

Homo- och bisexuella ungdomars tankar och upplevelser av suicidhandlingar

En studie av riskfaktorer och
skyddande faktorer

Anneli Svensson



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutet
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Sektionen för psykiatri
Psyko­terapeut­programmet, 2010
Handledare: Ullakarin Nyberg

”Och när han gormat klart om invandrarna då är det bögarna han skriker om. Att de, att vi, är sinnessjuka, att vi borde skjutas, att det är äckligt och snuskigt och smutsigt, att han vill döda alla homosexuella. Att en död bög är en bra bög. Fattar du? Stella ser på Joels hår, hon ser att han gråter nu. Hans huvud skakar när han viskar: - Och min jävla morsa, hon säger inte ett ord till mitt försvar... fast hon vet att hon har en son som är precis exakt just så. Fattar du? Fattar du att man vill ta livet av sig då. Att man måste göra slut på skiten?”

Ur ”För bra för att dö” av Christina Wahldén. Tiden. 2007.

Tack till er ungdomar så vackra och starka.

Tack.

Tack till med. dr. Ullakarin Nyberg min mentor och handledare för att du är så nyfiken och inspirerande. Utan dig hade jag inte förstått hur viktig studien är.

Tack till seminariehandledare Sara Göransson, envis, nitisk och ett stort stöd.

Tack till Karin Fyrö, att du så tålmodigt följt min väg till psykoterapeut från allra första början ända in i mål. Tack.

Tack till familj och vänner som funnits med under hela resan.

Sammanfattning

Studiens syfte är att belysa homo- och bisexuella ungdomars tankar och handlingar kring suicid för att få bättre förståelse av riskfaktorer och skyddande faktorer som kan motverka psykisk ohälsa och död i suicid. Om, hur och på vilket sätt kommunicerade den unge personen sina suicidtankar och planer till omgivningen? Vilken hjälp hade ungdomarna fått och velat få?

Tio ungdomar mellan 17 och 22 år som haft suicidtankar och/eller gjort suicidförsök deltog i en halvstrukturerad djupintervju. Studien är explorativ och deskriptiv. Intervjuerna har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys baserad på den hermeneutiska förståelseinriktade vetenskapsfilosofin.

Ungdomarna uttryckte ensamhet, att de inte kunnat tala om sina suicidtankar, förutom med vänner. De hade lagt ansvaret på sig själva som betydde att stå på sig och inte ställa till besvär. Ungdomarna berättade att fördömande och avståndstagande förhållningssätt av skolkamrater, familj, professionella personer och andra var en viktig anledning till deras suicidbeteenden. Berättelserna pekade samtidigt på att just goda relationer med vänner, familj och professionella personer, samt att bli oberoende och självständig, var avgörande för att orka leva och att inte suicidera. Tanken på vänner och familj, utifrån kärlek eller rädsla att ge skuld, hindrade dem konkret från att ta sina liv. När de rekommenderade andra utsatta ungdomar att prata med någon, nämnde de vännerna, inte professionella personer eller föräldrar. De flesta hade haft kontakt med den professionella vården, men inte explicit talat om sina suicidtankar.

Beskrivningarna av riskfaktorer och skyddande faktorer tydliggör vuxenvärldens ansvar i form av att upptäcka och kunna hjälpa deprimerade och suicidala homo- och bisexuella ungdomar. Deras berättelser visar också tydligt att vännerna är de som står dem närmast.

Sökord: *Homosexualitet, bisexualitet, trans, ungdomar, unga vuxna, suicid, psykisk hälsa, fysisk hälsa, social hälsa, åtgärder, riskfaktorer och skyddande faktorer.*

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. SYFTE, FRÅGESTÄLLNING OCH DISPOSITION	1
2.1 Syfte	1
2.2 Frågeställningar	1
2.3 Disposition	2
3. BAKGRUND	2
3.1 Centrala begrepp	2
3.2 Tidigare forskning kring suicidbeteenden	3
3.2.1 Suicidtankar	3
3.2.2 Suicidförsök	3
3.2.3 När är risken för suicidförsök som störst?	4
3.2.4 Suicid	5
3.3 Riskfaktorer	5
3.4 Skyddande faktorer	7
3.5 Vården	8
4. METOD	8
4.1 Procedur	8
4.2 Studiens ungdomar	9
4.2.1 Sociodemografisk bakgrund.	9
4.2.2 Suicidbeteenden	9
4.2.3 Inklusionskriterier	9
4.2.4 Bortfallet	10
4.3 Design	10
4.4 Bearbetning av data	11
4.5 Urval till kunskapsöversikten	11
4.6 Etiska överväganden	12

5. RESULTAT	12
5.1 Riskfaktorer	12
5.1.1 Familjekonflikter/-reaktioner	12
5.1.2 Destruktiv vänskap.....	13
5.1.3 Utanförskap.....	13
5.1.4 Identitetsförvirring/-svårigheter	14
5.1.5 Psykisk skörhet	14
5.1.6 Inkompetenta professionella	15
5. 2. Skyddande faktorer.....	16
5.2.1 Vänner.....	16
5.2.2 Familjen	16
5.2.3 Skolvärlden	17
5.2.4 Andra professionella	17
5.2.5 Internet	18
5.2.6 Bli oberoende	19
5.2.7 Fritidsintressen.....	19
5.3 Ungdomarnas råd.....	19
5.4 Suicidal kommunikation - hur har de berättat?	20
5.5 Vad hindrade?.....	21
5.5.1 Familjen	21
5.5.2 Vänner.....	22
5.5.3 Kärlek.....	22
5.5.4 Livsvilja	22
5.6 Vilken hjälp behövs?.....	23
6. DISKUSSION	24
6.1 Metoddiskussion.....	24
6.1.1 Metodval	24

6.1.2 Urval	24
6.2 Resultatdiskussion	24
6.2.1 Familjeparadoxen	28
6.2.2 Vännerna.....	28
6.2.3 Vården	28
6.2.4 Det behövs mer forskning.....	29
REFERENSER.....	31
Bilagor.....	38
Bil.1 Internet.....	38
Bil.2 Annonser.....	39
Bil. 3 Medgivande	41
Bil. 4 Intervjumanus	42
Bil. 5 NASP	43

1. INLEDNING

I Ungdomsstyrelsens rapport (2010:2) *"Hon, hen, han, en analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella samt för unga transpersoner"* räknas utsatthet 1) i familjen, 2) i nätverket och 3) i samhället som de mest avgörande faktorerna för unga hbt-personers ohälsa. De konstaterar: *"Att inte bli ifrågasatt på grund av sin sexuella läggning eller könsidentitet och att ha personer att identifiera sig med är centralt för ett psykosocialt välbefinnande."* (sid. 10). Internationella forskare som Garofalo et al. (1999), Mays & Cochran (2001) och Ulstein Moseng (2007) har sett att det hbt-fobiska förtrycket, det vill säga utsattheten i skolan och familjen, har samband med hbt-ungdomarnas suicidbeteende. Den internationella och svenska forskningen visar att homo- och bisexuella ungdomar har betydligt fler suicidtankar och gör fler suicidförsök än heterosexuella ungdomar. Ett rimligt antagande är därför att fler homo- och bisexuella ungdomar avlider i suicid jämfört med heterosexuella i samma åldersgrupp. Ungdomarnas egna röster saknas om vad de behöver och vad som faktiskt gjorde att de *inte* tog sitt liv. Vi behöver ta reda på friskhetsfaktorerna och hur deras resilience, det vill säga ungdomens återhämtningsförmåga, ser ut vid och efter suicidtankar och suicidförsök. Denna undersökning tar därför sin utgångspunkt i ungdomars egna berättelser om hur den svåraste konsekvensen av psykisk ohälsa, suicid, berättas om av ungdomarna själva. Ökad kunskap behövs för att bättre kunna identifiera och hjälpa särskilt sårbara individer. Studien undersöker både riskfaktorer och skyddande faktorer men också vad de intervjuade ungdomarna upplevt som avgörande för att klara sina liv. I Skandinavien saknas kunskap och evidensbaserade riktlinjer för vilka professionella insatser som behövs för att förbättra omhändertagandet av homo- och bisexuella ungdomar som överväger att ta sina liv.

2. SYFTE, FRÅGESTÄLLNING OCH DISPOSITION

2.1 Syfte

Syftet med denna studie är att belysa vilka risk- och skyddande faktorer homo- och bisexuella ungdomar med suicidbeteende har som kan motverka psykisk ohälsa och död i suicid.

2.2 Frågeställningar

- Vilka riskfaktorer fanns som gjorde att ungdomarna inte ville leva?

- Vilka skyddande faktorer fanns som gjorde att unga suicidala homo- och bisexuella personer bestämde sig för att välja livet?
- Om, hur och på vilket sätt kommunicerade den unge personen sina suicidtankar och planer till omgivningen?
- Hur beskriver ungdomarna den professionella hjälp de fått? Vilken hjälp hade ungdomarna velat få?

2.3 Disposition

Studien är indelad i sex kapitel. De två första kapitlen täcker inledning, syfte och frågeställningar. Kapitel tre ger en bakgrund till vidare läsning och är indelad i två avsnitt. I den första delen definieras centrala begrepp. Den andra delen är en kunskapsöversikt som täcker den tidigare forskningen kring homo- och bisexuella ungdomars suicidbeteenden samt vilken kunskap det finns om de professionella insatserna.

Kapitel fyra ger en beskrivning av den metod som har använts i undersökningen och hur studien har genomförts, liksom hur analys och bearbetning av materialet har utförts. I kapitel fem presenteras en beskrivning av de intervjuade ungdomarna samt resultatet av de intervjuer som har gjorts. Kapitel sex består av en metoddiskussion och en resultatdiskussion. Utöver detta tillkommer referenslista och bilagor.

3. BAKGRUND

3.1 Centrala begrepp

Orden *homosexuell*, *bisexuell* och *transperson* (hbt) är ett paraplybegrepp som omfattar både sexuell läggning och könsidentitet/-uttryck.

Transpersonsbegreppet refererar till personer vars könsidentitet och/eller uttryck inte stämmer med de kulturella normerna för biologiskt kön. Transbegreppet har med kön att göra och inte med sexuell läggning, men inkluderas ofta i forskning kring homo- och bisexualitet.

Transpersoner kan vara antingen hetero-, homo-, eller bisexuella. Pronomet *hen* används av en del transpersoner, men en majoritet vill bli benämnda med sitt självvalda *hon* eller *han*.

I denna studie skrivs ibland *hbt* utifrån att i viss forskning belyses hela gruppen, annars skrivs *homo- och bisexuella*.

COP – coming out process. COP är sedan 1980-talet en etablerad utvecklingspsykologisk modell för homo- och bisexualitet som skiljer sig från den heterosexuella utvecklingspsykologin (Coleman, 1982, Boman, 1995). Det är då homo- och bisexuella blir medvetna om sin sexuella läggning, integrerar den inom sig och kommer ut inför familj och vänner. Processen pågår till och från hela livet. Komma-ut-processen kan ses som en riskfaktor i sig där det inre acceptandet och integreringen står i relation till det yttre mottagandet. Risken är hög att personen backar i sin komma-ut-process vid ett negativt mottagande av omgivningen (Sekora, 2004).

3.2 Tidigare forskning kring suicidbeteenden

I den första svenska rapporten om hbt-ungdomars hälsa (Reinhard, 2001) konstaterades det att de internationella undersökningar som då fanns talade ett och samma språk; hbt-ungdomar uppvisar högre grad av suicidalt beteende i jämförelse med heterosexuella ungdomar.

