

Självskadebeteende

– en kvalitativ studie om behandling inom Barn – och ungdomspsykiatri

Marita Håkansson
Lena Rosenberg

Socialhögskolan vid Lunds Universitet
SOPA63
Vt-09



Handledare: Torbjörn Hjort

Abstract

Self-harm behaviour seems to increase among adolescents but the research of which methods of treatment that is effective is poor. The purpose of this study was to get an understanding of how adolescents with self-harm behaviour are treated at psychiatric clinics (Barn- och ungdomspsykiatri, BUP). We wanted to know how self-harm behaviour is defined, which methods of treatment are used and the important parts of it and also what the goal with the treatment is. We used a qualitative method and performed telephone interviews with seven different persons at BUP in different municipalities who work with self-harm behaviour. As a help to understand and analyze the material we have used the attachment theory and the concept of acting space. The result shows that there is a problem in defining self-harm behaviour which also often is combined with an eating-disorder, depression or anxiety. According to the interviewed, adolescents with self-harm behaviour often have problems with relations or a trauma causing the self-harm behaviour. Different methods are used to treat self-harm behaviour at the different clinics but even within the same clinic the methods vary. Within the studied clinics they seem to rely much of their own experience instead of research of treatment for self-harm behaviour.

Key words: Self-harm behaviour, treatment, cutting

Innehållsförteckning

Förord.....	4
1. Inledning	5
1.1 Problemformulering	5
1.2 Syfte och frågeställningar	7
2. Metod	7
2.1 Val av metod	7
2.2 Urval.....	8
2.3 Avgränsningar	8
2.4 Genomförande.....	9
2.5 Fördelar samt nackdelar med genomförandet	10
2.6 Tillförlitlighet.....	10
2.7 Etiskt övervägande	11
2.8 Arbetsfördelning	12
2.9 Informanterna.....	12
3. Tidigare forskning.....	13
4. Teori.....	17
4.1 Handlingsutrymme	18
4.2 Anknytningsteorin.....	19
5. Resultat och analys	20
5.1 Definition	21
5.2 Behandlingsmetoder.....	22
5.3 Behandling	25
5.4 Mål	31
5.5 Självskadebeteende ihop med annan problematik	32

5.6 Uppföljning	33
5.7 Sammanfattning	35
6. Slutdiskussion	36
Referenser	40
Bilaga 1	44
Bilaga 2	45

Förord

Till de informanter som tagit sig tid att ställa upp på intervjuer, vill vi ge ett stort tack. Er kunskap och erfarenhet har gjort att vi har kunnat skriva denna uppsats.

Ett tack vill vi också ge till vår handledare Torbjörn Hjort som stöttat och väglett oss när arbetet känts tungt. När vi har känt oss stressade har Du med ditt lugna sätt fått oss att ”tagga ner” och tro på vår egen förmåga.

Vi vill också rikta ett tack till våra nära och kära för att Ni har stått ut med oss. Ett speciellt tack till Erik, Ingela, och mamma Dagny för Er konstruktiva kritik av innehåll och språkbruk i vår uppsats.

Till sist vill vi även ge ett tack till våra kurskamrater, Helen och Anna, för alla trevliga lunchdater under arbetet.

Marita Håkansson och Lena Rosenberg,

Helsingborg 2009-05-24

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Många unga vuxnas hälsoproblem grundas i barn- och ungdomsåren (Socialstyrelsen, 2006). Ungdomar som skadar sig själva löper en större risk än andra att senare i livet begå självmord och en del av dessa ungdomar kommer att utgöra en stor och tung del inom vuxenpsykiatri (Allmänna Barnhuset, 2004). Att hantera svårigheter under exempelvis tonåren är inte alltid lätt och enligt Åkerman (2009) har självskadebeteende blivit ett relativt accepterat sätt att klara sig igenom en jobbig tonårsperiod. Hon anser dock att man inte ska se självskadebeteende som något normalt som hör till tonåren då det kan vara svårt att avgöra vem som kommer att sluta självmant och vem som kommer att behöva mycket hjälp för att bli av med beteendet. Självskadebeteende kan dessutom accelerera och bli livshotande (ibid).

Det skrivs en hel del om självskadebeteende i media. Det senaste året har man kunnat läsa att unga tjejer som skadar sig själva låses in och behandlas tillsammans med brottslingar på rättspsykiatriska kliniker. Under de senaste åren har antalet ungdomar som behandlas inom slutenvården för självdestruktiva handlingar ökat (Stain, 2008). Andelen människor som har kontakt med den psykiatriska öppenvården har också ökat de senaste tio åren och det är speciellt gruppen unga vuxna som står för ökningen (Socialstyrelsen, 2006). Enligt Socialstyrelsen (2004a) finns det inga exakta siffror på hur många det är som skadar sig själva. Antalet varierar mellan tre och sju procent i de olika studier som det hänvisas till i rapporten, och en orsak till detta kan vara att begreppet självskadebeteende definieras på olika sätt i olika undersökningar.

Enligt Åkerman (2009) anser en del att självskadebeteende är något som en del människor tar till under perioder i livet som känns extra jobbiga. Det kan försvinna av sig själv när personen har blivit äldre och kunnat lära sig andra sätt att hantera negativa känslor på eller när den jobbiga perioden är över. Andra anser att det behövs behandling för att självskadebeteende ska försvinna.

Det finns få studier gjorda som skulle kunna lägga en grund för en behandlingspolicy när det gäller självskadebeteende. En anledning till detta är att i de studier som gjorts är det ibland svårt att skilja på självmordsförsök, självdestruktiva handlingar och annat självskadebeteende. En del forskare anser att det är viktigt att tydligt skilja på självskadebeteende utan suicidavsikt och självmordsförsök för att kunna arbeta fram behandlingsmetoder som fungerar. Av de studier som gjorts angående behandling av självskadebeteende är det endast ett fåtal som handlar om ungdomar (Socialstyrelsen, 2004b). En svårighet med att behandla ungdomar är att de ofta saknar motivation och uthållighet och därför är det extra viktigt att utveckla metoder som passar för unga människor (Allmänna Barnhuset, 2004).

Ätstörning, depression och andra ångeststörningar hänger ofta samman med självskadebeteende likasom att ha varit utsatt för mobbing, misshandel eller sexuella övergrepp. Det är vanligt att självskadande ungdomar som vårdas inom psykiatri har någon annan psykisk störning och att det är anledningen till att patienten kom i kontakt med psykiatri (Socialstyrelsen, 2004b). Även Åkerman (2009) skriver att personer med självskadebeteende ofta har flera problem och diagnoser och att det därför är svårt att få den hjälp man behöver. Det kan uppstå diskussioner om vem som har ansvar för patienten och hur behandlingen ska se ut. Patienten kan hamna mellan stolarna och bli utan hjälp exempelvis för att hon/han anses ha för allvarliga ätstörningar och därför inte kan påbörja behandling för sitt självskadebeteende, samtidigt som ätstörningsavdelningen inte kan hantera självskadorna och vill att hon/han ska behandlas för det först.

Behandling av ungdomars självskadebeteende tycks vara ett relativt outforskat ämne. Att forskningen är begränsad resulterar i att olika behandlare kan använda sig av den behandling som just de anser vara bra. Då självskadebeteende är så pass allvarligt att det kan utvecklas till ett livshotande symptom eller självmordsförsök, tycker vi att det vore intressant att undersöka vilka behandlingsmetoder som faktiskt används och hur man väljer behandling, för att undvika att ungdomarna fastnar inom psykiatri framöver. Vi avser också att undersöka hur man prioriterar självskadebeteende i förhållande till andra diagnoser, till exempel ätstörning.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att få en förståelse för självskadebeteende och för hur behandlingsarbetet med självskadepatienter, beskrivs inom Barn- och ungdomspsykiatri, BUP.

- Vad är självskadebeteende?
- Vilka behandlingsmetoder används?
- Vad ingår i behandlingen?
- Vilka mål finns för behandlingen?
- Hur ser behandlarnas handlingsutrymme ut?

2. Metod

2.1 Val av metod

Vi har valt att använda oss av en kvalitativ metod eftersom vi i uppsatsen vill ta reda på hur man arbetar med unga självskadande patienter samt vilka behandlingsmetoder man använder sig av. Vi anser att en kvalitativ metod passar bäst för att få en djupare förståelse för detta och för att kunna se likheter och skillnader i val av behandlingsmetod. Vårt fokus ligger således inte på att ta reda på hur vanligt förekommande det är att man arbetar med en speciell metod och därför har vi valt bort den kvantitativa metoden. Repstad (1999) menar att den kvalitativa metoden på ett bättre sätt beskriver hur saker och ting är istället för att berätta hur vanligt förekommande någonting är, vilket talar för att den kvalitativa metoden passar vårt syfte. Även Trost (2005) skriver att kvalitativ metod passar för att förstå människors sätt att resonera och reagera. Genom kvalitativ metod kan man få en större förståelse av upplevelser och erfarenheter än vad den kvantitativa metoden kan ge.

I vår studie vill vi få en förståelse för hur de olika verksamheterna arbetar ur behandlingssynpunkt med denna grupp och vi anser att det är den semistrukturerade intervjun som lämpar sig bäst för vårt ändamål. May (2001) menar att den semistrukturerade intervjun har större förmåga att förtydliga de svar

som intervjupersonen lämnar än exempelvis den strukturerade intervjun. I och med att vi valt denna intervjumetod har vi fått ett djup istället för en bredd inom de verksamheter som vi intervjuat då vi inte varit helt bundna av våra intervjufrågor. Vi har haft möjlighet att ställa följdfrågor och hålla en öppen dialog med de intervjuade. Vi valde telefonintervju för att det inte hade varit möjligt för oss att få en geografisk spridning annars.

2.2 Urval

Repstad (1999) beskriver ”den goda informanten” och med detta menar han att det är viktigt att de man väljer att intervjua har viktig och relevant information att lämna som tillför uppsatsarbetet och dess frågeställning något. Det finns flera yrkesgrupper som kan komma i kontakt med ungdomar med självskadebeteende som till exempel psykologer, kuratorer, sjuksköterskor och läkare. Strategiskt urval innebär enligt May (2001) att man väljer intervjupersoner efter deras kunskap och erfarenhet inom det aktuella området. Utifrån detta resonemang har vi bestämt oss för att intervjua personal som arbetar på BUP och som i behandlingsarbetet kommer i kontakt med denna patientgrupp. Vi har gjort bedömningen att dessa informanternas kunskap och erfarenhet har gjort det möjligt för oss att få svar på vår frågeställning. Vi har även medvetet gjort en geografisk spridning av våra informanter. Att vi valde att sprida vårt urval av informanter över hela Sverige fyller egentligen ingen direkt funktion i vår uppsats. Det beror på vår egen förförståelse att vi inte skulle få se några skillnader om vi endast gjorde intervjuer i till exempel Region Skåne. Detta antagande grundar vi på att det är samma politiker som fattar besluten och att riktlinjerna därför är de samma inom regionen. Vi vill påpeka att detta är endast våra egna tankar och inget som vi har några vetenskapliga belägg för.

