uppsala universitet.

- Olofsson, M. (1991) Gravid misbrukare och deras barn. I *Kön, ras och disciplin – en nordisk antologi*. NAD-publikation nr 20.
- Patton, M. Q. (1990) *Qualitative evaluation and research methods*. Sage Publications.
- Perry, C. J. (1989) Personality disorders, suicide and selfdestructive behaviour. In Jacobs, D., Brown, H. (Eds.) *Suicide – Understanding and Responding*, Harvard Medical School Perspectives. International University Press, Inc. Madison, Connecticut.
- Pullner, M., Emerson, R. M. (1983) *The Dynamics of Inclusion and Distance in Fieldwork Relations*. Ethical and Political Issues in Field Research.
- Ramström, J. (1983) *Narkomani*. Tiden/Folksam. Stockholm.
- Ramström, J. (1989) *Psyiskt störda missbrukare*. Socialstyrelsen. Stockholm.
- Rich, C., Young, D., Fowler, R. (1983) San Diego Suicide Study. *Archives of General Psychiatry* 43:577–582.
- Rosenbaum, M. (1981) *Women and heroin*, Brunswick, New York. Rutgers University Press.
- Rossow, I. (1994) Suicide among drug addicts in Norway. *Addiction*, Vol. 89. Issue 12, p 1667, 7 p, 3 charts.
- Rossow, I., Lauritzen, G. (1999) Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*, Feb 99, vol. 94, Issue 2, p 209, 16 p.
- Roy, A. (1982) Riskfaktorer för självmord i psykiatriska patienter. *Arch Gen Psychiatry* 39:1089–1095.
- Salander Renberg, E., Jacobsson, L. (1993) Självmordsförsök i Västerbottens län, s 97–104. WHO/EURO Multicenterstudie. I *Självmord i Sverige*. En epidemiologisk översikt.
- da Silva, A. B. (1996) Analys av texter. I Svensson, P.-G., Starrin, B. (Red) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Studentlitteratur.
- Sjöström, U. (1994) Hermeneutik – att tolka utsagor och handlingar. I Starrin, B., Svensson, P.-G. (Red) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Studentlitteratur.
- Stengel, E. (1964) *Suicide and attempted suicide*. Penguin Books LMD. Harmondsworth, Middlesex, England.
- Svensson, B. (1996) *Pundare, jonkare och andra*. Carlssons bokförlag. Stockholm
- Taylor, A. (1993) *Women Drug Users*, Great Britain: Clarendon Press.
- Trulsson, K. (1997) *Det är i alla fall mitt barn. En studie om att vara missbrukare och mamma skild från barn*. Meddelanden från Socialhögskolan 1997:4.
- Tunving, K. (1983) Den kvinnliga narkotikamissbrukaren i vårdsystemet. *Kvinnoforskning kring alkohol och droger*. NAD-publikation nr 8.
- Tunving, K. (1986) *Fatal outcome in Drug Addiction*. Akademisk Avhandling. Institutionen för psykiatri och neurokemi, Lunds universitet.
- Tunving, K., Nordegren, T. (1993) *Droger A–Ö*. Natur och Kultur.

- UNO-92. *Det tunga narkotikamissbruket i Sverige 1992*. Centraförbundet för Alkohol- och narkotikaupplysning. CAN:s rapportserie.
- Wasserman, D. (1998) Självmod och alkohol, i Knutsson, G., Lagercrantz, R. (Red). *Alkohol och den tunga vardagen*, i Skriftserien: Kunskap/idé/enskilda röster. Nr 14.
- Wasserman, D., Cullberg, J. (1989) Early separation and suicidal behaviour in the parental homes of 40 consecutive suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 79:296–302.
- Zinberg, N. (1984) *Drugs, Set, and Setting. The basis for controlled intoxicant use*. Yale University Press. New Haven and London.

Bilaga 1

Hej!

Jag skriver till Dig med anledning av att Du var så vänlig och ville vara med i femårs-uppföljningen från avd 1 F. En slutrapport med resultaten medföljer detta brev.

När man gör en undersökning som den vi har gjort och fått så många synpunkter från Er har det lett till nya frågor. Jag skulle därför vilja träffa Dig igen för en intervju.

Intervjun kommer att ta ca 1–1,5 timme och är alltså inte lika omfattande som den Du var med om tidigare. Jag kommer att informera mer om vad jag vill prata med Dig om när vi talar vid på telefon.

Din medverkan är mycket viktig, och givetvis helt frivillig. Din anonymitet garanteras och undersökningen är helt frikopplad från narkomanvården i regionen. Projektet administreras av Institutionen för Tillämpad psykologi. Dina synpunkter och uppgifter kommer således aldrig någon annan till del är forskarna. Redovisningen görs sedan för gruppen i sin helhet, på samma sätt som i rapporten Du får med det här brevet.

