

Forskning om den suicidala processen

Danuta Wasserman

Retrospektiva genomgångar av olika typer av suicidala handlingar visar att de flesta föregås av en process, där dynamiken är mycket individuell. Denna process undersöks på olika nivåer.

Forskning på samhällsnivå exemplifieras med författarens epidemiologiska studier och arbeten om den sociala integrationen. Såväl suicidala trender som sammansättningen av riskgrupper för suicidala handlingar ändras relativt snabbt.

Författarens undersökningar på interpersonell nivå handlar om familjedynamiken och vårdpersonalens reaktioner inför den suicidala individen. Hon understryker vikten av utbildning och handledning för att personalen skall kunna bearbeta negativa reaktioner som uppstår vid vård av suicidala individer.

Författarens studier på individnivå har skett utifrån en psykodynamisk referensram. De visar att både aktuella och tidiga objektförlost är betydelsefulla för uppkomsten av suicidala handlingar och att den suicidala individens kompensatoriska psykologiska försvarsmekanismer kan dölja depression och suicidalitet.

Slutligen beskrivs den suicidala processen hos Karin Boye, som begick självmord vid 40 års ålder.

Danuta Wasserman är docent verksam vid psykiatriska institutionen, Huddinge sjukhus. Hon innehar Medicinska Forskningsrådets (MFR) forskarassistenttjänst i psykiatri.

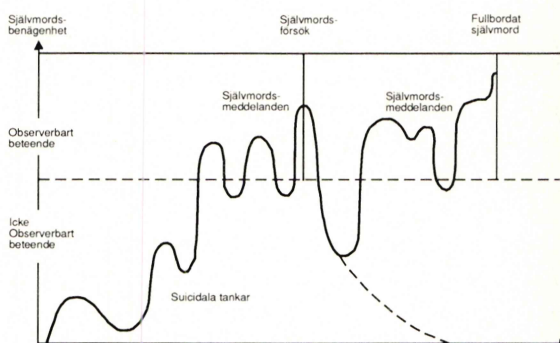
Inledning

Retrospektiva genomgångar av olika typer av suicidala handlingar visar att de flesta suicidala handlingar föregås av en kortare eller längre process, där dynamiken är mycket individuell. I vissa fall har man dock svårt att rekonstruera processen, när en direkt utveckling mot självmord eller självmordsförsök sker utan föregående suicidal kommunikation.

En del suicidologer har lanserat en modell (figur 1), vilken beskriver den suicidala processen. Syftet med modellen är att visa att suicidala beteenden ofta har en förhistoria och att den pågående processen är ett

kontinuum med gradvis stegrat allvar i de suicidala beteendena, från självmordstankar, i vissa fall till självmordsförsök och slutligen i en del fall till självmord (2, 16, 30).

Figur 1. Den suicidala processen – en utveckling från suicidtankar till fullbordad handling. Ref 19.



Den suicidala processen kan avbrytas, vilket framgår av att endast en del av de patienter som försökt ta livet av sig, uppskattningsvis 8–15% begår självmord under de närmaste 10 åren efter ett självmordsförsök (6, 7). Å andra sidan vet vi att ca 28–42% av de patienter som tagit livet av sig haft tidigare självmordsförsök i anamnesen och i dessa fall kunde alltså den suicidala processen inte avbrytas (2).

De individer som försöker ta livet av sig utgör en betydande riskgrupp i vilken fullbordade självmord ofta inträffar. Därför är denna grupp ofta föremål för undersökningar i syfte att söka förstå utvecklingen av den suicidala processen.

Att den suicidala processen påverkas av en mängd olika faktorer tyder olika epidemiologiska data på, vilka visar att suicidpanoramat beträffande riskgrupper, åldersgrupper etc inte är stabilt (10, 25, 26).

Den suicidala processens utveckling kan studeras med olika teoretiska modeller och på olika nivåer;

bland annat på samhällsnivå, på interpersonell nivå och på individnivå.