2.3 Avgränsningar

Vi har valt att inte intervjua en specifik yrkesgrupp som till exempel enbart psykologer eftersom vi inte vill undersöka en särskild profession. Det viktiga i

vårt arbete har varit att komma i kontakt med personer som har kunskap och erfarenhet om denna patientgrupp och vilken eller vilka behandlingsmetoder som man arbetar med. Vi valde att intervjua personal inom BUP därför att vi anser att de vet mycket om behandling av självskadebeteende. I arbetet har vi valt att endast titta på hur ungdomar med självskadebeteende behandlas då detta beteende tycks vara mest utbrett i denna åldersgrupp. BUP riktar sig till barn och ungdomar upp till och med arton år och vår uppsats syftar därför till att undersöka denna åldersgrupp.

2.4 Genomförande

För att komma i kontakt med våra intervjupersoner satte vi oss och sökte på Internet efter BUP-kliniker. Sedan ringde vi slumpmässigt runt till olika kliniker och berättade att vi ville intervjua personer som arbetar med självskadebeteende. Vi har inte själva haft någon kontroll över vilka personer vi har fått prata med då det alltid har varit en receptionist som kopplat oss vidare eller tagit emot vår förfrågan och sedan fört informationen vidare till berörda personer. I dessa fall har vi sedan blivit uppringda av våra intervjupersoner och då kunnat boka in en intervju. Av de personer som vi har kontaktat är det några som avböjt på grund av tidsbrist.

Vi har intervjuat sju personer som kommer i kontakt med patienter som har ett självskadebeteende. De professioner som är representerade i vår studie är psykolog, socionom och sjuksköterska. Vi har utfört intervjuerna, som varade i cirka trettio minuter, med hjälp av en högtalartelefon och alla intervjuerna har spelats in och transkriberats. Vi har till största delen skrivit ner intervjuerna ordagrant men det finns situationer då vi valt att inte göra det, exempelvis start och avslut av intervjun och när vi inte hört vad informanten sa. I dessa situationer har vi markerat i den transkriberade texten att vi inte uppfattat allt.

Repstad (1999) beskriver att genom att dela upp sina intervjufrågor i olika teman skapar man en flexibel och öppen intervju och på så sätt undviker man att få information som inte är relevant för frågeställningen. I vår intervjuguide, se bilaga

2, har vi delat upp frågorna i temafrågor. Till vår hjälp har vi sedan använt oss av mindre frågor inom temafrågan. Anledningen till att vi valt att ha stora temafrågor är att vi ville få våra informanter att mer fritt berätta om hur de arbetar. Om vi har känt att vi inte fått den informationen som vi efterfrågat har vi haft stöd i våra mindre frågor som varit kopplade till temafrågan.

2.5 Fördelar samt nackdelar med genomförandet

Repstad (1999) säger att man efter första intervjun lär sig något nytt och efter hand formulerar om sina frågor. Detta är något som vi båda upplevde under våra intervjuer. Efter varje intervju har vi känt att vi blivit bättre på att ställa rätt följdfrågor som gett oss bra information för att besvara frågeställningarna.

Vi är väl medvetna om att det finns begränsningar i att genomföra intervjuer på telefon. Vi vet exempelvis inte hur engagerade våra informanter varit när vi intervjuat dem och vi har gått miste om deras kroppsspråk.

Något som vi nu i efterhand kan se lite kritiskt på är att vi inte har gjort intervjuerna tillsammans eftersom detta lett till att vi vid några tillfällen har ställt olika följdfrågor. Intervjuerna hade sannolikt blivit mer lika om vi gjort dem tillsammans, vilket i sin tur underlättat vårt arbete med analysen.

2.6 Tillförlitlighet

I undersökningen har vi utfört sju intervjuer och utifrån detta kan det sägas att tillförlitligheten är relativt låg. De personer vi intervjuat kan inte förväntas representera alla verksamheter som arbetar med behandling av självskadebeteende och detta är inte heller vårt syfte. För att reliabiliteten i en undersökning ska vara hög ska det, enligt Halvorsen (1992), gå att upprepa studien och få samma resultat igen. Eftersom vi har intervjuat så få personer kan det vara svårt att få samma resultat igen om studien utförs i andra verksamheter. Vi har utifrån vårt frågformulär fått bra information av informanterna om hur just de arbetar. Det ska

inte glömmas bort att de har en stor kunskap och erfarenhet om verksamheten även om de inte kan representera alla verksamma inom området.

Något som vi har upptäckt under vårt arbete med uppsatsen är att vi vid några tillfällen "lagt orden i munnen" på våra informanter. Ett exempel på det är på frågan hur informanterna definierar självska debeteende. Några av dem har undrat hur vi definierar det och sedan hållit med om vår definition. Senare i intervjun har det kommit fram att de kanske egentligen har en vidare syn på vad självska debeteende är. Det är också möjligt att den information vi fått fram till viss del är intervju personernas subjektiva bild vilket även skulle kunna påverka tillförlitligheten. För oss kan det vara svårt att veta vad som är intervju personens egna åsikter och vad som är verksamhetens syn på det som lyfts fram. Andersson & Swärd (2008) menar att det inte alltid är lätt att intervjua professionella då de kan gå i försvar om de känner att de inte gjort eller vet tillräckligt mycket. Detta är något som vi också tänkt på. En möjlighet är att resultatet vi fått fram förskönar verkligheten om vi inte lyckats skapa en bra relation med intervju personerna så att de känt att de kunnat ge en sann bild av verkligheten.

2.7 Etiskt övervägande

Vi har i vårt uppsatsarbete valt att belysa en fråga som gör att vi kan intervjua yrkesverksamma istället för människor som befinner sig i en utsatt situation. Andersson & Swärd (2008) skriver att det är oerhört viktigt att fundera över nyttan med forskningen gentemot maktlösa grupper. De menar också att det är viktigt att tänka på hur man ur ett etiskt perspektiv ska gå till väga och att inte utföra alltför närgångna studier på utsatta grupper. Som forskare har man en rad etiska dilemman att ta hänsyn till men samtidigt finns det de som hävdar att man som forskare har ett ansvar gentemot svaga grupper att lyfta fram deras situation. Det är genom att studera utsatta grupper som man lär sig om brister i samhälle (ibid). Ser man det ur nyttopunkt har vi tagit hänsyn till att det är en c-uppsats vi ska skriva och att nyttan är stor för oss som studenter men inte lika stor för det som vi ska undersöka.

Innan intervjuerna skickade vi ett informationsbrev via mail till de flesta av informanterna, se bilaga 1. Till två av intervjupersonerna saknade vi korrekt mailadress och de fick därför samma information som fanns i mailet under intervjutillfället. I direkt anslutning efter den avslutade intervjun fick även de informationen via mail. Vi har enligt Vetenskapsrådets riktlinjer tagit hänsyn till de fyra grundläggande forskningsetiska principerna som är informations -, samtyckes -, konfidentialitets - och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Alla våra informanter har informerats om uppsatsens syfte, att de när som helst kan avbryta sin medverkan, att de kommer att vara anonyma och att informationen endast kommer att användas i vårt uppsatsarbete. Genom att låta informanterna vara anonyma är vår förhoppning att de vågat prata öppet och säga vad de verkligen tycker.

2.8 Arbetsfördelning

Det mesta av arbetet har vi gjort tillsammans men vissa delar har vi delat upp mellan oss. Marita har haft ansvar för metodkapitlet och Lena för kapitlet om tidigare forskning. Även presentationen av teorierna har vi delat upp då Marita har skrivit om handlingsutrymme och Lena om anknytningsteorin.

2.9 Informanterna

- 1: Psykolog, Västra Götalandsregionen
- 2: Psykolog, Stockholms läns landsting
- 3: Socionom, Landstinget Kronoberg
- 4: Socionom, Västra Götalandsregionen
- 5: Socionom, Västernorrland läns landsting
- 6: Psykolog, Norrbottens läns landsting
- 7: Sjuksköterska, Gävleborgs läns landsting

3. Tidigare forskning

Vi har haft svårt att hitta forskning som handlar om hur ungdomar med självskadebeteende behandlas och vi kommer därför här att redovisa tidigare forskning som rör behandling för både vuxna och ungdomar med självskadebeteende. De studier som finns rör för det mesta inte enbart självskadehandlingar utan de studerade personerna har ofta också någon form av psykisk störning, exempelvis borderline personlighetsstörning¹. Begreppet självskadebeteende definieras också på olika sätt i olika studier och innefattar vanligen även suicidtankar. Vi börjar med att presentera en kartläggning över självskadebeteende innan vi presenterar tidigare forskning om dess behandling.

I en svensk kartläggning som gjorts har man tittat på hur de som arbetar med flickor mellan tretton och arton år som skadar sig själva, ser på problemet. De man pratat med arbetar inom BUP, skolhälsovård, ungdomsmottagningar, socialtjänst eller vårdcentraler. Utifrån deras information har man kommit fram till att cirka 1,1 – 1,2 procent av de flickor man tittat på någon gång skadat sig själv genom att skära, bränna eller rispa sig. Man har även undersökt hur vanligt förekommande beteendet är hos flickor som vårdas på särskilda ungdomshem inom SIS och kommit fram till att ca 33 procent av de intagna flickorna någon gång haft ett självskadebeteende. I denna undersökning har man definierat självskadebeteende med att skära, bränna eller rispa sig. I andra undersökningar har man funnit att upp till 7 procent av de man undersökt haft självskadebeteende men då har man haft en vidare definition och inkluderat till exempel läkemedelsförgiftning och destruktivt levnadssätt. Hur man definierar självskadebeteende har således en avgörande betydelse för hur utfallet blir. I undersökningen har man även konstaterat att ett självskadande beteende kan orsakas av en rad faktorer men att det är ett tecken på att något inte står rätt till och att det är viktigt att de som drabbas får rätt hjälp i tid. Detta för att förhindra

¹ Ett utmärkande drag hos personer med borderline personlighetsstörning är att inte kunna tolerera och hantera sina negativa känslor. Dessa personer pendlar mellan olika känslotillstånd och har olika upplevelser om sig själva som person (Lundh & Smedler, 2005). Enligt Åkerman (2009) ingår självskadebeteende som ett kriterium för diagnosen.

att beteendet förvärras och leder till ännu svårare problematik (Holmqvist, Carlberg & Hellgren, 2008).

