

Bilaga 1

DBT-metodens stöd till anhöriga

Hur DBT-metodens behandlare uppfattar anhörigas situation

Pauline Lindman fd Holm

Socialhögskolan

Lunds universitet

VT-14

Handledare: Helena Hansson

Förord

Ett stort tack vill jag rikta till de personer som tog sig tiden att intervjuas av mig. Utan er hade jag inte haft en uppsats, tack! Tack till min handledare som har väglett mig genom den här tiden. Tack till alla som på något sätt varit involverade, vänner och kolleger, ni är guld värda allihop!

Abstract

Author: Pauline Lindman

Title: To be a relative to a youth with self-injury – How the DBT method therapists perceive relatives' situation

Supervisor: Helena Hansson

Assessor: Malin Arvidsson

This essay is about families with an adolescent with self-injured behaviour and what kind of support they can get. This essay is based on several therapist's view. These therapists works with the method dialectical behavior therapy. Dialectical behavior therapy (DBT) is a method that has gained good results with patients that have self-injury behavior. This essay is based on a qualitative study made on four semi-structured interviews. The study shows that relatives to children with self-injury can get support from the DBT-methods relativeprogram “Familyconnection”. The therapists consider the method as a good one and research shows that the DBT-method has a good effect on the relatives health.

Keywords: relatives, dialectical behavior therapy, self-injury

Innehållsförteckning

Inledning	6
Problemformulering	6
Syfte	8
Frågeställningar	8
Begreppsdefinition	8
Bakgrund	9
Lagändring i Socialtjänstlagen gällande anhörigstöd	9
Att leva med en ungdom som har ett självskadebeteende	10
Anhörig 300	10
Dialektisk beteendeterapi	11
Färdighetsträning	12
Anhörigprogram.....	14
Andra prövade behandlingsmetoder	15
Anhöriggrupper.....	15
Gapet.....	16
Tidigare forskning	16
Anhöriga inom DBT	16
Anhöriga inom andra områden	19
Anhörigvårdare till psykiskt sjuka	21
Teoretiska utgångspunkter	22
Systemteori	22
Copingteori	24
Metod	26
Förförståelse	26
Tillvägagångssätt	26
Urval	27
Presentation av deltagarna	28
Materialets omfattning	29
Metodval	29
Avgränsning	30

Etiska överväganden	31
Reliabilitet	31
Validitet	32
Analys	32
Behovet av stöd och hjälp samt metoder som används inom dialektisk beteendeterapi.....	32
Hur behandlarna ser på behovet av stöd och hjälp hos anhöriga	32
Familjeband.....	36
Ansträngda relationer och upplevd maktlöshet	39
Ansträngda relationer.....	39
Maktlöshet.....	40
Utmaningar och styrkor	42
Stressrelaterade utmaningar	42
Utmaningar vid nekande av kontakt med anhöriga samt vilken hjälp behandlaren då kan ge.....	43
Styrkor.....	45
Slutdiskussion	47
Referenser	50
Bilagor	1
Intervjumall	1
Informationsbrev.....	2

Inledning

Problemformulering

Psykisk ohälsa har sedan 1990-talet ökat, vilket skulle kunna vara en orsak till att självska debeteende och självmord inte har minskat de senaste femton åren (Folkhälsorapport, 2009). Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom är inte samma sak. Den psykiska ohälsan övergår till psykisk sjukdom när tillstånden som oro, nedstämdhet, ångest och sömnrubbningar blir så omfattande att personen i fråga har svårt att klara av sitt liv och fungera i vardagen. De flesta ungdomar som har psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom är unga flickor (Stain 2008, Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 2004).

När unga drabbas av ett självska debeteende påverkar detta inte endast den unge själv. I skönlitteratur, vetenskaplig litteratur och även i annan media framkommer det att även de anhöriga påverkas. De anhöriga kan vara i behov av stöd, då dessa kan bära på känslor som skuld och skam över att inte ha uppmärksammat beteendet tidigare (Skärsäter 2010). Även känslor som sorg och ilska kan uppkomma samtidigt som de kan känna sig maktlösa och hjälplösa och inte veta vart de ska vända sig för att få stöd. Studier har visat att den anhörige själv behöver stöd i sitt eget mående och med sina egna känslor för att i sin tur kunna ge stöd till ungdomen (Skärsäter 2010). Om anhöriga inte får stöd i sitt mående och sin situation är risken större att ungdomen mår sämre och får svårare att sluta med sitt självska debeteende (Vårdguiden 2012). På vårdguidens hemsida går det att utläsa att anhöriga kan få hjälp av personalen på den avdelning dit den unge har vänt sig, men om ungdomen inte har någon kontakt med vården ännu kan det vara svårt för anhöriga att veta vart de ska vända sig (ibid). Studier visar även att anhöriga till ungdomar med självska debeteende är i behov av stöd för egen del men att deras upplevelse är att det är svårt att göra sin röst hörd och att få viktig information om vården för sitt barn. Det visar sig även att ungdomens tillfriskningsprocess går fortare om anhöriga får stöd, vilket gör att det är viktigt att anhöriga får det stödet de behöver (Rissanen, 2009).

I en artikel skriven av Mats Evertzon (2010) beskriver han att anhöriga till personer med psykisk ohälsa inte har blivit lyssnade på eller blivit inbjudna till vårdplaneringen, trots att

anhöriga har rätt till att bli inbjudna till vårdplaneringen. Evertzon skriver även att anhöriga har gått miste om viktig information gällande sina närstående. För att stötta och hjälpa ungdomen med sitt självskadebeteende har många olika terapier prövats genom åren som dock inte visat någon större effekt, bland annat kognitiv beteendeterapi. Däremot är dialektisk beteendeterapi, som förkortas DBT, en terapi som har visat sig fungera på personer med självskadebeteende där personerna, efter avslutad terapi, inte känner ett lika starkt behov av att skada sig. Den här metoden har, till skillnad från andra terapier såsom kognitiv beteendeterapi, ett särskilt program för anhöriga där de kan få stöttning och hjälp i sitt eget mående. Detta program kallas för ”Anhörigprogrammet” eller ”Familjeband”. Olika studier har även visat att anhöriga som genomgått programmet har en bättre psykisk hälsa efteråt (Lundh et. al., 2011). Då anhöriga mår bättre kan de hantera sin situation på ett sätt som är till gagn till ungdomen med självskadebeteendet (Rissanen, 2009). Dock finns inte det här programmet att tillgå överallt i Sverige.

Personer med självskadebeteende behandlas idag effektivt med hjälp av DBT-metoden (Stain, 2008). Det är en av anledningarna till att jag har valt att inrikta mig på DBT-metoden och dess anhörigperspektiv. Enligt studier har DBT-metoden visat en positiv effekt på ungdomar med självskadebeteende och deras anhöriga (Lundh & Wångby, 2007). Men frågan är om anhöriga verkligen får den hjälpen och det stödet de känner att de behöver av DBT-metoden? På vilket sätt kan anhöriga få stöd och hjälp av DBT-metoden?

I DBT-metoden är det patienten, i det här fallet ungdomen, som bestämmer huruvida de anhöriga ska bjudas in och vara delaktiga i ungdomens behandling. Hur påverkas de anhöriga av att det är ungdomen som bestämmer om de får vara delaktig i behandlingen eller inte? Det kan efterfrågas ett anhörigprogram för endast de närstående. Om ungdomen inte bjuder in anhöriga till behandlingen har dessa ingen möjlighet att få information om hur behandlingen går för den unge på grund av sekretessen. Det här kan för de anhöriga kännas påfrestande och vara svårt att hantera då de anhöriga kan känna att det handlar om deras barn, oavsett vilken ålder ungdomen har. Sekretessen gör i dessa fall att anhöriga utesluts från processen kring sitt eget barn. För både anhöriga och ungdomen kan det vara bättre, dock beroende på hur relationen ser ut mellan anhörig och ungdom, om anhöriga får vara delaktig i behandlingen inte minst för att relationen kan bli bättre av att båda parter får känna en slags delaktighet. De

anhöriga kan dock gå anhörigprogrammet även om ungdomen inte ingår i någon DBT-behandling och även om ungdomen inte bjuder in den anhöriga i behandlingen. Finns det risk att de anhöriga faller bort i metoden som för övrigt är mycket inriktad på ungdomen? Hur kan vi som professionella hjälpa anhöriga att stötta sina närstående? Hur ser behandlarna inom DBT-metoden på de anhörigas situation? Vilka styrkor och svagheter finns med att erbjuda de anhöriga stöd genom metoden?

Syfte

Syftet med uppsatsen är att undersöka det stöd som erbjuds till anhöriga till ungdomar med självskadebeteende. Fokus ligger på att undersöka dialektisk beteendeterapi (DBT) eftersom det är detta som erbjuds i flera kommuner, baserat på behandlarnas upplevelser av de anhöriga.

Frågeställningar

- Hur ser behandlarna på behovet av stöd till anhöriga, vilka metoder använder sig behandlarna av inom dialektisk beteendeterapi samt hur beskrivs den eventuella effekten?
- Hur ser behandlarna på de anhörigas upplevelser kring sin situation?
- Vilka eventuella utmaningar och styrkor ger behandlarna uttryck för i deras försök att uppnå behandlingseffekter?

Begreppsdefinition

Självskadebeteende definieras ofta som ett sätt att reglera sina känslor genom att någon åsamkar den egna kroppen fysisk skada genom att exempelvis skära sig, bränna sig eller rispa sig så att blödning uppstår (Kerr et.al., 2010). Enligt Allmänna barnhuset (2004) börjar självskadebeteendet ofta tidigt i tonåren och kan pågå en kort tid och sedan upphöra, det kan dock fortgå under en längre tidsperiod som kan sträcka sig över flera år. Under 1990-talet har självskadebeteende bland unga ökat, vilket kan bero på att den psykiska ohälsan bland unga generellt har ökat (Stain, 2008). Orsakerna till ett självskadebeteende kan vara många men

ofta handlar det om att reglera sina känslor såsom ångest och känsla av självhat (Lundh et.al., 2011). Att känna den fysiska smärtan kan ibland ta bort den psykiska smärtan, vilket gör att vardagen kan bli mer hanterlig för de unga med självska debeteende (Allmänna barnhuset, 2004).

Bakgrund

Lagändring i Socialtjänstlagen gällande anhörigstöd

Den 1 juli 2009 utvidgades 5 kap i Socialtjänstlagen med en femte paragraf. Paragrafen säger att socialnämnden istället för bör, numera ska erbjuda stöd till personer som hjälper eller vårdar en närstående som är äldre, långvarigt sjuk eller har ett funktionshinder.

Socialstyrelsen skrev i en lägesbeskrivning 2011 att allt fler inom socialtjänsten kände till den nya bestämmelsen, medan de inom hälso- och sjukvården inte kände till den i den utsträckningen som de sig bör efter 2,5 år. Det här kan få en konsekvens i form av att hälso- och sjukvården får en negativ syn på att ha ett samarbete med socialtjänsten i anhörigfrågor. Anhörigorganisationer och andra organisationer efterlyste en dialog med kommunen då vissa organisationer visste om den nya bestämmelsen, medan andra organisationer inte visste om den. Det är en klar fördel att organisationerna vet om vad den nya bestämmelsen står för, för att kunna lotsa anhöriga vidare på bästa sätt så att de slipper den ytterligare oron över att inte veta vart de ska vända sig. Det visade sig att sex av arton organisationer kände till bestämmelsen väl. Åtta av organisationerna hade ingen kännedom om bestämmelsen. Dessa organisationer hade bra kontakt med sjukvården och var främst patientinriktade organisationer. De menade att det var en ny tanke för dem att patienternas anhöriga skulle erbjudas till exempel enskilda stödsamtal (Socialstyrelsen, 2012b).

Socialstyrelsen genomförde år 2010 en studie där olika organisationer och dess medlemmar varav vissa var anhöriga själva, fick uttrycka vad de ansåg om kommunens anhörigstöd. De föreningarna som valde att svara på studien, ansåg alla att anhöriga var i behov av stöd, oberoende vilken problematik den närstående hade så var hela familjen drabbad och var därför mer eller mindre i behov av stöd. En grupp anhöriga som borde uppmärksammas enligt organisationerna var de anhöriga som arbetar samtidigt. De föreslog att en lösning kan vara

att ge den anhöriga möjligheten till flexibel arbetstid, för att på så vis försöka underlätta för den anhöriga (Socialstyrelsen, 2012b).

Uppföljningen som Socialstyrelsen gjorde år 2012 innehöll en enkätundersökning som landets alla kommuner svarade på som visade att de mest etablerade formerna av anhörigstöd var enskilda samtal och/eller anhöriggrupper. Anhörigstödet till äldre var det som var mest utvecklat och det var oftast anhöriga till äldre som fick stöd. Stödet till anhöriga till personer med missbruk och/eller funktionshinder var relativt utvecklat, där ingick oftast bara enskilda samtal, även om det fanns anhöriggrupper. Dock visade studien att det fanns kommuner som inte gav någon form av anhörigstöd överhuvudtaget (Socialstyrelsen 2012b).

Att leva med en ungdom som har ett självska debeteende

I artikeln ”Parental conceptions of self-mutilation among Finnish adolescents” av M.-L Rissanen, J. P. O Kylmä och E.R Laukkanen (2008) menar författarna med hänvisning till Rayner et. al (2005) att alla personer som har en äkta kontakt med en ungdom som har ett självska debeteende kommer att uppleva det som känslomässigt jobbigt. Av den anledningen menar författarna att det går att anta att föräldrarna kommer att reagera känslomässigt när deras barn, deras ungdom, har ett självska debeteende. Hur föräldrarna hanterar sina känslor i detta sammanhang kan göra att ungdomens självska debeteende eskalerar och blir värre eller att de hittar stöd i föräldrarna och klarar av att sluta.