Vi kommer att ersätta Dig för Din medverkan på samma sätt som tidigare, med kompensation för lönebortfall och resekostnader. Beloppet betalas ut vid intervjutillfället.

Med vänlig hälsning och på återhörande.

Eva Johnsson Fridell

Institutionen för tillämpad psykologi
Lunds universitet

Tel: 046-17 38 46

Bilaga 2

INTERVJUGUIDE

- Situationen vid självmordsförsöket, faktiska omständigheter.
- Vilka känslor upplevde Du när Du ville ta livet av Dig?
- Vad trodde Du skulle hända?
- Hur blev Du omhändertagen efter självmordsförsöket, fanns det någon att prata med? Kom Du till sjukhus? Var det någon som hittade Dig, i så fall vem?
- Hur reagerade Dina anhöriga?
- Hur ser Du på missbruk i förhållande till självmordsförsöket?
- Vilken betydelse fick självmordsförsöket/en för Dig?
- Vad tror Du händer efter döden?

Bilaga 3

Kort beskrivning av respondenterna

Mia är 35 år gammal och har missbrukat heroin i 15 år. Började missbruka i 12-års-åldern, framför allt alkohol och hasch. Började injicera amfetamin när hon var 15 år och sedan heroin efter ett par år. Har de senaste 10 åren prostituerat sig för att finansiera sitt missbruk. Mia gjorde ett självmordsförsök när hon var 24 år gammal och hade då missbrukat i 16 år. Hon har haft ett par långvariga relationer med män som missbrukat. Mia är nu på behandlingshem och är trött på missbruket och trött på att prostituera sig. Hon har mycket lite kontakt med sin ursprungsfamilj och vill inte tala om den. Mia har varit inlagd för avgiftning många gånger och hon har också varit på behandlingshem vid flera tillfällen. Hon har inga vänner som inte missbrukar, bortsett från ett par personer inom vården som hon har stort förtroende för.

Vanja är 36 år gammal och har missbrukat sedan tidiga tonåren. Hon började med alkohol och hasch och kom snabbt in i amfetaminmissbruk. Flyttade hemifrån redan vid 15 års ålder. Föräldrarna är skilda och relationen till dem har inte varit bra. Vanja har arbetat under kortare perioder och hon lyckades dölja sitt missbruk väl. För ca 10 år sedan började hon missbruka heroin. Har haft flera långa relationer till män som missbrukar. När hon är 29 år gammal gör hon två självmordsförsök under en 6-månadersperiod och hon har då missbrukat i 14 år. Vanja har 2 barn som är omhändertagna sedan flera år. Hon träffar dem kontinuerligt. Vanja har varit inlagd för avgiftning vid några tillfällen och varit på behandlingshem två gånger. Har haft LVM-vård vid ett tillfälle. Vid intervjun har hon nyligen avslutat en behandlingshemsvistelse, men det händer att hon återfaller i heroin. Vanja lever nu ensam och vill komma igång med att arbeta så fort som möjligt. Hon har viss kontakt med sin fader, men har inga missbruksfria vänner.

Christel är 45 år gammal och började missbruka hasch och alkohol när hon var 14 år gammal. När hon var 20 år började hon missbruka heroin. Hon gör ett självmordsförsök vid 15 års ålder och sedan ett när hon är 29 år efter att ha missbrukat i ca 14 år. Christel har aldrig arbetat, utan klarat sin försörjning genom kriminell verksamhet. Hon har avtjänat ett längre fängelsestraff. Christel har varit inlagd för avgiftning en gång men aldrig varit på behandlingshem. Hon tar metadon sedan 7 år tillbaka. Hon är uppvuxen i en fullständig familj som hade det bra materiellt. Modern var hemmafru med en utåt dold alkoholism. Vanja var den som fick ta mycket ansvar för modern. Vanja har alltid haft kontakt med sina föräldrar och syskon och har även vänner som inte missbrukar. Hon lever tillsammans med en man sedan många år som också haft missbruksproblem. Hon har också mycket kontakt med hans släkt. Vanja har inte missbrukat sedan hon började sin metadonbehandling.

