



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykologprogrammet

**När patienter gör sig illa:
en tematisk analys av psykologers syn på
bemötande av självskadebeteende**

Dennis Josefson Repka & Anna Lindblom

Psykologexamensuppsats. 2021

Handledare: Tove Lundberg & Benjamin Claréus

Abstract

Previous research has shown how individuals who injure themselves tend to have negative experiences from their encounters with health services. Health service staff may have negative attitudes towards Non-Suicidal Self-injury (NSSI) and their encounters with patients may evoke frustration, hopelessness and worry, which may influence their behavior towards patients. Studies have mainly focused on nurses and doctors, and much less on psychologists. The aim of the current study was to investigate how psychologists in Sweden understand and experience their encounters with patients who injure themselves and the prerequisites for a good approach (including constructive attitudes, feelings and behavior). Eleven psychologists in Sweden, with experience of seeing patients who injure themselves, were interviewed. A thematic analysis generated three themes. The first theme, Difficult emotions and fluid boundaries, highlighted the participants' focus on the emotion-regulation function of NSSI, and the difficulty of defining NSSI. The second theme, Validate, try to understand and keep calm, summarized a common view among the participants about a constructive approach, and the importance for all health service staff to handle NSSI in the same way. The final theme, Fun and rewarding - given the right prerequisites, described the importance of supportive colleagues, adequate education and the right organizational resources. In the final section we discuss the implications of our results for an inclusion of NSSI syndrome in upcoming diagnostic manuals, and future staff training programs. We conclude that there is a need for further research on, for example, the efficiency of staff training, and studies where the experiences of both psychologists and their patients are studied simultaneously.

Keywords: NSSI, non-suicidal self-injury, attitudes, psychologists

Sammanfattning

Tidigare forskning har visat att personer som skadar sig själva tenderar att uppleva mötet med vården negativt. Vårdpersonal kan ha negativa attityder till självskadebeteende, och deras möten med patienter kan väcka känslor av frustration, uppgivenhet och oro, vilket kan påverka bemötandet. Studier har framförallt gjorts med sjuksköterskor och läkare, och i betydligt mindre omfattning med psykologer. I denna studie undersöktes hur psykologer förstår och upplever mötet med patienter som skadar sig själva och förutsättningarna för ett gott bemötande. I studien intervjuades elva psykologer i Sverige med erfarenhet av att möta patienter som skadar sig själva. Den tematiska analysen genererade tre teman. I det första temat, Svåra känslor och flytande gränser, speglades intervjupersonernas stora fokus på beteendets emotionsreglerande funktion, och svårigheterna att göra en entydig definition. Det andra temat, Validera, försök förstå och behåll lugnet, återgav en samsyn hos intervjupersonerna om vad som är gott bemötande och vikten av att alla i vården bemöter självskadebeteende på samma sätt. Det sista temat, Roligt och givande - med rätt förutsättningar, beskrev bland annat vikten av kollegialt stöd, god utbildning och resurser i organisationen. Avslutningsvis diskuteras resultatens implikationer för bland annat självskadebeteende som framtida klinisk diagnos och tänkbara utbildningsinsatser för vårdpersonal. Ett behov av fortsatt forskning konstaterades angående exempelvis värdet av de utbildningsinsatser som redan görs, och om psykologens och patientens samtidiga upplevelser av bemötandet.

Nyckelord: självskadebeteende, bemötande, psykologer

Tack

Vi vill tacka både våra intervjupersoner och våra handledare Tove Lundberg och Benjamin Claréus för att ni gett av er tid och ert engagemang och generöst delat med er av kunskap och erfarenheter.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Vad är självskadebeteende?	2
Vem skadar sig själv?	6
Självskadebeteendets funktion	7
Vad innebär bemötande?	9
Vad finns det för behandling?	9
Vårdpersonalens upplevelser av mötet med individer som skadar sig själva	11
Känslor och bemötande	11
Attityder och bemötande	12
Kunskap och bemötande	14
Organisatoriska faktorer och bemötande	14
Patienternas upplevelser av vårdens bemötande	15
En sårbar patientgrupp	15
När bemötandet inte fungerar	15
När bemötandet fungerar	16
En komplicerad balansakt	17
Syfte och frågeställning	17
Metod	18
Epistemologi och reflexivitet	18
Deltagare	19
Datainsamling	20
Dataanalys	21
Etik	23
Resultat	24
Tema 1. Svåra känslor och flytande gränser	25
1a. Ett sätt att hantera känslor	25
1b. Jag tänker att gränsen är flytande	27
Tema 2. Validera, försök förstå och behåll lugnet	30
2a. Det goda bemötandet	30
Validera och inte döma	31

Vara nyfiken och försöka förstå.	31
Avlasta skam och skuld.	32
Behålla lugnet.	32
Förmedla hopp.	32
2b. Det här var ju onödigt.	33
2c. Vi har ju en samsyn.	34
Tema 3. Roligt och givande - med rätt förutsättningar.	35
3a. Jag kan göra skillnad.	35
3b. Jag är inte ensam.	37
3c. Resurser och arbetssätt.	38
Diskussion.	40
Begreppsförvirringens konsekvenser.	41
Den typiska patienten?	43
Det goda bemötandet?	44
Den nödvändiga utbildningen.	46
Givande och roligt - hur är det möjligt?	48
Metodologiska styrkor och svagheter.	49
Vidare forskning.	51
Referenser.	54
Bilaga 1: Intervjuguide.	64
Bilaga 2: Inbjudan.	66
Bilaga 3: Informationsbrev.	67
Bilaga 4: Samtyckesblankett.	69

Inledning

”Individer med självskadebeteende ska bemötas med medkänsla, respekt och värdighet. All personal, inom såväl vård som administration, ska ha specifika kunskaper för att i sitt uppträdande kunna förmedla detta.” (Westling et al., försättsbladet, 2016).

De båda meningarna ovan inleder den första av de sammanlagt sju rekommendationer för insatser vid självskadebeteende som arbetats fram inom ramen för Nationella självskadeprojektet, på uppdrag av regeringen och Sveriges kommuner och landsting (Westling et al., 2016). De kan framstå som självklarheter, men forskningen om personer som skadar sig själva visar att verkligheten ofta utgör en skarp kontrast mot rekommendationerna. Studier från många delar av västvärlden speglar ett utbrett missnöje med det bemötande patienterna har upplevt i vården (Lindgren et al., 2018). Eriksson och Åkerman (2012), som intervjuat patienter inom ramen för Nationella självskadeprojektet, går så långt som till att hävda att dåligt bemötande utgör norm då patienter söker vård för självskadebeteende, med aktiva kränkningar, förminskande av patientens lidande, starka fördomar och hög grad av okunskap.

Patienternas bild av en komplicerad och föga välfungerande vårdssituation bekräftas av den forskning som finns om hur vårdpersonalen upplever samma möten (Saunders et al., 2012). I dessa studier finns vittnesmål om både frustration, irritation och rentav vrede gentemot patienterna, men även av en känsla av bristande kompetens inom området och en önskan om bättre utbildning (Gibb et al., 2010; Karman et al., 2015). Patienter som skadar sig själva har beskrivits som bland de mest komplexa och utmanande patienter som vårdpersonal möter - det kan väcka starka känslor av osäkerhet, rädsla och frustration som kan komma i vägen för förmågan att bemöta och vårda patienterna (Slee et al., 2007; Wilstrand et al., 2007).

Vårdpersonalens inställning till, och upplevelse av, personer som skadar sig själva har varit föremål för åtskillig forskning under många år. I en svensk kontext har dock inte särskilt många nya studier tillkommit på området under de senaste tio åren, och varken i Sverige eller utomlands har forskningen främst fokuserat på just psykologer (Lantto et al., 2020). I stället domineras studierna i hög grad av sjuksköterskor, läkare och annan vårdpersonal. McKinlay et al. (2001) framhåller vikten av att förstå attityderna hos olika kliniskt verksamma yrkesgrupper, eftersom attityderna kan ha direkt påverkan på personalens beteende och därmed också på behandlingsresultaten.

Vi har därför velat utforska hur psykologer upplever sina möjligheter att följa rekommendationerna om medkänsla, respekt, värdighet och kompetens i mötet med individer som skadar sig själva (Westling et al., 2016). Medvetenhet om vikten av ett gott bemötande för framgångsrik behandling genomsyrar psykologutbildningen, parallellt med all den kunskap utbildningen förmedlar om psykiskt lidande och välmående. Med en sådan kompetens i bagaget borde psykologer kunna inta en nyckelroll i vården av personer som skadar sig själva, dels genom det egna patientbemötandet, dels genom att sprida adekvat kunskap och adaptiva attityder vidare till andra berörda yrkesgrupper. I dagsläget saknas forskning både om huruvida denna hypotetiska bild av psykologrollen stämmer, och om vilka hinder som eventuellt står i dess väg. En ökad kunskap om psykologers syn på vad självskadebeteende är och hur personer som skadar sig själva bör bemötas, samt om upplevelser i deras yrkesvardag som gagnar respektive missgynnar patientbemötandet, kan bidra till att kvaliteten på bemötandet förbättras.

Vi kommer nedan att presentera hur begreppet självskadebeteende kan definieras, vad forskningen säger om beteendets funktion, hur begreppet bemötande kan definieras samt hur självskadebeteende kan behandlas. Därefter följer en beskrivning av aktuell forskning om vårdpersonals upplevelser av mötet med personer som skadar sig själva, och slutligen dessa personers upplevelser av vårdens bemötande.

Vad är självskadebeteende?

Att definiera begreppen självskada och självskadebeteende är komplicerat (Zetterqvist, 2015). Utbredd användning av en vag och inkonsekvent terminologi, där man exempelvis har vävt samman självskadebeteende och suicidförsök, utgör ett hinder för forskning om personer som skadar sig själva utan suicidintention (Nock, 2010). Den inkonsekventa terminologin har till exempel gjort det svårt att mäta förekomsten av självskadebeteende och att jämföra prevalensen mellan olika länder (Muehlenkamp et al., 2012).

I en vanligt förekommande definition av självskadande beteenden inkluderas upprepade handlingar som utförs avsiktligt och med insikt om att de kan eller kommer att resultera i någon grad av fysisk eller psykisk skada på den egna personen (Nock, 2010). Under detta paraplybegrepp dras sedan ofta en skiljelinje mellan beteenden vars syfte är att direkt skada den egna kroppen, det vill säga självskadebeteenden, och ”självd destruktiva beteenden”, det vill säga beteenden där kroppsskada är en oavsiktlig biprodukt (St. Germain & Hooley, 2012). Bland de direkt självskadande beteendena ryms till exempel att skära eller rispa sig med vassa föremål,

riva sig, bränna sig och sticka in vassa saker under huden (Nock, 2010). Vissa anser att det är viktigt att man, inom kategorin direkt självskadande beteenden, skiljer mellan suicidala och icke-suicidala beteenden, baserat på intentionen hos personen som skadat sig själv (Nock & Kessler, 2006). Dessutom förekommer en graderad indelning, baserad på hur ofta och hur allvarligt personen skadar sig själv, med etiketter som mildt, måttligt och svårt (Nock, 2010). Det förekommer också att man drar en gräns gentemot självskadande beteende hos personer med intellektuell funktionsnedsättning, till exempel att systematiskt dunka huvudet mot något, och personer som skadat sig själva i samband med psykos (Nock, 2010).

Inom kategorin självdestruktiva beteenden inkluderas exempelvis sexuellt destruktiva beteenden, på engelska "sex as self-injury" (SASI), brett definierat som att uppsöka sexuella möten där man vet att man kommer att bli fysiskt skadad och/eller sakna kontroll över hur situationen kommer att utvecklas (Jonsson et al., 2017). Dessutom hamnar här en rad beteenden som väldigt många människor ägnar sig åt, som att äta alltför fet eller alltför sockerrik mat, att röka och att dricka alkohol, det vill säga beteenden som, med engelsk terminologi, brukar kategoriseras som "self-damaging" eller "self-defeating" (Nock, 2010). Baumeister och Scher (1988) skiljer på två sorters självdestruktiva beteenden. Med "tradeoffs" avser de beteenden där en viss grad av skadlighet är en känd och accepterad konsekvens av ett beteende med i övrigt önskade effekter (som att dricka alkohol eller röka). Kontraproduktiva strategier å andra sidan är beteenden där en person egentligen agerar målinriktat mot ett icke skadligt mål, men väljer en metod som resulterar i en skada som varken är önskad eller planerad, som exempelvis prokrastinering (Baumeister & Scher, 1988). En tredje typ av självdestruktiva beteenden är risktagande beteenden där man godtar en liten risk för stor skada, som vid exempelvis fallskärmshoppning eller bungy-jumping (Nock, 2010).

Varianterna av terminologisk indelning, och de kritiska invändningarna mot desamma, tar emellertid inte slut där. Claes och Vandereycken (2007) menar exempelvis att den viktigaste skiljelinjen löper mellan engelskans "self-harm" och "self-injury". Tanken är då att "self-harm" omfattar alla (icke-suicidala) handlingar som åsamkar personen fysisk eller psykisk skada, antingen avsiktligt eller som resultatet av en olyckshändelse eller till följd av okunskap eller apati (så som exempelvis drogöverdoser) (McAllister, 2003). "Self-injury" ska istället betraktas en underkategori till "self-harm" och innebär att man tillfogar sig själv synlig, direkt kroppsskada genom att till exempel skära sig eller bränna sig (McAllister, 2003). Forskarna

Bjärehed och Bjureberg (2019) beskriver, i sin populärvetenskapliga bok om självskadebeteende, hur man på svenska kan tala om ”självd destruktivitet” som en övergripande term, med ”självskadebeteenden” som en särskild undergrupp av beteenden där personen medvetet handlar på ett sätt som orsakar direkt skada på den egna kroppen.

Distinktionen mellan suicidal och icke-suicidal självskada är inte heller oproblematisk. Icke-suicidalt självskadebeteende, som att till exempel skära sig, kan samexistera med suicidalitet inom en och samma individ både över tid och inom samma episod (Holliday et al., 2018). Vidare löper den som skadar sig själv (oavsett avsikt) en statistiskt större risk att dö i suicid än övriga befolkningen (McAllister, 2003). Nock (2010) påpekar även att kategoriseringen kan ifrågasättas utifrån det faktum att den enda källan till information om avsikten med beteendet är personen som har skadat sig, och vederbörande kan exempelvis ljuga eller vara ambivalent kring suicid. Enligt Nock (2010) hanterar de flesta forskare detta problem genom att tolka alla (även de allra mest subtila eller flyktiga) suicidala inslag i beteenden/tankar hos självskadande personer som att ett eventuellt självskadebeteende också är suicidalt, vilket alltså innebär att även beteenden med ambivalenta intentioner hamnar i denna kategori. Nock (2010) menar att detta kan försvaras med att etiketteringen bottnar i ett medvetet val från forskarnas sida, med syftet att man inte ska kunna underskatta risken eller sannolikheten att dö av att skada sig själv. Å andra sidan kan man ju istället tvärtom hävda att indelningen skapar en alltför stark koppling mellan självskada och suicid.

Ytterligare en komplikation utgörs av huruvida självskadebeteende ska vara en diagnos i sig självt, en konstruktion som har både motståndare och anhängare. Självskadebeteendesyndrom (eng. ”nonsuicidal self-injury disorder”) inkluderades i den femte versionen av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) som en diagnos som kräver vidare utredning (Andover, 2014). Detta eftersom test-retest-reliabiliteten för de föreslagna diagnoskriterierna var för låg (Regier et al., 2013). Bland förespråkarna för att självskadebeteende bör vara en diagnos i sig finns till exempel Crowe och Bunclarke (2000), som konstaterar att personer som skadar sig själva ofta ges diagnosen emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIP). Självskada ingår förvisso bland diagnoskriterierna vid EIP, men kopplingen är inte alls så stark som litteraturen ofta tenderar att antyda. och många som skadar sig själva får därmed en EIP-diagnos på felaktiga grunder (Crowe & Bunclarke, 2000). Crowes och Bunclarke (2000) slutsats blir att självskadebeteende borde bli en egen diagnos, och detsamma anser Bjärehed och Bjureberg

(2019) utifrån en svensk kontext - men alla håller inte med. Johnstone (1997) delar uppfattningen att felaktig EIP-diagnosticering av personer som självskadar utgör ett stort problem, och påpekar att dessa patienter till följd av sin diagnos ofta behandlas nedvärderande av vården. Hennes slutsats är dock präglad av en allmän kritik mot rådande sjukdomsmodell och diagnosticering, där all medikalisering av självskada riskerar att bli negativ och stigmatiserande (Johnstone, 1997). Medikalisering innebär en process där tidigare icke-medicinska problem omdefinieras i termer av sjukdomstillstånd (Conrad, 1992). Medikalisering skapar, menar Johnstone (1997), distans mellan patienten och personalen, och personalen tenderar att övergå från att se människan till att bara se diagnosen. Detta leder till att problemet både professionaliseras, det vill säga personalen uppgraderas till expert och patienten nedgraderas till mindre vetande, och individualiseras, det vill säga patienten skuldbeläggs och strukturella och/eller sociala faktorer förbises (Johnstone, 1997). Självskadebeteende borde alltså, enligt Johnstone (1997), absolut inte få en egen diagnoskod, utan snarare helt befrias från hela sjukdomsdiskursen. Detsamma anser Ekman (2016), som skriver att en icke-medikaliserad syn på självskadebeteende skulle gynna forskningen och bidra till en välbehövlig nyansering av vad hon beskriver som ett i grunden socialt fenomen, snarare än medicinskt. Ekman (2016) menar att man alltid riskerar att osynliggöra viktiga individuella aspekter av en människas emotionella tillstånd, i det här fallet tillståndet en person befinner sig i vid självskadebeteende, om man tvingar in det i ett diagnostiskt koncept. Från ett feministiskt perspektiv har forskare kritiserat hur en medicinsk diskurs reproducerar stereotypa föreställningar om unga kvinnor som bland annat manipulativa och ömtåliga, och patologiserar kvinnors kroppar (Brickman, 2004).

Även Hasking och Boyes (2018) är skeptiska till medikaliseringen av självskadebegreppet, men deras utgångspunkt är delvis av ett mer språktekniskt slag. De anser att det språk som används för att tala om självskada, och om de personer som skadar sig själva, upprätthåller myterna om fenomenet och bidrar till fortsatt stigmatisering (Hasking & Boyes, 2018). När man talar om personer ”med” självskada, som man till exempel gör i de rekommendationer för insatser vid självskadebeteende som arbetats fram inom ramen för Nationella självskadeprojektet (Westling et al., 2016) eller säger att självskada ”smittar”, uttrycker man sig med samma sorts diskurser som vi gör när vi talar om sjukdom. Därmed skapas och/eller upprätthålls synen på självskadebeteende som en sjukdom, trots att det exempelvis skulle kunna konceptualiseras i termer av en användbar copingstrategi utifrån

situationen (Claréus et al., 2021; Hasking & Boyes, 2018; Westling et al., 2016). Det Hasking och Boyes (2018) först och främst betonar är dock vikten av att undvika att språkligt baka ihop självskadebeteendet med den person som utför det, i termer som exempelvis ”self-injurer”, ”cutter” eller som i svenskans ”självskadepatient”, eftersom de menar att detta språkbruk avhumaniserar människor och försvårar den terapeutiska alliansen.

Utifrån dessa resonemang används begreppet självskadebeteende i denna uppsats för att beteckna ett direkt, icke-suicidalt självskadebeteende i enlighet med den definition som formulerats av Nationella självskadeprojektet, det vill säga ”avsiktlig, självförvållad förstörelse av kroppsvävnad utan självmordsavsikt och för ändamål som inte är socialt sanktionerade” (SBU, 2015, s. 4). Denna definition stämmer också väl överens med vad Bjärehed och Bjureberg (2019, s. 19) beskriver som ”en relativt snäv definition av begreppet självskadebeteende”, nämligen att handlingarna är avsiktliga, är direkt riktade mot den egna personen, skadar kroppens vävnader, inte utförts med suicidal avsikt samt inte är socialt sanktionerade eller accepterade.

I vår uppsats har vi valt att använda ”personer/patienter som skadar sig själva” även i de fall då citerade författare använder sig av annan terminologi. När intervjupersoners upplevelser och resonemang återges har vi dock använt samma språk som de själva använder.

Vem skadar sig själv?

Prevalenssiffror i spannet 13-25 procent förekommer i flera internationella studier med representativt urval ur befolkningen (SBU, 2015). I svenska skolbaserade studier rapporterar drygt en tredjedel av ungdomarna att de någon gång utfört en icke-suicidal självskadehandling, och 15-20 procent av ungdomarna att de gjort det fem gånger eller mer (SBU, 2015). Prevalensen varierar dock utifrån vilken definition av självskada som används och utifrån sättet på vilket man frågar om självskadebeteende. Om exempelvis enbart ja- och nej-svar tillåts som svar på huruvida en person skadat sig själv någon gång så blir de jakande svaren färre än om man använder en checklista med flera påståenden om olika typer av självskadebeteenden (Swanell et al., 2014).