Anhörig 300

Anhörig 300 är ett stimulansbidrag från Socialstyrelsen till kommuner för att de under åren 1999-2001 skulle satsa mer på anhöriga och att stötta dem. Syftet med Anhörig 300 har varit att utveckla stödformer i samhället till anhörigvårdare för att dessa ska kunna få stöd och avlastning samt för att på olika sätt kunna bidra till en ökad livskvalitet för anhörigvårdarna. Vidare framkommer det att många anhöriga tar på sig ett för stort ansvar när det kommer till att vårda och hjälpa sin närstående. Det är ensamt och både fysiskt och psykiskt påfrestande att vårda en närstående. Då det är så påfrestande vill många anhöriga ha möjlighet att dela

ansvaret med någon annan då det är för stort att bära ensam. Med stödinsatser från samhället blir ansvaret inte lika tungt för den anhörige. Rapporten menar att det behövs insatser som direkt riktar sig till de anhöriga eftersom varje anhörigvårdare är en egen individ och då har sina egna individuella behov. Rapporten visar att det finns behov av att få samtalsstöd både enskilt och i grupp med andra som är i samma situation som en själv. Det bekräftas även att gruppen anhörigvårdare är en utsatt och mycket pressad grupp. Enligt rapporten uppfattas det ofta som självklart att vårda sin närstående. Anhöriga uppfattar sig själva sällan som vårdare utan anser att vården i sig är en naturlig del i relationen med sin äldre maka/make eller barn. Dock gör rollen som anhörigvårdare att personen inte har de möjligheter till egentid som den hade förr vilket resulterar i att det är svårt att hålla i gång sitt sociala nätverk, än värre att utveckla det. Det här är någonting som anhörigvårdarna enligt rapporten saknar (Socialstyrelsen, 2012c).

Dialektisk beteendeterapi

Dialektisk beteendeterapi (DBT) utvecklades under 1990-talet av professor Marsha Linehan vid Seattles universitet. I terapin är ett dialektiskt synsätt det centrala där beteendeförändrade tekniker lärs ut till ungdomen för att denne ska lära sig att acceptera och hantera känslor på ett icke-destruktivt sätt, samtidigt som man uppmuntrar till de förändringar som är nödvändiga för att skapa ett meningsfullt liv. Behandlingen syftar till att minska personens självmordstankar och självskadebeteende. Behandlarna arbetar med färdighetsträning i grupp där ungdomarna får lära sig olika färdigheter för att klara av sin vardag och för dem, svåra situationer utan att ta till destruktiva handlingar. I färdighetsträningen får ungdomarna bland annat lära sig att bevara relationer, stå ut när det känns svårt och att hantera impulser och känslösvängningar. Traumabearbetning och att stärka patienternas självförtroende ingår också i behandlingen. Behandlingen pågår i minst ett år (Socialstyrelsen 2012a).

Genom åren har olika terapier prövats i behandling för ungdomar med självskadebeteende, bland annat kognitiv beteende terapi, som inte har visat sig vara särskilt effektiv. Dialektisk beteendeterapi har däremot visat sig vara väldigt effektiv i behandling med ungdomar med självskadebeteende. Efter avslutad behandling känner ungdomen inte ett lika starkt behov av

att skada sig. Dessutom har dialektisk beteendeterapi ett program särskilt utvecklat för anhöriga, något som de andra terapiformerna inte tillhandahåller (Lundh & Wångby, 2007).

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en integrativ behandling. Den bygger på kognitiv terapi, dialektisk filosofi, inlärningsteori och zenbuddhistisk filosofi. Själva kärnan i behandlingen är inlärningsteori och beteendeterapi. Inlärningsteorin har som grundtanke att människan har en förmåga att lära in och lära om. Beteenden styrs främst av konsekvenser och utlösande faktorer, så kallade kontrollerande variabler. Beteendeterapin och den kognitiva beteendeterapin kan då ses som inlärningsteorins psykoterapeutiska uttryck. I beteendeterapi arbetar man intensivt med förändring. Terapins mål är att skapa de förutsättningar som krävs för att patienten ska nå sina mål. Antingen sker detta genom att patientens beteende förändras eller genom att den omgivande miljön förändras. Det kan även vara så att det är båda miljön och patienten som behöver förändras (Kåver & Nilsson, 2009).

Reaktioner och handlingar är inte alltid styrda av konsekvenser utan istället utlösta av faktorer och signaler i själva omgivningen eller situationen. Det här är ett respondent beteende och själva faktorn kallas för ”trigger” (igångsättare) just för att den utlöser ett beteende. Reaktionen har lärts in genom betingning. Att exempelvis lyssna på en speciell låt behöver inte väcka enbart minnen utan även känslor och sinnesstämningar som är förknippade till låten. De här känslorna och tankarna är respondent reaktioner. De har inte så mycket att göra med följder och mål utan kommer som genom av att trycka på en knapp. Ett annat exempel är när man hör vatten rinna och man blir törstig, även det är ett respondent beteende. Sådana utlösande faktorer är viktigt att kartlägga i DBT och om det är möjligt, försöka förändra problematiska omgivningar för att underlätta för patienten. Ibland behöver interventionerna riktas mot omgivningen också och inte enbart mot patienten (ibid.).

Färdighetsträning

Färdigheter i DBT innebär handlingar som hjälper en person att uppnå sina mål och de är i princip de samma för den anhörige som för ungdomen. Då personens svårigheter enligt DBT-metoden uppfattas som konsekvensen av bristande färdigheter eller en oförmåga att använda sig av färdigheterna är färdighetsträningen central i anhörigutbildningen. Syftet med

färdighetsträningen är att de anhöriga ska få lära sig att använda de färdigheter de redan har eller att lära sig nya färdigheter som kan hjälpa dem att klara av kommande påfrestande situationer. Färdighetsträningen är ett manualiserat psykopedagogiskt program som är uppdelat i fyra olika avsnitt; acceptans, att reglera känslor, att skapa och bevara goda relationer och att stå ut när det är svårt (Kåver & Nilssonne, 2009).

I avsnittet acceptans lär sig den anhörige att vara medvetet närvarande vilket är grunden för de andra färdigheterna. Att vara medvetet närvarande har sin grund i meditationsövningar från zenbuddhistisk tradition. Det är det som skiljer DBT-metoden ifrån andra terapier som kognitiv beteendeterapi. Den anhörige kan genom att vara medvetet närvarande bli mer uppmärksam på sig själv med sina egna känslor och tankar vilket kan göra att den anhörige snabbare dämpar de negativa tankarna och osäkerheten på sig själv att göra fel. Den anhöriga kan i en påfrestande situation uppmärksamma vad som händer och stanna upp och försöka hitta en lösning. Syftet med att utveckla en medveten närvaro är att den anhörige ska nå acceptans genom att kunna identifiera vilka känslor och tankar som finns i olika situationer. På så vis kommer den anhörige kunna ta sig själv på allvar och då kunna lita på sig själv och sina känslor (ibid).

Färdigheterna kan delas in i två olika grupper; *vad-färdigheter* och *hur-färdigheter* som hänger ihop med varandra. Vad-färdigheter innebär att den anhörige observerar vilka tankar, känslor och händelser som hänger ihop och på vilket sätt. Den anhörige behöver sedan beskriva upplevelsen och till slut delta uppmärksamt i det som händer och samtidigt på ett flexibelt sätt interagera med resten av omgivningen (Kåver & Nilssonne, 2009).

Hur-färdigheter innebär att den anhörige utan att döma, genom att ta en sak i taget och genom att vara uppmärksam på vad som händer nu på ett effektivt sätt ska observera, beskriva och delta med vad-färdigheten (ibid).

I avsnittet ”skapa och bevara” är det viktigt att den anhöriga vet vad den vill. Vill den anhöriga skapa en relation med sin närstående i de fall där en relation inte finns eller är dålig eller vill den anhöriga bevara relationen som den är? Vill den anhörige göra en förändring

eller inte? Den anhöriga behöver identifiera sina önskningar i interaktionen med den närstående ungdomen. Träning av olika färdigheter följs upp, vill den anhörige lära sig att säga nej eller hantera konflikter på ett bättre sätt görs detta. Syftet med detta är att den anhörige i interaktionen med sin ungdom bli mer effektiv vilket innebär att den anhörige ska kunna nå sina mål, bibehålla sin självrespekt och sin relation med ungdomen (ibid).

Fokus i avsnittet ”reglera känslor” är att identifiera och uppleva olika känslor. Känslorna beskrivs utifrån ett funktionsperspektiv, det vill säga att våra känslor är en del av mänskligheten och det finns en anledning, en funktion, till att människan kan känna glädje, ledsamhet och/eller ilska. Syftet är att den anhörige ska lära sig att leva med sina känslor, att veta att alla känslor är accepterade och att den anhörige ska kunna uppleva och använda dem utan att känna att känslorna blir dysreglerade eller överväldigande. Här gäller det även för den anhöriga att kunna skilja mellan sina primära och sekundära känslor och inte låta de sekundära känslorna skymma den primära, den första känslan. Ett exempel på det kan vara om den anhöriga blir ledsen på sin ungdom om den har skurit sig men visar ilska mot ungdomen istället (Kåver & Nilsson, 2009).

De anhöriga får i det sista avsnittet som heter ”stå ut när det är svårt” lära sig hur de ska stå ut i svåra situationer utan att försämra situationen genom att till exempel skuldbelägga sig själva eller att skälla på ungdomen om denne skär sig. De anhöriga måste kunna ta sig igenom en svår situation utan att låta sina känslor ta över genom att kunna acceptera att; just nu är situationen väldigt svår, ungdomen har skurit sig själv men det är redan gjort. I avsnittet får de anhöriga lära sig fyra olika färdigheter som kan hjälpa dem när en svår situation uppstår. De är; att kunna distansera sig, att lugna sig, att förbättra ögonblicket och att väga för- och nackdelar med att stå ut i stunden och inte låta känslorna ta överstyr. De anhöriga behöver hitta färdigheter som de trivs med och öva upp dessa så att de kan använda dessa när behov uppstår (Kåver & Nilsson 2009).

Anhörigprogram

Anhörigprogrammet eller föräldrautbildningen, ”Family Connections” som är översatt till Familjeband på svenska, har utvecklats av Alan Fruzzetti och Perry Hoffman i USA. Programmet bygger på samma grundprincip som Marsha Linehans dialektiska beteendeterapi.

Syftet med Familjeband är att skapa en bättre förståelse kring symtomen och beteenden som förknippas med självskadeproblematik. Syftet är även att lära anhöriga att bättre hantera sina egna känslomässiga reaktioner samt att utöka ett stödande nätverk (Lundh & Wångby, 2007).

År 2006 kom Familjeband till Sverige som ett projekt, innan dess hade det inte hållits någon utbildning i Familjeband i Sverige. Ursprungligen var det meningen att grupperna skulle ledas av särskilt utbildade anhöriga snarare än professionella behandlare men i Sverige har grupperna kommit att ledas av professionella. Utbildningen är på cirka 12-15 veckor där de anhöriga får lära sig olika färdigheter som implementeras i deras vardag och kommer att hjälpa dem att vara ett stöd till sina barn (Lundh & Wångby, 2010). De olika färdigheterna är bland annat; att ta hand om sig själv i olika familjesituationer, skapa goda relationer och att använda sig av empati och bekräftelse. Både föräldrar och barn får hemuppgifter där de i vardagslivet ska försöka implementera de färdigheter de lärt sig under färdighetsträningen (Socialstyrelsen, 2012a).

Andra prövade behandlingsmetoder

Nedan kommer jag att redovisa för några exempel på vad anhöriga kan få för stöd utöver DBT.

Anhöriggrupper

Anhöriggrupper finns och anordnas av de flesta kommuner i landet. Hur träffarna ser ut varierar beroende på hur kommunen organiserar dem. Vissa kommuner har anhöriggrupper en gång i veckan, medan andra har anhöriggrupper en gång i månaden. De flesta anhöriggrupper består av närstående till personer med liknande problematik varför alla i gruppen är i snarlika situationer. De kan där utbyta erfarenheter med sådana som förstår och/eller själva genomgår liknande situationer varför känslan att vara ensam med sina bekymmer kan lätta (Ängelholms kommun 2012).

Gapet

Internetsidan gapet.se är en anonym webbtjänst för personer som vårdar, hjälper och/eller stöttar en närstående. På sidan kan anhöriga diskutera olika ämnen, utbyta erfarenheter och stötta varandra. Tanken som sidan har är att det är lättare att vara anhörig om det finns stöd att få dygnet runt, vilket går med hjälp av internet. Då alla anhöriga kanske inte orkar ta sig någonstans för att träffas, eller föredrar att vara något mer anonym är gapet.se en möjlighet där dem kan få stöd. Anhöriga som väljer att använda sig av den här tjänsten tilldelas en kontaktperson som anhöriga kan rådfråga vid behov (www.gapet.se 2012).

Tidigare forskning

Då det var svårt att hitta specifik forskning om stöd till anhöriga till ungdomar med självska debeteende där stödet inte var Familjeband inom DBT, har jag tittat på anhöriga inom andra områden för att på så vis få ett större perspektiv gällande anhöriga och deras behov. Jag har därför använt mig av forskning om anhörigvårdare inom psykiskt sjuka samt anhöriga till äldre, funktionshindrade och långvarigt sjuka och artiklar om föräldrar till barn med självska debeteende och hur deras upplevelser är.