Samhällsnivå

Epidemiologi
Epidemiologiska studier av de suicidala beteendena omfattar självmordsförsök, självmord (ICD E950–E959), och även dödsfall där ovisshet råder om skada uppkommit genom olyckshändelse eller om uppsåt föreligger (ICD E980–E989). De sistnämnda fallen analyseras som regel separat och kallas ofta, liksom i denna artikel, för osäkra självmord. Man brukar räkna med att 70% av de dödsfall där ovisshet föreligger om skada uppkommit genom olyckshändelse eller uppsåt, i själva verket är självmord (6).

Epidemiologiska data för hela Sverige under åren 1976–1986 visar att antalet självmord, fördelat på kön och ålder per 100 000 invånare, visar en viss tendens till minskning (5). Antalet självmord för hela riket 1986 var 18,6/100 000 invånare, jämfört med drygt 20/100 000 invånare under 1970-talet.

Regionala skillnader beträffande förändringar i självmordstrender är tydliga. Så tex visar Stockholms, Gotlands, Malmöhus, Skaraborgs och Västerbottens län en viss minskning av antalet fullbordade självmord mellan åren 1978–1986, särskilt bland män (tabell 1) och detta gäller även för osäkra självmord. I andra län, som tex Norrbottens, Gävleborgs, Örebro, Västmanlands län, har en viss ökning observerats under samma tidsperiod (tabell 2).

Tabell 1. Dödlighet i självmord i länen. Könsfördelat per 100 000 invånare. Jfr 1978 och 1986.

	MÄN		KVINNOR	
	1978	1986	1978	1986
Stockholms län	31	↓ 24	19	↓ 12
Gotlands län	47	↓ 28	11	↓ –
Skaraborgs län	27	↓ 12	6	↘ 8
Malmöhus län	36	↓ 28	14	↓ 10
Västerbottens län	26	↓ 20	6	↘ 7

Tabell 2. Dödlighet i självmord i länen. Könsfördelat per 100 000 invånare. Jfr 1978 och 1986.

	MÄN		KVINNOR	
	1978	1986	1978	1986
Gävleborgs län	30	↑ 42	9	↑ 15
Norrbottens län	23	↑ 30	7	↘ 6
Örebro län	20	↑ 34	7	↘ 9
Västmanlands län	19	↑ 29	8	↘ 7
Riket	28	↘ 27	11	↘ 10

Det varierande antalet självmord beror på en mängd olika omständigheter, sannolikt inte bara på individuella, utan också på sociala faktorer, som tex befolkningens struktur, migrationen inom befolkningen, arbetsförhållandena etc, vilka vore av intresse att undersöka och följa upp.

En genomgång inom Stockholms läns landsting av fullbordade självmord och osäkra självmord under perioden 1975–1985, visar en signifikant minskning av säkra självmord för båda könen vid sammanräkning av alla åldrar, och en viss tendens till minskning av de osäkra självmorden (25).

Det minskade antalet självmord kan sannolikt delvis förklaras med ett förbättrat hälsotillstånd hos befolkningen i länet; på detta tyder bl a det förhållandet att dödligheten i Stockholms län har minskat i alla åldersgrupper under det senaste decenniet (11).

Av stor betydelse är också att mönstret för alkoholkonsumtion ändrats och antalet alkoholrelaterade sjukdomar minskat i hela riket (9). Det är väl känt från flera kliniska studier att ett starkt samband föreligger mellan förekomst av självmord, självmordsförsök och alkoholmissbruk (6, 27). Inom Stockholms läns landsting har antalet vårdtillfällen och antalet vårdade personer i slutenvård för behandling av alkoholism, alkoholpsykos, alkoholförgiftning, skrumplever och bukspottkörtelinflammation minskat betydligt (11). Fram till 1985 har även försäljningen av alkohol minskat, därefter har man återigen sett en ökning och därför blir det av intresse att undersöka om suicidfrekvenserna påverkas av denna förändring.

En ytterligare förklaring till det minskade antalet självmord inom Stockholms läns landsting kan vara att det skett framsteg i den psykiatriska och somatiska behandlingen. På detta tyder det faktum att antalet av sjukvården kända självmordsförsök under samma tidsperiod har ökat (26). Den förbättrade somatiska vården kan ha lett till att fler individer som utför suicidala handlingar räddas till livet och den förändrade psykiatriska vården, med intensifierad psykoterapeutisk, socialpsykiatrisk samt psykofarmakologisk behandling, kan ha lett till att behandling och uppföljning av patienter som försökt ta livet av sig blivit bättre, vilket på sikt påverkar självmordsfrekvensen.