Självskadebeteende debuterar ofta vid 12-14 års ålder och är avsevärt vanligare hos ungdomar och unga vuxna för att därefter minska i prevalens (Gandhi et al., 2018; Lindgren et al., 2018; Naidoo, 2019). Flera studier har funnit att självskadebeteende är vanligare hos flickor (20-24 procent) än hos pojkar (8-9 procent) (SBU, 2015). Det finns dock studier som visar att

förekomsten är högre hos pojkar än vad man tidigare trott samt studier som inte hittar några statistiskt signifikanta könsskillnader (Naidoo, 2019). Åkerman (2009) påpekar i sin essäsamling om egna erfarenheter av självskadebeteende att överrepresentationen av flickor och kvinnor kan bero på att dessa är mer benägna att söka hjälp hos psykiatrin, eller på att omgivningen lärt sig att lägga märken till sår på flickors armar medan man inte ser på pojkar med samma blick. Självskadebeteende är även mer vanligt förekommande hos personer med psykosocialt belastad bakgrund, i form av exempelvis bristande omvårdnad, misshandel, övergrepp och mobbning (Zetterquist et al., 2014). Samband har också hittats mellan antal traumatiska livshändelser och antal självskadetillfällen (Zetterquist et al., 2013). Det är dock viktigt att hantera dessa samband varsamt eftersom traumatiska erfarenheter, omvårdnadsbrist eller liknande inte återfinns hos alla, eller ens de flesta, som skadar sig själva (Bjärehed & Bjureberg, 2019). Vidare förefaller vissa individer att ha olika former av medfödda sårbarheter som i förlängningen ökar risken för självskadebeteende, som exempelvis en tendens att uppleva negativa känslor oftare och starkare än andra, svårigheter att uthärda och hantera starka negativa känslor, och en allmänt nedsatt förmåga att skapa och behålla goda relationer med omgivningen (Bjärehed & Bjureberg, 2019).

Självskadebeteendets funktion

Det finns omfattande stöd i forskning för att självskada kan fylla en emotionsreglerande funktion, exempelvis genom att det upplevs kunna bryta stark ångest eller minska nedstämdhet och upplevd ensamhet (Edmondson et al., 2016; Laye-Gidhu & Schonert-Reichl, 2005; Westling & Ramklint, 2016). Stor tonvikt läggs även på beteendets emotionsreglerande funktion i det förslag till diagnoskriterier som för närvarande är under utredning för eventuell inkludering i framtida versioner av DSM, där ett av kriterierna handlar om beteendets orsaker (Andover, 2014). Detta orsakskriterium stipulerar att beteendet måste utföras för att ge lättnad åt negativa tankar eller känslor, och/eller för att lösa ett interpersonellt problem, och/eller för att ge upphov till en positiv känsla eller emotion (Andover, 2014). Den emotionsreglerande funktionen är alltså så förgivettagen att den inkluderats i själva begreppsdefinitionen. Andra vanliga funktioner är självbestraffning respektive ett sätt att känna något när man känner sig tom, avstängd eller känslomässigt bedövad (Polk & Liss, 2009; Sadeh et al., 2014). Det finns också forskning som visar att självskada kan vara ett sätt att förhindra suicid, genom att det gör det möjligt att distrahera sig från eller hantera suicidala tankar och impulser (Klonsky, 2007).

Bjärehed och Bjureberg (2019) listar vad de kallar självska­des­specifika riskfaktorer, ett slags hypoteser om varför vissa individer väljer just att börja skada sig själva istället för något annat sätt att hantera svåra känslor. Dessa faktorer är inlä­rning (att man på något sätt fått kännedom om självskada som ett möjligt alternativ), iden­ti­fi­ka­tion (att man upplever beteendet som förknip­pat med en önskad social identitet), social signalering (ett sätt att kommunicera det lidande personen upplever till omgivningen), självbest­r­af­fning (en upplevelse av att ”förtjäna” att bli skadad) samt slutligen smärthypotesen, som innebär att den som skadar sig själv har ett avvikande sätt att uppleva fysisk smärta (Bjärehed & Bjureberg, 2019). Åkerman (2009, s. 52) betonar, utifrån sina personliga erfarenheter, faran i att tänka i termer av att den som skadar sig själv ”bara vill ha uppmärksamhet”, eftersom det aldrig handlar om uppmärksamhet för uppmärksamhetens skull, utan att personen i så fall i själva verket söker sådant som kärlek, värme och bekräftelse.

Chandler (2012) menar att forskning om självska­de­bete­endets funktion som emotionsreglering är begränsad av att den är gjord i en klinisk kontext, med fokus på individens problem med känsloreglering, vilket döljer sociokulturella kontexter som kan påverka emotionsregleringen. Detta skulle exempelvis kunna handla om normer kring hur ilska eller ledsenhet bör upplevas och uttryckas i olika sammanhang, som kan variera utifrån värderingar i olika kulturer och inom samma kultur utifrån exempelvis individens kön (De Leersnyder et al., 2013). Enligt Chandler (2012) kan personer som skadar sig själva förstå självskada som en resurs för känsloreglering som motiveras med argument om de biologiska effekterna i kroppen och hjärnan av att tillfoga sig själv smärta eller skada. Gurung (2018) argumenterar på liknande sätt för att självska­de­bete­ende ramar in som abnorma och patologiska responser, och personer som ägnar sig åt dem som individer som misslyckas med att ha hälsosamma copingstrategier, istället för att ses som förståeliga och förväntade konsekvenser av olika livsomständigheter. Gurung (2018) vill bredda denna syn genom att uppmana till att kunna se självska­de­bete­ende som ett förkroppsligat emotionellt arbete, en meningsfull och aktiv process genom vilken individer bearbetar känslomässig smärta. Ur ett feministiskt perspektiv lyfts också andra möjliga tolkningar av självska­de­bete­endets funktion. Shaw (2002) menar att självska­de­bete­ende bland kvinnor kan fylla funktionen att göra motstånd mot kulturella berättelser om vad det innebär att vara kvinna och objektifierandet av kvinnors kroppar, och att det därför uppfattas som ett störande och hotfullt beteende.

Vad innebär bemötande?

Liksom begreppet självskadebeteende kan begreppet bemötande kan förstås på många olika sätt, och kräver därför eftertanke före användning. Till att börja med kan man konstatera att det saknar en direkt engelsk motsvarighet, och att andra begrepp sålunda har använts i den internationella forskningen om hur patienter som skadar sig själva upplever att de blir bemötta i vården, och hur vården upplever mötet med dem (Bäärnhielm et al., 2020). Ordet ”attitudes” (attityder) är exempelvis mycket vanligt förekommande i en forskningen om både patient- och personalsidan av bemötandet. Även ord som ”experiences” (erfarenheter/upplevelser), ”relationships” (relationer), ”communication” (kommunikation) och ”approach” (tillvägagångssätt/syn) förekommer.

Det finns helt enkelt inget engelskt ord som fångar alla de dimensioner av exempelvis ömsesidighet och aktivitet som är inrymda i det unika svenska ordet bemötande (Bäärnhielm et al., 2020). Lantto et al. (2020) menar att ordet ”attitude” i vissa fall kan sägas innebära ett beteendeelement, utöver ett element av affekt och ett av kognition, och hävdar att en sådan tredelad begreppsdefinition är vanlig i forskning om personer som skadar sig själva. I sin egen studie definierar Lantto et al. (2020) begreppet ”attitudes towards self-harm” som ”beliefs about self-harm and self-harming individuals, as well as emotional and behavioural response tendencies when confronted with self-harm” (Lantto et al., 2020, s. 429-430).

Utgångspunkten för vår studie är en definition av begreppet bemötande som är snarlik det sätt på vilket Lantto et al. (2020) definierar ”attitudes”. Även vår definition av begreppet bemötande innehåller tre element: ett affektivt element (känslor), ett kognitivt element (tankar) och ett element som är relaterat till beteende/agerande (handlingar).

Vad finns det för behandling?

När det kommer till psykologisk behandling vid självskadebeteende finns några vanligt förekommande terapiformer.

Mentaliseringsbaserad terapi (MBT) är en behandling som syftar till att stärka förmågan att föreställa sig sitt eget och andras inre, och som används vid EIP och självskadebeteende (Daubney & Bateman, 2015). MBT har psykodynamiska drag, men lägger mindre vikt vid barndomsupplevelser och inre konflikter, och fokuserar istället på att förbättra patientens mentaliseringsförmåga här och nu (Lundh, 2013). I en studie med 80 patienter konstaterades att MBT reducerade både självskadebeteende och depression (Rossouw & Fonagy, 2012).

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en kognitiv beteendeterapi där fokus på medveten närvaro, acceptans och validering har lagts till utöver det fokus på förändring som alltid präglar KBT-behandlingar (Lundh, 2013). DBT är utvecklad för att minska suicid- och självskadebeteenden hos patienter med EIP, men används numera även vid exempelvis missbruk, ätstörningar och post-traumatiskt stressyndrom (PTSD) (Linehan, 2015). På längre sikt är syftet med DBT att erövra beteendemässiga, emotionella, kognitiva och interpersonella färdigheter för att hantera vardagen bättre (Linehan, 2015). DeCou et al. (2019) visade, i en metaanalys av 18 randomiserade interventionsstudier, att DBT både reducerade patienternas självskadebeteende och antalet besök de gjorde i akutvården.

Emotionsregleringsbehandling i grupp (ERGT) är en 14 veckors gruppterapi med inriktning specifikt på självskadebeteende (Lundh, 2013). Syftet är att arbeta med deltagarnas emotionsreglering genom att utveckla en ökad medvetenhet om och förståelse för de egna emotionerna, lära sig att inhibera impulsivt beteende vid obehagliga emotioner och aktivt modifiera, eller rentav utvärda, emotionerna istället för att försöka utplåna dem (Lundh, 2013). I en studie med 95 patienter vid 14 svenska öppenvårdsmottagningar konstaterades att ERGT signifikant reducerade förekomsten av självskadebeteendet (Sahlin et al., 2017).

Samtliga tre behandlingar ovan lyfter fram aspekter av bemötandet som centrala delar i terapin. I MBT ska bemötandet präglas av ett icke-vetande förhållningssätt (eng. "not-knowing stance") vilket innebär att terapeuten uttryckligen betonar att hen förstår inte kan veta vad patienten känner eller tänker, men att det *går* att förstå och att hen är nyfiken på att försöka (Bateman & Fonagy, 2008). Om terapeuten under detta utforskande tror eller tycker något annat än patienten är det viktigt att dessa synpunkter presenteras på ett neutralt sätt, och aldrig som att terapeuten vet bättre (Bateman & Fonagy, 2008). I DBT läggs vikt vid att terapeuten bekräftar, stöttar och accepterar patienten, i just det tillstånd där patienten för stunden befinner sig (Linehan, 2015). Begreppet validering spelar en central roll inom DBT och definieras i termer av empatiskt lyssnande, icke-värderande spegling och bekräftelse (Linehan, 1993). Det som ska bekräftas är de begripliga, logiska, adekvata element som finns i alla beteenden, inklusive självskadebeteenden (Linehan, 1993). Eftersom terapin är just "dialektisk" ska terapeuten emellertid balansera dessa mjuka, validerande bemötandestrategier med att även vara lugnt orubblig, vänligt krävande och i viss mån konfrontativ (Linehan, 1993; Lundh, 2013). ERGT, slutligen, handlar i hög grad om acceptans, det vill säga att patienterna ska lära sig att acceptera

de egna känslorna, och ett steg i detta arbete är att terapeutens bemötande präglas av just en accepterande hållning (Gratz, 2007). Genom att terapeuten kommunicerar att självskadebeteendet alltid fyller en funktion, och att detsamma gäller alla sorters känslor, visar terapeuten exempel på den acceptans patienten i förlängningen är tänkt att utveckla gentemot sig själv (Gratz, 2007).

Vårdpersonalens upplevelser av mötet med individer som skadar sig själva

Negativa attityder till personer som självskadar dominerar hos kliniskt verksamma, både över olika länder och över tid (Saunders et al., 2012). O'Connor och Glover (2017) gjorde en kvalitativ metasyntes av sjukhuspersonals upplevelser av relationer med vuxna patienter som skadar sig själva. I denna ingick nio kvalitativa studier med framförallt sjuksköterskor och läkare på akutmottagningar samt somatiska och psykiatriska vårdavdelningar i Sverige, Norge, England, Irland, Australien och Sri Lanka. Vårdpersonalen i studierna berättade om brister i vården och i det egna bemötandet, att negativa känslor och rädslor ofta kan väckas i mötet med patienter som har skadat sig själva samt att personalens attityder har inverkan på bemötande och beteende. Enligt O'Connor och Glover (2017) indikerade forskningen att personalen är medveten om att patienter som har sökt för självskada får oacceptabel vård och att de själva bidrar till svåra upplevelser för patienterna.

Känslor och bemötande

Flera studier speglar ett spektrum av negativa känslor hos den vårdpersonal som möter patienter som skadar sig själva (Chapman & Martin, 2014; Conlon & O'Tuathail, 2012; Thompson et al., 2008; Wilstrand, 2007). Chapman och Martin (2014) genomförde en enkätundersökning med kvalitativa och kvantitativa data, med 186 läkare och sjuksköterskor på tre australiensiska akutmottagningar, med erfarenhet av patienter som avsiktligt förgiftat sig själva. Conlon och O'Tuathail (2012) gjorde en kvantitativ analys av hur ett randomiserat urval av irländska akutsjuksköterskor (n=87), med erfarenhet av att möta patienter som skadar sig själva, besvarade Self-Harm Antipathy Scale. Thompson et al. (2008) gjorde en fenomenologisk analys av semistrukturerade intervjuer med åtta erfarna brittiska psykiatrisjuksköterskor. Wilstrand (2007) genomförde en kvalitativ innehållsanalys av sex narrativa intervjuer med svenska psykiatrisjuksköterskor. I alla fyra studierna beskrev personalen frustration, uppgivenhet och maktlöshet över självskadebeteendet. Tre av studierna beskrev också frustration och maktlöshet över att inte kunna göra något som hjälper patienterna att förändra sitt beteende, och

att patienterna återkommer gång på gång (Chapman & Martin, 2014; Conlon & O'Tuathail, 2012; Thompson et al., 2008). Enligt O'Connor och Glover (2017) fanns en skillnad mellan personal inom psykiatri och somatisk vård. Psykiatrisk personal kunde se tillfrisknande som en process över längre tid medan de i somatisk vård i större utsträckning fokuserade på avsaknaden av direkt förbättring och kände uppgivenhet över att inte kunna hjälpa. Personal beskrev också att de påverkades känslomässigt av rädslan för den överhängande och svårbedömda risken att personerna de möter ska skada sig själva allvarligt (Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007). Liknande känslomässigt tema fann även Fox (2011) i sin tematiska analys av semistrukturerade intervjuer med sex brittiska samtalsbehandlare (eng. "counsellors") som beskrev den egna oron för att klienterna ska skada sig själva samt obehag inför de grafiska beskrivningarna av självskadade klienterna återger. Oro och rädsla hos vårdpersonal beskrevs kunna leda till undvikande i form av fysisk eller känslomässig distansering, att de kände sig tvingade att stänga av sina känslor och hade svårt att visa empati (Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007). O'Connor & Glover (2017) konstaterade att det i värsta fall kunde leda till att beteendet gentemot patienterna blev impulsivt, tvingande, övertalande eller bestraffande. Mattson och Binder (2012) gjorde en fenomenologisk analys av semistrukturerade intervjuer med åtta norska vårdanställda med erfarenhet av att möta självskadade beteende inom slutenvården. Personalen beskrev sig vara känslomässigt belastad, och patienterna som skadade sig själva möttes ofta av tvångsåtgärder och bestraffningar som till exempel isolering och tvångsmedicinering (Mattson & Binder, 2012). O'Connor & Glover (2017) drog slutsatsen att om personal uppfattade patienter som manipulativa väcktes ilska och frustration, snarare än oro. När patienter uppfattades som sårbara kunde personal istället reagera med att känna att de hade hela ansvaret för patienten som betraktades som oförmögen att ta eget ansvar eller ha agens i vårdsituationen. O'Connor och Glover (2017) menade att hanterandet av känslomässig påverkan på personal är en viktig faktor i relationen mellan personal och patienter som skadar sig själva. Att reflektera kring sin egen roll och hur den kunde spela in i patientens svårigheter upplevde personal var hjälpsamt för att kunna skilja ut sina egna känslor, upprätthålla tydliga gränser, och gott bemötande (O'Connor & Glover, 2017).

Attityder och bemötande

O'Connors och Glovers (2017) genomgång visade att om vårdpersonalen hade attityden att självskadade beteende var en reaktion på sociala eller situationella omständigheter, reagerade de

med mer empati än när de såg det som orsakat av psykisk ohälsa. Tofthagen et al. (2014) gjorde en kvalitativ innehållsanalys av semistrukturerade intervjuer med 15 norska intensivvårdssjuksköterskor med erfarenhet av akut självska debeteende. Att personal försökte förstå vilken funktion självska debeteendet fyllde visade sig i deras studie ge möjlighet till förståelse och empati för personen och ett mer adaptivt bemötande, vilket även Thompson et al. (2008) konstaterade. Karman et al. (2015) gick i en litteraturoversikt igenom sju kvantitativa och fem kvalitativa studier om sjuksköterskors attityder gentemot självska debeteende. De konstaterade att negativa attityder är vanligt hos sjuksköterskor, som beskrev att självska debeteendet upplevdes som chockerande och oförutsägbart (Karman et al., 2015). Positiva attityder som framkom i genomgången var upplevelser av förståelse, engagemang och hoppfullhet i mötet med patienter, och att arbetet var givande. En kvantitativ enkätstudie av 76 slovenska psykiatrisjuksköterskors attityder och känslor gentemot unga som självska dar fann en signifikant skillnad i att de som arbetade på somatisk avdelning hade en mer negativ attityd än de på psykiatrisk avdelning (Pintar Babič et al., 2020). McAllister et al. (2002) fann, i en kvantitativ studie där de testade ett nytt frågeformulär om självska debeteende på australiensiska sjuksköterskor (n=352), att vårdpersonal som upplever att de har kompetens och förmåga att arbeta med personer som skadar sig själva har mer positiva attityder gentemot patienterna, vilket i sin tur sannolikt påverkar bemötandet (McAllister et al., 2002).

Gagnon och Hasking (2012) undersökte i en kvantitativ enkätstudie 81 australienska psykologers attityder gentemot suicid och självska da (rekryteringen gjordes genom en inbjudan på hemsidan för Australian Psychological Society, och resulterade i deltagare med stor variation i professionell inriktning och erfarenhet). Deras attityder till självska da, mätt med Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire, var positiva, vilket indikerar ett mer empatiskt bemötande. Vidare fanns ett samband mellan större erfarenhet av patienter med självska debeteende och större tilltro till behandling samt mer empatisk attityd gentemot patienterna. Gagnon och Hasking (2012) framhöll att deras studie var den första att undersöka psykologers attityder till självska da, och vi har inte funnit någon senare studie inom området professionellas bemötande av eller attityder till självska debeteende som fokuserar på psykologer. En kvalitativ kunskap om attityder, bemötande eller upplevelser av möte med självska debeteende liknande den som finns för sjuksköterskor och läkare saknas därmed för psykologer i såväl svensk som internationellt forskning.

Kunskap och bemötande

I flera studier beskrev vårdpersonal att de saknar kunskap och färdigheter för att möta patienter som har skadat sig själva och upplever osäkerhet kring förmågan att kunna hjälpa dessa patienter (Conlon & O’Tuathail, 2012; Chapman & Martin, 2014; Thompson et al., 2008). I Chappmans och Martins (2014) studie upplevde deltagarna som hade kunskap och färdigheter att arbetet med patienter som skadat sig själva var tillfredsställande. De som inte tyckte att de hade kunskap och färdigheter lyfte behovet av mer utbildning, med fokus på samtal och kommunikation snarare än de medicinska aspekterna.

Huband och Tantam (2000) gjorde en kvantitativ analys av enkätsvar från 213 brittiska psykiatrianställda, och fann signifikanta skillnader i attityd till självskada mellan de som hade utbildning i samtalsbehandling eller psykoterapi jämfört med de som inte hade det, där en möjlig förklaring som föreslås är att det ger förmågor i att hårbärgera känslor. Detta är i linje med de generellt positiva attityder gentemot självskada som Gagnon och Hasking (2012) fann hos psykologer. McHale och Felton (2010) gjorde en tematisk analys av 19 studier (nio kvalitativa, nio kvantitativa, en mixed-method, majoriteten gjorda i Storbritannien) om attityder hos vårdpersonal (framförallt sjuksköterskor och annan vårdpersonal på akutmottagningar, akutmedicinska vårdavdelningar och psykiatriska vårdavdelningar) till patienter som skadar sig själva. Sammantaget fanns många rön som tyder på att utbildning, hjälp att förstå de erfarenheter man gör i mötet med patienter som skadar sig själva, samt inte minst en ökad insikt om att man som vårdgivare faktiskt kan göra skillnad, har en positiv effekt på personalens attityder gentemot patienterna (McHale & Felton, 2010; McAllister, 2002).

Organisatoriska faktorer och bemötande

De organisatoriska förutsättningarna för yrkesutövningen kan också ha betydelse för bemötandet. O’Connor och Glover (2017) fann återkommande organisatoriska och strukturella faktorer som personalen upplevde påverkade mötet med patienterna negativt, framförallt bristande resurser och tid samt att personalens rädsla för självskadebeteende ökade i system där de av olika anledningar kände sig osäkra och isolerade. Möjlighet till handledning och debriefing med kollegor samt en aktiv ledning var organisatoriska faktorer som upplevdes bidra positivt till bemötandet och ett mer effektivt arbete med patienterna (O’Connor & Glover, 2017). Samtalsbehandlarna i Fox (2011) studie beskrev en känsla av att de borde stoppa självskadebeteendet, som de kopplade till en samhällsnorm att det alltid är fel att skada sig själv.

Detta ledde också till en rädsla för att göra fel som behandlare om man till exempel betonade vikten av att ha tillgång till rena rakblad och bandage.

Patienternas upplevelser av vårdens bemötande

Att få korrekt behandling är nödvändigt för alla patienter, inklusive sådana som skadar sig själva, men studier visar även på nödvändigheten av ett gott bemötande, utöver själva behandlingen. Huband och Tantam (2004) fann, i en kvalitativ studie, att en och samma vårdinsats kunde upplevas som helt olika effektiv, beroende på hur patienten upplevt det bemötande som åtföljde insatsen.