Anhöriga inom DBT

Hoffman et. al. (2005) gjorde en utvärderingsstudie om Familjeband i USA. I studien deltog 44 personer som representerade 34 familjer. Studien är en kvasiexperimentell design med för- och eftermätning och har ingen kontrollgrupp. En uppföljning gjordes 6 månader efter att familjerna avslutat Familjeband. Syftet med studien var att se om det efter avslutat program gick att se någon skillnad i anhörigas upplevelse av sorg, depression, belastning och bemästrande. Resultaten visade att det tre månader efter avslutad behandling fanns en signifikant skillnad mellan dessa känslor. De anhöriga ansåg att deras sorg och belastning hade minskat medan deras bemästrande hade ökat. De sade sig också ha fått mer information om sitt barns sjukdom och genom informationen och att få träffa andra i liknande situation

ökat sin förståelse kring sjukdomen och sitt barn. Även sex månader efter avslutat program visade det sig att de anhöriga upplevde att de mätte bättre än innan programmet (Hoffman et. al., 2005).

Då de anhöriga fick lära sig olika färdigheter såsom att använda sig av bekräftelse och empati för att hantera situationen för sig själva, kunde de i nästa steg hjälpa sitt barn i vardagen på ett sätt som de anhöriga inte mäktat med innan de gick programmet. De hade via programmet utvidgat sitt kontaktnät vilket gjorde att de har stöd av personer som är i en liknande situationer, vilket blev en trygghet för de anhöriga (Hoffman et. al., 2005).

Lars-Gunnar Lundh och Margit Wångby (2007) vid Lunds Universitet har genomfört en svensk motsvarighet av ovanstående utvärderingsstudie (Hoffman et. al., 2005) vilken gjordes av anhörigprogrammet Familjeband. Syftet med studien var att se om det hade skett någon förändring hos de anhöriga efter att de genomgått programmet. Studien ville visa om det fanns någon förändring i följande teman: minskade psykologiska symtom, minskad upplevd börda som anhörig, ökad livskvalitet, ökad grad av mindfulness och förbättrad familjesituation.

Studien var en kvasiexperimentell design med för- och eftermätning och hade ingen kontrollgrupp. På grund av tidsbrist gjordes ingen uppföljning efter 6 månader (Lundh & Wångby, 2007).

Efter genomgått program visar studien att anhörigas psykologiska symtom och upplevda börda hade minskat. En svag men icke-signifikant ökning hade skett i livskvalitet samt en signifikant ökning gällande mindfulness. Deltagarna sa att det var lättare att acceptera utan att döma samt att de kunde handla mer medvetet efter att ha genomgått programmet (Lundh & Wångby, 2007).

Båda ovannämnda studier visar att bördan och oron som de anhöriga bar på och kände innan programmet nu hade minskat avsevärt. Efter genomfört program kände anhöriga att de hade mer information om självskadebeteende och kunde använda sig av de färdigheter som de fick lära sig genom programmet. En kombination av det och att de anhöriga fick stöd av andra i samma situation gjorde att deras välmående ökade (Lundh & Wångby, 2007).

Studiens resultat är viktigt då resultatet visar att programmet har gjort skillnad i måendet för de anhöriga. Då de anhöriga känner en märkbar skillnad i sitt mående kan detta smitta av sig på sina barn vilket kan leda till en god cirkel. De anhöriga kan hantera sin situation bättre vilket gör att de slipper gå omkring i en känslomässig berg-och-dalbana av oro och ledsamhet. De anhöriga säger att de nu har lättare att acceptera utan att döma vilket borde resultera i en bättre relation mellan föräldrar och barn och barnet bör få bättre tillit till föräldern då denne inte dömer barnet (Lundh & Wångby, 2007; Hoffman et.al., 2005). Då två studier som är gjorda oberoende av varandra, visar liknande resultat tyder på att *Familjeband* inom dialektisk beteendeterapi hjälper anhöriga till unga flickor med självskadebeteende att hantera sin situation och få de anhöriga att må bättre.

Det finns dock kritik mot undersökningarna som Lundh och Wångby (2007) själva redovisar. Kritiken kommer från de anhöriga som har deltagit i *Familjeband* där de inte har några direkta negativa kommentarer men där de ger förslag på förbättringar. De anhöriga tyckte bland annat att kursen var för kort, att 12 gånger inte räckte till. En annan kritik var enligt studien att det inte fanns någon uppföljning. Vidare framkom det att de anhöriga kände att det var som en komprimerad DBT-kurs. Anhöriga efterfrågade mer tid till att gå igenom materialet, mer tid för egna reflektioner och samtal som uppstår inom gruppen. Även fler konkreta råd för att hantera speciella situationer efterfrågades tillsammans med tipset att det kanske skulle finnas ett alldeles eget koncept och egen terminologi för *Familjeband* (Lundh och Wångby 2007).

Intervjupersonerna i denna studie har inte framfört något av ovanstående kritik, men det är värt att beakta. Det skulle kunna vara så att de har velat vara till lags med sina svar samt att intervjuerna skedde innan behandlingen. Detta beskriver Lund och Wångby (ibid.) som en felkälla där kursdeltagarna kan ha velat vara goda kursdeltagare på så sätt att de svarar så som de tror att intervjuerna vill att de svarar. Det är även möjligt att de kan ha haft andra motiv för att visa på positiva resultat på frågeformulären. För att undvika detta har författarna skickat ut frågeformulären direkt till deltagarna utan mellanhand av kursledarna, självskattningsmått, men slutsatserna kunde ha visat sig vara starkare om de använt sig av någon annan metod än enbart självskattning, ett exempel är intervjuer med deltagarna före och efter behandling (ibid.).

Vidare menar Lundh och Wångby att avsaknaden av kontrollgrupp är ytterligare en begränsning med deras utvärdering. Genom att använda sig av en kontrollgrupp skulle det vara lättare att dra några säkra slutsatser om effekterna av den specifika kombination av behandlingskomponenter som Familjeband består av (ibid.).

Även om Hoffman et al. (2005) beskriver att effekterna står sig efter en längre tid, så redovisar Lundh och Wångby en svaghet i deras studier om effekterna över tid eftersom de inte genomfört någon uppföljning. Hoffman et al. (2005a) genomförde en uppföljning efter sex månader och fann därefter att effekterna av behandlingen stod sig. Lundh och Wångby gjorde aldrig någon uppföljning på grund av tidsmässiga skäl (ibid.). Tidsaspekten redovisas inte i denna studie.

Anhöriga inom andra områden

I artikeln "Held to ransom: Parents of self-harming adults describe their lived experience of professional care and caregivers" av Britt-Marie Lindgren, Sture Åström och Ulla Hällgren Graneheim (2010), beskriver de hur sex föräldrar till barn med självskadebeteende upplever kontakten med den professionella vården. När undersökningen gjordes hade inget av barnen ett pågående självskadebeteende, det var dock svårt att avgöra om det bara var ett tillfälligt eller permanent uppehåll i självskadebeteendet. I undersökningen användes narrativa intervjuer som utfördes hemma hos deltagarna eller på intervjuarnas arbetsplatser. Intervjuarna använde sig av frågor där de bad deltagarna att berätta om sina upplevelser och erfarenheter av kontakten med den professionella vården såsom barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, akutvård och dylikt samt vårdgivare. Svaren de fick var deras upplevelser och erfarenheter över flera år och även specifika situationer som hade inträffat någon gång under perioden då deras barn hade ett självskadebeteende. Studiens resultat visar att föräldrarna har haft ett behov av att ständigt vara på vakt samtidigt som de har erfarenheter av att ingen lyssnar på dem eller ser dem, att de inte får lov att vara delaktiga i deras barns vård. Föräldrarnas erfarenhet är att de har blivit utestängda. De beskriver även känslor av självanklagelser, att det är deras fel att deras barn mår dåligt, att de kunde förhindrat detta på något vis. Uptill det här beskriver föräldrarna känslor av skam och skuld. Studien visar även att föräldrarna upplevt att de blivit tröstade, lyssnade på och tagna på allvar i vissa möten med

några professionella vårdgivare. Dessa vårdgivare har visat medkänsla och en uppriktig vilja att hjälpa föräldrarna. Föräldrarna har upplevt dessa vårdgivare som hjälpsamma, pålitliga och äkta och de tillät föräldrarna att inte tappa hoppet om sina barn. De ville att deras barn skulle få hjälp att sluta med sitt självskadebeteende, samtidigt som de själva kunde få stöttning och få lov att känna en lättnad över att deras barn fick hjälp. En annan sida av vårdgivarna berättade föräldrarna var de som inte verkade ha för avsikt att stötta dem i deras situation. Föräldrarna vill veta hur de ska kunna stötta sitt barn och hur många krav det går att ställa på barnet i den situationen barnet är i. När föräldrarna bad om stöttning och hjälp för egen del från vårdgivarna fick de svaret att resurserna inte fanns och att de får vända sig till familj, vänner eller andra instanser för hjälp. Det gjorde att föräldrarna kände maktlöshet och hjälplöshet. Vidare berättade föräldrarna om att de professionella vårdgivarna la skulden på föräldrarna; det var deras fel att deras barn hade ett självskadebeteende. Föräldrarna upplevde sig som osynliga och ansåg det skrämmande att vården inte frågade hur de mårde eller huruvida de var i behov av stöd för egen del (Lindgren et. al., 2010).

Studiens resultat pekar på hur viktigt det är att inte glömma bort föräldrar och andra anhöriga i en sådan här situation, där ett barn eller en annan närstående har ett självskadebeteende. Lika mycket stöd och hjälp som barnet behöver, behöver även den anhöriga och den närstående för att kunna klara av sin egen vardag.

Anna Oldershaw, Clair Richards och Ulrike Schmidt (2008) beskriver i sin studie "Parents' perspectives on a adolescent self-harm qualitative study" hur anhöriga till ungdomar med självskadebeteende hanterar situationen. Studien är gjord på semi-strukturerade intervjuer genomförda med 12 stycken föräldrar och nära anhöriga där ungdomarna får behandling för sitt självskadebeteende. Studien beskriver föräldrar som först när de har fått veta att deras ungdom har ett självskadebeteende försöker att sopa det under mattan, hålla tummarna och hoppas att beteendet går över av sig själv för att de inte vet hur de ska hantera den uppkomna situationen. När beteendet sedan har blivit värre har föräldrarna tagit kontakt med vården för att söka hjälp för sin ungdom. De anhöriga uppger att de, trots efter samtal med ungdomen, inte kan förstå eller visa empati gentemot självskadebeteendet. Den psykologiska effekten som ungdomens självskadebeteende gav föräldrarna var bland annat långvariga känslor av sorg och förlust. Känslor som skam och skuld och besvikelse över deras barns beteende

återkallades med tiden. Föräldrar som blev erbjudna stöd ansåg det väldigt fördelaktigt då de kunde få hjälp att hantera sina egna känslor samt hjälp och stöd i hur det skulle hanteras sin ungdom, medan föräldrar som inte blev erbjudna stöd mådde ännu sämre och såg det som att ingen ville hjälpa och stötta dem (Oldershaw et.al., 2008). Vidare visar studien att föräldrarna, då de väl tog tag i problemet, satte sina egna behov åt sidan för att kunna stötta sitt barn. De tyckte även att det var svårt att balansera föräldraskapet med krav och så vidare samtidigt som de ska vara ett stöd och en hjälp till sin ungdom samt de andra barnen i hushållet. Föräldrarna upplevde då en ökad börda med känslor av stress och press. Trots de negativa känslorna och den negativa upplevelsen kände föräldrarna att relationen mellan dem och barnet hade stärkts.

Anhörigvårdare till psykiskt sjuka

Chen och Lukens (2011) har gjort en studie om anhörigvårdare till psykiskt sjuka personer. Genom att använda sig av "family resilience framework" kunde de peka på vissa risk- och skyddsfaktorer som finns för anhörigvårdaren. De använde sig av arkiverad data mellan åren 1992 till 1993 och lät psykiatriker intervjua 180 stycken anhörigvårdare till psykiskt sjuka med strukturerade intervjuer. De menar att det ställs stora krav på att vara anhörigvårdare för en person som har en psykisk sjukdom, samtidigt som anhörigvårdaren kan se att denne själv får ut någonting av situationen. Det är ett stort ansvar att vara anhörigvårdare, speciellt om den som vårdas inte kan klara av basala saker som att klä på sig eller sköta sin hygien själv. För anhörigvårdare förändras livet när de går från att vara förälder eller syskon till att vara personen som ska vårda och ta hand om sitt barn eller sin syster/bror. Anhörigvårdarna upplever bördan objektivt genom att de får ansträngda relationer till den de vårdar och subjektivt genom att de upplever en mycket skiftande känslomässig reaktion på en utmanande och oförutsägbar sjukdom. Enligt artikeln räknas det som ett livslångt åtagande om föräldern blir anhörigvårdaren. Föräldern kan under en längre tid drabbas av sorg då personen kan uppleva att den förlorat sitt barn till en psykisk sjukdom. Sorg räknas som den största riskfaktorn de har till att de själva skulle må dåligt. Anledningen till detta är att anhörigvårdaren sörjer sitt barn som för alltid är förändrad vilket innebär en typ av förlust samtidigt som de måste bearbeta och acceptera. Stress är en annan riskfaktor som försämrar de anhörigas välbefinnande väsentligt och som bidrog till att känslan av börda blev större.

För att anhörigvårdaren ska orka med att ta hand om sitt barn eller sitt syskon är det viktigt att personen har ett nätverk som denne kan ta stöd av, i form av vänner eller släktingar. Det är även viktigt att anhörigvårdaren kan få hjälp och stöd av professionella inom psykiatrin. Stödet som anhörigvårdarna kan få och som de är i behov av, räknas som den största skyddsfaktorn de har (Chen & Lukens, 2011). I denna studie har samtliga intervjupersoner uppgett att de anhöriga har ett nätverk och att de anhöriga genomgått professionell behandling (Chen och Lukens 2011) varför denna studie inte kan visa på eventuella negativa effekter eller vilka alternativa behandlingsmetoder som kan användas i dessa fall.