3.2.1 Suicidtankar

Det är vanligare att unga homo- och bisexuella samt unga som är osäkra på sin sexuella läggning någon gång haft suicidtankar jämfört med unga heterosexuella.

Tabell 1. Suicidtankar unga Sverige

	Homo- bisexuella	Osäker sexuell läggning	Heterosexuella
Unga kvinnor	47 %	34 %	20 %
Unga män	42 %	29 %	12 %

(Statens folkhälsoinstitut 2006,Ungdomsstyrelsen 2010)

Internationella studier visar att homo- och bisexuella ungdomar rapporterar 1,5 till 3 gånger fler suicidtankar än heterosexuella ungdomar (Fergusson, Horwood, Beautrais 1999; SPRC, Suicide prevention resource center, 2008; Van Heeringen & Vincke, 2000).

3.2.2 Suicidförsök

Det är också vanligare med suicidförsök bland homo- och bisexuella ungdomar än bland heterosexuella.

Tabell 2. Suicidförsök unga Sverige.

	Homo- bisexuella	Osäker sexuell läggning	Heterosexuella
Unga kvinnor	25 %	20 %	8 %
Unga män	11 %	17 %	3 %

(Statens folkhälsoinstitut 2006,Ungdomsstyrelsen 2010)

Forskning gjord i USA (SPRC, 2008) med homo- och bisexuella ungdomar i åldern 15-24 år, visar att dessa ungdomar har en 1,5 till 7 gånger högre risk för suicidförsök jämfört med heterosexuella ungdomar. Studien visade också att 58 % av homo- och bisexuella ungdomar som gjorde försök verkligen ville dö jämfört med 33 % av de heterosexuella. Försöken var allvarligare (d.v.s. hade krävt livsuppehållande insatser från sjukvården) hos de unga homo- och bisexuella kvinnorna än hos de unga homo- och bisexuella männen (D'Augelli et al., 2005). I en norsk studie där gruppen homo- och bisexuella ungdomar undersöktes, 470 stycken mellan 15-25 år, visade det sig att homo - och bisexuella ungdomar hade tre till fyra gånger så hög risk för suicidförsök jämfört med heterosexuella ungdomar. Studien visade att en tredjedel var yngre än 16 år vid sitt första suicidförsök och en fjärdedel hade minst ett suicidförsök bakom sig. Utifrån tidigare suicidförsök kunde man förutsäga fullbordade suicid både för de homo- och bisexuella unga kvinnorna och för de unga homo- och bisexuella männen. Nära hälften uppgav att de ville dö i försöket (Hegna, 2007). Forskning från USA visar att 50 % av de unga homo- och bisexuella personerna som suiciderade hade tidigare försök bakom sig (D'Augelli, 2002). Detta stämmer också på heterosexuella ungdomar, men med en skillnad mellan könen. Det är större korrelation mellan pojkarnas suicid och suicidförsök än för de unga flickorna (Hawton et al., 1997). Suicidförsök är den största enskilda prediktorn för suicid (Van Heering & Vincke, 2000;SPRC, 2008).

3.2.3 När är risken för suicidförsök som störst?

De flesta suicidförsöken bland homo- och bisexuella ungdomar uppstår under tiden då personen håller på att bli vuxen och i tidig vuxenålder (SPRC, 2008). Den norska forskningen visade att suicidförsöken görs både innan de har kommit ut och efter, att hälften av försöken gjordes efter eller under den homosexuella debuten och att tolv procent hade gjort försök året innan den sexuella debuten. Suicidrisken är sex gånger högre när ungdomarna kommer ut och fyra gånger högre om de inte kommer ut enligt denna studie (Hegna, 2007). Risken ökar alltså

initialt när de kommer ut, men är fortsatt hög för de som inte kommer ut. En svensk studie med drygt 1200 homo- och bisexuella ungdomar svarade på hur det uppfattade föräldrarnas reaktion när ungdomarna kom ut. Flickorna sa att 60 % av mammorna och 74 % av papporna bemötte dem bra. Pojkarna sa att 64 % av mammorna och 54 % av papporna bemötte dem bra (Hanner, 2002). Så många som 26-36 % kände sig alltså inte bra bemötta.

3.2.4 Suicid

”I åldersgruppen 15-24 år, är självmord (säkra och osäkra) den vanligaste dödsorsaken för båda könen. Bland de yngsta är drygt vart fjärde dödsfall bland män, och vart tredje dödsfall bland kvinnor ett självmord” (Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2009:22). Det finns dock ingen statistik över hur många homo- och bisexuella ungdomar som tar sitt liv eftersom mortalitetsdata inte inkluderar sexuell läggning. En annan förklaring (SPRC, 2008) är att familj, släkt och vänner sällan refererar till den avlidne som homo- eller bisexuell eller av annat kön än det biologiska efter att personen är avliden. De säger att det kan bero på skam, homofobi eller för att ”skydda personens integritet och privatliv” (ibid.) Det kan också vara så att närstående inte kände till personens sexuella läggning eller könsidentitet beroende på var hbt- ungdomen befunnit sig i sin komma-ut-process. Engelsk forskning visar att i de fall där närstående kände till att personen som suiciderat var homo- eller bisexuell, kunde de se tre samband till varför ungdomen suiciderat: 1) isolering, 2) homofobiska reaktioner, och 3) påverkan, det vill säga rädslan för negativa konsekvenser från familjen om de kommer ut . De menar att utan positivt stöd och bekräftelse kan ungdomar drivas till att suicidera. (Scourfield, Moen K, McDermott, 2008).

Det är en betydligt högre risk att dö i suicid när personen tidigare har gjort ett suicidförsök med hög förväntad dödlighet, (Van Heering & Vincke, 2000;SPRC, 2008), vilket gör att det är ett rimligt antagande att fler homo- och bisexuella ungdomar avlider i suicid jämfört med heterosexuella i samma åldersgrupp.

3.3 Riskfaktorer

En aspekt som lyfts fram i forskningen är sambandet mellan att vara ung när han/hon eller hen kommer ut och risken för ohälsa. Om unga får ett negativt bemötande har de ofta sämre möjligheter att skydda sig jämfört med äldre. Den unge kan inte flytta och har ingen egen ekonomi. De känner inte till var de kan söka hjälp eller är inte mentalt redo att ta sig an så svåra problem (Hegna, 2007). *”Det verkar som att ha en homo- eller bisexuell läggning i en mycket homofobisk omgivning är det som bidrar till de högre suicidantalen bland homo- och*

bisexuella ungdomar, inte deras sexuella läggning” (Dorais & Lajeunesse, s.13, 2004). I England har studier påvisat en komplex koppling mellan unga hbt-personers sexuella identitet och självdestruktiva beteenden (McDermot, Roen, Scourfield, 2008). Trots att den allmänna uppfattningen är att dessa ungdomar har det lättare i samhället idag än för 20 år sen, har inga bevis för detta hittats i tillgänglig forskning. Hbt-ungdomar berättar inte om sin situation för professionella, om inte problemet som lyfts fram direkt relaterar till deras sexuella identitet. Ungdomen kan till exempel uppleva konflikter med föräldrarna och syskon som handlar om dess identitet (Dorais & Lajeunesse, 2004). Rädslan för mer negativa reaktioner gör att ungdomen kan känna mer motstånd att tala om sin identitet, speciellt med föräldrarna i rummet samtidigt. Samma studie visar också att ungdomar som redan berättat för sina föräldrar också kan behöva speciell uppmärksamhet, speciellt om en av föräldrarna tagit avstånd. Svensk forskning stämmer överens med detta resultat och visar att homo- och bisexuella ungdomars utsatthet för hot och våld är stor och att de farligaste platserna är skolan och hemmet. Detta är platser där ungdomen har en relation till den/de som utsätter dem under många år. (Hanner, 2002, Tiby & Sörberg, 2006; Ahlin & Gäredal 2009). När forskningen (Vanden Berghe et al., 2010; Hegna, 2007; Garofolo et al., 1998; Van Heering & Vincke, 2000; Skegg et al., 2003; Dorais & Lajeunesse, 2004; Sekora, 2004; D’Augelli et al., 2005; Eisenberg & Resnick, 2006) identifierar och förutser de största riskerna för förekomsten av suicidbeteende och suicidrisker hos unga hbt-personer räknar de in:

- Att förlora en vän när de kommer ut eller om vänskaperna med andra homo- och bisexuella vänner inte utfaller väl. De ungdomar som rapporterar suicidalt beteende skiljer sig från dem utan en sådan bakgrund på så sätt att de skattar sina homosexuella vänskapsband som mindre tillfredsställande.
- Rädslan för verbalt våld hemma.
- Våld överhuvudtaget med utgångspunkt i deras homo- och bisexuella identitet.
- Betydelsen av att vara *outsider* och att bryta normen, den så kallade heteronormativiteten, samt att inte klara omgivningens strikta krav på regler, på hur människor ska klä sig, uttrycka sig, att ha ”atypiska” könsrolls-beteenden, vem hon, han, hen ska bli förälskad ibland annat.
- När suicidförsök gjordes utan koppling till sexuell identitet har studier funnit att det är ett signifikant samband med depression och suicidbeteende i ungdomens familj.

- Att det finns en signifikant koppling mellan öppenhet kring den sexuella läggningen och psykisk ohälsa. Ungdomar som är mindre öppna har högre risk för depressiva och psykotiska symptom, med förhöjd risk för olika självskadebeteenden. Med andra ord, om ungdomen som själv inte kan acceptera sin sexuella läggning och inte är nöjd med sin sexuella identitet uppvisar hon, hen, han fler psykiska problem jämfört med den som är osäker eller nöjd med sin identitet.
- Att det finns en starkare koppling mellan mammans vetskap om ungdomens identitet och ungdomens depressiva symptom jämfört med pappans vetskap och ungdomens symptom. Men samtidigt har man sett att när det gällde suicidförsök bland homo- och bisexuella ungdomar, hade 50 % intoleranta eller avvisande fäder jämfört med 25 % av de som inte försökt ta sitt liv.

Sammanfattningsvis: Att leva i en heterosexistisk och homofobisk omgivning och i en ickestöttande social interaktion där ungdomarnas emotionella och sexuella behov ofta är förnekade eller missförstådda av omgivningen, leder till att personens homo- eller bisexuell läggning är en signifikant riskfaktor i sig för suicidförsök och därför rimligtvis även för utförda självmord. Det är dock viktigt att komma ihåg: Att trots de höga siffrorna på suicidbeteenden så hanterar flertalet homo- och bisexuella ungdomar de riskfaktorer som förekommer och mår bra. Men den minoritet som mår dåligt mår sämre än motsvarande grupp i befolkningen i stort. (Garofolo et al., 1998; Hegna , Kristiansen, Ulstein Moseng,1999 ; Garofolo & Katz, 2001).

3.4 Skyddande faktorer

Nationellt center för suicidprevention (NASP, 2006) med flera har gjort forskning på skyddande faktorer, men inte specifikt för hbt-ungdomar. (se även tabell 5). Få studier är gjorda på vad som är skyddande faktorer just vid hbt-ungdomars suicidbeteenden. En studie visade dock att homo- och bisexuella ungdomar med nära familjkontakter hade hälften så mycket suicidtankar som de som hade sämre kontakt med familjen och fyra signifikant skyddande faktorer för suicidbeteende identifierades (Eisenberg & Resnick, 2006).