Ulla är 45 år gammal och drogfri sedan åtta år tillbaka. Hon började missbruka alkohol och hasch i slutet av tonåren och började därefter missbruka amfetamin. Före

missbruksdebuten arbetade hon under flera år och arbetade också periodvis under de första åren hon missbrukade. Hon har haft långa relationer med män som missbrukat och som misshandlat henne. Ulla gjorde ett självmordsförsök när hon var 32 år gammal och hon hade då missbrukat ca 14 år. Hennes två barn är omhändertagna och hon har haft kontakt med dem regelbundet. Ulla är uppvuxen i en fullständig familj, men har under hela sitt liv haft en mycket dålig relation till sin mamma. Fadern är den som försökt att stötta henne genom åren. Ulla har varit inlagd för avgiftning många gånger och hon har varit på behandlingshem. Ulla har sjukbidrag sedan flera år. Hon bor själv och har fritidsintressen där hon träffar likasinnade. Kontakten med föräldrarna är forfarande sporadisk och kylig. Däremot träffar Ulla sina barn ofta och har en bra relation till dem.

Kajsa är 29 år gammal, började missbruka i tidiga tonåren. Föräldrarna skilde sig när hon var i tonåren. Mest bodde hon hos sin mamma. Kajsa har alltid känt sig utanför och inte vetat var hon hört hemma, trots stöd från föräldrar och släkt. Vid 18 års ålder började hon missbruka heroin. Hon gör tre självmordsförsök, alla mellan 20 och 24 års ålder efter ca 10 års missbruk. Hon har mest haft relationer till män med missbruksproblem. Missbruket blev allt mer destruktivt och Kajsa fick ett längre fängelsestraff. Hon har varit inlagd för avgiftning åtskilliga gånger och varit på behandlingshem. Har varit LVM-vårdad. Har nu metadonbehandling och ska börja arbetsträna för att senare läsa in gymnasiekompetens. Kajsa är nygift och nöjd med sin tillvaro. Hon har varit drogfri drygt ett år och har fortfarande stödkontakt från behandlingshemmet hon var på. Relationerna till föräldrarna och syskonen är bra och de träffas ofta. Kajsa har också vänner som är drogfria.

Paula är 37 år gammal och har missbrukat sedan hon var 12 år gammal. Hon började med att sniffa, röka hasch och dricka alkohol. När hon var 16 år flyttade hon hemifrån. Hon hade då varit utsatt för sexuella övergrepp under flera år av styvfadern. Paula började missbruka amfetamin och sedan heroin. Hon gör sitt första självmordsförsök när hon är 16 år och det andra självmordsförsöket när hon är 29 år gammal. Vid det senare tillfället hade hon missbrukat i 17 år. Hon har haft lite olika ströjobb och har nu sjukbidrag. Paula har haft långa relationer med män som haft missbruksproblem. Hon lever nu tillsammans med en man sedan flera år. Barnen är placerade i fosterhem och Paula har regelbunden och tät kontakt med dem. Hon har varit inlagd för avgiftning flera gånger och varit på behandlingshem vid ett par tillfällen. Hon väntar nu på att få metadonbehandling eftersom hon inte klarar sig utan droger. Paula har kontakt med sin familj och syskon och har även vänner utan missbruksproblem.

Susanne är 29 år och missbrukar heroin sedan åtta år tillbaka. Hon började röka hasch i tidiga tonåren för att därefter missbruka amfetamin och sedan heroin. Susanne blev övergiven i 15-årsåldern då mamman blev svårt sjuk och pappan hade ny familj och inte var intresserad av att ta hand om Susanne. Hon bodde ensam under tonåren och hade en mycket dålig relation till pappan som hon kände sig övergiven

av. Susanne gör flera självmordsförsök i 15-årsåldern och sedan ytterligare ett självmordsförsök när hon är 28 år. Hon har då missbrukat i ca 15 år. När hon var 18 år kom hon till behandlingshem och träffade där en man som hon fortsatte att missbruka tillsammans med. Hon fick ett barn som blev omhändertaget i samband med att hon dömdes till ett långt fängelsestraff. Susanne hade därefter en kort period av drogfrihet, men började återigen att missbruka. Relationen till pappan är fortfarande negativ. Mamman har nyligen dött. Susanne lever i en ny relation med en man som missbrukar, som hon träffat på ett behandlingshem. Vill komma ur missbruket men vet inte hur. Situationen ser bister ut då Susanne endast har arbetat sporadiskt och saknar yrkesutbildning. Hon har heller inga missbruksfria vänner.