Teoretiska utgångspunkter

Jag har valt att använda mig av systemteori och copingteori. Systemteori valde jag då teorin handlar om att se alla individer som en helhet i sitt sammanhang och inte bara en individ i en specifik situation. Systemteorin betonar vikten av relationerna mellan individerna och inte de individuella egenskaperna (Lundsbye et.al., 2007). Teorin utgår ifrån att se en familj som en helhet och inte bara se de enskilda individerna i en familj. Alla individer är i ett sammanhang där de är beroende av varandra. Copingteorin handlar om att människor använder sig av coping i sitt vardagliga liv men främst under svåra situationer och livskriser. Copingteorin är relevant för min studie då den handlar om anhöriga i en svår situation som har behov av att kunna hantera sin situation på bästa sätt (Brattberg, 2008). Eftersom min studie handlar om hur anhöriga till ungdomar med självskadebeteende mår utifrån DBT-behandlarnas syn handlar det mycket om relationer. Relationerna mellan den anhöriga och ungdomen och på vilket sätt den är viktig – eller inte viktig för dem alla. Här är systemteorin intressant eftersom den bygger på hur olika relationer ser ut och hur de förändras. Copingteorin är intressant utifrån att både de anhöriga och ungdomen får lära sig olika copingstrategier genom DBT-metoden samt vilka copingstrategier som kan vara bra att använda sig av och hur relationen kan bli bättre om de lär sig fungerande copingstrategier.

Systemteori

Systemteorin är en teori vars syfte är att förstå en familjs samspel, teorin centrerar mänskliga problem och interaktioner samt hur man kan se och analysera dessa (Schöjdt & Egeland, 2010).

En klassisk definition av ett system säger att systemet är en uppsättning objekt med relationer mellan objekten och mellan deras egenskaper. Det är därmed underförstått att det är helheten som ska studeras och måste förstås som delarnas interaktion med varandra. I ett system kan det även finnas olika subsystem till exempel kan ett subsystem i en familj vara barnen och ett annat föräldrarna (Schöjdt & Egeland, 2010). Alla system strävar efter en jämvikt en så kallad homeostas. För att upprätta denna homeostas finns det olika termostatfunktioner som slås av och på, som ett värmeelement med termostatfunktion (Lundsbye et. al 2005).

Vad gäller en ungdom med beteendeproblematik så har familjen runt omkring denne ungdom en stor roll i tillfrisknandet. Eftersom familjen och övriga anhöriga runt om ungdomen spelar en stor roll behöver även dessa personer lite stöd och hjälp ibland och det är här behandlaren kommer in. Mellan behandlare och anhöriga bildas det relationer och därför passar systemteori så bra in här, eftersom att den kan förklara hur samspelet mellan dessa objekt fungerar (Schöjdt & Egeland, 2010).

Beroende på hur behandlaren väljer att arbeta med familjen kommer behandlingen att vara olika nivåer och avgränsa systemen på olika sätt då var behandlare har sitt individuella sätt att arbeta. Om behandlaren träffar föräldrarna tillsammans med ungdomen kommer behandlaren att arbeta på ett sätt då föräldrarna tillsammans med ungdomen skapar ett system. När behandlaren däremot enbart träffar föräldrarna kommer den professionelle att avgränsa sig på ett annat sätt eftersom föräldrarna för sig skapar ett annat system. Behandlaren kommer alltså att avgränsa systemen på olika nivåer beroende på vilket system denne väljer att fokusera på och arbetar i (Schöjdt & Egeland, 2010). Behandlaren och de anhöriga kommer tillsammans att skapa ett samspel samt en relation. Genom att använda systemteorin som ett redskap kan det bli lättare att förstå varför och hur olika reaktioner uppstår.

I ett system ingår ett subsystem. De viktigaste subsystemen i en familj är makarna, föräldrarna, barnen och olika relationer mellan mor/barn och far/barn till exempel utifrån kön. Subsystemen skiljer sig från varandra på så vis att interaktionen mellan makarna inte är likadan som när de interagerar med sina barn. En familjs olika delar med medlemmar och subsystem är också enskilda medlemmar i ett så kallat suprasystem där till exempel sonen är

med i en skolmiljö och pappan deltar i en grupp på sin arbetsplats. Det innebär att föräldern och ungdomen tillsammans bildar ett subsystem medan föräldern och behandlaren tillsammans bildar ett suprasystem (Schöjdt & Egeland, 2010).

Feedback är en typ av återkoppling som ger ett samspel mellan systemet och den övriga omgivningen. Feedbacken bidrar till att forma systemets/familjens fortsatta handlingar genom att uppmuntra eller avstyra ett visst beteende. Negativ feedback är en process som påverkar sändaren att förändra sitt beteende medan positiv feedback då är en process som gör att sändaren uppmuntras att fortsätta sitt beteende (Schöjdt & Egeland, 2010). Behandlaren kan därmed påverka familjen i önskvärd riktning genom feedback. Detta kan ske genom att ge tips, råd och stöd till de anhöriga för att de ska veta hur de ska kommunicera vidare samt hur de ska tolka den unges sätt att kommunicera, både verbalt och icke-verbalt.

Copingteori

Copingförmåga är förmågan att kunna leva med känslor som oro, ovisshet och osäkerhet utan att bli förtvivlad (Brattberg, 2008). Redan i barndomen grundläggs en individs copingförmåga. Coping som begrepp omfattar alla krafter eller ansträngningar en människa tar hjälp av för att tolerera, stå ut med och minska yttre och inre krav. Metoden används även för att hantera de konflikter som kan uppstå mellan de yttre och de inre kraven. Coping handlar då om en förmåga att kunna hantera psykologisk stress.

En individ har i de flesta fall en förmåga inom sig att kunna bemästra kriser och återskapa ny jämvikt som gör att individen mognar som människa. Bemästringen, eller coping, sker genom att individen påverkar, förändrar eller anpassar omgivningen (yttre stress) men även sitt eget sätt att tolka och reagera på det som har hänt (inre stress). Om copingprocessen har varit lyckad kommer individen att få ökad självförtroende vilket leder till att förmågan att motstå eller lösa framtida konflikter ökar. Om individens copingresurser istället är otillräckliga kan en kris leda till psykologiska problem och ett lidande som inte tycks ta slut. Copingprocessen har till syfte att minska den emotionella, fysiska och psykologiska stressen i samband med livshändelser som är påfrestande eller vardagliga situationer som kan anses irriterande (ibid.).

Med coping menas själva agerandet för att bemästra en situation. Coping definieras som kognitiva och beteendemässiga ansträngningar för att hantera yttre och inre krav som överstiger individens förmåga. Det finns aktiv och passiv coping. Aktiv coping innebär att individen medvetet och aktivt bemöter, bemästrar och anpassar sig till yttre och inre stress och hot vid påfrestande livshändelser. De innebär även att individen har ett ändamålsenligt, flexibelt, verklighetsanpassat och framåtinriktat beteende. Den *aktiva copingen* är konstruktiv, det vill säga att den är problemlösande och positiv. Man försöker minimera eller eliminera stressorn, den psykiska eller fysiska mentala påfrestningar, genom att göra en plan där individen tar hjälp av andra (Brattberg, 2008).

Passiv coping innebär att individen försvarar sig och då skyddar sig själv från skada och ångest. Ett exempel på passiv coping är att individen försöker minska ansträngningarna att hantera stressorn genom att dagdrömma, önsketänka, älta eller ägna sig åt självanklagelser (ibid.).

Copingstrategier är de åtgärder en individ tar till för att hantera en situation som är svår att hantera. Strategierna har som syfte att förändra själva situationen, att förändra uppfattningen om situationen eller att försöka kontrollera känslor som upplevs som stressfyllda. Det finns huvudsakligen tre olika copingstrategier:

Den *problemfokuserade copingen* är uppgiftsorienterad och fokuserar på de yttre problemen. Den är konkret och målorienterad och inkluderar strategier för att samla information, fatta beslut, planera och lösa konflikter. Syftet med den problemfokuserade copingen är att lösa de problem som finns som hindrar individen från att nå de mål-som är uppsatta. Om det inte finns någon lösning blir syftet att hantera de känslor som situationen skapar. Detta innebär att personen behöver lära sig att acceptera situationen och omvärdera den.

Den *emotionsfokuserade copingen* handlar om att ta hand om de egna känslorna inom sig, de inre problemen. Om problemet är lösbart hamnar fokus på att försöka lösa problemet med den problemfokuserade copingen samtidigt som känslorna hanteras på ett konstruktivt sätt.

Undvikande strategier fungerar bättre på kort sikt än på lång sikt då individen någon gång måste ta itu med problemen eftersom individen i det här stadiet undviker problemet. Den fungerar också bättre i situationer som inte går att kontrollera (ibid.).

Copingresurser delas oftast in i yttre och inre resurser. *Inre copingresurser* handlar om personligheten till exempel självtillit, personlig kontroll, känsla av sammanhang, självkänsla och problemlösningsförmåga. Negativa tankar och känslor om sig själv försämrar copingförmågan. *Yttre copingresurser* handlar om socialt nätverk, ekonomi, materiella tillgångar, levnadsstandard och tillgång till tid. Om man saknar inre copingresurser är de yttre copingresurserna ännu viktigare för att därigenom få stöd och hjälp med att komma tillbaka från den påfrestande händelsen (ibid.).

Metod

Förförståelse

Innan studien var jag insatt i vad ett självska debeteende var, hur det definierades och hur självska debeteende kan drabba ungdomar. Min uppfattning var att anhöriga ofta glömdes bort, att allt fokus riktades mot ungdomen och att bland annat sjukvården ansåg att anhöriga får klara sig själva och därför inte erbjöds något stöd. Genom att vara medveten om min egen förförståelse har jag lättare kunnat hålla mig objektiv och ha en helhetssyn genom mitt arbete.

Tillvägagångssätt

För att komma i kontakt med intervjupersonerna ringde jag runt till olika vårdenheter i olika kommuner och frågade efter personer som arbetar med anhöriga till unga med självska debeteende. Ofta kom jag till receptionen där jag fick antingen ett telefonnummer eller en mejladress för att jag personligen skulle kunna kontakta intervjupersonerna. Även om jag hade haft telefonkontakt med intervjupersonerna, mejlade jag även ett informationsbrev till dem, se bilaga 2. Intervjuerna gjordes på deras arbetsplats till hänsyn för informanterna då detta passade dem bäst. Jag valde att spela in intervjuerna för att kunna lyssna igenom dem flera gånger och för att lättare kunna analysera dem. Genom att spela in intervjuerna kunde

jag rikta allt fokus och all min koncentration på intervjupersonen och jag behövde inte sitta och anteckna under tiden. Under alla intervjuer hade jag bara bandspelare, men jag hade ett kollegieblock i väskan i fall att bandspelaren skulle krångla eller om intervjupersonerna inte ville bli inspelade. Intervjufrågorna hade jag nedskrivna och framför mig under tiden. Intervjupersonerna svarade öppet och fritt kring mina frågor varför jag upplevde en mättnad i mitt material efter fyra intervjuer. Jag har även valt att transkribera mina intervjuer för att få ett mer överskådligt material. Jag har därefter gjort en tematisk analys utifrån teman *behandlarnas syn på självskadebeteende, behandlarnas syn på anhöriga, stöd till anhöriga, svårigheter med arbetssättet, möjligheter med arbetssättet samt handlingsutrymme* för att jag på ett enklare sätt skulle kunna, under arbetets gång, gå tillbaka för att dubbelkolla informationen samt för att lättare kunna få en klar överblick över intervjuernas innehåll (Bryman, 2011).

Urval

Intervjuerna genomfördes med fyra behandlare som alla arbetar med DBT-metoden. Den första personen jag intervjuade kom jag i kontakt med genom att jag via internet hittade DBT-team inom ett skäligt geografiskt område, som jag sedan kom i kontakt med via telefon. Efter min andra intervju ställde jag frågan om intervjupersonen visste någon annan som kunde tänka sig att vara med på en intervju. På så vis kom jag i kontakt med min tredje intervjuperson och efter att ha intervjuat den tredje ställde jag samma fråga, om denne kände till någon eventuell informant och kom på så vis i kontakt med min sista intervjuperson. Detta kallas enligt Bryman (2011) för snöbollseffekten vilket innebär att en informant hjälper till i processen att hitta fler. Genom att använda den här tekniken för mitt urval är jag medveten om att det är intervjupersonerna som har beslutat om nästa person är lämplig eller inte för att vara med på en intervju vilket kan ha inneburit att mitt material till viss del kan ha blivit vinklat då det finns en större möjlighet att dessa informanter tänker på ett liknande sätt. Det kan också innebära att jag har inte fått någon spridning i mitt material och då missar andra viktiga aspekter av DBT-metoden och hur behandlarna arbetar med den. Det kan även innebära att jag enbart fått de positiva aspekterna av metoden men inte fått tagit del av de eventuella negativa aspekterna. Detta kan bero på informanternas tidigare förförståelse som givetvis speglar deras åsikter. Genom att använda mig av den här urvalsmetoden kan jag

heller inte generalisera mitt material. Dock innebär en kvalitativ metod att studien ska fokuseras på att exemplifiera snarare än generalisera varför jag inte anser att detta är en brist i min studie (Bryman, 2011).

Presentation av deltagarna

Personerna jag har intervjuat i min studie är samtliga kvinnor i 40-årsåldern, med varierande utbildningar såsom socionom, psykolog och vårdare. De arbetar samtliga med dialektisk beteendeterapi i någon form i sin verksamhet.

