

Självmondsförsök och sexuella övergrepp

Sibylla Lindgren, Inger Österberg, Ellinor Salander Renberg

Studien kartlägger förekomst av sexuella övergrepp bland personer som gjort ett suicidförsök, och beskriver vad som är särskilt kännetecknande för de sexuellt traumatiserade. Intervjuer genomfördes med 122 personer som kom i kontakt med sjukvården efter ett suicidförsök, och totalt rapporterade 43% av kvinnorna och 17% av männen att de någon gång i livet blivit utsatta för sexuella övergrepp. De flesta övergreppen hade skett under barndomen av någon närstående. Gruppen sexuellt traumatiserade hade i högre utsträckning än andra tidigare haft kontakt med psykiatrisk vård, rapporterade fler tidigare suicidförsök och fick oftare diagnosen personlighetsstörning. Grupperna skiljde sig däremot inte åt vad gällde motiv till suicidförsöket och utlösande faktorer. Det vanligaste motivet i båda grupperna var en önskan att dö eller att få komma ifrån en outhärdlig situation. Studien visar främst på att sexuella övergrepp är vanliga bland personer som gjort ett suicidförsök och vikten av att detta beaktas i både diagnostik och behandling.

Sibylla Lindgren, socionom och leg psykoterapeut vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå.

Inger Österberg, socionom och föreståndare vid psykiatriska kliniken, ASTA-teamet, Norrlands universitetssjukhus, Umeå.

Ellinor Salander Renberg, docent, leg psykolog, Institutionen för klinisk vetenskap, Psykiatri, Umeå universitet.

Korrespondens: Ellinor Salander Renberg, Institutionen för klinisk vetenskap, Psykiatri, Umeå universitet, 901 85 Umeå, e-mail: ellinor.salander.renberg@psychiat.umu.se

Bakgrund

För att försöka vända den stigande trend som observerats både vad gällde självmord och självmordsförsök i flera västeuropeiska länder, tog 1986 WHO/EURO:s planeringsgrupp för suicidprevention initiativ till en multicenterstudie. Studien omfattade till en början 15 centra i Europa, och

hade som syfte att öka kunskapen om självmordsförsökens förekomst i befolkningen samt studera förhållandet mellan självmordsförsök och självmord i syfte att identifiera riskfaktorer för upprepade självmordshandlingar (1). I Sverige deltog två centra, Umeå och Stockholm, med Västerbottens

län respektive Huddinge sjukvårdsområde som upptagningsområden. Preliminära resultat i Västerbottens län visade att många av dem som gjort självmordsförsök rapporterade att de blivit tvingade till sexuella handlingar och intresset att närmare undersöka detta område utgör bakgrund till denna studie.

Självmordsproblematiken

Trots att självmorden har minskat kraftigt i Sverige under de senaste decennierna, från nästan 2400 självmord 1979 till ca 1500 per år i början av 2000-talet, utgör självmord fortfarande den största enskilda dödsorsaken i åldersgruppen 15-44 år (2). Minst en tredjedel av de som suiciderar har tidigare gjort ett eller flera självmordsförsök och man uppskattar att de sjukhuskända självmordsförsöken är 10-20 gånger så många som självmorden (3). Fler män tar sina liv, medan fler kvinnor gör självmordsförsök.

Bakgrunden till självmord och självmordsförsök utgörs av ett komplext samspel mellan inre och yttre faktorer hos varje enskild individ, och det är inte självklart att teorier om självmord direkt kan appliceras på självmordsförsök. Oavsett förklaringsmodell har självmord och självmordsförsök stora konsekvenser för individ och samhälle. Det är därför en huvuduppgift för självmordsforskningen att tydligare klargöra sambanden mellan olika individuella och sociala bakgrundsfaktorer och skeenden i den suicidala processen.

Sexuella övergrepp/ Sexuell traumatisering

Det är först under de senaste 15 åren som kunskapen om förekomst och konsekvenser av sexuella övergrepp har fått en mer allmän spridning. Hur man definierar sexuella övergrepp har emellertid varit föremål för omfattande diskussioner. Den i dag mest använda och refererade definitionen är formulerad av Schechter & Roberge (4), enligt vilken den vuxne utnyttjar barnets beroendeställning, handlingen kränker barnets integritet, det är en handling som barnet inte kan förstå, inte är moget för och inte kan ge sitt informerade samtycke till, samt att handlingen utgår från den vuxnes behov.