- Närhet till familjen
- Omhändertagande lärare
- Annat vuxet omhändertagande

- Säkerhet i skolan

3.5 Vården

”Självordsnära människor söker ofta hjälp före döden. Därför kan självmordshandlingar ses som ett desperat sätt att signalera ett sådant hjälpbehov. Om förloppet mot självmord sedan kan avbrytas beror mycket på om omvärlden förstår signalerna. En annan förutsättning är att den suicidale har förmåga att ta emot hjälpen.” (NASP, 2010). Kanadensisk forskning visar att ingen av den studiens hbt-ungdomar hade varit i regelbunden terapi innan första försöket (Dorais & Lajeunesse, 2004). Men forskning från USA visar att de hbt-ungdomar som gjort försök både har haft (74 vs 56 %) och har (30 vs 21 %) mer professionell hjälp än de som inte gjort suicidförsök (D’Augelli, 2002). Katherine J. Lazear från University of South Florida berättade under sin föreläsning i Tampa, Florida mars 2010, att i USA har mindre än hälften av personal inom hälso- och sjukvården fått utbildning på hbt-området. Hon menade att konsekvensen av detta är att många hbt- ungdomar blir oprofessionellt bemötta. Betydelsen av 1) kunskap, 2) skicklighet och 3) ifrågasättande av attityder/värderingar, ska därför inte underskattas. En rimlig slutsats är också att vissa professionella personer skulle välja bort att arbeta med hbt-personer om de kunde, för att de säger sig inte ha kunskap eller helt enkelt inte vill (Röndahl, 2004).

4. METOD

4.1 Procedur

Ungdomar identifierades genom egenanmälan via en välbesökt webbaserad hbt-sajt ”Cruiser” på www.qx.se, där en banner riktad till hbt- ungdomar 15-22 år fanns (http://www.gedeon.net/banner_Anneli.html) (bilaga 1). Intresserade ungdomar fick en webbadress dit de kunde anmäla sitt intresse. Bannern var beräknad att ligga ute i två veckor men drogs in efter åtta dagar då 22 ungdomar redan tagit kontakt. Två personer rekryterades även via annons som hängdes upp i RFSL Stockholms aktivitetslokal (bilaga 2). Ungdomarna tog kontakt via e-post, vilket besvarades med detaljerad information om studien samt berättade att vid lägre ålder än 17 år krävdes vårdnadshavares skriftliga tillstånd. Ungdomarna upplystes om att de kunde dra sig ur när som helst i processen och att de skulle få läsa sina intervjuer innan de publicerades. Därefter bestämdes tid och plats för intervjun. Telefonkontakt togs en vecka innan intervjun för att vidimera mötet. Intervjuerna skedde på olika geografiska platser, oftast i närheten av informantens bostad. Intervjuplatserna har varit

på café, bibliotek, museum, utomhus i parker och RFSL:s lokaler runt om i landet. De flesta ville ha det lugnt och tyst omkring sig, men några ville vara omgivna av folk och rörelse. De transkriberade intervjuerna skickades till ungdomarna så att de kunde både ångra sig och ändra i innehållet. Ingen drog sig ur och ändringarna var minimala.

4.2 Studiens ungdomar

4.2.1 Sociodemografisk bakgrund.

Tio ungdomar valdes ut att delta i studien. Fem personer identifierade sig som kvinnor och fem som män. Fem av de tio definierade sig som homosexuella/lesbiska och två personer som antingen homo- eller bisexuella. Två identifierade sig som bisexuella och en person definierade sig inte alls. Den geografiska spridningen var från Umeå i norr till Lund i söder. Kvinnorna var mellan 17 och 19 år (medelålder = 18 år) och männen var mellan 17 och 22 år (medelålder= 18,8 år).

Sju av tio ungdomar bodde kvar hemma. En hade egen lägenhet och två bodde inackorderade. Hälften hade skilda föräldrar och bodde då hos modern i huvudsak. Samtliga hade syskon. Tre hade tvillingsyskon. Sju personer gick på gymnasiet. Två var i eftergymnasiala studier. En person var arbetssökande. Hälften hade en partner och andra hälften var singel.

4.2.2 Suicidbeteenden

- I denna studie har tre av tio gjort ett eller flera suicidförsök. Alla tre var kvinnor. Samtliga försök betecknas som allvarliga.
- Samtliga hade haft eller har suicidtankar.
- Sju av tio hade vänner som haft suicidtankar och flera av dessa hade gjort suicidförsök.
- Två hade personer inom familjen som suiciderat.

4.2.3 Inklusionskriterier

Till studien söktes hbt-ungdomar mellan 15 och 22 år från hela landet som haft suicidtankar och eller som gjort suicidförsök. En jämn könsfördelning inklusive hen-personer eftersträvades.

4.2.4 Bortfallet

Sammanlagt kom 10 av de 24 personerna som tog kontakt att delta i studien. Två grupper kom inte med, den yngre mellan 15 och 16 år samt transungdomarna.

Transungdomarna, oavsett sexuell läggning, försöktes nå på flera tänkbara sätt, nätet, muntill-mun-metoden och via anslag. Att transungdomarna inte kom med kan bero på slumpen men också på att de blivit föremål för flera undersökningar senaste åren och därför inte var intresserade. Igenkänningsfaktorn, att transungdomar ska bli igenkända av andra, ökar också för varje undersökning och kan vara en ytterligare faktor till varför de inte ville vara med.

De yngre, 15-16 år, kom inte med och skälen att inte delta, av de som tog initial kontakt, angavs vara:

- Orkar inte, ämnet ligger för nära och/eller är för jobbigt. ” ... jag kommer tyvärr inte orka på söndag eller någon annan dag den närmaste tiden eftersom ämnet ligger för nära. ”
- Får inte för vårdnadshavarna. ”Mina dumma föräldrar råkade komma över mina mail till dig och de förbjuder mig att åka till Stockholm för att ställa upp på intervjun. ”

Tre ungdomar skrev tillbaks och sa att de inte ha kommit ut för vårdnadshavare och därmed inte kunde inhämta skriftlig tillåtelse. ”Jag vill vara med, men det där med förälders underskrift skulle nog bli ett problem, eftersom mina föräldrar inte vet om att jag är hbt. ”

4.3 Design

De ungdomar som inkluderades i urvalet djupintervjuades. Intervjuerna spelades in digitalt och tidsbegränsades inte. De varade mellan en och tre timmar med ett genomsnitt på 90 minuter. Informanten uppmuntrades att berätta om det som är angeläget och viktigt för henne/honom relaterat till suicidtankar och/eller försök, erfarenhet av professionella insatser samt aktuellt hälsotillstånd och social situation. Intervjun hade en halvstrukturerad utformning. En frågemanual togs fram för att ett fåtal öppna frågor skulle kunna ställas vid behov under intervjun för att stimulera informanten att berätta, förtydliga oklarheter och belysa frågeområdet (bil.4). Frågor utifrån intervjuarens förförståelse ställdes mot slutet av intervjun för att påverka informantens berättelse så lite som möjligt.

4.4 Bearbetning av data

Utifrån frågan som ställdes inledningsvis vid intervjun: *”Vi vet att det finns ett förhöjt samband mellan att leva ett icke-heteronormativt liv, att vara ung och risken för suicid. Jag undrar vad som stoppar ungdomar från att ta sitt liv och jag är intresserade av din syn på problemet och hur det tas omhand.”* transkriberades den inspelade intervjun ordagrant och analyserades sedan med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys valdes för att den fokuserar på mänsklig kommunikation och är en lämplig forskningsmetod inom psykoterapeutens arbetsområde (Downe-Wamboldt, 1992). Därtill har fördelen med att välja en kvalitativ metod varit att intervjupersonerna givit fylliga och täta beskrivningar som leder till god intern validitet (Patton, 1990). Bearbetningen av intervjumaterialet är genomfört huvudsakligen i enlighet med den successiva tolkningen av innehållet som Kvale & Brinkman (2009) beskriver.

Analysarbetet inleddes med att intervjuerna lästes igenom två gånger för att få en känsla för helheten.

Därefter lyftes relevanta stycken och meningar med liknande innehåll och sammanhang ut och komprimerades för att identifiera olika manifesta teman. Detta gjordes så att det centrala budskapet i intervjuerna kunde återspeglas.

Slutligen formulerades teman av intervjudatan där det latenta innehållet, ”det som står mellan raderna”, framgick, tolkades och analyserades till slutsatser. I denna studie är dessa icke-generaliserbara utifrån att studien har för få deltagare (Graneheim & Lundman, 2004). Tolkningarna diskuterades mellan student och handledare.

Processen har inte varit att gå igenom intervjuerna från början till slut, utan snarare att gå fram och tillbaka mellan stegen. Analysen av materialet baseras på den hermeneutiska förståelseinriktade vetenskapsfilosofin. Den innefattar tolkning utifrån tidigare studier samt en analys av svaren från ungdomarna och hur de intervjuade förhöll sig till intervjusituationen, beskrev händelser och presenterade sig själva med minsta möjliga styrning från intervjuaren.

4.5 Urval till kunskapsöversikten

Kunskapsöversikten bygger på engelskspråkiga publikationer i internationella tidskrifter eller böcker, samt ett fåtal nordiska och svenskspråkiga publikationer inom området. Det finns en mycket stor mängd internationella artiklar om homo- och bisexuella ungdomar. Vid urvalet av

material har därför främst publikationer från 1999 och framåt prioriterats, även om visst tidigare material använts. Kunskapsöversikten bygger på litteratur som har sökts via databaserna PubMed, PsychInfo, samt studier från utförda studiers källförteckningar. Både engelska och svenska sökord har använts. Vid sökningen har ord använts såsom homosexualitet, bisexualitet och trans i kombination med orden ungdomar och unga vuxna, samt i kombination med ord som suicid, psykisk hälsa, fysisk hälsa, social hälsa, åtgärder, riskfaktorer och skyddande faktorer.

4.6 Etiska överväganden

Att undersöka ungdomars suicidbeteenden är förknippat med svåra etiska överväganden. Det var viktigt att ge ungdomarna full rätt att dra sig ur när som helst i processen, liksom att ge dem rätten bestämma över sitt material. Inför intervjun informerades om syftet med uppsatsen, anledningen till att intervjun spelades in och hur intervjumaterialet skulle komma att förvaras och bearbetas, liksom att de deltog anonymt. Därefter gavs utrymme för frågor. Respondenterna fick även välja var de ville bli intervjuade. Alla tillfrågades om de visste till vem de skulle vända sig om de behövde prata med någon eller få annan hjälp. Telefonnummer och e-post adress lämnades också till mig och min handledare. Inspelningsdokumentationen förvarades inlåsta under studiens genomförande och har raderats efter att studien blivit färdig. All rapportering har skett i anonymiserad form. För att garantera respondenternas anonymitet har viss redigering av intervjuцитaten skett, till exempel namn på personer och orter.

5. RESULTAT

5.1 Riskfaktorer

Sammanlagt identifierades sex teman. Flera faktorer samspelar vid ungdomarnas suicidala beteenden och ofta hamnade de under flera teman, till exempel Sam 22 år som haft *familjekonflikter*, mött *inkompetenta professionella*, haft en *destruktiv vänskap* och känt och upplevt ett starkt *utanförskap* både i skolan och i hemmet.

5.1.1 Familjekonflikter/-reaktioner

Alla ungdomar talade länge om familjen. Behovet att få tala om familjen var tydligt och känslorna var starka kring dessa berättelser. En ungdom berättade att han brutit helt med sin mamma och pappa. Fem av de tio ungdomarna (50 %) angav en negativ familjesituation som en bidragande orsak till sina suicidbeteenden. De talar om en *Homofob pappa*, *Dåliga*

reaktioner från bror och mamma att de Kämt sig utanför i familjen och om en Alkoholiserad och våldsam pappa. Också rädsla för hur föräldrar kommer att reagera när de kommer ut, togs upp.