Sally är 37 år gammal nu och började dricka sprit i 12-årsåldern. Började senare att missbruka amfetamin. Hon har arbetat kortare perioder. Sally blev fosterhemsplacerad när hon var 2 år gammal och växte upp i ett strängt religiöst hem. Hon kände aldrig att hon blev förstådd riktigt av sina fosterföräldrar under uppväxten, men har ändå känt sig fäst vid dem. Sally gör sitt första självmordsförsök när hon är 14 år och ytterligare ett när hon är 28 år gammal och hon hade då missbrukat i 16 år. Under graviditeten fick hon kontakt med en kvinna som sedan dess har betytt mycket för henne. Sally har haft sporadisk kontakt med sin biologiska mamma som var alkoholist. Sally har varit inlagd för avgiftning ett par gånger och varit på behandlingshem vid flera tillfällen. Hon har de sista åren varit drogfri, med återkommande perioder av alkoholmissbruk. Sally har en dotter som nu bor i familjehem och hon träffar henne regelbundet och ofta. Vistas på behandlingshem vid intervjutillfället och har börjat planera för sin och dotterns framtid. Har nu en positiv kontakt med sina fosterföräldrar och vänner som ej har missbruksproblem.

Emma är 26 år gammal och har aldrig haft ett arbete, bortsett från tillfälliga praktikplatser och har försörjt sig genom socialbidrag och kriminell verksamhet. Emma har precis kommit hem efter en tid på behandlingshem och hon och mannen har flyttat till annan ort. De missbrukar fortfarande periodvis. Emma har inga drogfria vänner.

Stina är 34 år gammal och började missbruka i tidiga tonåren, främst alkohol, amfetamin och heroin. Hennes föräldrar är skilda och syskonen har också haft missbruksproblem. Stina har arbetat sporadiskt men saknar yrkesutbildning. Hon har varit inlagd för avgiftning vid ett flertal tillfällen och varit på ett par olika behandlingshem. Hon gör ett självmordsförsök när hon är 24 år gammal och har då missbrukat i 11 års tid. Stina har varit vårdad enligt LVM. Hon var utsatt för kraftigt våld som höll på att kosta henne livet. Hon har nu varit på behandlingshem med sitt barn och bor i egen lägenhet. Stina har haft mycket stöd från en kontaktperson som betyder mycket för henne, och hon har inte missbrukat på drygt ett år. Har nu börjat arbetsträna och planerar att utbilda sig. Stina har brutit kontakten med gamla vänner och har börjat bygga upp ett nätverk med vänner som inte har missbruksproblem. Hon har sporadisk kontakt med sin ursprungsfamilj.

Anita är 45 år och började missbruka i tidiga tonåren, först alkohol och hasch för att därefter fortsätta med amfetamin och morfinbas. Under åren har hon också missbrukat mycket bensodiazepiner. Trots missbruket har Anita arbetat under långa perioder och haft en fast anställning. Mamman övergav Anita när hon var några månader gammal och hon växte upp hos sin pappa. Anita har trots ansträngningar från sin sida aldrig lyckats få en relation till sin mamma. Relationen till pappan har varit bra. Hon har gjort mer än 10 självmordsförsök genom åren och det senaste när hon var 35 år gammal. Hon hade då missbrukat i över 20 år. Anita har två barn som varit omhändertagna, men som hon nu har bra kontakt med. Hon har varit drogfri i 8 år och har byggt upp ett liv med vänner som ej missbrukar. Efter mer än 15 års missbruk har hon nu sjukbidrag. Hon har varit inlagd många gånger för avgiftning och en gång på behandlingshem. Hon har också varit tvångsvårdad på psykiatrisk klinik.

Anneli är 47 år gammal och har missbrukat framför allt alkohol och tabletter. Hon började missbruka först i 30-årsåldern efter en skilsmässa. Hon blev deprimerad och var inlagd vid ett par tillfällen på psykiatrisk klinik. Anneli är uppvuxen i en medelklassfamilj och modern dog när hon var ca 20 år gammal. Hon gör 2 självmordsförsök, ett när hon är 40 år gammal och det andra när hon är 43 år gammal. Missbruket har då pågått i ca 10 år. Hon hade dålig kontakt med modern men däremot har hon alltid haft en nära relation till sin pappa. Hon har en son som blev omhändertagen på grund av hennes missbruk. Anneli har haft regelbunden kontakt med sonen och väntar nu på att få hem honom. Anneli har en yrkesutbildning och har arbetat fram till för 10 år sedan då hon fick sjukbidrag. Har nyligen varit på behandlingshem och ska byta bostadsort. Hon har mycket stöd av sina syskon och har även andra missbrukarfria vänner. Hennes psykiska besvär har minskat och hon ser med tillförsikt an på framtiden. Hon har varit drogfri i 1 år.

