

Lunds universitet
Socialhögskolan
SOL 064
Höstterminen 2001

”Den ordlösa smärtans spår i huden”

- kunskaper om självskadebeteende inom psykiatrin

Författare: Maria Kayser
Sara Nilsson
Handledare: Ingrid Runesson

Abstract

The purpose of this study was to examine what kinds of knowledge staff within psychiatry have regarding self-injury among girls and how they work with these patients. Our questions was how self-injury is defined, which girls have self-injurious behaviours, what the reasons are of self-injury among girls and how the staff work with these girls in the psychiatry. The essay was based on qualitative interviews, literature, articles and material from Internet. A major finding was that the staff defines self-injury as when someone deliberately harm themselves physically to relieve psychical pain. Another finding from our interviews was that the majority of those who deliberate harm themselves are girls from the early teens up to the age of thirty. Our interviews have shown that there are two different groups of girls with self-injurious behaviours, those with temporary self-injurious behaviours during a period of crisis and those with personality problems who have more manifest self-injurious behaviours. It has been shown that for both groups the self-injury is a way of express feelings that they cannot put into words. The study has shown that the staff works to teach these patients how to handle psychical pain without hurting themselves.

Innehållsförteckning

FÖRORD	5
INLEDNING	6
<i>Problemformulering</i>	<i>7</i>
<i>Syfte och frågeställningar.....</i>	<i>7</i>
METOD	9
<i>Metodval</i>	<i>9</i>
<i>Urval</i>	<i>9</i>
<i>Bearbetning och analys</i>	<i>10</i>
<i>Metod- och källkritik</i>	<i>10</i>
<i>Disposition.....</i>	<i>13</i>
TIDIGARE OCH AKTUELL FORSKNING	14
<i>Definition av självdestruktivitet</i>	<i>14</i>
<i>Definition av självskadebeteende</i>	<i>14</i>
<i>Inget nytt under solen.....</i>	<i>15</i>
<i>Forskning om självskadebeteende</i>	<i>16</i>
<i>Ökning av självskadebeteende hos unga tjejer</i>	<i>17</i>
<i>Tjejs situation i dagens samhälle.....</i>	<i>18</i>
PSYKOLOGISKA ASPEKTER OCH TEORETISKA PERSPEKTIV	19
<i>Medfödda egenskaper</i>	<i>19</i>
<i>Huden som kommunikationsväg.....</i>	<i>19</i>
<i>Trauma</i>	<i>19</i>

<i>Dissociation</i>	20
<i>Ångest</i>	21
<i>Tjebers ilska</i>	21
<i>Emotionell försummelse</i>	21
<i>Ungdomstiden</i>	22
<i>Självskaдебeteendets egenskaper</i>	22
<i>Objektrelationsteorier</i>	23
DIAGNOSTIK I SAMBAND MED SJÄLVSKAДЕBETEENDE	25
<i>Diagnos och symptom</i>	25
<i>Borderline</i>	26
TERAPEUTISKA UTGÅNGSPUNKTER	28
<i>Psykdynamisk terapi</i>	28
<i>Kognitiv terapi</i>	29
<i>Det salutogena perspektivet</i>	30
INTERVJUER OCH INTERVJUPERSONER	32
<i>Genomförande av intervjuerna</i>	32
<i>Presentation av intervjupersonerna</i>	32
REDOVISNING OCH ANALYS AV INTERVJUER	35
<i>Självd destruktivitet och självskaдебeteende</i>	35
<i>Diagnos och symptom</i>	39
<i>Tjejer som avsiktligt skadar sig själv</i>	40
<i>Två olika grupper av självskaдетjejer</i>	43
<i>Trauma, emotionell försummelse och medfödda egenskaper</i>	45

<i>Självskadebeteende är ett sätt att uttrycka affekter och känslor.....</i>	48
<i>Önskan om att bli sedd</i>	51
<i>Självskadebeteendets egenskaper</i>	52
<i>Arbetet med självskadepatienter inom psykiatrin</i>	54
<i>Resultatsammanfattning</i>	64
SLUTDISKUSSION	68

KÄLLFÖRTECKNING

BILAGA - Intervjumall

Förord

Arbetet med denna uppsats har varit beroende av flera personers insatser. Vi vill därför gärna uttrycka vårt varma tack till dessa personer.

Vi vill börja med att tacka vår handledare Ingrid Runesson. Din handledning har varit engagerad och utgjort ett ovärderligt stöd för oss under arbetets gång.

Tack Margareta Samuelsson, Lena Forsberg, Eva Andersson, Christina Danielsson, Ralf Jensen, Anita Linnér, Britt-Marie Eurén, Kristina Berglund, Marika Persson, Kenneth Svensson och Gunnar Almkvist för att ni tog av er dyrbara tid och delgav oss av era kunskaper. Utan er medverkan hade det inte blivit någon uppsats!

Vi vill tacka dig, Jill Fransson för att du delat med dig av information och idéer som gjorde att vi kunde komma igång med vår uppsats.

Ett stort tack vill vi ge till dig, Erik för din ständiga ”backup”.

Till sist vill vi tacka varandra för ett gott samarbete.

Lund, januari 2002

Maria Kayser och Sara Nilsson

Inledning

Ungdomar idag lever i ett samhälle som ställer stora krav på individen. Det krävs av dem att de kan vara självständiga, ta egna initiativ och har resurser att tillgå för att klara olika motgångar. Man kan kanske säga att samhället idag inte tar hänsyn till ungdomars behov. Det kan vara något som återspeglas i ungdomarnas attityd mot sig själva. Bland ungdomar idag kan man se olika former av självdestruktivitet, som verkar i allt större utsträckning riktas direkt mot den egna kroppen. På Sydsvenska Dagbladets ungdomssida "Postis" kan man läsa om hur ungdomar upplever sin situation idag. Där kan man ta del av bl.a. deras resonemang om självskadebeteende. Att "skära sig" verkar ha blivit ett begrepp bland några av dem som skriver dit. För att illustrera hur självskadebeteendet kan se ut hos dessa ungdomar har vi valt att visa några citat från "Postis".¹ Dessa citat visar hur ungdomarna upplever och förklarar sitt självskadebeteende.

"Varför gjorde jag det? Igen? Jag kan inte sluta. När det gör ont i själen, måste jag. Det är så skönt när man ser blodet sippra ner längs såret. Det onda i såret övertar det onda i själen. Man är tvungen. /.../" (Isa 15, Sydsvenska Dagbladet 30/9-01)

"/.../ Jag skär, det gör jag. Men ärren vill jag inte visa, jag vill inte besvära min omvärld. Jag kan skratta och gråta, jag kan verka så medelmåttigt lagom lycklig att det nästan är motbudande. Någonstans viskar en röst att jag inte får känna så här, jag ska vara så jävla tacksam för det jag har. Men vet du vad? Det är jag inte." (Insomnia, Sydsvenska Dagbladet 7/9-01)

"/.../ Vissa skär för att smärtan inom dem är alltför stor, andra skär istället för att gråta, några skär för att dämpa sin ångest. Jag skär för att känna mig levande, ibland för att jag ätit eller för att få bort känslan av att vara fel. Blodet och smärtan ersätter tårarna jag inte kan gråta. /.../" (Angel of Death, Sydsvenska dagbladet 20/7-01)

"/.../ Man måste ha stöd, mycket stöd. Att skära sig blir som en drog, det har du säkert märkt. De borde ordna avgiftningsbehandlingar för folk som skär sig. /.../" (Bloody razorblade, Sydsvenska dagbladet 25/8-01)

¹ När vi från den 14:e juli fram till den 31:e december har följt debatten på Sydsvenska Dagbladets ungdomssida "Postis" har det där framkommit tydligt att självskadebeteende är ett aktuellt problem bland ungdomar. Under dessa månader har vi kunnat se att under augusti och september var det många insändare om just självskadebeteende i förhållande till de andra månaderna (Sydsvenska Dagbladet, 2001).

Problemformulering

Vi har båda gjort vår praktik inom psykiatrin och där på olika sätt mött och hört talas om flickor och unga kvinnor med varierande grad av självskadebeteende. Vår erfarenhet är att detta beteende ofta väcker starka känslor hos personalen inom psykiatrin och att det är svårt att hantera. Självskadebeteende är svårt att förstå. Det är svårt att förstå hur någon kan skada sig själv så allvarligt att det krävs läkarvård eller kirurgiska ingrepp. Personal inom olika psykiatriska kliniker upplever att självskadebeteende har ökat bland ungdomar och främst bland tjejer, under senare år (Samuelsson, 2001). Vad är det som gör att det är mest tjejer? Tjejernas problem bottnar förmodligen till största delen i individuella orsaker, men kanske kan det finnas något i dagens samhälle som bidrar till ökningen av självskadebeteende. Vi undrar vilken kunskap personal inom psykiatrin har om ett fenomen som detta, som ökat först under senare år. Vi tänker oss att det kanske inte ännu finns en samlad kunskap om detta beteende. Vad krävs av personalen inom psykiatrin när de nu möter ett ökat antal patienter med självskadebeteende? Använder de sig av något specifikt arbetssätt eller en speciell behandling för att få stopp på självskadebeteende hos de patienter de möter? Vi tror att eftersom självskadebeteende väcker starka känslor hos personalen kan det vara svårt att komma bakom beteendet och förstå orsakerna bakom. Vi vill ta reda på vilka det är som drabbas och orsakerna till detta och hur självskadebeteende definieras. Vi tror att både teoretisk och praktisk kunskap är viktig för att hantera och förstå detta svårförståliga beteende. Vi vill därför ägna vår uppsats till att undersöka vilken kunskap som finns hos personal inom psykiatrin, om denna typ av självskadebeteende hos tjejer och vilket arbetssätt de har med dem.

Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att undersöka och förstå vilken kunskap personal inom psykiatrin har om självskadebeteende hos tjejer och vilket arbetssätt de har med dessa patienter.

Våra frågeställningar är:

- Hur definieras självskadebeteende?
- Vilka tjejer är det som har självskadebeteende?
- Vilka är orsakerna till självskadebeteende hos tjejer?
- Vilket arbetssätt har personal inom psykiatrin i arbetet med dessa tjejer?

Begreppsdiskussion och avgränsning

När vi i vår uppsats använder oss av begreppet kunskap syftar vi till både teoretisk kunskap och praxiskunskap. Eliasson (1995) menar att den kunskap som baseras på erfarenheter kan vara en hjälp för att se komplexiteten och olikheterna hos de människor vi möter. Hon skriver att praxiskunskap också kan vara en hjälp för att dra slutsatser om hur man kan bete sig i olika situationer. I vår undersökning av vilken kunskap som finns om självska debeteende är vi intresserade av både den teoretiska kunskapen och praxiskunskapen hos personalen inom psykiatrin eftersom vi tror att de två formerna av kunskap kompletterar varandra.

Med begreppet självska debeteende syftar vi till den typ av avsiktliga skador mot kroppen som upprepas flera gånger och består av t.ex. att skära sig, bränna sig eller svälja farliga vätskor och föremål (Näslund, 1998).

Anledningen till att vi använder oss av begreppet tjejer är att vi fann det opraktiskt att skriva flickor och unga kvinnor och dessutom finner vi det svårläst. I vår uppsats är därför tjejer ett begrepp som omfattar både flickor och unga kvinnor. För tydlighetens skull vill vi specificera att den åldersgrupp vi innefattar i begreppet är 12 till 30 år. I det senmoderna samhället har ungdomsperioden p.g.a. ett generellt senare inträde på arbetsmarknaden förlängts och kommit att omfatta personer fram till 30 år (Föreläsning av Swärd, 14/9-01).

När vi syftar till tjejer med självska debeteende som är patienter inom psykiatrin så skriver vi patienten.

Vi har i vårt syfte och i våra frågeställningar valt att göra en avgränsning till tjejer med självska debeteende. Det var vår förförståelse att det är mest tjejer som har ett självska debeteende och detta var något som också senare framkom i resultatredovisningen.

Metod

Under denna rubrik ska vi redogöra för den metodologiska grunden i vår uppsats. Vi kommer att redovisa våra motiv till metodval, urvalskriterierna för vår undersökning och vilka svårigheter vi funnit med vår undersökning.

Metodval

Vi har valt att göra en kvalitativ undersökning grundad på primärdata från semistrukturerade intervjuer. Det finns olika anledningar till att vi har valt denna metod. Det är viktigt för vår uppsats syfte att intervjupersonerna kan uttrycka sig relativt fritt med egna ord för att både deras teoretiska och praktiska kunskap ska kunna lyftas fram. Denscombe (2000) menar att ord är det centrala för en kvalitativ analys. Han skriver också att arbeta utifrån kvalitativ metod gör att man är mer öppen för det som är oförutsägbart. Vi hade i uppsatsarbetets början ingen klar uppfattning vilken kunskap om självskadebeteende som fanns hos dem som arbetade inom psykiatri utan det var med hjälp av uppsatsen något som vi ville undersöka och förstå.

Utöver våra intervjuer grundar sig vår empiriska kunskap på sekundärdata från litteratur, tidskrifter, uppsatser och information från Internet.

Urval

Till en början hade vi en förhoppning om att kunna intervjua fem personer som arbetar inom barn- och ungdomspsykiatri i Lund och fem skolkuratorer från olika högstadie- och gymnasieskolor. Anledningen till att vi har valt personal som arbetar inom barn- och ungdomspsykiatri i Lund är att vi bedömde att de hade kunskap om och erfarenhet i ämnet. Likaså var detta val ett bekvämlighetsurval då vi hade kontakter där. Vi ville intervjua skolkuratorer för att komma utanför psykiatri och för att vi antog att även de kom i kontakt med dessa tjejer. Vid en rundringning till sex stycken skolkuratorer i Malmö framkom det dock att de inte hade någon direkt erfarenhet av ungdomar med självskadebeteende. Vi bedömde därför att det var bättre att enbart vända oss till personal inom barn- och ungdomspsykiatri eftersom vi föreställde oss att det ändå är de som mest kommer i kontakt med dessa tjejer. Vårt

urval är vad Halvorsen (1992) benämner ett strategiskt urval; ett urval som grundar sig på att välja ut de informanter som har stor kunskap i ämnet. För att vidga våra vyer utanför Lund och på så sätt fånga in en bredare erfarenhet valde vi att även vända oss till personal som arbetar inom barn- och ungdomspsykiatri i Malmö och vuxenpsykiatri i Hässleholm. Vi fick under tiden vi sökte efter informanter veta att avdelning 67 inom vuxenpsykiatri i Växjö och DBT-teamet (DBT står för Dialektisk beteendeterapi) inom vuxenpsykiatri i Lund har stor erfarenhet av tjejer med självskadebeteende. Detta var anledningen till att vi valde att göra intervjuer där. Att urval av informanter ofta görs utifrån en snöbollseffekt är något som Halvorsen (1992) skriver om. Margareta Samuelsson valde vi som informant för att hon forskar om just självskadebeteende hos unga kvinnor. Vi har inte sett någon anledning till att begränsa oss genom att välja informanter inom ett visst yrke. Inte heller har vi ansett det nödvändigt att bara vända oss till personer som arbetar inom barn- och ungdomspsykiatri eftersom åldersgränserna mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri är något flexibla. Så som vi definierar begreppet tjejer inbegriper det även unga kvinnor, det är också en anledning till att vi anser det relevant att ta med vuxenpsykiatri.

Bearbetning och analys

Det insamlade materialet har vi efter nära nog ordagrann utskrift bearbetat genom att dela in svaren på frågorna efter teman som följer våra frågeställningar. Därefter har vi gjort vår analys utifrån tidigare och aktuell forskning och teoretiska perspektiv som vi funnit relevanta för ämnet och som knyter an till materialet. Vi har valt att inte dela upp redovisningen av resultat och analys. Den del av det insamlade materialet som handlar om arbetet med DBT har vi valt att inte göra någon analys på. Detta eftersom den delen av materialet har en så konkret och praktisk karaktär att vi inte kan se något behov av att göra en analys. Vi vill ändå ha med denna del i vår uppsats eftersom DBT är en behandling ämnad för patienter med borderline personlighetsstörning och självskadebeteende.

Metod- och källkritik

Vi har inte funnit någon svensk forskning om självskadebeteende, däremot har vi funnit amerikansk och engelsk forskning i detta ämne. Det pågår forskning om

självskadebeteende bland unga kvinnor inom barn- och ungdomspsykiatri i Lund (RSMH: s hemsida). Denna forskning är dock inget vi har kunnat använda oss av då den ännu inte är avslutad och publicerad.

Under vårt sökande efter litteratur med hjälp av söksystemet Libris upptäckte vi att det finns många aktuella forskningsartiklar på engelska om självskadebeteende. Vi hade gärna velat använda oss av dessa men vi har inte haft någon möjlighet att få tag på dem eftersom det hade blivit för dyrt och tidskrävande för oss att beställa dem. Professor Armando Favazzas bok ”Bodies under siege” (1987) har vi förstått är bland den mest banbrytande inom detta ämne och därför en viktig bok (Strong, 1998). Vi har beställt denna bok med hjälp av Libris men tyvärr har den inte blivit tillgänglig.

De delar av uppsatsen som går igenom tidigare och aktuell forskning, psykologiska aspekter och teoretiska perspektiv och diagnostik i samband med självskadebeteende täcker troligen inte alla faktorer som kan ligga bakom att någon avsiktligt skadar sig. Detta är inte heller något vi eftersträvar utan de fakta vi samlat in från sekundärdata är mer till för att vara en bakgrund i vår analys av primärdata.

Denscombe (2000) skriver att dagstidningar kan vara en värdefull källa till aktuell information. När vi använder oss av citat från Sydsvenska Dagbladets ungdomssida ”Postis” gör vi det för att levandegöra ämnet i vår inledning. Vi är införstådda med att detta material inte utgör någon form av vetenskaplig kunskap och att dess trovärdighet kan ifrågasättas.

Vi är medvetna om att våra intervjupersoner inte behöver vara representativa för den genomsnittliga kunskapsnivån angående självskadebeteende hos tjejer för alla personer som sammantaget arbetar inom psykiatri. Ändå tror vi att vårt urval kan ge en bild av vilken typ av kunskap som kan finnas hos dem som arbetar inom psykiatri när det gäller självskadebeteende hos tjejer. Även om vi har tagit del av en stor del av den kunskap våra informanter har så ger intervjuerna förmodligen inte en heltäckande bild av all den både teoretiska och praktiska kunskap våra intervjupersoner har i ämnet.

Vid alla intervjuerna har vi använt oss av en bandspelare för att dokumentera vad informanterna säger. När man använder sig av bandspelare för att dokumentera en intervju fångas bara ordet in och den icke-verbala kommunikationen går förlorad (Denscombe, 2000). Detta är något vi är medvetna om. För att mildra denna effekt och utnyttja fördelen med att vara två har vi delat upp ansvaret under intervjuerna. Detta har vi gjort genom att en håller i intervjun och den andra observerar för att komplettera det den andra missar.