Intervjuperson 1 har jobbat inom somatiska avdelningar och inom den psykiatriska slutenvården och öppenvården innan hon började jobba inom barn- och ungdomspsykiatri. Hon har en steg 1 utbildning i psykodynamisk terapi och en steg 2 utbildning i systemisk familjeterapi. Hon har även en utbildning inom DBT.

Intervjuperson 2 har jobbat inom socialtjänsten, missbruksvård och kurator innan hon började jobba som behandlare i ett DBT-team i en mellanstor stad. Hon har en steg 1 utbildning i kognitiv psykoterapi och en vidareutbildning i DBT.

Intervjuperson 3 har jobbat inom den psykiatriska sluten- och öppenvården innan men jobbar för nuvarande inom öppenvården. Kvinnan är legitimerad psykoterapeut i KBT och har en utbildning i DBT.

Intervjuperson 4 har tidigare jobbat på psykosrehabiliteringen, inom slutenvården och den allmänpsykiatriska avdelningen. Kvinnan har en steg 1 utbildning i kognitiv psykoterapi och en utbildning inom DBT. Hon har gått en intensiv-kurs i DBT. Hon har jobbat inom DBT sedan 2002.

I mina intervjuer fick jag fram mycket information i de fall där flera personer svarade på liknande sätt har jag i min analys valt att endast skriva ut ett intervjuцитат.

Materialets omfattning

Materialet som jag har fått fram består av fyra semistrukturerade intervjuer genomförda med fyra DBT-behandlare. Intervjuerna varade mellan 17-75 minuter. Anledningen till tidsspannet berodde dels på hur mycket de utvecklade svaren men även på hur många följdfrågor jag själv ställde till intervjupersonen. Följdfrågorna var inte nedskrivna utan var spontana vilket innebar att frågorna inte blev likadana till alla intervjupersoner, dock var ämnet alltid detsamma. Intervjuerna kan användas till att försöka förstå de anhörigas situation och hur de kan få stöd genom DBT-metoden. Materialet säger även att anhöriga är i behov av stöd för att klara av sin situation men säger dock inte så mycket om vilket stöd de anhöriga efterfrågar varför denna frågeställning inte fått så stor plats i min studie. Däremot beskriver materialet hur DBT-behandlarna uppfattar anhörigas situation och hur behandlarna arbetar för att underlätta för anhöriga. Då jag har intervjuat fyra personer som alla arbetar dagligen med DBT-metoden och har gjort det under en längre period kan de anses som experter på området. Nackdelen kan vara att eftersom de arbetar med en specifik metod kan de ha en ensidig syn på att vara anhörig till en ungdom med självskadebeteende.

Under intervjuerna valde jag att använda mig av en diktafon. Jag är medveten om att det finns risker med att använda sig av en inspelningsapparat där exempelvis en risk kan vara att batteriet tar slut eller dylikt. En annan risk kan vara att intervjupersonerna inte vill ställa upp att bli inspelade eller att de känner sig nervösa och obekväma med situationen. Detta kan göra att de väljer sina ord på ett sätt som de kanske inte skulle gjort utan bandspelaren (Bryman 2011). Jag är medveten och har haft detta i åtanke under uppsatsens gång. Fördelen med att använda sig av inspelnings-apparat är att det blir lättare att koda intervjuerna sedan. Jag kan lyssna på intervjuerna flera gånger vilket innebär att risken för missförstånd i kodningen minskas vilket kan öka tillförlitligheten (Bryman, 2011).

Metodval

I denna studie valde jag att använda mig av semistrukturerade intervjuer av den anledningen att jag inte var ute efter någon så kallad sanning utan att jag snarare ville ha fram en slags hypotes som skulle generera i en frågeställning. Genom att använda semistrukturerade

intervjuer kunde jag få fram detta då frågorna är mer allmänt formulerade än vid strukturerade intervjuer (Bryman 2011). Fördelen med att använda en semistrukturerad intervju är att frågorna är specificerade men där jag som intervjuare har möjlighet att fördjupa mig i vissa frågor, vilket inte skulle vara möjligt i samma utsträckning om jag hade använt mig av en annan metod. En dialog kan skapas och jag kan därmed förtydliga och utveckla de svaren jag får. Intervjupersonen kan svara på frågorna med egna ord samtidigt som jag får en jämförbarhet till min analys (May, 2009).

Avgränsning

I uppsatsen har jag valt att avgränsa mig till DBT-metoden och hur behandlare inom metoden ser på anhörigas situation samt hur den professionelle kan stötta anhöriga till ungdomar med självskadebeteende med hjälp av metoden. Anledningen till detta är att jag ville undersöka hur den här metoden kan stötta anhöriga, då det finns forskning som visar att metoden har varit effektiv mot den här problematiken (Lundh & Wångby, 2007). Vidare har jag valt att lägga fokus på anhöriga till ungdomar istället för på ungdomarna direkt, då min uppfattning är att de inte vet vart de ska vända sig för att få stöd, då det enligt Lunds universitets etiska riktlinjer inte är korrekt att intervjua anhöriga och ungdomar direkt. Ungdomarna har stöd från till exempel barn- och ungdomspsykiatri men de anhöriga kommer i skymundan. Varför jag har valt att avgränsa mig till anhöriga till unga med självskadebeteende är att studier har visat att ungdomar med självskadeproblematik tillfrisknar snabbare om de anhöriga får hjälp under tiden som ungdomen får behandling. Min ambition var att intervjua personer på olika arbetsplatser som arbetade med ungdomar med självskadebeteende utifrån DBT-modellen. Då denna modell endast ges på ett fåtal platser i Sverige fanns det svårigheter i att hitta intervjupersoner som inte arbetade på samma arbetsplats. Antalet intervjuer blev därför begränsade till fyra stycken vilket gör att några generella slutsatser inte kan tas, trots det kan likheter och olikheter urskiljas som jag anser vara intressanta. En aspekt som dock i efterhand skulle kunna anses vara intressant är om någon av intervjupersonerna hade varit man för att se om svaren hade skiljt sig nämnvärt åt. Då metoden är manualbaserad bör det inte vara så men det är en intressant aspekt. Det hade även varit intressant att utöver könsperspektivet få in åldersperspektiv samt utifrån ett större geografiskt perspektiv, dessvärre fanns det inte utrymme för detta i denna studie varför jag valt att bortse från det. Ytterligare en aspekt som

hade varit intressant hade varit att få med ett brukarperspektiv, anhörigas upplevelser, men på grund av de etiska övervägandena var detta ej möjligt.

Etiska överväganden

När en undersökning ska göras måste forskaren ta hänsyn till en del etiska överväganden som bland annat Vetenskapsrådet har. Dessa krav är till för att skydda deltagaren, på så sätt att den kan känna att det är acceptabelt att avsluta sitt deltagande om denne vill. Kraven är även till för att hjälpa mig att reflektera och få insikt i mitt ansvarstagande. Nedan beskriver jag de krav jag använde mig av och hur jag ställde mig till dem i förhållande till min uppsats.

Innan mina intervjuer skickade jag ut ett informationsbrev där jag förklarade syftet med min uppsats. I informationsbrevet meddelade jag att intervjun var frivillig och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan samt att intervjupersonerna fick information om att jag skulle använda mig av en bandspelare men att även det var frivilligt. Det här kallas enligt Vetenskapsrådet 2011 för informationskravet. I min uppsats har jag avidentifierat mina intervjupersoner på så sätt att jag har döpt dem till intervjuperson 1, 2, 3 och 4, för att intervjupersonerna inte ska kunna kännas igen och för att de ska känna sig tryggare i att prata fritt och öppet. Jag ville dock ändå att man i min studie ska kunna koppla de olika svaren till samma informant varför jag valde att numrera dem. Bandinspelningarna och transkriptionerna har endast jag tagit del av för att kunna hålla mina intervjupersoner konfidentiella. Detta har gjorts för att intervjupersonerna ska kunna känna sig säkra på att det som sägs under intervjuerna inte går att koppla tillbaka till en enskild intervjuperson. Enligt Vetenskapsrådet (2011) kallas det här för konfidentialitetskravet.

Reliabilitet

Reliabilitet innebär huruvida samma resultat kan komma att återupprepas vid en liknande studie. Detta gäller främst vid kvantitativa studier varför det är svårt att få en högre reliabilitet vid en kvalitativ undersökning. Dock nämner Bryman (2011) att reliabilitet kan liknas vid pålitlighet vid en kvalitativ studie varför jag har valt att problematisera *pålitligheten* snarare

än reliabiliteten. Pålitligheten kan i detta arbete anses vara hög då jag transkriberat allt mitt material, analyserat det utifrån flera analysmetoder samt ställt liknande frågor till samtliga informanter. Dock har varje informant sin syn och sina erfarenheter kring DBT-modellen varför resultatet skulle kunna komma att bli annorlunda vid en replikation.

Validitet

Validitet innebär att undersöka huruvida det som ska mätas har mätts (Bryman, 2011). Då jag redan i mitt intervjubrev har varit tydlig med det syfte som denna undersökning har, har intervjuerna och de frågor som ställts varit förenade med min undersöknings frågeställningar och syfte. Detta innebär att jag har fått fram ett material som är förenligt med mina frågor. Samtidigt har jag under intervjuerna varit noggrann med att kontinuerligt ifrågasätta informanterna ifall jag förstått dem rätt. Därför menar jag att validiteten i denna studie är av hög kvalitet.

Analys

I analysen kommer tolkning göras utifrån mina frågeställningar med hjälp av teorierna systemteori och copingteori samt tidigare forskning.

Behovet av stöd och hjälp samt metoder som används inom dialektisk beteendeterapi

Hur behandlarna ser på behovet av stöd och hjälp hos anhöriga

De anhöriga är i behov av hjälp och stöd från samhället då de kan inneha känslor av stor sorg över situationen de befinner sig i samt för att ha möjlighet att vara ett fortsatt stöd för sin närstående. Ytterligare en anledning till att de anhöriga är i behov av stöd och hjälp från samhället är att de kan uppleva stor stress, samtidigt som ungdomens tillfriskningsprocess går fortare om även anhöriga får stöd (Rissanen, 2009). Att känna stress som anhörig kan upplevas som att vara en börda för ungdomen vilket vill undvikas. Den närstående vill till fullo kunna vara ett stöd för den sjuke varför stress inte får komma i vägen för detta. Det är även viktigt för anhöriga i sitt stödjande arbete att de har ett gott nätverk och om detta inte

finns är det av extra stor vikt att de kan få insatser från samhället, vilket intervjuperson 4 lyfter fram som någonting är viktigt.

I den här behandlingen som vi erbjuder här på mottagningen, dialektisk beteendeterapi, så ser vi de anhöriga som en viktig del i att de ska få stöttning och hjälp vid sidan av sitt eget arbete med sin ungdom med problem. Sen erbjuder vi även en föräldrarutbildning med inriktning på dialektisk beteendeterapi där föräldrarna får möjlighet att hjälpa sig själva, för de behöver de.

Hjälp alltså, för då kan de kanske hjälpa sin ungdom på ett bra sätt.

Intervjuperson 4

Vid sidan om att ungdomen går i färdighetsträning, som det heter, och att de får individuella samtal så erbjuder vi också familjesamtal under tiden, parallellt med att ungdomen går här i behandling, där de kan prata om olika saker, som olösta konflikter, med oss.

Intervjuperson 1

Som intervjuperson 1 ovan uppger använder sig behandlarna inte bara av dialektisk beteendeterapi i form av färdighetsträning där anhöriga får lära sig att ta hand om sig själva, utan även av familjesamtal och då familjesamtal ofta innefattar familjeterapi använder de sig av systemteori i sitt arbetssätt. Att de använder sig av systemteori i sina familjesamtal kan bero på att de anser att anhöriga är viktiga, som intervjuperson 4 beskriver, då de kan stötta sin ungdom bättre om de själva får stöd. Systemteori ser familjen som en helhet där varje del är viktig, dels var och en för sig men även för helheten för att familjen ska hitta en jämvikt (Lundsbye et.al 2007). Att behandlarna inom DBT inte använder sig enbart av dialektiskt beteendeterapi framgår även tydligt av citatet nedan:

Det finns många olika förklaringsmodeller och teorier, alltifrån psykodynamisk teori till familjeterapeutisk terapi. Det finns ju många olika teorier som vi har för att kunna förstå olika tillstånd och bl.a självskadebeteende. Det som är lite fuffigt är att jag ju anammar den synen som är och som finns till grund med det jag jobbar med. Jag behöver ta till mig den synen och den beskrivningen och förklaringsmodellerna för att kunna sen jobba och tillämpa det i behandlingen. Sen är det ju inte sanningen, det är ett sätt och se på det.

Intervjuperson 1

Genom att inte fullt ut hålla sig till en teori utan även kunna arbeta lite utanför ramarna och in i det systemteoretiska kan vara en fördel för att få en helhetssyn dels på familjen och dess system och dels på ungdomens problematik (Schöjdt & Egeland, 2010).

Jag kan tänka mig att föräldrarna har det jättesvårt, att de går runt med en massa oro i kroppen, syskonen med. Oro för att ungdomen med problem ska skära sig så att de kanske dör. Vissa anhöriga kan även tycka att det är pinsamt att andra vet om vilka problem denna familj har.