Lena är drygt 40 år gammal och hon har vid intervjutillfället varit drogfri i ca 8 år. Lena tycker att hon lever ett bra liv idag med man och 2 barn. Ibland tycker hon att det är tråkigt och händelselöst. Hon saknar vänner och känner sig lite isolerad. Förutom sin familj umgås hon med släkten. Hennes syster är också hennes närmaste vän. Lena har ett arbete som hon inte trivs med, men har svårt att hitta något annat. Lena är osäker och kontaktsökande. Hon började dricka alkohol och röka hasch i 12-årsåldern i ett gäng som träffades ofta. Lena gick en yrkesutbildning och fick arbete. Samtidigt blev missbruket allt mer intensivt. Hon började missbruka amfetamin allt mer. De partners hon hade missbrukade också och efter 17 års missbruk hade hon tappat kontrollen över sitt liv och gör ett självmordsförsök. Efter självmordsförsöket fortsätter hon att missbruka och kommer till psykiatrisk klinik för avgiftning. Lenas psykiska besvär blev allt svårare och hon tillbringar lång tid inom den psykiatriska vården.

Jessika är 33 år gammal och har missbrukat sedan 12 års ålder. Hon blev mycket tidigt beroende av alkohol och tabletter. Har också missbrukat amfetamin, men alkohol och tabletter har varit de preparat som hon missbrukat mest. Jessika har alltid

känt sig utanför och har haft en dålig relation till sina föräldrar som bägge missbrukade. De skilde sig och Jessica flyttade tidigt hemifrån. Jessica har gjort flera självmordsförsök varav det första när hon var 15 år gammal. Hon gör flera självmordsförsök under åren och det senaste när hon är 27 år gammal och hon har då missbrukat i 16 år. Hon har haft långa relationer med män som missbrukat, men lever nu sedan flera år ensam med sitt barn. Hon har arbetat under olika perioder, men har nu sjukbidrag på grund av fysiska skador. Jessica har intressen där hon har möjlighet att träffa människor som inte missbrukar. Hon har varit drogfri i 7 år och ägnar sitt barn mycket tid för att hon ska få det bra. Barnet var omhändertaget under ett par år när Jessica missbrukade som mest. Jessica har varit inlagd för avgiftning ett par gånger och har varit på behandlingshem. Har varit LVM-vårdad. Det har varit viktigt för henne att själv hitta lösningar på sina problem och har varit angelägen om att slippa kontakten med socialtjänsten. Hon har nära kontakt med sin syster som, förutom barnet, är den viktigaste relationen för henne.

Frank är 42 år gammal och började vid 12 års ålder missbruka alkohol och hasch, därefter amfetamin och de sista 3 åren innan han blev drogfri, heroin. Frank gör ett självmordsförsök när han är 39 år gammal och hade då missbrukat i 30 år. Franks föräldrar skilde sig och han är uppvuxen hos sin mamma. Pappan var alkoholmissbrukare men de hade viss kontakt under Franks uppväxt. Frank har alltid arbetat och haft egen firma som han klarat av att sköta trots missbruket. Har varit inlagd två gånger för avgiftning och en gång på behandlingshem. Han har haft längre relationer med kvinnor, vilka ej missbrukat. Har barn och lever sedan länge tillsammans med barnet och dess moder. Frank slutade missbruka för ca 6 år sedan då hustrun hotade med skilsmässa och han arbetar nu på ett företag. Har en bra relation till sin familj och har vänner utan missbruksproblem.

Johan är 33 år gammal och har missbrukat sedan 14 års ålder. Han började missbruka anabola steroider och därefter amfetamin. Efter mångårigt amfetaminmissbruk började han missbruka heroin. Johans föräldrar är skilda och han och syskonen är uppvuxna hos modern. Johan har alltid haft en nära relation till sin mamma. Han har nästan aldrig arbetat på grund av sitt missbruk. Har varit inlagd för avgiftning vid ett par tillfällen, men däremot aldrig varit på behandlingshem. Johan har gjort 3 självmordsförsök och han var 31 år när han gjorde det första. Året efter gjorde han ytterligare ett självmordsförsök och det tredje när han var 34 år gammal. Han har haft mycket långa fängelsestraff på grund av våldsbrott. Har ett barn, men är skild från barnets moder. Lever nu tillsammans med en kvinna som också missbrukar. Johan har inga vänner utanför "missbruksvärlden" förutom sin mamma och sina syskon.

Bosse är 35 år gammal och missbrukare sedan 14 års ålder. Han började med alkohol och hasch och därefter amfetamin. Han är uppvuxen i en familj där nästan alla familjemedlemmarna missbrukat. Bosse har en yrkesutbildning och har arbetat även under de perioder som han har missbrukat mycket. Bosse gjorde ett självmordsförsök när han 29 år gammal. Har varit inlagd för avgiftning flera gånger och

har varit på behandlingshem. Efter vistelsen där flyttade han till annan ort och fick där ett bra arbete och byggde upp ett nätverk av vänner utan drogproblem. Bosse vill helst inte ha någon kontakt med sin ursprungsfamilj eftersom relationen är negativ. Han lever ensam och har flera olika fritidsintressen och har inte missbrukat på 3 år.