En sårbar patientgrupp

En misslyckad vårdkontakt riskerar att spä på den skam och den dåliga självkänsla som ofta präglar patienter som skadar sig själva, och det är därför viktigt att personalen gör allt den kan för att bidra till ett bra möte (Cooper et al., 2011). I en intervjustudie med personer som tidigare i livet skadat sig själva svårt visade Kool et al. (2009) hur viktigt det är att aktuell patientgrupp får erfara välfungerande, positiva sociala interaktioner i vården, eftersom dylika ofta lyser med sin frånvaro i deras liv i övrigt, och eftersom misslyckade sociala interaktioner inte sällan utgör en direkt utlösande faktor till självskadebeteendet. Cooper et al. (2011) konstaterade, i sin intervjustudie med personer som skadat sig själva och som nyligen sökt vård akut, att patientgruppens vårdmöten präglades av en längtan efter genuina och uppriktiga relationer med personalen. Denna längtan bottnade ofta i tidigare negativa vårderfarenheter, men kunde också vara resultatet av att aktuell patientgrupp ofta har svårt med sociala relationer rent generellt (Cooper et al., 2011).

När bemötandet inte fungerar

Lindgren et al. (2018) fann, i sin metaanalys av 14 studier om vårdupplevelser hos patienter, att patienterna generellt upplevde vårdpersonalen som fördomsfull, osympatisk och dålig på att lyssna. Patienterna rapporterade även upplevelser av att personalen inte respekterade dem som människor, samt var oförstående inför företeelsen självskada (Lindgren et al., 2018). Hunter et al. (2013) konstaterade i sin intervjustudie med personer som nyligen fått vård för självskadebeteende att den omtanke och empati som borde vara grunden för allt terapeutiskt arbete ofta saknades i vårdupplevelsen. De slog fast att detta kan få allvarliga konsekvenser: negativa upplevelser av en dömande eller avfärdande personal minskade patienternas

engagemang i behandlingen, och gjorde dem mindre benägna att söka vård nästa gång de skadat sig själva (Hunter et al., 2013).

Perseus et al. (2003) beskrev i sin kvalitativa studie hur patienter som skadat sig själva känt sig missförstådda och respektlöst bemötta, och hur de upplevt att personal saknat nödvändig kunskap. Eriksson och Åkerman publicerade 2012 en rapport inom ramen för Nationella självskadeprogrammet, baserad på ett frågeformulär där svaren analyserades både kvantitativt och kvalitativt, där patienter beskrev okunskap och dåligt bemötande som norm. Patienterna uppgav att personal tillämpade inlärd kunskap standardmässigt (till exempel att tipsa om att krama is i handen, eller att berätta om ångestkurvan), vilket upplevdes som oflexibelt och som att riktig kunskap saknades. Vidare uppgav de att personal kunde vara fördomsfull och kränkande, förminska patienternas lidande och klumpa samman alla patienter till en grupp som betraktades som besvärlig och uppmärksamhetsökande, snarare än att ge ett individuellt bemötande. Flera patienter beskrev att diagnosen EIP användes slentrianmässigt i samband med självskadebeteende. Flera uppgav även att de upplevde brister i kontinuitet och tillgänglighet (Eriksson & Åkerman, 2012).

När bemötandet fungerar

Eriksson och Åkerman (2012) visade alltså i sin rapport på hög förekomst av negativa erfarenheter överlag, men patienterna berättade även om enskilda personer som gett ett gott bemötande. Ett gott bemötande utgör en viktig grund för en framgångsrik behandling: positiva bemötandeupplevelser skapar en hoppfull känsla av det faktiskt finns hjälp att få (Hunter et al., 2001). Att personalen upplevs som kunnig lyfts i flera studier fram som en viktig förutsättning för att bemötandet ska upplevas som gott. Respondenterna i Huband och Tantams (2004) studie betonade hur värdefullt det var när personalen uppfattades som kompetent, och Lindgren et al. (2018) fann att upplevelsen av bemötandet blev bättre om patienten om personalen hade särskild utbildning om självskadebeteende. Samtidigt visar forskningen också, som tidigare nämnts, att kunskap och formell behandling inte är en given framgångsfaktor i sig. Respondenter hos Perseus et al. (2003), med tidigare negativa vårdupplevelser i bagaget, vittnade om en stark positiv vändning när de för första gången gavs DBT, men det var inte terapiformen som sådan som utgjorde den stora skillnaden utan det åtföljande bemötandet, som de upplevde som förstående, respektfullt och bekräftande. På motsvarande sätt konstaterar DBT-patienter i Erikssons och Åkermans (2012) rapport att DBT-behandlingarna förvisso upplevdes ha god

kunskap, men att det var väl så viktigt att deras bemötande upplevdes som lyssnande och förstående.

Lindgren et al. (2018) fann att upplevelsen av bemötandet blev bättre om patienten kände sig delaktig i behandlingen. Respondenterna i Huband och Tantams (2004) studie betonade vikten av att personalen uppmuntrade självständighet, och uppfattades som omtänksam.

En komplicerad balansakt

Att både vara omtänksam och samtidigt uppmuntra självständighet tycks dock vara svårt, vilket framkommer i flera studier. Kool et al. (2009) beskriver hur patienter kan uppleva att ett utpräglat kärleksfullt bemötande (det vill säga just den sortens bemötande de upplever sig sakna rent allmänt i livet) vid omläggningen av deras skador kan locka dem att skada sig på nytt. Patienterna i Erikssons och Åkermans rapport (2012, s. 24) beskriver överdriven omsorg och ”gullande” som ett negativt bemötande, liksom att bli ”bemött som ett barn”. Hubands och Tantams (2004) respondenter beskrev hur överbeskyddande personal gjorde att vårdinsatsen uppfattades som mindre hjälpsam. Personalen måste alltså utföra en komplicerad balansakt mellan att å ena sidan vara empatisk, och å andra sidan inte visa alltför mycket empati.

Lindgren et al. (2011) beskriver i sin studie likartade överväganden, som de uttrycker i termer av ”repertoarer”, vilket ungefär kan jämföras med beteendepåsetningar eller bemötandestilar. Genom intervjuer med patienter på en sluten avdelning fann de att det var ogynnsamt för patientkontakten när personalen uppvisade vad som beskrivs som en ”fostrande” bemötanderepertoar med auktoritära inslag och anspråk på tolkningsföreträde, medan bemötandet upplevdes som mer positivt när repertoaren var ”stödjande”, det vill säga präglad av en känsla av jämlikhet och uppmuntran.

Syfte och frågeställning

Tidigare forskning visar alltså att mötena mellan personer som skadar sig själva och den vårdpersonal som ska ta hand om dem tenderar att präglas av ömsesidigt negativa upplevelser. Just psykologers upplevelser är dock inte särskilt väl beforskade, och särskilt inte i en svensk kontext. Syftet med denna studie är således att fördjupa kunskapen om hur psykologer i Sverige, med erfarenhet av att möta patienter med självskadebeteende, förstår och upplever bemötandet av dessa patienter. Därigenom hoppas vi bidra till ökad förståelse för uppkomsten av diskrepansen mellan det bemötande patienterna önskar och utlovas av vården, och det bemötande

de upplever att de får. I förlängningen kan det förhoppningsvis även ge en fingervisning om hur diskrepansen kan motarbetas, och kvaliteten på bemötandet förbättras.

Frågeställningen för studien är: Hur förstår och upplever ett urval psykologer i Sverige att möta patienter som skadar sig själva och förutsättningarna för ett gott bemötande?

Metod

För att närma oss ämnet så öppet som möjligt och undvika risken att begränsa datan genom att lägga ord i munnen på deltagarna, har vi använt en kvalitativ design i form av semistrukturerade intervjuer (Barker et al., 2016; Howitt & Cramer, 2020). Kvalitativa designer är väl lämpade att fånga komplicerade erfarenheter, då de syftar till att synliggöra personliga upplevelser av situationers kvalitet och textur, snarare än att identifiera generella orsakssamband (Barker et al., 2016; Willig, 2013). Detta passar studiens syfte och frågeställning, som ju berör individers tankar, erfarenheter och upplevelser.

Epistemologi och reflexivitet

Vår studie präglas av en kritisk realistisk ansats. Att vara kritisk realist är att å ena sidan se att fenomen kan vara sociala konstruktioner, samtidigt som man å andra sidan erkänner en verklighet, oberoende av konstruktioner (Alvesson & Skoldberg, 2017). Även sociala konstruktioner kan, ur ett kritiskt realistiskt perspektiv, ses som objektiva fenomen, och att något är en social konstruktion gör det heller inte mindre ”verkligt” (Alvesson & Skoldberg, 2017).

Med ett epistemologiskt grundantagande som kritisk realism kan man aldrig ta sig runt de subjektiva element av tolkning som alltid ligger mellan den studerade verkligheten, de gjorda iakttagelserna och de dragna slutsatserna (Willig, 2013). Vår intervjuguide är ett resultat av hur vi har tolkat verkligheten, våra intervjupersoner har sedan i sin tur tolkat frågorna, och vi har slutligen tolkat deras svar.

Redan innan vi valde vårt ämne intresserade vi oss, på ett rent personligt plan, för hur fenomen och upplevelser förändras med eller rentav konstrueras av sin kontext. Samtidigt ville vi undersöka den kliniska vardag där yrkesverksamma upplever och förhåller sig till en verklighet med patienter, kollegor, diagnoser och arbetsmiljö. Vi ville fördjupa oss i det mänskligt komplexa, i brytpunkten mellan det objektiva och det subjektiva. Dessutom hade vi också båda två med oss erfarenheter av att möta patienter som har skadat sig själva, från praktik och extrajobb inom olika delar av vård och omsorg. Känslan det medförde av att självskadebeteende är något både vi och andra psykologer med stor sannolikhet stöter på under ett yrkesliv bidrog till

både en upplevelse av ämnets angelägenhet och en önskan om att studien skulle ha allmän relevans för kliniskt verksamma.

Allt ovanstående har inneburit att vi själva har bidragit till konstruktionen av mening, genom hela forskningsprocessen. Att vara medveten om detta, i så många faser som möjligt av arbetet, innebär att ägna sig åt reflexivitet (Willig, 2013). Alvesson och Sköldberg (2017) påpekar att resonemang om reflexivitet tenderar att bli pliktskyldiga och påklistrade. För att undvika att falla i den fällan där reflexivitet blir en ren formsak har vi eftersträvat att istället tillämpa det arbetssätt Alvesson och Sköldberg (2017) kallar sekventiering. I vårt fall innebar detta att vi med jämna mellanrum under hela arbetsprocessen har stannat upp och aktivt reflekterat över vår relation till, och påverkan på, vårt material och våra resultat. Vi har försökt vara observanta på, och explicita med, de områden som kommit att engagera någon av oss, eller båda, extra mycket. Vissa aspekter av ämnet (till exempel vårdpersonalens känslors samt kompetensens betydelse för bemötandet) fångade vårt (bådas eller bara den enas) intresse redan när vi läste in oss på den befintliga forskningen, och kändes sedan lite extra angelägna att få med i intervjuguiden (se Bilaga 1). Under intervjuerna fick dessa sedan någon av oss, eller båda, att ställa särskilt många följdfrågor just där. Någon av oss, eller båda, gjorde redan tidigt under datagenererandet vissa i eget tycke intressanta iakttagelser, och tenderade sedan att hålla lite extra utkik efter nya utsagor från intervjupersonerna som bekräftade dessa. Vissa av dessa särskilda intresseområden har, tack vare vårt sekventieringsförfarande, kunnat tonas ned under resans gång (till exempel samhällsfaktorer som påverkar förekomsten av självskadebeteende). Andra har följt med hela vägen in i teman och slutsatser. Det faktum att de bär spår av subjektivitet gör dem inte per automatik sämre. Det är dock, återigen, viktigt att hantera dem med en aktiv reflexivitet, det vill säga försöka att vara medveten om de egna bidragen till konstruktionen av mening, och erkänna det omöjliga i att ställa sig utanför det man undersöker (Willig, 2013).

Deltagare

Inkluderingskriterierna var legitimerade psykologer i Sverige med erfarenhet av att möta patienter som skadar sig själva. Till studien rekryterades elva deltagare. En informant (till pilotintervjun) rekryterades via våra privata nätverk, sju informanter via social media som samlar yrkesverksamma psykologer i Sverige, och tre via ett e-postutskick till chefer inom regional psykiatri. Åtta deltagare identifierade sig som kvinnor och tre som män. De var mellan 30 och 46

år gamla ($M=37.2$, $SD=5.1$). De hade i snitt sju års erfarenhet ($M=7.1$, $SD=3.1$) som yrkesverksamma psykologer, med som minst fyra och som längst tretton års erfarenhet. Sju av deltagarna arbetade på vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar, två på barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningar, en på regional vårdcentral, och en på dels privat, dels ideellt driven mottagning.

Alla deltagare hade i stor omfattning mött personer som skadar sig själva, antingen i sitt arbete med en behandlingsinriktning där självskadebeteende är vanligt bland patienterna, eller att det var kontinuerligt förekommande bland patienter de mött på allmänpsykiatrisk mottagning, vårdcentral eller ungdomsmottagning.

Datainsamling

I inbjudan (se bilaga 2) beskrevs studiens syfte, samt helt kort de praktiska premisserna för deltagandet. De som visade intresse fick ett längre informationsbrev (se bilaga 3) som beskrev syfte och villkor mer ingående, samt även mer detaljerade aspekter av datahantering, sekretess och frivillighet. De fick även en samtyckesblankett.

Intervjuerna genomfördes digitalt och spelades in (med ljud- och bildupptagning). Intervjuerna tog cirka en timme, den längsta cirka 90 minuter (delvis till följd av tekniska problem) och den kortaste cirka 45 minuter. Vi var båda närvarande vid samtliga intervjuer. Vi ledde varannan intervju (ställde frågorna i intervjuguiden, och vid behov följdfrågor), medan den andra skötte tekniken, observerade, kom in med följdfrågor, samt transkriberade intervjun. Att vi var med under samtliga intervjuer gav oss båda en personlig relation till allt insamlat material. Det försåg oss också med fler intryck av intervjupersonerna, innebar att vi kunde fånga upp olika saker att ställa följdfrågor utifrån, samt utgjorde en gemensam grund för att kunna diskutera tolkningar.

Att vi hade läst in oss på forskning om självskadebegreppet och patienters och vårdpersonals perspektiv på bemötande bidrog till valet att göra en semistrukturerad och omfattande intervjuguide, snarare än ett fåtal stora och öppna frågor. Med grund i frågeställningen inkluderade intervjuguiden frågor om psykologernas syn på vad självskadebeteende är, på vem som skadar sig själv och varför, hur mötet med patienterna upplevdes (för att fylla glappet i den befintliga forskningen om andra yrkesgruppers upplevelser), liksom om vilka faktorer som psykologerna ansåg kunde påverka bemötandet.

Inför de ordinarie intervjuerna genomfördes en pilotintervju. Efter denna gjordes några mindre förtydliganden i intervjuguiden för vår egen skull som intervjuare, i form av ordning på följdfrågor och instruktioner.

Dataanalys

Vi har genomfört en tematisk analys, vilket innebär att systematiskt identifiera, organisera och få insikt om meningsmönster (teman) i en uppsättning data (Braun & Clarke, 2012).

Tematisk analys är *inte* en epistemologisk eller ontologisk approach, vilket betyder att kunskapssyn, verklighetssyn och val mellan induktion och deduktion är upp till respektive forskare att både göra och redovisa (Braun & Clarke, 2012). Vi har, som beskrevs ovan, haft en kritisk realistisk ansats. Vad valet mellan induktion och deduktion beträffar kan vår kodningsprocess och identifieringen av meningsbärande mönster (teman) på en och samma gång beskrivas som ”bottom-up” och ”top-down” (Alvesson & Sköldberg, 2017). Å ena sidan tog vi avstamp i materialet som sådant, samtidigt som vi å andra sidan hade med oss en både personlig och teoretisk förståelse som ofrånkomligen färgade koder och teman. Detta dubbla, induktiv-deduktiva förfaringssätt är ganska typiskt för tematisk analys (Braun & Clarke, 2012). Enligt Braun och Clarke (2012) är det omöjligt att vara strikt induktiv, eftersom vi alltid tar med oss något till datan när vi analyserar den, liksom det är omöjligt att ignorera datans semantiska innehåll när man kodar för ett teoretiskt konstrukt. Man skulle kunna beskriva vår process genom att låna hybridbegreppet abduction, vilket utgår från empiri men omfamnar samtidigt möjligheten till teoretisk förankring och till att använda tidigare forskning som inspiration för upptäckt av mönster som ger förståelse (Alvesson & Sköldberg, 2017).

I tematisk analys kan forskningsfrågan vara antingen smal eller bred, den kan tillåtas växa fram och förändras under forskningsprocessens gång, och den kan fördes med underfrågor, från början eller successivt (Braun & Clarke, 2006). Eftersom psykologers upplevelser av att arbeta med personer som skadar sig själva är ett i hög grad obeforskat område landade vi i en vid och utforskande frågeställning. På så sätt fick vi ett brett och varierat dataunderlag att analysera, på område där inte särskilt mycket data samlats in tidigare.

En tematisk analys är, i Brauns och Clarks (2006) version, uppbyggd av sex steg, som ofta tenderar att flyta in i varandra. De första två stegen innebär att bekanta sig med datan och skapa initiala koder. Redan i anslutning till intervjuerna började vi, var för sig, att antecknade spontana tankar kring vad som framkommit. Först sedan båda gjort sådana spontana noteringar delgav vi

dem till varandra. Den som transkriberat en intervju (vi transkriberade fem respektive sex intervjuer var) skickade en kopia av utskriften till den andra. Båda två kodade alltså alla elva intervjuer. Kodningsarbetet inleddes redan innan alla intervjuer/transkriberingar var klara, och gjordes med hjälp av mjukvaran NVivo. På varsitt håll började vi, i var sitt eget NVivo-dokument, att koda aspekter som bedömdes ha relevans för att besvara frågeställningen, återkommande mönster, och sådant som stack ut som avvikande. Vi kommunicerade under denna fas kontinuerligt, och delgav varandra de koder vi skapat i våra respektive NVivo-dokument. De koder vi hade konstruerat likadant gavs gemensamma namn. Koder som inte delades av båda lades till av den andra, varpå även hen kunde börja fånga denna aspekt av datan. Vi samorganiserade även kontinuerligt de överrubriker/kategorier som vi sorterade in koderna under.

Under avstämningarna om kodernas namn, innehåll och organisering diskuterades också löpande de tankar och idéer som väckts hos oss, vilket innebär att vi redan här inledde arbetet med det tredje steget, att söka efter teman. Teman ska inte reduceras till sammanställningar, utan är kreativa och tolkande berättelser om datan (Braun & Clarke, 2019). Temana genereras i samspel mellan forskarens teoretiska utgångspunkter och analytiska färdigheter, och själva datan (Braun & Clarke, 2019). När vi båda två hade kodat samtliga elva intervjuer gick vi tillsammans igenom alla koder och deras innehåll, kod för kod. Genomgången resulterade i åtta deskriptiva rubriker, ett slags ”rå-teman” under vilka vi upplevde att materialet fördelade sig. Därefter följde steg fyra, att granska temana. Här diskuterade vi hur materialet under respektive rubrik kunde tolkas och utvecklas på ett relevant sätt, hur rubrikerna/datan hängde samman, och vilka av rubrikerna som föreföll mest intressanta i förhållande till våra frågeställning och befintlig forskning. Sedan satte vi oss på varsitt håll och tog fram förslag till mindre deskriptiva och mer analytiska ”riktiga” teman. Efter att ha visat varandra dessa förslag, som var mycket likartade, slog vi ihop dem till ett förslag.

Redan nu var vi inne på det femte steget, att definiera och slutgiltigt namnge våra teman, men först efter att vi i två omgångar fått feedback från våra handledare (bland annat att ge varje tema några underteman) fick temana sina slutgiltiga former och namn. Temana namngavs utifrån antingen återkommande formuleringar hos intervjupersonerna, eller en enskild formulering som vi tyckte speglade helheten, med undantag för tema 2a: Det goda bemötandet, och tema 3c: Resurser och arbetssätt, som istället gavs mer beskrivande namn.

Det sjätte steget är att skriva själva rapporten. Vi har eftersträvat att göra temana berättande snarare än sammanfattande. Vi har valt bort material som i och för sig hade kunnat organiseras tematiskt, men som vi inte har sett som relevant i förhållande till vår frågeställning. Deltagarna är avidentifierade och benämns som intervjuperson (IP) 1 till 11.

Etik

Vi har i, enligt §3-5 i lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2003:460), skriftligt och i förväg informerat deltagarna om vem som är forskningshuvudman, studiens syfte, aktuella metoder, de följder och risker som deltagandet potentiellt kunnat medföra, att deltagandet är frivilligt samt att deltagarna haft rätt att när som helst avbryta sin medverkan (se bilaga 3). Deltagarna fick en samtyckesblankett (bilaga 4), som de ombads ha läst igenom före sin intervju. Innan intervjun startade gav deltagarna verbalt samtycke, baserat på den genomlästa blanketten, vilket spelades in i separat fil. I denna separata fil uppgav deltagaren sitt namn, men namnet förekom inte den fil som innehöll själva intervjun.

Transkriberingarna anonymiserades direkt, det vill säga uppgifter som skulle kunna användas för att identifiera deltagarna (exempelvis geografiska angivelser eller namn) togs bort. Inspelningsfiler har efter bearbetning förvarats i lösenordsskyddade krypterade mappar, på lösenordsskyddad dator. Både ljud- och bildupptagningarna av intervjuerna kommer att raderas när uppsatsen är godkänd, medan däremot de inspelade samtyckena, tillsammans med transkriberingarna, kommer att sparas på en krypterad usb-sticka i ett låst kassaskåp.