Enligt Kåver och Nilsonne (2002) är dialektisk beteendeterapi (DBT) en omfattande behandlingsmetod som bygger på inlärningsteori. Även kognitiv teori samt dialektisk och zenbuddistisk filosofi är viktiga delar i behandlingen. Patientens svårigheter ses som en konsekvens av bristande färdigheter och därför ska hon/han lära sig olika färdigheter som exempelvis att samarbeta eller försonas efter ett gräl. Behandlingen innehåller både individuell och gruppbehandling och en annan viktig del är telefonkonsultation. Patienten kan ringa sin terapeut när som helst förutom inom 24 timmar efter ett dysfunktionellt beteende (exempelvis självskada), för att få stöttning i att undvika självskada. Från början var DBT avsedd som behandling för vuxna patienter med borderline personlighetsstörning med självdestruktivt beteende och/eller suicidtankar. DBT har sedan anpassats till andra patientgrupper, exempelvis ätstörningspatienter, suicidala tonåringar och ungdomar med självskadebeteende (ibid.).

Kåver och Nilsonne (2002) skriver att det behövs mer forskning men säger att DBT ser ut att vara en lovande behandlingsmetod för självskadepatienter med känslö- och impulskontrollstörningar. I en studie där DBT - behandling och sedvanlig behandling² (i det här fallet psykodynamisk terapi) jämfördes på suicidala ungdomar med borderline personlighetsstörning visade resultatet att de ungdomar som fått DBT - behandling vistades färre dagar på sjukhus och i större utsträckning stannade kvar i behandlingen än patienterna i jämförelsegruppen. Efter att behandlingen avslutats kunde man se att ungdomarna som behandlats med DBT uppvisade färre symtom på borderline samt signifikant färre suicidtankar än tidigare (Rathaus & Miller, 2002).

Linehan et al (1991) jämförde DBT- behandling med sedvanlig behandling för kroniskt suicidala kvinnor med borderline personlighetsstörning. Resultatet visade, i likhet med Rathaus och Millers (2002) resultat på ungdomar, att självmordsförsök minskade bland patienterna som behandlades med DBT, att de i

² Treatment as usual (sedvanlig behandling) har olika innebörd i olika studier. Patienterna får den behandling som normalt sett ges på den undersökta avdelningen, för patientens problematik.

större utsträckning stannade kvar i terapin och att de vistades färre dagar på sjukhus i jämförelse med dem som fick sedvanlig behandling. Det syntes dock ingen skillnad mellan grupperna när det gäller hopplöshetskänslor och depression. I en uppföljningsstudie (Linehan, Heard & Armstrong, 1993) under ett år efter behandlingen konstaterades att patienterna som fått DBT - behandling hade signifikant mindre suicidbeteende och färre dagar på sjukhus än kontrollgruppen. Resultaten från behandlingen höll således i sig under det första året efter dess avslut.

I kognitiv beteendeterapi (KBT) ligger fokus i behandlingen på här och nu, på hur människans beteenden, tankar och känslor samspelar. Terapeuten vägleder patienten till att kunna hjälpa sig själv. Det är vanligt att terapin hålls utanför behandlingsrummet där patienten kan få möjlighet att träna sig i att klara av det de anser vara ett problem (Armelius, 2005).

I en studie där KBT jämfördes med sedvanlig behandling uppvisade patienterna som behandlades med KBT en signifikant minskning av självskadebeteende i förhållande till jämförelsegruppen. De uppvisade också en minskning av symtom på depression samt ångest- och självmordstankar och hade även förbättrat sina färdigheter i problemlösning och fått bättre självkänsla. Personerna som deltog i studien var mellan 15 och 35 år (Slee et al, 2008). Även i en annan studie där man jämförde KBT under 2-3 månader med sedvanlig behandling på patienter med självskadebeteende och suicidtankar uppvisade de patienter som fått KBT – behandling en större förbättring än jämförelsegruppen (Raj, Kumaraiah & Bhide, 2001).

Manualbaserad kognitiv beteendeterapi (Manual assisted cognitive behavior therapy, MACT) är en kort kognitiv terapi med fokus på problemlösning (Tyrer et al, 2003). Enligt en studie gjord i England har MACT större effekt på patienternas självskadebeteende än sedvanlig behandling. Patienterna som deltog i studien var mellan 16 och 50 år, hade skadat sig själva minst en gång det senaste året, hade någon typ av personlighetsstörning och ansågs ha en hög risk för upprepade självskadehandlingar. I studien följde behandlingen en manual med sex kapitel som steg för steg skulle lära patienten att lösa problem, hantera känslor och

negativa tankar samt strategier för att förhindra återfall i självskadebeteende. Den sedvanliga behandlingen bestod av den behandling som var rutin för patienternas tillstånd/diagnoser vilket kunde utgöras av både slutenvård och öppenvård.

Patienter behandlade med MACT uppvisade en signifikant minskning av depressiva symtom jämfört med kontrollgruppen och behandlingen tycktes också effektiv för att minska återfall i självskadebeteende (Evans et al, 1999). I en annan studie där självskadepatienter under ett år behandlades med MACT sågs däremot ingen signifikant skillnad i upprepning av självskadehandlingar jämfört med de patienter som fick sedvanlig behandling. Den sedvanliga behandlingen bestod av olika delar beroende på vad som var rutin i den kommunen. Det kunde till exempel vara psykodynamisk terapi, problemlösningstrategier eller gruppbehandling (Tyrer et al, 2003).

Guthrie et al (2001) jämförde en kort psykodynamisk terapi med sedvanlig behandling för patienter som skadat sig genom att medvetet förgifta sig själva. Den psykodynamiska terapin innehöll fyra sessioner i patientens hem. Sedvanlig behandling innebar rutinbemötande vilket här normalt sett inte innehöll psykoterapi utan kontakt med den egna vanliga läkaren. Resultatet visade på en signifikant minskning av självmordstankar vid en uppföljning efter ett halvår jämfört med patienterna som fått sedvanlig behandling. De var också mer nöjda med behandlingen och hade färre upprepade försök av självskador.

I mentaliseringsbaserad terapi (MBT) är målet med behandlingen att patienten ska öva upp sin mentaliseringsförmåga genom att stabilisera sin förmåga att föreställa sig sitt eget och andras inre. Det handlar om att stabilisera sina känslolntryck, utveckla stabila inre representationer av tankar och känslor, skapa en sammanhängande självupplevelse och lära sig att skapa trygga relationer. Behandlingen innehåller både individuell och gruppterapi där terapeuten är aktiv och öppen med sina tankar men inte ser sig själv som en expert (Rydén & Wallroth, 2008).

Bateman och Fonagy (1999) undersökte i en randomiserad studie effekten av MBT. Deltagarna i studien var personer med borderline personlighetsstörning med regelbundet självskadebeteende och upprepade självmordsförsök.

Jämförelsegruppen fick sedvanlig behandling. Patienterna som behandlades med MBT uppvisade en signifikant minskning av depressiva symtom, självmordsförsök och självska debeteende samt färre dagar på sjukhus. I en uppföljningsstudie såg man att patienterna som fått MBT- behandling fortsatte att förbättra resultaten även efter behandlingens slut (Bateman & Fonagy, 2001).

Hawton et al (1999) har gjort en sammanställning över studier som handlar om självska debeteende. De menar att svårigheter med de flesta studierna är att de är små och således inte signifikant kan säkerställa skillnader i behandlingsresultat mellan olika behandlingsmetoder och att avgränsningarna i studierna är olika. I en del av studierna har endast självska daren som intagit giftiga ämnen inkluderats medan andra har inkluderat detta samt yttre självska dor medan några inte alls har definierat begreppet. Det som Hawton et al (1999) tar upp som problem har också vi tänkt på under arbetets gång. Flera av studierna är små med ett osäkert resultat och nästan uteslutande menar författarna till de ovan citerade studierna att det behövs fler och större studier för att säkerställa resultatet. Det som kan sägas utifrån studierna vi presenterat är att både DBT, KBT, MBT och en kort psykodynamisk terapi har visat effekt för patienter med självska debeteende och att DBT för ungdomar med borderline visat positiv effekt. I en studie visade självska depatienter behandlade med MACT en förbättring men i en annans studie kunde ingen skillnad ses i förhållande till jämförelsegruppen. DBT är den behandlingsmetod där det inte framkommer någon minskning av ångest- och hopplöshetskänslor eller depression.

4. Teori

Vi har valt att se på vår empiri utifrån begreppet handlingsutrymme och anknytningsteorin. Utifrån begreppet handlingsutrymme kan vi sätta oss in i de professionellas roll som behandlare och få en förståelse för vilka möjligheter och resurser de har att påverka den enskilda patientens behandling. Anknytningsteorin hjälper oss att få en förståelse för självska depatientens problematik vilket vi anser är nödvändigt för att förstå hur behandlingen utformas.

4.1 Handlingsutrymme

Michael Lipsky myntade begreppet gräsrotsbyråkrat vilket syftar till de tjänstemän som arbetar närmast klienter och möter dem i sitt dagliga arbete. Den enskilda socialarbetaren har i sitt möte med klienten stora möjligheter att påverka det enskilda ärendet. Som tjänsteman måste man rätta sig efter de lagar och regler som finns i den verksamhet man befinner sig i, men inom dessa ramar finns det relativt stora möjlighet att påverka hur beslut fattas eller hur man ska arbeta med en klient (Swärd & Starrin, 2006).

I organisationer finns det en inneboende tröghet vilket leder till att saker förändras sakta (Ahrne & Papakostas, 2002). Beslut kan fattas snabbt men det kan sedan ta tid att genomföra dessa beslut i verksamheterna. Detta i sin tur leder till att organisationer blir förhållandevis stabila vilket leder till att människor blir trygga. Trögheten i organisationen värnas genom att de medarbetare som arbetar i dem håller fast vid det som är invariant och har svårt att ta till sig det som är nytt. De som arbetar i en organisation strävar efter att göra sitt bästa och vill därför ha ett arbetsklimat som fungerar. En förutsättning för förändring är att de som befinner sig i organisationen vill förändra. En ovilja att förändra kan hindra att verksamheten utvecklas samtidigt som det är just denna tröghet som skapar stabilitet och trygghet (Svensson, Johansson & Laanemets, 2008).