Lea 18 år om varför hon inte kommit ut för sin pappa:

”För att han är lite emot, han förstår inte hbt och så. Han är lite homofob. Han fattar inte grejen. Han tycker att det ska vara en man och en tjej. Han är lite...så vet inte jag. Han säger mycket och jag vet inte om han menar det eller inte, men han är emot bögar så då antar jag att han är emot tjejer också då.”

5.1.2 Destruktiv vänskap

Här beskriver tre av tio ungdomar (30 %) hur de dragits med och blivit inspirerade av vänners suicid- och självskadebeteenden som en bidragande orsak till sitt psykiska illamående. Från att de tillsammans har gjort så kallade gemensamma suicidpakter, till hur och på vilket sätt och när de ska göra det, samt att de blivit indragna i andra ungdomars problematiska liv på ett så intensivt sätt att de själva börjat må dåligt överlag.

Nils 17 år berättar:

”Har blivit medlem på Cruiser.com, heter det. Fast jag vet inte, jag har tröttnat på det. Fast jag har träffat vissa kompisar. Jag träffade en tjej som visade sig vara ett av mitt livs största misstag, för hon var dum i huvudet rent utav. Sådär alkohol- och drogbrud. Hon var inte rolig alls.”

5.1.3 Utanförskap

När åtta av de tio ungdomarna (80 %) berättade om sin utsatthet var skolans värld i fokus, men också hemmets där de känt och upplevt *Ensamhet, Mobbning, Kämt sig annorlunda* att de *Inte passar in, Varit utstött* och drabbats av *Homofobi*, berättade ungdomarna om detta med stor smärta.

Teo 17 år berättar:

”Jag tyckte att det var jävligt jobbigt när jag gick i 7-8:e klass med skitsnack och så, alltså om bögar och så vidare även ifall det inte var riktat mot mig så tyckte jag att det var jävligt jobbigt iallafall. Man lärde sig att stänga av och

inte bry sig så mycket om det efter ett tag, men i början var det jobbigt precis när man är väldigt svag för vad andra tycker, när man var 12-13 år.”

5.1.4 Identitetsförvirring/-svårigheter

För fyra av de tio ungdomarna (40 %) har det funnits *Rädsla att vara homo* och en av killarna uttryckte: *”Nej jag vill inte vara det här, jag vill vara heterosexuell”*. Dessa ungdomar har svåra komma-ut-processer, där de vänt sin ickeheterosexuella läggning till rädsla och självhat. Två av ungdomarna berättade om hur de anpassat sig till heteronormativitet genom att skaffa partner av motsatt kön för att skydda sig från andras, det vill säga skolkamraternas eller familjens negativa attityder eller/och för att leva upp till andras förväntningar.

Rick 21 år talade om att leva ett dubbelliv och beskrev det som, kompromissens väg för att överleva skoltiden, att dölja sin homosexuella identitet genom att manifesteras ett falskt heterosexuellt liv.

”Det finns ju beteende som folk påstår är homosexuella, att man är en liten fjolla och pratar på ett visst sätt. Så jag tänkte att då skall jag verkligen gå in för att ta en roll som heterosexuell. Jag tittade på en tjej en gång i parallellklassen som jag tyckte att hon hade nog passat bra som ett val, en tjej som jag hade kunnat vara ihop med ifall jag hade varit heterosexuell, så jag tänkte att jag skall nog göra så att jag lurar hela skolan att tro att jag gillar henne [...]. Hur som helst så började alla på skolan verkligen få för sig att jag var kär i henne och dom trodde verkligen på det. Men det dröjde inte speciellt länge förrän hon började liksom bli arg på mig, - "alltså du får nog lägga ner dina tankar om mig för jag känner ingenting för dig, du är bara min kompis, ingenting mer". Men jag fortsatte mitt skådespeleri och låtsades vara kär i henne. Så gick vi ut nian och då bröt jag kontakten med i princip alla därifrån.”

5.1.5 Psykisk skörhet

Sju av tio av ungdomarna (70 %) har berättat om generella orsaker som inte är direkt kopplat till identiteten, som prestationsångest, nedstämdhet, dåligt självförtroende, framtidsoro och olycklig kärlek, men också konkreta händelser som en kusins oväntade död eller psykisk skörhet i familjen.

Nils 17 år berättade om första gången han fick suicidtankar:

”Första gången var nog, alltså på ett större allvar, det var nog när min kusin dog...i...ja -07 dog han. Det var väldigt tragiskt. Dels för att han och min äkta bror, dom var som bröder dom två. Dom gjorde allting tillsammans. Så det värsta var ju dels det, dels det här med död var ju extremt jobbigt. Fast ändå, när jag fick se min bror, när han...första gången han fick meddelandet då (att kusinen var död)...ja, det var det som förstörde mig mest.”

Elsa 17 år som har en alkoholiserad och våldsam pappa

”Alltså jag har ju typ förträngt det men jag kommer inte riktigt ihåg men det var bråk och skit. Jag orkade inte med det. Jag hade ju tänkt på det långt innan och så. Och sen så föll det sig naturligt. Jag bara gick till skåpet och plockade ut tabletter och svalde dom och bara, ena sekunden var dom i min hand och så hade jag svält dom.”

5.1.6 Inkompetenta professionella

Fem av tio ungdomar (50 %) har mött *Inkompetenta skolsköterskor/kuratorer* som undvikit frågorna om sexuell läggning och inte kunnat hänvisa till någon korrekt instans även om ungdomen explicit frågat om var det finns hbt-kunskap. Det har till exempel ordnats så kallade *Familjemöten* där de kallat in föräldrar till möten, emot ungdomens önskan och ibland innan de kommit ut och i något fall har de professionella helt undvikit vad situationen verkligen handlat om.

Elsa, 17 år, fortsätter att berätta:

J: Har du någon psykiatrikontakt nu som håller i din medicinering eller hur får du medicin utskriven? E: Medicin utskriven, alltså det är väl läkaren på BUP liksom. När jag behöver mer medicin så ringer mamma och "vi behöver mer medicin". J: Så du har ingen kontakt nu? E: Nej. Vare sig psykiater eller psykolog? Nej. J: För att dom inte har ringt upp dig? E: Mm. Och jag har liksom.....alltså....grejen var att den sista gången jag var där så sa jag att jag var bisexuell. Jag trodde ett tag att det var över det. J: Vad menar du med det? Att dom kanske inte ville liksom...att dom kanske inte förstod sig på det och därför inte liksom kunde hjälpa mig om det var att jag mådde dåligt över att vara bisexuell. Alltså jag trodde det men jag vet ju inte. J: Du funderar lite kring det? Ja jag funderade kring det...Ja. Jag tyckte ju bara att alla samtal såg

likadana ut och så berättade jag att jag var bi och så bara... fick man inget mer samtal liksom”.

5. 2. Skyddande faktorer

Sammanlagt identifierades sju teman som skyddande faktorer. Här är det ofta i kombination med flera teman som ungdomarna fått självförtroende, trygghet och styrka av att vilja leva. I berättelserna om ”räddarna”, de som hjälpt ungdomarna, skedde det en märkbar förändring i ungdomarnas sätt att tala, men också i kroppsspråket, från ett mer spänt läge till ett helt avslappnat tryggt läge. De berättade också betydligt mer detaljrikt kring vad som hjälpt dem än om vad som gjort dem illa.

5.2.1 Vänner

Alla tio ungdomarna lyfte fram sina vänner som ett av de viktigaste skälen till att orka leva, känna sig sedd och förstådd. Några pekade ut det speciellt viktiga i att kunna identifiera sig med någon annan som är hbt-person och gått med i hbt-organisationer eller på annat sätt fått vänner i hbt-världen. Ungdomarna berättade om hur de blivit mer sociala och träffat fler vänner både på nätet och på riktigt och då börjat må bättre.

Per 17 år berättar:

”Hon kände igen mig i sig och jag kände igen mig i henne men hon var fortfarande "whatever, jag är kvinna som gillar kvinnor, så är det". Så hon drog med mig på Pride. Och det var ju en helt ny upplevelse för mig, för då var det plötsligt tiotusentals människor som hyllade mig för den jag var, eller ja inte bara mig men det kändes så när jag var där. Jag gick där och bara...okej, det här var rätt stort. Så jag kände att nu kan jag inte bara säga nej till alla utan det är ju såhär. Så jag får ta och gå vidare med det här och utveckla mig själv.”

Lea 18 år som blivit svårt utsatt i skolan hittade en fristad i en tjejgrupp i högstadiet:

”...så var jag med i en tjejgrupp som är bara för tjejer och det var så jätteskönt att komma någonstans där man kan säga precis vad fan man vill utan att det kommer ut någon annanstans”

5.2.2 Familjen

Sju av tio ungdomar (70 %) talade om vikten av att ha medlemmar i familjenätverket som kan stötta ens egen självkänsla, men också om att vara som ett stöd mot avvisande föräldrar och

syskon eller övriga vuxenvärlden är betydande. *Mormor, moster, syster och mamma* och i ett fall *pappa* nämndes som helt avgörande för att få kraft och mod.

Sam 22 år berättade om sin mormors konkreta hjälp

”Så sa hon :”Så ska man ansöka om inackorderingstillägg från kommunen” och sådär. Så lade hon upp en kalkyl för mig och sa att: ”Vi kan lösa det här tillsammans”. Hon sa så här också: ”Jag tycker också att det är på tiden att du gör dig självständig”.

5.2.3 Skolvärlden

För sju av tio ungdomar (70 %) är det från skolan de har fått hjälp. Det är *rektor, mentor, lärare* i fyra av tio berättelser (40 %) och *skolsköterska, kurator* i fyra av berättelserna (40 %). Bara i ett fall hade ungdomen pratat både med skolpersonal och även skolhälsopersonal. Att bli sedd och framförallt lyssnad på, av professionella betonas som extra viktigt av ungdomarna.

Elsa 17 år berättar:

”Men annars, när jag gick i 9:an så hade jag en jättebra lärare och hennes dotter är lesbisk och sedan så pratade jag jättemycket med henne. Alltså hon var ett jättestort stöd för mig och det var jättebra. Så vi pratade ju inte bara om hbt, vi pratade ju om allt och hon var verkligen jättebra. Hon fanns verkligen där för mig och såg mig och liksom... Hon var liksom, ett jättestort stöd och det var bra.”

5.2.4 Andra professionella

Åtta av tio ungdomar (80 %) har haft kontakter med hjälpinstanter utanför skolvärlden varav två av dessa har fått hjälp från både skolan och utanför. Återkommande var att när professionella, som personal på BUP eller en Ungdomsmottagning,

- a) verkligen var intresserade och hade förmågan att lyssna och sätta sig in i deras liv och
- b) inte bara fokuserade på hbt-identiteten
- c) eller enbart fokuserade på något annat som till exempel missbruk i familjen, och
- d) inte reagerade med alltför snabba interventioner

så upplevde ungdomen att de får eller fått bra hjälp. Ungdomarna underströk vikten av att kunna lita på dessa personer, att de har sekretess och att de har kunskap. Med kunskap menades här att:

- De ska *"kunna identifiera sig och analysera problem och veta hur man ska kunna lösa sociala situationer."*
- Att de *"... först och främst skulle ha sagt att det var fullt normalt att känna det jag kände, att det inte var något fel."*
- Att de ska säga *"hang in there"*.
- Att de kan ge en diagnos om det behövas. *"Ja alltså jag tycker det känns bra för mig."*
- Att *"...man behandlar alla andra, med respekt, med ödmjukhet, med kärlek helt enkelt.."*

Lisa 18 år berättar

"Jag går ju hos Ungdomsmottagningen, en gång i veckan, för att dom ska kolla läget lite på mig. Så hon är jättebra. Och hon ställer personliga frågor för hon kommer ihåg allting jag säger, att hon frågar hur det är med min mamma och hon frågar hur det är hemma och lite mer personligt istället för att bara gå rakt på sak "hur mår du idag?". Alltså det är, visst det är en viktig fråga också men ja hon ställer bra frågor. Hon förstår mig mera känns det som om hur jag är."