Befolkningsundersökningar både nationellt och internationellt visar att 8-13 % av kvinnorna och ca 3 % av männen rapporterar någon form av sexuella övergrepp i barndomen (4, 5, 6). Andra studier visar på högre siffror men svårigheten att jämföra olika undersökningar ligger bl.a. i att definitionen av sexuella övergrepp inte är enhetlig.

Huruvida sexuella övergrepp är ett trauma med specifika konsekvenser eller en händelse lik andra traumatiska händelser och som i den totala bakgrundssituationen bara är en del av förklaringen till symtombilden, finns det delade meningar om. Forskare som Judith Herman (7) och Finkelhor & Browne (8) menar att konsekvenserna av sexuella övergrepp i barndomen kan jämföras med de situationer som soldater i krig, poli-

tiska fångar, överlevande från koncentrationsläger och gisslan upplever. Christianson (9) menar att personen vid trauman utsätts för en händelse av så hög upplevelsemässig intensitet att individen inte på ett adekvat sätt kan bemästra den. Intensiteten överstiger individens toleransnivå och försätter personen i ett chockstillstånd som på olika sätt blockerar normalt fungerande och normal utveckling. Bearbetning av händelsen förhindras genom blockering och individen utvecklar istället försvarsbeteenden för att inte "sprängas av upplevelsen". Traumat får ett omvälvande och långvarigt inflytande på individens hela psykiska organisation; tankar, känslor, kognitioner och kroppsupplevelser. Judith Herman utgår från att sexuella övergrepp i barndomen är ett trauma som ger upphov till post-traumatiskt stressyndrom (PTSD). Många sexuellt traumatiserade blir enligt henne diagnostiserade som Borderline Personality Disorder (BPD) eller Multiple Personality Disorder (MPD) och riskerar att erbjudas i första hand symtomlindring på farmakologisk väg. Detta innebär att de traumatiska händelserna i det förflutna inte tas i beaktande och behandling för traumat erbjuds i alltför ringa omfattning.

Finkelhor och Browns modell (8) över traumautvecklingen vid sexuell traumatisering är en utvidgning av PTSD-diagnosen och inkluderar både affektiva och kognitiva symtom, där bl.a. självdestruktivitet och självmord nämns. De beskriver fyra olika traumatogena faktorer: sexuell trau-

mativering, stigmatisering, svek och maktlöshet som konsekvenser av det sexuella övergreppet.

Att sexuella övergrepp/sexuell traumatisering bidrar till psykisk ohälsa är belagt i olika studier (4) och man har alltmer börjat uppmärksamma att personer som varit utsatta för detta livstrauma inte enbart återfinns inom den psykiatriska utan också inom olika delar av den somatiska vården. Forskare som Wurr och Patridge (10) har visat att 20-50 % av kvinnliga patienter som vårdats på psykiatrisk klinik har utsatts för sexuella övergrepp i barndomen. I Umeå gjordes 1993 en omfångsundersökning som visade att 28 % av kvinnorna och 3 % av männen som var aktuella vid den psykiatriska kliniken hade utsatts för sexuella övergrepp (11). Ett alltmer aktuellt forskningsområde idag rör frågeställningar om trauman kan ge hjärnskador. Flera forskare menar att många olika områden i hjärnan påverkas av den stress ett trauma medför (12).

Samband mellan självmordsproblematik och sexuella övergrepp/sexuell traumatisering

Ett antal studier rapporterar att självmordsförsök/självdestruktivt beteende ofta förekommer hos sexuellt utnyttjade (4). Van Egmond, et al (13), visar i sin studie att bland vuxna kvinnor som gjort ett självmordsförsök hade 50 % varit sexuellt utnyttjade någon gång i livet. Zürich-studien (14), som undersökt sexuella övergrepp under barndomen i befolkningen, visar att sexuellt utnyttjade

gör fem gånger fler självmordsförsök än de som inte var sexuellt utnyttjade. Flera studier konstaterar även att de sexuellt utnyttjade uppvisar ett flertal psykiatriska symtom, social problem och övriga relationsrelaterade svårigheter (4,14). I befolkningsstudien från Nya Zeeland (5) hade endast 8,7 % av sexuellt utnyttjade kvinnor övervägt självdestruktiva handlingar, men bland de personer som genomfört självdestruktiva handlingar uppgav 95 % att de blivit sexuellt utnyttjade i barndomen. Slutsatsen av detta, menar man i studien, är att god klinisk praxis alltid bör uppmärksamma risken för sexuell traumatisering i barndomen när en vuxen kvinna bedöms för självdestruktiva handlingar och självmordsbeteenden.