Svensson et al (2008) beskriver att man som socialarbetare i olika grad är beredd att hjälpa en klient och att även synen på klienten kan variera. Man kan antingen se klienten som en enskild individ eller mer som att denne tillhör en grupp och då tillskrivs individen gruppens mest karaktäristiska drag. Har man som socialarbetare en hög målsättning om att hjälpa klienten och man ser denne som en enskild individ intar socialarbetaren en ställning som behandlare. Man ser klienten som en samarbetspartner. Den mer stödjande rollen intar socialarbetaren när denne fortfarande ser på klienten som en enskild individ. Stödjaren är dock inte lika benägen att engagera sig och menar att det är klienten själv som ska agera (ibid.).

Människobehandlande organisationer har som huvuduppgift att göra det bästa för och ta hand om klienterna som vänder sig till dem. Dessa organisationer bedriver

alla ett moraliskt projekt och det finns inget rätt eller fel. De arbeten som utförts i denna typ av organisation bygger alla på bedömningar som kan vara laddade och moraliska. I socialarbetarens roll ingår det, oavsett om denne arbetar med behandling eller annan myndighetsutövning, makt och ansvar gentemot den enskilda individen. I samtalet med klienten har socialarbetaren tolkningsföreträdare vilket man måste förhålla sig till på ett bra sätt (Svensson et al, 2008).

I det sociala arbetet har mötet mellan behandlaren och klienten en central roll. I mötet har behandlaren och klienten olika förväntningar på vad man vill få ut av det. För klientens del kan tidigare erfarenheter vara av stor betydelse för vilka förväntningar denne har (Svensson et al, 2008). För att samarbetet mellan behandlaren och klienten ska fungera och för att de ska nå de gemensamma målen är det viktigt att de får till en bra kontakt, en allians, enligt Hill i Svensson et al (2008). Det är även viktigt att klienten känner sig delaktig i till exempel sin behandling för att denne ska känna motivation (Svensson et al, 2008).

4.2 Anknytningsteorin

Broberg, Almqvist och Tjus (2003) skriver att den brittiske barnpsykiatrikern och psykoanalytikern John Bowlby står bakom anknytningsteorins utveckling. Ett nyfött barn är helt beroende av att en vuxen person ger mat, värme och beskydd. Att söka närhet och ta kontakt med omgivningen är något som ett barn gör automatiskt och instinktivt vilket gör att barnet knyter an till föräldern oavsett om hon/han är en bra vårdare. Det är viktigt att föräldern (vårdaren) hjälper barnet med att reglera känslor genom att lära sig känna igen och härbärgera starka känslor. Om barnet inte lär sig detta, som kallas emotionell reglering, tidigt i livet går det att lära sig det senare. En trygg anknytning är viktig för barnets utveckling.

De barn som har en trygg anknytning använder föräldern som en trygg hamn att återvända till om en fara hotar och vågar därför utforska världen. Barnet vet att föräldern är pålitlig. När en förälder misslyckas med att tillmötesgå ett barns behov utvecklas en otrygg anknytning där barnet inte känner att det har en trygg bas att återvända till. En trygg anknytning kännetecknas av att föräldern är lyhörd

för barnets signaler och flexibel i samspelet. Det finns flera olika typer av otrygg anknytning. Dels undvikande anknytning, som kännetecknas av att föräldern inte är speciellt lyhörd för barnets signaler och sällan visar positiva känslor emot barnet, och ambivalent anknytning, där samspelet är oförutsägbart vilket leder till att barnet har svårt att veta vad som kan förväntas. Det finns också desorganiserad anknytning där samspelet mellan barn och förälder ofta bygger på rädsla från barnets sida (Hwang & Frisé, 2005).

När ett barn är ett par år gammalt börjar en förståelse komma för andra människors känslor och avsikter och sedan utvecklar barnet föreställningar om sig själv och om sina relationer till andra människor. Detta kallas för inre arbetsmodeller (Hwang & Frisé, 2005). Enligt Broberg et al (2006) spelar de inre arbetsmodellerna stor roll för hur en människa senare i livet förstår sig på känslomässiga relationer. Det är anknytningspersonens agerande som ligger till grund för hur barnets arbetsmodeller av andra människor kommer att utvecklas. Arbetsmodellerna består av tidigare minnen, till stor del omedvetna, som utvecklats till automatiseringar av olika beteenden.

En människa kan ha en enhetlig (koherent) eller en icke enhetlig (inkoherent) uppsättning av inre arbetsmodeller. När anknytningspersonen varit pålitlig kommer barnet att utveckla omedvetna inre arbetsmodeller om att människor är tillgängliga och kommer senare i livet kunna beskriva sin uppväxt genom sina egna minnen. När en anknytningsperson inte varit pålitlig kan barnet utveckla medvetna arbetsmodeller som inte överensstämmer med de omedvetet förvärvade. En vuxen människa kan då beskriva en otillgänglig och opålitlig anknytningsperson som en perfekt mamma (Broberg et al, 2006).

5. Resultat och analys

Vi kommer här att presentera vårt resultat och vår analys. Vi har valt att integrera dessa delar för att undvika onödiga upprepningar av det insamlade materialet. Efter att vi kategoriserat intervjuerna har vi delat upp följande kapitel i olika teman som utgår från våra frågeställningar och intervjufrågor.

5.1 Definition

Definitionen av självskadebeteende varierar mycket och därför är det viktigt att veta hur informanterna ser på begreppet för att kunna förstå vårt resultat. Detta avsnitt innehåller en beskrivning av informanternas syn på begreppet.

Alla informanter anser att det är svårt att definiera självskadebeteende och att det egentligen inte finns någon tydlig gräns för vad som bör innefattas i begreppet. Flera av informanterna säger att definitionen kan variera en del också inom arbetsplatsen. En del anser att en bra definition av självskadebeteende innefattar skära, bränna och rispa sig men några av dem uttrycker också att ätstörning kan innefattas i begreppet. Någon innefattar bland annat att överdosera tabletter, skära sig, rispa sig och bränna sig men också att ha destruktiva sexuella kontakter. Hon tycker också att det är svårt att dra en tydlig gräns för vad som är självskadebeteende och vad som är självdestruktiva handlingar men anser att självskadebeteende inte görs med avsikt att suicidera. Någon annan innefattar bland annat att skära sig, bränna sig, inta giftiga ämnen, försätta sig i farliga situationer men också ätstörningsproblematik samt överdriven träning.

En majoritet av informanterna påpekar att det inte handlar om en avsikt att ta livet av sig vilket överrensstämmer med det Åkerman (2009) säger om självskadebeteende. Hon anser att gränsen mellan självskadebeteende och självmordsförsök ibland är otydlig men att självskadebeteende utförs för att orka leva medan självmordsförsök uttrycker en vilja att dö.

En majoritet av informanterna anser att det är vanligt att patienterna har ytterligare problematik utöver självskadebeteendet. Två av informanterna uttrycker sig såhär:

”Det är jättevanligt, mer regel än undantag”

”Jag har väldigt svårt att se att man kan se det som helt frikopplat.”

Åkerman (2009) säger att självskadande patienter ofta har flera diagnoser och problem så som personlighetsstörning, depression, ångest, ätstörning eller missbruk. De flesta av informanterna påpekar att de ser självskadebeteende som ett symptom på någonting annat och säger att det som ofta hänger ihop med

självskadebeteende är bland annat ätstörning, ångest, nedstämdhet och depression. Broberg et al (2006) skriver att många av de ungdomar som har ätstörningsproblematik har en otrygg inre arbetsmodell vilken även påverkar utvecklingen av ångeststörning. Utifrån deras resonemang kan man få en förståelse för att patienter med otrygga inre arbetsmodeller kan utveckla dubbelproblematik. Någon av informanterna anser dock att självskadebeteende är ett inlärt beteende och således inte kan förstås utifrån arbetsmodeller förvärvade tidigare i livet.

5.2 Behandlingsmetoder

I följande avsnitt kommer vi att redogöra för de behandlingsmetoder som informanterna använder sig av samt vad de anser att valet av metod beror på.

Informanterna använder sig av olika behandlingsmetoder. Några arbetar utifrån en psykodynamisk grund, några arbetar med DBT och någon annan med KBT. Ett par av informanterna uppger att de inte arbetar med någon speciell metod utan att de använder sig av inslag från olika. Flera av informanterna berättar att man på deras arbetsplatser använder olika behandlingsmetoder, det vill säga att deras arbetskamrater inte använder samma behandlingsmetod som de själva gör. En av dem säger att valet av behandlingsmetod beror på det man tror passar bäst för den enskilda patienten.

”Det är en växelverkan mellan vad vi vet är bäst och vad vi faktiskt har.”

Någon av informanterna anser att terapeutens bakgrund spelar in när det gäller val av behandlingsmetod men någon annan menar att det inte är avgörande. Istället menar hon att val av behandling beror på de direktiv som ges uppifrån. Blennberger (2006) skriver att socialarbetarens handlingsutrymme begränsas av både organisationens effektivitetskrav, regler och bestämmelser men också klientens behov. Informanten ger här uttryck för att det är organisationens krav som styr behandlingsarbetet.

Någon av informanterna säger att avsaknaden av forskning när det gäller självskadeproblematik och dess behandling också påverkar valet av metod. Svensson et al (2008) beskriver att människobehandlande organisationers tjänster ofta bygger på värderingar som är värdeladdade och moraliska samt en avsaknad av tydliga regler om vad som är rätt och fel. Denna värdeladdning kan ligga på individ- eller samhällsnivå. Utifrån detta resonemang kan man se att avsaknaden av forskning om vilken behandling som verkligen finns och fungerar effektivt för självskadepatienter, gör att man ute i verksamheterna använder sig av det man tror är effektivt samt den metod som man känner sig trygg med.

”Det är ju naturligtvis så att man arbetar utifrån den teori, bakgrund som man är trygg med och utbildad i.”

”... metodutvecklingen är så pass obefintlig när det gäller den här diagnosen att det spelat in också.”