När vi formulerade frågor som skulle fånga in vad intervjupersonerna kände i mötet med personer som skadar sig själva, insåg vi att känslaspekten hade etiska implikationer. Att fråga om erfarenheter av svåra känslor skulle kunna betraktas som att fråga om mående och psykisk hälsa, potentiellt känsligt och privat, och något som hade krävt etikprövning (SFS, 2003:460, §3-5). Här landade vi i att helt avstå ifrån att fråga specifikt efter vilka känslor som väckts. I den mån deltagarna själva kom in på svåra känslor styrde vi över dem mot att istället fokusera på sina strategier för emotionsreglering. Deltagarnas rätt att själva styra intervjun i en riktning som de upplevde som relevant och bekväm samt att avstå från att besvara frågor betonades dessutom i informationsbrevet.

De aspekter som lyfts ovan ingår i det Brinkmann och Kvale (2005) skulle kalla mikroetik, det vill säga etiska aspekter i förhållande till studiens deltagare. Lika viktiga är dock även de makroetiska aspekterna, det vill säga hur den kunskap som produceras i forskning kan

påverka människor på ett samhälleligt eller kulturellt plan (Brinkmann & Kvale, 2005). Lundberg et al. (2017) konstaterar att all vetenskaplig produktion av psykologisk kunskap kan bidra till att skapa föreställningar om normalt och avvikande. Det går inte att beskriva hur människan är utan att samtidigt peka ut hur hon borde vara. Även om en sådan ståndpunkt kan beskrivas i termer av kritisk teori, snarare än kritisk realism, håller vi med om detta. Vår studie använder, liksom annan psykologisk forskning, termer och distinktioner på ett sätt som riskerar att bidra till att bevara normer, och det är viktigt att åtminstone vara medveten om detta. Ett exempel på hur vi ändå har försökt att uppväga detta är vårt sätt att hantera självskadebegreppet språkligt, det vill säga att vi har undvikit formuleringar som ”självskadepatienter”.

Resultat

Vår tematiska analys genererade tre teman, med vardera två eller tre underteman (se tabell 1). Tema 1: Svåra känslor och flytande gränser, handlar om psykologernas förståelse av självskadebeteende som företeelse. Tema 2: Validera, försök förstå och behåll lugnet, handlar om psykologernas syn på bemötande av personer som skadar sig själva och vad som påverkar förutsättningarna för bemötandet. Tema 3: Roligt och givande - med rätt förutsättningar, handlar om hur psykologerna upplever att möta patienter som har ett självskadebeteende.

Tabell 1

Teman och underteman

Tema	Undertema
Tema 1: Svåra känslor och flytande gränser	1a. Ett sätt att hantera känslor 1b. Jag tänker att gränsen är flytande
Tema 2: Validera, försök förstå och behåll lugnet	2a. Det goda bemötandet 2b. Det här var ju onödigt 2c. Vi har ju en samsyn
Tema 3: Roligt och givande - med rätt förutsättningar	3a. Jag kan göra skillnad 3b. Jag är inte ensam 3c. Resurser och arbetssätt

Tema 1. Svåra känslor och flytande gränser

Självskadebeteende är som tidigare beskrivits ett komplext begrepp. För att förstå hur våra intervjupersoner ser på bemötandet av personer som skadar sig själva är det därför av vikt att också fånga hur de ser på företeelsen självskadebeteende. Vad lägger de in i begreppet, och hur resonerar de kring beteendets funktion? Tema 1, som vi valde att kalla Svåra känslor och flytande gränser, är alltså ett försök att svara på frågorna vad självskadebeteende är, och varför det uppstår, enligt våra intervjupersoner.

Det vi fann var till att börja med en påtaglig tendens hos intervjupersonerna att låta *vad* flyta samman med *varför*. Majoriteten av intervjupersonerna lät alltså spontant självskadebeteendets *funktion* även utgöra dess *definition*. Dessa resonemang sammanfattas i undertema 1a, Ett sätt att hantera känslor.

Vidare fann vi stor variation i intervjupersonernas sätt att rita upp gränserna kring begreppet självskadebeteende. Vad räknas som självskadebeteende, och vad ska istället klassas som annat självdestruktivt beteende? Svaren varierade från person till person, och dessutom uttryckte flera intervjupersoner en osäkerhet kring den egna gränsdragningen. Dessa resonemang sammanfattas i undertema 1b: Jag tänker att gränsen är flytande. Hit har vi även sorterat intervjupersonernas resonemang om vem som skadar sig själv, det vill säga deras beskrivningar av en typisk patient. Även på detta område fanns nämligen just en tendens att vilja tänka på gränsen som flytande.

1a. Ett sätt att hantera känslor

När informanterna ombads berätta hur de skulle skulle förklara för någon annan vad självskadebeteende är, svarade sju stycken (IP1, IP2, IP3, IP6, IP7, IP10 och IP11) genom att *enbart* omnämna beteendets funktion, nämligen att hantera och reglera känslor. Så här svarade till exempel IP1:

Eh, ja men det är när man har eh, väldigt starka känslor och att man har svårt att eh veta va, hur man ska hantera dem eller reglera dem på ett eh bra sätt och eh då, för att man inte känner till hur man ska göra eller så märker man kanske att det är effektivt att skada sig, att man blir av med känslan snabbt.

IP1, liksom sex deltagare till, lät alltså *definitionen* av begreppet självskadebeteende handla om *funktionen* (att reglera känslor). Deras spontana sätt att berätta vad de anser att självskadebeteende är inkluderade över huvud taget inga konkreta inslag om att skada sig.

Även IP2, IP7 och IP11 inledde sina definitioner genom att på motsvarande vis prata allmänt om att reglera ner obehagliga känslor, men kom sedan även in på andra funktioner. IP7 påpekade att beteendet kan handla om att ersätta en upplevelse av ”tomhet” med att faktiskt få en känsla. IP2 formulerade samma tankegång som ”att man liksom behöver tillföra stimuli på något sätt”. Både IP2 och IP11 nämnde spontant funktionen ”att straffa sig”. IP11 nämnde även ”en interpersonell funktion”, det vill säga att självskadebeteendet kan vara ett sätt kommunicera sitt mående till andra. IP2 nämnde att det kan vara frågan om ett psykosymtom eller en transperson som stympar sig i brist på hjälp från vården.

Ingen av de nämnda sju intervjupersonerna gick in konkret på själva skadan i sina respektive definitioner. De återstående fyra (IP4, IP5, IP8 och IP9) var dock något mer benägna att uppehålla sig vid även den aspekten. IP8 var den enda som enbart lyfte upp själva skadan, och inte alls nämnde dess funktion: ”Jag skulle väl säga att det brett definierat är att man gör sig själv eh illa, eh och att man mår dåligt och gör sig själv illa”.

IP4 och IP5 inledde båda två sina svar med att beskriva funktionen, nämligen att ”stå ut med” känslor. Sedan övergick de till att tala om skadan som sådan, det vill säga att man ”gör sig själv illa” (IP4) eller ”skadar sin hud eller sin fysiska form” (IP5). IP9 gjorde likadant fast tvärtom, det vill säga inledde sin definition med att slå fast att ”självskadebeteende är någon form av, oftast, vävnadsskada, eller annan skada till den egna personen”, och växlade därefter spontant över till att prata funktion:

Ja, eh funktionen är ofta att på något sätt hantera en situation eller sina eg- sina egna upplevelser av den situationen, det kan vara att man känner otrolig skam och vill straffa sig själv och då reglerar ner den skammen. Eller att man känner rädsla, ångest ehm ilska. Och på något sätt så hjälper självskadan till att inte känna lika starkt, i situationen.

När informanterna ombads att berätta varför de tänkte att personer skadar sig själva kretsade samtliga svar kring att hantera eller reglera känslor, om än med något varierande nyanser. IP1 påpekade att det, utöver reglering av känslor, även kan handla om svårigheter med att *identifiera* de egna känslorna. IP2 upprepade, utöver resonemangen om ”att liksom hantera känslor man är med om eller känslor som är svåra att hantera”, att det också kan handla om självbestraffning. Några deltagare specificerade vilka känslor det brukar röra sig om, och nämnde ”ångest” (IP3, IP4, IP6, IP9, IP10), ”skuld, skam” och ”rädsla” (IP6) och ”skam”, ”rädsla” och ”ilska” (IP9). IP5, IP8 och IP10 kopplade även tillbaka till känslohantering när de

senare fick frågan om samhällsfaktorer som kan påverka förekomsten av självskadebeteende, och lyfte upp en generell oförmåga i samhället att våga prata om svåra känslor och om hur de kan hanteras.

Sammanfattningsvis kan alltså resonemang om självskadebeteendets känsloreglerande funktion sägas ha en mycket framträdande roll i deltagarnas sätt att beskriva sin syn på förekomsten självskadebeteende, oavsett om de fick frågan *vad* eller frågan *varför*.

1b. Jag tänker att gränsen är flytande

Funktion spelade alltså en framträdande roll i resonemangen även när frågan avsåg definition. Resonemang kring gränsen mellan självskadebeteende och annat destruktivt beteende uppehöll sig i något högre grad vid synen på själva skadorna. Denna gränsdragning varierade stort från person till person och vållade ofta osäkerhet.

Vad osäkerheten beträffar tog den sig diverse uttryck. IP4 illustrerar den väl genom sitt svar på frågan ”hur drar du gränsen mellan självskadebeteende och annat självdestruktivt beteende”:

Ehm (paus) åh vad svårt. (Paus) men jag tänker att (paus) jag måste tänka lite (paus). Jag tänker att alltså allt självdestruktivt beteende är ju på något sätt ett självskadebeteende. Ehm men jag tänker om man tänker rent krasst så är det väl mer att man liksom tillfogar sig själv skada, eh kanske direkt skada, att man liksom skadar sig själv, att man ehm, jamen skär sig eller rispar sig eller så. Eh och att alltså utsätta sig själv, alltså ha mer självdestruktiva eller liksom destruktiva beteenden som att liksom utsätta sig för riskfyllda situationer, det är kanske ett mer indirekt (paus) självskadebeteende.

IP3 gjorde i sitt svar ordval som ”luddigt”, ”klurigt” och ”oklart”, och konstaterade att det finns ”ett överlapp” mellan något slags förmodat konventionell självskadedefinition, ”till exempel då skära sig eller bränna sig eller sådär” och ”annat destruktivt beteende” som ”missbruk och sådär”. IP3 var osäker på om hen skulle placera destruktiva sexuella beteenden inom eller utanför självskadedefinitionen, eftersom sex involverar andra personer som ”också har ett ansvar för vad de gör”. Även IP2 framhöll riskerna med en alltför snäv definition, eftersom ”självskada kan ju se väldigt olika ut” och ”om vi går in och är för rigida i gränsdragningen då missar vi mycket”. IP2 gick till och med så långt som till att inte vilja dra några gränser alls, med motiveringen att hen ”tänker att gränsen är flytande”. IP2 menade även att ”gå ut på krogen och mucka” är något som bör räknas in i självskadebegreppet.

IP6 återvände till funktionen för att förtydliga sin gräns, och menade att även ”att utsätta sig för destruktiva situationer” bör räknas som självskadebeteende, förutsatt att funktionen är känsloreglering. IP7 resonerade likartat om att använda funktionen som ledstjärna för att vidga självskadebegreppet. IP7 hänvisade å ena sidan till ”skalorna för självskada” och ”de modeller som finns idag”, där hen inkluderade att skära sig, sticka sig, hålla sår öppna, sticka in vassa saker under huden, slå sig själv och dunka huvudet i väggen, samtidigt som hen å andra sidan menade att dessa skalor var ”lite snäva”:

IP7: Andra riskbeteenden finns ju också, att eh söka upp farliga situationer och sådär som egentligen finns med i andra typer av destruktiva beteenden också.

Intervjuaren (I): Men det räknar du in som självskadebeteende?

IP7: Kan göra det.

I: Och hur ska det beteendet se ut då för att vara ett självskadebeteende?

IP7: Jag tänker att det beror lite på funktionen. Är det för att undvika känslor, är det för att undvika att ta tag i problem som du har, är det för att känna någonting.

En knapp majoritet (IP1, IP5, IP8, IP9, IP10 och IP11) var förhållandevis säkra på sin sak från första början. De drog alla en distinkt gräns mellan att tillfoga den egna kroppen direkt fysisk skada (vilket de klassade som självskadebeteende) och att till exempel ”ta droger” (IP1) eller ”shoppa bort sina pengar” (IP5), som de kallade ”destruktiva beteenden” (men alltså inte ansåg vara självskadebeteende). IP5 poängterade för sin del att ”destruktivt sex” ska räknas som ett självskadebeteende, förutsatt att det uttryckliga syftet är att man själv ska ta fysisk skada av det, och även IP7 ansåg att ”sexuella beteenden” kan vara självskada, så länge beteendet syftar till att slippa känslor, eller inte förmå hantera känslor på annat vis. IP1, IP8, IP9, IP10 och IP11 nämnde däremot destruktiva sexuella beteenden som exempel på sådant som *inte* omfattas av självskadebegreppet.

Vissa var alltså öppet osäkra och andra säkrare, men hur som helst varierade alltså klassificeringen rejält från person till person. En tendens vi noterade var att personer som arbetade utifrån en speciell metod i flera fall hänvisade till denna i sin definition. Exempelvis påpekade IP11 att ”just för DBT-behandlingen så har vi en tydlig indelning kan man säga”, medan IP10, som arbetade med ERGT-behandling, konstaterade att hens metodologiska hemvist medförde ”de här olika definitionerna, som nonsuicidal self-injury till exempel, det är en definition”.

Sammanfattningsvis hade alla de sex personer som var relativt säkra i sina gränsdragningar (IP1, IP5, IP8, IP9, IP10 och IP11) en speciell behandlingsmetod att luta sig emot, de var utbildade i DBT och en även i ERGT. De som uttryckte en något större osäkerhet i gränsdragningen mellan självskadebeteende och annat självdestruktivt beteende (IP2, IP3, IP4, IP6 och IP7) saknade särskild utbildning med inriktning mot självskadebeteende, med undantag för IP7 som var DBT-utbildad men som inte längre arbetade med DBT-behandling. Att ha gått psykologprogrammet nämndes inte av någon som en källa till kunskap om självskadebeteende. Tvärtom påpekade både IP8 och IP11 spontant att de, under sin tid på utbildningen, inte fått någon undervisning alls i detta ämne.

Även när informanterna ombads beskriva en typisk patient som skadar sig själv framkom tankar om en flytande gräns, och en obenägenhet att generalisera. Detta trots att många av dem faktiskt hade konkreta erfarenheter av att patientgruppen de mötte hade vissa egenskaper.

Denna dubbelhet speglades exempelvis hos IP2, som först betonade att hen ”tror det är svårt att beskriva en typisk person” som skadar sig själv, för att i nästa mening berätta att hen personligen främst mött unga kvinnor. På motsvarande sätt förklarade IP10 att hen har ”lite svårt för att kategorisera personer så där”, men berättade därefter att de patienter hen personligen möter är yngre och identifierar sig som kvinnor. Hen påpekade även att de flesta har en EIP-diagnos och ”ungefär en tredjedel” har en PTSD-diagnos. IP8 svarade likadant, fast i omvänd ordning - först sa hen att hen i och för sig såg en yngre kvinna framför sig, men sedan lade hen till att hen å andra sidan ”värjde sig för frågan” och inte tyckte att det kändes ”hjälpamt” att tänka i termer av typiska patienter. IP3 konstaterade att hen spontant tänkte på ”yngre personer” men tillade att det troligen berodde på att hen var färgad av ”någon slags mediabild”. På samma sätt avfärdade hen spontant sin personliga upplevelse av att patientgruppen domineras av kvinnor med tillägget ”jag tror inte att det är egentligen är det, utan bara att vi är dåliga på att fånga upp andra”.

IP7 och IP11 avstod helt från demografiska resonemang. IP7 konstaterade att ”det enda som är helt typiskt” är att ”det är någon som har problem med sin känsloreglering”, och samma distinktion gjorde IP11: ”Om jag ska säga vad är liksom typiskt, ja det är ju just det här igen, en svårighet att bli överväldigad av känslor på olika sätt och inte veta hur man ska hantera det”.

Både IP6 och IP5 sade sig främst möta yngre kvinnor, men tillade sedan att det antagligen inte kunde tolkas som korrekt avspeglning av verkligheten, eftersom de menade att män i lägre grad söker kontakt med psykiatrin.

IP4 var den enda som, utan reservationer, uppgav att det i hens fall mest handlar om kvinnliga patienter, och att de ofta är i yngre tonåren. IP1 uppgav att det dels kan handla om personer med EIP, dels personer med autism.

Sammanfattningsvis kan sägas att intervjupersonerna återkom till självskadebeteendets funktion som något centralt för förståelsen av begreppet självskada. En majoritet av dem hade självskadans känsloreglerande funktion som utgångspunkt för hur de definierade begreppet. Att hantera och reglera känslor utgjorde också intervjupersonernas huvudsakliga förklaringar till varför personer skadar sig själva. Det framkom tydligt att det finns svårigheter och osäkerhet i hur man drar gränsen mellan självskadebeteende och annat destruktivt beteende, vilket gav utrymme för individuella variationer. Att tillfoga sig själv direkt vävnadsskada på olika sätt var något som nås fall inom självskadebeteende, medan uppfattningarna gick isär när det gällde att utsätta sig för riskfyllda sexuella eller våldsamma situationer och missbruk. Även när det gällde uppfattningar om vem som skadar sig själv gav intervjupersonerna uttryck för att det både finns en tydlig bild av att det är unga kvinnor, och/eller att patienter de möter främst är unga kvinnor, samtidigt som man inte ville generalisera och lyfte fram andra grupper som man tror missas av vården.

Tema 2. Validera, försök förstå och behåll lugnet

I tema 2: Validera, försök förstå och behåll lugnet, har vi tematiserat intervjupersonernas resonemang om bemötande av patienter som skadar sig själva. Detta omfattar hur intervjupersonerna ser på såväl ”gott” som ”dåligt” bemötande samt vikten av samsyn hos personal.

2a. Det goda bemötandet

Intervjupersonerna gav uttryck för en stor samsyn kring vad som är grunderedenserna i ett gott bemötande av personer som skadar sig själva. Dessa kan sammanfattas med att: validera och inte döma, vara nyfiken och försöka förstå, avlasta skuld och skam, behålla lugnet samt förmedla hopp.

Validera och inte döma. En majoritet av intervjupersonerna framhöll återkommande vikten av att vara ”validerande” (IP1, IP3, IP4, IP5, IP9, IP10, IP11) och ”icke-dömande” (IP1, IP3, IP5, IP9, IP10, IP11). IP1 beskrev:

Genom att liksom eh inte döma, att vara så här eh inte vara kritisk liksom, mot eh det patienten berättar, framför, det som de säger, att eh bekräfta väldigt mycket eller validera eh det som går, förutom då själva självskadebeteendet (skratt) eh att så här (paus) så att de känner att de inte är ensamma, normalisera det som går att normalisera.

Validera och inte döma nämndes ofta tillsammans som svar på frågan vad som är viktigt i bemötandet. Att vara icke-dömande beskrevs som att inte förmedla att det patienten ”känner är fel på olika sätt” (IP10). Ordval som att inte vara ”värderande” (IP7) eller ”uppfostrande” (IP3, IP6) förekom också. Två av intervjupersonerna tog dessutom upp att detta att vara validerande och icke-dömande är något som lärs ut i DBT (IP8, IP11). Uttrycken återkom både när intervjupersonerna beskrev vad som gör att egna möten med patienter blir bra och hur de tyckte att vården som helhet borde bemöta. Uttryck som ”bekräfta” (IP4), ”ta patienterna på allvar” (IP2) och ”få patienterna att känna sig lyssnade på” (IP1) användes också.

Vara nyfiken och försöka förstå. Att vara validerande beskrivs vidare som att vara ”nyfiken” på, vara ”intresserad” och ”försöka förstå” patienten (IP1, IP3, IP4, IP6, IP10, IP11) och vilken funktion självskadan fyller för patienten (IP3, IP4, IP5, IP6, IP8, IP11). IP8 gav som exempel att hen kunde ge uttryck för att: ”okej du mår dåligt, du behövde tröst eller du behövde lindring, så klart, för det behöver alla människor när man mår dåligt liksom” och IP6 utvecklade: ”Jo men att på något sätt hjälpa patienten att se att [...] hur de är och vad de gör, att det är begripligt och förståeligt”. Flera intervjupersoner beskrev alltså hur validerandet och att försöka förstå gör självskadebeteendet till något begripligt utifrån omständigheterna. IP3 exemplifierar:

Alltså, eh jag brukar väl försöka så att säga normalisera (paus) det och det kan man ju göra även med personer själva som använder sig av sådana beteenden, typ att det är ingenting man gör för nödvändigtvis för att man är galen eller vad det nu är folk tänker, utan det är något som fyller en funktion. Och ganska ofta är det en affektreglerande funktion eh och att man gör det ofta för att man inte har bättre sätt att reglera eh känslor på.

Dessa strategier menar vi kan tolkas som att normalisera självskadebeteendet som en form av förståelig copingstrategi.

Avlasta skam och skuld. Flera intervjupersoner lyfte betydelsen av att avlasta skam och skuld, bland annat att ”inte skuldbelägga” (IP2, IP3), att hjälpa patienter att hitta sätt så att de inte känner så ”mycket skam att det inte går att prata om” (IP1), och att ”låta skammen vara kvar [...] samtidigt som jag inte liksom går och lägger på ytterligare stenar på den” (IP2). IP3 ville bidra till att patienterna skulle kunna ”släppa lite av den där skammen som väldigt många har [...] och att få lite mer empati för sig själv” och IP4 tog upp att ”försöka att inte skuldbelägga själva strategin att självskada, utan att mer bekräfta att det här är jättejobbigt”. Att validera, försöka förstå och och begripliggöra självskadebeteendet kan följaktligen betraktas som ett led i att avlasta skam och skuld, samtidigt som intervjupersonerna betonade vikten av att de inte själva skulle bidra till att bygga på skam och skuld hos patienterna.