Ytterligare två svenska undersökningar talar för att självmordspanoramat ändras. En cohort-studie (36), där man analyserade alla säkra självmord och 70 % av de osäkra självmorden, som skett bland svenska medborgare under åren 1952–1981 i åldersgruppen 15–79 år, visade att självmordsrisken för män i åldern 20–24 år ökat 3,6 ggr under denna tidsperiod. En annan nyligen genomförd studie (10) där man analyserade både säkra och osäkra självmord bland barn, ungdomar och unga människor i Sverige i åldern 10–29 år under åren 1974–1986, visade att denna utveckling mot ökning för närvarande har avstannat. Resultaten av dessa två undersökningar visar hur relativt snabbt suicidpanoramat kan ändras och att det är viktigt att följa epidemiologiska trender för att i tid upptäcka nya riskgrupper för suicidala handlingar.

Social integration

Förhållandet mellan självmord hos män och kvinnor är 1,6:1 i Stockholms läns landsting, medan det för resten av landet är 2,4:1.

Inom Stockholms läns landsting är antalet säkra självmord hos kvinnor i åldersgruppen 65 år och däröver höga, 25/100 000 invånare, medan antalet självmord bland kvinnor i samma åldersgrupp i hela landet är 15/100 000. En tänkbar anledning till den högre självmordsfrekvensen hos äldre kvinnor i Stockholm kan vara dålig social integration. Social integration kan definieras som graden av samhörighet, gemenskap och delaktighet i det samhälle i vilket man lever. Operationellt kan social integration undersökas genom kartläggning av integrationen i familjen, i arbe-

tet och i samhället.

Integration i familjen och med vänner och bekanta innebär bl a boende med familjen, kontakter med familjen, relationer med vänner, bekanta och grannar. Integration i arbetet betyder anknytning till arbetsmarknaden och yrkesverksamheten. Relationer till arbetsmiljön innebär inflytande beträffande arbetsförhållanden på arbetsplatsen. Integration i samhället innebär delaktighet i samhällets aktiviteter och inflytande i samhället.

En undersökning från Danmark visade (3) att danska kvinnor i åldrarna 50–69 år var dåligt integrerade i samhället, vilket återspeglades i självmordsfrekvensen som var 3 gånger större än för motsvarande grupp i Norge, där den sociala integrationen var bättre.

Det är möjligt att den försvagade sociala integrationen sänker individens självkänsla, samt förminskar de möjligheter som familjen, arbetet, delaktighet i samhällets aktiviteter ger, nämligen att självkänslan, självrespekten och självaktningen bibehålls eller tom ökar och att livet i och med detta känns meningsfullt.

Det är just när en känsla av meningslöshet och hjälplöshet breder ut sig och man inte ser några utvägar att komma ut ur återvändsgränd, som en suicidal lösning kan te sig som den enda.

En individ och dennes familj påverkas av den miljö och den sociala situation i vilken de lever. Det är sannolikt att de sociala faktorerna har stor betydelse och påverkar utvecklingen av den suicidala processen i både positiv och negativ riktning. För närvarande genomförs under författarens ledning en undersökning av den sociala integrationens betydelse för utvecklingen av den suicidala processen hos kvinnor och unga människor. Vi planerar att jämföra de svenska resultaten med resultaten erhållna från den ovan refererade danska undersökningen.

Interpersonell nivå

Familj

Författarens studier beträffande dynamiken inom familjen med en suicidal medlem har redovisats i tidigare publicerade arbeten (21–24, 30, 31, 33). För en orientering hänvisas till en annan artikel, publicerad i detta nummer av Socialmedicinsk tidskrift.

.....
Ibland uppstår en slags samstämmighet mellan den suicidala individen som inte vill visa sin utsatthet och läkaren som inte vill se suicidaliteten.
.....