Intervjuperson 4

I ”Anhörig 300 – slutrapport” (Socialstyrelsen, 2012c) framkommer det att det är vanligt för anhöriga att känna ett stort ansvar över ungdomen med problematiken, precis som intervjuperson 4 ovan beskriver. Detta ansvar kan kännas väldigt överväldigande och göra så att de anhöriga känner ett stort behov av avlastning känslomässigt. Att ta på sig ansvaret för en ungdoms välmående kan vara både psykiskt och fysiskt påfrestande varför dessa anhöriga tillhör en utsatt och mycket pressad målgrupp. Något som hade kunnat hjälpa de anhöriga att slappna av hade varit lite tid för sig själva. Egentid kan dock vara sällsynt då en ungdom med psykisk ohälsa finns i ens närhet eftersom den anhöriga gärna vill hålla konstant uppsyn över ungdomen för att kontrollera att denne inte kommer att göra någonting drastiskt som exempelvis skada sig själv (Socialstyrelsen, 2012c).

I rapporten ”Anhörig 300” (Socialstyrelsen, 2012c) framkom det även att efter avslutat projekt så kom att ske en stor förändring i kommunerna när det kom till stödet för anhöriga då behovet av stöd till anhöriga var stort och fortsätter att växa. Det framkom även i rapporten att det är en påfrestande situation för de anhöriga och att det är ett stort ansvar som vilar på deras axlar vilket leder till att de behöver få hjälp med att ventilera sina problem. En intressant sak som visades i rapporten var att med stödinsatser från samhället upplevdes ansvaret inte som lika tungt av de anhöriga. Rapporten visade även på att det behövdes insatser som riktades direkt till de anhöriga då de alla är egna individer och behöver eget individuellt stöd för att orka med vardagen (Socialstyrelsen, 2012c).

Chen och Lukens (2011) har gjort en studie där de framkommer att det ställs stora krav på de anhöriga när de har en närstående med psykisk sjukdom som till exempel självskadebeteende. Med dessa stora krav följer även ett stort ansvar. Hela livet förändras när man har en närstående med självskadeproblematik. De anhöriga har uppgett att de upplever sin relation till den sjuke som ansträngd och behöver därför hjälp utifrån för att lära sig hantera detta och för att kunna fortsätta ha en god relation till den drabbade. Stödet som de anhöriga kan få av sitt nätverk och av professionella behandlarna räknas som den största skyddsfaktorn de har (Chen och Lukens, 2011).

Genom intervjuerna går det att förstå att det finns många anhöriga som är i behov av hjälp vilket de har möjlighet till att få genom DBT-metoden. Intervjuperson 3 berättare vidare om att det förr var vanligt med familjeterapi och kognitiv terapi men där de anhöriga inte fick den hjälp de var i behov av. Däremot kunde behandlaren se att behovet av stöd till anhöriga fortfarande fanns och att det var viktigt att kunna ge dem det stöd de behövde.

*Ofta kanske de inte är medvetna om att ja om vad de behöver göra för att stötta på rätt sätt,
så man kan hamna i onda cirklar så att säga.
Att de kanske många gånger kan förstärka ett negativt beteende
utan att riktigt förstå att de gör det och att de behöver hjälp i det.*

Intervjuperson 2

Det intervjuperson 2 ovan beskriver kallas enligt systemteori för negativ feedback vilket kan innebära att den relation som finns mellan ungdomen och den anhöriga försämras, eftersom den anhöriga förstärker sitt eget och/eller ungdomens redan negativa beteende. Det kan på sikt skapa en ond cirkel som på egen hand kan vara svår att bryta (Lundsbye et al. 2007). Om det blir en ond cirkel kan familjen behöva familjesamtal utöver annan behandling för att få hjälp att bryta mönstret och för att undvika att relationen dem emellan skadas ytterligare (ibid.).

Sammanfattningsvis går det att utläsa att forskningen stämmer överens med vad mina intervjupersoner har svarat. Både forskningen och intervjuerna menar att anhöriga är viktiga på så sätt att det är viktigt att anhöriga får det stödet och den hjälp de själva anser att de är i behov av. Det här skulle kunna förstås med hjälp av systemteorin och att familjen är större än

delarna. Eftersom att det är delarna i familjen som tillsammans bildar helheten är familjen i behov av att hela familjesystemet mår bra. Om ungdomen mår dåligt, kommer detta påverka resten av familjen, vilket gör att hela familjen är i behov av stöd på ett eller annat sätt (Lundsbye et. al., 2007). Behandlaren ger individen feedback som kan vara av positiv eller negativ karaktär enligt ett systemteoretiskt perspektiv. Beroende på hur de anhöriga reagerar kan behandlaren använda sig av feedback för att antingen förstärka beteendet så att anhöriga fortsätter med sitt handlande, vilket då är positiv feedback, medan negativ feedback innebär att behandlaren påverkar den anhörige att ändra sitt beteende (Schöjdt & Egeland, 2010).

Familjeband

En av mina intervjupersoner pratade om hur flertalet anhöriga efterfrågat kontakt med andra anhöriga i liknande situation.

Vissa har uttryckt att de vill kunna ha andra i samma situation att prata med. Få tips och råd av. Att få ha någon annan att dela sina problem med. Någon att prata med om varför det blev så här och sånt. Och i och med Familjeband så får de ju träffa andra i samma situation!

Intervjuperson 3

I flera kommuner runt om i landet erbjuds dialektisk beteendeterapi. I metoden finns ett anhörigprogram som benämns Familjeband. Där får anhörig möjlighet att träffa andra i en liknande situation.

Anhörigprogrammet Familjeband har enligt studier gjort en märkbar skillnad i mående för anhöriga som deltagit. De känner en skillnad i sitt egna psykiska mående, någonting som kan smitta av sig på deras barn som i sin tur då kan börja må bättre (Lundh & Wångby, 2007).

Föräldrarna får göra övningar i hur man kan vara bekräftande i samtal och göra rollspel och så. Det är även bra för de anhöriga att lära sig att det ibland finns så mycket mer de kan göra för ungdomen, utan att de får lära sig att acceptera situationen och bara finnas där för personen med självskadebeteendet.

Intervjuperson 1

I Familjeband får anhöriga lära sig färdigheter som är rakt av matchade med färdigheterna som ungdomarna får lära sig. Något av det första de anhöriga informerades om var att de inte skulle gå anhörigprogrammet Familjeband för sin närståendes skull utan för sin egen då Familjeband har som mål att få de närstående att må bättre. Om anhöriga mår bättre kan de bättre finnas som stöd för den unge med självska­deproblematik.

Familjeband är ju en undervisning på ungefär 12-15 gånger där man sitter i grupp. Vad som är viktigt där, som jag tänker, är att den anhöriga inte går dit för att den anhöriges skull går utan att den går dit för sin egen skull.

Men det handlar om att den anhöriga ska kunna ta hand om sig själv på ett annat sätt och om hon, den anhörige, mår bättre så mår patienten bättre.

Intervjuperson 2

Även intervjuperson 3 ger exempel på vad föräldrarna får lära sig av Familjeband:

Vi lär ut hur de anhöriga ska försöka resonera och tänka... Typ att man inte är dömande och väldigt arg och att man kan förmedla att jag blir väldigt orolig när du gör såhär... förmedla till ungdomen att man blir orolig när den beter sig som den gör, att skada sig själv. Vi pratar även om hur föräldrarna ska kunna lära sig att komma ner i varv och inte ta en diskussion när man är arg.

Intervjuperson 3

Ur citatet ovan går det att utläsa att de anhöriga får lära sig olika copingstrategier för att på ett bättre sätt hantera sin situation. Genom att lära sig att hantera situationen på ett konstruktivt sätt och på så vis använda sig av aktiv coping, kommer de anhöriga att må bättre, vilket på sikt får ungdomen att må bättre (Brattberg, 2008; Rissanen 2009).

Hoffman et. al. (2005) har gjort en studie om anhörigprogrammet Familjeband i USA där syftet var att se om de anhöriga mådde bättre efter avslutat program. Resultaten visade att efter tre månader kände anhöriga mindre sorg och belastning, samtidigt som de kände att de kunde bemästra situationen bättre. Det visade sig även att anhöriga ansåg att de hade mer information om sin ungdoms självska­de­beteende och genom att få träffa andra i samma situation hade de ökat sin förståelse för sitt barns självska­de­beteende. Vidare visade resultatet

att genom att få lära sig de olika färdigheterna som att använda sig av bekräftelse och empati kunde de nu lättare hantera sin egen situation samtidigt som de hade lättare för att hantera sin ungdoms problematik och därmed hjälpa ungdomen på ett bättre sätt. De har även efter avslutat program fått ett större nätverk vilket gör att anhöriga känner en trygghet i att kunna kontakta personer som vet vilken situation de befinner sig i (ibid.).

I Sverige har en motsvarande studie genomförts (Lundh & Wångby, 2007). Det som är intressant är att trots att studierna är oberoende av varandra och gjorda i två olika länder visar resultatet i princip samma sak. Anhöriga upplever att de mår bättre efter avslutat program, att de känner en minskad börda och oro samt att de har lättare för att acceptera situationen utan att döma den unge. De säger även att de numera handlar mer medvetet än de gjorde innan programmet. Även här anser de anhöriga att de har mer information om självskadebeteende och att de kan ta stöd av andra i samma situation (ibid.).

Då studierna visar liknande resultat bör detta övertyga om att *Familjeband* inom dialektisk beteendeterapi hjälper anhöriga till ungdomar med självskadebeteende att hantera sin situation och få de anhöriga att må bättre (Lundh & Wångby, 2007; Hoffman et.al., 2005). Samtidigt stämmer forskningen överens med mina intervjusvar där behandlarna svarar att de anhöriga oftast är nöjda med *Familjeband*, att de har fått nya kontakter och att de har fått lära sig att ta hand om sig själva (ibid.).

Det sker olika saker i olika relationer, vilket kan göra att det ibland är lättare för en behandlare att prata om ett ämne som är svårt för den anhörige att själv ta upp med sitt barn. Det är därför en klar fördel om den unge kan låta sina anhöriga delta i behandlingen. Exempelvis kan det finnas en konflikt mellan ungdomen och en förälder som inte är löst som föräldern/föräldrarna anser är extra påfrestande och där behandlaren kan få gå in och hjälpa till att reda upp. Dock är det enligt systemteorin viktigt att veta vilka subsystem konflikten gäller då resultatet kan te sig olika beroende på vilka system behandlaren lägger fokus på (Schöjdt & Egeland, 2010). Om konflikten blir löst bör detta leda till att den anhörige och ungdomen får en bättre relation. Eftersom forskning visar att anhöriga har lättare för att acceptera situationen efter *Familjeband*, kan detta leda till att ungdomen känner att den kan gå

till sina föräldrar med sina problem, vilket blir en positiv spiral mot ett bättre mående (Lundh & Wångby, 2007; Hoffman et.al., 2005).

Ansträngda relationer och upplevd maktlöshet

Av intervjuerna framkom att samtliga behandlare ansåg att anhörigas situation var svår och ansträngande.

*De [anhöriga] måste ju ha det fruktansvärt stressande och vara jätteoroliga naturligtvis.
I grund och botten är de flesta troligen väldigt irriterade och arga och... eh...
förvirrade och rådlösa. Så de måste ha en förfärlig stress. Det måste vara läskigt
för de anhöriga, att någon de står nära är självskadande.*

Intervjuperson 3

Ansträngda relationer

De anhöriga som dagligen är i direkt kontakt med en ungdom som har ett självskadebeteende har uttryckt att de får ansträngda relationer (Chen & Lukens, 2011). Den konstanta oron kan väcka olika känslomässiga reaktioner som försvårar möjligheterna till att bygga bra och stabila band mellan sig. De anhöriga kommer påverkas hela livet av att en närstående är sjuk på så sätt att de kommer fortsätta oroa sig över ungdomens hälsa även om hon eller han har blivit friskförklarad. Föräldrarna kan även drabbas hårt av sorg över att deras ungdom har drabbats av psykisk sjukdom, vilket självskadebeteende kan ses som. Sorg är dessutom en av de största riskfaktorerna som finns för att anhöriga själva ska börja må dåligt (Chen & Lukens, 2011).

Forskningens empiri överensstämmer med vad mina intervjupersoner har sagt. Forskningen visar till exempel att de anhöriga känner stor press och oro över sitt ansvar över den ungdom som skadar sig (Chen & Lukens, 2011). De anhöriga har då en möjlighet att använda sig av den känslufokuserade copingen. Det innebär att den anhörige tar hand om sina egna känslor, de inre problemen, för att på så sätt kunna bearbeta sin situation (Brattberg, 2008). Det kan dock vara så att den anhöriga helt enkelt behöver förlika sig med (copa) att situationen är som den är, att relationen mellan den anhöriga och ungdomen för närvarande är ansträngd. Genom

att känna ansvar över sin ungdoms handlingar kan det dock vara bättre att använda sig av den problemfokuserade copingen då denna teori är mer konstruktiv och även tar hand om känslorna på ett konstruktivt sätt. Dock kan ovan nämnda copingstrategier fungera då det till stor del beror på individuella faktorer vilken strategi som passar vilken individ. Det finns ingen rätt eller fel copingstrategi utan varje strategi kan vara anpassningsbar i vissa situationer. I den ansträngda situationen som de anhöriga befinner sig i kan det vara svårt för dem att finna fungerande copingstrategier då de istället vill att behandlaren ska fokusera på ungdomen så att denne blir frisk. Detta kan i sin tur leda till att den anhöriga är kapabel till att ta emot hjälp för sin egen del (ibid.) varför det kan bli svårt att upprätthålla homeostasen i familjen. Det system som ungdomen och dess anhöriga ingår i behöver arbetas på i sin helhet, för att de ska hitta tillbaka till homeostasen (Lundsbye et al. 2007). Om detta inte sker kan det bli svårt för den anhöriga att vara ett stöd till sin ungdom vilket kan göra att tillfriskningsprocessen tar längre tid, både för den anhöriga och ungdomen.