Syfte

Studien syftar till att kartlägga förekomst av sexuella övergrepp bland personer som gjort självmordsförsök och att identifiera specifika karaktäristika i denna grupp. Vidare undersöks sambandet mellan sexuella övergrepp, personlighetsstörning och upprepade självmordsförsök. Syftet är också att utifrån fynden och kliniska erfarenheter ge förslag till riktlinjer för bemötande och behandling.

Metod

Undersökningsgrupp

I början av 90-talet genomfördes i Västerbotten 122 fördjupade intervjuer med personer som kom i kontakt med sjukvården i direkt anslutning till ett självmordsförsök, inom ramen för WHO/EURO:s multicenterstudie beträffande parasuicid (1). Självmordsförsök definierades som 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 ämne eller medicin i större mängd än föreskriven eller allmänt godkänd som terapeutisk dos. Handlingen görs i syfte att åstadkomma förändringar som han/hon önskar genom de faktiska eller förväntade fysiska konsekvenserna av handlingen (1).

Av de totalt 456 personer som gjort självmordsförsök under undersökningsperioden intervjuades 122 personer. Ålder för intervjugruppen varierade mellan 15 och 76 år. Jämförelser mellan de intervjuade och den totala gruppen visade ingen skillnad i ålder, däremot var det bland de intervjuade större andel kvinnor (66 % respektive 59 %), de hade i genomsnitt gjort fler tidigare självmordsförsök (2,5 respektive 1,2), och hade i större utsträckning haft kontakt med psykiatrisk vård (76 % respektive 55

Tabell 1. Jämförelser mellan samtliga registrerade suicidförsök och intervjugrupp

	Kvinnor		Män		Samtliga	
	N	%	N	%	N	%
Samtliga registrerade	270	59	186	41	456	100
Registrerade som intervjuades	81	66	41	34	122	100

%) (15). Totalt 219 personer som gjort självmordsförsök tillfrågas inte om att delta i studien. Skälen var bl. a att det inte kom till intervjugruppens kännedom att ett självmordsförsök skett. Ett annat skäl var att inläggningstiden blev så kort att patienten inte hann tillfrågas eller inte hade någon ytterligare kontakt med vården än ett kort akut omhändertagande och därför inte hann tillfrågas. Några personer var psykotiska eller i så dåligt psykiskt skick att de inte kunde tillfrågas. Av de tillfrågade tackade 115 nej till att delta i studien. Några skäl patienterna uppgav var att man inte orkade eller ville delta i studien.

Intervjuinstrument

Det intervjuinstrumentet som användes, EPSIS (European Parasuicide Study Interview Schedule) (16), bestod av både strukturerade intervjufrågor och självrapporterande frågor för att kartlägga personens livshistoria, den nuvarande livssituationen, tidigare livshändelser, utlösande faktorer till självmordsförsöket, intention, motiv, psykisk hälsa, psykiatriska vårdkontakter samt sociodemografiska uppgifter (15). Livshändelser och livshistoria mättes med KLEHS, ett självrapporteringsformulär som berör barndomen, senare i livet och senaste året och innehåller totalt 104 frågor (16), varav 24 frågor berörde sexuell övergrepp. Total Psykiatrisk diagnos ställdes av ansvarig behandlande läkare enligt ICD9, senast en vecka efter självmordsförsöket. Läkaren gjorde också en bedömning på en fyrgradig

skala av risk att dö om ingen behandling hade satts in.