Vårdpersonal

En suicidal handling behöver inte enbart betraktas som självdestruktiv, utan som ett visserligen missriktat, men dock försök av en desperat olycklig individ att lösa outhärdliga livsproblem. Ett sådant anpassningsförsök har till syfte att åstadkomma förändringar både i den yttre och inre verkligheten. Det faktum att man under den pågående suicidala processen eller efter ett självmordsförsök kommer i kontakt med psykiatrisk vård, kanske för första gången, ger vården både stora möjligheter och förpliktelser att hjälpa den suicidala individen att finna nya lösningar. Det är särskilt viktigt att ordentligt utreda och ta hand om de individer som söker vård för första gången till följd av självmordsförsök.

Personalen inom den somatiska och psykiatriska vården och även inom socialvården missar ofta diagnostiken av depressioner vid kontakt med suicidala patienter, och även det kaos, den förtvivlan och suicidalitet, som suicidala personer ofta kompenserar och döljer med psykologiska försvarsmekanismer (27, 32). Det händer inte sällan att läkare och terapeuter låter sig vilseledas av denna yttre fasad och övervärderar den suicidala individens förmåga att kontrollera situationen. I den strukturerande och lugnande samtalssituationen på en läkarmottagning eller psykiatrisk jourmottagning, kan de suicidala individerna, om utforskerande frågor ej ställs därför dölja sin depression och suicidalitet, vilket bl.a. ibland kan leda till att en slags samstämmighet uppstår mellan den suicidala individen, som inte vill visa sin utsatthet och läkaren, som inte vill se suicidaliteten. En attityd av att vara duktig och klara sig utan andras hjälp, en attityd som många av de suicidala individerna vant sig vid från barndom, förekommer ofta, trots att de i själva verket är i desperat behov av den hjälp de söker (27, 32).

Man kan också ha svårt att fånga upp den suicidala

individens pendling mellan förtvivlan och hopp och ambivalens mellan önskan att leva eller dö, om det endast förekommer kortvariga kontakter eller inga alls mellan vårdpersonalen och den suicidala individens familj.

Samtidigt skall man vara medveten om att den personal inom den psykiatriska vården som har en längre tids kontakt med en suicidal patient kan bli påtagligt frustrerad av patientens ambivalens och pendlande mellan en någorlunda kapabel yta och stor hjälplöshet, mellan önskan att leva eller dö, liksom av patientens aggressivitet och beroendebehov (28, 29).

Många bland personalen kan erfara känslor av maktlöshet och hopplöshet, särskilt mot de suicidala patienter som återkommer flera gånger till avdelningen till följd av upprepade självmordsförsök. Osäkerhet, rädsla och en önskan att inte skada eller sårar patienten kan vara påtaglig vid kontakt med inbundna och tystlåtna suicidala patienter. Ängslan och oro framkommer vid konfrontation med patienter med vilka personalen kan identifiera sig. Den suicidala patienten väcker dessutom en rad komplicerade känslor, då den suicidala handlingen går stick i stäv mot de arbetsuppgifter personalen har, nämligen att bevara liv. Vissa suicidala patienter kan också vara mycket provocerande och frustrerande för personalen och framkalla olika slags negativa reaktioner (28–29).

Vi behöver olika typer av behandlingsprogram som tar hänsyn till den suicidala individens sätt att fungera, dess ofta dåliga motivation för vård och till den frustration som personalen kan känna vid behandling av suicidal patienter.

Individnivå

Studier på individnivå kan utföras enligt olika teoretiska modeller, bl.a. den biologiska, vilket gett fruktbara resultat i Sverige genom arbeten av Marie Åsberg

.....
Vi behöver olika typer av behandlingsprogram som tar hänsyn till den suicidala individens sätt att fungera, dess ofta dåliga motivation för behandling och till den frustration som personalen kan känna vid behandling av suicidal patienter.
.....

och andra (34). Här redovisas författarens studier med den psykodynamiska referensramen som grund.

Aktuella objektförluster

Vid jämförelser mellan psykiatriska patienter och självmordsförsökspatienter visade det sig att det förekom separationer från partner i signifikant högre utsträckning hos självmordsförsökspatienterna (13, 15, 21).