Maktlöshet

I en familj där en det finns en ungdom med ett självska debeteende känner de anhöriga sig ofta maktlösa (Lundh et. al., 2011). Intervjuperson 1 beskrev att det ofta händer att de anhöriga känner sig maktlösa och att de inte förstår riktigt vad de ska göra varför de även kan känna sig hjälplösa. Hon berättade vidare att det blir en väldigt stor belastning för de anhöriga och de behöver mycket hjälp själva för att kunna stötta sin anhörige på ett bra sätt. Människan mår bra av att känna att hon har kontroll över sitt liv och på så sätt klarar av fler påfrestningar. Enligt copingteori kan det förklaras som att de anhöriga inte har någon fungerande copingstrategi varför de upplever en känsla av maktlöshet (Brattberg, 2008). Genom att finna en strategi som fungerar efter deras förutsättningar kan känslan av maktlöshet reduceras.

Att känna sig ha kontroll innebär att den enskilde har möjlighet att påverka det denne kan och har förmågan att acceptera det denne inte kan påverka. Om individen inte tror att sig ha kontroll kan känslan av hjälplöshet och maktlöshet lättare uppstå. Om den enskilde inte innehar en känsla av kontroll över en viss situation, kan denne återfå känslan av kontroll via sammanhang som exempelvis dialektisk beteendeterapi som kan bistå med anhörigräffar. Genom att träffa andra i en liknande situation kan den anhöriga använda sig av den problemfokuserade copingen vilket innebär att den anhöriga tar tag i de yttre problemen och

försöker hitta lösningar på det - till exempel att på bästa sätt stötta sin ungdom (Brattberg, 2008). Detta innebär att det stöd som anhöriga kan få via DBT kan ge dem verktyg för att finna en copingstrategi som passar dem.

*Många anhöriga har uttryckt sig om att de inte vet vad de ska ta sig till.
Vad de ska göra. De har inga verktyg för att kunna hjälpa sin lilla flicka eller pojke.
De vill så gärna ha hjälp, de anhöriga, men vet inte var de ska få hjälp ifrån.*

Intervjuperson 2

Att de anhöriga påverkas av att en närstående har en självskadeproblematik är inte så konstigt menar intervjuperson 3 och fortsätter med att berätta att den här gruppen (ungdomar med självskadebeteende) har statistiskt sett högre procent på fullbordade självmord än någon annan grupp och att denna vetskap måste vara tungt för de anhöriga att känna till. Dessa oerhörda skuldkänslor de anhöriga måste ha när någon de bryr sig om har gått så långt i sitt självskadebeteende att det leder till ett självmord, menar intervjuperson 3, kan inget annat än påverka de anhöriga.

Det går att utläsa av tidigare forskning (Chen & Lukens, 2011) och av intervjupersonernas utlåtanden att anhöriga påverkas hårt av att de har en närstående som har en självskadeproblematik. De är överens om att det finns ett stort behov hos de anhöriga att få hjälp, stöd och råd i sin vardag för att på ett bättre sätt kunna hjälpa sin närstående. Kunskapen kring att de anhöriga behöver stöd är inte någon nyligen vetenskaplig sensation då detta varit fakta i tiotals år och det intressanta är hur det kommer se ut i framtiden, dels om de anhöriga inte får tillräckligt med stöd men även om stödet till dem ökar. Oavsett vilket ingår de anhöriga i ett system, subsystem eller suprasystem och dessa system behöver ibland lite stöd och hjälp från omgivningen för att fortsätta vara stabila och funktionella system (Schöjdt & Egeland, 2010).

Även flertalet av intervjupersonerna talade om detta - att ”gå runt som på nålar” - då ungdomen inte berättar när eller hur hon eller han kommer att försöka skada sig nästa gång. Lundsbye et.al (2007) beskriver en del i systemteorin som kallas kommunikationsteori. Det är en teori som handlar om att kommunikation inte enbart behöver ske verbalt utan att den även

kan ske icke-verbalt – alltså hur personer kommunicerar med varandra utan att använda ord genom exempelvis kroppsspråk, tonläge etcetera. Detta innebär att det är av vikt för de anhöriga att kontinuerligt hålla ett extra öga på ungdomen för att kunna avläsa hur ungdomen mår och/eller om hon eller han betar sig extra nervöst eller verkar dålig just den dagen. Det finns här ett stort behov från de anhörigas sida att få hjälp med att tolka detta ickeverbala språk som påverkar hur relationerna fungerar mellan de anhöriga och dess närstående (Lundsbye et.al., 2007).

Utmaningar och styrkor

Stressrelaterade utmaningar

Stress och oro är vanliga känslor för personer som är anhöriga till en ungdom med självskadeproblematik. Anhöriga använder sig av många olika strategier för att de ska kunna klara av att hantera de svåra situationer som uppstår. Stress försämrar de anhörigas välbefinnande väsentligt och bidrar till att känslan av börda blir större (Chen & Lukens, 2011). När en anhörig har den här stressen och oron inom sig kan det vara av stor vikt att den anhöriga har bra utvecklade copingförmågor och copingstrategier. Om den anhöriga har bra utvecklade copingförmågor kommer den med stor sannolikhet att ta sig igenom den svåra situationen på ett problemlösande sätt och kommer att ha utvecklats av situationen. Det kan vara att den anhöriga klarar av att vara ett bra stöd till sin ungdom (Brattberg, 2008). Genom att vara ett bra stöd till sin ungdom samt kunna hantera sin stressnivå kan relationen mellan den anhörige och ungdomen förbättras vilket enligt systemteorin skulle kunna innebära att familjen får en mer normal homeostas - det vill säga - uppnår en jämvikt inom familjen (Lundsbye et.al 2007). Om familjen däremot inte hittar tillbaka till sitt normaltillstånd kan det innebära att det uppstår slitningar i relationen mellan familjemedlemmarna vilket i sin tur kan få konsekvenser i form av en bristande kommunikation samt att relationen kan bli än mer skadad (ibid.).

Alltså, att vara anhörig och leva tillsammans med en person som har sådan svår problematik som självskadebeteende lever i oerhört pressade situationer. Om man inte levit i sådan situation själv så är det svårt att föreställa sig vilken oerhörd press det är.

Tänk att gå runt som på nålar tjugofyra timmar om dygnet.

Utmaningar vid nekande av kontakt med anhöriga samt vilken hjälp behandlaren då kan ge

Samtliga intervjupersonerna belyste det faktum att behandlare inom DBT-metoden arbetar med ”consultation to the patient”, vilket innebär att behandlarna inte får prata med anhöriga om hur deras ungdom mår om ungdomen inte gett behandlaren sitt medgivande.

Om de anhöriga är oroliga fick de alltid gå genom patienten och ibland blev det oerhört frustrerande för de anhöriga om patienten inte vill att jag skulle prata med den anhörige.

Då får man ju ge dem en annan stödkontakt - att de får prata med någon annan på mottagningen kring deras oro och rädsla.

Att behandlarna inte tar någon kontakt med anhöriga utan lov från ungdomen kan enligt systemteorin vara negativt då den anhörige kan uppleva att den inte får vara med i planeringen i behandlingen och på så sätt känna sig utanför. Konsekvensen av detta kan bli att relationen mellan den anhöriga och ungdomen förändras negativt vilket innebär att någonting bör ske för att återställa homeostasen (Lundsbye et.al, 2007) till exempel att behandlaren får sitta ner med familjen och förklara hur det fungerar, att behandlaren har sekretess och av den anledningen inte kan lämna ut några uppgifter om ungdomen utan tillåtelse.

Så jag tar inte någon egen kontakt med de anhöriga om jag inte får det för patienten.

Men uttrycker patienten att den anhöriga har ett önskemål så gör jag gärna det men patienten måste vara med, för att jag gör allt genom patienten, så jobbar vi med DBT.

I intervjuerna framkom det att behandlarna ser en del utmaningar med sitt arbetssätt exempelvis när anhöriga efterfrågar konkret hjälp.

En av svårigheterna i det, det är att vi får ofta den frågan och den önskan från anhöriga som lyder såhär:

hjälp oss, säg till oss vad vi ska göra, hur ska jag ta hand om min anhörige?

I en intervju framkom det, som citatet ovanför visar, att anhöriga som kommer för att delta i DBT's föräldrautbildning ofta vill att behandlarna ska tala om för dem hur de ska bete sig gentemot sina barn och vill konkret veta hur de ska kunna hjälpa dem. Meningen med *Familjeband* är inte att föräldrarna ska lära sig att stötta sina barn, det är behandlarna till för, meningen är att föräldrarna ska lära sig att ta hand om sig själva för att orka ta hand om sitt barn och stötta det, oavsett om föräldern är en del av ungdomens behandling eller inte. För att ett familjesystem ska fungera behöver systemet ha minst en fungerande föräldrar som tar ansvar. Om det av någon anledning inte finns någon förälder som kan styra upp systemet och ta ansvaret över barnen börjar systemet falla sönder (Lundsbye et.al., 2007). En intervjuperson hade en bra metafor för detta; " ta syrgasmasken och sätt på ditt ansikte först, innan du sätter den på de som är vid sidan om, till exempel till barn - först behöver *du* syre så att du kan sätta syre på dem bredvid "

*Svårigheterna med patienterna är alla de starka känslolåslagen som smittar av sig på oss.
Så vi måste ha... man måste vara välutbildad och ha bra handledning och god självkännedom.
Bra ärlighet mot sig själv så att man kan reglera sina egna känslor och inte bara
slänga tillbaka hur som helst. Om patienten kommer in och har vrålångest så väcker du ju ångest
hos mig.*

De flesta menar att det svåraste är att hantera de starka känslor som kan uppstå mellan behandlare och anhörig. Detta kan bero på att behandlaren och den anhörige tillsammans bildar ett suprasystem vilket delvis innebär att det finns en viss känslomässig koppling mellan dessa två personer. Därför kan det även bli svårt för behandlaren att hålla sig objektiv i sitt arbete (Schöjdt & Egeland, 2010).

Under intervjuerna framkom det att behandlare inom DBT-metoden lider av en stor arbetsbörda. Citaten visar på att det finns anhöriga som är i behov av stöd och hjälp.

Våra grupper blir fulla ganska snabbt. Just nu skulle vi kunna ha två grupper igång och de fylls ganska fort.

Intervjuperson 2

En annan svårighet med arbetet kan enligt intervjupersonen nedan vara att det ibland kan vara svårt att motivera DBT-metoden för sin arbetsgivare och att det i just det här teamet skulle behövas fler behandlare. Forskning visar som sagt att metoden fungerar bra både på anhöriga och personer med självskadebeteende och att metoden fungerar bättre än andra metoder då DBT är specifikt utvecklat för just den här typen av mående (Lundh & Wångby, 2007). Forskning är inte allt, men den pekar i en riktning som säger att metoden fungerar och personal inom socialt arbete arbetar just för att patienter ska få en så bra livskvalité som möjligt.

Svårigheten tycker jag är att hitta tid för det och att hitta.. också att arbetsgivaren förstår att det behövs behandlare som kan jobba med den här modellen och enligt det här behandlingssättet då.

Intervjuperson 1

Att behandlarna upplever en stor arbetsbörda samt att de kan behöva motivera metoden för arbetsgivare, kan gå ut över relationen mellan den anhöriga och behandlaren. I nästa steg skulle även detta kunna leda till att relationen mellan den anhöriga och ungdomen blir någon sämre. Enligt systemteorin kan då homeostasen förändras och en negativ effekt av det kan vara att den anhörige känner att den inte orkar mer vilket resulterar i att den använder sig av mer negativ feedback gentemot sin ungdom än positiv feedback (Schöjdt och Egeland, 2010). Detta kan även förklaras utifrån copingteorin där den anhöriges copingstrategier i det läget kanske inte fungerar som de ska (Brattberg, 2008) vilket kan innebära att det blir mer konflikter inom familjen just eftersom den anhörige inte orkar stötta ungdomen om den själv inte får det stödet den behöver.

Styrkor

Såväl som behandlarna upplever utmaningar upplever de även styrkor med DBT-metoden och sitt arbetssätt vilket intervjuperson 2 visar i citatet nedan:

Styrkorna tycker jag är att det finns en väl utvecklad behandlingsmodell som har gett väldigt bra resultat och att i och med att vi är inne i den här behandlingen och har tackat ja till alla delar som den här DBT-behandlingen innebär, så har vi sett att man får ett väldigt bra resultat, att de allra flesta blir hjälpta av det.

Intervjuperson 2

Styrkorna ser jag att nu är vi ett större team och vi är flera stycken som jobbar med DBT så nu kan vi ha flera familjebandsgrupper i gång, för de blir fulla ganska snabbt. Så det finns mer möjligheter, inte så många svårigheter faktiskt.

Intervjuperson 4

Alla behandlarna pratar gott om DBT som metod och menar att det finns forskning som visar att metoden fungerar framgångsrikt vilket är en stor styrka. Hoffman et. al. (2005) har gjort en av de studier som har visat att DBT-metoden är framgångsrik. Studien visar att de anhöriga efter avslutat program klarar av att bemästra sin situation på ett bättre sätt och har ett bättre psykiskt mående (ibid.). Behandlarna menar samtidigt att det alltid kan göras mer för att stötta anhöriga men att Familjeband är ett steg i rätt riktning.

Styrkorna är att lära ut färdigheter så att de kan orka och finnas kvar som anhöriga – för att de är viktiga!

Det har visat sig att ett känslomässigt över-engagemang från den anhörige till den som har de här svårigheterna ökar chansen att de överlever. Så att anhöriga är viktiga men de måste ju finnas kvar på lång sikt.