Genomförande

Som förberedelse till den fördjupade intervjuundersökningen informerades samtliga berörda enheter inom sjukvården om målgrupp, syfte och kontaktpersoner för studien. Efter det att patienten, respektive föräldrarna till patienter under 18 år, gett sitt medgivande kontaktades patienten av någon av de speciellt utbildade intervjuarna, för att tillfrågas om intervju. Intervjun tog sedan ca 2-3 timmar och patienten hade möjlighet att när som helst avbryta.

Intervjuerna skedde i de flesta fall vid en barn- eller vuxenpsykiatrisk klinik. Några få intervjuades på andra kliniker och någon i hemmet.

Statistisk analys, etisk prövning

För att beräkna skillnad mellan grupperna har χ^2 respektive t-test använts. Logistisk regression genomfördes för att fastställa relativa riskfaktorer. Undersökningen har granskats och godkänts av medicinska fakultetens forskningsetiska kommitté, Umeå universitet.

Resultat

Frågor i intervjuinstrumentet som berörde sexuella övergrepp innehöll samtliga formulering om tvångssituationer. Därför används termen sexuell tvång som ett samlingsbegrepp för de redovisade sexuella övergreppen och förkortas till *ST*.

Personer som gjort självmordsför-

sök men inte rapporterade om sexuellt tvång benämns som *Övr*. Totalt rapporterade 35 kvinnor (43%) och 7 män (17%) att de varit utsatta för *ST*. Inom gruppen *ST* var total 83 % kvinnor varav närmare hälften (48%)

rapporterat om två eller flera sexuella tvångssituationer. Av de kvinnor som varit utsatta för *ST* var 49 % 29 år eller yngre vid intervjusituationen, medan bara en man var under 30 år.

En person kan ha uppgett flera ty-

Tabell 2. Sexuella tvångssituationer vid olika tidpunkter och olika förövare

	Kvinnor (N=35)		Män (N=7)	
	N	%	N	%
Föräldrar - barndom	12	34,3		
Föräldrar – senare i livet	3	8,6		
Syskon - barndom	6	17,1	1	14,3
Syskon – senare i livet				
Partner – senare i livet	13	37,1	6	85,7
Våldtäkt - barndom	7	20,0		
Våldtäkt – senare i livet	13	37,1	2	28,6
Prostitution - barndom			1	14,3
Prostitution – senare i livet	2	5,7		
TOTALT personer	35	43,2	7	17,1

per av sexuellt tvång. Det sexuella tvånget hade bland kvinnorna i 61% av fallen utförts av familjemedlemmar dvs. föräldrar, syskon eller partner, varav 45 % hade skett i barndomen. Bland männen var motsvarande siffror, 27% respektive 20%.

Jämförelser mellan grupperna *ST* och *Övr* med avseende på bakgrundskaraktäristika, suicidalt beteende och psykiatriska kontakter (Tabell 3) visar signifikanta skillnader vad gäller könsfördelning, antal tidigare suicidförsök och psykiatriska kontakter.

Av de totalt 14 frågor i intervjun som berörde motiv till självmordsförsöket, gällde åtta frågor motiv med kommunikativt innehåll, t ex *jag ville få hjälp från någon*, och här förelåg inte

någon skillnad mellan de båda grupperna, runt 40% uppgav kommunikativa motiv. Vad gällde metod för suicidförsök förelåg inte heller några signifikanta skillnader mellan grupperna. Den vanligaste metoden var förgiftning, 65 %, därefter användande av skarpt föremål, 23 %. Var tionde hade använt fler än en metod

Resultat från logistiska regressioner visade att personlighetsstörning och kvinnligt kön innebar förhöjd risk för *ST* (Tabell 4). Däremot innebar inte att föräldrar varit inlagda på psykiatriskt sjukhus någon förhöjd risk. Med personlighetsstörning som beroende variabel gav endast *ST* utslag som riskfaktor, ej kön och föräldrars inläggning på psykiatriskt sjukhus.

Tabell 3. Bakgrundsfaktorer, självmordsbeteende och vårdkontakter bland ST och ÖVR.