5.2.5 Internet

I intervjuerna omnämnde bara två av tio (20 %) av ungdomarna spontant att de använde internet. Det var först när frågan ställdes direkt som svaren kom. Internet var inte det första de tänkte på kring vad som varit en hjälp till ett bättre liv. De hade en ambivalent inställning till internet. Sju av tio (70 %) berättade om internet som en plats där de kom i kontakt med andra i hbt-världen, fick information och löste skoluppgifter. Tre av ungdomarna (30 %) har använt internet direkt i frågor om sitt mående för att få svar på frågor till exempel om medicin och suicidmottagningar. Men i materialet framkom flera baksidor med internet; "inspirerande" hemsidor om suicid, ätstörningar och att skära sig. Alla de fem unga männen och två av de

unga kvinnorna talade om hur de tycker det jobbigt är med äldre män som gör sexuella anspelningar. Ungdomarna var medvetna och kritiska till detta.

5.2.6 Bli oberoende

Att bli 18 år och oberoende av föräldrarna och att *Flytta hemifrån*, *Tjäna egna pengar/jobba*, och *Bestämma själv* var berättelser som gällde för de som flyttat hemifrån och var äldre, två av tio (20 %), och vad som hjälpt dem. Tre (30 %) av de yngre ungdomarna talade istället om betydelsen av att klara av studierna och att hitta utrymmen där de kan *Vara lite för sig själv*, som en del i sitt oberoende.

5.2.7 Fritidsintressen

Intressen av olika slag berättas om av alla ungdomarna såsom musik, teater, dans eller idrott. De talade också om att involvera sig tillsammans med andra i politik eller att resa. Någon hade sitt husdjur som den de har litat mest på. De pekade också på hur viktig den känslomässiga inställningen är: att *Tänka på annat* och *Lägga idioter bakom sig*. Men också att det är viktigt att *Våga visa vad man känner*.

Sam 22 år har tränat judo från tidig ålder och berättar vad den betytt för honom:

”Jag ville aldrig visa hur jag mår ut dit för att judon har varit lite som en fristad att kunna få göra helt andra saker och inte behöva tänka på hur man har det hemma eller om jag hade ångest eller sådär. Det var ett sätt att på något sätt komma undan lite. Så det var också skönt för då var det bara judon som gällde liksom.”

5.3 Ungdomarnas råd

Det ungdomarna gav som konkreta råd till andra hbt-ungdomar som inte orkar eller vill fortsätta leva visar på att de inte har en större tillit till omvärlden. De hänvisade till en slags egen inre styrka, att vara självförsörjande: *Tänk om. Hitta något mål i livet, Alltså försöka tänka positivt, för det blir bättre men det är väldigt svårt att se att det blir bättre när man väl är där, Ge livet en chans, Hitta någonting som man kan klamra sig fast vid, Stå på dig, var stark. Men de sa också: Håll inte tyst, Tappa inte bort dina nära och kära, Det finns faktiskt folk som älskar en.*

5.4 Suicidal kommunikation - hur har de berättat?

Samtliga tio ungdomar har haft/ har suicidtankar och planer bakom sig. En av delarna som undersökts är hur, på vilket sätt och till vem de har kommunicerat detta. Endast en av ungdomarna har berättat allt och bara för vänner. De som berättat något men inte allt hade också pratat med vänner.

Maria 19 år

”Med dom närmaste vännerna har jag pratat med det om. Jag har berättat precis som det är för jag tycker att, om ifall jag inte berättar allt varför skall jag berätta någonting och jag vet att mina vänner förstår. Jag tycker att dom har gett mig tröst och stöd och jag vet att dom finns där alltid.”

Det ungdomarna sagt eller skrivit har inte alltid varit klart och tydligt och har ibland varit mer som ett konstaterande, inte direkt hjälpsökande. Det har funnits med en rädsla för att ställa till besvär. Ofta har den suicidala kommunikationen varit indirekt exempelvis genom att ungdomen på ett minimerande eller normaliserande sätt talat om vad de känner. Därtill har ungdomarna inte själva varit fullt medvetna om att de har signalerat suicidavsikt.

Elsa 17 år

”Ingen. Nej, jag har ju typ skämts över det och så. Så jag har inte pratat med någon om det egentligen. Alltså... det känns ju lite konstigt för att....det är inget...alltså jag har ju pratat med min bästa vän typ. Har jag, "jag har försökt ta livet av mig, bara så att du vet". Typ, sådär”.

I två fall är det professionella de har pratat med. Dessa ungdomar har känt sig pressade och inte velat involvera människor i den privata sfären av rädsla för att återigen, vara till besvär.

Per 17 år berättar

”Men ibland känns det som att jag kan inte bara lasta över allt på mina kompisar så det är därför jag har berättat väldigt mycket för min beteendevetare och vi arbetar med allting i stort sett och det känns så bra”.

Tre (30 %) av ungdomarna berättade att de meddelat sig via skolarbeten som exempelvis uppsatser. Där skrev de hur de mådde och att de inte ville leva. Två hade fått tillbaka sina

arbeten utan att läraren reagerat, men för Rick innebar det direkt hjälp, läraren tog honom på allvar och hjälpte honom.

Rick 21 år

”Och det var just dom första självmordtankarna som var dom värsta. Då hade jag ingen kunskap kring det, trodde att jag var helt ensam om det och jag visste inte vad jag skulle göra och jag trodde att jag var tvungen att göra det, jag ville inte göra det, det är oftast så att jag inte gör det. Jag har liksom inga självmordstankar för att jag vill ta livet av mig själv utan för att jag känner att jag måste, jag har inget val. ... Den jag vände mig till var faktiskt min lärare ... det är väldigt viktigt att vara personlig om man skall lämna in ett prov, en uppsats eller vad som helst och jag berättade faktiskt om mina självmordstankar och mina destruktiva tankar och var väldigt öppen med det.”

5.5 Vad hindrade?

Fyra teman utkristalliserades utifrån frågan. Personerna runt omkring, främst vänner och familj omnämns som de som hindrat de flesta av ungdomarna från att suicidera, av kärlek eller att de är rädda att göra illa och ge andra skuld. Men känslorna av rädsla för smärta och döden har också hindrat den unge att gå vidare med sina suicidplaner. En person hade tur – efter att ha tagit en överdos med medicin vaknade hon tre dygn senare fortfarande ensam hemma.

5.5.1 Familjen

Sju av de tio (70 %) omnämnde familjen, partner, föräldrar, syskon, syskonbarn, mor- och farföräldrar och så vidare, till vad som hindrade ungdomen från att avsluta sitt liv. Två av ungdomarna blev konkret stoppade, föräldrarna har tagit dem till akuten. För andra finns det en rädsla för att ställa till besvär för familjen eller att ge dem skuld.

Tina 18 år berättar:

”Det är väl att familjen alltid funnits, att de alltid funnits även fast man kanske inte vill berätta allting för mamma eller så där så har dom alltid funnits ändå och dom har stoppat mig i tid. Och sedan så vänner, fast alla kanske inte har varit så jättenära vänner men dom har ändå lyssnat. Sedan att jag alltid har känt mig väldigt bekväm i det jag har gillat liksom så det har väl också stoppat

mig. Sedan rädslan också, man blir ju feg ändå, det finns ju ändå en leva att man vill göra så mycket i sitt liv och det finns ju också där så det stoppar väl också. Feg säger du? Ja, man vågar aldrig fullt ut liksom, för att döden är ändå skrämmande på något sätt.”

5.5.2 Vänner

Fem av de tio (50 %) sa att det var vännerna som stoppade dem. Två berättade om det viktiga i att komma ut, att träffa likasinnade och att det konkret räddat deras liv.

Nils 17 år berättar:

”Det är ett löfte jag har gett mig, Gud och mina nära och kära. Jag är rädd för att andra skulle ta livet av sig. För jag har många vänner som tackar mig väldigt mycket för att jag finns, för jag har varit där för dom. Om jag plötsligt själv skulle ta livet av mig, när jag har hindrat dem från att göra det, då tror jag att, ja då tror jag att dom skulle dö också på något vänster, antagligen göra det själv.”

5.5.3 Kärlek

Kärlek till en partner eller i fallet ovan Gud, omnämns av fyra personer (40 %) till varför de inte suiciderade.

5.5.4 Livsvilja

Tre av tio (30 %) uppgav *Viljan att leva, Så mycket att göra i livet, Allt*, som skäl att de inte tog sitt liv. Under temat livsvilja finns mer svårdefinierade orsaker till att inte ta sitt liv. En inre kraft, motor, av livsuppehållande energi där ungdomen fått framtidsvisioner, men också försökt se vad som fanns i nuet som är bra.

Elsa 17 år berättar:

”Ville dö men sen så när jag hade svårt dom så ville jag inte längre. Jag vet inte, jag tänkte väl på allt bra som jag egentligen hade också, som jag inte ville förlora. Kan du berätta allt som är bra som du inte vill förlora? Min familj, som jag bor med. Kompisar, min hund. Skolan. Allt egentligen.”

5.6 Vilken hjälp behövs?

När intervjun kom hit fick berättelserna en ny energi, ungdomarna visade glädje och stolthet över att kunna ge andra hjälp. Flödet i samtalet blev märkbart förändrat till det positiva. De nämnde att först och främst tala med vänner och gärna någon som är hbt och gått igenom likadana upplevelser, sen vuxna de kan lita på och i sista hand professionella. Någon nämnde supportgrupp som ett bra sätt att få stöd.

Lea 18 år säger:

”Alltså det som jag ångrar mest av allting när jag mådde dåligt var att jag stängde in det i mig själv. Och jag tyckte synd om mig själv. Var självdestruktiv och så och jag känner att man blir bara mer och mer negativ om man sitter inne på sitt rum och speciellt på vintern liksom när allting är mörkt och man bara sitter inne på nätet och läser dumma grejor. Man ska helst försöka hitta vänner som man litar på eller folk som man litar på, eller om man ändå har en vän försöka att hjälpa varandra, så man inte är ensam... alltså jag ångrar inte att jag försökte ta livet av mig men jag ångrar mig ändå att jag... alltså jag är väldigt tacksam för att jag inte dog för att jag känner att jag har velat leva kvar ändå. Med tanke på hur mitt liv ser ut idag. För det var väldigt tungt för tre år sedan, det var det. Nej, man ska bara vara stolt för den man är. Att man är hbt, jag tycker man ska vara stolt över det. Jag tycker att det är ganska coolt att man är lite annorlunda, att man inte är som alla andra.”

Flera av ungdomarna talade om så kallade ”safe places” – platser där de känner sig trygga och säkra och där de kan bygga upp sitt självförtroende som till exempel klubblokalen, men också om hur man kan aktivera sig politiskt och att det kan vara en hjälp. Några nämnde internet, men sa att det ska vara en väldigt bra sida och att den inte behöver utge sig för att vara hbt-anknuten på något sätt. Återigen, det ska vara säkert och föräldrarna ska inte kunna ta reda på vad de gör.

6. DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

6.1.1 Metodval

En kvalitativ studie ger möjlighet att erhålla en djupare och mer nyanserad förståelse för de problemområden som kan finnas bland homo- och bisexuella ungdomar och för de åtgärder som kan förbättra ungdomarnas hälsosituation. Därutöver föreföll metoden som mest lämplig för att besvara frågeställningarna. En komplicerande faktor att beakta skulle kunna vara att intervjuaren själv är en välkänd hbt-person och därmed inte objektiv. Att ”go native”, att identifiera sig för starkt och därmed vara oförmögen att bevara ett begreppsligt och kritiskt avstånd till ungdomarnas berättelser är alltid en risk (Kvale & Brinkmann, 2009). En vetenskaplig fördel i denna studie kan vara att insiderkunskap och öppenhet istället har kunnat bidra till att ungdomarna känt sig fria att berätta om sina liv. En kritik av studier på detta område kvarstår, bland annat på grund av svårigheter gällande frågor som mäter suicidbeteende och definition av homo- och bisexualitet (Skegg et al., 2003). Men i denna studie ska vi inte leda något i bevis utan låta ungdomarna berätta utifrån sina upplevelser, deras subjektiva upplevelser.

6.1.2 Urval

När det bestämdes att studien skulle göras på ett så svårt ämne som ungdomars tankar om suicid var det viktigt att utforma den på så vis att resultatet blev jämförbart med andra studier. Därför valdes åldersgruppen 15-22 år. För att nå en så geografiskt stor bredd som möjligt blev internet en väg att nå ut. Begränsningen i detta är att inte alla unga har en egen dator eller vågar gå in på en internet-sajt i hemmet eller skolan. Genomslaget på att ha en banner på internet var så stort att det beslutades att den skulle tas bort efter fem dagar. Detta kan också ha begränsat urvalet, så att de yngre och transpersoner inte kom med. Av ren slump blev det en jämn könsfördelning på ungdomarna. Problemet med att få med de yngre var att vårdnadshavarnas tillstånd måste ges, då många inte kommit ut för dessa än.

6.2 Resultatdiskussion

Genom intervjuerna och ungdomarnas upplevelser framkommer ett komplicerat system av delar som tillsammans både har stjälpt och hjälpt ungdomarnas vilja att leva. När de internationella forskarna (Vanden Berghe et al., 2010; Hegna, 2007; Van Heering & Vincke, 2000; Dorais & Lajeunesse, 2004; D’Augelli et al., 2005; Eisenberg & Resnick, 2006)

identifierar och förutser de största riskerna för förekomsten av suicidbeteende och suicidrisker hos unga hbt-personer är det på de flesta punkter överensstämmande med resultaten i denna studie. Ungdomarna i denna studie uppgav sex olika områden som de upplevde var avgörande för sina suicidbeteenden;

Familjekonflikter och negativa reaktioner knutna till komma-ut-processen och där rädsla för verbalt och fysiskt våld omtalas. Det område som här kallas *identitetsförvirring och svårigheter att acceptera sin identitet*, att ha känslomässiga svårigheter att komma ut, så kallad internaliserad homofobi, är svår att koppla isär från området svag självkänsla och depressiva symptom. I flera av berättelserna här är kopplingen tydligare mellan depression och till exempel att ha en våldsam och alkoholiserad förälder, än depression och att ungdomen är homo- eller bisexuell. Konsekvensen av problemen i familjen bidrar till att ungdomen inte kommer ut på grund av rädsla och att risken då ökar för depressiva symptom.

Känslan och upplevelsen av utanförskap och utsatthet både i hemmet och också skolan. Ungdomarna talar här om utsattheten i skolan i form av våld, mobbing och hot med utgångspunkt i deras homo- och bisexuella identitet. Att de bryter heteronormen och inte känner att de passar in, varken ifråga om hur de till exempel uttrycker sig, klär sig och vem de blir förälskade i. Eisenberg & Resnick (2006) framhåller säkerhet i skolan och detta med säkerhet är något som de tio ungdomarna i den här studien också påtalar som viktigt, både i skolan som i hemmet.

Ungdomarna talar om *destruktiva vänskaper*, som kan handla om att förlora en vän eller att den tar avstånd och om att vänskaperna med andra homo- och bisexuella vänner inte utfaller väl. Ungdomarna talar om stressen kring detta och om hur vissa av dem stannat hemma från skolan till exempel och isolerat sig på grund av rädslor något som de själva berättar påverkat deras självkänsla. I övervägandet mellan att vara öppen eller dölja sin sexuella läggning så har ungdomarna här trots påfrestningarna valt att komma ut.

Inkompetenta professionella, det vill säga oförståelse och kränkningar ifrån den professionella vården/samt andra hjälpare och att deras behov blev förnekade eller missförstådda av omgivningen, var något de upplevde hade påverkat suicidbeteendena. De skyddande faktorer studiens ungdomar berättar om är på både makro som mikronivå. Alla tio ungdomarna lyfte fram sina *vänner* som ett av de viktigaste skälen till att orka leva, känna sig sedd och förstådd. NASP (2009) pekar på hur viktigt det är med bra relationer med

jämnåriga. Ungdomarna i denna studie talar också om hur viktigt det är att kunna identifiera sig med någon som är som de själva.

De flesta av ungdomarna nämnde också betydelsen av närhet och goda relationer till *familjen* som viktig. Just närhet till familjen tas upp i den internationella forskningen som visar att homo- och bisexuella ungdomar med nära familjkontakter hade hälften så mycket suicidtankar som de som hade sämre kontakt med familjen (Eisenberg & Resnick, 2006). Också betydelsen av goda relationer till andra vuxna än föräldrarna och familj är viktig. De flesta av ungdomarna, sju stycken, hade sökt vuxenstöd i *skolan*, såsom lärare. Men endast fyra av dem hade haft kontakt med *skolhälsovården*. Bara i ett fall hade ungdomen pratat både med skolpersonal och också skolhälsopersonal.

Annat vuxet omhändertagande och överhuvudtaget goda relationer till andra vuxna än föräldrarna, uppgav åtta av tio ungdomar att de sökt upp utanför skolans vård. Framförallt nämndes BUP och Ungdomsmottagningarna. Ungdomarna underströk vikten av att kunna lita på dessa personer, att de har sekretess och kunskap. Viktigt att notera är att endast två av de tio sa att de explicit berättat om sina suicidplaner för professionella personer.

Att bli 18 år och oberoende av föräldrarna och att *få möjligheten till egen bostad och få arbete* eller *påbörja studier på annan ort* talades det om av de lite äldre deltagarna. De yngre informanterna talade istället om betydelsen av att klara av studierna och att hitta utrymmen där de kunde vara ifred från föräldrarna, som en del i sitt oberoende. Detta är helt överensstämmande med NASP:s forskning kring skyddande faktorer.

I studien ville vi se om internet var en skyddande faktor för ungdomarna och svaret blev både ja och nej. Internet var inte det första de tänkte på kring vad som varit en hjälp till ett bättre liv. Bara tre av ungdomarna hade använt internet direkt i frågor om sitt mående för att få svar på frågor till exempel om medicin och suicidmottagningar. Andra talade om att nätet var en plats där de utsatts för äldre personer som gjort sexuella anspelningar.

NASP:s forskning talar om vikten av möjlighet till fysiska och kulturella aktiviteter och i denna studie berättade alla ungdomarna om *fritidsintressen* såsom musik, teater, dans, idrott, husdjur och politik som avgörande anledningar till att tänka på annat, visa vad de känner och få självförtroende. Detta ger en god grund för en bra livsstil när det gäller kost, motion, sömn, alkohol och rökning (NASP, 2009).

Ett område som undersöktes var vad som verkligen stoppade ungdomarna från att suicidera. Frågan var direkt och handlade om den sekund då de bestämde sig. Ungdomarna uppgav att det som hindrade dem att suicidera var tankar på i första hand vänner, i andra hand familjen. Antingen utifrån kärlek eller att de var rädda att göra illa och ge andra skuld. Också rädsla för smärta och oro för döden hindrade ungdomarna att gå vidare med sina suicidplaner. NASP (2009) talar om den kommunikativa förmågan som en skyddande faktor. Ungdomarna uttryckte själva att de *inte* har kommunicerat hur de mår. Återigen endast två av de tio sa att de explicit berättat om sina suicidplaner för professionella. Denna studie påstår jag dock visar att ungdomarna *har kommunicerat* sitt dåliga mående klart och tydligt till vänner, familjemedlemmar, skolkuratorer, skolsköterskor, BUP med flera, men att de flesta av ungdomarna upplevde att de inte har blivit hörda. Det finns således en diskrepans mellan vad de säger sig uttrycka till andra, deras självuppfattning, och vad de berättar om under intervjun. Möter den unge någon professionell ska både det manifesta som latent materialet tas omhand. Är det möjligtvis så att om ungdomarna inte blivit lyssnade på så uppfattar de det som att de inte har sagt något? Eller är det så att man inte tagit deras ord på allvar? ”*Om man lyssnar på vad en ung människa säger så kan det låta bagatellartat i ens öron...*” (Prof. Britta Alin-Åkerman, NASP, Västerbottenkuriren, s.9, 100305) Det finns en tendens att ungdomarna hellre lägger skulden på sig själv än på den som de har pratat/kommunicerat med. Detta område behöver utforskas än mer men redan via dessa tio ungdomar har vi fått en ny kunskap om hur de berättar. Denna kunskap behövs för att förbättra det professionella omhändertagandet.

För att förbättra möjligheten till suicidprevention, men även förstå mer av vad som utgör de utlösande faktorerna, berättade alla ungdomarna om sambanden mellan den homo- och bisexuella identiteten och självskadebeteenden, depression, våldsutsatthet och mobbingssituationer i skolan, familjen och resten av omvärlden. De som gjort suicidförsök betonade att vårdpersonal behöver förstå mer. Ungdomarna sa: ”*Att hitta rätt person att prata med är avgörande*”. Detta är ett bekymmersamt konstaterande. Det ska inte vara upp till den unge att först och främst själv hitta någon och dessutom den rätte. Istället ska det vara lätt att hitta hjälp och den ska vara adekvat oavsett vilken professionell/vuxen den unge än pratar med.

Ungdomarna hade många förslag på hur de tyckte andra i samma situation skulle fått hjälp – indirekt handlade detta område också om vad de själva hade behövt för hjälp. De sa: ”*Tala*

först och främst med vänner och gärna någon som är hbt och gått igenom likadana upplevelser, sedan vuxna du kan lita på och i sista hand professionella". Någon nämnde supportgrupp som ett bra sätt att få stöd. Internet och så kallade säkra platser utan föräldrarnas insyn var det flera ungdomar som talade om. Att när de just är i början av sin komma-ut-process får stöd och bekräftelse att vara sig själva. Ungdomarnas förslag och råd här är vad forskarna i England sett kan hindra hbt-ungdomar från att suicidera (Scourfield, Moen K, McDermott, 2008). Men till skillnad från de engelska forskarna menar ungdomarna här att det inte är föräldrarna som är viktigast utan vännerna och andra vuxna än föräldrarna, sådana de kan lita på. Detta har inte gått att verifiera med annan forskning, i vilken den goda relationen till föräldrarna brukar lyftas fram som viktigast.

6.2.1 Familjeparadoxen

Det är inte familjen som ungdomarna i huvudsak kommunicerar sina suicidtankar till. Det är inte familjen studiens ungdomar rekommenderar andra ungdomar att prata med när de mår dåligt. Samtidigt är det just tanken på familjen som ungdomarna uppger som det som hindrar dem från att suicidera. De som gör livet svårt för hälften av studiens ungdomar är samtidigt de som ungdomarna har hopp om ska älska och ta hand om dem. Detta är en mycket komplicerad förutsättning att som professionell arbeta utifrån. Hur mycket och på vilket sätt kan familjen involveras när ungdomen inte har stöd hemma?