Vår intervju med Gunnar Almkvist blev tyvärr av så dålig ljudkvalitet att vi inte kunde skriva ut den ordagrant. Den inspelade intervjun har vi istället använt för att försöka komma ihåg vad han sa. Vi har meddelat honom detta och han har via telefon om igen berättat vad han anser vara viktigt.

Den sista i raden av våra intervjuer med Anette Karlsson, psykolog på anorexicentrum i Malmö, blev tyvärr inställd p.g.a. sjukdom. Hon erbjöd oss en ny tid men vi bedömde att det var för långt fram i tiden för att vi skulle ha tid och möjlighet att använda oss av intervjun i vår uppsats.

När vi i uppsatsen använt oss av citat från våra informanter har vi i vissa fall valt att ändra det talspråk som gjort meningarna svåra att förstå till ett mer lättläst språk. Vi har dock inte ändrat meningen och innebörden i citatet. Vi har också försökt att bevara informantens karaktäristiska sätt att uttrycka sig på. Denscombe (2000) anger att det talade ordet då och då behöver ändras så att det blir begripligt i skriftlig form.

Även om vårt syfte och våra frågeställningar utgår ifrån självskadebeteende hos tjejer så har vi i intervjumallen valt att utgå ifrån begreppet ungdomar för att inte styra våra intervjupersoner.

Etiskt perspektiv

Vi har valt att inte göra vår undersökning om självskadebeteende utifrån intervjuer med tjejerna. En anledning till att vi inte anser det etiskt försvarbart att göra detta är att vi har en för liten psykologisk kunskap för att göra intervjuer med dessa tjejer. En sådan intervju kan väcka starka känslor hos informanten. Vi är inte säkra på att vi hade kunnat hantera intervjusituationen på ett bra sätt. Att utsätta sina informanter för

mental stress och intrång i privatlivet tillhör en forskningspraxis som är tvivelaktig ur etisk synvinkel (Halvorsen, 1992).

Disposition

Uppsatsens vidare framställning inleds med ett kapital om tidigare och aktuell forskning som belyser olika aspekter av självskadebeteende. Därefter kommer en genomgång av psykologiska aspekter och teoretiska perspektiv relevanta för förståelsen av just självskadebeteende hos tjejer. Därefter behandlas frågor rörande diagnostik och symptom under rubriken Diagnostik i samband med självskadebeteende. Till sist redovisas en genomgång av terapeutiska utgångspunkter som har betydelse för arbetet med tjejer med självskadebeteende. Därefter följer redovisning och analys av intervjuerna som avslutas med en resultatsammanfattning. Sist i uppsatsen kommer en slutdiskussion utifrån våra egna reflektioner.

Tidigare och aktuell forskning

Det som redovisas under denna rubrik är grunderna till den del av analysen som behandlar teman angående definition av självskadebeteende och teman angående självskadebeteende hos tjejer.

Definition av självdestruktivitet

Självdestruktiva beteenden som alkoholmissbruk, missbruk, fortkörning, hetsätning, självmisshandel, kedjerökning och promiskuöst beteende är förenade med förhöjd dödsrisk. Risken för död är inte medvetet avsedd men ändå inte oväsentlig. I en dynamisk analys kan man ofta finna att dessa beteenden också har en drivkraft i en omedveten dödsönskan, som kan kombineras med en likaledes omedveten föreställning om odödlighet. Suicidalt beteende är ett självdestruktivt beteende där avsikten däremot är att dö. (Cullberg, 1999; Näslund, 1998) I en studie från 1991 framkom att åldern då någon blir utsatt för övergrepp spelar en viktig roll för allvarlighetsgraden i det självdestruktiva beteendet (van der Kolk & Fisler, 1994). Övergrepp under tidig barndom och under latensåldern var kopplat till självmordsförsök och olika självskadebeteende. Övergrepp under adolescensen var relaterat till anorexi och förhöjt risktagande. Övergrepp och försummelse i barndomen resulterar ofta i en kronisk oförmåga att hantera känslor. För att kompensera denna oförmåga utvecklar traumatiserade barn ofta olika beteende för att hantera inre affektiva tillstånd. Det kan vara olika självdestruktiva beteende, ätstörningar och missbruk. Ofta samexisterar dessa beteende hos samma person (Ibid.). Populariteten av piercing och tatuering har ökat parallellt med självskadebeteende (Strong, 1998). Det är inte så att alla som piercar och tatuera sig har psykiska störningar men de kan delvis motiveras av samma anledningar som ligger bakom ett självskadebeteende. Syftet till att pierca och tatuera sig kan vara att visa tillhörighet till en grupp (Ibid.).

Definition av självskadebeteende

Självskadebeteende (som också kallas självmisshandel) definieras som ”avsiktlig skada på den egna kroppen utan medveten avsikt att begå självmord” (Näslund, 1998). Armando Favazza och Daphne Simeon (i Simeon & Hollander, 2001) definerar fyra grader av självskadebeteende;

Stereotypiskt självskadeteende innebär t.ex. att bita sig, att riva upp sår i huden, att slå sitt huvud och sin kropp. Denna typ av självskadeteende är enformiga och ofta rytmiska. Denna form förekommer mest hos patienter som t.ex. är utvecklingsstörda eller har autism.

Allvarligt självskadeteende är den mest dramatiska och ofta den mest livshotande formen av självskadeteende. Det kan t.ex. vara kastration, uttagande av ögon och i vissa fall amputation. Det är mer vanligt att utföra denna typ av självskadeteende en gång än upprepande gånger. Denna grad av självskadeteende förekommer främst hos patienter med schizofreni, men kan också förekomma hos patienter med psykos.

Tvångsmässigt självskadeteende handlar om ett upprepande beteende som kan förekommer flera gånger per dag som t.ex. hårdragning, riva upp sår i huden, slå sig själv, dunka huvudet i väggen och nagelbitning. Drag som kännetecknar dessa patienter är impulsivitet och tvång. Denna form är inte ovanlig hos patienter med Tourette's syndrom (tvångsmässigt upprepande av kropps rörelser och uttalande av icke socialt accepterade ord) och autism.

Impulsivt självskadeteende är den vanligaste formen av självskadeteende där patienten skadar sig själv genom att skära sig, svälja vassa föremål, bränna sig, dunka huvudet i väggen eller genom att slå sig själv. Många av dessa patienter har varit med om emotionell försummelse och traumatiska upplevelser genom övergrepp i olika former. Denna form av självskadeteende börjar vanligtvis i tonåren. Den impulsiva formen kan finnas t.ex. hos patienter med borderline personlighetsstörning, ätstörning eller depressionsstörning (Ibid.).

Uppsatsen kommer att spegla denna sista form av självskadeteende.

Inget nytt under solen

Självmisshandel är inget nytt fenomen. I många religiösa samfund, kanske framförallt inom kristendomen, har självmisshandel använts som ett sätt att komma närmare Gud (Näslund, 1998). I flera olika samhällen både moderna och historiska har människan på olika sätt använt huden som ett sätt att kommunicera (Strong, 1998). Från 1800-talet och bakåt i tiden ansågs i västerländska samhällen självskadeteende vara en religiöst inspirerad handling. I mitten av 1800-talet utvecklades begreppet galenskap och de första studierna av självskadeteende började dyka upp i litteraturen. Det var

då extrema former av självskadebeteende som beskrevs t.ex. självkastring hos psykotiska människor och fortfarande fanns det religiösa motiv med i förståelsen av beteendet. Det är först de senaste sextio åren som psykologer och psykiatriker har börjat skilja ut självskadebeteende från tvångssyndrom och masochism och se det som ett sätt att hantera känslor (Ibid.). Marianne Cederblad, professor vid Universitetssjukhuset i Lund har funderingar om självskadebeteende kan vara ett sekelskiftsfenomen. Vid förra sekelskiftet hade kvinnor kloros; de var svaga, svimmade och hade diffusa kroppsliga symptom. Det var ett uttryck för att de inte orkade med sin könsroll och kände sig frustrerade. Det var ett accepterat sätt att protestera. Marianne Cederblad tror att dagens självskadebeteende kan vara något motsvarande. Det kan vara unga tjejer som inte riktigt klarar sin nya kvinnoroll och som inte vet vad de ska göra med sig själva och sitt liv (Andersson, 1998).

Forskning om självskadebeteende

Karl Menninger var den första som 1938 med sin bok "Man against himself" lade grunden till den moderna förståelsen av självskadebeteende (Strong, 1998). Han avfärdade då den allmänna uppfattningen att självskadebeteende var halvhjärtade självmordsförsök. På 1960-talet i Philadelphia såg Harold Graff och Richard Mallin på den psykiatriska klinik de arbetade, en plötslig ökning av patienter som skar sig i handlederna utan avsikt att ta sitt liv. I en studie av dessa patienter fann de att det var unga intelligenta kvinnor med smärtsamma barndomsupplevelser bakom sig. På 1970-talet ökade antalet artiklar om självskadebeteende i psykiatriska tidningar och på 1980-talet började det anses som ett relevant ämne att studera. En av de viktigaste och mest banbrytande böckerna som har publicerats om självskadebeteende är Armando Favazzas "Bodies under Siege" som utkom 1987. Det är först de senaste tio åren som kunskaperna om självskadebeteende har växt till en sammanhängande kunskap men det finns fortfarande ingen psykologisk teori som ensam kan sammanfoga all kunskap om självskadebeteende (Ibid.).

Det finns för nuvarande ingen svensk publicerad forskning om självskadebeteende hos barn och ungdomar (Samuelsson, 2001). Det pågår dock t.ex. ett forskningsprojekt inom barn- och ungdomspsykiatri i Lund som med anslag från Region Skåne ska undersöka vilka bakomliggande faktorer som finns till den ökning

av självskadebeteende som rapporterats och finna bra behandlingsmetoder (RSMH: s hemsida). Den mest omfattande forskningen om självskadebeteende står Armando Favazza, professor i psykiatri vid universitetet i Missouri för (Strong, 1998). Han uppskattar att så många som två miljoner människor i USA avsiktligt skär eller bränner sig varje år. Hans undersökning av femhundra personer som studerade psykologi vid ett universitet visade att så många som tolv procent hade åtminstone en gång i livet avsiktligt skurit sig, bränt sig eller på liknande sätt skadat sig. Armando Favazza och Karen Conterio genomförde 1988 den största undersökningen som gjorts av självskadebeteende. De fann hos de 240 personer med självskadebeteende som ingick i undersökningen att den "typiska" självskadaren var en vit kvinna som närmade sig trettio år och som började avsiktligt skada sig när hon var fjorton år. Minst femtio gånger hade hon skadat sig själv, vanligtvis genom att skära sig men också genom andra metoder som att bränna sig och slå sig själv (Ibid.).

Ökning av självskadebeteende hos unga tjejer

Samuelsson (2001) skriver att självskadebeteende tycks ha ökat de senaste åren, särskilt hos tonårsflickor. Hon skriver också att självskadebeteende "smittar" via t.ex. Internet. Det finns hos flera barn- och ungdomspsykiatriska kliniker i Sverige en uppfattning om att det de senaste åren har skett en ökning av självskadebeteende hos ungdomar. På vissa ställen i landet har denna ökning varit drastisk. Ökningen har varit störst hos de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna. I Västra Götalandsregionen har man i 14 kommuner gjort en undersökning av den psykosociala hälsan hos elever i årskurs 7-9. Var tredje flicka angav i den undersökningen att de hade tankar på att avsiktligt skada sig själv (Ibid.). Psykiatriska intensivvårdsavdelningen, PIVA, på länsjukhuset Ryhov i Jönköping såg en markant ökning av självskadebeteendet vid årsskiftet 2000, då fem unga kvinnor samtidigt vårdades för sitt självskadebeteende. I vanliga fall är det en, högst två patienter med självskadebeteende där. På PIVA, länsjukhuset Ryhov i Jönköping kan man se en koppling mellan ökat antal självskadebeteende och pågående debatt i massmedia t.ex. om incest. En sådan debatt kan väcka stark ångest hos dessa kvinnor, då många av dem varit utsatta för sexuella övergrepp. Vad ökningen vid årsskiftet år 2000 berodde på vet inte personalen (Falk-Wadman, 2000). Strong (1998) skriver att självskadebeteende har rapporterats i stor omfattning de senaste decennierna från olika offentliga institutioner. Den amerikanska

psykologen Mary Pipher som har lång erfarenhet av att behandla tonårsflickor berättar i sin bok "Rädda Ofelia" (1998) att hon i dag ofta möter tjejer med självskadebeteende, ett beteende som hon aldrig stötte på under sina första tio år som terapeut.

Tjebers situation i dagens samhälle

Pipher (1998) skriver om Simone de Beauvoir som menade att tjejer i och med att de kommer fram till adolescensen slutar vara subjekt i sina egna liv och istället blir objekt i andras liv. I likhet med Beauvoir menar Pipher att denna press på tjejer sätter in när de når adolescensen. Det är en press som innebär att för att bli socialt accepterade måste tjejerna anta en kvinnoroll i en kultur full av sexism och utseendefixering. Pipher menar att det har stor betydelse för deras vuxna identitet hur tjejerna klarar denna tid. Om de inte får hjälp och stöd kan förlusten av självförtroende och vilja bli bestående. Hon tycker det är motsägelsefullt att samhället i så hög grad förespråkar att ungdomar under denna tid ska bli oberoende av sina föräldrar när det är en tid med snabba förändringar och stora krav, då de behöver sina föräldrars stöd. De utvecklingsmässiga orsaker som gör att tjejerna vänder sig till sina kamrater för identifikation kan göra dem än mer vilsna eftersom även kamraterna försöker passa in i en stereotyp könsroll. Pipher menar att det finns en klyfta mellan tjebers sanna själv och samhällets syn på vad som är kännetecknande för en kvinna. Pipher menar att samhället har en stor roll i den process som leder till att tonårstjejer idag utvecklar ett falskt själv för att bli socialt accepterade (Ibid).

Psykologiska aspekter och teoretiska perspektiv

Detta kapitel är ett redskap för analysavsnitten som behandlar olika orsaker till självskadebeteende hos tjejer.

Medfödda egenskaper

Barnets konstitutionella egenskaper (kroppsbyggnad, intellekt, karaktär och temperament) är de inre förutsättningar som gör barnet unikt (Frisk & Gillberg i Gillberg & Hallberg, 2000). Konstitutionen är barnets genetiska uppsättning, men ibland innefattar begreppet även förvärvade särdrag beroende på t.ex. en tidig hjärnskada. Personlighetsdrag som aggressivitet, rädsla, ängslan och aktivitetsnivå är till stor del genetiskt bestämda. Dessa genetiska egenskaper formas sedan i barnets möte med omgivningen (Ibid.).

Huden som kommunikationsväg

Det är genom hudkontakt ett nyfött barn får sina första upplevelser av världen. Några av barnets viktigaste behov är upplevelser av varm och kärleksfull beröring (Strong, 1998). Crafoord (2001) menar att vår jaguppfattning bygger på vår upplevelse av kroppen. Huden är en viktig kommunikationsväg mellan individen och omgivningen. Individ betyder odelbar och syftar på den odelbara enhet som ryms innanför huden. Huden är individens yttersta gräns mot omvärlden och ger oss upplevelsen av att existera (Ibid.). Självskärare använder sin hud för att kommunicera ett budskap som till alldeles nyligen verkat omöjligt att förstå (Strong, 1998).

Trauma

Trauma spelar en avgörande roll i uppkomsten av flera olika psykiska störningar (van der Kolk & Fislér, 1994). Traumatiske upplevelser av övergrepp och försummelse i barndomen påverkar den biologiskt baserade förmågan att reglera intensiteten i affektiva reaktioner. Avsaknaden av en förmåga att reglera intensiteten i känslor och impulser är förmodligen den mest långtgående effekten av trauma och försummelse. Oförmågan att hantera känslor ger upphov till ett spektrum av beteende. Barn som har varit utsatta för övergrepp misslyckas ofta med att utveckla en kapacitet att uttrycka specifika känslor. Deras svårigheter med att verbalisera sina känslor påverkar deras

förmåga att finna flexibla sätt att reagera på. De reagerar på stress som om det var lika farligt som det trauma de har upplevt. Detta gör att de agerar ut genom olika självdestruktiva beteenden. Vanligtvis samexisterar dessa utagerande beteenden vilket komplicerar diagnos och behandling (Ibid.).

Bessel van der Kolk ha funnit bevis för att allvarliga trauman kan förändra strukturen och de kemiska processerna i hjärnan (Strong, 1998). Dessa förändringar kan bli permanenta om ett barn blir traumatiserat innan det centrala nervsystemet är fullt utvecklat. Kolk menar att de symptom som är karaktäristiska för posttraumatiskt stress syndrom, till stor del beror på dessa biologiska förändringar till följd av överväldigande upplevelser. De som lider av posttraumatiskt stress syndrom, en del av dem med självskadebeteende, är i ständig beredskap och upplever en ständig inre psykisk spänning (Ibid.). Denna brist på självreglerande processer hos barn utsatta för övergrepp gör att de får svårt att utveckla en riktig upplevelse av sitt själv. Istället upplever de sig vara bortkopplade från olika minnen och från sin kropp, de är aggressiva mot sig själva och mot andra och de är osäkra i relation till andra människor (van der Kolk & Fisler, 1994). Miller (1994) menar att det finns en skillnad i hur män och kvinnor uttrycker upplevelser av barndomstrauman. Överlag är det så att män riktar sin aggressivitet utåt och kvinnor riktar sin aggressivitet mot sig själv.

Dissociation

Dissociativa störningar är den vanligaste komplikationen av trauma. Det kan bl.a. innebära känslor av att vara bortkopplad från verkligheten och från sig själv (van der Kolk & Fisler, 1994). Allvarlig form av dissociation är en försvarsmekanism som håller traumatiska minnen borta från en medveten upplevelse (Strong, 1998). Dissociation är ett försvar som barn utsatta för övergrepp har för att kunna undfly en situation där de inte fysiskt kan fly utan istället måste avlägsna sig känslomässigt för att överleva psykologiskt. Det skapar hos barnet en känsla av att falla isär; att kropp och själ skiljs åt. I allvarliga fall utvecklas en personlighetsstörning med flera distinkta personligheter. Det finns självskadepatienter med multipla personligheter men de flesta självskadepatienter med dissociationsupplevelser känner sig överkliga just i samband med påfrestningar som påminner om trauma. Dissociation kan också

komma när de upplever känslor som de anser är förbjudna t.ex. ilska eller när de ska vara intima med någon (Ibid.). Just det självskadebeteende som innebär att man skär sig är särskilt starkt relaterat till dissociation (Kolk, Perry & Herman, 1991).

Ångest

Ångest är en intensiv obehaglig känsla kopplad till en föreställning om fara (Sigrell, 2000). Den har sin grund i det lilla barnets upplevelser av hjälplöshet. Enligt psykoanalytisk teori är ångest bakgrunden till många olika typer av psykiska problem. Olika konfliktsituationer kan aktualisera tidigare bortträngda känslor och impulser och skapa en ångest lika stark som det lilla barnets. Denna överväldigande ångest aktiverar olika psykiska försvarsmekanismer. På olika sätt försvarar jaget sig mot ångest (Ibid.).