	ST N=42	ÖVR N=80
BAKGRUND		
Andel kvinnor	83%	57%***
Medelålder	33 år	37 år
Andel gifta/ sambo	38%	45%
Endast grundskola	52%	56%
Heltidsarbetande	24%	26%
SUICIDALT BETEENDE		
Tidigare suicidförsök	74%	58%*
Mer än sex tidigare försök	26%	8%*
Upprepat försök inom ett år	36%	28%
AKTUELLT SUICIDFÖRSÖK		
Stor risk att dö	35%	48%
<i>Motiv</i>		
Önskan att komma ifrån	69%	82%*
Outhärdiga tankar	68%	54%**
Önskan att dö	68%	61%
<i>Utlösande faktor</i>		
Förändrad livssituation	48%	43%
Ensamhet	50%	45%
Psykisk ohälsa	40%	34%
Ekonomiska problem	23%	20%
Intentionspoäng, medelvärde#	17,7	19,5
Depressionspoäng, medelvärde□	28,2	21,3
PSYKIATRISKA KONTAKTER		
Tidigare inlagd på psykiatrisk klinik	71%	52%*
Tidigare inlagd på psykiatrisk klinik mer än 4 gånger	36%	19%*
Tidigare psykiatrisk öppenvård	86%	68%*

* p ≤ .05, **p ≤ .005, ***p ≤ .0005, # SIS poäng, varierar mellan 0-30, □BDI poäng, varierar mellan 0-63

Tabell 4. Olika modeller för riskfaktorer

Förklaringsvariabel	Beroendevariabel		
	Sexuellt tvång	Persolighetsstörning	Upprepade suicidförsök
Sexuellt tvång	-	2.570*	1.105
Persolighetsstörning	2.572*		.503
Föräldrar inlagda på psykiatriskt sjukhus	1.051	1.824	.394
Kvinnligt kön	3.884***	.798	1.141

* p ≤ .05 **p ≤ .005 ***p ≤ .0005

Med upprepat försök inom ett år som beroende variabel visade ingen av de tre förklaringsvariablerna någon förhöjd risk.

Huvudgrupper av diagnoser pre-

Tabell 5. Diagnoser

Diagnos	ST		Övr		Totalt	
	N	%	N	%	N	%
Personlighetsstörningar	15	36	15	19*	30	25
Depression	8	19	7	9	15	12
Anpassningsstörning	7	17	24	30	37	30
Neuros	7	17	15	19	22	18
Drogmissbruk	6	14	10	13	16	13
Alkoholmissbruk	5	12	10	13	15	12
Affektiv psykos	5	12	2	3*	8	7
Övriga	10	25	14	18	24	20

* p ≤.05 **p≤.005 ***p≤.0005

senteras i tabell 5.

Totalt fick 43 % i gruppen ST två diagnoser jämfört med 19 % av Övr (p=.037).

Diskussion

Studien visar att sexuella övergrepp är vanliga bland personer som gjort ett självmordsförsök, särskilt bland kvinnor (43 %). Hälften av övergreppen hade skett i barndomen, tre fjärdedelar av någon närstående. De sexuellt traumatiserade hade oftare varit i kontakt med psykiatrisk vård, gjort fler självmordsförsök, hade oftare diagnosen personlighetsstörning. Det vanligaste motivet till självmordsförsöket var att få komma ifrån en outhärdlig situation eller en önskan att dö. Kommunikativa motiv var mindre vanliga.

Brott som leder till sjukdom

Vårt syfte i undersökningen var inte att specifikt belysa kvinnornas situation, men eftersom övervägande delen, 83 %, av dem som gjort själv-

mordsförsök och rapporterade sexuellt tvång var kvinnor, och att kvinnligt kön var den viktigaste riskfaktorn för ST, belyser vi indirekt de sexuellt traumatiserade kvinnornas situation. Hur kan man förstå att många kvinnor utsätts för sexualiserat våld i vårt samhälle? Ett brott som har många olika rubriceringar i Brottsbalken och som de flesta tar avstånd ifrån! Vår uppfattning är att det inte kan förklaras av en teorimodell utan att man måste söka förståelse utifrån ett flerdimensionellt perspektiv. Våldet förklaras ofta med individuella avvikelser som psykisk sjukdom, missbruk eller att man vuxit upp i eller lever i ett dysfunktionellt familjesystem (17). Dessa förklaringsmodeller har hittills varit förhärskande inom vården (17, 18). Feministiska teorier menar att man även måste söka förklaringar på

samhällsnivå där man tar i beaktande makt och kön i form av manlig dominans och kvinnlig underordning. Vår undersökning ger inte uppgift om förövarens kön och inte heller antalet förövare vid övergreppstillfällena, men forskning inom området sexualiserat våld visar att det till övervägande del är män som utför våldet både mot flickor/ kvinnor och mot pojkar/män (19).