En separation eller en förlust kan även, förutom separationen från partner eller en vän, innefatta förlust av ägodelar, av förmågan att fungera, av förhållanden som skänkt trygghet etc.

Suicidala individer väljer ofta partners som stärker deras självkänsla och som ofta blir en del av individens egen personlighet, vilket har negativa konsekvenser för individen vid separation eller hotande sådan. Goethe har beskrivit den här typen av personlighet i "Westöstlicher Divan" på följande sätt: "när han ger mig fulla händer blir mitt eget jag mig kärt ... men om han bort sig vänder, i en blink är allt förtärt". Ju större beroendet är, desto större risk vid separation för kaos och regression som kan leda till en självdestruktiv handling. Beroendeböven kan också leda till att personalen blir frustrerad, vilket ej sällan leder till att de suicidala patienterna vänder behandlingen ryggen, är överlägsna, begär för tidig utskrivning, avbryter behandlingen, underlåter att återkomma vid behov eller tom gör ett nytt självmordsförsök under terapeutens semester eller ledighet (28).

Tidiga objektförluster

Många suicidala patienter har upplevt tidiga objektförluster, dvs förlust av moder, fader eller deras ersättare före 18 års ålder, samt konfronterats med suicidala beteenden i föräldrahemmen (24). Förlust av föräldrarna har skett genom skilsmässa, separation eller dödsfall.

Överrepresentation av tidiga objektförluster och av splittrade hem hos självmordsförsökspatienter har dokumenterats i flera studier (4, 8, 20). Det är dock inte bara förlusten av föräldern, utan även instabiliteten i den ursprungliga familjen, som påverkar den suicidala individens personlighetsutveckling. Suicidala individer växte ofta upp i kaotiska hem där en ständig osäkerhet, långa eller definitiva separationer

Den suicidala individen kan tex kompensera känslor av underlägsenhet och osäkerhet med manifest överlägsenhet och avvisande eller provokativt beteende gentemot vårdpersonalen. Bakom en överlägsen mask kan finnas kaos, rädsla och ångest.

från föräldrar, samt materiell och emotionell deprivation förekom (24).

Korta separationer och frustrationer är en oundviklig och nödvändig komponent i barnets normala utveckling. När separationerna blir alltför långvariga, utan att intresserade ersättare för föräldrarna inträder, kan hämningar och en störd utveckling uppstå. Vilken typ och grad av störning som inträder, beror bl a på i vilken ålder separation ägt rum (23).

Separation i barndomen grundlägger sannolikt en känslighet för senare separationer och försvårar till följd av avsaknad av identifikationsmöjligheter utveckling av en stabil personlighet med god självkänsla. Detta har sannolikt betydelse för den benägenhet som suicidala individer visar genom att reagera med suicidala handlingar vid separation i vuxen ålder, vilket kan bero på reaktivering av det raseri och den känsla av övergivenhet som individen upplevde under barndomen vid viktiga objektförluster.

Narcissism

Störningar i den suicidala individens självkänsla förefaller vara ett centralt problem i dessa patienters sätt att fungera. Den kränkning som upplevs i barndomen till följd av separation kan leda till att suicidala patienter utvecklar kompensatoriska försvarsmekanismer för att hantera sin dåliga självkänsla. De kan tex kompensera känslor av underlägsenhet och osäkerhet med manifest överlägsenhet och avvisande eller provokativt beteende gentemot vårdpersonalen. Bakom en överlägsen mask kan finnas kaos, rädsla och ångest. Efter en suicidal handling kan man ofta på en intensivvårdsavdelning se hur den suicidala individen snabbt växlar mellan föreställningar om storhet och värdelöshet, mellan uppfattningen att man kan klara av allting själv eller inte någonting alls etc. Des-

sa kompensatoriska mekanismer, vilka ofta ses hos individer med narcissistisk och borderlineproblematik, är anledningen till att man har svårt att känna igen bakomliggande depressioner, samtidigt som man kan känna sig provocerad och reagerar med aggressivitet och avvisande attityd, när den hjälpsökande komponenten saknas.

Suicidala beteenden i föräldrahemmen

Förekomst av suicidala beteenden hos släktingar till patienter som dött i självmord är vanliga (12, 14, 18, 24).