En annan av informanterna säger att när det gäller terapi och behandling varierar användningen av olika metoder över tid. Han menar att det går lite i vågor och anser också att införande av nya metoder ofta tar lång tid, att det tar ett tag innan en ny metod som visat sig fungera faktiskt sprider sig. Enligt Ahrne och Papakostas (2002) finns det i alla organisationer en tröghet när det gäller förändring. Trögheten kan bero på en ovilja att förändra och en rädsla för det som är nytt. Att nya behandlingsmetoder inte införs på en gång inom BUP kan förstås utifrån den tröghet som alla organisationer uppvisar.

Enligt en av informanterna är det KBT som de senaste åren varit den metod som efterfrågats och som ”upphöjts till skyarna” men hon anser att det även finns andra metoder som kan vara minst lika bra. Svensson et al (2008) skriver att hjälp inom socialt arbete kan fylla olika funktioner som att stärka och normalisera livssituationen eller att förändra en människas levnadssätt. Detta gör socialarbetaren antingen genom systematiserade metoder eller med hjälp av sin erfarenhet. På informantens arbetsplats är det många som har stor erfarenhet av självskadeproblematik. Hon säger att de har jobbat länge och utbildat sig kontinuerligt.

”Vi har många som är erfarna och som har gått utbildningar under åren och plockat på sig olika verktyg och fungerar bra med dem.”

En informant poängterar även att det allra viktigaste i arbetet med självskadepatienter är att få en god relation.

”... det viktigaste oavsett metod är att få till en kontakt som bär. Det är många metoder som kan bära till Rom.”

Självskadepatienter kräver ofta mycket uppmärksamhet och därför behöver man som behandlare, enligt en majoritet av informanterna, ha ett stort engagemang. Svensson et al (2008) menar att idealtypen av behandlare är en person som är målmedveten i sitt arbete att finna lösningar och se möjligheter. Behandlaren ser patienten som samarbetspartner till skillnad från stödjaren som anser att klienten själv ska göra det mesta av arbetet. I stödjarens arbete är samtalet den viktigaste kontakten och stödjaren är själv inte så engagerad i behandlingsarbete som behandlaren är. Informanterna tycks utifrån detta resonemang vara en blandning av båda typerna. De flesta av informanterna menar att samtalet är ett viktigt verktyg i behandlingsarbetet men de anser också att ett stort engagemang behövs för att nå framgång i behandlingsarbetet med denna patientgrupp.

DBT är enligt de informanter som arbetar med denna terapiform en väldigt krävande behandling för både patienten och dennes familj. Enligt Allmänna Barnhuset (2004) saknar ungdomar ofta motivation för behandling men en av informanterna säger att patienter med svår självskadeproblematik ofta är de som har tillräcklig motivation för att genomgå denna behandlingsform. En annan av informanterna berättar att självskadepatienter kan få KBT- behandling men att det är svårt att hitta patienter som passar för denna behandlingsform. De får inte ha särskilt mycket problematik utöver självskadebeteendet vilket resulterar i att det är de patienter med lättare självskadeproblematik som behandlas med KBT.

En av informanterna ser det som att det finns två olika grupper av självskadepatienter, en patologisk och en subkulturell, och att den andra gruppens självskador oftast inte behöver speciellt mycket behandling. Detta kan förstås

genom att de som börjat skadat sig själva på grund av exempelvis grupptryck inte behöver ha någon bakomliggande orsak såsom en otrygg anknytning. Det kan istället vara att man får en förstärkning av beteendet och därför fortsätter skada sig.

5.3 Behandling

Detta avsnitt handlar om det konkreta behandlingsarbetet. Vi lyfter fram viktiga delar som behandlingen kan bestå av såsom enskilda samtal, gruppbehandling och anhörigas del i behandlingsarbetet. Även informanternas syn på bakomliggande orsaker såsom relationsproblematik och trauman diskuteras.

Någon berättar att en telefonintervju alltid görs när en patient kommer i kontakt med BUP och att ärendet sedan hamnar i ett processteam utifrån vad intervjun visar. Om patienten får höga värden på exempelvis depression i telefonintervjun hamnar patienten i det teamet. Under ett besök görs sedan ytterligare en bedömning av vilken sorts behandling som man tror kommer att passa bäst. Svensson et al (2008) skriver att socialarbetaren är den som företräder organisationen och därmed har makt, resurser och tolkningsföreträde gentemot klienten. Här kan man tydligt se hur behandlaren utifrån sin professionella position ges tolkningsföreträde för att sedan välja behandlingens utformning. Det behöver dock inte vara negativt för patienten då behandlaren kan ha mycket kunskap och stor erfarenhet om behandling av självskadebeteende. Behandlaren kan göra en bra bedömning av patientens problematik och föreslå en passande behandling.

Enligt Svensson et al (2008) har både socialarbetare och klient olika förväntningar på ett möte. Klientens förväntningar kan bero på tidigare erfarenheter av möten med socialarbetaren eller tidigare möten generellt sett. Hill i Svensson et al (2008) menar att klienten kan befinna sig i ett spänningsfält mellan omtänksamhet, flexibilitet och trovärdighet samt makt, svek och oförutsägbarhet. Det är klientens tidigare erfarenhet som avgör exakt var i det fältet hon eller han befinner sig. Även klientens intresse av att ha en kontakt samt att förändra och göra någonting själv, påverkar vilken position i mötet hon intar (ibid). Majoriteten av

informerarna säger att patienterna för det mesta har någon form av relationsproblematik och flera nämner att en av de svåraste sakerna när det gäller denna problematik är att få en bra relation med patienterna och att motivera dem. Utifrån resonemanget Svensson et al (2008) för fram kan det tänkas att många av patienterna har negativa erfarenheter av möten som påverkar dem i kontakten med behandlaren. Om de flera gånger blivit svikna i relationer kan de ha svårt att lita på att behandlaren ska stanna kvar och stödja dem och om patienten inte känner sig motiverad till behandling intar hon troligen också en avvaktande position. Flera av informanterna är överens om att en förutsättning för behandling är att patienten är motiverad och att det därför är viktigt att börja med att höja patientens motivation. Någon anser dock att patienterna brukar vara motiverade redan från början. En tänkbar förklaring till detta är att patienten då har en positivare bild av tidigare möten och därför befinner sig i en position i förhållande till behandlaren som är närmre omtänksamhet och trovärdighet än svek och makt.

Svensson et al (2008) menar att fokus i behandlingsrelationen är metoden. Att socialarbetarens förhållningssätt till största delen utgår från metoden och inte den egna personen gör att behandlingsrelationen kan tyckas vara opersonlig. Svensson et al (2008) anser att en relation aldrig är den andra lik. Det finns alltid vissa likheter men varje relation är unik. Flera av informanterna säger att om man lyckas få patienten att knyta an brukar behandlingen inriktas på en individuell kontakt. När en människa är i behov av hjälp har hon en önskan till närhet med någon som uppfattas som klokare och känslomässigt stabilare (Perris, 1996). En patient som har negativa upplevelser från en tidigare anknytningsperson kan känna en viss oro att knyta an till en behandlare men patientens önskan om kontakt kan ha en positiv påverkan på motivationen att skapa en bärande relation med sin behandlare (ibid.). Svensson et al (2008) anser att det är viktigt att få till ett gott samarbete med patienten och beskriver detta som en form av allians. Genom att skapa en allians med patienten kan man gå vidare i behandlingen och nå de gemensamma målen. Majoriteten av informanterna tar också upp att det är viktigt med en god kontakt och några av dem kallar detta för en terapeutisk allians. De menar att en god relation och förtroende från patienten är grunden för att kunna arbeta för förändring av ett problem eller beteende.

Den inledande kontakten med patienten varierar mellan de olika klinikerna. Majoriteten av informanterna påbörjar sin behandlingskontakt genom att träffa patienten tillsammans med dennes familj. För att den fortsatta behandlingen ska fungera bra är det viktigt att behandlaren skapar sig en bild av patientens anknytningsmönster och hur samspelet med dennes anhöriga ser ut vilket bäst görs genom att träffa med dem alla tillsammans (Perris, 1996).

Flera av informanterna lägger stor vikt och mycket arbete på patientens relationer. Det kan vara relationer till föräldrar, vänner och pojkvänner som inte alltid är välfungerande. Enligt Broberg et al (2006) har ungdomar med trygg anknytning högre social kompetens än de med otrygg anknytning. Utifrån detta kan man få en förståelse för att patienter med ett självskadebeteende kan ha svårt att hantera relationer vilket kan bero på en otrygg anknytning. En av informanterna arbetar mycket med nätverket runt patienten och om det finns störande moment som går att förändra men säger också att det i botten ofta ligger någon relationsproblematik. Att informanterna poängterar en relationsproblematik skulle kunna förstås genom att de inre arbetsmodeller som skapas tidigt i livet, enligt Broberg et al (2006), har stor betydelse för människors förmåga att hantera relationer senare i livet. Personer med otrygg anknytning tycks vara mer aggressiva, uppmärksamhetssökande och har oftare beteendestörningar av olika slag (Karlsson, 2007). Rydén och Wallroth (2008) menar dock att det finns andra riskfaktorer som också påverkar depression och självskadebeteende och att alla som har otrygga inre arbetsmodeller inte kommer att utveckla dessa beteenden. Att en person har en trygg anknytning ska inte heller ses som en garanti för att sådana beteenden inte kommer att utvecklas.

Flera av informanterna poängterar att det framförallt är relationen mellan mor och dotter som man ofta behöver arbeta med och någon nämner även patientens relation till uppväxten och hur patienten ser på den. Något som är viktigt för att utveckla en positiv relation mellan mor och dotter är att modern redan från barnets födelse har förutsättningar att förstå barnets signaler och har ett väl fungerande socialt samspel med barnet (Perris, 1996). Broberg et al (2002) menar också att det är viktigt att barnet får hjälp med den emotionella regleringen. Någon av informanterna menar att ungdomar med självskadebeteende ofta kommer från

familjer där de inte blir bekräftade och inte fått hjälp med att reglera sina känslor och att det därför är viktigt att familjen får hjälp och stöttning att bli bättre på detta.

Flera av informanterna berättar att de flickor som skadar sig själva ofta har höga krav på sig själva och kommer från högpresterande familjer. Någon säger att när man ska börja titta på om det kan finnas något i bakgrunden, i uppväxten, som påverkar självskadebeteendet kan dessa flickor säga att de har haft en perfekt barndom men att det efter hand framkommer att detta inte riktigt stämde med verkligheten. Detta kan förstås utifrån inkoherenta inre arbetsmodeller (Broberg et al, 2006). De här flickorna kan ha utvecklat medvetna inre arbetsmodeller som inte stämmer med de erfarenheter barnet faktiskt har för att skydda sig själv.