Sören är 31 år och uppvuxen hos sin farmor och farfar. Föräldrarna övergav honom som baby och han lärde aldrig känna sin mamma. Viss kontakt har funnits med pappan. Sören började missbruka under tonåren och kom snabbt in i ett gäng som drack alkohol och rökte hasch. Han började sedan att missbruka amfetamin och därefter heroin. Efter gymnasiet arbetade han några år på en industri, men slutade på grund av missbruket. Sören har gjort 2 självmordsförsök när han är 23 respektive 25 år gammal. Han hade då missbrukat i drygt 10 år. Sören har alltid haft relationer till kvinnor som ej missbrukat. Han kom sedan in i tung kriminell verksamhet och blev dömd till behandling. Han har varit inlagd ett par gånger för avgiftning. Efter vistelsen på behandlingshemmet flyttade han till annan ort där han träffade en kvinna som han levde ihop med några år. Sören var då drogfri och arbetade. Nu är han skild och har flyttat och väntar på nytt arbete.

Roland är 39 år gammal och har varit blandmissbrukare sedan tonåren. Han är uppvuxen med bägge föräldrarna, men har haft dålig relation till dem. Roland har arbetat under ett par perioder, men har på grund av sina psykiska besvär sjukpension sedan fem år tillbaka. Roland har varit inlagd för avgiftning många gånger och varit på behandlingshem under en kort period. Har varit tvångsvårdad på psykiatrisk klinik. Roland har gjort två självmordsförsök, ett när han var 20 år gammal och ett när han var 39 år gammal. Vid det första självmordsförsöket hade han missbrukat i ca 5 år och vid det andra i över 20 år. Roland missbrukar från och till, framför allt tabletter och alkohol. Han lever tillsammans med en kvinna utan missbruksproblem sedan flera år och har barn med henne. Han har inga andra "drogfria" relationer än henne. Roland har sporadisk kontakt med sin ursprungsfamilj.

Olle är 47 år gammal och började dricka alkohol och röka hasch i tonåren. Han missbrukade sedan amfetamin fram till ca 25 års ålder då hans slutade. Har därefter haft återfall i alkoholmissbruk. Olle är uppvuxen hos bägge föräldrarna men aldrig haft någon djupare kontakt med dem. Han flyttade hemifrån i 16-årsåldern och har därefter skött sig själv. Olle gjorde sitt första självmordsförsök när han var 32 år gammal och hade då haft återfall i alkoholmissbruk efter en längre periods drogfrihet. Han gör ytterligare ett självmordsförsök efter 7 år då han åter fått återfall i alkoholmissbruk samt blivit arbetslös. Han har haft ett par längre relationer med kvinnor utan missbruksproblem. Olle har varit inlagd för avgiftningar vid ett par tillfällen och varit en gång på behandlingshem. Han lever nu tillsammans med en kvinna sedan flera år och läser in gymnasiekompetens. Har inte missbrukat på drygt fem år. Olle har sporadisk kontakt med sin ursprungsfamilj, däremot har han vänner utan missbruksproblem.

Fredrik är 29 år gammal och har missbrukat hasch och alkohol. Han är uppvuxen

hos bägge föräldrarna och pappan dog när Fredrik var i slutet av tonåren. Efter detta ökade hans missbruk och han fick svåra psykiska besvär. Vårdades då på psykiatrisk klinik vid flera tillfällen. Fredrik gjorde sitt första självmordsförsök när han var 19 år gammal och det andra ett par år senare. Han hade då missbrukat i ca 7 år. Fredrik har inte arbetat på grund av sina psykiska besvär och har sjukpension. Han har haft ett par relationer med kvinnor och har ett barn. Han har nu varit drogfri i ca ett år. Fredrik bor i samma hus som sin mamma och de träffas dagligen och har en nära relation. I övrigt har Fredrik få vänner.

Kjell är 35 år och har missbrukat sedan 15 års ålder. Han är uppvuxen hos bägge föräldrarna, men flyttade hemifrån i slutet av tonåren. Kjell har framför allt missbrukat amfetamin. Han har varit inlagd flera gånger för avgiftning, varit på flera olika behandlingshem och haft ett par längre fängelsestraff. Kjell har gjort 3 självmordsförsök, de två första när han var i slutet av 20-årsåldern och det sista när han var 38 år gammal. Under några perioder har han varit drogfri och levt tillsammans med sin familj. Kjell har barn och har haft längre relationer med kvinnor utan missbruksproblem. Lever nu ensam och är bostadslös. Kjell har aldrig haft en nära relation till sina föräldrar och träffar dem nästan aldrig. Han har inga vänner utan missbruksproblem.