6.2.2 Vännerna

Vännerna pratar ungdomarna med och stannar i livet för. De sätter vänner, som de kan lita på, högt och det är dessa de rekommenderar andra hbt- ungdomar med suicidtankar/planer att prata med. Inte sällan påpekas vikten av att "de vet vad man går igenom". Hur kan professionella vara ett stöd för alla dessa vänner som ofta bär på hemligheter som de gett löfte om att inte avslöja? Hur ska vännerna fås att förstå att liv går före vänskap och att de ska bryta det tystnadslöfte de gett? Vänskapen verkar ofta gå före bevarandet av liv.

6.2.3 Vården

Lärare, skolhälsovården och primärvården är en avgörande arena för det stöd som familjen inte kan uppåda, både gällande eleven som har suicidala beteenden men även för vännerna runt omkring. Sju av de tio hade talat med någon i skolan, åtta av tio hade haft eller har kontakt med professionella utanför skolan. Många har haft kontakt med vårdgivare men bara ett litet antal hade känt sig lyssnade på. Det framstår som märkligt att de olika instanserna jobbat med ungdomen sida vid sida ovetande om varandra. Bara en ungdom nämnde

förekomsten av ett samarbete mellan lärare och skolhälsovården. Studien visar också att de professionella insatserna för homo- och bisexuella ungdomar kommer in sent först när allt annat är uttömt, så som vännernas resurser. Det är flera steg som behöver förbättras i vården av unga berättar studiens ungdomar:

- Tilliten till professionella måste förbättras. Här behövs mer information till ungdomarna vart de kan få hjälp och vilken hjälp de kan få. *”Homo- och bisexuella ungdomar ska känna sig välkomna på mottagningen så att det finns affischer och broschyrer som inte är enbart heteronormativa, utan även tar upp andra levnadssätt”*. (Sekora, 2004). Vikten av andra praktiska förändringar som att använda ett könsneutralt språk poängteras.
- Kunskapen behöver höjas för att identifiera depressions- och suicidbeteenden och att speciell hänsyn tas till att homo- och bisexuella ungdomar är en utsatt grupp.
- Kunskapen behöver bli bättre på att uppnå ett ändamålsenligt omhändertagande oavsett sexuell läggning och/eller könsidentitet och att den kunskap som nu finns på området tas in i det kliniska arbetet, så att professionella ska våga ställa frågor om sexuell läggning och kön. För detta krävs en ökad medvetenheten om den yrkesmässiges egna attityder och fördomar.

Precis som med ungdomarna verkar professionella ta ett för stort eget ansvar. De arbetar ensamma och inte i team och på så vis sanktionerar hemlighetsmakeriet kring suicid. Återigen, studiens ungdomar hade bara i ett fall kommit i kontakt med både lärare och skolhälsopersonal, trots att det som de kommunicerade var något så allvarligt som suicidbeteende. Ungdomarna pekar på vikten av sekretess, vilken inte behöver brytas för att fler personer ska kunna hjälpa till. Att ge ungdomen fler personer som hon/han/hen kan få stöd av visar på att professionella tar deras problematik på riktigt allvar. Det kan hjälpa till att bryta tabu kring suicid.

6.2.4 Det behövs mer forskning

Genomgången forskning tillsammans med denna studie visar att det stora antalet homo- och bisexuella ungdomar som drabbas av psykisk ohälsa utgör ett folkhälsoproblem. Tillräcklig kunskap om vilka professionella hjälpinsatser som kan motverka ohälsa och suicidhandlingar på lång och kort sikt saknas. Genom att den här studiens djupintervjuer av tio homo- och bisexuella ungdomar med erfarenhet av egen suicidalitet, har det skapats ett underlag för

framtagande av ett frågeformulär som i ett senare skede kan användas för en webbaserad nationell och internationell undersökning av hbt- ungdomars erfarenheter. Vikten av att göra en studie speciellt av transungdomar är hög, oavsett sexuell läggning men med hänsyn till att: ”Så många som varannan transperson i undersökningen uppgav att de någon gång övervägt att ta sitt eget liv och i gruppen 16–29 år är andelen som övervägt att ta sitt liv 65 %”. (Ungdomsstyrelsen 2010:2, s.39). Forskningen har hittills inte tagit hänsyn till transungdomars sexuella läggning, vilket är märkligt när vi vet vilka skillnader det är för personer som inte har en transidentitet.

Hypotesen som bör prövas i en huvudstudie är: *Ett förbättrat professionellt omhändertagande i anslutning till suicidhandlingar förbättrar möjligheten till återhämtning och minskar risken för nya suicidhandlingar och psykisk ohälsa på lång sikt.* Målsättningen skulle kunna vara att definiera en klinisk praxis som minskar risken för homo- och bisexuella samt transungdomars psykiska ohälsa.

Information som fångas upp kan skapa underlag för ett mer systematiskt suicidpreventivt arbete i denna grupp. Ungdomarnas egna erfarenheter kommer att visa vilka professionella insatser som är verksamma och för vem. Omhändertagandet kan därmed effektiviseras och resultera i minskad psykisk ohälsa och sjukdom på lång sikt. Tidigare studier med liknande design har visat att de empiriskt grundade resultaten varit efterfrågade och av direkt betydelse för den kliniska verksamheten.

REFERENSER

Abelson J, Lambevski S, Crawford J et al. (2006) *Factors associated with R20 ;feeling suicidal R21;: The role of sexual identity*. J Homosex 2006;51:59-80.

Ahlin A, Gäredal M (2009) ”*Effekter av heteronormen – En studie om utsatthet för sexuella övergrepp, sexuell gränssättning samt utsatthet för hatbrott bland unga hbt-personer*. RFSL Ungdom.

Bohman L (1995) *Man och man emellan*. Stockholm: Natur och Kultur.

Clements-Nolle K, Marx R, Katz M (1992) *Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization*. J Homosex. 2006;51(3):53-69.

Coleman (1982) *Developmental Stages of the Coming-Out Process American Behavioral Scientist.*; 25: 469-482.

D’Augelli AR, Hershberger SL, Pilkington NW (2001) *Suicidality patterns and sexual orientation- related factors among lesbian, gay and bisexual youths*, The American association of suicidology, 250-264.

D’Augelli AR (2002) *Mental health problems among lesbian, gay and bisexual youths ages 14 to 21*. Clin child psycho Psychiatry; 2002; 7: 433.

D’Augelli AR, Grossman AH, Salter PN, Vasey JJ, Starks TM, Sinclair K (2005) *Predicting the suicide attempts of lesbian, gay and bisexual youth*, The American association of suicidology, 646-660.

Dorais M, Lajeunesse SL (2004) *Dead boys can’t dance. Sexual orientation, masculinity and suicide* McGill-Queen’s University Press.

de Graaf R, Sandfort TG, ten Have M (2006) *Suicidality and sexual orientation: Differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands*. Arch Sex Behav :253-262.

Downe-Wamboldt B (1992) *Content analysis: method, applications, and issues*. Health Care for Women International, 13(3), 313-321.

- Eisenberg ME, Resnick, M D (2006) *Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: The role of protective factors. Journal of Adolescent Health, 39(5), 662-668.*
- Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL (1999) Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry, Oct, 56(10), 876-880.*
- Fitzpatrick KK, Euton SJ, Jones J N, Schmidt, NB (2005) *Gender role, sexual orientation and suicide risk. Journal of Affective Disorders, 87(1), 35-42.*
- Fundberg J (2003) *Kom igen gubbar! Om pojkfotboll och maskuliniteter.* Stockholm: Carlsson.
- Garofolo R, Wolf RC, Wissow LS, Woods ER, Goodman E (1999) *Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. Archives of Pediatric Adolescent Medicine, May, 153(5), 487-493.*
- Garofolo R, Katz E (2001) *Health care issues of gay and lesbian youth. Pediatrics, Aug, 13(4), 298-302.*
- Graneheim UH, Lundman B (2004) *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today, 24(2), 105-112.*
- Grossman AH, D'Augelli AR (2006) *Transgender youth. Journal of Homosexuality, 51:1, 111-128.*
- Grossman AH, D'Augelli AR (2007) *Transgender youth and life-threatening behaviors. Suicide Life Threat Behav.;37(5):527-37. PMID: 17967119 [PubMed - indexed for MEDLINE] Related articles.*
- Hanner H (2002) *Psykisk hälsa och ohälsa hos ungdomar 16-24 år som attraheras av personer av sitt eget kön: en enkätundersökning. Psykologexamensarbete. Stockholm: Psykologiska Institutionen, Stockholms universitet.*
- Hawton K, Arensman E, Wasserman D (1997) *Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe, Journal of Epidemiological Community Health 1998;52: 191-194.*

Hegna K, Kristiansen, HW, Ulstein Moseng B (1999) *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn*. NOVA Rapport 1/1999. Norge: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Hegna K (2001) Höyere forekomst av selvmordforsök blant homofile ungdommer? *Tidskrift Nor Laegeforen*, 121(9), 1100-1102.

Hegna K (2007) *Homo? Betydningen av seksuell erfaring, tiltrekning og identitet for selvmordsforsök og rusmidlerbruk blant ungdom*. NOVA. Rapport 01/07.

Hershberger SL, D'Augelli AR (1995) *The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths*. *Developmental Psychology*, 31(1), 65-74.

Hershberger SL, Pilkington NW, D'Augelli AR (1997) *Predictors of suicide attempts among gay, lesbian, and bisexual youth*. *Journal of Adolescent Research*, 12(4), 477-497.

HomO, Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning, 2007) *Yttrande över Förslag till nationellt program för suicidprevention*. Socialdepartementet.

Hultén A (2000) *Suicidal behaviour in children and Adolescents in Sweden and some European countries. Epidemiological and clinical aspects*. Thesis, Karolinska Institutet, Stockholm.

Karolinska Institutets tidskrift *Medicinsk Vetenskap* nr. 4, 2009.

Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2009:22 *Själv mord i Stockholms län och Sverige 1980 – 2007*, författare Guo-Xin Jiang, Birgitta Floderus, Danuta Wasserman, NASP.

Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2009:23 *Själv mordsforsök i Stockholms län och Sverige 1987 – 2007*, författare Guo-Xin Jiang, Birgitta Floderus, Danuta Wasserman, NASP.

Kvale S, Brinkmann S (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur AB.

Lazear K, Fisher SK (2010) *Reducing mental health disparities for children and youth who are lesbian, gay, bisexual, transgendered, questioning, intersex, 2-spirit (LGBTQ12-S) and*

their families: Research findings and best practices. Research & Policy conference, Child & family studies. University of South Florida. Föredrag den 8 mars 2010.

Lebson M (2002) *Suicide among homosexual youth*. Journal of Homosexuality, 42(4), 107-117.

Lester D (2006) *Sexual orientation and suicidal behavior*. Psychol Rep.;99(3):923-4.

Lindholm M (2003) *Dubbettiv – reflektioner om döljande och öppenhet*. Ystad: Kabusa Böcker.

Massachusetts Department of Education. (2006b). *Suicidality and self-inflicted injury*. In *Massachusetts Department of Education, 2005 Massachusetts Youth Risk Behavior Survey results*. Malden, MA: Author. Retrieved November 1, 2007
<http://www.doe.mass.edu/cnp/hprograms/yrbs/05/ch6.doc>

Mathy M, Cochran DS, Olsen J, Mays VM (2009) *The association between relationship markers of sexual orientation and suicide: Denmark, 1990-2001*. Soc. Psychiat Epidemiol.

Mays VM, Cochran S (2001) *Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay and bisexual adults in the United States*, American journal of public health, 91(11): 1869-1876

McDermott E, Roen K, Scourfield J (2008) *Avoiding shame: young LGBT people, homophobia and selfdestructive behaviors*. Routledge. Culture, Health and Sexuality, 10:8, 815-829

NASP; Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. (2006) *Förslag till nationellt program för suicidprevention – strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan*.