Behålla lugnet. En annan central ingrediens som intervjupersonerna återkom till i bemötandet av personer som skadar sig själva är att ”behålla lugnet” (IP3, IP4) och inte bli ”upprörd” (IP3), ”uppgadad” (IP2, IP3), ”rädd” (IP5) eller ”provocerad” (IP8) utan istället ”behandla det lite med samma tonfall som man pratar om andra saker” (IP3), ”alltså att inte såhär uppfyllas av eller agera på exempelvis provokation” (IP6). IP6 gav exempel på hur bemötandet kan påverkas negativt av att hen inte lyckas behålla lugnet, genom att ”då tappar man fokus lite på vad är det vi ska göra här och hur är det för patienten att sitta och prata om det här med mig”. IP4 beskriver också hur detta kan påverka mötet:

När jag är ensam eller känner att jag blir stressad eller orolig och har svårt att behålla lugnet så att jag dras med i den här oroskarusellen (skratt) ehm och hamnar i det här att, att istället för att försöka förstå barnet, hitta, ge barnet ‘men gör såhär istället’ alltså ve- att man hamnar i det här att ‘jamen här är en lista med andra strategier, gör så istället’. Att misslyckas med att behålla lugnet kopplades alltså till minskad närvaro och flexibilitet i mötet med patienten.

Förmedla hopp. Några intervjupersoner tog också upp vikten av att inge hopp. IP3 beskriver: ”Ehm men ja, annars så tänker jag mig väl att eh, det är ganska viktigt att inge någon slags hopp. Alltså, det går att träna upp de här grejerna så att man inte behöver självskada liksom.” Flera intervjupersoner lyfte att på olika sätt förmedla ”att det finns möjlighet till förändring” (IP11) och att det finns alternativa strategier och beteenden som fungerar (IP1). IP9 beskrev på liknande sätt att det blev bra ”när man får till tillägget hur gör vi annorlunda och

patienten tror på att den kan göra annorlunda” och IP8 att vården som helhet ska ”väcka en förväntan om att [...] här finns hjälp att få, det här, så här behöver du inte ha det”.

Samtidigt som intervjupersonerna alltså förmedlade en samsyn kring vad som är viktigt för ett gott bemötande, gav de uttryck för en medvetenhet om att patienter som skadar sig själva inte alltid bemöts väl i vården, vilket beskrivs nedan.

2b. Det här var ju onödigt

I intervjupersonernas redogörelser återkom exempel på andras dåliga bemötande. IP5 beskrev exempelvis:

Men också när de har hört av sig till vården, det har jag hört väldigt många patienter berätta om, till exempel negativa erfarenheter när man varit på eh medicinakuten för att sy ett sår, eller på vårdcentralen för att ta stygnen [...] ofta att bemötandet är ganska dömande, och att den personen som bemöter försöker att pålysa allting som är dåligt med det här. Allting från att påpeka ja, men du kommer få så stora ärr framåt eller ja, det här var ju onödigt, varför gjorde du det här mot dig själv. Så det finns ett dömande uttryck, där jag tolkar historien som att det är en vårdpersonal som har försökt att bestraffa bort beteendet självskada.

Flera beskrev att annan personal i vården, och i vissa fall egna kollegor, kan ge ett olämpligt bemötande eller ge uttryck för negativa attityder (IP2, IP3, IP5, IP6, IP10, IP11). Som när ”man sitter vid ett fikarum och någon kollega tar upp någonting, eh och säger att det här var en patient, och så kanske de säger något dömande, så försöker jag alltid att inte släppa det, utan jag svarar” (IP5). Intervjupersonerna gav också uttryck för en generell uppfattning om att personer som skadar sig själva blir dåligt bemötta (IP2, IP3, IP5, IP10). IP10 säger: ”Det finns ju mycket stereotyper kring denna patientgrupp, som ni säkert vet, och har fått dåligt bemötande i vården”. Det olämpliga bemötandet från annan vårdpersonal beskrevs bland annat vara ”dömande” (IP2, IP5, IP11), ”uppfostrande” (IP3, IP6), ”föraktfullt” eller med ”tvångsmedel” (IP3), ”bestraffande” (IP2, IP5), att personal har ”negativa värderingar och [...] sätt att se på det liksom att ‘nu får de sluta upp med det där’ liksom sluta självskada” (IP6). Vidare sades att personal blir ”upprörda” (IP3, IP4), eller ”överreagerar” istället för att ta reda vad självskadebeteendet fyller för funktion (IP2). Vårdpersonal beskrevs kunna uppfatta personer med självskadebeteende som ”manipulativa” (IP5, IP10), vilket också kopplades till fördomar i vården om att ”de med självskadebeteende har en emotionell instabilitet” (IP10), eller är ”himla

krävande”, och att självskadebeteendet uppfattas som ”orimligt” och ”konstigt” (IP9).

Intervjupersonerna nämnde ibland exempel på yrken eller delar av vården som har gett eller kan ge ett olämpligt bemötande så som i ”somatiken” (IP10), på ”vårdcentral” (IP5), ”psykakut” (IP10), medicinakuten” (IP5), av ”läkare” (IP4, IP4), ”administrativ personal [...] i receptionen” (IP6), ”sjuksköterska” (IP4, IP9), ”barnmorska” (IP2) och ”skötare” (IP6).

Intervjupersonerna gav alltså uttryck för att personer som skadar sig själva ofta bemöts olämpligt och ohjälpsamt i vården. De som sades stå för detta dåliga bemötande var endast i undantagsfall egna kollegor, och det beskrevs heller inte vara andra psykologer. I motsats till det dåliga bemötande som intervjupersonerna menade finns i andra delar av vården, gav flera uttryck för ett gott bemötande där de själva arbetar.

2c. Vi har ju en samsyn

Flera av intervjupersonerna framhöll att det var viktigt att all personal på den egna arbetsplatsen hade samma syn på hur patienter som skadar sig själva bör bemötas.

Mina kollegor tänker jag har, vi har ju en samsyn för att vi liksom utgår väldigt tydligt från samma teori och samma behandling så att det är liksom inga konstigheter där eh (paus), som sagt, det är väl bra om man om man har den här gemensamma synen på att hur man ska hjälpa någon som har ett självskadebeteende, det är ju positivt så. Ja, att det liksom genomsyrar eh även andra kontakter som patienten eventuellt har. (IP11)

IP4 beskrev på liknande sätt att ”det brukar bli bra” när alla har samma ”bemötande eller förhållningssätt” och IP9 att det hjälper att ”alla här pratar validerande, pratar man med sjuksköterskan så är hon validerande, hon eller han som gjorde liksom bedömningssamtalet har också varit validerande”. Flera intervjupersoner tog också upp att det vore önskvärt att andra yrkesgrupper tänkte och bemötte likadant som de upplever att de som arbetar med självskadebeteende gör. IP6 sa till exempel: ”så att inte patienten har någon dålig upplevelse i receptionen med någon som jobbar där och liksom kommer in och är liksom helt upprörd över det, det kan ju försvåra lite grand.” IP1 menade att det vore hjälpsamt att lära andra yrkesgrupper att se ”vad fyller det för en funktion liksom just för den här personen att göra på det här sättet och kan man hitta liksom alternativa eh strategier”. Flera efterfrågade också utbildning för personal som ett sätt att förbättra vårdens bemötande av personer som skadar sig själva (IP4, IP6, IP7, IP8, IP9, IP10). IP10 sa till exempel: ”att liksom medicin, läkare, övrig personal fick mer kunskap om självskadebeteende också förståelse för vad det är. Och liksom kunna se

människorna bakom beteendet, mer än vad man gör idag.” För, som IP8 uttryckte det: ”bemötande kan ju [...] påverka tror jag (paus) även om du inte har huvudansvaret för att behandla det här problemet så behöver du åtminstone representera vården på ett välkomnande sätt”.

Sammanfattningsvis tolkade vi att de intervjuade psykologerna förmedlade att de själva ger ett gott bemötande av personer som skadar sig själva. De gav uttryck för stor samsyn om vad som är grundstenarna i detta goda bemötande: att validera och inte döma, vara nyfiken och försöka förstå, normalisera och avlasta skuld och skam, behålla lugnet samt förmedla hopp. Även kollegor som arbetar med självskadebeteende uppfattades representera det goda bemötandet, och intervjupersonerna framhöll vikten av att alla på en mottagning har kunskap och bemöter på samma sätt. Mot detta goda bemötande ställdes ett dåligt bemötande, med negativa attityder, dömande och olämpligt beteende gentemot patienter. Intervjupersonerna beskrev att patienter berättat att de blivit bemötta illa, och verkade uppfatta att dåligt bemötande förekommer relativt utbrett inom vården.

Tema 3. Roligt och givande - med rätt förutsättningar

I tema 3 redogör vi för intervjupersonernas upplevelser av att möta patienter som skadar sig själva, samtidigt som vi noterar två aspekter som deltagarna lyfte upp som viktiga förutsättningar för att kunna trivas med jobbet: att inte vara ensam, och att det föreligger en god matchning mellan uppgiftens svårighetsgrad och organisationens resurser.

3a. Jag kan göra skillnad

I intervjupersonernas redogörelser av hur de upplever att arbeta med personer som skadar sig själva var svaren spontant positiva. IP7 sa:

Jag tycker att, det låter ju väldigt konstigt, men jag tycker att det är vansinnigt roligt.

Ehm det är svårt, ehm (paus) men det är ofta ganska, när man väl då får till en insats så är det ofta ganska (paus) alltså hjälpsamt, det finns ofta någonting man kan göra.

Arbetet upplevdes framförallt som ”roligt” (IP1, IP5, IP7, IP9, IP11) och ”givande” (IP2, IP5, IP11, IP9), ”fint och berikande” (IP10) och vidare ”meningsfullt” (IP8), ”intressant” (IP3) och ”trevligt” (IP6).

När psykologerna skulle beskriva vad det är som är givande, roligt eller på annat sätt positivt återkom de ofta till att behandlingen har resultat för patienter, i termer av till exempel

förändrade beteenden, förbättrat mående, minskat lidande och förbättrade relationer. Flera intervjupersoner gav uttryck för en tillit till behandlingsmetoden de är utbildade i. IP9 förklarade:

När man har en metod som ändå är hjälpsam. Alltså i DBT, är ju utvecklad just för självskada så att eh, även om man inte alltid får effekt på alla andra saker inom emotionell instabil personlighetssyndrom, alla andra symtom, så den får man ofta bra effekt på, om man zoomar in på den. Vilket gör det, alltså, ja, mest givande, att hjälpa någon att bli av med sina farliga beteenden. Så jag tycker det är väldigt roligt.

Det framkom också ett samspel mellan kunskap som fås genom utbildningar i behandlingsmetod, och de kliniska erfarenheter intervjupersonerna fått som verksamma psykologer. Tillsammans verkade detta göra att psykologerna tror på möjligheten att göra skillnad för personer som skadar sig själva, och bidra till att ge dem trygghet i sin yrkesroll och positiva upplevelser av sitt arbete. IP9 och IP11 nämnde att de arbetar med DBT och att den metoden har effekt. IP5 tog upp att kunna bidra med ”konkret skillnad” för patienter kopplat till att arbeta med KBT. IP10 beskrev att det är en ”viktig del för mig att kunna hjälpa patienterna må bättre [...] att se resultat i mitt jobb” och IP8 att det är ”viktigt och meningsfullt [...] att bidra till en stärkande förändring”. IP7 sa om sin mottagning:

Vi har valt en specifik metod och jag menar, det är ju rent krasst då, det är väl en tredjedel som blir hjälpta liksom s- att eh rent om man liksom börjar se signifikanta skillnader så är det klart att då är det väl sådär, men jag upplever nog ganska ofta att (paus), att man kan se resultat såtillvida att man lyckas hjälpa till någonstans.

IP6 beskrev att det nu är trevligt ”men i början var lite obehagligt” innan hen hade ”mer erfarenhet och teoretiska modeller att tänka kring det utifrån”. IP2 upplevde det som kul ”när patienterna ”hittar nya strategier”, och IP3 beskrev att hen gillar att försöka ”skapa samarbete” och ”identifiera vad är det egentligen som den här personen eh behöver fylla på med för att det ska funka bättre (paus) i livet”.

Några intervjupersoner berättade också spontant om privata erfarenheter som betydelsefulla för hur de i arbetet bemöter och upplever självskadebeteende (IP2, IP3, IP5, IP8). De beskrev bland annat att de tror att självskadebeteende därför inte ger upphov till samma känslomässiga reaktioner hos dem, som hos personer som inte mött det. Att de exempelvis inte blir provocerade eller rädda, och att ”det inte är så mycket konstigare än andra undvikandebeteenden” (IP5), eller att det hjälper dem att se beteendet och personer som skadar

sig själva som något relaterbart snarare än något främmande. IP8 beskrev exempelvis:

Jag tror att möta många med självskada, tror jag tar udden av det. Jag mötte självskada i m- liksom, som anhörig, tidigt ehm. Och det upplever jag hos kollegor, att när man har mött fler med självskada eh så tar det udden av rädslan.

Både de positiva upplevelserna av att arbeta med självskadebeteende, och hur intervjupersonerna hanterar negativa upplevelser, kopplades till att ha stöd från kollegor och sitt team. Detta beskrivs i undertemat 3b: Jag är inte ensam.

3b. Jag är inte ensam

I likhet med många andra yrkesgrupper beskrev psykologerna i studien att mötet med personer som skadar sig själva kan väcka känslor som behöver hanteras. Framförallt beskrev intervjupersonerna känslor relaterade till oro respektive till att det är påfrestande och frustrerande. Ordval som förekom var ”oro” och ”stress” (IP4, IP1, IP3, IP9), ”rädsla” (IP4, IP1) och ”läskigt” (IP7), ”påfrestande och jobbigt” (IP8), ”tufft” och ”kämpigt” (IP1), ”irritation” (IP6) och ”frustration”(IP4, IP8). Ofta kopplades oro, stress och rädsla till att det finns en svårbedömd risk för allvarlig skada och suicid närvarande i arbetet med personer som skadar sig själva (IP1, IP3, IP4). Att det är påfrestande och frustrerande beskrevs bland annat uppstå som en konsekvens av att det är ”svårt” att arbeta med självskadebeteende (IP4, IP8), exempelvis när psykologen upplever att arbetet med en patient inte leder till förändring, eller när patienter fortsätter med beteenden som inte är hjälpsamma för dem (IP1, IP6, IP8). Att höra om patienters traumatiska upplevelser (IP11), att bli ”utskälld” av patienter (IP9), och att självskadebeteende hos en patient väcker oro och stress hos anhöriga eller kollegor (IP4), beskrivs också kunna leda till att intervjupersonen blev känslomässigt påverkad på ett sätt som behöver hanteras.

Tre olika strategier framkom som hjälpsamma för att hantera svåra känslor. Dessa kan delas in i två professionella och en privat. De professionella strategierna som framkom var stöd av kollegor, team och handledning respektive att använda sig av färdigheter från sina utbildningar för att hantera egna känslor. Majoriteten av intervjupersonerna betonade betydelsen av att kunna rådgöra med och få känslomässigt stöd från kollegor (IP1, IP2, IP3, IP5, IP6, IP7, IP8), och flera nämnde specifikt vikten av att ingå i ett team (IP2, IP7, IP9, IP11, IP6). IP9 beskrev:

Den gången jag känner mig hjälplös, så vet jag att det är inte jag som sitter i slutändan och är ansvarig, eh, och om det här går dåligt så är det inte för att jag är en dålig psykolog

eller terapeut, utan [...] Då liksom, då kommer jag ha några som hjälper mig eh, och det är ju en trygghet.

Flera nämnde också handledning som betydelsefullt i samband med att de pratade om att ha stöd av kollegor (IP3, IP6, IP7, IP8).

Den andra professionella känslohanteringsstrategin som vi utläste var att psykologerna lutade sig mot metoder och färdigheter från sin utbildning, både psykologutbildningen och vidareutbildningar som DBT och MBT, som en strategi för att hantera och reglera egna känslor i terapirummet. Här nämndes bland annat ”medveten närvaro” och att ”få tillbaka sin närvaro till rummet” (IP4, IP5, IP9), att ”få tillbaka mentaliseringsförmågan” (IP4, IP5, IP6, IP9), och ”själv-validering” (IP5, IP6, IP9). Det sistnämnda beskrevs av IP6 som: ”att det är förståeligt att det kan vara jobbigt att jobba med någon som har självskadat”. Vidare känslohantering i att de jobbiga känslorna som väcks ”får finnas där” och att man måste ”stå ut” med dem (IP4), och att tänka kring känslor i termer av “överföring-motöverföring” (IP8).

Flera intervjupersoner nämnde också en privat känslohanteringsstrategi, som handlar om att försöka ha ett meningsfullt liv utanför arbetet genom fritidsaktiviteter och relationer till andra (IP2, IP4, IP5, IP10). IP2 sade till exempel: ”Jag ser till att jag gör saker jag tycker om efter jobbet eh att jag är ute och springer och håller på med mina intressen”. IP10 beskriver också att släppa arbetet när hen går hem: ”Men det är något som automatiseras, när jag lämnar jobbet, att nu lämnar jag jobbet. Eh så det är när jag har stängt av, loggar ut datorn. Det är nästan som att det inte är något medvetet jag gör längre, alltså, utan det är någonting jag har bestämt”. Intervjupersonerna gav alltså uttryck för olika sätt att avgränsa jobb och fritid känslomässigt.

3c. Resurser och arbetssätt

Möjligheterna till stöd från kollegor och team, som beskrivits ovan, har kopplingar till hur intervjupersonerna beskrev de organisatoriska förutsättningarna, i form av resurser och arbetssätt på sin arbetsplats. Flera beskrev att de har goda förutsättningar från sin organisation, till exempel i termer av att arbeta i team, få stöd av kollegor och erbjudas handledning (IP1, IP5, IP8, IP9, IP11). IP9 sa: “Och vi träffas ju i ett team varje vecka och har en förmiddag som är dedikerad till att liksom eh, kolla på film på patientärenden och liksom hur man går vidare”. IP11 lyfter också att få använda behandlingsmetoden fullt ut: ”Vi får ju bedriva den här behandlingen på det sättet som den är tänkt, alltså fullt ut med alla de delar och eh liksom vad patienten ska ha”. Förutsättningarna beskrevs se olika ut beroende på var i vårdkedjan intervjupersonerna

befann sig. De i specialiserad vård gav generellt uttryck för en bättre matchning mellan organisationens resurser, den typ av vård som ska ges och antalet sökande, och att de var nöjda med de organisatoriska förutsättningarna för att kunna ge patienterna ett gott bemötande. Två av deltagarna (IP1, IP4) som arbetar på olika BUP-mottagningar nämnde svårigheter med att det inte fanns tid i det egna eller kollegornas scheman att prata med varandra när man behöver det.

De som refererade till arbete på vårdcentral och ungdomsmottagning upplevde det som en god organisatorisk förutsättning att de inte hade långa köer, men upplevde köerna i allmänpsykiatrin för barn och vuxna i nästa led som ett problem (IP2, IP5, IP7). IP5 förklarade till exempel att ”andra instanser har så enormt långa väntetider så att folk tenderar att bli behandlade här hos oss även alltså när självschadan kanske egentligen skulle remitteras till psykiatrin.” De på allmänpsykiatriska mottagningar beskrev i vissa fall ett problem med att nästa steg i vårdkedjan, specialiserad vård för patienter med mycket svår självschadeproblematik, antingen saknades eller var svår att få in patienter på (IP2, IP3).

IP4 som arbetade på en icke-specialiserad mottagning lyfte ”söktrycket”, de organisatoriska förutsättningarna att ta emot patienter i förhållande till antalet som söker, som något som påverkade bemötandet:

Men just det här [...] organisatoriska gör att, i alla fall för min egen del, och kollegor som jag har pratat med, att vi lättare hamnar i det att jamen det är väl inte så farligt eller du rispar dig ju bara, och det skulle vi ju aldrig någonsin säga till barn eller föräldrar men jag tänker att det gör någonting med hur man bemöter familjer när man har det ändå med sig eller i bakhuvudet att vi måste mota bort eller vi har vissa, man behöver liksom ha ett allvarligt självschadebeteende eller det behöver vara på en viss liksom nivå eh eller allvarlighetsgrad.

Förutsättningarna för ett ge ett bra bemötande av patienter tycks enligt intervjupersonernas utsagor påverkas av var i vårdkedjan de befinner sig, vilka resurser organisationer på den nivån har i förhållande till den vård man ska erbjuda, samt hur väl andra steg i vårdkedjan upplevs fungera.

Tema 3 ringar in vad som ger en grund för att psykologen ska känna sig trygg i sitt arbete och kunna ge ett gott bemötande. Det omfattar utbildning i metoder som ger psykologen tillit till att patienterna kan bli hjälpta, färdigheter att hantera sina egna svåra känslor i rummet, samt organisatoriska förutsättningar i form av arbetssätt och tillräckliga resurser för att kollegor ska

kunna stötta varandra. Vidare bidrar kliniska, och i vissa fall privata, erfarenheter till psykologens trygghet, att arbetet kan upplevas positivt och möjligheter att ge ett gott bemötande av personer som skadar sig själva. I ett större organisatoriskt perspektiv påverkar också hur väl vården upplevs fungera och vilka resurser som finns i olika led i vårdkedjan.

Diskussion

Vi har undersökt hur ett urval psykologer i Sverige förstår och upplever mötet med patienter som skadar sig själva och deras tankar om förutsättningarna för ett gott bemötande.