Det kan tänkas att föräldraförluster ökar risken för utveckling av suicidala beteenden, om det samtidigt finns en ärftlig disposition. Enligt den psykodynamiska förklaringsmodellen är i det här sammanhanget en viktig faktor identifikationen med en förälder eller nära släkting som varit suicidala (24).

Karin Boyes självmord

Karin Boye dog i självmord 23 april 1941, 40 år gammal. Hon hade gjort flera självmordsförsök innan hon tog livet av sig och ofta känt sig nedstämd, när livet kändes trångt och beskuret, vilket hon beskriver i följande rader ur "Härdarna":

En dag är så lång. En dag är så lång.
Natten är ändå längre.
Mitt sinne sluts i ett fruset tvång,
och tanken krymper allt trängre.

Sådana känslor kan man ofta se hos den suicidala individen och i den suicidologiska litteraturen brukar de beskrivas som en del av det sk presuicidala syndromet (17).

Karin Boye sade till sina vänner att hon alltid var djupt tacksam över att bli räddad efter ett självmordsförsök, fast hon skämdes oerhört. Sådana känslor har jag sett hos många av de självmordsförsökspatienter som jag har mött.

Självmordsförsöken och dödslängtan följde ofta ef-

.....
Självmordsförsöken och dödslängtan följer ofta efter ouppfyllda idealiserande förälskelser. Livet känns då meningslöst.
.....

ter ouppfyllbara idealiserande förälskelser. Livet kändes då meningslöst, vilket Karin Boye beskrev i dessa rader ur "Härdarna":

Allt, allt jag ägde
var ditt mer än mitt.
Allt jag vackrast ville
var ditt, ditt, ditt.

Livlöst är livet,
där inte du är kvar.
Världen är ett väldigt skal,
som ingen kärna har.

I flera undersökningar av suicidala individer ser man att aktuella objekt förluster eller separationshot kan vara den omedelbara utlösande orsaken till en suicidal handling.

Karin Boye gick i psykoanalys under tre korta perioder. Den första gången 1928 hos dr Alfild Tamm. Hon avbröt dock behandlingen mycket snabbt. 1929 ingick Karin Boye ett kamratäktenskap med den sju år yngre Leif Björk, mycket aktiv i Clarté liksom Karin Boye. 1931 skiljde de sig. 1932 gick Karin Boye i psykoanalys i Berlin hos dr Walter Schindler. Han bedömde henne som ett mycket svårt fall och var pessimistisk beträffande utgången. Efter två månader avbröt Karin Boye analysen och gick över till en kvinnlig analytiker, Grete Lampl. Hon avbröt behandlingen för tredje gången i början av hösten 1932 efter en kortvarig analys. Avbrutna behandlingar är vanliga bland suicidala individer. De tror att de själva kan klara av sina problem utan andras hjälp.

I dikten "Små ting" ur samlingen "MOLN" och "Högmod" ur samlingen "DE SJU DÖDSSYNDERNA" ser man Karin Boyes kamp för att klara av livet och att orka leva:

Små ting

Orkar du inte ett steg mer,
inte lyfta ditt huvud,
dignar du trött under hopplös gråhet –
tacka då nöjd de vänliga, små tingen,
tröstande, barnsliga.
Du har ett äpple i fickan,
en bok med sagor där hemma –
små, små ting, föraktade
i den tid, som strålade levande,
men milda fästen under de döda timmarna.

Högmod

Omkring oss klänger sig segt och blint
de myllrande livet.

Åt människan ensam, högst och lägst,
blev tom förtvivlan given.

Det undersammast funtade
har mycket för lätt att brista.

Välsigna du vårt högmod,
som håller in i det sista:
Jag orkar.

Här väger en våg för att skipa rätt
åt livet och döden.

Hur tung den hänger, smärtornas skål
med våra stympade öden.

Hur lätt den andra med allt som är värt
att eftertrakta.

Lägg dit vårt heliga högmod, Gud —
då sjunker den sakta.
Jag orkar.