Tjejers ilska

Vrede är en viktig signal som talar om för oss att alltför mycket av vårt jag åsidosätts i ett förhållande till någon annan eller att vi har någon viktig känslomässig fråga olöst. Kvinnor i allmänhet avhålls från att bli medvetna om och uttrycka sin vrede (Lerner, 1987). Strong (1998) skriver att tjejer med självskadebeteende som barn kan ha hindrats från att uttrycka sin ilska och dessutom varit tvungna att bära föräldrarnas ilska och frustration. Vreden är hos dem så uppdämd att den känns livsfarlig.

Emotionell försummelse

Emotionell försummelse kan ha en lika skadlig påverkan på barns utveckling som mer uppenbara former av övergrepp. Om föräldrarna aldrig bekräftar barnet när det uttrycker sina känslor kan det påverka barnets förmåga att känna igen och acceptera sina egna känslor (Daniel, Wassell & Gilligan 1999). I sin litteraturgenomgång har Margareta Samuelsson (2001) funnit att det finns ett starkt samband mellan självskadebeteende, emotionell försummelse och övergivenhet. De tjejer som har ett självskadebeteende har överlag låg självkänsla och värdelöshetskänslor. Dessa känslor har redan hos förskolebarn visat sig ha ett samband med emotionell försummelse.

Ungdomstiden

Adolescensen förklarar den psykologiska mognad som sker då ungdomen är mellan cirka tolv till tjugo år (Kihlbom i Gillberg & Hellgren, 2000). Tiden delas in i olika faser som främst skiljer sig åt när det gäller utvecklingen av objektrelationer och identitet. Adolescensen erbjuder möjligheter att arbeta igenom tidigare utvecklingskriser med möjlighet till reparation (Ibid.). Strong (1998) ser tre olika anledningar till varför självskadebeteende oftast börjar i tonåren. Svårigheter med anknytning och separation i tidig barndom kan aktualiseras under denna tid. Det är också en tid då aggressiva drifter blir starkare. Dessutom kan barn som har upplevt erfarenheter som gör att de tycker illa om eller känner sig främmande för sin kropp under tonåren känna sig ännu mer främmande för sitt kroppsliga själv (Ibid.).

Självskadebeteendets egenskaper

Margareta Samuelsson (2001) skriver i sin litteraturgenomgång att det i självskadebeteendet finns en smittoeffekt som man kan se både hos tjejer med en personlighetsproblematik och hos dem som inte har sådana problem.

Strong (1998) menar att för de flesta personer med ett manifest självskadebeteende har det blivit ett beroende som är svårare att bli av med än t.ex. anorexi. I Favazzas och Conterios studie av 240 personer med självskadebeteende rapporterade 71 procent att de ansåg sitt självskadebeteende vara ett beroende (Ibid.). Personer med självskadebeteende känner ofta ingen smärta när de tillfogar sig skada och efteråt får de en lättnadskänsla (van der Kolk & Fidler, 1994).

I en studie av personer med personlighetsstörning och självdestruktivt beteende visade det sig att 39 procent av dem hade gjort en eller flera allvarliga självmordsförsök (van der Kolk, Perry & Herman, 1991). Karl A. Menninger såg självskadebeteende i psykoanalytiska termer som en konflikt mellan aggressiva impulser och en önskan att leva. Självskadebeteende menade han är ett sätt att undvika självmord genom att ”göra självmord på endast en del av kroppen”. Självskadebeteende, ansåg han, representerar livsinstinkts seger över dödsinstinkten (Menninger, 1938).

Objektrelationsteorier

Objektrelationsteorierna utvecklades som ett komplement till jagpsykologins strukturella konfliktteori (Sigrell, 2000). Det visade sig att inte alla psykiska störningar gick att förklara i termer av konflikter mellan det, jag och överjag. Problem som allvarliga karaktärsstörningar och bristande impuls kontroll kunde inte förklaras med hjälp av konfliktteorin. På 1950-talet började man därför tala om att inre konflikter också kan finnas mellan olika delar av jaget, som man inom objektrelationsteorin benämner självet (Ibid.).

Objektrelationsteorierna riktar sin uppmärksamhet på hur känslomässiga relationer till andra byggs upp hos individen (Sigrell, 2000). Framförallt betonas barnets relation till föräldrarna. Fairbairn som var den som först använde begreppet objektrelationsteori menade att de inre drifterna var mer objektsökande än lustsökande, något som bekräftas av modern spädbarnsforskning som visat att redan det nyfödda barnet är objektsökande. Gemensamt för de olika objektrelationsteoretikerna är att de anser att under den period då barnet är totalt beroende av sina föräldrar sker den viktigaste påverkan. Utifrån relationer till verkliga personer skapas inre representationer, inre objekt. Barnet internaliserar delar av samspelet med omgivningen och skapar på så sätt sitt inre referenssystem. Dessa inre bilder består både av självrepresentationer och objektrepresentationer. Dessa representationer kan vara både medvetna och omedvetna. Det är de omedvetna konflikterna mellan dessa representationer som påverkar en individs psykiska fungerande (Ibid.).

Objektrelationsteoretikerna menar att individen i sitt möte med omgivningen genom objektrepresentationer från den inre världen agerar ut det som finns kvar i minnet från barndomen i olika upprepningsmönster (Sigrell, 2000). Anledningen till dessa upprepningsmönster är en önskan om att få kontakt med och makt över känslor av hjälplöshet. Psykiska problem uppstår när individen i hög grad låter sig styras av den inre världen i möte med den yttre världen. De inre objekt- och självrepresentationerna är sammankopplade med olika starka affektladdningar (Ibid.).

Affektteorin

Inom affektteorin menar man att den primära motivationen för människan är olika känslotillstånd (Sigrell, 2000). Affekter är medfödda och utgör grunden för utvecklandet av känslor, emotioner och sinnesstämningar. Silvan Tomkins är den som betytt mest för utvecklingen av affektteorin genom sin teori om affektsystemet där han utgår ifrån att affekter bestäms dels av biokemiska processer i kroppen och är en del av den genetiska koden men att de också härstammar från psykologiska och sociala erfarenheter. Tomkins skiljer på affekter, känslor och emotioner. Han fann att det finns nio olika basaffekter som är medfödda och kan urskiljas redan i det lilla barnets ansiktsuttryck. Dessa basaffekter är; intresse/upphetsning, förnöjelse/glädje, fruktan/skräck, kval/pina, vrede/raseri, skam/förödmjukelse, avsky och avsmak. Känslor är den medvetna upplevelsen av att en affekt har utlösts. Emotioner är en kombination av affekter med minnen av tidigare erfarenheter och de affekter som de i sin tur väcker. Målet med affektutvecklingen är för individen att påbörja, vidmakthålla och utveckla relationer. Relationer är det som antas skapa mening och sammanhang för individen. Objektrelationsteoretikerna menar att de inre objektrelationernas karaktär gestaltar sig i personens relationer till andra människor. Viktigt i samspelet med andra människor är individens upplevelse av det egna självet och önskan om bekräftelse (Ibid.).

Diagnostik i samband med självskadebeteende

Utifrån detta avsnitt sker i likhet med det tidigare avsnittet som handlade om psykologiska aspekter och teoretiska perspektiv, analysen av den del av vårt material som berör orsaker till självskadebeteende. Det är också grunden i analysen av arbetssätt med dessa patienter.

Diagnos och symptom

Strong (1998) skriver att den medicinska historien visar att sjukdomar identifieras och diagnostiseras i större frekvens när läkare får en klinisk beskrivning av tillståndet och ett sätt att ställa diagnos. Sjukdomar och störningar utan en tydlig definition menar hon upptäcks inte. Gillberg skriver att diagnostik och klassifikation alltid har haft en stor betydelse i medicinens historia eftersom det varit grunden för kunskapsutveckling (Gillberg i Gillberg & Hellgren, 2000). Inom psykiatri kan man finna olika diagnosmodeller. Några utgår ifrån teorier om inre skeende men de flesta är fenomenologiska diagnoser, d.v.s. diagnoser där man utgår ifrån yttre iakttagbara symptom. Detta kan leda till att de aggressiva killarna i större utsträckning upptäcks och får en diagnos medan tjejernas tysta problem upptäcks i mindre utsträckning. Utifrån dessa fenomenologiska diagnoser framgår det inte vad som orsakar symptomet (Ibid.).

Det finns två klassifikationssystem som används inom psykiatri; ICD 10 (International Classification of Diseases) och DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (Gillberg i Gillberg & Hellgren, 2000). Självskadebeteende ingår som ett diagnoskriterium för borderline personlighetsstörning, enligt DSM IV (Hellgren i Gillberg & Hellgren, 2000). Tyngdpunkten i båda dessa klassifikationssystem när det gäller diagnosmodell, ligger på den fenomenologiska modellen, även om det rekommenderas att denna kompletteras av andra diagnosmodeller som tar hänsyn till bakomliggande faktorer när det gäller barn och ungdomar (Gillberg i Gillberg & Hellgren, 2000). För några decennier sedan kunde patienter med självskadebeteende diagnostiseras som hysteriska, psykotiska eller psykopater (Strong, 1998). En stor anledning till detta var att man misstog perioder av dissociation för hallucinationer. Idag är den vanligaste

diagnosen för de patienter som har ett självskadebeteende borderline personlighetsstörning (Ibid.).

Borderline

Det har rått stor oenighet mellan läkare, psykologer, psykoanalytiker, och psykoterapeuter om vad som kännetecknar borderlinestörning och vad man ska kalla den här formen av psykisk störning. Orsaken till de skilda uppfattningarna ifråga om diagnos och benämning är att ingen annan form av psykisk ohälsa är så mångskiftande i sina symptom (Näslund, 1998). Det är en diagnos som somliga menar är överanvänd delvis p.g.a. att DSM IV utgår från symptom och inte bakomliggande orsaker (Strong, 1998). Det finns många experter som nu menar att en lämpligare och mer medkännande diagnos för många av dessa patienter som t.ex. skär sig är posttraumatisk stress syndrom, eftersom den diagnosen förklarar symptomen på ett bättre sätt. Den diagnosen inger också bättre hopp om tillfrisknande än vad diagnosen borderline personlighetsstörning ofta gör (Ibid.). Under de senaste två decennierna har ett stort antal undersökningar bekräftat sambandet mellan borderlinestörning och svåra upplevelser i barndomen t.ex. någon form av trauma. I stor utsträckning kommer borderlinepatienter från familjer där föräldrarna utmärks av depression, drogmissbruk och/eller antisociala beteenden (Näslund, 1998). De flesta av dessa patienter har alla de tre symptom som ingår i posttraumatisk stress syndrom nämligen påträngande minnen, undvikande av det som kan påminna om traumat och en upplevelse av känslolöshet (Strong, 1998). Vissa rapporter visar att fler kvinnor än män är drabbade av borderline personlighetsstörning. Detta kan bero på flera olika orsaker (Näslund, 1998).

Diagnosen hos barn och ungdomar

Det finns svårigheter med att diagnostisera personlighetsstörningar och just borderlinetillstånd hos ungdomar. Det kräver att man går utöver den fenomenologiska diagnosmodellen. Det som komplicerar möjligheten att ställa diagnoser i tonåren är de kriser och stora omvälvningar som normalt hör till denna tid i utvecklingen (Hellgren i Gillberg & Hellgren, 2000). Många tonåringar kan ha drag som liknar borderlineproblematik, t.ex. identitetsstörning, men som inte behöver vara bestående drag (Näslund, 1998). Därför menar vissa att man inte kan ställa diagnosen

personlighetsstörning före vuxen ålder. Andra uttalar med lika stor emfas att det visst går att observera sådana permanenta störningar hos ett barn och att det är befogat att tala om personlighetsstörning. Det har framförts av J. Goldman och hans medarbetare att DSM med kriterier för att diagnostisera borderline personlighetsstörning hos vuxna mycket väl kan användas på barn efter en viss modifiering. Barn som uppfyller fem av följande åtta kriterier anser de kan bedömas ha borderlinestörning. Dessa kriterier är: instabila och intensiva personrelationer, destruktiv impulsivitet, känslomässig instabilitet, oproportionerlig intensiv ilska, hot om självmord och självdestruktivitet, tydlig identitetsstörning, kronisk känsla av tomhet eller leda och stark upptagenhet av att undvika verklig eller inbillad övergivenhet (Ibid.).

Terapeutiska utgångspunkter

Under denna rubrik redovisar vi olika terapeutiska utgångspunkter vilka fungerar som ett verktyg till vår analys av personalens arbetssätt.

Det finns olika åsikter mellan terapeuter när det gäller behandling för patienter med självskadebeteende (Strong, 1998). Frågan är om man ska fokusera på här och nu och försöka ändra negativa tankar och beteende eller försöka få patienten att minnas och lösa ett upplevt trauma. Ett argument för kognitiv behandling är att man inte ska fokusera på det förflutna, för det kan göra att självskadebeteendet eskalerar. Den kognitiva behandlingen kan också vara mer tillgänglig för dem som inte kan hantera intensiteten och den svaga strukturen i psykoanalytisk psykoterapi. Nackdelen med den kognitiva behandlingen är att man behandlar symptomet och inte sjukdomen. Det är kanske en metod som inte tillräckligt kan upplösa de olika psykiska besvär som följer av traumatiska upplevelser. Många terapeuter använder både kognitiv beteendeterapi och mer intensiv psykoterapi, så de båda arbetssätten behöver inte utesluta varandra (Ibid.).

Psykodynamisk terapi

Det finns olika kategorier av psykodynamisk behandling som alla fokuserar på olika meningar av ett beteende (Guralnik & Simeon i Simeon & Hollander, 2001). Det finns t.ex. delvis en skillnad mellan hur man tolkar självskadebeteende utifrån en psykoanalytisk referensram och hur man tolkar det utifrån objektrelationsteorier. När det gäller självskadebeteende ser den klassiska psykoanalysen det som ett resultat av konflikt mellan lustbehov och aggressiva drifter. Objektrelationsteorier ser det som en symbol för inre konflikter mellan internaliserade själv- och objektrepresentationer. Den klassiska behandlingen inom psykodynamisk terapi innebär en ansträngning att göra det omedvetna medvetet och hålla tillbaka impulser som leder till att någon avsiktligt skadar sig själv. Terapeuten hjälper patienten att förstå underliggande meningar av självskadebeteendet och skapa fred mellan olika delar av psyket genom att utveckla mer sofistikerade försvarsmekanismer för att förhandla mellan sexuella och aggressiva drifter och överjaget. Behandlingen av självskadebeteende involverar möjligheten att lära sig utveckla olika sätt att uttrycka sig i ord och tydliggöra vilka inre modeller som styr personen. Patienterna lär sig att relatera aspekter av sina

erfarenheter till sin historia och till omgivningen i deras liv. Likaså lär patienterna sig att arbeta med den primitiva självklandringen och skulden som de kan känna för sin destruktivitet (Ibid.).

Kognitiv terapi

Den kognitiva terapin använder en kombination av kognitiva och beteendeterapeutiska tekniker (Egidius, 1994). Det utmärkande för kognitiv terapi är att patient och terapeut formar ett team där de tillsammans först kartlägger hur patienten tänker och tolkar olika händelser. Därefter testas de riktigheten av dessa föreställningar och tolkningar genom en sokratisk dialog. En sokratisk dialog innebär att terapeuten ställer frågor till patienten som ska göra det möjligt för denne att själv nå insikt och genom olika slag av beteendeexperiment få patienten i hemuppgift att testa nya förhållningssätt och effekterna av dem (Ibid.). Behandlingen består i att terapeuten noterar vilka dysfunktionella tankar patienterna har om sig själva, sin omvärld och om framtiden (Egidius, 2000). Med hjälp av de sokratiska frågorna: ”Hur vet du att det är så?”, ”Kan det vara på något annat sätt?” och ”Om det är så vad innebär det för dig?”, försöker terapeut och patient hitta nya modeller som inte är dysfunktionella och på så sätt skapa andra copingstrategier. Betoningen ligger på konkreta frågor kring ”här och nu situationer” (Danielsson, Nordquist & Tedin, 2000).

Perris (1998) menar att användningen av en kognitiv terapeutisk referensram på psykiatriska vårdavdelningar skapar balans och struktur i arbetet på avdelningen. En sådan referensram möjliggör också för personalen att dela samma vårdideologi vilket gör att patienterna får ett konsekvent bemötande. Det finns i den kognitiva referensramen en flexibilitet som gör det möjligt att ta hänsyn till varje enskild patients behov och resurser på ett bra sätt. Perris har tillsammans med vårdpersonal i Umeå sammanfattat vad ett kognitivt förhållningssätt kan innebära. Det kan t.ex. vara bejakande av grundprincipen att tankar, känslor och beteende har en ömsesidig påverkan på varandra, en strävan efter att se den unika människan bakom diagnos och beteende, att ingen patient är så sjuk att inget friskt kan lockas fram och uppmuntran till patientens aktiva medverkan i behandlingen (Ibid.).

Dialektisk beteendeterapi

DBT är en kognitiv beteendearikad behandling med inslag av österländsk visdom från Zenbuddismen (Näslund, 1998). Grundaren av DBT är professor Marsha Linehan. Dialektik betyder sammansmältning av två motsatser: tes och antites blir en syntes, som i sin tur är en tes med antites. I behandlingen betonas balansen mellan acceptans och förändring, i syfte att hjälpa patienter med allvarliga psykiatriska symptom. Denna behandling är specialinriktad för människor med självskadebeteende, kroniska självmordstankar och personlighetsproblematik. Ett nyckelantagande i DBT är att självdestruktiva beteende är inlärd för att klara av outhärdliga, intensiva och negativa känslor. Den grundläggande dialektiken i DBT är att terapeuten måste acceptera patienten precis som hon är och samtidigt lära henne att förändra sig. Terapins syfte är att reducera patientens självmordsförsök och självskadebeteende, behålla patienten kvar i terapin genom att varje gång tala ingående om vad som kan ligga bakom patientens önskan att avsluta behandlingen. Terapins syfte är också att öka patientens livskvalitet (ibid.).

Det salutogena perspektivet

I det salutogena perspektivet läggs tonvikten på hälsobringande och positiva faktorer. Känslan av sammanhang; KASAM är ett begrepp som utvecklats av Aaron Antonovsky. Han menade att de som har en hög KASAM d.v.s. tycker att livet är begripligt, hanterbart och meningsfullt, har en god psykisk och fysisk hälsa (Hansson i Armelius m.fl., 1996). I arbetet med dessa ungdomar kan man utifrån ett salutogent bemötande arbeta med att höja ungdomarnas KASAM (Hult m.fl., 1996).

KASAM består enligt Antonovsky av tre delkomponenter; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Meningsfullhet är den mest centrala av de tre komponenterna och en förutsättning för genuin och bestående begriplighet och hög hanterbarhet (Hult m.fl., 1996).