Närmare 50 % av kvinnorna var födda efter 1960 vilket väcker frågeställningen om sexuella övergrepp har ökat eller om benägenheten att rapportera övergrepp har ökat. Det vi vet är att en ökad liberalisering av synen på sexualitet har skett inom de flesta av samhällets områden. Den positiva utveckling som påbörjades på 1960-talet med preventivmedel, fria aborter och en förändrad syn på kvinnors sexualitet har även inneburit en negativ utveckling. Sexualitetens gränser har förskjutits och inslag av våld har ökat vilket innebär att kvinnor och barn utnyttjas och exponeras både inom reklam, media och porrindustrin. Det finns starka ekonomiska intressen som möjliggör både kvinnohandel och barnpornografi.

De sexuellt traumatiserade kvinnorna uppfattar vi som en socialt utsatt grupp i samhället. Att vara ung kvinna med låg utbildning, många självmordsförsök, flera allvarliga psykiatriska diagnoser och stor vårdkonsumtion medför ofta svåra psykosociala konsekvenser. Många kvinnor i vår studie var unga och hade vid tidig ålder haft behov av psykiatrisk vård

vilket kan ha medfört att de haft svårt att fullfölja studier och yrkesutbildning och heller inte kommit ut på arbetsmarknaden. Därför omfattades de troligtvis inte heller av arbetslöshetsförsäkring och sjukförsäkring. Långa vårdtider och psykiatrisk problematik kan innebära att deras sociala nätverk utarmas och medför stora påfrestningar på nära relationer.

Sexuella övergreppen som till stor del skett i barndomen av närstående ger psykiska, fysiska och sociala konsekvenser vilket ett flertal forskningsresultat (4,7,8) visar.

Det är därför viktigt att i allt behandlingsarbete ta in den övergripande samhällsnivån, dvs. att kvinnors livsvillkor i samhället är olika männens och att det har konsekvenser för kvinnors hälsa (18).

Männen i vår studie utgjorde en tredjedel av materialet vad gäller självmordsförsök men endast 17 % rapporterade sexuella övergrepp. Många menar emellertid att sexuella övergrepp på pojkar/män förekommer oftare än vi vet och att det är ett i stort sett outforskat område. Rädda Barnens publikationer visar att både pojkar och flickor har svårt att redovisa att de varit utsatta för ett sexuellt övergrepp fastän de bevisligen blivit det (4, 19). Det var få sexuellt traumatiserade män i undersökningen, men det är av stort intresse med fortsatt forskning för att undersöka om sexuella övergrepp på pojkar/män leder till ohälsa och självdestruktiva handlingar och i vilka former de i så fall uttrycks.

Är självmordsförsöket ett rop på hjälp?

Många forskare menar att självmordsförsök är en kommunikativ handling, "ett rop på hjälp". Det förvånar oss därför att inte fler personer uppgav kommunikativa motiv för självmordsförsöket. I vårt material framkom i stället att motivet ofta var att vilja dö eller att komma bort från en outhärdlig situation. Val av metod vid självmordsförsöket och den relativt låga risken att dö kan tolkas som en omedveten kommunikation. Man kan fråga sig om syftet i första hand var en önskan att få slut på det själsliga lidandet. Fokus bör därför läggas på det inre lidandet och inte på den kommunikativa tolkningen eftersom patienten inte är medveten om sin indirekta kommunikation. Enligt vår kliniska erfarenhet får vi som behandlare använda mycken tid och kraft till att återupprätta och utveckla kommunikationsförmågan "be om och ta emot hjälp" hos de som utfört självmordsförsök, för att de inte ska återupprepa sina lösningsmönster (självdestruktiva handlingar). I vår undersökning fanns det signifikanta skillnader mellan gruppen *ST* och *Övr* när det gällde "Mina tankar var så outhärdliga att jag inte stod ut med dem längre". *ST* uppgav detta motiv som betydelsefullt. Kan det förstås utifrån att dessa personer under lång tid försökt kommunicera om sitt lidande utan att ha blivit förstådda eftersom sexuell traumatisering inte alltid beaktats och behandlats? "Jag ville komma bort från en outhärdlig situation" var ett viktigt motiv för *Övr*. Be-

tyder detta att de befann sig i en aktuell krissituation, vilket även diagnosen anpassningsstörning antyder?