Sommaren 1940 gjorde Karin Boye ett självmordsförsök med sömnmedel, exakt likt det som flera månader senare slutgiltigt ledde till hennes självmord. Anita Nathorst, Karin Boyes väninna, tog den sommaren löfte av Karin Boye att inte göra ett nytt självmordsförsök. Väninnan hade så stor tilltro till Karin Boyes redlighet att hon inte ens kunde föreställa sig att väninnan skulle kunna bryta löftet. Redlighet är ett drag som vi ofta ser hos suicidala patienter. De suicidala individerna kan framgångsrikt med sina psykologiska kompensatoriska försvarsmekanismer dölja det kaos och den desperation som de kan känna. När man läser Karin Boyes brev daterade september 1940 förstår man dock att Karin Boye då var ur balans och förtvivlad.

I januari 1941 framträdde Karin Boye i Köpenhamn. Många frapperades av hennes livlighet och utstrålning, men själv skriver hon i en av sina dikter "Ytans liv är ett annat än djupets", vilket bekräftar det som sagts ovan. I dikten "Till en Sfinx" ur samlingen "MOLN" ger hon ytterligare ett exempel på den suicidala individens svårigheter att visa sig själv för andra och att bli sedd och förstådd av andra.

Till en sfinx

Du liknar snäckan i kylig damm,
där aldrig solstrålar strömma.
Hon kryper aldrig ur skalet fram,
hon kan ej fångelset glömma,

hon kan blott gömma
sitt djupsta väsen
och stordåd drömma
bland vattengräsen,
men aldrig helt
och ouppdelt
sig själv i ord eller handling tömma.

Ditt tal är bräddat med ironi.
Du söker skyla
med låtsad kyla
den livets värme, som bor däri.
Men rösten bävar
i sällsam vekhet.
En rodnad svävar
bakom kindens blekhet.
Ett eldhav brinner
i hemlighet
där ingen vet,
dit ingen hinner.

I januari 1941 tog Virginia Woolf sitt liv, vilket gjorde starkt intryck på Karin Boye. I februari, i samband med att Karin Boye sände manuskriptet till "De sju dödssynderna" till Ingeborg Holst, bifogade hon också ett balanserat brev, som dock slutade med en vädjan att be för henne "att jag må hålla ihop och bevara mitt vett". Ingeborg Holst uppfattade brevet som ett rop på hjälp.

Karin Boye hade inte många utomstående människor att öppna sig inför. Hon sökte sig till psykoanalytikern Iwan Bratt, hos vilken hon ofta vistades i Alingsås. Hon talade ofta då med dr Bratts trotjänarinna Märta Forsberg och i dessa samtal kunde Karin Boye uttrycka farhågor för att mista förståndet.

Den 15 april 1941, bara några dagar före självmordet, sände Karin Boye till Svenska Familjetidningen dikten "De lugna stegen bakom" som ingår i samlingen "DE SJU DÖDSSYNDERNA". Här återges några rader.

Lyssnar jag, hör jag livet fly
ständigt snabbare nu.
De lugna stegen bakom —
död, det är du.

Käre död, där finns i ditt väsen
något som tröstar milt:
vad frågar du efter om man vuxit stor
eller hela livet spillt!

Käre död, där finns i ditt väsen
något som renar klart:
Det som är lika hos onda och goda
lägger du blott och bart.

Följ mig och låt mig hålla din hand,
det lugnar djupt och gott.
Det vackra gör du bärande stort,
det fula gör du smått.

I dessa rader ser man att striden mellan livsviljan och dödslängtan höll på att upphöra. Har Karin Boye i sitt innersta sagt ja till döden?

Den 21 april skrev Karin Boye ett brev till sin mor, ett brev fullt av liv och livsintensitet, men som också vidrörde de ousägliga ögonblick "när droppen skälver ytterst på en gren". Snabba kast mellan hopp och förtvivlan, livsintensitet och nedstämdhet ser man ofta både i den presuicidala fasen samt strax efter den suicidala handlingen. Karin Boye var under denna tid också tyngd av medvetandet om att hennes väninna Anita Nathorst led av obotlig cancer och oundvikligen skulle dö inom den närmaste framtiden. (Anita Nathorst dog i cancer i augusti 1941).