För att kunna diskutera bemötande måste man ha en förståelse för det fenomen och de personer som ska bemötas. Det vi har återgivit under tema 1: Svåra känslor och flytande gränser, speglar intervjupersonernas syn på företeelsen självskadebeteende. En majoritet återkom till självskadebeteendets känsloreglerande funktion som något centralt. De hade svårt att dra en gräns mellan sådant som självklart sågs som självskadebeteende, som att tillfoga sig själv vävnadsskada, och annat destruktivt beteende, som att utsätta sig för riskfyllda situationer. Detta gav utrymme för individuella variationer. Intervjupersonerna gav uttryck för att det finns en bild av att de som skadar sig själva är unga kvinnor och att de ofta mötte dem som patienter, samtidigt som de inte ville generalisera. Återgivningerna i tema 2: Validera, försök förstå och behåll lugnet, beskriver intervjupersonernas syn på det goda bemötandet. Intervjupersonerna gav uttryck för stor samsyn i vad som är grundstenarna i detta: att validera och inte döma, vara nyfiken och försöka förstå, normalisera och avlasta skuld och skam, behålla lugnet samt förmedla hopp. Intervjupersonerna och deras kollegor uppfattades representera det goda bemötandet, och de framhöll vikten av att alla i vården har kunskap om och bemöter självskadebeteende på samma sätt. De förmedlade vidare en uppfattning om att ett dåligt bemötande är relativt utbrett inom vården, med negativa attityder, dömande och olämpligt beteende gentemot patienter. Det vi har återgivit under tema 3: Roligt och givande - med rätt förutsättningar, speglar vad intervjupersonerna menade skapar förutsättningar för, eller hindrar, ett gott bemötande. Deras redogörelser beskrev vikten av utbildning i metoder som ger psykologen tillit till att patienterna kan bli hjälpta och färdigheter att hantera sina egna svåra känslor i rummet. Vidare organisatoriska förutsättningar i form av tillräckliga resurser för att kollegor ska kunna stötta varandra, och i förhållande till antalet patienter som söker. De egna kliniska erfarenheterna bidrog också till psykologens trygghet och möjligheterna att ge ett gott bemötande.

Nedan diskuterar vi hur materialet i våra teman, tillsammans med befintlig litteratur, kan ge ökad förståelse för bemötandet av personer som skadar sig själva samt, i förlängningen, även tillämpas praktiskt.

Begreppsförvirringens konsekvenser

Resultaten i tema 1 utgör en god spegling av den begreppsförvirring kring företeelsen självskadebeteende som även finns inom forskningen (Muehlenkamp et al., 2012; Nock, 2010; Zetterqvist, 2015). Vår analys visar liksom befintlig litteratur på stor variation angående begreppsdefinitionen, inte minst ifråga om gränsdragningen mellan självskadebeteende och självdestruktivt beteende, eller direkt och indirekt självskadebeteende (Claes & Vandereycken, 2007; McAllister, 2003; St. Germain & Hooley, 2012). Ett exempel är våra intervjupersonernas sätt att tala om sexuellt destruktiva beteenden, på engelska ”sex as self-injury” (SASI), brett definierat som att uppsöka sexuella möten där man vet att man kommer att bli fysiskt skadad och/eller sakna kontroll över hur situationen kommer att utvecklas (Jonsson et al., 2017). Intervjupersonerna var inte eniga om huruvida detta ska sorteras in under etiketten självskadebeteende, och spridningen mellan de olika sorternas resonemang var stor. Vi frågade inte explicit om SASI, men flera av intervjupersonerna kom alltså ändå in på det. Vissa påpekade att det *inte* ska räknas som självskadebeteende, utan som ett självdestruktivt beteende, och någon lyfte upp det som ett exempel på sådant som hen inte säkert visste hur hen skulle kategorisera. Ett par ansåg att sexuella beteenden kan vara självskadebeteende, om det fyller en viss funktion för personen ifråga, men de var inte överens om vilken funktion det i så fall skulle vara.

Intervjupersonerna var inte heller överens om huruvida självskadebeteendets kärna utgörs av att skada kroppens vävnader. Flera menade istället att det är funktionen hos beteendet som ska avgöra etiketteringen, snarare än skadans konkreta art. Att funktionen är central för förståelsen av begreppet rådde det dock samtidigt stor enighet om i vårt material, och den funktion som oftast lyftes fram var just den affekt- och känsloreglerande funktion som också har starkt stöd i forskningen (Lindgren et al., 2018). Samma funktion spelar också en central roll i det utkast till DSM-diagnos som just nu är under utredning. Här finns ett kriterium (B) som säger att beteendet måste utföras för att ge lättnad åt negativa tankar eller känslor (och/eller för att lösa ett interpersonellt problem, och/eller för att ge upphov till en positiv känsla eller emotion, funktioner som också förekom i vårt intervjumaterial) (Andover, 2014). Detta förslag till DSM-kriterium hade alltså sannolikt omfattats av alla våra intervjupersoner.

DSM-kriterieförslaget om att man genom beteendet avsiktligt måste vålla direkt skada på den egna kroppen (kriterium A) skulle däremot möjligen ifrågasättas hos de av våra intervjupersoner som inkluderade även mer indirekta, självdestruktiva beteendet i sin definition av självskadebegreppet (Andover, 2014). Om de nu föreslagna DSM-kriterierna skulle bli verklighet finns en risk att vissa patienter som våra intervjupersoner idag tar emot, eventuellt skulle avvisas om mottagningar anpassar definitionen av sin patientgrupp till de nya kriterierna.

Våra resultat talar för att de stora variationerna i definitionen av självskadebegreppet skulle kunna anses utgöra ett hinder för ett rättssäkert patientbemötande. Om det är upp till varje mottagning, eller rentav varje enskild behandlare, att bestämma vad självskadebeteende är, och därmed också vem som ska erbjudas behandling, förefaller det osannolikt att patienterna kan räkna med den vård på lika villkor som lagen påbjuder (SFS, 2017:30, kap 3, §1). Detta konstaterande ska emellertid *inte* misstolkas som att vi tar ställning i frågan om huruvida självskadebeteende borde bli en egen diagnos i DSM, och detsamma gäller vårt konstaterande om att våra intervjupersoners sätt att resonera om beteendets funktion stämmer väl överens med (ett av) de föreslagna DSM-kriterierna. Vi kan se poänger i resonemang som Crowes och Bunclarkes (2000) om att en egen diagnoskod skulle minska risken för överdiagnostisering av EIP, även om kopplingen mellan EIP och självskadebeteende inte var så stark i just vårt intervjumaterial. Samtidigt är det lätt att instämma i Ekmans (2016) ståndpunkt om att individens emotionella tillstånd aldrig fullt ut kan fångas av en generell diagnosram. I nuläget tillåts våra intervjupersoner, liksom övriga psykologer, att själva bedöma om en patient som söker för vad hen upplever som självskadebeteende ska erbjudas behandling, eller inte. Det finns alltså fortfarande svängrum för de nyanserade, individuella bedömningar som Ekman (2016) befarar skulle gå förlorade med en officiell självskadediagnos. Johnstone (1997) befarar att en självskadediagnos i DSM skulle professionalisera problemet, det vill säga att behandlaren (felaktigt) skulle uppgraderas till expert på de känslor, tankar och upplevelser som individen själv förstår bättre än någon annan. Vår analys visar att en central del i det goda bemötandet av personer som skadar sig själva är att lyssna nyfiket, och verkligen försöka förstå. Med Johnstones infallsvinkel finns en risk att detta nyfikna lyssnande och förutsättningslösa utforskande skulle naggas i kanten om behandlaren från början har med sig en fyrkantig diagnos in i patientmötet.

Nämnas kan också helt kort en annan gränsdragning, som enligt vissa teoretiker är helt central för begreppsapparaten, nämligen den mellan suicidala och icke-suicidala självskadebeteenden (Nock & Kessler, 2006). I den mån våra intervjupersoner alls nämnde suicid var det i samband med frågeställningar om att hantera jobbiga känslor som väcktes i mötena med patienterna. Ingen nämnde det spontant i samband med frågeställningarna om gränsdragning. Det kan förstås även ha varit en konsekvens av att vår intervjuguide inte innehöll några direkt suicidrelaterade frågor, men den innehöll å andra sidan inte heller något explicit om SASI, vilket flera personer spontant kom in på ändå. Detta kan tolkas som att distinktionen mellan suicidala och icke-suicidala självskadebeteenden inte upplevs som kliniskt relevant i våra intervjupersoners vardag.

Den typiska patienten?

För att förstå bemötandet behöver vi förstå inte bara intervjupersonernas syn på företeelsen självskadebeteende, utan också vem det är de tycker sig möta. Flera studier har funnit att självskadebeteende är vanligare hos flickor än hos pojkar, liksom att det är vanligast hos tonåringar och unga vuxna (Lindgren et al., 2018; Naidoo, 2019). Trots att dessa demografiska faktorer stämde väl överens med många av våra deltagares egna erfarenheter av en typisk patient fanns en påfallande obenägenhet att säga det. När det gäller könsaspekten är forskningen inte helt entydig. Det finns studier som lyfter fram högre förekomst hos pojkar än vad man tidigare trott, studier i vilka man inte hittat några statistiskt signifikanta könsskillnader alls, och studier som betonar att mycket handlar om att pojkar är mindre benägna att söka vård (Naidoo, 2019). Ifråga om kön kan alltså intervjupersonernas ovilja att generalisera utifrån de egna erfarenheterna helt enkelt ha berott på en kännedom om detta i viss mån motsägelsefulla forskningsläge. Man skulle emellertid också kunna tänka sig att intervjupersonernas utsagor präglades av en aktiv ovilja att reproducera stereotyper. Att självskadebeteende återkommande förknippas med flickor/unga kvinnor, befäster bilden av att självskadebeteende är något flickor/unga kvinnor ägnar sig åt, även om intentionen hos den som skriver eller talar kan vara den rakt motsatta (Brickman, 2015). Utifrån en kritiskt realistisk synvinkel riskerar därmed det offentliga samtalet att spä på flickors/unga kvinnor benägenhet att skada sig själva, snarare än pojkars. Om våra intervjupersoner håller med om detta resonemang skulle det kunna utgöra förklaringen till deras ovilja att prata om flickor/unga kvinnor som ”typiska” patienter.

När det gäller åldern finns däremot inte samma inslag av motsägelsefullhet i forskningen eftersom de flesta studier konstaterar att beteendet primärt återfinns bland yngre (Lindgren et al., 2018). Att flera av våra intervjupersoner drog sig för att medge att de mest mötte yngre patienter kan alltså inte (till skillnad från könsaspekten) förklaras av kännedom om ett motsägelsefullt forskningsläge. Däremot skulle man även här kunna tänka sig ovan beskrivna ovilja att bidra till att skapa verkligheten - genom att tala om självskadebeteende som ett ungdomsfenomen riskerar man att bidra till att göra det till ett ungdomsfenomen. Dessutom riskerar man att osynliggöra det faktum att självskadebeteende även förekommer i äldre populationer (Salib et al., 2001). Att en företeelse osynliggörs kan förstås få negativa konsekvenser, som att den inte beforskas särskilt mycket varpå den skapas allt för lite ny kunskap om/förståelse för den, och att den kanske missas av vården. Att våra intervjupersoner var obenägna att uttrycka att de flesta av deras patienter var yngre kan alltså ha berott på en ovilja att bidra till detta.

Det goda bemötandet?

De intervjuade psykologerna gav uttryck för uppfattningar om att personer som skadar sig själva ofta möts med negativa attityder, och föraktfullt, uppfostrande, bestraffande eller på andra sätt olämpligt, inom vården generellt. Detta speglar forskningen om att negativa attityder till självskadebeteende är utbrett bland vårdpersonal (Lindgren et al., 2018; Saunders et al., 2012) Det speglar också de upplevelser patienter gett uttryck för i Eriksson och Åkermans rapport (2012) om dåligt bemötande som norm, med personal som är fördomsfull, kränkande, oförstående inför självskada, inte respekterar patienterna som människor och ser dem som grupp snarare än individer. Intervjupersonernas tankar om att det aldrig är hjälpsamt att vara fostrande, men däremot oftast rätt att vara stödjande, speglar i hög rad rönen från Lindgren et al:s (2011) studie om olika bemötanderepertoarer. Intervjupersonerna gav uttryck för uppfattningen att annan vårdpersonal ofta kan vara dömande, och att patienter beskrivit sådana upplevelser, samt lyfte vikten av att bemöta på ett sätt som inte bidrar till ytterligare skam hos patienterna. Upplevelser av att bli bemött negativt kan göra personer som skadar sig själva mindre benägna att söka vård i fortsättningen, samt förvärra skamkänslor och en redan låg självkänsla (Cooper et al., 2011; Hunter et al., 2001). Upplevelser av att bli positivt bemött kan skapa en hoppfull känsla av att det finns hjälp att få (Hunter et al., 2001). Hur bemötandet upplevs har också konstaterats påverka hur effektiv patienterna upplever en vårdinsats (Huband & Tantam, 2004). Tidigare

forskning ger därmed ytterligare tyngd åt intervjupersonernas argument för betydelsen av att skapa förutsättningar för ett gott bemötande inte bara hos psykologen, utan i alla vårdkontakter.

Vi upplever att intervjupersonerna var medvetna om att dåligt bemötande förekommer inom vården för patienter som skadar sig själva, och förhöll sig till detta genom att lägga vikt vid att stå för något annorlunda. Ibland representerades det dåliga bemötande av konkreta exempel, sådant patienter berättat för intervjupersonerna och vad de hört kollegor ge uttryck för. Men vi upplever också att det ”dåliga bemötandet” ibland nästan blir något abstrakt, en föreställning, jämfört med vilken man själv alltid representerar något gott. Att på detta sätt se sig själv som den som representerar ”det goda” skulle kunna utgöra en risk för att förhålla sig mindre ifrågasättande till det som sker i det egna terapirummet och i det vårdssammanhang man själv befinner sig.

Intervjupersonerna förmedlade en tydlig uppfattning om vad som är ett gott bemötande av personer som självskadat. De återkom till betydelsen av det validerande, icke-dömande och lugna bemötandet i både sitt eget behandlingsarbete och i patienters möte med vården som helhet. I detta ingick enligt flera intervjupersoner att försöka förstå omständigheterna kring självskadebeteendet och vilken funktion det fyller för patienten, något som tidigare forskning visar ger möjlighet till förståelse, empati och ett mer adaptivt bemötande (Thompson et al., 2008; Toftthagen et al., 2014). De stora likheterna i intervjupersonernas syn på bemötande tror vi delvis kan förklaras med att ett validerande och icke-dömande bemötande lärs ut i DBT, en behandlingsform som sju av deltagarna har utbildning i eller är bekanta med (Linehan, 1993; Lundh, 2013). Tidigare forskning stödjer också att patienter med självskadebeteende upplever ett respektfullt och förstående bemötande när de börjar i DBT, som en skillnad jämfört med tidigare negativa erfarenheter av vården (Perseus et al., 2003). En annan delförklaring till den samsyn intervjupersonerna ger uttryck för kan vara att grundstenarna i ett gott patientbemötande går igen i de terapeutiska färdigheter som lärs ut genomgående på psykologprogrammet. Vidare kan det vara så att intervjupersonerna har liknande erfarenheter från sitt arbete med patienter av att dessa aspekter av bemötande faktiskt är hjälpsamma i mötet med patienter som skadar sig själva. Så det finns visst fog för att det faktiskt är ett gott bemötande som psykologerna ägnar sig åt, även om vi bara har deras egen utsägo att gå på.

Samtidigt finns det anledning att problematisera att det psykologerna beskrev är deras uppfattning om sitt eget bemötande, eftersom vi inte vet något om hur patienterna till våra

deltagare upplever det. En kritik från patienter är att personal upplevs tillämpa kunskap standardmässigt och oflexibelt, vilket skulle kunna bli fallet när psykologerna tillämpar ”färdiga” behandlingsmetoder som de har lärt sig (Eriksson & Åkerman, 2012). Bemötandet sker också i en specifik vårdkontext där psykologerna via utbildningar och arbete är inskolade i en syn på sin egen roll som vårdgivare och patientens roll, vad självskadebeteende är och hur man bör förhålla sig till det. För personer som skadar sig själva är kontexter och förförståelse en annan, och de kan därmed antas ha tillgång till andra sätt att förstå självskadebeteende. Icke-klinisk forskning argumenterar för att självskadebeteende kan ses som ett rationellt motiverat känslomässigt arbete, snarare än individens misslyckade och sjukliga försök till coping-strategi (Chandler, 2012; Gurung, 2018). Den medicinska diskursen kring självskadebeteende har också kritiserats från feministiska forskare för att reproducera fördomar om unga kvinnor och patologisera deras kroppar, och presenterar ett alternativt synsätt på självskadebeteende som en motståndshandling (Brickman, 2004; Shaw, 2002). Vi kan se att intervjupersonerna ofta var medvetna om eller vinnlade sig om att inte reproducera stereotyper om vem som självskadar och hur dessa personer är. Samtidigt är de en del av ett sammanhang där deras uppgift är att se till att personer slutar med ett beteende som enligt normer i vården och i samhället är problematiskt. Detta bidrar till att hjälpa personer som lider av att de skadar sig själva. Men det skulle också kunna kritiserats för att tysta individer som genom sitt beteende visar på något som är fel i samhället, och därmed bortse från och minska motiven att ta itu med de sociokulturella orsaker till självskadebeteende som kan finnas utanför individen.

Den nödvändiga utbildningen

Intervjupersonerna efterfrågade att all vårdpersonal får mer kunskap om självskadebeteende. Intervjupersonernas redogörelser förmedlar att man kan lära sig ett validerande och icke-dömande bemötande, där man bland annat försöker förstå vilken funktion beteendet har för personen och omständigheterna som gör att personen skadar sig. Dessa utsagor från våra intervjupersoner har gott stöd i forskningen, som visat att utbildning av personal är viktigt för att kunna ge vård till personer som skadar sig själva, att personal som möter denna patientgrupp ofta vittnar om en känsla av att brista i kompetens, och att personal som fått utbildning känner sig tryggare i att möta självskadebeteende (Chapman & Martin, 2014; Conlon & O’Tuathail, 2012; Gibb et al., 2010; McHale & Felton, 2010; McAllister, 2009; Thompson et al., 2008). Tema 2a kan läsas som ett slags ”lathund”, med fem punkter som sammanfattar

intervjupersonernas syn på det viktigaste i bemötandet av personer som skadar sig själva: att validera och inte döma, att vara nyfiken och försöka förstå, att avlasta skam och skuld, att behålla lugnet samt att förmedla hopp. Nationella självskadeprojektet har tagit fram flera bemötandeutbildningar för vårdpersonal (Nationella Självskadeprojektet, u.å.a.; u.å.b.). De listar bland annat elva punkter som sammanfattar vad som bör präglade bemötandet av personer som skadar sig själva, och komprimerar dem i vad de kallar tre ”positioner” som personalen ska inta parallellt: att giltigförklara lidandet, att skapa tillit genom att vara öppen med de egna känslorna, och att rikta fokus mot alternativa beteenden (Westling, 2016). Vår lathunds två första punkter (att validera och inte döma, att vara nyfiken och försöka förstå) har tydliga likheter med punkter och positioner hos Nationella Självskadeprojektet, och bär, som nämns ovan, även tydliga spår av de bemötandestrategier som lärs ut i både DBT, MBT och ERGT (Gratz, 2007; Linehan, 1993; Lundh, 2013; Westling, 2016). Lathunden bidrar emellertid också med egna nyanser, genom att specifikt lyfta upp hanteringen av skam och skuld, att betona värdet av personalens lugn, och att beskriva ingjutande av hopp som en egen bemötandeaspekt. Vi menar att lathunden kan vara användbar att ha med sig i arbetet för all personal som möter personer som skadar sig själva, och vi kan föreställa oss enkla, konkreta, kostnadseffektiva utbildningsinsatser med avstamp i de fem punkterna.

Både våra intervjupersoner och tidigare forskning visar entydigt att självskadebeteende kan väcka starka och jobbiga känslor hos vårdpersonal (Chapman & Martin, 2014; Conlon & O’Tuathail, 2012; Thompson et al., 2008; Wilstrand, 2007). Psykologerna i vår studie verkar ha god nytta av kunskap och färdigheter i känsloreglering som de har fått via psykologutbildningen eller vidareutbildningar i behandlingsmetoder som DBT och MBT. Detta menar vi pekar på att kunskap och färdigheter i känsloreglering kan bli en viktigare del av vårdpersonalens repertoar, till exempel genom att det ges större utrymme i grund- och vidareutbildningar. Vi tror att detta skulle möjliggöra ett bättre bemötande av fler patienter, potentiellt inte bara personer som skadar sig själva, utan också andra med problematik i gränslandet mellan det somatiska och psykiatriska där det kan finnas fördomar och oförståelse hos vårdpersonal, som missbruk och ätstörningar (van Boekel et al., 2013; Sibeoni et al., 2017). Från tre intervjupersoner framkom också en kritisk syn på hur känslor betraktas och tillåts komma till uttryck i samhället i stort. Ett par intervjupersoner efterlyste träning i färdigheter att hantera känslor som ett kontinuerligt inslag i skolundervisningen, då detta skulle kunna minska förekomsten av självskadebeteende. Ett sådant

synsätt ger också möjlighet att betrakta självskadebeteende inte som ett individuellt problem utan snarare ett symptom på normer rörande känslöshandling och känslouttryck i samhället som påverkar individer.

Givande och roligt - hur är det möjligt?

I tidigare forskning om vårdpersonals inställning till arbete med personer som skadar sig själva framkommer både positiva och negativa upplevelser och attityder (Karman et al., 2015; O'Connor & Glover, 2017; Thompson et al., 2008; Toftthagen et al., 2014). Positiva attityder hos sjuksköterskor var bland annat engagemang, hoppfullhet, och att arbetet var givande (Karman et al., 2015). Detta känns igen i de upplevelser som våra intervjupersoner beskrev av att arbetet är givande och roligt, och att de tror på möjligheten till förändring för patienter. Deras syn på arbetet med patienter som självskadar är också i linje med de positiva attityder som framkommer i Gagnon och Haskings (2012) studie med australiensiska psykologer, vilket där kopplats till ett mer empatiskt bemötande. Gagnon och Hasking (2012) fann också ett kvantitativt samband mellan större erfarenhet av patienter med självskadebeteende och större tilltro till behandling samt mer empatisk attityd gentemot patienterna. Även våra intervjupersoners berättelser pekar på att förklaringar kan ses i att både utbildning i behandlingsmetod och kliniska erfarenheter ger psykologerna en tilltro till den egna förmågan att hjälpa patienterna.