Diagnos och behandling

Herman (7) menar att de sexuellt traumatiserade kan uppvisa symtom som diagnosen personlighetsstörning anger, trots att de i själva verket lider av Complex Post Traumatic Stress Disorder och därför kan bli feldiagnostiserade och felbehandlade. *ST* fick fler psykiatriska diagnoser än *Övr*, rimligen pga. att de uttryckte fler symtom. Våra resultat visade också att *ST* oftare fick diagnosen personlighetsstörning än *Övr*, samt att *ST* utgjorde statistisk riskfaktor för personlighetsstörning. Kan man bli personlighetsstörd av traumatiseringen eller blir den traumatiserade feldiagnostiserad utifrån de symtom och beteenden som uppvisas? Ingen av de personer som gjorde självmordsförsök och var sexuellt traumatiserade hade fått diagnosen Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Enligt en artikel av Söndergaard (20) är PTSD en underanvänd diagnos inom den psykiatriska vården och kunskapen om symtombilden för denna diagnos är liten.

Hur kan vi förstå att en ung patientgrupp trots omfattande vårdinsatser fortsätter att upprepa sitt självdestruktiva beteende? En förklaring kan vara att patienter med både självmordsproblematik och sexuell traumatisering först de senaste decennierna börjat uppmärksammas inom psykiatrin. Detta innebär att det fortfarande är svårt för denna patientgrupp att få rätt di-

agnos och adekvat behandling. Den patientgrupp vi undersökte tillfogde sig själva skada och önskade sig bort på grund av ett outhärdligt psykiskt lidande. Metod och kundkapsutveckling är en förutsättning för behandling av denna patientgrupp. Under de senaste åren har metoder som Dialektiskt beteendeterapi (DBT) och Kognitiv beteendeterapi (KBT) framgångsrikt börjat användas på flera håll i Sverige.

Generaliserbarhet

Av samtliga registrerade personer som gjort självmordsförsök intervjuades 25 %. Bland de intervjuade fanns en överrepresentation av psykiatriska patienter och kvinnor. Övervikten av psykiatriska patienter kan till stor del förklaras av att de i större utsträckning stannade kvar på sjukhuset och kunde tillfrågas. Eftersom andelen som läggs in efter ett suicidförsök har visat sig vara densamma för män och kvinnor (22), beror överrepresentationen av kvinnor rimligen på kvinnors generellt större beredskap att svara på enkäter. Denna studie brottas dock i likhet med de flesta andra studier av motsvarande typ med ett relativt stort bortfall (23), vilket naturligtvis begränsar slutsatsernas generaliserbarhet.

I samtliga frågor om sexuella övergrepp ingick ordet tvång, dvs. frågorna täckte endast en del av vad sexuella övergrepp kan innebära, en aspekt som gör att i tillförlitlighet i rapporteringen av sexuellt tvång i denna studie är svår att uppskatta. Det finns under-

sökningar som visar att kvinnor som gjort självmordsförsök till 50-95% blivit sexuellt utnyttjade (5, 13) och i denna studie var motsvarande siffror 43 %. Den något lägre prevalensen i denna studie kan också bero på studiens uppläggning som hade fokus på självmordsförsöket och att den sexuella övergreppsproblematiken inte betonades.