Lennart är 35 år gammal och har missbrukat sedan tidiga tonåren, framför allt amfetamin men har de senaste åren börjat missbruka heroin. Lennart blev övergiven av sin mamma när han var 5 år gammal och pappan som var alkoholmissbrukare kunde inte ta hand om honom och syskonen. Lennart har varit i många fosterhem och på flera olika institutioner sedan barndomen. Han gör ett självmordsförsök när han är 20 år gammal och hade då missbrukat i 5 år. Han har aldrig arbetat, utan försörjt sig genom kriminell verksamhet och via socialbidrag. Han har haft längre relationer med kvinnor som också missbrukat. Lennart har barn som han försöker ha regelbunden kontakt med. Han har varit inlagd för avgiftning vid några tillfällen och nyligen varit på ett behandlingshem där han träffade en kvinna. Lennart har inga vänner eller bekanta som är drogfria. Relationen till ursprungsfamiljen är obefintlig.

Tommy är 31 år gammal och började missbruka när han var 12. Kommer från en familj där alla missbrukat. Föräldrarna skilde sig när Tommy var i tonåren. Han gjorde sitt första självmordsförsök när han var 15 år gammal och ytterligare 2 när han var 27 år gammal. Tommy har varit inlagd för avgiftning flera gånger och han har varit på tonårshem och behandlingshem. Han har även haft kortare fängelsestraff. Efter sista vistelsen på behandlingshem har han varit drogfri och lever tillsammans med en kvinna som han har barn med. Har fått körkort och håller på med en yrkesutbildning. Bägge föräldrarna är nu döda, men han har mycket kontakt med sina syskon.

Bilaga 4

Tabell 1

Bakgrundsdata för kvinnorna (n = 14)

	Missbruk i uppväxtfamilj	Separation i uppväxtfamilj	Barnpsykiatrisk kontakt (ålder)	Missbruksdebut (ålder)	LVM- vård	Fäng- else	Behandlings- hem
Mia	Ej uppgift	Ej uppgift	10 år	12 år	Nej	Nej	3 tillfällen
Vanja	Nej	Ja	Nej	14 år	Ja	Nej	2 tillfällen
Christel	Ja	Nej	13 år	15 år	Nej	Ja	Nej
Ulla	Nej	Nej	14 år	19 år	Nej	Nej	1 tillfälle
Kajsa	Nej	Ja	5 år	13 år	Ja	Ja	2 tillfällen
Paula	Nej	Ja	Nej	13 år	Nej	Nej	2 tillfällen
Susanne	Nej	Ja	Nej	14 år	Nej	Ja	2 tillfällen
Sally	Ja	Ja	3 år	12 år	Nej	Nej	3 tillfällen
Emma	Nej	Ja	12 år	13 år	Nej	Ja	1 tillfälle
Stina	Ja	Ja	Nej	13 år	Ja	Nej	2 tillfällen
Anita	Nej	Ja	Nej	12 år	Nej	Nej	2 tillfällen (?)
Anneli	Nej	Nej	Nej	25 år	Ja	Nej	1 tillfälle
Lena	Nej	Nej	Nej	12 år	Nej	Nej	Nej
Jessika	Ja	Ja	11 år	12 år	Ja	Nej	1 tillfälle

Tabell 2

Bakgrundsdata för männen (n = 10)

	Missbruk i uppväxtfamilj	Separation i uppväxtfamilj	Barnpsykiatrisk kontakt (ålder)	Missbruksdebut (ålder)	LVM- vård	Fäng- else	Behandlings- hem
Frank	Ja	Ja	Nej	12 år	Nej	Ja	1 tillfälle
Johan	Ja	Ja	10 år	14 år	Nej	Ja	1 tillfälle
Bosse	Ja	Ej uppgift	Nej	14 år	Nej	Nej	1 tillfälle
Sören	Ja	Ja	Nej	15 år	Nej	Nej	2 tillfällen
Roland	Ej uppgift	Nej	Nej	14 år	Nej	Nej	1 tillfälle
Olle	Nej	Nej	Nej	15 år	Nej	Nej	2 tillfällen
Fredrik	Nej	Ja	Nej	17 år	Nej	Nej	Nej
Kjell	Nej	Nej	15 år	14 år	Nej	Ja	2 tillfällen
Lennart	Ja	Ja	5 år	12 år	Nej	Ja	2 tillfällen
Tommy	Ja	Ja	Nej	13 år	Nej	Ja	2 tillfällen