De flesta av informanterna berättar att det är viktigt att kartlägga patientens självskadebeteende. Det handlar om att ta reda på när, hur ofta och på vilket sätt patienten skadar sig för att försöka förstå vilken funktion beteendet fyller för just den patienten. En av informanterna berättar att hon inleder behandlingen med att ta reda på hur patientens livssituation ser ut. En del av informanterna menar att det är viktigt att börja arbeta med "här och nu" för att se vad som framkallar känslan av att vilja skära sig och för att hitta andra strategier istället för att skada sig själv. Enligt Broberg et al (2003) är det lika viktigt att titta på de bakomliggande orsakerna som de utlösande och vidmakthållande faktorerna för att förstå och kunna behandla psykisk ohälsa. Detta kan förklara varför informanterna menar att det är viktigt att titta på de konkreta situationer då en patient känner att hon/han vill skada sig själv. Vetskap om vad som framkallar ett beteende just här och nu är alltså lika viktigt som att känna till bakomliggande faktorer för att kunna lägga upp en behandling.

Flera av informanterna menar att patienterna ofta har ett bakomliggande trauma som till exempel övergrepp eller mobbning som påverkar deras självskadebeteende och enligt Broberg et al (2006) har barn med otrygg anknytning svårare att klara påfrestningar som detta. Mobbning kan liksom ett trauma påverka utvecklingen av självkänslan negativt och för att inte självskadebeteendet ska accelerera väntar man med att arbeta med uppväxten tills

att det farliga beteendet minskat eller upphört helt. Flera av informanterna säger att de arbetar på olika nivåer med patienten beroende på vad patienten har för behov. Någon arbetar även med symboliskt material som drömmar och fantasier om hon känner att hon får en bra kontakt med patienten.

De flesta av informanterna säger att de inte har någon gruppbehandling för patienter med självskadebeteende. Några säger att det inte finns någon särskild grupp för självskadepatienter men att det finns annan gruppbehandling på kliniken och att en patient med självskadebeteende skulle kunna få gruppbehandling om det finns behov av det. De informanter som arbetar med DBT berättar att de har gruppverksamhet två gånger i veckan där patienten tränar färdigheter som att lära sig hantera känslor och relationer. Att de behöver träning i detta kan ses utifrån att patienten som liten inte fick tillräcklig hjälp med detta och därför utvecklade en otrygg anknytning (Broberg et al, 2003). Det är viktigt för den psykiska hälsan att barnet lär sig att reglera negativa känslor så att de inte tar överhanden (ibid.). Gruppbehandling är ett inslag i behandlingen som patienten ska delta i. Både patienten och behandlaren har här utifrån Svensson et al (2008) ett litet handlingsutrymme. Det är svårt för båda parter att påverka att gruppbehandling ska ingå i behandlingen. Eftersom behandlaren är en representant för organisationen måste hon eller han hålla sig inom de ramar som finns och patienten måste passas in i de ramarna (Svensson et al, 2008).

Alla informanter anser att familjen är en viktig del i behandlingen men arbetar med anhöriga på olika sätt. I DBT-behandlingen ingår en liknande färdighetsträningsgrupp för anhöriga som för patienten. Någon anser att familjen måste vara med i behandlingen men om familjen ska ha en egen kontakt eller inte, beror på hur det ser ut i familjen. I vilket fall som helst är föräldrarna med i olika steg i patientens behandling. Att familjen har stor betydelse i behandlingsarbetet kan förstås utifrån att det i anknytningsteorin är viktigt att titta på relationen mellan människor för att förstå vad som är plågsamt, smärtsamt eller skrämmande (Rydén & Wallroth, 2008). Några berättar att patienten får en kontakt på BUP och föräldrarna en annan för att patienten ska kunna känna att det som sägs i behandlingen inte förs vidare till föräldrarna. De påpekar att förtroende mellan patient och behandlare är viktigt för att behandlingen ska fungera.

”Individualkontakten mellan behandlaren och ungdomen, den är helig...”

Föräldrarna ska inte kunna ringa till sitt barns behandlare och ha synpunkter på behandlingen. En av informanterna berättar att hon dock har en tät kontakt med föräldrabehandlaren för att denne ändå ska ha en inblick i hur behandlingen går.

Behandlingen kan, enligt flera av informanterna, ta upp till flera år men det skiljer också mycket mellan olika patienter. En av informanterna arbetar vanligtvis mellan tre och tolv månader med en patient. Han anser att det är bättre att släppa patienten och familjen och ifall beteendet kommer tillbaka får de återkomma till BUP. De informanter som arbetar med DBT skriver kontrakt på ett halvår i taget och utvärderar efter det om behandlingen gett något resultat. I annat fall försöker man hitta ett annat behandlingsalternativ. En del patienter är färdigbehandlade efter ett halvår men desto fler är klara efter ett helt år.

Enligt Kåver och Nilsonne (2002) finns det olika delar som ska ingå i DBT – behandling och även de informanter som arbetar med DBT berättar att de har olika faser i behandlingen som ska gås igenom. Inom DBT- behandlingen fokuserar man mycket på enskilda samtal och ett annat viktigt inslag är gruppbehandling. Informanterna berättar att det första steget handlar om att höja motivationen hos patienten och att sedan arbeta för att få bort det farliga beteendet. Efter det är det viktigt att patienten också får hjälp med att bearbeta exempelvis ångest, depression eller ett trauma. Livskvalitetshöjande mål är också viktigt och det kan vara att hjälpa patienten i hur denne ska gå till väga för att få fullständiga betyg, att komma iväg till skolan eller att få en lägenhet. För en person som har en otrygg anknytning i form av att anknytningspersonen inte visat positiva känslor och inte varit lyhörd för barnets behov (Hwang & Frisé, 2005) kan det vara viktigt att få hjälp med livskvalitetshöjande mål för att känna att hon/han klarar av det och på så vis höja självkänslan.

Informanterna är överens om att det är ovanligt att patienter med självskadebeteende läggs in. De anser, liksom Rydén och Wallroth (2008), att inläggning i de flesta fall inte är motiverat men om patienten läggs in är det ofta för att det finns en stor suicidrisk. En av informanterna menar att institutionsvård

kan ge motsatt effekt än det man vill ha, vilket även Åkerman (2009) anser, därför att det kan framkalla känslor som ilska, maktlöshet och frustration som kan öka på behovet av självskadebeteende. Flera tar också upp att smittoeffekt och att patienten får vara kvar i vardagen och ha kontakt med sina vänner talar emot inläggning av självskadepatienter. Åkerman (2009) förklarar att kontakten med friska vänner är viktig för att vägen till att bli av med självskadebeteendet ska bli så kort som möjligt.

5.4 Mål

I detta avsnitt presenteras vilka mål som man i behandlingsarbetet vill uppnå.

Alla informanter anser att det ofta finns mycket mer än självskadebeteendet som måste behandlas. Även om det övergripande målet är att patienten ska sluta skada sig själv säger flera av informanterna att målet också är att höja patienternas livskvalitet. Flera av informanterna påpekar också att självskadebeteende inte är en diagnos utan ett symptom på att någonting annat inte är som det ska.

”... det är ett symptom och det räcker inte att träna bort ett symptom om det finns något mer, vilket jag tror att det gör.”

”... ofta finns det ju mer runtomkring och ofta kanske inte patienten tycker självskadan är deras största problem utan deras största problem är att dom mår jävligt dåligt.”

Att höja livskvaliteten kan innebära att få patienten att komma tillbaka till ett normalt ungdomsliv, att sluta ha önsknings om att inte vilja leva men det kan även vara att klara av skolan och att äta bra. Helt enkelt att skapa ett balanserat liv.

”Inte så att vi tror att man inte har problem, utan att man bara hamnar i det här vanliga med trassel med pojkvännen och prov som inte gick som man ville och sånt här, men att man ska komma ifrån det här självdestruktiva.”

Några av informanterna menar att målet med behandlingen är att patienten ska lära sig att hantera frustration och ångest. Flera av informanterna tar upp att det är viktigt att målen är realistiska utifrån patientens motivation och utgångsläge. Ibland kan det kanske vara tillräckligt att självskadebeteendet minskar drastiskt eller att man har flera delmål på vägen. Enligt Svensson et al (2008) är det viktigt att klienten får ha ett visst inflytande för att resultatet av behandlingen ska bli bättre. En del av informanterna påpekar att de tillsammans med patienten bestämmer vilka mål behandlingen ska ha och berättar att målen för behandlingen kan förändras efter hand. Det kan tillkomma mål eller målen kan förändras för att patienten inte från början vet vad hon/han vill uppnå med behandlingen.

5.5 Självskadebeteende ihop med annan problematik

I följande avsnitt behandlas hur informanterna prioriterar självskadebeteende i förhållande till en ätstörning och hur uppdelningen ser ut när en patient har dubbel problematik.

En av informanterna menar att ungdomar som skär sig är ungdomar som mår mycket dåligt och att det därför har hög prioritet i förhållande till annan problematik. De flesta av informanterna anser att om en patient har ätstörningsproblematik tillsammans med ett självskadebeteende måste ätstörningen prioriteras först om den är väldigt allvarlig. Någon menar dock att om en patient har ett allvarligt självskadebeteende skulle denna patient antagligen inte tas emot på den särskilda ätstörningsenhet som finns på hans arbetsplats.

Om ätstörningen inte är så allvarlig har informanterna olika sätt att hantera självskadebeteendet. En av informanterna skulle jobba med båda beteendena parallellt medan en annan skulle behandla självskadebeteendet först. I likhet med det Åkerman (2009) säger, uttrycker en majoritet av informanterna ett bekymmer med att behandla patienter som har ett självskadebeteende tillsammans med annan problematik, då det finns en svårighet med att bedöma vilket beteende som ska behandlas först. Åkerman (2009) skriver att om en patient har ett allvarligt självskadebeteende tillsammans med en allvarlig ätstörning kan det resultera i att

patienten inte får någon hjälp alls. Detta för att de olika enheterna inte känner att de kan hantera den andra problematiken som finns. Någon av informanterna är också kritisk till att man delar upp en patients olika problematik på det sätt man gör.