Meningsfullhet innebär att man har något område i livet som har en känslomässig betydelse (Antonovksy, 1991). När det gäller arbetet med patienter är det viktigt att de har en uppfattning av delaktighet i det som sker. Detta kan åstadkommas genom att

försöka skapa nya meningsfulla sammanhang och en annan framtidstro för patienten (Hult m.fl., 1996).

Begriplighet innebär att det som inträffar är förståeligt, förutsägbart och upplevs som ordnat, strukturerat och tydligt. Det innebär att negativa händelser kan göras begripbara (Antonovsky, 1991). Utifrån denna aspekt är det viktigt att arbeta med förståelse och att lyssna på patientens egna berättelser (Hult m.fl., 1996).

Hanterbarhet innebär i vilken grad någon upplever sig ha resurser med vilkas hjälp man kan möta olika krav. Resurserna består av sina egna förmågor och den tillgång man har till andras hjälp. En hög känsla av hanterbarhet innebär att man inte känner sig som ett offer för omständigheter och när olika saker händer kan man klara sig ändå (Antonovsky, 1991). Här handlar det om att stärka patientens resurser och förmågor för att kunna möta olika situationer i livet genom att se på inre och yttre "locus of controll" d.v.s. vad kan jag påverka själv och vad är styrt utifrån och därmed mera svårt att förändra (Danielsson, Nordquist & Tedin, 2000).

Intervjuer och intervjupersoner

Genomförande av intervjuerna

Intervjuerna har genomförts på informanternas respektive arbetsplats. Vi har båda medverkat vid alla intervjutillfällen utom vid ett tillfälle då vi bokat två intervjuer samtidigt. Intervjuerna har följt en intervjumall som är uppdelad i olika tema utifrån våra frågeställningar, men den har dock inte varit styrande utan mer använts som ett stöd. Intervjuerna varade i cirka en timme och spelades in med bandspelare. Alla intervjupersoner har gett sitt medgivande till att vi anger deras namn i uppsatsen. Två intervjuer var gruppintervjuer med två informanter från samma arbetsplats.

Presentation av intervjupersonerna

Vi kommer nu att presentera våra intervjupersoner utifrån var de arbetar, vilka erfarenheter de har och hur de kommer i kontakt med dessa tjejer med självskadebeteende.

Margareta Samuelsson har arbetat som kurator i barn- och ungdomspsykiatri i Lund. Där har hon i sitt arbete både inom öppenvård och slutenvård kommit i kontakt med tjejer med självskadebeteende. Numera ägnar hon sig åt ett forskningsprojekt om just självskadebeteende hos unga kvinnor.

Lena Forsberg arbetar som kurator och psykoterapeut, i ungdomsteamet i Lund. Ungdomsteamet ingår i barn- och ungdomspsykiatriens öppenvård. Hon möter tjejer med självskadebeteende i sitt arbete i ungdomsteamet. Det är få tjejer som söker för självskadebeteende som huvudkontakthanledning, även om antalet har ökat något i höst. I ungdomsteamet vill de gärna att ungdomarna själva tar kontakt och att de är motiverade att komma dit. Lena tar också del av andra professionellas erfarenheter av självskadebeteende i arbetet som handledare. De erfarenheter hon delar med sig till oss är hennes egna erfarenheter från ungdomsteamet.

Eva Andersson arbetar som skötare på utredningsavdelningen inom barn- och ungdomspsykiatri i Lund. Där möter hon från och till tjejer som har ett

självska debeteende. Till utredningsavdelningen kommer ungdomarna via remiss från öppenvården.

Christina Danielsson arbetar sedan fyra år tillbaka som skötare på akutavdelningen inom barn- och ungdomspsykiatri i Lund. Sedan hon började arbeta där har hon arbetat intensivt och nästan bara med tjejer med självska debeteende. Christina har alltid intresserat sig mycket för självska debeteende. Hon berättar att till akutavdelningen kommer ungdomarna ofta p.g.a. suicidrisk, ätstörningar och depression. Christina är också med i en arbetsgrupp tillsammans med bl.a. Margareta Samuelsson och Ralf Jensen som ska presentera ett åtgärdsprogram för unga kvinnor med självska debeteende.

Ralf Jensen är psykiatriker och har arbetat inom DBT-teamet sedan 1997. DBT-teamet tillhör vuxenpsykiatriens öppenvård i Lund. Hit kommer patienter med borderline personlighetsstörning där självska debeteende ingår. Ralf är också, tillsammans med bl.a. Margareta Samuelsson och Christina Danielsson med i den arbetsgrupp som ska presentera ett åtgärdsprogram för unga kvinnor med självska debeteende. **Anita Linnér** arbetar också inom DBT-teamet sedan 1997. Hon arbetar som skötare och har lång erfarenhet av dessa tjejer med självska debeteende. Innan Anita började arbeta i DBT-teamet har hon under en lång tid arbetat som skötare på avdelning 31 i Lund, som är en suicidavdelning.

Britt-Marie Eurén är kurator och familjeterapeut på Lindängens öppenvårdsmottagning inom barn- och ungdomspsykiatri i Malmö, där har hon arbetat sedan ett år tillbaka. Innan dess arbetade hon elva år inom barn- och ungdomspsykiatri i Ystad. Britt-Marie har träffat på en del tjejer med självska debeteende och arbetat både under kortare och längre tid med dessa tjejer. De tjejer som Britt-Marie träffar söker ofta inte för självska debeteendet i sig, utan de söker för bl.a. depression, ätstörningar och självmordsförsök.

Kristina Berglund arbetar som kurator och **Marika Persson** arbetar som skötare på barn- och ungdomspsykiatriens akutavdelning i Malmö. När tjejerna kommer till akutavdelningen har de ofta ett allvarligt självska debeteende som inte kan hanteras inom öppenvården. Dessa tjejer söker oftast inte själv till akutavdelningen. De kan

komma via barnkliniken efter ett självmordsförsök eller så kan det vara en anhörig som tar kontakt. Några av dem tas in med stöd av Lagen om psykiatrisk tvångsvård.

Kenneth Svensson har arbetat som skötare sedan 1967. Han arbetar nu som förste skötare på avdelning 67 inom vuxenpsykiatri i Växjö. Avdelning 67 är en avdelning för särskilt vårdkrävande kvinnor. Den största delen av patienterna på avdelning 67 har borderlinediagnos och ett självskadebeteende. Avdelningen strävar efter att ha en homogen patientgrupp. De tar emot patienter från hela landet och vårdtiden är ca två år.

Gunnar Almkvist arbetar som kurator och psykoterapeut inom vuxenpsykiatriska öppenvården i Hässleholm. Självskadebeteende, i den bemärkelse att man t.ex. skär sig har han inte kommit i kontakt med i någon större utsträckning. Däremot kommer han oftare i kontakt med patienter som har ett självdestruktivt beteende.

Redovisning och analys av intervjuer

Vi kommer nu att redovisa resultatet av våra intervjuer i teman som följer frågeställningarnas ordning. Analysen av resultatet har vi valt att göra efter varje tema för att göra framställningen så tydlig som möjligt. I avsnittet som handlar om arbetet med självskadepatienter inom psykiatrin har vi dock valt att göra en samlad analys. Den del av resultatredovisningen som handlar om behandling med DBT har vi valt att inte analysera, eftersom vi upplever att det inte behövs, då intervjumaterialet angående DBT är så konkret och praktiskt. Första gången vi nämner våra informanter vid namn i vår redovisning skriver vi ut deras fullständiga namn och deras yrkestitel och därefter använder vi enbart förnamnet.

Självd destruktivitet och självskadebeteende

Självd destruktivitet

Vi kan se att hos våra intervjupersoner finns en viss svårighet med att avgränsa självskadebeteende från andra självd destruktiva beteende. Fyra personer berättar att de flesta patienter de möter med självskadebeteende överlag också ofta har en destruktiv livsstil. Britt-Marie Eurén, kurator och familjeterapeut tycker inte att man ska avgränsa för mycket utan se problemet i ett sammanhang, oavsett vilket sätt man skadar sin kropp på kan det vara liknande mekanismer som ligger bakom. Gunnar Almkvist, kurator och psykoterapeut vill också undvika att göra en allt för snäv definition av självskadebeteende. Han tror att självd destruktivitet kan vara ett sätt att utmana döden samtidigt som personen har en upplevelse av kontroll.

Det är inte ovanligt att dessa patienter har någon form av **missbruk**. Några av våra intervjupersoner ser ett samband mellan självskadebeteende och missbruk. Margareta Samuelsson, forskare menar att dricka för mycket alkohol också kan vara ett slags självskadebeteende som dock är mer socialt accepterat. Eva Andersson, skötare tycker att dricka så mycket att man blir alkoholförgiftad, att ta tabletter eller att använda narkotika också är ett sätt att avsiktligt skada sig själv. Hon tror dock inte alltid att det är samma mekanismer bakom när någon skär sig och när någon dricker för mycket alkohol. Lena Forsberg, kurator och psykoterapeut ser inte någon anledning till att innefatta missbruk i begreppet självskadebeteende eftersom det har en egen definition.

Att några tjejer har både självskadebeteende och **ätstörningar** är något som Margareta och också Kenneth Svensson, skötare berättar att de har sett bland de tjejer de har mött. Margareta tycker att särskilt bulimi har en likhet med självskadebeteende. Britt-Marie tycker att det finns en likhet mellan självskadebeteende och ätstörningar då båda dessa problem bottenar i en oförmåga att uttrycka sina inre behov och känslor. Hon upplever att både självskadebeteende och ätstörningar kan fungera som en copingmekanism på så sätt att det är ett sätt för tjejerna att ta kontroll över sin kropp och sin situation. Gunnar menar att självskadebeteende och ätstörningar kan utesluta varandra, gör någon det ena så gör de inte det andra. En intervjuperson beskriver hur en patient gick från att vara narkotikamissbrukare till att utveckla en ätstörning. När ätstörningen försvann ersattes den av ett självskadebeteende.

Margareta menar att **prostitution** också kan vara ett slags självskadebeteende. Kristina Berglund, kurator berättar att de tjejer med självskadebeteende hon möter ofta lever ett oskyddat liv där det kan ingå att de prostituera sig. Det finns ofta ett mönster i deras liv, i form av att de inte tar hand om sig själva.

Att **piercing och tatuering** skulle vara ett självskadebeteende är det egentligen ingen av intervjupersonerna som uppger att de tycker. Gunnar menar dock att tatuering och piercing kan vara en aspekt av självskadebeteende, men som är socialt accepterad. Christina Danielsson, skötare tycker att det kan vara svårt att skilja ut piercing från självskadebeteende. Många av de tjejer hon möter som har ett självskadebeteende är piercades och hon menar att piercing kan vara ett sätt att göra något mot sin kropp. Hon tycker dock att piercing och tatuering ändå inte är något egentligt självskadebeteende eftersom ungdomar ofta gör detta p.g.a. att det anses tufft. Christina tror också att anledningen till att ungdomar idag piercar och tatuerar sig är för att de har ett behov av att vara annorlunda än föräldrarna, eftersom klädstilen inte skiljer sig så mycket åt mellan ungdomar och medelålders. Lena tror inte att man piercar och tatuerar sig i ångestreducerande syfte därför räknar hon det inte till självskadebeteende. Piercing och tatuering ser hon mer som ett sätt för ungdomarna att visa att de har vågat göra något sådant och att visa tillhörighet till en grupp.

Analys

Det har i vår resultatredovisning visat sig att intervjupersonerna har en viss svårighet med att avgränsa självskadebeteende från andra självdestruktiva beteende. Allt självdestruktivt beteende kan vara aggression som vänds mot den egna kroppen (Svedin i Gillberg & Hellgren, 2000). Cullberg (1999) skriver att utifrån dynamisk analys kan man se att självdestruktivt beteende ofta har en drivkraft i en omedveten dödsönskan. Gunnar menar att självdestruktivitet kan vara ett sätt att utmana döden samtidigt som man har en känsla av kontroll. Det har i forskning framkommit att åldern då någon blir utsatt för övergrepp spelar en viktig roll för allvarlighetsgraden i det självdestruktiva beteendet och att det ofta samexisterar olika självdestruktiva beteenden hos samma person (van der Kolk & Fisler, 1994). Detta bekräftas av fyra av våra intervjupersoner som säger att de flesta självskadepatienter de möter överlag också ofta har en destruktiv livsstil. Armando Favazza har funnit att många patienter börjar med ett självdestruktivt beteende och fortsätter sedan att utveckla ett annat självdestruktivt beteende. Vissa patienter har alla beteenden samtidigt (Strong, 1998). Just att ersätta ett självdestruktivt beteende med ett annat beskriver en av våra intervjupersoner sig ha sett hos en patient då ett *missbruk* övergick i en ätstörning som sedan övergick i ett självskadebeteende.

Några av de tjejer Margareta och Kenneth mött har både självskadebeteende och *ätstörningar*. Det finns ett samband mellan självskadebeteende och ätstörningar (Grossman & Siever i Simeon & Hollander, 2001; Näslund, 1998). Precis som det verkar finnas en hög frekvens av ätstörningar bland dem som skadar sig, så hittar man en hög frekvens av självskadebeteende bland dem som har ätstörningar, såväl hos anorektiker som hos hetsätare (Näslund, 1998). Britt-Marie menar att det finns samma typ av copingmekanism i självskadebeteende och ätstörningar. Båda är ett sätt att ta kontroll över sin kropp och situation. I en studie av personer med självskadebeteende gjord av Armando Favazza och Karen Conterio hade cirka hälften av personerna också någon ätstörning eller hade haft det. Cirka 80 procent av de med självskadebeteende Marilee Strong intervjuade för sin bok "A bright Red scream" (1998) hade problem med mat. Att dessa beteende samexisterar anser Strong inte vara överraskande eftersom bakom de båda beteendena finns ofta traumatiska upplevelser och båda syftar till att symbolisera traumat och ge en viss kontroll. Gemensamt för de

två formerna av självdestruktivitet är också en bristande kroppsuppfattning och försök till att få kontroll över den egna kroppens gränser. Självskadebeteende är särskilt starkt relaterat till förekomst av bulimi (Strong, 1998). Margareta kan också se detta sammanhang mellan självskador och bulimi.

Den utbredda populariteten av *piercing och tatuering* menar Strong (1998) har ökat parallellt med att självskadebeteende har ökat. Hon säger att självklart är det så att inte alla som piercar och tatuerar sig har psykiska störningar men att några kanske motiveras till att göra detta av delvis samma anledningar som de med självskadebeteende (Ibid.). Gunnar menar att tatuering och piercing kan vara en aspekt av självskadebeteende. Christina säger att många av de tjejer hon möter med självskadebeteende också är piercade. Anledningen till att så många tatuerar och piercar sig menar Strong ändå oftast är av estetiska skäl och för att det anses häftigt eller sexigt bland jämnåriga. Det kan vara ett sätt att visa tillhörighet till en viss subkultur (Strong, 1998). Lena räknar inte piercing och tatuering till självskadebeteende eftersom det är något de flesta ungdomar gör för att visa tillhörighet till en grupp. Christina säger att hon tror att många ungdomar piercar och tatuerar sig för att vara annorlunda än vuxna eftersom det inte längre är så stor skillnad mellan ungdomars och vuxnas klädstil. Strong (1998) menar också att den revolt tidigare generationer gjort med t.ex. klädstil kan dagens ungdomar göra med piercing och tatuering.

Självskadebeteende

Av våra intervjupersoner är det tre skötare, tre kuratorer och en psykiatriker som tydligt definierar självskadebeteende som när någon avsiktligt skadar sin kropp för att lindra psykisk smärta, utan avsikt att ta sitt liv. Alla intervjupersoner beskriver spontant att tjejernas självskadebeteende ofta består i att de skär eller rispar sina armar. Så här berättar Eva om hur skadorna kan se ut hos tjejerna:

"De kan dölja det rätt länge som att gå med långärmat och de kan då vara som ett rivjärn på armarna."

Som direkt självskadebeteende nämner intervjupersonerna också att bränna sig, svälja vassa föremål och farliga vätskor. Inom ramen för denna definition är alla intervjupersoner samstämmiga om vad självskadebeteende är. Margareta och Britt-Marie berättar att det finns tre olika grader av självskadebeteende; de allvarligt psykotiska som t.ex. kan peta ut sina ögon, de autistiska som t.ex. slår sitt huvud och den form av självskadebeteende som de arbetar med nämligen t.ex. då någon skär sig, rispar sig eller bränner sig. Kristina tycker att i nästan alla allvarligare diagnoser, t.ex. autism, kan det ingå någon form av självskadebeteende.

Analys

Flera av våra intervjupersoner definierar tydligt självskadebeteende utifrån att någon avsiktligt skadar sin kropp för att lätta på den psykiska smärtan, utan avsikt att dö. Denna definition ger Favazza och Simeon i det de benämner som den impulsiva formen av självskadebeteende (Simeon & Favazza i Simeon & Hollander, 2001). Britt-Marie och Margareta beskriver olika former av självskadebeteende som liknar Favazzas och Simeons uppdelning (Ibid.). Intervjupersonerna berättar att tjejerna utför sitt självskadebeteende genom att skära, rispa eller bränna sig med olika föremål. De kan också svälja vassa föremål och farliga vätskor. Precis som intervjupersonerna, beskriver Näslund (1998) att tjejerna skär sig med rakblad, kniv eller vassa glasbitar. De bränner sig med t.ex. cigaretter. Näslund tycker att uppräknningen skulle kunna göras mycket längre, för det verkar inte finnas någon gräns för vilka destruktiva handlingar en människa kan göra mot sig själv (Ibid.). Kristina tycker sig se att i alla allvarligare diagnoser som t.ex. autism kan det också ingå någon form av självskadebeteende. Denna typ av självskadebeteende som ingår i t.ex. autism benämner Favazza och Simeon som tvångsmässigt självskadebeteende. Det är en annan typ av självskadebeteende än den impulsiva formen (Simeon & Favazza i Simeon & Hollander, 2001).

Diagnos och symptom

Några av dem vi har intervjuat ser självskadebeteende som ett symptom. Britt-Marie och Lena ser självskadebeteende som ett symptom som kan vara en del i något annat. De som kommer till Britt-Marie och som visar sig ha ett självskadebeteende har oftast inte sökt för självskadebeteendet utan för t.ex. ätstörningar eller depression. Bland de

flickor som Lena träffar är deras självskadebeteende ett av många symptom. Så här berättar Kristina om självskadebeteende:

”Det finns hela tiden ett driv undertill där självskadebeteendet egentligen bara är ett symptom som det är viktigt att inte stirra sig alltför blind på...”

Kristina berättar att man inom barnpsykiatri inte ställer några diagnoser om t.ex. personlighetsstörning men att kriterierna för olika diagnoser, så som de beskrivs i DSM IV, är bra för att förstå självskadebeteendet hos olika patienter och under vilka diagnoser det kan ingå.