Intervjuperson 3

En studie visar att i de fall föräldrar och anhöriga har fått stöd och hjälp i sitt eget mående för sin egen del har dessa lättare för att stötta sin ungdom i deras mående (Oldershaw et.al 2008).

Om behandlaren lär ut färdigheterna till de anhöriga och på så sätt stöttar de anhöriga kommer de anhöriga med stor sannolikhet lättare kunna hjälpa sin ungdom att tillfriskna snabbare. (Rissanen 2009; Lundh & Wångby 2007). Eftersom flera studier visar att metoden är framgångsrik kan det antas att de anhöriga lärt sig copingstrategier som fungerar vilket kan underlätta för den anhörige i dess vardagliga liv och förhoppningsvis har den anhöriga blivit starkare (Brattberg, 2009). I förlängningen innebär detta även att den anhörige är ett bättre stöd till sin ungdom, eftersom den anhörige fått det stödet den behöver (Rissanen, 2009).

Slutdiskussion

Forskning visar att anhöriga till närstående som har självskadeproblematik är i behov av stöd då de känner sig oroliga, pressade och maktlösa över den situation de befinner sig i. Stödet kan bestå av både enskilda samtal eller av anhörigrupper vilket många anhöriga oftast känner sig hjälpta av (Socialstyrelsen, 2012c). Inom DBT-metoden finns stöd specifikt till anhöriga till en ungdom med ett självskadebeteende. Stödet kan bestå av familjesamtal där ungdomen kan vara närvarande eller välja att ej själv delta. Anhörigprogrammet Familjeband är ett annat exempel på vilket typ av stöd närstående kan få. Forskning visar på goda resultat då anhöriga som har genomgått programmet uttrycker att de mår bättre. De har i anhörigprogrammet fått lära sig olika färdigheter som har gjort att deras oro har minskat och deras självkontroll ökat vilket har lett till att de upplever att de behärskar sin situation bättre (Lundh och Wångby, 2007; Hoffman et. al. 2005). Intervjupersonerna i min studie uppmärksammar det som forskningen visar, att Familjeband har en positiv påverkan på de anhöriga och att de uppger att de anhöriga efter avslutad behandling mår bättre. Samtidigt har ingen av intervjupersonerna uppgett någon kritik mot DBT-metoden och Familjeband vilket är intressant i sammanhanget då jag anser att det inte finns någon behandling som enbart är positiv. Alla behandlingen har sina brister och det kan vara intressant att veta hur det kommer sig att intervjupersonerna inte påtalar bristerna och vad det kan bero på.

DBT-behandlarna uppmärksammar anhörigas behov av stöd och hur dessa upplever situationen, dock innebär DBT-metoden att de anhöriga inte får delta i ungdomens behandling

om ungdomen inte godkänner detta utan kan i sådana fall få enskild behandling via Familjeband. Det här kan, för de anhöriga, kännas påfrestande och vara svårt att hantera då de anhöriga kan känna att det handlar om deras barn - oavsett vilken ålder ungdomen har. Det gör att anhöriga utesluts från processen kring sitt eget barn. För både anhöriga och ungdomen kan det vara bättre, beroende på hur relationen ser ut mellan anhörig och ungdom, att anhöriga får vara delaktig i behandlingen inte minst för att relationen kanske blir bättre av att båda parter kan känna en slags delaktighet.

De anhöriga som ovan nämnts kan gå anhörigprogrammet även om ungdomen inte ingår i någon DBT-behandling och även om ungdomen inte bjuder in den anhöriga i sin egen behandling. Ungdomen har rätt att säga att anhöriga inte får delta i behandlingen men samtidigt kan det kanske bli slitningar i relationen mellan ungdomen och anhöriga eftersom de inte får lov att delta. Men borde inte familjen få vara involverad i sin ungdoms behandling om det är så att familjen inte är orsaken till självskadebeteendet? En tanke är att om familjen får vara involverad kan det stärka känslan av samhörighet inom familjen, vilket på längre sikt kan hjälpa familjen att hålla en jämn balans (Schöjdt & Egeland, 2010). En annan tanke är att det borde vara självklart då det är föräldrarna som har ansvaret över sina barn, samtidigt som jag tidigare skrivit, finns det forskning som visar att anhöriga är i behov av stöd (Lundh & Wångby, 2010). Av den anledningen borde de få ta del av informationen då det kan vara viktigt för de anhöriga.

Det finns kommuner runt om i landet som använder sig av DBT som metod men som inte tillämpat Familjeband, vilket kan vara någonting för de kommunerna att ha i åtanke då metoden är så pass inriktad på självskadebeteende. För att detta ska bli möjligt tror jag att kommunerna måste inse vikten av att anhöriga till att den här gruppen får stöd. Detta kan göras genom att kommunerna implementerar metoden med dess anhörigprogram inom psykiatrin. Anhöriggrupper till missbruk och äldre finns i många kommuner i landet men då gruppen anhöriga till självskadande personer inte är lika stor, eller åtminstone inte lika uppmärksam, finns det inte lika många anhöriggrupper till dem. Stödet till dem kommer från DBT-metoden alternativt stödsamtal hos vårdcentral. Finns det anhöriggrupper till andra

grupper där det finns andra psykiska sjukdomar? Behöver det finnas anhöriggrupper för de olika psykiska sjukdomarna eller kan det räcka med anhöriggrupper till psykiskt sjuka?

Samtidigt kan jag inte låta bli att fundera över om det är tillräckligt att kunna erbjuda enskilda stödsamtal och anhöriggrupper? Trots att de försöker individualisera anhörigstödet och att de i stor utsträckning lyckas (Socialstyrelsen 2012c), så är alla individer olika och bara för att en person anser att det stöd denne får räcker betyder inte det att en annan tycker samma sak. Vidare visar slutrapporten Anhörig 300 att stödet är mest inriktat för anhöriga till äldre, missbrukare och funktionshindrade (ibid.) men vart hamnar anhöriga till personer med självskaideproblematik? Kan de hamna under funktionshindrade, eller kanske under långvarig sjukdom då både anhöriga och ungdomarna är i behov av stöd under en längre tid? Dock är det inte säkert alla kommuner anser att det är vare sig ett funktionshinder eller en långvarig sjukdom. Detta visar på DBT-metodens möjligheter där de fångar upp de grupper som annars lätt faller mellan stolarna varför det kan vara en svaghet bland de kommuner som inte kan erbjuda DBT-metoden och/eller Familjeband. Familjeband är intressant i sig då metoden lär ut konkreta färdigheter för att de anhöriga ska lära sig att bemästra sin situation på ett bättre sätt samtidigt som de – om de vill – kan få enskilda stödsamtal. Kombinationen av enskilda samtal och att få lära sig att konkret bemästra en situation kan kanske skapa en bättre plattform för att ta hand om sig själv vilket i förlängningen kan vara positivt för ungdomen? Att de anhöriga stöttar sin ungdom på ett bättre sätt om de själva får stöd är någonting som kommer fram i min studie. Därför skulle det vara intressant om vidare forskning beaktade kombinationen av enskilda samtal och att försöka lära ut konkreta verktyg eller färdigheter som stöttar både anhöriga och den enskilde, där det inte nödvändigtvis är DBT som är utgångspunkten.

Referenser

Brattberg, Gunilla (2008). *Att hantera det ohanterbara, Om coping*, Stockholm: Värkstaden.

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*, Malmö: Liber AB

Chen Wan-yi och Lukens Ellen (2011) "Well Being, Depressive Symptoms, and Burden Among Parent and Sibling Caregivers of Persons With Severe and Persistent Mental Illness" *Social work in mental health*, volume 9 issue 6.

Evertzon, Matz (2010), "Anhöriga till personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning – en resurs i behov av stöd", *Fokus på anhöriga, nr 17, 2010*.

Folkhälsorapport 2009 (2009) (elektronisk) Socialstyrelsens officiella hemsida
<<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>> (111022)

Gapet (2012) "Anhörig" (elektronisk) Gapets officiella hemsida,
<<http://www.gapet.se/anhorig.asp>> (120604)

Hoffman, Perry D; Fruzetti Alan E; Buteau Ellie; Neiditch, Emil Yr; Penney, Dixianne; Bruce, Marthal; Hellman, Frederic och Struening, Elmer (2005) "Family Connections: A Program for Relatives of Persons With Borderline Personality Disorder" *Family. Process.*, Vol. 44:217-225, June, 2005

Kerr, Patrick L, Muehlenkamp, Jennifer J, Turner, James M (2010) "Nonsuicidal Self-Injury: A Review of Current Research for Family Medicine and Primary Care Physicians", *Journal of the American Board of Family Medicine* March–April 2010 Vol. 23 No. 2

Kåver Anna och Nilsonne Åsa (2009), *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning. Teori, strategi och teknik*, Natur och kultur.

- Lindgren Britt-Marie, Hällgren Graneheim Ulla och Åström Sture (2010)
“Held to ransom: Parents of self-harming adults describe their lived experience of professional care and caregivers”, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. (2010; 5(3): 10.3402/qhw.v5i3.5482,2010 september 24.
- Lundh, Lars-Gunnar et.al., (2011), *Självskaдебeteende hos unga - en ny svensk undersökning* Psykologitidningen 10/10.
- Lundh, Lars-Gunnar och Wångby, Margit (2007), ”Programmet Familjeband som anhörigstöd inom psykiatri En svensk utvärdering” Institutionen för psykologi, Lunds Universitet
- Lundsby, Maths; Sandell, Göran; Ferm, Roland; Wårhborg, Peter; Petitt Bill; Fålth, Tommie och Holmberg, Björn, (2007) *Familjeterapins grunder*, Natur och Kultur: Falköping
- May, Tim (2009), *Samhällsvetenskaplig forskning*, Lund: Studentlitteratur
- Oldershaw A, Richards C, Simic M & Schmidt C, (2008), “Parents' perspectives on adolescent self-harm: qualitative study.” *British Journal of Psychiatry*. Aug;193(2):140-4.
- Rissanen, Marja-Liisa, (2009), “A Practice Theory, Helping Adolescents Who Self-Mutilate”, Kupio University Publications E. Social Sciences 176
- Schöjdt, Borrik och Egeland Aage, Thor (2010) *Från systemteori till familjeterapi*, Studentlitteratur: Lund
- Skärsäter, Ingela (2010), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå*: Lund, Studentlitteratur
- Socialstyrelsen, (2012) ”Dialektisk beteende terapi” (elektronisk) Socialstyrelsens officiella hemsida (a)

<<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/insatser/funktionshinder/dialektiskbetendeterapi>> (111123)

Socialstyrelsen, (2012) ”Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående.

Lägesbeskrivning 2011” Socialstyrelsens officiella hemsida (b)

<<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-12-35>> (120607)

Socialstyrelsen, (2012) (c) ”Anhörig 300 en slutrapport” Socialstyrelsens officiella hemsida

<<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2002/2002-124-15>> (120607)

Stain, Rigmor (2008), *Självskadebeteende - forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga*, Stiftelsen Allmänna Barnhuset, Edita: Västra Aros

Stiftelsen Allmänna Barnhuset (2004), *Unga som skadar sig själva. En belysning av forskningsläget*, Edita: Stockholm

Vetenskapsrådet Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (2011) <<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>> (111022)

Vårdguiden (2012), ”Själv mordstankar, anhörig” (elektronisk) Vårdguidens officiella hemsida <<http://www.vardguiden.se/Tema/Psykisk-ohalsa/Sjalvmordstankar/Anhorig/>> (120604)

Ängelholms kommun ”Anhörigstöd”, <http://engelholm.se/Omsorg-hjalp/Individ-och-familj/Anhorigstod/>

Bilagor

Intervjumall

Hur länge har du jobbat som socionom/ sjuksköterska?

Hur länge har du jobbat med anhöriga?

Hur är din syn på självskadebeteende?

Hur är din syn på anhöriga och deras situation? - anhörigas behov, hur de stöttar den unga flickan

Hur tycker du att din bakgrundskunskap är? Är den tillräcklig tycker du?

Hur jobbar du idag?

Vad är svårigheterna och möjligheterna med att jobba på det här sättet?

Hur skulle du vilja jobba?

Vad är svårigheterna och möjligheterna med att jobba på det här sättet?

Hur tycker du att ett optimalt stöd ser ut?

Hur ser du på ditt handlingsutrymme?

Hur ser du på frivilligorganisationer? Är det deras ansvar att stötta anhöriga?

Bilaga 2

Informationsbrev

Hej!

Mitt namn är Pauline Holm och jag går sjätte terminen på socialhögskolan vid Lunds Universitet, Campus Helsingborg. Sjätte terminen innebär C-uppsats skrivande och jag ska skriva om anhöriga till unga flickor med självskadebeteende och vilka möjligheter det finns för anhöriga att få stöd och hjälp av den offentliga vården, vad det finns för stöd att erbjuda och om det finns några svårigheter förknippade med dessa. Min förhoppning är att få ta del av dina erfarenheter och upplevelser inom området.

Intervjun kommer att ta max en timme och jag kommer spela in den på diktafon för att jag ska kunna använda mig av det som du har berättat under intervjun i min uppsats. I C-uppsatsen kommer jag inte att använda mig av namn eller i vilken kommun intervjun är genomförd. Det kommer finnas med citat men namnen kommer vara fiktiva. När intervjun är transkriberad kan den skickas till dig med möjlighet till kommentarer om du så önskar.

När uppsatsen är examinerad kommer den att skickas till dig om du så önskar.

Handledare för uppsatsen är Helena Hansson tel: 0705- 32 18 43.

Jag vill även tacka så mycket för att du tar dig tiden att träffa mig och svara på mina frågor!

Med vänliga hälsningar Pauline Holm.

Pauline Holm

0761658075

pauline.holm.697@student.lu.se