Tabell 3

Aktuell social situation för kvinnorna (n = 14)

	Ålder	Civilstånd	Försörjning	Barn	Drog	Drogfri
Vanja	36 år	Skild	Socialbidrag	2 barn i familjehem	Heroin	Nej
Christel	45 år	Gift	Sjukbidrag	Nej	Heroin	Ja, metadonbehandling sedan flera år
Ulla	45 år	Skild	Sjukpension	3 barn i familjehem	Amfetamin, tabletter	Ja, sedan 8 år
Kajsa	29 år	Gift	Socialbidrag	Nej	Heroin	Ja, metadonbehandling sedan 1 år
Paula	37 år	Sambo	Socialbidrag	2 barn i familjehem	Heroin	Nej, väntar på metadonbehandling
Susanne	29 år	Sambo	Socialbidrag	1 barn i familjehem	Heroin	Nej
Sally	37 år	Skild	Socialbidrag	1 barn i familjehem	Amfetamin och alkohol	Ja, från och till de sista 3 åren. Är nu på behandlingshem
Emma	26 år	Sambo	Socialbidrag	Nej	Amfetamin och hasch	Nej
Stina	34 år	Skild	Socialbidrag	1 barn, bor hemma	Amfetamin, heroin, alkohol	Ja, sedan 2 år
Anita	45 år	Skild	Sjukbidrag	2 barn, omhändertagna	Alkohol, amfetamin, morfin-tabletter	Ja, sedan 8 år
Anneli	47 år	Skild	Sjukbidrag	1 barn i familjehem	Alkohol, tabletter	Ja, sedan 1 år
Lena	41 år	Gift	AMS-arbete	2 barn hemma	Amfetamin, alkohol, hasch	<u>Ja, sedan 8 år</u>
Jessika	33 år	Skild	Sjukbidrag	1 barn hemma (tidigare LVU)	Alkohol, tabletter amfetamin, hasch	Ja, sedan 6 år

Tabell 4

Aktuell social situation för männen (n = 10)

	Ålder	Civilstånd	Försörjning	Barn	Drog	Drogfri
Frank	42 år	Gift	Arbete	1 barn hemma	Heroin och amfetamin	Ja, sedan 6 år
Johan	33 år	Skild	Kriminalitet, socialbidrag	1 barn hos modern	Heroin, amfetamin	Nej Ja, sedan 6 år
Bosse	35 år	Singel	Arbete	Nej	Amfetamin, hasch, alkohol	Ja, sedan 6 år
Sören	31 år	Skild	Arbete och socialbidrag	Nej	Heroin, amfetamin	Ja, sedan 4 år
Roland	39 år	Sambo	Sjukbidrag	1 barn hemma	Tabletter, alkohol, amfetamin	Nej, tablettmissbruk
Olle	47 år	Sambo	Studerar/ studielån	Nej	Alkohol, amfetamin	Ja, sedan 7 år
Fredrik	29 år	Skild	Sjukpension	1 barn i familjehem	Amfetamin, hasch	Ja, sedan 3 år
Kjell	35 år	Skild	Sjukbidrag, kriminalitet	2 barn hos modern	Amfetamin, alkohol, hasch	Nej
Lennart	35 år	Sambo	Socialbidrag, kriminalitet	2 barn i familjehem	Heroin och amfetamin	Nej
Tommy	31 år	Särbo	Socialbidrag	1 barn hos modern	Amfetamin, alkohol, hasch	Ja, sedan 2 år

Tidigare utgivna forskningsrapporter

ISSN 1104-6155

- Nr 1 1994 Var står vi? Ackumulerad kunskap och erfarenhet inom institutionell missbrukarvård, utifrån en dialog forskare – praktiker. (Vera Segraeus)
- Nr 2 1997 Ungdomar i tvångsvård. Råbyundersökning 94. (Claes Levin)
- Nr 3 1997 Etiska konflikter inom tvångsvård av ungdomar. (Gunnel Colnerud)
- Nr 1 1998 LVM-vårdens kvalitet enligt socialtjänstens bedömning.
(Arne Gerdner)
- Nr 2 1998 Ett §12-hem för flickor. Omdefinitioner i ungdomsvården.
(Berit Andersson)

ISSN 1404-2756

- Nr 1 1999 Etik och ungdomsvård. En empirisk studie av anställdas etiska problem inom tvångsvård av ungdomar. Slutrapport. (Gunnel Colnerud)