Analys

Miller (1994) menar att självskadebeteende är ett logiskt symptom som berättar personens barndomshistoria om och om igen tills upplevelserna blir medvetna. Några av våra intervjupersoner säger att självskadebeteende är ett symptom och inte ett problem i sig själv. Detta antagande styrks också av en studie som visar att flera olika självdestruktiva beteende är symptom på liknande upplevelser av övergrepp och försummelse (Kolk, Perry & Herman, 1991). Kristina berättar att man inom barn- och ungdomspsykiatri inte ställer några diagnoser om t.ex. personlighetsstörningar. Men att kriterierna för dessa diagnoser så som de beskrivs i DSM IV är användbara för att förstå självskadebeteendets funktion. Gillberg (2000) skriver att när det gäller diagnostik inom barn- och ungdomspsykiatri bör man vara försiktigt och inte enbart utgå ifrån kriterierna i DSM IV, utan även ta hänsyn till bakomliggande faktorer.

Tjejer som avsiktligt skadar sig själv

Killar²

Våra intervjupersoner har överlag lite erfarenhet av killar med ett självskadebeteende. Kenneth har under sin långa tid som skötare endast träffat på två män med självskadebeteende. Att killar kan ha ett självskadebeteende som är impulsivt är något som Lena berättar om. Det kan t.ex. vara killar som ingår i en grupp med en speciell musiksmak och klädstil. Hon tror att anledningen till att dessa killar skadar sig själva

² Uppsatsen handlar inte om killar, men vi nämner dem här för att göra bilden mer komplett.

är precis som hos tjejerna att de har en inre problematik. Anledningen till att det är färre killar som har självskadebeteende tror Margareta är att killar inte vänder sina känslor inåt så som tjejer ofta gör, utan killar agerar utåt istället. Både hon och Eva tror att killar skadar sin kropp på annat sätt t.ex. genom missbruk.

Analys

Två intervjupersoner nämner att det finns en skillnad i sättet att hantera känslor beroende på om man är tjej eller kille. Miller (1994) menar att även om män och kvinnor har varit med om liknande barndomstrauma så uttrycker de upplevelsen på olika sätt. Män som har blivit traumatiserade i barndomen involverar ofta andra i vad de har upplevt och ger aggressivt tillbaka till andra vad som har gjorts mot dem själva. Kvinnor och flickor är socialiserade att inte slå tillbaka. Det är mer socialt acceptabelt för dem att gå till attack mot sig själva än mot andra. Miller menar att kvinnor agerar ut genom att agera in (Ibid.).

Tjejer situation i samhället idag

Alla intervjupersoner vi har pratat med uppger att den största gruppen av ungdomar som avsiktligt skadar sig själva är tjejer. Överlag ser våra intervjupersoner en markant ökning hos främst tjejer. De uppger att för tio till femton år sedan var detta ett ganska okänt begrepp. Det är framför allt de senaste fem åren de har kunnat se en tydlig ökning. En anledning till att det är så många tjejer som har ett självskadebeteende idag funderar Margareta på om det t.ex. kan vara den kollektiva stressen som finns på tjejerna. Denna stress kan t.ex. orsakas av att de dagligen får höra nedsättande kommentarer av killar i skolan. Två av våra intervjupersoner upplever att den senaste tiden har det varit en minskning av antalet tjejer med självskadebeteende. Sammanfattningsvis har intervjupersonerna i väldigt liten utsträckning mött självskadetjejer med utländsk bakgrund.

Analys

Precis som Pipher (1998) uppger våra intervjupersoner att detta beteende var ganska okänt för tio till femton år sedan. De ser en markant ökning av detta beteende under de senaste fem åren och då framförallt hos tjejer. Margareta berättar att hon tror att den kollektiva stress som finns på tjejer och deras roll i samhället kan vara en orsak

till att de börjar skada sig själva. Detta stämmer väl överens med vad Pipher (1998) tycker sig se. Hon tycker att det finns en ökad stress på flickor idag och att de har färre strategier att hantera stress och mindre av inre styrka och yttre stöd att tillgå. Pipher anser att självskadebeteende kommunicerar förhållande i dagens samhälle som i många avseende är destruktiva för tjejer. Självskadebeteende menar hon kan ses som en symbolisk tolkning av uppmaningen från vår utseendefixerade kultur till den unga tjejen att omskapa sig själv till en acceptabel form. Hon menar att om flera människor oberoende av varandra uppvisar samma beteende så har det ofta ett samband med pågående processer i samhället i stort (Ibid.).

Ungdomstiden

Vilken ålder de tjejer har som intervjupersonerna möter, beror till stor del på vilken ålder deras arbetsplats vänder sig till. Britt-Marie som arbetar inom barn- och ungdomspsykiatri säger att de ofta är mellan 15-17 år och uppåt. På avdelning 67 i Växjö är de flesta patienter med självskadebeteende i ca 20 års ålder men de tar även emot patienter under 18 år med denna problematik. Kenneths erfarenhet är att tjejernas självskadebeteende ofta börjar i tonåren. DBT-teamet i Lund som tillhör vuxenpsykiatri möter ofta självskadetjejer i åldern 20-30 år. Gunnar menar att en anledning till att självskadebeteende börjar just i tonåren kan vara kopplad till den psykosexuella utvecklingen då ungdomen ska omfatta sin kropp och genom den både relatera till sig själv och andra.

Analys

Åldern på de tjejerna med självskadebeteende våra intervjupersoner möter i sitt arbete är från tonåren upp till strax innan trettio år. Självskadebeteende som att skära sig börjar ofta i tonåren (van der Kolk, Perry & Herman, 1991). Anledningen till det kan vara att i tonåren aktualiseras tidigare erfarenheter av anknytning och separation (Strong, 1998). Under adolescensen ska tonåringen frigöra sin från de internaliserade objekten av föräldrarna och tiden har därför kallats den andra individuationen (Kihlbom i Gillberg & Hellgren, 2001). En anledning till att självskadebeteende börjar just i tonåren tror Gunnar kan vara kopplat till den psykosexuella utvecklingen som handlar om att genom sin kropp relatera till sig själv och andra. Strong (1998) menar att om en tjej bara har en svag inre representation av sig själv kan de kroppsliga

förändringarna i puberteten verka skrämmande då det blir ännu svårare för henne att känna igen sig själv. För tjejer som varit utsatta för sexuella övergrepp kan de kroppsliga förändringarna i tonåren bli än mer skrämmande (Ibid.). Gunnar menar att självskadebeteendet kan vara ett sätt att bestämma var man finns rent kroppsligt, var ens egna gränser går, var man själv slutar och var andra börjar. Crafoord (2001) skriver att huden är individens yttersta gräns mot omvärlden och används som en kommunikationsväg mellan individen och omgivningen.

Två olika grupper av självskadetjejer

I intervjuerna framkommer att det finns två grupper av självskadepatienter. Det är de tjejer som har en personlighetsproblematik och de som inte har det. Margareta och Lena ser en skillnad i tjejernas psykiatriska problematik beroende på om de är patienter i psykiatrisk öppenvård eller slutenvård. Skillnaden ligger i att de självskadetjejer som är intagna i slutenvården ofta har en personlighetsproblematik vilket många gånger innebär borderlinedrag. Gemensamt för alla med självskadebeteende anser Anita är att de i självskadebeteendet har hittat ett sätt att hantera sina känslor.

Tillfälligt självskadebeteende

För de tjejer som finns inom öppenvården kan självskadebeteendet bli ett sätt att tillhöra en grupp, menar Margareta och Lena. Margareta berättar att det finns tjejer som sitter hemma och skär sig och chattar på Internet med andra som också skadar sig själva. Både Margareta och Lena tror att de flesta av dessa tjejer kanske aldrig får kontakt med psykiatrin. Kristina menar att det finns en del tjejer som under en period provar på att rispa sig t.ex. under en tillfällig kris men att deras självskadebeteende aldrig blir manifest. Hon tycker det är viktigt att skilja dessa tjejer från dem som har en tidig problematik som t.ex. borderline. Britt-Marie säger att självskadebeteende inte alltid behöver vara en del i en personlighetsstörning men att det ändå är ett uttryck för en allvarlig problematik.

Analys

Pipher (1998) beskriver tjejer som kommer från trygga familjeförhållanden och som i tonåren avsiktligt börjar skada sig själv under en kortare period. Detta kan bero på att

tjejerna under tonårstiden plötsligt känner sig vilsna och reagerar på händelser med tonåringens känslomässiga intensitet. Kristina nämner just kriser under tonårens turbulens som en orsak till att vissa tjejer under en period skadar sig själva. Margareta och Lena säger att de tror att de flesta tjejer i denna grupp aldrig får kontakt med psykiatrin. Deras antagande styrks av Gillberg som menar att det är sannolikt att flickor med psykiska funktionshinder inte blir upptäckta och får en diagnos på sina svårigheter om de är ”snälla” och stillsamma eftersom det istället är de aggressiva pojkarna som får uppmärksamhet (Gillberg i Gillberg & Hellgren, 2000). Det behöver inte vara något fel i dessa tjejers relation till sina föräldrar menar Pipher (1998). Hon menar att de p.g.a. en press att passa in i en begränsande och orimlig kvinnoroll utvecklar ett delvis falskt själv med depression och dåligt självförtroende som följd. Det är därför, menar Pipher, som så många tonårsflickor är destruktiva mot sig själva. Självskadebeteende är för dem ett sätt att säga ”Jag gör det samhället säger åt mig att göra” eller ”Jag går till ännu större ytterligheter än samhället ber mig göra” (Ibid.).

Långvarigt självskadebeteende hos tjejer med borderline problematik

Gunnar menar att ett långvarigt självskadebeteende kan kopplas till en borderlinediagnos men att det är en diagnos som är svår att ställa under ungdomstiden eftersom det är en tid med flytande identitetsuppfattning. Lena tror att gruppen med personlighetsproblematik och självskadebeteende överlag är äldre än den andra gruppen. Likaså tror hon att den gruppen som har ett så allvarligt självskadebeteende att de blir inlagda är en ganska liten grupp jämfört med dem som inte blir inlagda. Kenneth tror att skillnaden mellan dessa två grupper är att de som har en personlighetsproblematik inte kan styra över sitt självskadebeteende. Han menar att patienter med ett manifest självskadebeteende under perioder kan återuppta sitt självskadebeteende. Kenneth tror inte att det är många med ett självskadebeteende som inte har en personlighetsproblematik. Intensivt och långvarigt självskadebeteende tror Britt-Marie kan kopplas till en personlighetsstörning.

Analys

Fyra av våra intervjupersoner menar att ett långvarigt självskadebeteende säkert kan kopplas till en personlighetsstörning. Näslund (1998) skriver att självskadebeteendet

förekommer i många olika grupper. Särkilt vanligt är det hos personer med borderline personlighetsstörning. Hon kan också se det tydligt hos personer med andra personlighetsstörningar. Strong (1998) menar att för nuvarande är borderline personlighetsstörning den vanligaste diagnosen hos de som har ett självskadebeteende som t.ex. innebär att de skär sig.

Trauma, emotionell försummelse och medfödda egenskaper

Som bakgrund till den problematik som gör att tjejer skadar sig själva nämner flera av våra intervjupersoner sexuella övergrepp men också andra förhållanden under barndomen. Tre av intervjupersonerna nämner också att barnets medfödda känslighet har betydelse. Kristina menar att lika många ungdomar som har självskadebeteende lika många orsaker finns till deras självskadebeteende. Gunnar säger att även om det finns orsaker som utlöser att någon avsiktligt skadar sig, så är det droppen som får bägaren att rinna över. Problemen bottnar i det som hänt tidigare i utvecklingen.

Trauma

Kristinas erfarenhet är att en stor del av dessa tjejer har varit utsatta för olika övergrepp. Tre av intervjupersonerna berättar att bland dessa tjejer vet man att det finns en överrepresentation av dem som har varit utsatta för sexuella övergrepp och misshandel. Kenneth anser att personlighetsstörning och självskadebeteende går hand i hand och att nästan alla patienter med denna problematik har upplevt ett trauma som finns med i bakgrunden. Hans erfarenheter är att majoriteten av patienterna på avdelning 67 har varit utsatta för sexuella övergrepp. Orsaker till att ett självskadebeteende startar kan enligt Margareta vara att trauman aktualiseras av något nytt som händer.

Analys

Kristina säger att en stor del av tjejerna med självskadebeteende har varit utsatta för olika övergrepp. I en studie av van der Kolk och Fisler visades att det finns en koppling mellan traumatiska upplevelser och aggressivitet mot sig själv (1994). Favazza och Simeon uppger att traumatiska upplevelser kan medverka till en utveckling av impulsivt självskadebeteende (Simeon & Hollander, 2001). Flera intervjupersoner uppger att upplevelser av sexuella övergrepp kan finnas hos tjejer

med självskadebeteende. Det finns studier som visar att sexuella övergrepp är starkt relaterade till självskadebeteende, men det finns också studier som inte visar på starka samband. Dock menar Favazza och Simeon att alla dessa studier sammantaget visar på att barndomstrauma spelar en viktig roll vid förekomsten av självskadebeteende (Ibid.).

Ett trauma då t.ex. ett barn blivit sexuellt utnyttjad får i många fall sin fulla traumatiska betydelse först långt senare (Kihlbom i Gillberg & Hellgren, 2000). Minnen kan aktiveras av påminnande erfarenheter t.ex. vid försök till ett sexuellt förhållande eller vid separation i ett parförhållande. Återupplevandets styrka avgörs dels av hur den ursprungliga händelsen upplevdes, dels av den betydelse den får i ljuset av de erfarenheter som personen gjort under senare utvecklingsfaser (Ibid.). Margareta nämner just detta att händelser i nutid aktualiserar tidigare trauman och att det kan ge upphov till att ett självskadebeteende startar. Även Gunnar har ett liknande resonemang.

Emotionell försummelse

Margareta träffade många tjejer inom BUP: s öppenvård som har blivit emotionellt övergivna. Dessa tjejer kan komma från ytligt sett välordnade förhållanden men med föräldrar som inte har tid för dem. Det gör att de måste vara "den duktiga flickan" och klara sig själv t.ex. redan vid nio års ålder. Det kan också vara tjejer som ingen riktigt lyssnat på vid t.ex. en skilsmässa. Denna grupp av emotionellt övergivna självskadetjejer tror hon är större än de som har blivit sexuellt utnyttjade. Hon säger också att denna grupp oftast inte har kommit så långt i sitt självskadebeteende att de behöver läggas in på psykiatrisk avdelning. Så här beskriver Margareta dessa tjejers situation:

"Jag tycker nog att jag har blivit bekymrad över de flickor jag har träffat, även de här relativt lätta. När jag går igenom hur de har det hemma, att det inte är någon som bryr sig. Föräldrarna tror väl att de bryr sig, men de gör ändå inte det. De känner inte och förstår inte sina barn. Det kan vara dålig gemenskap i familjen, trots att det ytligt sett ser väldigt bra ut, kanske de aldrig äter tillsammans. Flickorna blir väldigt ensamma på något sätt."

Margareta upplever att tjejer med självskadebeteende ofta är självförnekande. Hon säger att tjejerna tycker att de är fula och dumma. Ofta har de känslor av att vara värdelösa, känslor av hopplöshet och känslor av meningslöshet. Detta tror Margareta kan böttna i emotionell övergivenhet, att de som barn inte har fått lära sig att tycka om sig själva p.g.a. att föräldrarna inte orkat med.

Analys

Något som kan ha en lika skadlig påverkan på barns utveckling som mer uppenbara former av övergrepp är emotionell försummelse (Daniel, Wassell & Gilligan 1999). Margareta säger i intervjun att hon tror det är vanligt att självskadetjejer har upplevelser av att ha blivit emotionellt övergivna. I sin litteraturgenomgång har Margareta Samuelsson (2001) dessutom funnit att det finns ett starkt samband mellan självskadebeteende, emotionell försummelse och övergivenhet. I intervjun beskriver hon tjejer som ingen riktigt har lyssnat på och som har fått klara sig själv redan i skolåldern. Strong (1998) refererar till Alice Miller som menar att när barnet p.g.a. övergrepp eller försummelse känner sig emotionellt övergivet och måste förtrycka sina egna behov p.g.a. föräldrarnas behov så blir barnets sanna själv inlåst i vad hon kallar ett inre fängelse. Strong menar att självskadebeteende som att skära sig kan vara ett sätt att rasera dessa fängelsemurar när smärtan bakom blir alltför överväldigande.

Medfödda egenskaper

Marika Persson, skötare, Kristina och Britt-Marie menar att en anledning till att ungdomar får svåra problem, där självskadebeteende kan ingå, beror på en medfödd känslighet kombinerat med att de inte har bemöts och setts på ett bra sätt. Britt-Marie menar att ungdomar kan ha normala föräldrar men att de kanske inte har matchat sitt känsliga barn. Det krävs av föräldrarna att de kan gå mycket nära för att få en genuin kontakt och på så sätt vara ett skydd för sin ungdom.

Analys

Vissa personlighetsdrag t.ex. aggressivitet, rädsla, ängslan, sinnesstämning och aktivitetsnivå är till stor del genetiskt bestämda. Det kan vara så att vissa konstitutionella egenskaper hos barnet kan vara störande i dess interaktion med

omgivningen och på så sätt utgöra en svaghet för individen vid stress och konflikter (Frisk & Gillberg i Gillberg & Hellgren, 2000). Thomas och Chess har visat på att många temperamentsegenskaper som är medfödda snabbt blir relationsegenskaper i barnets sociala interaktion (Hwang & Nilsson, 1996). Tre av våra intervjupersoner anser att medfödda egenskaper har betydelse för om barnet kommer att utveckla psykiska problem där självskadebeteende ingår. Det avgörande anser de är hur barnets egenskaper bemöts av omgivningen och vilket stöd barnet får av föräldrarna i att lära sig hantera sina känslor.

Självskadebeteende är ett sätt att uttrycka affekter och känslor

Alla vi har intervjuat anser att huvudorsaken till att tjejerna avsiktligt skadar sig själv är en oförmåga att verbalisera; de kan inte sätta ord på sina känslor. Intervjupersonerna anser att anledningen till att tjejerna avsiktligt skadar sig själva, är för att koncentrera sig på den fysiska smärtan vilket gör att smärtan inombords blir mindre. Självskadebeteendet blir ett sätt att ta kontroll över ohanterbara känslor. Utifrån vad som framkommit i våra intervjuer kommer vi här att redovisa olika känslor som kan finnas bakom ett självskadebeteende.