”...tragiskt nog så tror man i den här världen att man kan dela upp patienter i olika delar och sen gå med ätstörningen till ett ställe och med självskadebeteendet till ett annat ställe.”

Han anser att det ofta är samma mekanismer som utlöser en ätstörning och impulsen att skada sig själv vilket resulterar i att behandling för det ena beteendet påverkar även det andra. Svensson et al (2008) skriver att det är vanligt att klienter har dubbel problematik och att samarbete mellan olika organisationer då blir extra viktigt för att kunna hjälpa klienten fullt ut. De menar att klientens problematik måste ses ur ett helhetsperspektiv vilket även informanten ger uttryck för. Han skulle önska att patienten sågs som en helhet men att man idag inte arbetar på det sättet.

Samarbete kan struktureras på två olika nivåer. Den första är genom att strukturen och de samverkandes relationer tydliggörs och den andra är genom att skapa specifika relationer för att kunna hantera en viss situation (Svensson et al, 2008). Informantens frustration när det gäller att en patients problematik delas upp kan förstås utifrån att relationerna mellan de olika enheterna inte är specificerade. Ett tydligt uppdelat samarbete skulle gagna patienten då de olika enheternas specialistkunskaper skulle kunna arbeta med hela patienten problembild.

5.6 Uppföljning

Här nedan redogör vi för hur uppföljning för självskadepatienter, inom de undersökta verksamheterna, kan se ut.

Enligt Svensson et al (2008) är den kunskapen som produceras i arbetet en del i att utveckla det. Att reflektera över det som sker i exempelvis behandlingen är viktigt både för klientens och för socialarbetarens skull. Endast en av informanterna har uppföljning efter det att behandlingen avslutats. Tre, sex och

tolv månader efter behandlingens slut hör man av sig till patienterna för att se hur de har det nu. De andra informanterna har ingen uppföljning efter det att behandlingen har avslutats och några lyfter fram att avsaknaden av uppföljning delvis beror på resursbrist.

En del säger att patienter på egen hand ibland hör av sig efter behandlingen och berättar hur de har det och att det är den enda återkoppling de får på behandlingens resultat. Flera av informanterna tycker att det vore spännande att ha uppföljning så att man kan se att det man gör faktiskt ger resultat. En av informanterna säger att:

”... ibland är det ju så att vi funderar på vad det är vi har gjort.”

En del av informanterna berättar att de har uppföljning under tiden behandlingen pågår. På något ställe får patienterna varje vecka fylla i ett dagbokskort där man skattar sina känslor beroende på vilka mål man har med behandlingen. Efter sex månader tittar man på om behandlingen gett något resultat. Om den inte gjort det avslutas behandlingen och man försöker hitta ett annat behandlingssätt som kan fungera bättre. En av informanterna skickar ut en enkät när behandlingen inleds där patienten får skatta sina tre viktigaste problem. I samband med att behandlingen avslutas får patienten fylla i en uppföljningsenkät där de gör en ny skattning av sina problem och på det sättet visar det sig hur stort resultat behandlingen gett. Genom att låta patienterna säga vad de tycker om behandlingen och dess resultat kan en utveckling av behandlingsmetoder och strategier ske. När patienten ges möjlighet att berätta hur hon eller han upplevde behandlingen får behandlaren en feedback också på sitt eget arbete och kan på det sättet utvecklas i sin profession. Svensson et al (2008) menar att genom att låta målgruppen få vara med och beskriva det som händer får man deras perspektiv på hur det som sker uppfattas och beskrivs. Att ta till sig det de har att säga är viktigt för kunskapsutvecklingen.

5.7 Sammanfattning

Det tycks inte finnas några speciella riktlinjer för hur behandling för självskadebeteende ska se ut. De olika BUP – kliniker som vi kommit i kontakt med använder sig av olika metoder sinsemellan och arbetssätten varierar även inom samma klinik. Några av informanterna uppger att de inte heller arbetar med någon speciell metod utan att de använder sig av olika delar som de anser fungerar på självskadepatienter. Flera av de andra informanterna lyfter fram att kliniken väljer den av de behandlingsmetoder som finns på avdelningen, som de tror kommer att passa den enskilda patienten bäst. Enligt informanterna beror valet av behandlingsmetod på deras egen bakgrund men också på de riktlinjer som ges uppifrån. Någon av informanterna säger att det finns lite forskning som stödjer en viss behandlingsmetod och att detta också kan ses som en del i detta.

Majoriteten av informanterna säger att det är dåligt med uppföljning efter att en behandling avslutats. Flera av dem säger att en orsak till detta är bristande resurser men att de gärna skulle vilja få en återkoppling för att se om resultatet av behandlingen håller i sig. Några säger att de trots allt får en återkoppling då patienter ibland hör av sig självmant och berättar hur de mår.

De flesta av informanterna poängterar att det är viktigt att få en bra och fungerande relation med patienten. Några kallar detta för en terapeutisk allians och menar att förtroende dem emellan är viktigt för att kunna arbeta för förändring. Det krävs ett stort engagemang då många av patienterna ofta har ett stort behov av uppmärksamhet. Om man lyckas få till en bra relation eller allians kan behandlingen inriktas på en individuell kontakt men alla informanter anser att patientens familj ändå bör ha en del i behandlingen. De kan få en egen behandlingskontakt, gå tillsammans med patienten eller gå i en grupp tillsammans med anhöriga till andra patienter med samma problematik.

En del anser att ett första steg i behandlingen brukar vara att höja patientens motivation till behandling men några av informanterna tycker inte att patienterna brukar ha en låg motivation och att det således inte är något man behöver arbeta med. Det som de flesta av informanterna tar upp är att det ofta finns någon relationsproblematik i bakgrunden av självskadebeteendet som man behöver

arbeta med och ett tidigare trauma kan också påverka patientens beteende. Flera av informanterna menar att ett viktigt inslag i behandlingen är att lära patienten strategier för att kunna stå emot impulsen att skada sig själv. De informanter som arbetar med DBT har gruppbehandling speciellt för självskadepatienter där man tränar färdigheter för att kunna hantera relationer och känslor.

En majoritet av informanterna säger att det är vanligt att patienten har ytterligare problematik utöver självskadebeteendet. De ser inte heller självskadebeteende som en diagnos utan som ett symptom på någonting annat. Ofta är patienten nedstämd, har ångest, depression eller någon ätstörning. När det gäller att behandla självskadebeteende tillsammans med en ätstörning har informanterna olika sätt att hantera detta, någon skulle behandla båda samtidigt medan någon skulle prioritera självskadebeteendet. En allvarlig ätstörning måste prioriteras men någon säger att det inte är säkert att patienten, om den har ett svårt självskadebeteende, skulle tas emot på en särskild ätstörningsenhet.

Informanterna menar att det övergripande målet med behandlingen är att patientens självskadebeteende ska upphöra. Ibland kanske det dock inte är realistiskt utan man får nöja sig med en minskning av beteendet. Förutom detta kan ett mål också vara att höja patientens livskvalitet eller att patienten ska lära sig att hantera frustration och ångest. De flesta av informanterna säger att det är viktigt att tillsammans med patienten komma överens om realistiska mål.

6. Slutdiskussion

Syftet med den här uppsatsen är att få en förståelse för hur BUP arbetar med självskadebeteende och vi anser att vi har fått en inblick i deras arbete. Utifrån vad vi har läst innan om att det inte finns särskilt mycket forskning om behandlingsmetoder, är vi inte förvånade över att de olika klinikerna arbetar utifrån olika metoder. Vi kan ändå se att de flesta ser på självskadebeteende på samma sätt. Patienterna tycks ofta ha en relationsproblematik i bakgrunden men det kan också finnas ett trauma av något slag som påverkar patienten negativt.

Något vi har tänkt mycket på är att familjen ses som en viktig del i behandlingen. Vi tänker oss att detta är oerhört viktigt för att ungdomarna ska kunna ta sig vidare i livet. Det känns som att det är väldigt viktigt att få familjen med i det som sker och lära dem att förstå sitt barn. Under arbetets gång har det väckts frågor hos oss angående hur man arbetar med en patient som inte har en stabil familj hon eller han bor hos. En patient som exempelvis har flyttat mellan olika fosterhem under hela uppväxten, hur arbetar man med henne eller honom?

Vi ser positivt på att en majoritet av informanterna fortsätter behandlingen även efter det att självskadebeteendet har upphört, vilket till stor del antagligen beror på att de menar att självskadebeteende väldigt sällan är helt frikopplat från annat. Enligt informanterna är det ovanligt att patienterna läggs in, dels därför att det inte är motiverat men också för att det finns en viss smittoeffekt. Vi har funderat på hur man då motiverar gruppbehandling där man varje vecka träffar andra som också skadar sig själva, men tänker att det kanske beror på att de patienter som går i behandling till skillnad från dem som är inlagda faktiskt är motiverade att sluta skada sig.

Enligt våra informanter ses självskadebeteende som ett symtom på annan problematik. Att det inte ses som fristående från annat kan tänkas vara en anledning till att det finns få studier gjorda på behandlingsmetoder för självskadebeteende. Den bild olika författare ger är att det behövs mer forskning både om själva problemet, dess orsaker och olika behandlingsmetoders effekt och vi kan inte annat än att hålla med. Självskadebeteende är ett allvarligt problem som kan leda till självmord om inte patienten får rätt hjälp i tid och därför anser vi att det är viktigt att man också forskar mer på just ungdomars självskadebeteende och hur man på bästa sätt bemöter och behandlar dessa ungdomar. Vi anser att det finns ett behov av att göra fler vetenskapliga studier som riktar sig till unga med självskadebeteende för att få en bättre bild av vilka metoder som verkligen fungerar.

Något som vi diskuterat och reflekterat mycket över är bristen på forskning som rör behandlingsmetoder för självskadande ungdomar. Det har visat sig att bland annat DBT, som också några av informanterna använder sig av, är en metod som

man har funnit fungera ganska bra på borderlinepatienter som har ett självskadande beteende. De flesta av studierna som man gjort är dock gjorda på vuxna patienter vilket innebär att man har väldigt lite belägg för om denna metod även är framgångsrik på unga patienter.