En viktig skillnad mellan psykologer och de yrkesgrupper (sjuksköterskor, läkare, skötare) som i tidigare forskning gett uttryck för mer negativa upplevelser som hopplöshet och maktlöshet är att psykologens arbete ofta sker över längre tid. Sjuksköterskor, läkare och skötare träffar ofta patienter under kortare tid och ges därmed sannolikt sällan möjlighet att se förändring och bygga upp tilltro till att det är möjligt (Karman et al., 2015). Något som också kan förklara våra resultat är att majoriteten av intervjupersonerna arbetar inom psykiatrin. Tidigare forskning har visat att personal som arbetar i somatisk vård har mer negativa attityder till självskadebeteende och svårare att se möjligheterna till tillfrisknande över tid (O'Connor & Glover, 2017; Pintar Babič et al., 2020).

I likhet med personal i tidigare studier beskrev våra intervjupersoner att de påverkas känslomässigt av oro för risken att patienterna ska skada sig själva allvarligt, eller dö, samt av frustration (Fox, 2011; Thompson et al., 2008; Wilstrand et al., 2007). Till skillnad från tidigare forskning, med främst sjuksköterskor och läkare, gav våra intervjupersoner dock inte uttryck för att detta leder till känslomässig eller fysisk distansering, svårigheter att visa empati, eller i värsta

fall bemötande i form av till exempel tvång eller bestraffning (Thompson et al., 2007; Mattson & Binder, 2012; O'Connor & Glover, 2017; Wilstrand et al., 2007). O'Connor och Glover (2017) framhåller hanterandet av känslomässig påverkan på personal som en viktig faktor i relationen mellan personal och patienter som skadar sig själva. Vår studie belyser samma oro hos psykologer som andra yrkesgrupper, men inte samma negativa konsekvenser av denna, som att bli känslomässigt avstängd, distansera sig, eller känna maktlöshet eller hopplöshet. En slutsats av detta är att bemötande av patienter som självskadat kan förbättras när personal har möjlighet att hantera känslomässig påverkan. Huband och Tantam (2000) har kunnat visa att utbildning i samtalsbehandling eller psykoterapi har signifikant betydelse för attityd till självskada bland personal inom psykiatri, och föreslår som en möjlig förklaring att utbildningen ger förmågor i att härbärgera känslor. Denna förklaring stöds av resultatet i vår studie, där deltagarnas redogörelser visar att de använder sig av kunskap och färdigheter från sina utbildningar i terapi och behandling, så som medveten närvaro och mentaliseringsförmåga, för att reglera svåra känslor som väcks hos dem. Förmågan att behålla lugnet beskrev intervjupersonerna som en av grunderna i ett gott bemötande. Sammantaget ser vi i detta argument för att ge fler yrkesgrupper träning i kunskaper och färdigheter att hantera känslomässig påverkan. Detta verkar kunna ha den dubbla effekten av att både kunna påverka hur personal själv upplever sitt arbete och vilket bemötande de kan ge patienter. En annan faktor som i vår studie framträdde som central för att kunna hantera känslor och för upplevelsen av trygghet, är att ha uppbackning från kollegor och handledning. Detta finns också stöd för i tidigare forskning som visar att bemötandet påverkas negativt av bristande resurser och tid, och att personalens rädsla för självskadebeteende ökade när det fanns organisatoriska faktorer som gjorde att de kände sig osäkra och isolerade (O'Connor & Glover, 2017). Detta betonar vikten av att den psykiatriska vården har tillräckligt med resurser i förhållande till antalet patienter och patienternas problematik i olika delar av vårdkedjan, och att det är möjligt att remittera vidare när så behövs.

Metodologiska styrkor och svagheter

Willig (2013) nämner flera olika ramverk med kvalitetskriterier för kvalitativ metodologi. Som mest närliggande till kritisk realism nämner hon de kriterier som är formulerade av Elliot et al (Willig, 2013). I denna studie har vi därför eftersträvat att följa dessa. Vi har sålunda försökt att presentera vårt material på ett sätt som ger läsaren en större och tydligare förståelse för ämnet, och som "väcker genklang hos läsaren" (Willig, 2013, s. 495). Vi har i detta syfte eftersträvat att

använda ett okomplicerat språk, exempelvis i form av informellt formulerade underrubriker, för att göra studien till ett praktiskt användbart diskussionsmaterial bland kliniskt verksamma. Vi har eftersträvat att presentera analysen på ett sammanhängande sätt som är lätt att följa, och att integrera teoretiska aspekter i diskussionen. Genom att ge generöst med exempel från datan hoppas vi att läsaren har getts möjlighet att följa med i och förstå de tolkningar vi gjort. Här är det emellertid omöjligt att ta sig förbi det faktum att all data som lyfts in i texten har hamnat där som ett resultat av våra val, styrda av våra intressen, vår förförståelse och andra subjektiva faktorer. För att i någon mån balansera detta problem har vi försökt vara tydliga med våra epistemologiska värderingar och utgångspunkter. Vi hoppas även att vår reflexiva process, och vårt sätt att arbeta med sekventering, har bidragit till att motverka problemet. Potter och Hepburn (2005) anser att kvalitativa intervjuer utgör ett metodologiskt problem i sig, inte minst genom att intervjuaren tenderar att försvinna ur materialet, och att man lätt glömmer bort att en intervju faktiskt är en interaktion. Vi har varit öppna med att vi har tenderat att ställa fler följdfrågor kring de aspekter som vi är extra intresserade av, och vid något tillfälle har vi återgivit vår del i dialogen med informanten. Sammantaget kan vi dock bara hålla med om att det är lätt hänt att tvätta bort intervjuaren och interaktionsaspekten ur kvalitativa intervjuer, särskilt i en iver att korta ner och öka läsbarheten, och att detta problem förstås omfattar även vår studie. Willig (2013) refererar vidare hur Elliott et al. betonar vikten av att beskriva studiedeltagarna och deras kontext tillräckligt väl för att läsaren ska kunna bedöma studiens relevans och tillämpbarhet. Här har vi nöjt oss med mycket kortfattade beskrivningar. Att i större detalj gå in på varje deltagares professionella, och i vissa fall privata, erfarenheter hade gett en djupare förståelse för deras upplevelser, men var svårt att rymma inom ett rimligt omfång för en examensuppsats. Vidare har vi gjort ”credibility checks” av vår analys genom våra kontinuerliga avstämningar med våra handledare och med varandra (Willig, 2013, s. 494). Enligt de kvalitetskriterier vi har följt föreslås att man även testar bärigheten hos analysen genom att applicera andra metoder på datan, eller genom avstämningar med intervjupersonerna. Det hade varit av godo för analysens trovärdighet (Willig, 2013). Detta rymdes dock inte inom projektets ramar.

När det gäller studiens överförbarhet är vi medvetna om att elva intervjupersoner inte kan användas som grund för generaliseringar, vilket heller inte är syftet med en kvalitativ intervjustudie av den typ vi har genomfört. Vi anser oss kunna tillämpa Haugs princip om

universalisation, som säger att om vi identifierar att en upplevelse existerar så innebär det att den är tillgänglig i en kultur, och därmed potentiellt kan delas av fler (Willig, 2013).

Att de intervjuade psykologerna, i kontrast till tidigare forskning om andra yrkesgrupper, i större utsträckning beskriver positiva upplevelser, som ”givande och roligt”, och i betydligt lägre grad lyfter fram negativa upplevelser, kan sannolikt delvis förklaras med urvalet. Att man fick anmäla sig själv att delta i studien lockade sannolikt personer som var intresserade av självskadebeteende, och därmed mer motiverade att arbeta med det och kanske också mer benägna att gilla det. Samtidigt kan vi konstatera att det, i tidigare forskning på området, går att hitta andra förklaringar till positiva upplevelser av arbete med självskadebeteende, som att ha relevant utbildning och tillgång till professionella känslohanteringsstrategier, vilket överensstämmer med vad som framkommer i vår studie. Något som hade kunnat bli en begränsning för studien var att vi utifrån etiska överväganden inte hade möjlighet att direkt fråga intervjupersonerna om deras känslor, vilket var en aspekt av bemötande som vi ville fånga. Vi upplevde dock att intervjuguiden i dess slutliga form genererade tillräckligt många resonemang om känslor och känslohantering från intervjupersonerna för att vi skulle kunna göra en meningsfull analys.

Vidare forskning

Våra intervjupersoner uppvisade stor enighet kring att självskadebeteende bottnar i hantering av svåra känslor. En iakttagelse vi har gjort under arbetet med denna uppsats är dock att själva *beteendet* tenderar att hamna i fokus, snarare än känslorna bakom. Det gäller både i vår studie och litteraturen i övrigt. Om man föreställer sig en person som söker upp en terapeut för att hen känner sig nedstämd eller plågad av ångest, skulle terapeuten sannolikt genast rikta behandlingen mot känslorna som sådana. Om personen skadar sig själv hamnar däremot copingstrategin (beteendet) genast i fokus, snarare än de känslor som ligger bakom. Vi föreställer oss en parallell till exempelvis substansmissbruk och ätstörningar, det vill säga att beteendet i sig (att överkonsumera alkohol eller narkotika, att svälta sig, etc) blir utgångspunkt för analysen och fokus för behandlingen, snarare än de problematiska känslorna bakom. Det är tänkbart att patientbemötandet påverkas av denna perspektivförskjutning från de underliggande problematiska känslorna till den rent praktiska copingmetoden. Det är även tänkbart att perspektivförskjutningen kan förklara något av det utbredda missnöjet bland patienter som skadar sig själva, personalens känslor av frustration och maktlöshet, eller kanske både och. Här

hade vi gärna sett mer forskning, och lämpligen kvalitativ sådan, eftersom det rör sig om komplexa frågeställningar om personliga, komplicerade erfarenheter av hur upplevelser får sin mening (Willig, 2013).

Ovan diskuterades möjligheten att våra resultat är påverkade av deltagarnas frivilliga anmälan att delta. Motsvarande intervjustudie där samtliga psykologer på ett antal olika mottagningar deltar skulle kunna komplettera vår studie genom att undersöka i vilken grad resultaten gäller även psykologer som inte är själva valt att delta i en studie om självskadebeteende eller specifikt sökt sig till att arbeta med just det.

Som tidigare nämnts finns en koppling mellan utbildning och gott bemötande av patienter som skadar sig själva. En kvantitativ kartläggning av vilka utbildningsinsatser kring självskadebeteende som faktiskt görs på svenska vårdarbetsplatser skulle utgöra en viktig pusselbit i det nödvändiga arbetet för ökad kunskap i de yrkesgrupper som möter dessa patienter. Dessutom vore det av värde att studera huruvida de utbildningsinsatser som genomförs verkligen leder till bättre patientupplevelser och bättre hälsa för patienter som självskadar. Likaså vore det värdefullt att kartlägga exakt hur mycket undervisning om självskadebeteende som egentligen förekommer på de svenska psykologprogrammen. Vad vi kan erinra oss har ämnet helt lyst med sin frånvaro under våra fem utbildningsår, och två intervjupersoner beskrev liknande erfarenheter från sin tid på programmet. Prevalenssiffrorna är, som tidigare beskrivits, inte helt entydiga, men hur man än räknar är självskadebeteende utbredd nog för att det ska förefalla högst motiverat att inkludera i utbildningen.

Vi har redan berört att forskning pågår inför ett eventuellt inkluderande av självskadebeteende som en egen diagnos i DSM. Om självskadebeteende ska tas med i DSM finns, menar vi, betydligt mer än bara diagnosförslagets reliabilitetsproblem att forska vidare kring (Regier et al., 2013). Om psykologkåren i allmänhet är lika oenig som deltagarna i vår studie om vad självskadebeteende egentligen är, riskerar en DSM-diagnos eventuellt att bli svår att implementera. Vi menar därför att det vore värdefullt med ännu mer forskning om vad kliniskt aktiva psykologer, i Sverige och internationellt, lägger in i begreppet självskadebeteende. Med utgångspunkt i kvalitativa rön som våra skulle ämnet lämpligen, i ett andra steg, kunna undersökas kvantitativt.

Våra intervjupersoner var generellt obenäga att generalisera kring den typiska patienten, trots att deras erfarenheter i hög grad speglade befintlig forskning om demografiska data för

patienter som skadar sig själva. Här vore det värdefullt med vidare forskning om hur vårdpersonal ser på vem det är som självskadar, vad som ligger bakom en eventuell ovilja att generalisera, och hur detta i sin tur påverkar patientbemötandet.

Som vi har berört tror vi att de vårdkontexter som psykologerna befinner sig i, och deras egen utbildning, i hög grad påverkar deras förståelse för självskadebeteende och deras syn på hur patienter med självskada bör bemötas. Personer som skadar sig själva kan ha helt andra perspektiv och annan förförståelse. Vi tror därför att förståelsen av bemötandet skulle gagnas av forskning som undersöker psykologers och patienters upplevelser av samma möten. Lindgren et al. (2011) visade i sin studie om ”repertoarer” att patientens repertoar (som antingen kan präglas av ett offerperspektiv eller av en expertis på det egna tillståndet) är väl så viktig som personalens, och att det är kombinationen av repertoarer som är avgörande för hur konstruktivt mötet blir.

Referenser

- Alvesson, M., & Sköldböck K. (2017). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur.
- Andover, M. S. (2014). Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults. *Psychiatry research*, 219(2), 305-310. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.06.001
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2016). *Research methods in clinical psychology*. Wiley Blackwell.
- Baumeister, R. F., & Scher, S. J. (1988). Self-defeating behavior patterns among normal individuals: Review and analysis of common self-destructive tendencies. *Psychological Bulletin*, 104(1), 3–22. DOI: 10.1037/0033-2909.104.1.3
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2008). Mentalization-Based Treatment for BPD, *Social Work in Mental Health*, 6(1/2), 187-201, DOI: 10.1300/J200v06n01_15
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2010), Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x
- Bjärehed, J., & Bjureberg, J. (2019). *Självskadebeteende: Upptäcka, förstå och behandla*. Natur & Kultur Läromedel.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. DOI:10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 57–71). American Psychological Association. DOI: 10.1037/13620-004
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis, *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597, DOI: 10.1080/2159676X.2019.1628806
- Brickman, B. J. (2004). "Delicate" cutters: Gendered self-mutilation and attractive flesh in medical discourse. *Body and Society*, 10(4), 87–111. DOI:10.1177/1357034X04047857
- Brinkman, S., & Kvale, S. (2005). Confronting the ethics of qualitative research. *Journal of Constructivist Psychology*, 18(2), 157–181. DOI: 10.1080/10720530590914789
- Bäärnhielm, S., Reichenberg, K., Gabrielsson, K., & Fossum, B. (2020). Gott professionellt bemötande kan stärka den utsatta patienten. Kunskap, självreflektion och vårdenhetens arbetssätt kan skapa förutsättningar för ett bra möte, *Läkartidningen* 2020,117:FTSD

<https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2020/01/gott-professionellt-bemotande-kan-starka-den-utsatta-patienten/>

- Chandler, A. (2012). Self-injury as Embodied Emotion Work: Managing Rationality, Emotions and Bodies. *Sociology*, 46(3), 442–457. DOI: 10.1177/0038038511422589
- Chapman, R., & Martin, C. (2014). Perceptions of Australia emergency staff towards patients presenting with deliberate self-poisoning: A qualitative perspective. *International Emergency Nursing*, 22(3), 140–145. DOI: 10.1016/j.ienj.2014.03.002
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive psychiatry*, 48(2), 137-144. DOI: 10.1016/j.comppsy.2006.10.009
- Claréus, B., Lundberg, T., & Daukantaité, D. (2021). “What I couldn’t do before, I can do now”: Narrations of agentic shifts and psychological growth by young adults reporting discontinuation of self-injury since adolescence. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1). DOI: 10.1080/17482631.2021.1986277
- Conlon, M., & O’Tuathail, C. (2012). Measuring emergency department nurses’ attitudes towards deliberate self-harm using the self-harm antipathy scale. *International Emergency Nursing* 20(1), 3–13. DOI: 10.1016/j.ienj.2010.08.001
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18(1), 209-232. DOI: 10.1146/annurev.so.18.080192.001233
- Cooper, J., Hunter C., Owen-Smith, A., Gunnell, D., Donovan, J., & Hawton, K., (2011). ”Well it’s like someone at the other end cares about you.” A qualitative study exploring the views of users and providers of care of contact-based interventions following self-harm. *General Hospital Psychiatry*, 33(2),166-76. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2011.01.009
- Crowe, M., & Bunclarke, J. (2000). Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry*, 12(1), 48-53. DOI: 10.1080/09540260074120
- Daubney, M., & Bateman, A. (2015). Mentalization-based therapy (MBT): an overview. *AUSTRALASIAN PSYCHIATRY*, 23(2), 132–135. DOI: 10.1177/1039856214566830
- DeCou, C.R., Comtois, K.A., & Landes, S.J. (2019). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, 50(1):60-72. DOI: 10.1016/j.beth.2018.03.009

- De Leersnyder, J., Boiger, M., & Mesquita, B. (2013). Cultural regulation of emotion: individual, relational, and structural sources. *Frontiers in psychology, 4*, 1-11. DOI: 10.3389/fpsyg.2013.00055
- Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of affective disorders, 191*, 109-117. DOI: 10.1016/j.jad.2015.11.043
- Eriksson, T., & Åkerman, S. (2012). *Patienters upplevelser av vården för självska debeteende*. <https://nationellasjalvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2016/06/3Erikssonoch%C3%85kermanPatientersupplevelser-1.pdf>
- Ekman, I. (2016). Beyond medicalization: Self-injuring acts revisited. *Health, 20*(4), 346-362. DOI: 10.1177/1363459316633280
- Fox, C. (2011). Working with Clients Who Engage in Self-Harming Behaviour: Experiences of a Group of Counsellors. *British Journal of Guidance & Counselling, 39*(1), 41–51. DOI: 10.1080/03069885.2010.531383
- Gagnon, J., & Hasking, P. A. (2012). Australian psychologists' attitudes towards suicide and self-harm. *Australian Journal of Psychology, 64*(2), 75-82. DOI: 10.1111/j.1742-9536.2011.00030.x
- Gandhi, A., Luyckx, K., Baetens, I., Kiekens, G., Sleuwaegen, E., Berens, A., Maitra, S., & Claes, L. (2018). Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. *Comprehensive psychiatry, 80*, 170-178. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.10.007
- Gibb, S. J., Beautrais, A. L., & Surgenor, L. J. (2010). Health-care staff attitudes towards self-harm patients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(8), 713-720. DOI: 10.3109/00048671003671015
- Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1091-1103. DOI: 10.1002/jclp.20417
- Gurung, K. (2018). Bodywork: Self-harm, trauma, and embodied expressions of pain. *Arts and Humanities in Higher Education, 17*(1), 32–47. DOI: 10.1177/1474022216684634
- Hasking, P., & Boyes, M. (2018). Cutting words: A commentary on language and stigma in the context of nonsuicidal self-injury. *Journal of Nervous and Mental Disease, 206*(11), 829–833. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000899

- Holliday, R., Brennan, C., & Cottrell, D. (2018). Understanding adolescents' experiences of self-harm: secondary analysis of Family Therapy sessions from the SHIFT trial. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, *24(sup1)*, 190–203. DOI: 10.1080/13811118.2018.1501448
- Howitt, D., & Cramer, D. (2020). *Research methods in psychology*. Pearson.
- Huband, N., & Tantam, D. (2000). Attitudes to self-injury within a group of mental health staff. *British Journal of Medical Psychology*, *73(4)*, 495–504. DOI: 10.1348/000711200160688
- Huband, N., & Tantam, D. (2004). Repeated self-wounding: women's recollection of pathways to cutting and of the value of different interventions. *Psychology and psychotherapy*, *77(Pt 4)*, 413–428. DOI: 10.1348/1476083042555370
- Hunter, C., Chantler, K., Kapur, N., & Cooper, J. (2013). Service user perspectives on psychosocial assessment following self-harm and its impact on further help-seeking: a qualitative study. *Journal of affective disorders*, *145(3)*, 315–323. DOI: 10.1016/j.jad.2012.08.009
- Johnstone, L. (1997). Self-injury and the psychiatric response. *Feminism & Psychology*, *7(3)*, 421–426. DOI: 10.1177/0959353597073025
- Jonsson, L. S., Svedin, C. G., Priebe, G., Fredlund, C., Wadsby, M., & Zetterqvist, M. (2019). Similarities and Differences in the Functions of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) and Sex as Self-Injury (SASI). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *49(1)*, 120-136. DOI: 10.1111/sltb.12417
- Karman, P., Kool, N., Poslawsky, I. E., & van Meijel, B. (2015). Nurses' attitudes towards self-harm: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *22(1)*, 65-75. DOI: 10.1111/jpm.12171
- Kool, N., van Meijel, B., & Bosman, M. (2009). Behavioral change in patients with severe self-injurious behavior: a patient's perspective. *Archives of Psychiatric Nursing*, *23(1)*, 25–31. DOI: 10.1016/j.apnu.2008.02.012
- Lantto, R., Jungert, T., Nilsson, M., Probert-Lindström, S., & Westling, S. (2020). Revising the Self-Harm Antipathy Scale: validation among staff in psychiatric healthcare in Sweden, *Nordic Journal of Psychiatry*, *74(6)*, 429-438. DOI: 10.1080/08039488.2020.1733657

- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the 'Whats' and 'Whys' of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-57. DOI: 10.1007/s10964-005-7262-z
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Lindgren, B-M, Svedin, C. G., & Werkö, S. (2018). A Systematic Literature Review of Experiences of Professional Care and Support Among People Who Self-Harm. *Archives of Suicide Research*, 22(2), 173–192. DOI: 10.1080/13811118.2017.1319309
- Lindgren, B.-M., Öster, I., Åström, S., & Hällgren Graneheim, U. (2011). 'They don't understand...you cut yourself in order to live.' : Interpretative repertoires jointly constructing interactions between adult women who self-harm and professional caregivers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 6(3), 7254. DOI: 10.3402/qhw.v6i3.7254
- Linehan, M. M.(1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press
- Linehan, M. M. (2015). *DBT? Skills Training Manual, second edition*. The Guilford Press
- Lundberg, T., Nordlund, L., & Narvola, J. (2017). Normkritiska perspektiv: Nya möjligheter för svensk psykologisk praktik. *Lambda Nordica*, 22(4), 66-99.
<https://www.lambdanordica.org/index.php/lambdanordica/article/view/506>
- Lundh, L-G. (2013). *Behandlingseffekter på självskadebeteende: Vad visar forskningen?* Nationella självskadeprojektet.
<https://nationellasjalvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2016/06/LundhForsknings%C3%B6versiktbehandlingsj%C3%A4lvskadebeteende2.pdf>
- Mattson, A., & Binder, P. (2012). A qualitative exploration of how health care workers in an inpatient setting in Norway experience working with patients who self-injure. *Nordic Psychology*, 64(4), 272–290. DOI: 10.1080/19012276.2012.768034
- McAllister, M. (2003). Multiple meanings of self harm: A critical review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(3), 177–185. DOI: 10.1046/j.1440-0979.2003.00287.x
- McAllister, M., Creed, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 578–586.
DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02412.x

- McAllister, M., Moyle, W., Billett, S., & Zimmer-Gembeck, M. (2009) 'I can actually talk to them now' qualitative results of an educational intervention for emergency nurses caring for clients who self injure. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2838– 2845. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02540.x
- McHale, J. & Felton A. (2010) Self-harm: What's the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(8), 732–740. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2010.01600.x
- McKinlay, A., Couston, M., & Cowan, S. (2001). Nurses' behavioural intentions towards self-poisoning patients: a theory of reasoned action, comparison of attitudes and subjective norms as predictive variables. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 107-116. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.3411728.x
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10. DOI: 10.1186/1753-2000-6-10
- Naidoo, S. (2019). The Prevalence, Nature, and Functions of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in a South African Student Sample. *South African Journal of Education*, 39(3), 1-10. DOI: 10.15700/saje.v39n3a1697
- Nationella självskaedeprojektet. (u.å.a) *Bemötande med fokus på självskada - 2-dagarskurs*. Hämtad 22 november, 2021, från <https://nationellasjalvskaedeprojektet.se/utbildningar/kursverksamhet/25-dagars-bemotand-utbildning/>
- Nationella självskaedeprojektet. (u.å.b) *Kaskadutbildning – grundläggande kunskap om självskaedebeteende*. Hämtad 22 november, 2021, från <https://nationellasjalvskaedeprojektet.se/utbildningar/kursverksamhet/kaskadutbildning/>
- Nationella vård- och insatsprogram. (u.å.) *Mentaliseringsbaserad terapi, MBT EIPS och självskaedebeteende*. Hämtad 14 oktober, 2021, från <https://www.vardochinsats.se/sjaelvskaedebeteende/behandling-och-stoed/mentaliseringsbaserad-terapi-mbt/>
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339–363. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus

- suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*(3), 616-623. DOI: 10.1037/0021-843X.115.3.616
- O'Connor, S., & Glover, L. (2017). Hospital staff experiences of their relationships with adults who self-harm: A meta-synthesis. *Psychology and Psychotherapy*, *90*(3), 480-501. DOI: 10.1111/papt.12113
- Perseus, K. I., Ojehagen, A., Ekdahl, S., Asberg, M., & Samuelsson, M. (2003). Treatment of suicidal and deliberate self-harming patients with borderline personality disorder using dialectical behavioral therapy: the patients' and the therapists' perceptions. *Archives of Psychiatric Nursing*, *17*(5), 218-27. DOI: 10.1016/s0883-9417(03)00093-1
- Pintar Babič, M., Bregar, B., Drobnič Radobuljac, M. (2020). The attitudes and feelings of mental health nurses towards adolescents and young adults with nonsuicidal self-injuring behaviors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *14*(1), 1-10. DOI: 10.1186/s13034-020-00343-5
- Polk, E., & Liss, M. (2009). Exploring the motivations behind self-injury. *Counselling Psychology Quarterly*, *22*(2), 233-41. DOI: 10.1080/09515070903216911
- Potter, J., & Hepburn, A. (2005). Qualitative interviews in psychology: Problems and possibilities. *Qualitative Research in Psychology*, *2*(4), 281-307. DOI: 10.1191/1478088705qp045oa
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, J., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses, *The American Journal of Psychiatry*, *170*(1), 59-70. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12070999
- Rossouw T.I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry's*, *51*(12), 1304-1313. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.09.018
- Sadeh, N., Londahl-Shaller, E. A., Piatigorsky, A., Fordwood, S., Stuart, B. K., & McNeil, D. E. (2014). Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with borderline personality disorder symptoms. *Psychiatry Research*, *216*(2), 217-22. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.02.018

- Sahlin, H., Bjureberg, J., Gratz, K. L., Tull, M. T., Hedman, E., Bjärehed, J., Jokinen, J., Lundh, L.-G., Ljótsson, B., & Hellner, C. (2017). Emotion regulation group therapy for deliberate self-harm: a multi-site evaluation in routine care using an uncontrolled open trial design. *BMJ Open*, 7(10), 1-10. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016220
- Salib, E., Tardos, G., & Cawley, S. (2001). History of Deliberate Self Harm Predict Methods of Fatal Self Harm in the Elderly. *Medicine, Science and the Law*, 41(2), 107–110.
<https://heinonline-org.ludwig.lub.lu.se/HOL/Page?handle=hein.journals/mdsclw41&div=25&&collection=journals>
- Saunders, K.E.A., Hawton, K., Fortune, S., Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 205-216. DOI: 10.1016/j.jad.2011.08.024
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- SFS 2017:30, *Hälso- och sjukvårdslag*.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30
- Shaw, S. N. (2002). Shifting Conversations on Girls' and Women's Self-Injury: An Analysis of the Clinical Literature in Historical Context. *Feminism & Psychology*, 12(2), 191-219. DOI: 10.1177/0959353502012002010
- Sibeoni, J., Orri, M., Valentin, M., Podlipski, M. A., Colin, S., Pradere, J., & Revah-Levy, A. (2017). Metasynthesis of the Views about Treatment of Anorexia Nervosa in Adolescents: Perspectives of Adolescents, Parents, and Professionals. *PloS one*, 12(1), e0169493. DOI: 10.1371/journal.pone.0169493
- Slee, N., Arensman, E., Garnefski, N., Spinhoven, P. (2007). Cognitive-Behavioral Therapy for Deliberate Self-Harm. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28(4), 175-182. DOI: 10.1027/0227-5910.28.4.175
- Socialstyrelsen. (u.å.) *Metodguiden, DBT (Dialektisk beteendeterapi)*. Hämtad 14 oktober, 2021, från
<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/dbt-dialektisk-beteendeterapi/>

- St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, *197*(1-2), 78–84. DOI: 10.1016/j.psychres.2011.12.050
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU. (2015.) *Erfarenheter och upplevelser av bemötande och hjälp bland personer med självskaadebeteende*. (SBU Alert-rapport, 201504). <http://www.sbu.se/201504>
- Swanell, S.V. Martin, G.E., Page, A., Hasking, P., & St John, N.J. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *44*(3), 273–303. DOI: 10.1111/sltb.12070
- Thompson A.R., Powis J., & Carradice A. (2008). Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing* *17*(3), 153–161. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2008.00533.x
- Toftthagen, R., Talseth, A. G., & Fagerström, L. (2014). Mental health nurses' experiences of caring for patients suffering from self-harm. *Nursing Research and Practice*, 2014, 1 –10. DOI: 10.1155/2014/905741
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*, *131*(1-2), 23–35. DOI: 10.1016/j.drugaldep.2013.02.018
- Westling, S., Liljedahl, S., Holmqvist Larsson, M., Parnén, H., & Ershammar, D. (2016). *Rekommendationer för insatser vid självskaadebeteende. Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin*. Nationella självskaadeprojektet. <https://www.nationellasjalvskaadeprojektet.se/wp-content/uploads/2015/12/Rekommendationer-Sj%c3%a4lvskaadebeteende-rev-2016.pdf>
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology. Adventures in Theory and Method*. (3:e uppl) Maidenhead: Open University Press.
- Wilstrand, C., Lindgren, B.-M., Gilje, F. and Olofsson, B. (2007), Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *14*(1). 72-78. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2007.01045.x

- Zetterqvist, M., Lundh, L. G, Svedin, C. G. (2013). A comparison of adolescents engaging in self-injurious behaviors with and without suicidal intent: self-reported experiences of adverse life events and trauma symptoms. *Journal of Youth & Adolescence*, 42(8), 1257-72. DOI: 10.1007/s10964-012-9872-6
- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., & Svedin, C. G. (2014). A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: support for a specific distress-function relationship. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 8(23), 1-14. DOI: 10.1186/1753-2000-8-23
- Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9(1), 1-13. DOI:10.1186/s13034-015-0062-7
- Åkerman, S. (2009). *För att överleva. Om självska debeteende*. Natur & Kultur

Bilaga 1: Intervjuguide

Inledande, erfarenheter

1 Kan du berätta lite om dig själv:

- Hur gammal är du, och vad identifierar du dig som för kön?
- Hur länge har du arbetat som psykolog?
- Vad arbetar du inom för verksamhet nu?

2 I vilka sammanhang/på vilka sätt har du, i din roll som psykolog, mött personer som skadar sig själva?

- Har du haft få eller många?
- Nyligen eller för längesedan?
- Inom öppen- eller slutenvård?
- Självskadebeteendet varit i fokus för behandlingen eller mer ett bifokus i kontakten?

3 Har du någon särskild utbildning eller kunskap om självskadebeteende? Vad?

- Hur skulle du bedöma din egen kunskap om självskadebeteende på en skala från 0-100, där 0 är ingen kunskap och 100 är extremt kunnig?

Synen på självskada, begreppet

4 Om du skulle berätta för någon annan vad självskadebeteende är, vad skulle du säga då?

5 Hur drar du gränsen mellan självskadebeteende och annat självdestruktivt beteende?

Synen på patientgruppen och beteendets funktion

6 Kan du beskriva en typisk person som skadar sig själv?

- Varför tror du att det är en sådan person du ser framför dig?

7 Varför skadar personer sig själva, tror du?

8 Tror du att det finns något i samhället i stort som påverkar förekomsten av självskadebeteende? (Vad, på vilket sätt?)

Upplevelser av patientmöten

Nu kommer vi att be dig att prata om erfarenheter med patienter. Det vi är intresserade av är dina upplevelser, och inte detaljer om patienten.

9 Hur upplever du att arbeta med personer som skadar sig själva?

(Fånga upp om känslor nämns och ställ följdfrågor: "Du sa att det kändes svårt, hur menar du då?" och "Du sa att det var frustrerande, hur förhåller du dig till det i patientmöten?").

10 Kan du beskriva en typisk situation i ditt arbete med patienter som skadat sig själva? (*Obs besvara frågan avidentifierat*)

11a. Om du tänker på en situation som du har varit med om som blev bra,

- Vad var det då som gjorde att det blev bra?

- Något i det du gjorde?
 - Något i kontakten, relationen? (> Hur kan du skapa förutsättningarna för det?)
 - Något i yttre omständigheter?
 - Något i samarbetet med kollegor eller andra vårdinstanser?
 - I förutsättningar från organisationen (t ex tid resurser)?
- Hur upplevde du situationen? (även efter situationen). *(Fånga upp nämnda känslor och ställ följdfrågor: "Du sa att det kändes svårt, hur menar du då?" och "Du sa att det var frustrerande, hur förhåller du dig till det i patientmöten?")*

11b. Om du tänker på en situation som du har varit med om som **inte** blev bra,

- Vad var det då som gjorde att det inte blev bra?
 - Något i det du gjorde?
 - Något i kontakten, relationen? (> Hur kan du skapa förutsättningarna för det?)
 - Något i yttre omständigheter?
 - Något i samarbetet med kollegor eller andra vårdinstanser?
 - I förutsättningar från organisationen (t ex tid resurser)?
- Hur upplevde du situationen? (även efter situationen). *(Fånga upp nämnda känslor och ställ följdfrågor: "Du sa att det kändes svårt, hur menar du då?" och "Du sa att det var frustrerande, hur förhåller du dig till det i patientmöten?")*

12 Tidigare forskning visar att självskadebeteende kan väcka känslor hos vårdpersonal. Hur har du hanterat de känslor som väckts hos dig? (I stunden, efteråt?)

Förutsättningar för bemötande

13 Vad tror du är viktigast i bemötandet/behandlingen av patienter som skadar sig?

- Från dig som just psykolog
- Från vården som helhet

14 Vad skulle du önska/behöva för att på bästa sätt kunna hjälpa patienter som skadar sig?

- Från din organisation/arbetsplats (arbetssätt/rutiner/stöd/resurser)?
- I egen kunskap eller kollegors kunskap?
- (Vilka hinder finns?)
-

(Om tid finns) Förändringar mellan arbetsplatser eller över tid

15 Har du upplevt skillnader i synen på självskada mellan olika arbetsplatser där du varit? Vad, varför?

16 Har du själv, under ditt yrkesliv, förändrat din syn på självskadebeteende eller personer som skadar sig själva? Hur?

Avslutande

17 Är det något du som tänker på som vi inte har berört?

Bilaga 2: Inbjudan



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Inbjudan till studie om bemötande av patienter som självskadar

- Är du legitimerad psykolog och har mött patienter som skadar sig själva?
- Vill du bidra till att förbättra dessa patienters upplevelse av vården?
- Vill du få en ökad förståelse för förutsättningarna att ge ett gott bemötande som psykolog?

Då är du hjärtligt välkommen att delta i vår intervjustudie om självskadebeteende och bemötande, som vi genomför hösten 2021. Tidigare forskning visar att patienter som självskadar ofta upplever brist på både kunskap och respekt hos den vård de möter. Varför uppstår diskrepansen mellan önskat och faktiskt bemötande? Syftet med studien är att bidra till att fylla denna kunskapslucka. Det finns tidigare forskning om vårdgivarnas upplevelser av mötet med självskadande patienter, men den har oftast gjorts på andra yrkesgrupper än psykologer, och sällan i en svensk kontext.

Studien, som görs under handledning av Tove Lundberg och Benjamin Claréus vid institutionen för psykologi, Lunds universitet, kommer att rapporteras i form av den masteruppsats som utgör vårt examensarbete på psykologprogrammet.

Din medverkan innebär att du deltar i en cirka timplång intervju om dina erfarenheter ifråga om patienter som självskadar. De uppgifter du lämnar kommer endast att tillgängliggöras för oss och våra handledare, och rapporteras helt oidentifierat i uppsatsen. Intervjun sker digitalt, så det spelar ingen roll var du befinner dig. Intervjuerna genomförs under september 2021.

Vid intresse kontakta:

Anna Lindblom, an7821li-s@student.lu.se

Dennis Josefson Repka, de7335jo-s@student.lu.se

Kontaktuppgifter handledare:

Benjamin Claréus, doktorand benjamin.clareus@psy.lu.se

Tove Lundberg, leg. psykolog, fil. doktor, lektor tove.lundberg@psy.lu.se

Bilaga 3: Informationsbrev

Information om psykologisk studie

Du får denna information eftersom du har visat intresse för att delta i en studie som handlar om psykologers förståelse av självskadebeteende. Projektet genomförs under hösten 2021, som ett examensarbete av Anna Lindblom och Dennis Josefson Repka på psykologprogrammet vid Lunds universitet. Du som är legitimerad psykolog, med erfarenhet av att möta patienter som skadar sig själva, kan delta i studien.

Bakgrund och syfte

Vi vill utforska psykologers förståelse av vad självskada är, vem som självskadar och varför, och koppla detta till bemötande. Forskning visar att patienter som skadar sig själva upplever att bemötandet tenderar att brista, bland annat genom okunskap hos vårdgivare och förutfattade uppfattningar om personer som skadar sig själva (se t ex Lindgren et al., 2018). Vår studie tar sin utgångspunkt i frågan om varför diskrepansen mellan önskat och faktiskt bemötande uppstår. Vårt bidrag blir ett steg i arbetet för att fylla detta glapp, genom att kasta ljus över hur vårdgivarnas perspektiv kan gagna eller missgynna mötet med den aktuella patientgruppen. Tidigare forskning beskriver vårdgivande yrkesgruppers attityder och upplevelser av mötet med självskadande patienter, men just psykologer är mindre beforskade än andra berörda yrkesgrupper, och svensk forskning saknas i hög grad (se t ex Saunders et al., 2012). Genom att utforska psykologers förståelse av vad självskada är, och vem som självskadar, vill vi åstadkomma en dialog med den befintliga forskningen om patienternas upplevelser och önskningsar.

Lindgren, B. M., Svedin, C. G., & Werkö, S. (2018). A Systematic Literature Review of Experiences of Professional Care and Support Among People Who Self-Harm. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 22(2), 173–192.

Saunders KEA, Hawton K, Fortune S, et al. (2012) Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139, 205–216

Information om projektet

Deltagandet i studien innebär att medverka i en intervju som sker digitalt, där vi tillhandahåller möteslänk via en videotjänst och vid en tidpunkt som passar dig. Intervjun tar cirka 60 minuter. Du kommer att få frågor om dina tankar kring självskadebeteende, personer som skadar sig själva, och dina upplevelser av att möta detta i din professionella roll.

Datahantering och sekretess

Vi samlar in dina kontaktuppgifter för att kunna hålla kontakt med dig under projektets gång. Dessa kommer att raderas efter genomförd intervju. Den enda ytterligare informationen som vi samlar in från dig är vad du delger under intervjun. Samtliga uppgifter samlas endast in för forskningsändamål.

Intervjun spelas in och skrivs sedan ut ord för ord. Transkriptionerna används för att analysera materialet, och de kommer att avidentifieras så att inga potentiellt identifierade uppgifter finns kvar. Det innebär att information som gör att någon annan skulle kunna identifiera dig, dina kollegor eller dina patienter kommer att plockas bort ur materialet, inklusive sådant som namn på personer och

orter, och detaljerad information om situationer med enskilda patienter eller kollegor. Resultaten kommer också rapporteras på ett sådant sätt att enskilda individer inte går att identifiera.

Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Inspelningarna och transkriptionerna kommer att förvaras inlåsta när de inte används, separat från varandra. Dina personuppgifter behandlas i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, GDPR. Ansvarig för dina personuppgifter är Lunds universitet. Har du frågor om hantering av personuppgifter, hör av dig till universitetets dataskyddsombud via e-post till dataskyddsombud@lu.se.

Finns det risker med att delta?

Identifierade risker med deltagande i intervjuer är få. Intervjun kommer att göras på ett sådant sätt att du som deltar har möjlighet att styra riktningen. Det är helt upp till dig vilka frågor du vill svara på eller inte, och du kommer att få möjlighet att prata fritt om sådant som känns relevant för dig. Om du har funderingar efter intervjun är du välkommen att prata om detta med intervjuaren eller handledare (se kontaktuppgifter nedan).

Finns det fördelar med att delta?

Många upplever att det känns positivt att dela med sig av sina erfarenheter och få tänka kring dem tillsammans med någon. Det kan även kännas meningsfullt att bidra till ökad kunskap om bemötande av personer som skadar sig själva och förbättrade förutsättningar för ett gott bemötande.

Information om resultat

Om du önskar så kan vi skicka uppsatsen till dig när den är färdig. Uppsatsen publiceras även på hemsidan LUPapers.

Ersättning

Ingen ersättning utgår för att delta i studien.

Frivillighet

Deltagande i studien är helt frivilligt. Du väljer själv om du vill medverka, och du kan när som helst dra tillbaka ditt samtycke, utan att behöva ge någon förklaring. Du kan också välja att inte svara på vissa frågor, om det är något speciellt i intervjun som du inte vill prata om.

Kontaktinformation till ansvariga

Om du har frågor eller synpunkter, eller vill ha mer information, är du välkommen att kontakta:

Kontaktuppgifter studenter:

Anna Lindblom

an7821li-s@student.lu.se

Telefon: (strukits)

Dennis Josefson Repka

de7335jo-s@student.lu.se

Telefon: (strukits)

Kontaktuppgifter handledare:

Benjamin Claréus, doktorand

benjamin.clareus@psy.lu.se

Tove Lundberg, leg. psykolog, fil. doktor, lektor

tove.lundberg@psy.lu.se

Bilaga 4: Samtyckesblankett



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Samtyckesblankett

Jag har informerats om studien ”När patienter gör sig illa - psykologers förståelse av självskadebeteende” som handlar om hur psykologer ser på självskadebeteende och på personer som självskadar, och hur detta påverkar patientbemötandet.

Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande. Jag vet att de uppgifter som samlas in om mig kommer att behandlas konfidentiellt, det vill säga mina svar och resultat kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av dem. Jag vet att det material som publiceras i form av examensarbete eller i andra former inte kommer att innehålla några uppgifter som gör det möjligt att identifiera mig eller andra personer som jag eventuellt nämner.

Jag samtycker härmed till att delta i studien.

.....
Ort och datum

.....
Namnteckning

Vid frågor kontakta:

Anna Lindblom

an7821li-s@student.lu.se

Dennis Josefson Repka

de7335jo-s@student.lu.se

Kontaktuppgifter handledare:

Benjamin Claréus, doktorand benjamin.clareus@psy.lu.se

Tove Lundberg, leg. psykolog, fil. doktor, lektor tove.lundberg@psy.lu.se