NASP, Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. (2010). *Att förebygga självmord och självmordsförsök hos skolelever*. Stockholm: Edita Ljunglöfs AB. NASPs hemsida
<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=28731&l=sv>

National Strategy for Suicide prevention: *Goals and objectivities for action*. Summary.
<http://store.samhsa.gov/product/SMA08-3518>

Nyberg U, föreläsning: "*Suicid och depression*" Stockholms Norra psykiatri. Affektivt centrum 081022.

Osbeck, C, Holm AS, Wernersson I (2003) *Kränkningar i skolan: Förekomst, former och sammanhang*. Värdegrunden rapport 5. Göteborgs universitet.

Patton MQ (1990) *Qualitative evaluation and research methods*. London: Newbury Park, Calif.

Proctor CD, Groze VK (1994) *Risk factors for suicide among gay, lesbian, and bisexual youths*. Social Work, 39(5), 504-513.

Reinhard K (2001) *Psykisk ohälsa och självmordsbeteende bland homo- och bisexuella ungdomar*. Magisteruppsats i folkhälsovetenskap, rapportserie 2001: 36. Umeå: Umeå universitet.

Röndahl G (2004) *Homosexuell vårdpersonal i heteronormativ vårdmiljö*. Uppsala: Uppsala Universitet.

SPRC, Suicide prevention resource center (2008), *Suicide risk and prevention for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth*, Newton, MA, Education Development Center, inc.
www.sprc.org/library/SPRC_LGBT_Youth.pdf

Safren SA, Heimberg RG (1999) *Depression, hopelessness, suicidality, and related factors in sexual minority and heterosexual adolescents*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Dec, 67(6), 859-866.

Scourfield J, Roen K, McDermott L (2008) *Lesbian, gay, bisexual and transgender young people's experiences of distress: resilience, ambivalence and self-destructive behavior*. Health Soc Care Community ;16(3):329-36.

Sekora M (2004) *Homo-, bi och transsexuella ungdomar. – Förslag till åtgärder för att förbättra den psykiska, fysiska och sociala hälsan*. Statens folkhälsoinstitut

Silenzio VM, Pena JB, Duberstein PR, Cerel J, Knox KL (2007) *Sexual orientation and risk factors for suicidal ideation and suicide attempts among adolescents and young adults*. Am J Public Health. 2007 Nov; 97(11):2017-9. Epub

Skegg K, Naa-Raja,S, Dickinson N, Williams S (2003) *Sexual orientation and self-harm in men and women*. American Journal of Psychiatry, Mar 160(3), 541-546

Statens folkhälsoinstitut. *Hälsa på lika villkor R11; hälsa och livsvillkor bland hbt-personer*, 2006.

Statens folkhälsoinstitut. Winzer, Boström. *Psykisk ohälsa, självmordstankar och självmordsförsök bland homosexuella, bisexuella och transpersoner (hbt) resultat från två svenska undersökningar*. Suicidologi 2007, årg 12, nr 1.

Statens folkhälsoinstitut. Larsson S, Lilja J och Fossum B i samarbete med Bergström-Walan MB, Berg M. *Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa*. R 2008:25. www.fhi.se

Statens folkhälsoinstitut. *Livsvillkor och hälsa bland unga homo – och bisexuella – resultat från nationella folkhälsoenkäten*. Rapport 2009. www.fhi.se

Tiby E (1999) *Hatbrott? Homosexuella kvinnors och mäns berättelse om utsatthet för brott*. Avhandlingsserie Nr 1. Stockholm: Kriminologiska institutionen, Stockholms Universitet.

Tiby E, A Sörberg (2006) *En studie av homofoba brott i Sverige*, Forum för levande historia

Ulstein Moseng B *Vold mot lesbiske og homofile tenåringer*. NOVA. Rapport 19/07.

Ungdomsstyrelsen (2010:2) *Hon, hen, han, en analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt unga transpersoner*. www.ungdomsstyrelsen.se

Van Heeringen C, Vincke J (2000) *Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: A study of prevalence and risk factors*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35(11), 494-499.

Vanden Berghe W, Dewaele A, Cox N, Vincke J(2010) *Minority-specific determinants of well-being among lesbian, gay and bisexual youth*. Journal of applied psychology, 401, pp.153-166

Wichström L, Hegna K (2003) *Sexual Orientation and Suicide Attempt: A longitudinal Study of the General Norwegian Adolescent Population*. *Journal of Abnormal Psychology*, Feb, 112(1), 144-151.

Bilagor

Bil.1 Internet

Banner och annons på Criuser QX och på RFSL Ungdoms hemsida. Samt alla RFSL-avdelningars hemsidor.

Banner

http://www.gedeon.net/banners/banner_Anneli.html

Bil.2 Annonser

Hej homo- och bisexuella ungdomar.

Jag arbetar som terapeut med inriktning på hbt-frågor. Nu skriver jag en D-uppsats i psykoterapi som ska handla om homo- och bisexuella ungdomars situation i Sverige. Min målsättning är att öka förståelsen för homo- och bisexuella ungdomars behov och förbättra omhändertagandet inom vården för denna grupp.

Jag behöver din hjälp för att ta reda på om det finns ett samband mellan självmordsbenägenhet och negativa erfarenheter som kan kopplas till hur din sexuella läggning/könsuttryck/identitet uppfattas.

Jag söker dig som bor i Sverige, som är mellan 15 och 22 år och som har erfarenhet suicidtankar/suicidförsök. Jag kommer att intervjua Dig om dina erfarenheter och vilken hjälp du har fått. Dina svar ska användas för att ta fram ett frågeformulär som riktar sig till homo- och bisexuella ungdomar.

Du är helt anonym och inga uppgifter som kan kopplas till din person kommer att publiceras.

Om du kan tänka dig att vara med, hör av dig till

svensson.anneli.615@student.ki.se eller på telefon 0707-55 02 40.

Om du vill veta mer om mig innan du bestämmer dig för att vara med får du gärna ta kontakt med RFSL Ungdom eller RFSL Rådgivningarna i Malmö, Göteborg eller Stockholm, så kan de berätta vem jag är.

När personer hört av sig till min mailadress skickades följande:

Hej X, så fint att Du är intresserad. Detta är min D-uppsats är i ämnet psykoterapi och mitt slutarbete inför min examen till att bli legitimerad psykoterapeut. Jag har som ambition att göra det både lättare för homo- och bisexuella ungdomar att få hjälp och att det är bra hjälp som erbjuds. Därför börjar jag med ett mindre antal ungdomar ca 10-15 pers som jag kommer att intervjua under några timmar. I materialet är alla anonyma och det är ok att hoppa av undersökningen när du vill. Denna D-uppsats blir en inledning för att sen gå vidare och göra en mycket större och då nätbaserad undersökning. Hela tiden med syftet att homo- och

bisexuella ungdomar ska få det bättre. Min handledare är dr Ullakarin Nyberg om du vill läsa om henne på nätet.

Jag kommer till platsen där du bor så det är några saker jag behöver veta: När kan du och var bor du? Och din ålder? Du kommer att fått ett exemplar av uppsatsen när den är klar.

Bil. 3 Medgivande

Hej,

jag behöver ert/ditt medgivande som vårdnadshavare för att intervjua XXXXXXXXXXXX.

Nedan ser du vad din ungdom kommer att bli intervjuad om. Hör gärna av Dig om du har frågor.

Hej homo- och bisexuella ungdomar.

Jag arbetar som terapeut med inriktning på hbt-frågor. Nu skriver jag en D-uppsats i psykoterapi som ska handla om homo- och bisexuella ungdomars situation i Sverige. Min målsättning är att öka förståelsen för homo- och bisexuella ungdomars behov och förbättra omhändertagandet inom vården för denna grupp.

Jag behöver din hjälp för att ta reda på om det finns ett samband mellan självmordsbenägenhet och negativa erfarenheter som kan kopplas till hur din sexuella läggning/könsuttryck/identitet uppfattas.

Jag söker dig som bor i Sverige, som är mellan 15 och 22 år och som har erfarenhet suicidtankar/suicidförsök. Jag kommer att intervjua Dig om dina erfarenheter och vilken hjälp du har fått. Dina svar ska användas för att ta fram ett frågeformulär som riktar sig till fler homo- och bisexuella ungdomar.

Du är helt anonym och inga uppgifter som kan kopplas till din person kommer att publiceras.

Om du kan tänka dig att vara med, hör av dig till

svensson.anneli.615@student.ki.se eller på telefon 0707-55 02 40.

Ort och datum:

Ort och datum:

Underskrift:

Underskrift:

Namnförtydligande:

Namnförtydligande:

Bil. 4 Intervjumanus

Jag inleder, hälsar o presenterar mig

Tid?

Diktafonanvändning

Etik

Min fråga är: Vi vet att det finns ett förhöjt samband mellan att leva ett icke-heteronormativt liv, att vara ung och risken för suicid. Vilken hjälp stoppar ungdomarna från att ta sitt liv? Vi är intresserade av din syn på problemet och hur det tas omhand. Det uppskattats om vi kan spendera några timmar tillsammans och diskutera ämnet.

Några frågor?

Intervjun:

Kan du berätta lite om dig själv:

Ålder? Sexuell läggning/könsidentitet/-uttryck? COP? När? För vem? Bor?

Kan du berätta om dig själv och hur det sett ut med dina tankar på självmord och ev. självmordsförsök?

2. Kunde/kan du dela dina känslor, berättat för någon? Vem? Och vad berättade du?
3. Blev du erbjuden någon psykologisk hjälp? Om du fick psykoterapi, hur har den sett ut och upplever/-de du den?
4. Annan hjälp? Medicin, sjukhus, socialtjänst, polis, präst, RFSL....
5. Supportgrupp? Nätet? Annat?
6. Vad skulle ha hjälpt dig?
7. Har du gjort illa dig på något annat sätt?
8. Finns det självmord i familjen eller nätverket för övrigt?
9. Hur skulle du säga att du mår idag?
10. Något annat som du vill berätta?

Stäng av diktafonen

Hur upplevde du att bli intervjuad?

Huvudpunkter

Fortsatta planer

Kan du tänka dig att bli kontaktad igen?

Bil. 5 NASP

Signaler på suicidbeteenden hos unga enligt Nationella centret för prevention av suicid och psykisk hälsa, NASP

Varningssignaler:

Dåliga sömnvanor.

Dåliga/störda matvanor.

Extrema beteendeförändringar, exempelvis kraftigt förändrade skolresultat.

Prat om suicid.

Skolk.

Drog – och alkoholmissbruk.

Tappad lust för fritidsaktiviteter.

Självska debeteende.

Tecken på depression som nedstämdhet, irritation, koncentrationssvårigheter och låg självkänsla.

Risikfaktorer:

Låg självkänsla.

Drog – och alkoholmissbruk.

Alltför stort ansvarstagande.

Relationsproblem i familjen/otrygg uppväxt.

Mobbning.

Vänner och släktingar med psykiska problem.

Svårigheter att få ett arbete.

Svårigheter att få en bostad.

Avsaknad av känsla av samhörighet.

Skyddande faktorer:

Positiv självkänsla.

Kommunikativ förmåga.

Bra livsstil när det gäller kost, motion, sömn, alkohol och rökning.

Goda familjerelationer.

Goda relationer till andra vuxna än föräldrarna.

Bra relationer med jämnåriga.

Möjlighet att få arbete.

Möjlighet att få bostad.

Möjlighet till fysiska och kulturella aktiviteter.

Källa: Karolinska Institutets tidskrift Medicinsk Vetenskap nr. 4, 2009