Den 23 april verkade Karin Boye nedstämd efter att ha blivit upprörd över och kränkt av att väninnan Anita Nathorst varken orkade hälsa på en god vän eller gå på bio med Karin Boye, som det var överenskommet. Kort därefter lämnade Karin Boye sina ransoneringskort till Märta Forsberg, vilket denna inte reagerade på, eftersom Karin Boye ofta reste mellan Alingsås och Stockholm. Karin Boye lämnade samtidigt sin nyckelknippa i köket, ett exempel på en indirekt, icke verbal suicidal kommunikation, vilket inte uppmärksammades då. Under ett kort samtal mellan Karin Boye och Märta Forsberg greps Märta av stark trötthetskänsla och hade bara en tanke "att hon inte orkade med den andra". Liknande känslor ser man ofta hos anhöriga och vänner till suicidala individer. Inte långt efteråt upptäcktes nycklarna och ett inte undertecknat avskedsbrev. Efterspaningarna sattes igång. Karin Boye hittades först den 27 april på utsiktsberget utanför Alingsås. Det hade då förflutit för lång tid för att hon skulle kunna räddas till livet. Olyckliga omständigheter och slumpen ledde till att hon inte hittades tidigare. Personligen är jag inte övertygad om att det var Karin Boyes avsikt att ta sitt liv. Jag skulle snarare vilja tolka hennes självmord

som en handling som hade kunnat förhindrats eller åtminstone uppskjutas. Karin Boye var nedstämd, labil, medveten om att hon skulle förlora väninnan som led av cancer och hade känt sig kränkt av något som egentligen var en bagatell. Liknande händelser och reaktioner ser man ofta hos suicidala individer.

För en utförlig redogörelse av Karin Boyes liv hänvisar jag till Margit Abenius' bok "Drabbad av renhet. En bok om Karin Boyes liv och diktning" (1) samt framför allt till Karin Boyes dikter.

REFERENSER

1. *Abenius M*: Drabbad av renhet. En bok om Karin Boyes liv och diktning. Albert Bonniers Förlag, Stockholm, 1955.
2. *Beskow J*: Suicide and mental disorder in Swedish men. Acta Psychiatr Scand (Suppl 277) Copenhagen: Munksgaard, 1979.
19. Socialstyrelsens vårdprogramnämnd. Problemet självmord – underlag till vårdprogram. Utbildningsproduktion AB, Malmö, 1983.
21. *Wasserman D*: Separation: an important factor in suicidal actions. Crisis 1988;9/1:49–63.
22. *Wasserman D*: Passive euthanasia in response to attempted suicide: one form of aggressiveness by relatives. Acta Psychiatr Scand, 1989;79:460–467.
26. *Wasserman D, Spellerberg S*: Attempted-suicide trends in Stockholm County, Sweden, 1975–1985. Acta Psychiatr Scand, 1989;81:190–196.
27. *Wasserman D*: Contacts of suicidal alcohol and drug abuse patients and their significant others with public care institutions before the suicide attempt. Acta Psychiatr Scand 1987;76:394–405.
28. *Wolk-Wasserman D*: Some problems connected with the treatment of suicide attempt patients. Transference and countertransference aspects. Crisis 1987;8/1:69–82.
30. *Wolk-Wasserman D*: Attempted suicide – the patient's family, social network and therapy. Stockholm: Graphic Systems, 1986:1–220.
31. *Wolk-Wasserman D*: Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. Acta Psychiatr Scand 1986;73:481–499.
32. *Wolk-Wasserman D*: Contacts of suicidal neurotic and prepsychotic/psychotic patients and their significant others with public care institutions before the suicide attempts. Acta Psychiatr Scand 1987;75:358–372.
35. *Åsgård U, Nordström P, Råbäck G*: Birth cohort analysis of changing suicide risk by sex and age in Sweden 1952 to 1981. Acta Psychiatr Scand 1986;76:456–463.

Fullständig referenslista kan fås av författaren.

Finansiellt stöd har erhållits från Delegationen för Social Forskning (DSF, F87/116:2) och Medicinska Forskningsrådet (MFR, K89-21P.-08892-01A)