Ett annat dilemma med forskningen inom detta område är att definitionen av vad som är ett självskadebeteende är väldigt varierande från den ena studien till den andra. I en del studier har man en snäv definition medan man i andra har en mycket vidare. I detta ligger det en svårighet eftersom det blir svårt för dem som arbetar ute i verksamheterna att ta till sig ny forskning och att på ett relevant sätt jämföra olika studier. Som vi upplevt det verkar det som om man ute i verksamheterna använder sig av den metod som man känner sig trygg med och tror sig fungera. Vi tycker att det är viktigt att man kommer fram till en gemensam definition av självskadebeteende dels för att kunna kartlägga hur utbrett beteendet är men också för att kunna jämföra olika behandlingsstudiers resultat. Vi tror att om man gjorde en tydlig skillnad på självskadebeteende, självdestruktivt beteende och självmordshandlingar skulle man komma en bra bit på vägen.

Flera av informanterna har inte någon uppföljning som visar om behandlingen haft någon effekt eller inte. Detta är något som vi ställer oss kritiska till för hur kan man veta att en behandling fungerat om man inte följer upp den på något sätt? Vi kan på ett sätt förstå att man ändå anser sig se effekter av behandlingen då de flesta av informanterna har mycket erfarenhet av vilka metoder som är verkningsfulla i arbetet med denna patientgrupp. Vi tror även att en orsak till de brister som finns när det gäller uppföljning ligger på en organisatorisk nivå. Som vi ser det kan dessa brister grunda sig i att det handlar mycket om vilka resurser man har att tillgå. Vi tänker att den ekonomiska aspekten är väldigt väsentlig och ute i verksamheterna handlar det säkert många gånger om att få den dagliga verksamheten att fungera. Det finns helt enkelt inte tid att sätta sig in i ny forskning eller att utvärdera det arbete som man utfört. Är sedan forskningen som finns svår att jämföra kan det i sig leda till en svårighet att ta till sig ny forskning.

Vi har även funderat på det informanterna berättar om hur de arbetar med patienter som har både ett självskadebeteende och en ätstörning. Vi tänker att

personal som arbetar med ätstörningsproblematik på en sådan avdelning skulle ha gjort en annorlunda prioritering jämfört med våra informanter. De kanske hade tyckt att ätstörningen alltid skulle behandlas först medan informanterna säger att en ätstörning måste behandlas först om den är väldigt allvarlig. Vi skulle gärna se att ett bättre samarbete mellan dessa enheter utvecklades för att se till patientens hela problembild. Detta för att undvika att patienten hamnar mellan stolarna och blir utan hjälp eller att man enbart behandlar det ena beteendet innan det andra kan behandlas.

Vi tycker att det har varit lärorikt att skriva denna uppsats. Vi har fått se hur några BUP- kliniker arbetar och hur de ser på självskaðebeteende hos unga. Vi har också förstått att det verkligen är så att det finns lite forskning att luta sig emot i val av behandlingsmetod. Vi anser att det finns en hel del arbete att göra för att se till patientens bästa och behandla henne eller honom som en helhet. Mer studier behövs av effekter av olika behandlingar och en allmän definition av självskaðebeteende är nödvändig för att i framtiden kunna jämföra olika studier.

Referenser

- Allmänna Barnhuset. (2004) *Unga som skadar sig själva - en belysning av forskningsläget*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Ahrne, G & Papakostas, A. (2002) *Organisationer, samhälle och globalisering*. Stockholm: Natur och kultur.
- Andersson, G & Swärd H. (2008) "Etiska reflektioner" I Eliasson- Lappalainen, R, Jakobsson, K, Meeuwisse, A & Swärd, H. (red): *Forskningsmetodik för socialvetare*: Stockholm: Natur och kultur.
- Armelius, B-Å. (2005) "Psykoterapi" I Hwang P, Lundberg I, Rönnerberg J & Smedler A (red.) *Vår tids psykologi*: Stockholm: Natur och Kultur.
- Bateman, A & Fonagy, P. (1999): "Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial". *American Journal of Psychiatry*, 156:1563-1569
- Bateman, A & Fonagy, P. (2001): "Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up". *American Journal of Psychiatry*, 158:36-42
- Blennerger, E. (2006) "Etik för socialt arbete". I Meeuwisse A, Sunesson S & Swärd H. (red.): *Socialt arbete en grundbok*: Stockholm: Natur och kultur.
- Broberg, A, Almqvist, K & Tjus, T. (2003) *Kliniks barnpsykologi- utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Broberg, A, Granqvist, P, Ivarsson, T & Risholm Mothander, P. (2006) *Anknytningsteori- betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Evans K, Tyrer P, Catalan J, et al. (1999): "Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm". *Psychological Medicine*, 29:19-25

- Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, et al. (2001): "Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning". *British Medical Journal*, 323:1-6.
- Halvorsen, K. (1992) *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, van Heeringen, K. (1999): "*Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm*". Cochrane Database of Systematic Reviews, 4
- Holmqvist, R, Carlberg M & Hellgren L. (2008): "*Deliberate self-harm behaviour in Swedish adolescent girls reports from public assessment and treatment agencies*". Child Youth Care Forum, 37:1-13.
- Hwang, P & Frisé, A. (2005) "Utvecklingspsykologi". I Hwang P, Lundberg I, Rönnberg J & Smedler A (red.) *Vår tids psykologi*: Stockholm: Natur och Kultur.
- Karlsson, L. (2007) *Psykologins grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Kåver, A & Nilsson, Å. (2002) *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning teori, strategi och teknik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Linehan, M et al. (1991): "*Cognitive – behavioural treatment of chronically suicidal borderline patients*". *Archives of General Psychiatry*, 48:1060-1064.
- Linehan, M, Heard H.L & Armstrong H.E (1993): "Naturalistic Follow-up of a Behavioural Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients". *Archives of General Psychiatry*, 50:971-974
- Lundh, L-G & Smedler, A-C . (2005) "Personlighetspsykologi". I Hwang P, Lundberg I, Rönnberg J & Smedler A (red.) *Vår tids psykologi*: Stockholm: Natur och Kultur.
- May, T. (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*: Lund: Studentlitteratur.
- Perris, C. (1996) *Ett band för livet*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Raj, M.A., V. Kumaraiah, and A.V. Bhide (2001): "Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm" *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104: 340-345.
- Rathaus JH & Miller AL (2002): "Dialectical behavior Therapy adapted for suicidal adolescents" *Suicide & life-threatening behavior*, 2:146-157.
- Repstad, P. (1999) *Närhet och distans - kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Rydén, G & Wallroth, P.(2008) *Mentalisering - att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Socialstyrelsen. (2004a) *Flickor som skadar sig själva - en kartläggning av problemets omfattning och karaktär*.
- Socialstyrelsen. (2004b) *Vad vet vi om flickor som skär sig?*
- Socialstyrelsen. (2006) *Folkhälsa - Lägesrapport 2005*.
- Stain, R. (2008) "Från självskadebeteende till självmord". I Stain, R. (red.): *Självskadebeteende – forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga*: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Svensson, K, Johansson, E & Laanemets, L. (2008) *Handlingsutrymme – Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur.
- Swärd, H & Starrin, B. (2006) "Makt och socialt arbete". I Meeuwisse A, Sunesson S & Swärd H. (red.): *Socialt arbete en grundbok*: Stockholm: Natur och kultur.
- Trost, J. (2005) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Tyrer P, Thompson S, Schmidt U, et al. (2003): "Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study". *Psychological Medicine*, 33:969-976.
- Åkerman, S. (2009) *För att överleva*. Stockholm: Natur och Kultur.

Internet

Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning,
Vetenskapsrådet

<http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>

2009-09-26

Bilaga 1

Hej!

Vi heter Marita Håkansson och Lena Rosenberg och vi läser sjätte terminen på socionomutbildningen, Lunds Universitet. Den här terminen avslutas med vårt examensarbete, en c-uppsats. Vår uppsats kommer att handla om hur behandling för självskaдебeteende bland unga ser ut inom barn- och ungdomspsykiatri. Vi kommer att undersöka detta genom att intervjua personer som arbetar med denna patientgrupp inom barn- och ungdomspsykiatri.

Intervjun beräknas ta cirka 30 minuter. Det är helt frivilligt att delta som intervjuperson och Ni kan när som helst avbryta Er medverkan. Vi vill gärna använda oss av ljudupptagning under intervjun och allt material kommer att anonymiseras i samband med transkriberingen av intervjuerna. Alla inspelade intervjuer kommer att raderas efter transkriberingen och det insamlade materialet kommer endast att användas till vår uppsats. Vi kommer att behandla uppgifterna konfidentiellt.

Har Ni frågor går det bra att höra av Er till någon av oss.

Med vänliga hälsningar

Marita Håkansson

Lena Rosenberg

Tfn: xxx-xxxxxxx

Tfn: xxx-xxxxxxx

Intervjuguide

- Hur definierar ni självskadebeteende?
- Kan man se att det är en speciell grupp av människor som har ett självskadebeteende?
 - Någon speciell bakgrund, kön, ålder o s v?
- Hur vanligt är det att en patient har flera olika diagnoser/problem?
 - Vilka andra typer av beteende/diagnoser ser ni tillsammans med självskadebeteende?
 - Hur prioriteras självskadebeteendet i förhållande till annan diagnos/problematik?
- Hur ser arbetet ut med patienter som har ett självskadebeteende? Vad gör ni?
 - När ni kommer i kontakt med en patient som skadar sig själv, vad är det första ni gör?
 - Hur ser behandlingen ut sedan?
 - Arbetar ni något med anhöriga och i så fall på vilket sätt?
 - Gruppbehandling, individuell eller båda?
 - Om en patient har flera ”diagnoser”, hur går ni tillväga med behandling då?
 - Vad är det absolut svåraste med att arbeta och behandla denna patientgrupp?
 - Vilka mål har ni med behandlingen?
- Hur arbetar ni med patienterna efter det att självskadebeteendet upphört?
 - Ungefär hur länge har ni vanligtvis kontakt med en patient som skadar sig?
 - Arbetar ni med stödåtgärder efter att självskadebeteendet upphört?
 - Och i så fall, på vilket sätt?
- Hur följer ni upp behandlingen?
 - På vilket sätt?

- Hur vet man att behandlingen man använder sig av är framgångsrik?
 - Vad motiverar att ni använder just den typ av behandling som ni gör?
- Vilka andra aktörer samarbetar ni med andra när det gäller självskadebeteende?
 - Hur ser samarbetet ut?
- Hur hanterar ni patienternas relationer med varandra? (smittoeffekt exempelvis)
 - Har ni regler ni som exempelvis att alla patienter måste ha långärmat och hur ser reglerna i så fall ut?