Analys

I intervjuerna har det framkommit att intervjupersonerna tycker att den viktigaste anledningen till att någon avsiktligt skadar sig själv är en bristande förmåga att känna igen och verbalisera känslor. Tomkins har kartlagt nio olika basaffekter vilka avspeglar sig i barnets ansikte och kan urskiljas tidigt i utvecklingen (Sigrell, 2000). Känslor är den medvetna subjektiva upplevelsen av en affekt. För att kunna uppleva känslor och kunna reflektera över en affekt måste barnet ha utvecklat en symboliseringsförmåga (Ibid.). Forskning har visat hur trauma resulterar i en bristande symboliseringsförmåga och en oförmåga att identifiera specifika känslor. Denna bristande förmåga att använda sig av symboler för att identifiera affekter och därmed en svårighet att sätta ord på känslor är relaterad till aggression mot sig själv och andra (van der Kolk & Fisler, 1994). Britt-Marie nämner att självskadebeteende handlar om en oförmåga att känna igen och veta vilka känslor man har. Pipher (1998) menar att självskadebeteende också kan vara ett sätt för tjejer att uttrycka de stressfulla känslor som dagens samhälle skapar hos unga kvinnor.

Självskadebeteendet kommunicerar deras känsla av förtryck när de inte har en förmåga att beteckna sina känslor som smärtsamma och inte ser några vägar till att hantera sin förtvivlan över en destruktiv värld (Ibid.).

Ångest

I våra intervjuer har det framkommit att avsiktligt skada sin kropp är ett sätt att döva psykisk smärta. Gunnar och Lena menar att självskadebeteendet är ångestreducerande. Lena säger att då någon har en inre ångest som de inte vet var de ska göra av kan de lätta på den genom att skära sig. Anledningen till att någon har denna ångest, menar hon, kan bero på nästan vad som helst. Hon utgår dock ifrån en psykodynamisk grundsyn och tanken om att det finns ett omedvetet själsliv. Utifrån denna grundsyn menar Lena att tjejerna kan ha inre konflikter som gör att de får känslor och tankar som de inte vet var de kommer ifrån och det kan därför vara svårt att sätta ord på dem. Stress i t.ex. skolan menar Christina kan skapa mycket ångest bland ungdomar och att skada kroppen kan göra att de kan glömma stressen och dämpa denna ångest. Bland de självskadepatienter med personlighetsproblematik som Kenneth möter ser han en tendens till att de har lättare att få ångest än andra. Christina säger att den ångestreducering som självskadandet ger kan sitta i allt från en timme till fjorton dagar.

Analys

Olika inre konflikter och konflikter mellan jaget och omvärlden kan skapa ångest (Sigrell, 2000). Lena och Gunnar tycker att för de flesta patienter fungerar självskadebeteendet som en ångestreduktion. Lena säger att eftersom ångesten kommer ifrån en inre omedveten konflikt kan det vara svårt för individen att hantera den och då ger självskadebeteendet en möjlighet till lättnad. Cullberg (1999) menar att när de inre konflikterna är omedvetna är ångesten det enda som når medvetandet. Den upplevs då som oförståelig. Denna ångest startar försvarsmekanismer som är olika försök till att neutralisera ångesten.

Sigrell (2000) skriver att alla försvarsmekanismer har ett element av förnekande. Ett sätt att försvara sig mot ångest kan vara att byta fokus för uppmärksamheten och därmed undvika olusten som ångesten ger. Våra intervjupersoner anger att

självskadebeteende kan vara ett sätt att avleda ångest genom att fokusera på den fysiska smärtan istället för den psykiska smärtan.

Tomhet och dissociation

Kristina och Marika menar att gruppen av självskadetjejer som har en tidig problematik, t.ex. borderline, även har en stor inre tomhet. För denna grupp blir självskadebeteendet ett sätt att bota den inre tomheten och känna att dom finns till. Britt-Marie upplever också att hos de tjejer som har haft sitt självskadebeteende under en längre tid finns den här inre tomheten.

Analys

Tre av våra intervjupersoner säger att självskadebeteendet hos dem som har en personlighetsproblematik och långvarigt självskadebeteende ofta är ett sätt att bryta ett tillstånd av inre tomhet, ett sätt för dem att känna sig verkliga. Dissociation är en känsla av att vara bortkopplad från sin egen kropp och från omgivningen (Strong, 1998). Personen känner sig depersonaliserad, överklig och känslolös. Den dissociation dessa självskadepatienter upplever hotar hela deras självuppfattning. Självskadebeteendet blir ett sätt för dem att känna sig hela, att hålla ihop och förhindra en psykisk kollaps. Att skada sig själv blir ett sätt att försöka återta den känsla av kontroll de har förlorat och det enda alternativet då de på grund av övergrepp och försummelse inte vågar lita på att någon annan kan hjälpa dem. Armando Favazza menar att självskadebeteende är en morbid form av självhjälp. När sårn från självskadan läker kan det också ge en känsla av att bli hel och att hålla ihop (Ibid.).

Tjejers ilska

Britt-Marie menar att självskadebeteendet kan vara ett sätt att vända ilskan mot den egna kroppen. En ilska som kan komma från självförakt och otillräcklighetskänslor. Hon säger att detta beteende kan fungera som en hämnd mot sig själv och andra. Margareta menar att dessa tjejer ofta tycker illa om sitt självskadebeteende och sig själva. Något som Lena ser är att dessa tjejer kan leva i en miljö där man aldrig säger vad man tycker, inte visar några känslor eller där det är mycket konflikter. Då kan de

genom att skada sig själv får utlopp för ilska som egentligen är riktad mot någon annan.

Analys

Lena menar att självskadebeteende kan vara ett sätt att få utlopp för ilska. Strong (1998) skriver att sätta ord på känslorna kan vara skrämmande om ilskan inombords är uppdämd. Samtidigt kan inte orden lika bra beskriva deras inre spänning som självskadebeteendet kan. Att t.ex. skära sig blir ett sätt att få utlopp för och samtidigt ha kontroll över ilskan (Ibid.). Britt-Marie säger att självskadebeteendet kan fungera som en hämnd mot sig själv när det finns känslor av självförakt och oduglighet. Strong (1998) skriver att känslan av oduglighet har internaliserats från en smärtsam uppväxt och självskadebeteendet kan vara ett sätt att utestänga denna känsla av oduglighet.

Önskan om att bli sedd

Anita Linnér, skötare menar att självskadebeteendet från början inte är ett sätt att söka uppmärksamhet men att det ändå skapar uppmärksamhet. Kenneth säger att under vistelse på en psykiatrisk avdelning kan uppmärksamheten runt patientens självskadebeteende göra att beteendet förvärras. Så här beskriver han hur ett självskadebeteende kan accelerera beroende på personalens agerande:

”Nu drar vi oss tillbaka till 1989-90, för tio år sedan. Vi hade läkare till att sy skadorna. Det gjorde att tjejjerna ytterligare fick en bekräftelse i hur situationen var, de gillade att bli omhändertagna. Det finns många av de här tjejjerna som älskar läkare och vanliga sjukhus. /.../ I början gjorde vi nog så att vi tog läkaren hit i tid och otid, sydde små rara, fina stygn och nästa vecka fick man sy stygn igen.”

Både Britt-Marie och Marika menar att det hos självskadetjejer kan finnas ett behov av uppmärksamhet och av att bli omhändertagen. Lena kan se att det ibland finns andra i patientens närhet som också skär sig och att en del flickor genom självskadebeteendet konkurrerar om uppmärksamhet. Det handlar då om att de inte kan finna ett annat sätt att få uppmärksamhet på. Christina beskriver hur tjejer på en psykiatrisk avdelning kan komma att börja konkurrera om personalens uppmärksamhet:

”När den ena skar sig och vi tog hand om henne så började någon annan och så hörde man krasch och så var det någon annan.”

Marika beskriver hur självskadebeteendet för några kan vara ett sätt att kommunicera till sin omgivning det de inte förmår att säga och på så sätt vara ett rop på hjälp.

Analys

Flera av våra intervjupersoner beskriver hur självskadebeteendet kan komma att bli ett sätt att tillfredställa behov av uppmärksamhet och bekräftelse. När självskadebeteendet får denna funktion av bekräftelse beskriver några intervjupersoner hur självskadebeteendet snabbt eskalerar utifrån en önskan om mer bekräftelse. Objektrelationsteoretiker menar att det viktiga i samspelet med andra människor är individens upplevelser av det egna självet och en önskan om bekräftelse (Sigrell, 2000).

Självskadebeteendets egenskaper

Smitta

Christina berättar att självskadebeteendet är bland det smittsammaste som finns. Hennes erfarenhet är att kommer det in en tjej med självskadebeteende kan det smitta av sig på andra tjejer på vårdavdelningen. Detta är en erfarenhet hon delar med Margareta. Margaretas erfarenhet är att självskadebeteende kan ha en smittoeffekt även i skolor. Hon berättar att det var åtta flickor i en klass som under en och samma period skar sig. I Malmö tycker också Britt-Marie sig se en smittoeffekt när det gäller självskadebeteende på vissa skolor. Hon uppger att i en skola var det mellan fyra och fem elever i en klass som hade ett självskadebeteende. Britt-Marie tror att smittoeffekten i dessa fall blev ganska stor eftersom det var lite ”inne” att skära sig. Självskadebeteendet var hos dessa ungdomar ganska snabbt övergående. Detta är något som Anita också funderat över:

”Det här är mina högst personliga tankar och då tänker jag att det finns en del av det som är en trend. Det tror jag, för det har blivit poppis på något sätt. Det skrivs mycket om det, pratas mycket om det och yngre tjejer håller på mycket med de här självskadorna, att de skär sig.”

Lena uppger att det finns en smittoeffekt i självskadebeteendet som kan leda till att tjejerna konkurrerar om vem som kan skära sig mest. Detta kan leda till att självskadebeteendet trappas upp.

Analys

Fyra av våra intervjupersoner kan se en smittoeffekt i självskadebeteende, både i den psykiatriska slutenvården och i skolklasser. Självskadebeteendet smittar till tjejer som tidigare inte varit självskadande. Strong (1998) menar att epidemier av självskadebeteende ofta förekommer på psykiatriska avdelningar för ungdomar. Anledningen till att de som tidigare inte skadat sig börjar göra det tror hon kan vara för att de vill skapa en känsla av samhörighet med de patienter som har ett självskadebeteende.

Beroende

Det finns en aspekt av självskadebeteende som Kristina tycker är viktig, nämligen att detta beteende kan vara beroendeframkallande. Till skillnad från andra, känner de som har ett manifest självskadebeteende ingen smärta då de skadar sig själva. De får en lustupplevelse i samband med att de skär sig som beror på kemiska processer i kroppen. Dessa kemiska processer har utvecklats till följd av ett manifest självskadebeteendet. Även Margareta nämner att självskadebeteendet kan övergå till att bli ett beroende. Hon uppger att självskadebeteendet i dessa fall ger en lättadskänsla ungefär som en berusning vilket kan leda till att tjejerna skär sig istället för att dricka alkohol.

Analys

En orsak till att självskadebeteendet kan vara svårt att sluta med är att det kan tjäna flera syften hos en och samma person. Det kan fungera både lugnande och stimulerande (Strong, 1998). Kristinas erfarenhet är att de patienter hon möter ofta inte känner någon smärta när de skadar sig själv. Margareta säger att lättadskänslan kan göra att självskadebeteendet blir till ett slags beroende. Det finns också forskning som visar på att självskadandet startar olika kemiska processer i hjärnan och på detta

sätt skapar ett biologiskt beroende (Strong, 1998). Detta är något som också Kristina nämner som en anledning till att självskadebeteendet blir ett beroende.

Självordsrisk

Flera av våra intervjupersoner uppger att det går att skilja ut ett självskadebeteende från ett suicidförsök, men att självskadebeteende ändå har en koppling till ökad självmordsrisk. Lena uppger att många av dem som har ett självskadebeteende också har självmordstankar. Både Marika och Lena menar att tjejerna ofta är ganska klara med om deras självskadebeteende är i suicidsyfte eller inte. Kenneth uppger att när det gäller de som skär sig kan man se syftet med handlingen beroende på hur och var på kroppen de skurit sig. Margareta berättar att det finns en risk att tjejerna tappar kontrollen över sitt självskadebeteende t.ex. genom att de skär sig alltför djupt. Detta kan göra att självskadebeteendet får en dödlig utgång även om det inte är avsikten. Kristinas erfarenhet är att de som är inne i ett aktivt skede i sitt självskadebeteende oftast behöver läggas in på en psykiatrisk avdelning. Det behövs för att få stopp på ett självskadebeteende som manifesteras mer och mer för varje ny självskada, men också för att det finns en suicidrisk.

Analys

Lena säger att många av dem som har ett självskadebeteende också har självmordstankar. Även om självskadebeteende och självmordsförsök har olika syfte så menar Strong (1998) att de flesta personer med självskadebeteende är självmordsbenägna i perioder och många av dem leds till självmordsförsök p.g.a. sin oförmåga att sluta med sitt självskadebeteende (Ibid.). Några av våra intervjupersoner säger att de patienter de möter ofta är ganska klara på om deras självskador är självmordsförsök eller ingår i ett självskadebeteende. Forskning har visat att det finns klara skillnader mellan självskadebeteende och självmordsförsök. I kontrast till självskadebeteende ger självmordsförsök ingen lättnad, upprepas inte så ofta och har inte ett fullt så kommunikativt värde (van der Kolk, Perry & Herman, 1991).

Arbetet med självskadepatienter inom psykiatrin

Av dem vi har intervjuat är det fem stycken som poängterar hur viktigt det är att dessa patienter kommer i behandling innan deras självskadebeteende har blivit manifest.

Det är lättare att få en bra prognos om behandlingen sätts in då tjejerna är unga, runt 15-17 år gamla. Den forskning Margareta bedriver syftar till att finna en lämplig behandling till dessa självskadetjejer.

Att inte fokusera på självskadan

De som arbetar inom slutenvården tycker, liksom de som arbetar inom öppenvården, att patienten måste lära sig reflektera över vad som utlöser att de skadar sig själva och att det inte är bra att fokusera på själva tekniken att skada sig. På akutavdelningen i Lund får patienterna vanligtvis plåstra om sig själv om såret inte är för djupt. Christina säger att personalen undviker att gå in i en diskussion om självskadan i sig och att de istället frågar vad det var som gjorde att patienten skar sig och vad patienten kan göra istället för att skära sig. Kenneth beskriver hur arbetet med självskadebeteendet hos patienterna på avdelning 67 förändrats sedan de märkte att antalet självskador ökade då personalen fokuserade på att plåstra om skadan. På avdelning 67 tillkallar de idag inte läkare om inte skadan är allvarlig och t.ex. måste sys.

De två olika grupperna

Britt-Marie tycker att man ska använda sig av olika arbetsmetoder beroende på om ungdomarna har ett lättare eller svårare självskadebeteende. Hon menar att de svåra självskadetjejerna kan man börja med att arbeta utifrån ett kognitivt arbetssätt. Medan med den andra gruppen kan man mer direkt arbeta med att identifiera känslor och lära dem uttrycka sina känslor i ord. Tre intervjupersoner uppger att samtalskontakterna med dessa patienter ofta är långvariga.

Att uttrycka känslor i ord

Britt-Marie liksom Lena tycker det är viktigt att identifiera vilka känslor som finns bakom och vad det är som utlöser att man avsiktligt skadar sin kropp. Detta kan man göra genom att fråga; Hur var din situation? Hur kände du dig? Vad tänkte du på?

Av de tre intervjupersoner som har erfarenhet av att arbeta inom öppenvården säger alla att det är viktigt att lära dessa patienter att sätta ord på sina känslor. Det är viktigt att ge dem redskap för att handskas med sin ångest, så att de inte behöver skära sig. Britt-Marie beskriver arbetet med dessa ungdomar:

”Det är något sorts upptäckarbete man får bedriva med dem.”

Att se helheten

I arbetet med dessa patienter tycker Britt-Marie att det är viktigt att försöka se helheten i de sammanhang tjejerna befinner sig i. Lena skiljer inte ut dessa självskadetjejer från andra patienter hon möter på ungdomsteamet. Hon arbetar med problemorienterade samtal där tjejerna själva får försöka formulera vilka problem de har. I dessa samtal försöker de tillsammans komma åt patientens försvar och se vad det är för konflikter som orsakar ångest. Hon menar att det är viktigt att man som professionell inte tror sig veta varför dessa unga människor skär sig, utan att man är öppen till att lyssna på vad de själva har att säga och lyssna till deras förklaringar till varför de skadar sig själva. I arbetet med patienter med självskadebeteende precis som med andra patienter använder Gunnar sig av en psykodynamisk referensram.

”Här och nu”

Alla av våra intervjupersoner som arbetar inom slutenvården upplever att ett kognitivt förhållningssätt med fokus på vad som händer ”här och nu” fungerar bra med dessa patienter. En viktig del i arbetet med patienter med självskadebeteende är att lära patienterna andra strategier för att lindra sin ångest, så att de inte behöver använda sitt självskadebeteende.

Att vilja leva

Förutsättningen för att komma till utredningsavdelningen i Lund säger Eva är att ungdomarna själva vill förändra sitt liv. Många av de ungdomar som kommer dit är mycket deprimerade. Hon tycker det är viktigt att de kan börja se sig själva som en egen person, att de kommer närmare sig själv och kan börja uttrycka vad de tycker och tänker. När de blir mer frigående och kan söka sig utåt kan de se att det finns något mer än att skära sig. Kenneth tycker också att det är viktigt att patienterna finner något värdefullt att leva för. Av de patienter han möter på avdelning 67 är det många som där på avdelningen för första gången upplever att deras liv får betydelse.

Betydelsen av samtal och förtroende

Kenneth menar att det första mötet med patienten och det intryck patienten får av kontaktpersonen är viktigt eftersom det kommer att färga patientens inställning till behandlaren för lång tid framöver. Personalen på utredningsavdelningen i Lund har varje dag samtal med patienterna. Eva tycker att samtalen ofta gör att den osäkerhet patienterna har när de kommer till utredningsavdelningen lossnar och att patienten och kontaktpersonen får ett förtroende för varandra. Förtroende är viktigt för att patienten ska känna sig trygg och för att deras energi ska bli mindre destruktiv. När patient och kontaktperson skapat ett förtroende för varandra kan kontaktpersonen vara ett stöd för patienten t.ex. i samtal med föräldrarna. Kontaktpersonen har på utredningsavdelningen en viktig uppgift med att hjälpa patienten att få ett förtroende för de personer inom t.ex. öppenvården som patienten kan komma att ha fortsatt kontakt med efter utskrivningen från utredningsavdelningen. Marika tycker det är viktigt att kunna lyssna på tjejkarna utan att känna att man behöver förstå allting.