Referenser

1. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, De Leo D, Haring C, Lonnqvist J, Michel K, Philippe A, Pommereau X, Querejeta I, Salander Renberg E, Temesvary B, Wasserman D, Sampaio Faria J. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psych Scand* 1992;85:97-104.
2. Dödsorsaker, Statistiska Centralbyrån, 2002.
3. Salander Renberg E. Parasuicide in a northern Swedish county 1989-1995 and its relation to suicide. *Arch Suicide Research* 1999;5:97-112.
4. Socialstyrelsen. Sexuella övergrepp mot barn. Definitioner och förekomst. Upptäckt och konsekvenser. Stockholm: KopiCenter; 1999-2000.
5. Romans S, Martin J, Anderson J, Herbison P, Mullen P. Sexual Abuse in Childhood and Deliberate Self-Harm. *Am J Psychiatry* 1995;152(9):1336-1342.
6. Molnar B, Buka S, Kessler R. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health* 2001;91:753-760.
7. Herman J. *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books Inc, 1992.
8. Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *Am J Orthopsychiatry* 1985;55:530-541.
9. Christianson, S-Å. *Traumatiska minnen*. Borås: Natur och Kultur; 1994.
10. Wurr JC, Patridge IM. The prevalence of history of childhood sexual abuse in a acute inpatient population. *Child Abuse Neglect* 1996;20:867-872.
11. Österberg I. *Omfångsundersökning*. Umeå: Psykiatriska kliniken; 1993.

12. Michel P-O, Lundin T, Otto U. Psykotraumato-
logi. Stockholm: Studentlitteratur; 2001.
13. Van Egmond, M, Garnefski N, Jonker D,
Kerkhof A. The relationship between sexual
abuse and female suicidal behavior. *Crisis*
1993;14/3:129-139.
14. Ernst C, Angst J, Földenyi M. The Zurich Stu-
dy. XVII. Sexual abuse in childhood. Frequen-
cy and relevance for adult morbidity data of a
longitudinal epidemiological study. *Eur Arch*
Psychiatry Clin Neurosci 1993;242:293-300.
15. Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D, Schmid-
tke A, Crepet P, Lönnqvist J, Michel K, Sa-
lander Renberg E, Stiles TC, Wasserman D,
Aagaard B, Egebo H & Jensen B. A repetition-
prediction study on European parasuicide pop-
ulations: A summary of the first report from
part II of the WHO/EURO Multicentre Study
on Parasuicide in co-operation with the EC
Concerted Action on Attempted Suicide. *Acta*
Psych Scand 1997;95:81-86.
16. Kerkhof AJFM, Bernasco W, Bille-Brahe U,
Platt S, Schmidtke A. European Parasuicide
Study Interview Schedule (EPSIS) for the
WHO (Euro) multicentre study on parasuici-
de. University of Leiden; Department of Clini-
cal and Health Psychology; 1989.
17. Weinehall, K, Att växa upp i våldets närhet.
Umeå universitet; Pedagogiska institutionen:
nr 45, 1997.
18. Carlstedt G. Kvinnors hälsa en fråga om makt.
Stockholm: Tiden/Folksam, 1992.
19. Nyman A, Svensson B. Pojk-mottagningen. Fa-
lun: Rädda Barnen, Scandbook, 1995.
20. Söndergaard H P. Traumatisk stress. Extrema
belastningar ger följdtilstånd som alla kliniskt
verksamma läkare bör ha kunskaper om. *Lä-*
kartidningen 90;796-800,1993
21. Salander Renberg E, Jacobsson L. Medical Care
and the Parasuicide Patient. Chapter 1 in *Sui-*
cide Attempts in the Nordic Countries, Eds
Bjerke & Stiles, Tapir Forlag, Trondheim, pp
165-169, 1991.
22. Coll, X., Law, F., Tobias, A., Hawton, K., and
Tomas, J. Abuse and deliberate self-poisoning
in women: a matched case-control study. *Child*
Abuse and Neglect, 2001;25:1291-1302.

Summary in English

Parasuicide and sexual abuse

The study investigates the prevalence of sexual abuse among parasuicide patients and describes specific characteristics of the group. Interviews were conducted with consecutive hospital known cases of parasuicide, and the obtained self-reported prevalence of sexual abuse was 43 % among women and 17 % among men. Most of the abuse had taken place during childhood and by a relative. The sub-group of sexually abused had to a higher extent than others earlier contacts with psychiatric care, reported more frequent repeated deliberate self harm and did more often receive a diagnosis of personality disorders. No differences were found between sexually abused and others concerning motives and precipitating factors. The most common motive was a wish to die or to get relief from an unbearable situation. The high prevalence of sexual abuse in the group of suicide attempters demonstrates the necessity of enquiring earlier or present abuse in this group.

Keywords: Suicide attempt, sexual abuse, motives, personality disorder, gender