Ett akutmässigt hållande

På akutavdelningen i Malmö arbetar de inte behandlande i en egentlig mening utan det handlar mer om just ett akutmässigt hållande. Marika berättar att de ibland får ta emot just de självskadepatienter som ingen annan längre orkar med, de som t.ex. ”straffat ut sig” från olika behandlingshem. De självskadepatienter som kommer till akutavdelningen i Malmö är ofta när de kommer dit i en sådan situation att det inte är möjligt för dem att se bakåt och bearbeta vad de varit med om. Arbetet på akutavdelningen handlar mycket om att få upp dessa patienter på fötter igen och att hjälpa dem att lösa aktuella problem. Omsorgen om patienter med allvarligt självskadebeteende ser inte likadan ut som omsorgen om andra patienter. Andra patienter kan må bra av att personalen är följsam och mjuk men det gör inte dessa patienter, utan de kan må ännu sämre och självskadebeteendet eskalera. Precis som Kenneth anser Kristina och Marika att dessa patienter istället behöver en tydlig struktur. Kristina tycker att det är viktigt att inte som behandlare tänka att man ska ge dem all kärlek de gått miste om utan att ramar och struktur också är ett sätt att visa kärlek på. En tydlig struktur skapas genom att man på avdelningen schemalägger allt patienten ska göra på dagarna. Kristina tycker att den tydliga strukturen fungerar som

ett akutmässigt hållande, det är ett sätt att bromsa ner patienten och allt som händer runt omkring patienten. Hon tycker att det är viktigt att förmedla att självskadebeteendet aldrig är okej, att aldrig normalisera det. Marika betonar att det är viktigt att våga konfrontera dem och våga ta konflikter och att det är viktigt med gränssättning med empati. Det händer att de på akutavdelningen har klossvak på dessa patienter. Klossvak innebär att en personal ständigt är bredvid patienten. Marika tror att vissa patienter kan uppleva det som en trygghet eftersom om de får ett ångestfall så vet de att det är någon där som kan hindra dem från att skada sig. Kristinas erfarenhet är att de som är inne i en aktiv period av allvarligt självskadebeteende behöver läggas in för att man ska få stopp på deras självskadande och för att skydda patienten från att ta livet av sig.

Förutsättningar för ett bra arbete

Eva tycker att det är viktigt för patienterna att personalen är trygga med varandra så att det inte finns någon möjlighet för patienterna att spela ut personalen mot varandra. Kristina säger att några av de självskadetjejer som kommer till akutavdelningen kan vara krävande eftersom de manipulerar med personalen. Det händer ibland att dessa patienter förbrukar behandlare, behandlingshem och olika kliniker som till slut inte orkar med dem. Kristina upplever att det kan bli turbulent i organisationerna runt dessa patienter. För personalen som möter dessa patienter tycker hon att det handlar mycket om att kunna hålla patientens ångest och förtvivlan utan att göra alltför mycket åtgärder. Det ställer höga krav på personalen. För att de som arbetar med dessa patienter ska orka med krävs det att organisationen de arbetar i kan ge ett bra stöd. Så här beskriver Kristina organisationens betydelse:

”Det har jag tänkt på, att det är jätte viktigt att organisationen kring en sådan här patient fungerar. För att orka hålla den superstrukturen själv så måste man ha en bra struktur runt omkring sig, att det är som ringar på vattnet.”

Arbetsterapi och dagverksamhet

På utredningsavdelningen i Lund berättar Eva att hon samarbetar med en arbetsterapeut. Genom att t.ex. arbeta med ”livsträd” kan möten mellan mor och dotter bli väldigt givande. Kenneth tycker att de på avdelning 67 har mycket hjälp av arbetsterapeuten. Det är viktigt för patienterna att ha något att göra för att kunna

koppla av från den ångest de annars nästan ständigt har. Arbetsterapeuten sysselsätter inte enbart patienterna utan arbetar framför allt med att öka deras koncentrationsförmåga och förmåga att slutföra ett arbete, något de har stor nytta av då de skrivs ut från avdelningen. Gunnar menar att den samtalstid han kan erbjuda patienten en gång i veckan inte alltid är tillräcklig. Som komplement till samtalskontakten remitterar Gunnar ibland patienten till en dagverksamhet. Denna verksamhet fungerar som ett stöd för patienten i vardagen.

Ett förändrat arbetssätt på akutavdelningen i Lund

Arbetet med dessa patienter har förändrats på akutavdelningen i Lund. Christina säger att de tidigare hade strikta regler och att de hade vak då de hela tiden var tätt intill dessa patienter för att de inte skulle kunna skada sig. De arbetar inte längre på detta sätt utan de försöker ge ungdomarna mer eget ansvar. Christina tycker att det hittills har fungerat bra. Hon upplever att det ofta räcker för dessa ungdomar att de vet att personalen bryr sig om dem. De har under några månader haft ytterdörrarna olåsta. Det upplever Christina gör att atmosfären på avdelningen blir sundare. Avdelningen har renoverats och miljön där blivit finare. Det tror Christina gör att ungdomarna blir mindre benägna att slå sönder inredningen för att ha något att skada sig med. De använder inte plastmuggar utan riktigt glas och porslin. Christina kan utifrån sin erfarenhet ofta se på ungdomarnas ögon när det är risk för att de ska skada sig och då går hon fram och tar kontakt med dem. Hon uppmanar dem att komma till henne när de känner att de vill skära sig så att de tillsammans kan komma på något annat att göra istället. Christina tycker det är viktigt att personalen hela tiden är ett steg före ungdomarna själva. Om det är någon som inte skurit sig på en månad men berättar att de är sugna på att skära sig igen brukar Christina uppmana dem att känna efter vad som varit bra under tiden de inte skurit sig och få dem att fråga sig om de verkligen vill starta om med att skära sig igen? Hon tycker det är viktigt att också koncentrera sig på det friska hos dessa tjejer.

Analys

Psykodynamiskt arbetssätt

I den psykodynamiska behandlingen är det viktigt att lära patienterna att utveckla sitt sätt att uttrycka sig i ord. Att med ett empatiskt förhållningssätt hjälpa patienten att

utforska meningen med beteendet är den viktigaste delen av psykodynamisk behandling av självskadebeteende oavsett vilken inriktning behandlingen har (Guralnik och Simeon i Simeon & Hollander, 2001). Likaså skriver Margareta Samuelsson (2001) i sin artikel att när man arbetar med dessa tjejer är det viktigt att belysa ordets betydelse. Detta är något som Britt-Marie poängterar, att lära tjejerna att uttrycka sin smärta i ord och lära sig att känna igen sina känslor. Cullberg (1999) beskriver effekten av att sätta ord på känslor som att tända ljuset i barnkammaren när det spökar: mycket blir enklare och ofarligare. I jagstärkande psykoterapi är verbalisering det viktigaste. Att söka det exakta ordet för en känsla och våga tro på att andra förstår vad man menar är det många som inte har lärt sig. Cullberg menar att kunna uttrycka känslor i ord kan leda till att den ångest som patienten inte riktigt förstår var den kommer ifrån blir förståelig som en naturlig signal på en livsproblematik (Ibid.). Pipher (1998) berättar hur hon i sitt arbete som terapeut möter tonårstjejer med bl.a. självskadebeteende och ätstörningar. Hon upplever deras beteende vara svårtolkat och hon beskriver hur hon gång på gång måste fråga sig ”- Vad är det du försöker tala om för mig”?

Kognitivt arbetssätt

I arbetet med de tjejer som har ett svårt självskadebeteende ser flera av våra intervjupersoner att ett kognitivt förhållningssätt är passande. Danielsson, Nordquist och Tedin (2000) har skrivit om hur man kan bemöta tjejer med självskadebeteende. Utifrån ett kognitivt bemötande menar de att det är viktigt att lägga mycket tid på konkreta frågor som kretsar kring ”här och nu” situationer. Alla intervjupersoner tycker det är viktigt att patienterna reflekterar över vad som utlöser att de skadar sig själva genom att fokusera på vad som händer ”här och nu”. Christina berättar att personalen på akutavdelningen i Lund frågar: ”Vad det var som gjorde att patienten skar sig” och ”Vad patienten kunde ha gjort istället”?, utan att gå in i en diskussion om självskadorna. Detta beskrivs också i Näslunds bok där en avdelning på Södertälje sjukhus arbetar på liknande sätt. Varje gång en patient t.ex. kastat glas och skurit sig, får de fylla i ett frågeformulär. Där får patienten t.ex. beskriva situationen när händelsen inträffade (Näslund, 1998). Våra intervjupersoner anser att det är viktigt att lära dessa patienter andra sätt att hantera sin ångest än att skada sig själv. Danielsson, Nordquist och Tedin (2000) beskriver vad patienterna kan göra istället för att skada sig beroende på vilken känsla som ligger bakom självskadandet. Känner patienten sig

arg kan hon t.ex. kasta isbitar mot en tegelvägg så att de går sönder. Är hon istället ledsen och olycklig rekommenderas hon att göra något mjukt och lugnande. Om hon känner ett behov av att se blod, kan hon rita med röd penna på armen m.m. (Ibid.). Tre av våra intervjupersoner som arbetar på olika vårdavdelningar betonar vikten av struktur i arbetet med dessa patienter. En viktig aspekt i arbetet med att skapa en tydlig struktur säger de är att göra schema för patientens vardag. Perris (1998) beskriver hur det kognitiva förhållningssättet är ett sätt att skapa struktur i arbetet på vårdavdelningar. Han menar att de scheman som görs upp för patienten måste vara skraddarsydda för den enskilda patienten och göras tillsammans med patienten. Kristina beskriver hur strukturen som skapas i arbetet med patienterna fungerar som ett akutmässigt hållande. Hon menar att det är viktigt att personalen kan hålla patientens ångest. Marika säger att det med dessa patienter är viktigt med gränssättning med empati. Perris (1998) skriver att det i det kognitiva förhållningssättet är viktigt att personalen kan bekräfta och härbärgera patientens känslor i synnerhet vid gränssättning.

Salutogent arbetssätt

Det finns individ- och omgivningsfaktorer som har en salutogen betydelse. En viktig aspekt är att uppmuntra patienten att finna och utveckla ett intresse eller hobby, som gör att de kan få tankarna på annat håll (Hult m.fl., 1996). Kenneth betonar att det är viktigt att patienterna deltar i arbetsterapi. Eftersom det är ett sätt för dem att mildra ångesten. Han tycker också det är av stor vikt, att patienterna hittar något värdefullt att leva för. Antonovsky (1991) betonar just hur viktigt det är att hitta områden i livet som har en positiv betydelse. Detta ingår i hans begrepp meningsfullhet. Då tjejer får ett behov av att skada sig själv efter att ha klarat av en tids uppehåll berättar Christina hur hon försöker få dem att tänka på det som varit bra under tiden de inte skurit sig. Detta kan ses som en salutogen positiv omformulering. En positiv omformulering innebär att man i positiv anda omformulerar innebörden av det upplevda (Danielsson, Nordquist & Tedin, 2000). Christina tycker det är viktigt att inte glömma bort att se det friska hos dessa tjejer. I den salutogena kommunikationen betonas vikten av att uppmärksamma och tydliggöra resurser som patienten har så att hon kan skapa mer positiva bilder av sig själv (Danielsson, Nordquist & Tedin, 2000). Våra intervjupersoners betoning av struktur genom t.ex. schemaläggning kan utifrån ett

salutogent perspektiv också ses som ett sätt att skapa ett meningsfullt, begripligt och hanterbart sammanhang för patienten (Hult m.fl., 1996).

Dialektisk Beteendeterapi

De som arbetar utifrån DBT är Ralf Jensen, psykiatriker, och Anita från DBT-teamet i Lund och Kenneth som arbetar på avd. 67 i Växjö. Deras erfarenheter skiljer sig åt beroende på att Ralf och Anita arbetar inom den vuxenpsykiatriska öppenvården och Kenneth arbetar inom den vuxenpsykiatriska slutenvården.

Ralf beskriver att innan patienterna bestämmer sig för att delta i DBT-behandlingen inom öppenvården, medverkar de under ca en månads tid i en ”Commitmentfas”. Då får patienterna information om vad DBT-behandlingen innebär. Utifrån det kan sedan patienterna ta ställning till om de vill delta. Tackar de sedan ja till DBT-behandling skrivs det ett kontrakt på ett år. Vanligtvis förnyas därefter kontraktet och patienterna går i DBT-behandling under två till fyra år. I kontraktet skrivs en överenskommelse med patienten att hon inte får ta sitt liv. Anita berättar att patienterna kan må hur dåligt som helst och skära sig själv, men de får inte ta sitt liv. Grunden i DBT säger hon, består av fyra ”ben”, som har lika värde gentemot varandra. Dessa är individuell terapi, gruppbehandling/färdighetsträning, telefoncoaching och konsultationsterapi. Anita säger att det första och enda som görs i början av behandlingen är att få patienten att minska sitt självdestruktiva beteende genom att lära dem olika färdigheter för att de ska kunna ta hand om sin ångest, utan att skära sig. Det är viktigt att patienten får en stabilitet i sitt sätt att hantera sin ångest på ett bra sätt innan man går vidare med att prata om patientens svåra upplevelser. Därefter arbetar man med att uppnå självrespekt och att uppnå individuella mål hos patienten.

Så här beskriver Anita och Ralf de fyra ”benen”:

Patienterna går i *individual-terapi* en gång i veckan under en timme. Terapisessionerna spelas in på band som patienterna sedan får med sig hem.

I *gruppbehandlingen* som också kallas för färdighetsträning har DBT-teamet i Lund just nu fem patienter i en grupp. Ralf och Anita betonar att det är färdighetsträningen som är själva behandlingen. Anita beskriver denna gruppbehandling som en

undervisning där patienterna undervisas i psykosociala färdigheter. Att ta bort ett dysfunktionellt beteende som att t.ex. skära sig och istället plantera in ett funktionellt beteende med nya färdigheter. Färdighetsträningen är uppdelad i fyra moduler. Den *första modulen* handlar om att vara medvetet närvarande, vilket innebär att finna harmoni i att lära sig tekniken att vara här och nu och att patienterna lär sig vara uppmärksam på vad det är de tänker och ser. Här tränas också patienten i att vara icke dömande och icke värderande mot sig själva och andra, vilket de ofta är experter på. Istället får de lära sig att tänka att man gör så gott man kan. Anita menar att omgivning också ofta är experter på att vara fördömande mot dessa tjejer. Så här säger Anita om vad man bör tänka på när man möter dessa tjejer:

”En viktig sak att tänka på när man möter de här patienterna är att de faktiskt gör så gott de kan. Jag tror inte någon vill ha detta problem eller använder det för att få någonting gott utav det. Man kan istället se det som att de inte har något annat sätt att hantera sina känslor på. Detta har i alla fall hjälpt mig för innan tyckte man att 'Gud vi har ju sagt att de inte ska göra det! /.../. Hade de haft ett annat sätt att göra det på så hade de gjort det. Det tycker jag ger mig en ödmjukhet inför de här tjejerna.”

Att hantera relationer ingår i den *andra modulen*. I den *tredje modulen* handlar det om att reglera känslor och den *fyjärde och sista modulen* handlar om att stå ut när det är svårt. Efter varje gruppbehandling får patienterna en hemuppgift, som redovisas nästa gång de träffas. Detta är konkreta hemuppgifter som patienterna får utifrån det tema som gruppen befinner sig i. Hela färdighetspaketet med de fyra modulerna tar ca ett år att gå igenom och handlar alltså om att hitta andra färdigheter än att avsiktligt skada sig själv, att kunna reglera sina känslor. Det patienterna lär sig i gruppbehandlingen arbetar varje patient vidare med i den individuella terapin och på så sätt lär de sig att generalisera sig själv och sin omgivning.

Telefoncoaching innebär att patienterna kan nå sin terapeut tjugofyra timmar om dygnet. Telefonsamtalen är en tillgång patienten kan använda sig av istället för att skära sig. Dessa samtal är inte några terapisaftal utan är korta och fokuserade samtal på ca tio minuter. Både Ralf och Anita berättar att ska man orka arbeta som DBT-terapeut och vara kontaktbar dygnet runt är det viktigt att arbeta med sig själv, att man kan känna sig fri på sina lediga dagar fram till patienten ringer och efter telefonsamtalet stänga av tankar på patienten. Anita säger:

”När de här tjejerna ringer på vår fritid kan de må hur dåligt som helst, men jag vet också att hon kommer att överleva. För hade jag inte vetat det, då tror jag att jag hade haft svårt att ha den sökaren på mig.”

Konsultationsterapi har de i DBT-teamet tillsammans med varandra. I teamet använder man sig då av de fyra ”benen” för att kunna diskutera sina patienter med varandra. Under alla terapiesessioner videofilmas patienterna. Detta material används sedan för att personalen ska kunna hjälpa varandra och bli mer effektiva i arbetet.

När de på avdelning 67 gör patientens vårdplan är självskadebeteendet, i linje med vad som förespråkas enligt DBT, högst prioriterat. Kenneth menar att om de inte tar itu med självskadebeteendet så kommer allt att kretsa kring detta. Det finns också en risk att det aldrig tas itu med. Detta är också viktigt eftersom det hos de med ett allvarligt självskadebeteende finns en suicidrisk. Kenneth menar att det är ganska stora skillnader på hur de på avdelning 67 arbetar med DBT och hur man kan arbeta med det inom öppenvården. På avdelning 67 finns t.ex. ingen telefonjour för patienterna och ingen individualterapeut utan det är skötarna som har ansvar för DBT-behandlingen. Personalen har ingen extra avsatt tid till att arbeta med DBT utan gör det utöver sina ordinarie arbetsuppgifter.

Behandlingsresultat

DBT-teamet i Lund har goda resultat på de patienter som har gått i behandling. Kenneth berättar att på avdelning 67 har de goda resultat. De patienter som har blivit utskrivna från avdelningen har lärt känna sig själva bättre och slutat med sitt självskadebeteende. Dessa goda resultat hade de även innan de började arbeta med DBT. Ralf berättar att i USA där DBT har funnits i drygt tio år har det också vistats på goda resultat. Anita tror att DBT är den enda behandlingen för självskadande borderlinepatienter som är dokumenterad med så här goda resultat.

Resultatsammanfattning

Vi kommer nu kortfattat sammanfatta redovisningen av våra intervjuer utifrån syftet att undersöka vilken kunskap och vilka arbetssätt som finns när det gäller självskadebeteende hos tjejer, inom psykiatrin. Vi utgår ifrån våra frågeställningar.

Definition

Våra intervjupersoner definierar överlag självskadebeteende som när någon avsiktligt skadar sin kropp fysiskt för att lätta på psykisk smärta, men utan avsikt att ta sitt liv. Denna definition utgår ifrån självskadebeteendets funktion. Funktionen är att lindra psykisk smärta. Två av våra intervjupersoner använder sig av definitioner som grundar sig på Armando Favazzas definitioner av självskadebeteende. Favazzas definitioner grundar sig delvis på den funktion självskadebeteendet har i olika diagnoser (Strong, 1998). Så långt, då självskadebeteendet definieras utifrån hur tjejerna skadar sin kropp och utifrån beteendets funktion är avgränsningen relativt okomplicerad. Svårigheten är dock att många av intervjupersonerna ser en tydlig koppling mellan självskadebeteende i denna bemärkelse och andra självdestruktiva beteende. Deras erfarenhet är att självskadebeteende hos de tjejer de möter, ofta ingår som en del i en destruktiv livsstil. En aspekt av detta är att en person kan uppvisa olika självdestruktiva beteende vilka avlöser varandra. Det verkar finnas ett särskilt samband mellan ätstörningar och självskadebeteende. Några av våra intervjupersoner säger att det finns en del tjejer som har båda dessa problem. De menar att båda beteenden är ett sätt att ta kontroll över sin situation och sin kropp. Forskning har visat att olika självdestruktiva beteende kan ha en gemensam grund i barnets upplevelse av trauma. Barn som upplevt trauma kan få svårt att uttrycka känslor. Det självdestruktiva beteendet är då ett sätt att hantera känslorna (van der Kolk & Fisler, 1994).

Tjejer med självskadebeteende

Den samstämmiga bilden som framkommer i våra intervjuer är att majoriteten av dem som avsiktligt skadar sig själva är tjejer i tidiga tonåren upp till trettioårsåldern. Några intervjupersoner tror att anledningen till att det är fler tjejer än killar som har ett självskadebeteende grundar sig i deras olika sätt att hantera känslor. De flesta av våra informanter uppger att självskadebeteende var ett ganska okänt begrepp för tio till femton år sedan. Det är framför allt de senaste fem åren som självskadebeteende blivit vanligare och har börjat uppmärksammas. Som en förklaring till ökningen nämner ett par intervjupersoner att samhället i dag ställer höga krav på ungdomar och att särskilt tjejer har en svår situation i dagens samhälle. Pipher (1998) betonar också hur dagens samhälle genom t.ex. massmedia skapar ett tryck på tjejer att vara på ett

sätt som hindrar dem från att vara sig själva. Strong (1998) menar att en anledning till att självskadebeteendet börjar i tonåren kan vara att det är en omvälvande tid då individen ska skapa sig en egen identitet. Det är också en tid då tidigare svårigheter med anknytning och separation aktualiseras.

Bakomliggande orsaker

Det har framkommit i intervjuerna att det finns två olika grupper av tjejer med självskadebeteende. Det finns de som skär sig under en tillfällig period och det finns de som har ett mer allvarligt och långvarigt självskadebeteende. Självskadebeteendet har delvis annorlunda funktioner för dessa två grupper, även om det för båda grupperna handlar om ett sätt att hantera känslor de inte kan uttrycka i ord. Orsakerna till ett mer tillfälligt självskadebeteende menar vissa intervjupersoner kan vara en tillfällig kris då självskadebeteendet blir ett sätt att lindra ångest och ett sätt att kommunicera. Margareta menar att de som har ett mer tillfälligt självskadebeteende ofta har blivit emotionellt försummade som barn. Någon intervjuperson beskriver hur självskadebeteendet kan bli en tävlan mellan tjejer om uppmärksamhet. Även hos de med ett tillfälligt självskadebeteende kan det finnas en smittoeffekt. Två intervjupersoner uppger att det på olika skolor har funnits flera elever med självskadebeteende i samma klass. Pipher (1998) har utifrån sina möten med tonårstjejer med olika självdestruktiva beteende uppmärksammat att problematiken inte behöver finns i familjeförhållande utan bottnar i värderingar i dagens samhälle. Hennes erfarenhet är att dessa tjejers problem ofta klingar av i övre tonåren (Ibid.). Den andra gruppen som har ett allvarligare och mer manifest självskadebeteende anser tre intervjupersoner ofta har någon personlighetsproblematik t.ex. borderline. Borderline personlighetsstörning är en vanlig diagnos hos dem som har ett allvarligt självskadebeteende (Strong, 1998; Näslund, 1998). Orsakerna till dessa tjejers självskadebeteende uppger några intervjupersoner vara upplevelser av trauma i form av övergrepp och emotionell försummelse. Självskadebeteendet har för dem ofta en funktion av att bota känslor av inre tomhet och överklighetskänslor. Även för denna grupp är självskadebeteendet kopplat till ångest.

Arbetsätt

När det gäller sättet att arbeta med patienter med självska debeteende finns det vissa skillnader hos våra intervju personer som grundar sig på att de möter patienter med olika typer av problem. De flesta betonar dock på olika sätt vikten av att patienten lär sig uttrycka sina känslor i ord. Meningen är också att patienterna ska lära sig andra sätt att hantera sin psykiska smärta än att skada sig själv. Alla våra intervju personer uppfattar självska debeteendet som ett sätt att kommunicera och försöker på olika sätt förstå vad självska debeteendet betyder, ingen av dem tycker det är bra att fokusera på den fysiska skadan. De informanter som arbetar på olika vårdavdelningar har överlag ett kognitivt förhållningssätt. Perris (1998) tycker att ett kognitivt förhållningssätt kan vara användbart på psykiatriska vårdavdelningar då det ger möjlighet till ett strukturerat och konsekvent arbetsätt. De informanter som arbetar på akutavdelningar har på ett tydligare sätt än de som arbetar inom öppenvården ett ansvar för att skydda patienterna från att ta sitt liv. De som arbetar inom öppenvården har möjlighet att med dessa patienter ha en långvarig samtalskontakt.

Slutdiskussion

Här kommer vi att diskutera materialet utifrån några av våra egna reflektioner av den kunskap våra intervjupersoner har delat med sig av till oss och av det som framkommit i litteraturen. Reflektionerna berör vårt upplägg av arbetet, de frågor vi hade i början av uppsatsen och de frågor som väckts under arbetets gång.

Vårt syfte med uppsatsen är stort och omfattar delvis två områden i detta ämne. Fördelen med detta upplägg anser vi vara att vi utifrån det har fått kunskaper om både bakomliggande faktorer och hur man kan arbeta med dessa patienter. Nackdelen med detta stora syfte är att arbetet blivit omfattande. Eftersom både det empiriska och teoretiska materialet varit omfattande har det emellanåt varit svårt att hantera det och få in det i formen för en uppsats under tidspress. Om vi hade begränsat oss till ett av dessa områden hade vi kunnat fördjupa oss mer än vi har gjort.

Utifrån vårt syfte att undersöka vilken kunskap personal inom psykiatrin har i detta ämne har vi valt att göra analysen utifrån forskning om självskadebeteende och olika psykologiska referensramar som matchar och fördjupar våra informanternas kunskaper. Det hade dock varit möjligt att använda sig av t.ex. pedagogiska teorier och därmed mer fokusera på karaktären av personalens kunskap.

Även om självskadebeteende inte har uppmärksammats under så många år, upplever vi att våra intervjupersoner har en förståelse för dessa tjejers problem. Detta tror vi delvis beror på att det finns likheter mellan självskadebeteende och andra självdestruktiva beteenden, som har varit uppmärksammade under en längre tid. Vi har funnit att den kunskap personal inom psykiatrin har om självskadebeteende matchar det som forskning om självskadebeteende visar. Det har också framkommit att de i sitt arbete med dessa patienter använder sig av terapeutiska kunskaper som grundar sig på t.ex. psykodynamiska och kognitiva teorier. De kunskaper de använder i arbetet med tjejer med självskadebeteende grundar sig alltså på det som är specifikt för självskadebeteende, men också på sådana teoretiska referensramar som de använder sig av i arbetet med övriga patienter. Vi har funnit att det finns mycket kunskap hos personalen men förutom hos dem som arbetar utifrån DBT, finns det ingen kunskap om behandling specifik för självskadebeteende. För de patienter som

kommer till den psykiatriska öppenvården med självskadebeteende och inte har någon personlighetsproblematik finns ingen specifikt utarbetad behandling. Det pågår forskning som kan komma att fylla denna kunskapslucka, t.ex. den som Margareta Samuelsson tillsammans med sin arbetsgrupp bedriver.

I vår problemformulering skrev vi att vår erfarenhet är att detta beteende väcker starka känslor hos personalen. Detta är också något som framkommit under våra intervjuer. Framförallt de som arbetar med dessa patienter inom slutenvården kan hamna i den turbulens som kan skapas runt patienter med personlighetsproblematik. Detta kan göra att de till slut inte orkar med sitt arbete.

Som vi hade väntat oss är det mest tjejer som har denna form av självskadebeteende. Vi tror att det kan bero på att tjejer tidigt utsätts för en press att ändra sin kropp på olika sätt. I media skapas ofta ett överkligt kvinnoideal. Därför tror vi att det ligger mer nära tillhands för tjejer än för killar att skada sin kropp. Vi tror dock att några av de orsaker som gör att tjejer är självdestruktiva t.ex. upplevelser av trauma, känslor av tomhet, svårigheter under ungdomstiden och behov av bekräftelse också finns hos killar. Även om killar oftast vänder sin ilska och aggressivitet utåt blir det ändå ett sätt att skada sig själv. Utifrån vårt arbete om tjejer med självskadebeteende har det väckts ett intresse hos oss att undersöka på vilket sätt killar är självdestruktiva och hur man kan bemöta dem som professionell.

I resultatredovisningen har det framkommit att våra intervjupersoner överlag inte har någon erfarenhet av tjejer med utländsk bakgrund och ett självskadebeteende. Vi tror dock inte att detta behöver betyda att detta beteende inte finns i den gruppen. Det kan vara flera olika faktorer som gör att våra intervjupersoner i så liten utsträckning har mött dessa tjejer. Detta är en aspekt av självskadebeteende som vi tycker hade varit intressant att undersöka vidare. Vilken form av självdestruktivitet är vanligast hos denna grupp av tjejer? Finns det något i deras speciella omständigheter som gör att självdestruktiviteten tar sig andra uttryck hos dem?

Uppsatsens resultat har hjälpt oss att förstå hur viktigt det är att kunna uttrycka sina känslor i ord. För dessa tjejer är det avgörande för att de ska kunna ge upp sitt självskadebeteende. Hos dem som har ett allvarligt självskadebeteende och har dålig

tillgång till sina känslor blir det som att börja om på nytt och som att lära ett litet barn att prata. De måste få utrymme att uttrycka sina känslor. Frågan är om barn och ungdomar idag får tillräckligt stort utrymme att uttrycka sig och sina behov?

Självskadebeteende har först under 90-talet blivit till ett fenomen bland ungdomar, innan dess var det ätstörningar som uppmärksammades (Strong, 1998). Vi tror att även om dessa fenomen när de uppmärksammas ses som ett problem finns det en risk att de till slut hos ungdomar i mildare former ses som något normalt. En fundering vi har är om det kommer komma någon ny form av självdestruktivt beteende bland ungdomar under det kommande decenniet.

Källförteckning

Litteraturreferenser

- Antonovsky, Aaron (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur
- Crafoord, Clarence (2001) *Införlivanden - om den utvecklande dialogens betingelser*. Stockholm: Natur och Kultur
- Cullberg, Johan (1999, 5: e upplagan) *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur
- Daniel, B., Wassell, S. & Gilligan, R. (1999) *Child development for childcare and protection workers*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Denscombe, Martyn (2000) *Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur
- Egidius, Henry (1994) *Psykologilexikon* Stockholm: Natur och Kultur
- Egidius, Henry (2000, 6: e upplagan) *Termllexikon i psykologi, pedagogik och psykoterapi*. Lund: Studentlitteratur
- Eliasson, Rosmari (1995, 2: a upplagan) *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur
- Frisk, Max & Gillberg Christopher (2000, 2: a upplagan) ”Biologiska faktors betydelse” i Gillberg, C. & Hellgren, L.: *Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur
- Gillberg, Christopher (2000, 2: a upplagan) ”Klassifikation” i Gillberg, C. & Hellgren, L.: *Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur
- Grossman, Robert & Siever, Larry (2001) ”Impulsive self-injurious behaviors-neurobiology and psychopharmacology” i Simeon, D & Hollander, E.: *Self-injurious behaviors – assessment and treatment*. Washington D.C: American psychiatric publishing, Inc.
- Guralnik, Orna & Simeon, Daphne (2001) ” Psychodynamic theory and treatment of impulsive self-injurious behaviors” i Simeon, D & Hollander, E.: *Self-injurious behaviors – assessment and treatment*. Washington D.C: American psychiatric publishing, Inc.
- Halvorsen, Knut (1992) *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: studentlitteratur
- Hansson, Kjell (1996) ”Familjebehandling vid ungdomsasocialitet” i Armelius, B-Å., Bengtzon, S., Rydelius, P-A., Sarnecki, J. och Söderholm Carpelan, K.: *Vård av*

ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse och Liber utbildning AB

Hellgren, Lars (2000, 2: a upplagan) ”Borderlinetillstånd” i Gillberg, C. & Hellgren, L.: *Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur

Hult, S., Waad, T., Cederblad, M. & Hansson, K. (1996) ”Salutogen miljöterapi i teori och praktik – en introduktion för blivande salutologer”. *Forskning om barn och familj*, nr 7

Hwang, P. & Nilsson, B. (1996) *Utvecklingspsykologi – från foster till vuxen*. Stockholm: Natur och Kultur

Kihlbom, Magnus (2000, 2: a upplagan) ”Psykodynamiska utvecklingsteorier” i Gillberg, C. & Hellgren, L.: *Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur

van der Kolk, Bessel A. & Fisler, Rita E. (1994) ”Childhoos abuse and neglect and loss of self-regulation”. *Bulletin of the Menninger Clinic*, nr 2, 145- 168

van der Kolk, Bessel A., Perry, J. Christopher & Herman, Judith Lewis (1991) ”Childhoos origins of self-destructive behaviour”. *American Journal of Psychiatry*, nr 12, 1665-1671

Lerner, Harriet Goldhor (1987) *Kvinnors vrede – från självutplåning till självinsikt*. Stockholm: Forum

Mangs, K. & Martell, B. (1995, 4: e upplagan) *0-20 år i psykoanalytiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur

Menninger, Karl A. (1938) *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace and Company

Miller, Dusty (1994) *Women who hurt themselves – a book of hope and understanding*. New York: BasicBooks

Näslund, Görel Kristina (1998) *Borderline personlighetsstörning*. Stockholm: Natur och Kultur

Perris, Carlo (1998, 3:e upplagan) *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur

Pipher, Mary (1998) *Rädda Ofelia - vägen till kvinnlig självkänsla*. Stockholm: Forum

Samuelsson, Margareta (2001) ”Självska debeteende ett fenomen hos tonårsflickor – en litteraturgenomgång över bakomliggande faktorer”. *Socialmedicinsk tidskrift*, nr 5, 449-454

Sigrell, Bo (2000) *Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi*. Stockholm: Natur och Kultur

Simeon, Daphne & Favazza, Armando R. (2001) "Self-injurious behaviors – phenomenology and assessment" i Simeon, D. & Hollander, E.: *Self-injurious behaviors – assessment and treatment*. Washington, DC: American psychiatric publishing, Inc.

Strong, Marilee (1998) *A bright red scream - self-mutilation and the language of pain*. London: Viagro press

Svedin, Carl-Göran, (2000, 2:a upplagan) "Sociala beteendestörningar" i Gillberg, C. & Hellgren, L.: *Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur

Internet

Andersson, Birgitta (1998) "Självskärarna – ett nytt skrämmande fenomen". *Arbetet* <http://www.medicarkivet.se>

Falk-Wadman, Barbro (2000) "Jönköping ser kraftig ökning av unga som skadar sig själva". *Dagens medicin* <http://www.medicarkivet.se>

RSMH:s hemsida <http://www.rsmh.se>

Övriga källor

Danielsson, C., Nordquist, T. & Tedin, B. (2000) *Hur bemöta och arbeta med patienter med ett självskadebeteende*. Lund: BUP avd B, (opublicerad)

Föreläsning av Hans Swärd 010914, Socialhögskolan, Lund

Sydsvenska Dagbladet, *Postis*, 010720, 010907, 010825 och 010930

Intervjuer

Gunnar Almkvist, kurator, psykoterapeut i öppenvården inom vuxenpsykiatri, Hässleholm. Bandinspelad intervju 011203.

Eva Andersson, skötare på utredningsavdelningen inom barn- och ungdoms psykiatri, Lund. Bandinspelad intervju 011129.

Kristina Berglund, kurator och Marika Persson, skötare på akutavdelningen inom barn- och ungdomspsykiatri, Malmö. Bandinspelad intervju 011128.

Christina Danielsson, skötare på akutavdelning inom barn- och ungdoms psykiatri, Lund. Bandinspelad intervju 011206.

Britt-Marie Eurén, kurator och familjeterapeut på Lindängens öppenvårdsmottagning inom barn- och ungdoms psykiatri, Malmö. Bandinspelad intervju 011122.

Lena Forsberg, kurator och psykoterapeut på ungdomsteamet i öppenvården inom barn- och ungdoms psykiatri, Lund. Bandinspelad intervju 011128.

Ralf Jensen, psykiatriker och Anita Linnér, skötare på DBT-teamet i öppenvården inom vuxenpsykiatri, Lund. Bandinspelad intervju 011210.

Margareta Samuelsson, forskare på barn- och ungdoms psykiatriska kliniken, Lund. Bandinspelad intervju 011119.

Kenneth Svensson, skötare på avdelning 67 för särskilt vårdkrävande kvinnor inom vuxenpsykiatri, Växjö. Bandinspelad intervju 011205.

Bilaga - Intervjumall

Vilka erfarenheter har du av ungdomar med självskadebeteende?

Vilka problem söker de för och hur får de kontakt med dig?

Tema 1 - orsaker till självskadebeteende hos ungdomar.

Vad ser du för bakomliggande faktorer till att ungdomar utvecklar självskadebeteende?

Vad ser du för utlösande faktorer till självskadebeteende hos ungdomar?

Kan du se några orsaker till att självskadebeteendet vidmakthålls under en tid?

Kan du se någon förändring i allvarlighetsgraden av självskadebeteende hos ungdomar under tiden som du kommit i kontakt med dem?

Vad anser du är orsakerna till en eventuell förändring i allvarlighetsgraden?

Tema 2 - vilka ungdomar är det som har självskadebeteende?

Hos vilka ungdomar är självskadebeteende vanligast? (kön, klass, etnicitet)

Finns det någon skillnad i typen av självskadebeteende mellan olika grupper av ungdomar, vad anser du är orsakerna till en eventuell skillnad?

Är det någon grupp av ungdomar där förekomsten av självskadebeteende ökat och vad anser du är orsakerna till en eventuell ökning?

Tema 3 - definition av självskadebeteende.

Hur definierar du självskadebeteende?

Har definitionen ändrats under årens gång? (både egen och arbetsplatsens)

Ser du någon svårighet med att avgränsa självskadebeteende från andra självdestruktiva beteende och från t.ex. tatuering och piercing?

Tema 4 - Behandlingsmetoder.

Vilken/vilka arbetsmetoder/arbetssätt har du/ni i arbetet med dessa ungdomar?

Har du/ni någon särskild behandlingsmetod, hur ser den ut?

Finns det någon teori kopplad till din/er arbetsmetod och/eller behandlingsmetod?

Har ditt/ert sätt att arbeta med dessa ungdomar förändrats under tiden du kommit i kontakt med dessa ungdomar?

Vad anser du att professionella bör tänka på i mötet med ungdomar med självskadebeteende?

Finns det något annat som du vill tillägga?