

UMEÅ UNIVERSITET
Institutionen för socialt arbete
Uppsats 15 hp Termin 6
Vårterminen 2015



Självskadehantering – en teoretisk behandlingsmodell

En studie om strategier och
hanteringsmetoder vid självskadande
beteende hos barn och unga

Författare: Kerstin Winberg, Victoria Selander, Ellen Axelsson
Handledare: Ove Grape

UMEÅ UNIVERSITET
Institutionen för socialt
arbete, uppsats 15 hp
Termin 6, VT -15
Författare: Kerstin Winberg,
Victoria Selander & Ellen
Axelsson
Handledare: Ove Grape
Självskadehantering – en
teoretisk behandlingsmodell

Sammanfattning

Det första syftet med denna studie var att genom intervjuer identifiera fungerande strategier för att kunna hantera eller bli fri från självdestruktivt beteende. Det andra syftet med studien var att formulera en idealmodell som teoretiskt sett kan minska benägenheten för självskadande. Idealmodellen grundar sig dels i teoretiskt material i form av tidigare utformade behandlingsmodeller för självdestruktivt beteende, samt empiriskt material i form av intervjuer. Sex intervjuer har genomförts med individer som tidigare har haft ett självskadande beteende men som numera kan hantera sitt självdestruktiva beteende. Intervjumaterialet har sammanställts och analyserats med hjälp av interventionsteorier. De olika strategier som informanterna använder är bland annat att sitta på sina händer, att göra hushållssysslor, rida, med mera. Den idealmodell som har formulerats syftar till att vara mer lättillgänglig än befintliga behandlingsmetoder, och kan därigenom utföras av exempelvis socionomer och utgår ifrån bland annat dialektisk beteendeterapi. Idealmodellen består bland annat av grupp- och individualterapi som ska hjälpa individer med ett självdestruktivt beteende att utforma strategier för att lära sig hantera det självskadande beteendet. Modellen är tänkt att implementeras med hjälp av olika instanser, bland annat skola och barn- och ungdomspsykiatri, då målgruppen är barn och unga i grundskole- och gymnasieåldern.

Nyckelord
Självskadande beteendet, behandling, interventionsteori.

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	5
1.1. Syfte	5
1.2. Problemformulering	5
1.3. Uppkomst och definition av självskadebeteende	6
2. Metod	6
2.1. Urval	6
2.2. Analys	7
2.3. Etiska överväganden	8
3. Teoretisk grund	9
3.1. Dialektisk beteendeterapi	9
3.2. Mentaliseringsbaserad terapi	12
3.3. Schemafokuserad terapi	13
3.4. Emotionsreglerande terapi	14
3.5. General Psychiatric Management	14
3.6. Kort sammanfattning av terapiformerna	15
4. Resultat	15
4.1. Del 1: Interventionsteorier	15
4.1.1. Interventionsteori Idun	16
4.1.2. Interventionsteori: Ragna	18
4.1.3. Interventionsteori: Linnéa	20
4.1.4. Interventionsteori: Tove	21
4.1.5. Interventionsteori: Tea	22
4.1.6. Interventionsteori: Mia	25
4.1.7. Nyckelfaktorer för att lära sig hantera självdestruktivt beteende	27
4.1.8. Kort sammanfattning av interventionsteorierna	28
4.2. Del 2: Idealmodell	28
4.2.1. Idealmodellens grundpelare	29
4.2.2. Inledning av programmet	30
4.2.3. Gruppterapi	30
4.2.4. Individualterapi	33
4.2.5. Personlig lämplighet	34
4.3. Del 3: Implementering av idealmodell	35
5. Avslutande diskussion	37

5.1. Om idealmodellen	37
5.2. Metodreflektion	38
5.3. Framtida forskningsfält	39
6. Slutord.....	39
7. Referenser	41
Bilagor	43
Bilaga 1	43
Bilaga 2	44
Bilaga 3	45

1. Inledning

Denna studie fokuserar på problematiken runt, och behandlingsmetoder av, självdestruktivt beteende. Därför är det relevant att ge en övergripande bild kring denna problematik. Det är dock svårt att ge en korrekt bild av hur förekomsten av självskadebeteende ser ut, dels på grund av mörkertal, självskador som leder till död samt på grund av att det finns så många definitioner av självskada. Självskadande beteende syns främst hos ungdomar och unga vuxna och brukar börja i åldern 12-14 år (Nationella självskadeprojektet, 2014a). I en svensk undersökning bland högstadie- och gymnasieelever svarar 35-42 % att de någon gång självskadat sig (Nationella självskadeprojektet, 2014a). Barn i åldern 0-17 år som uppsökt akutmottagning på grund av självskadande beteende uppskattas vara drygt 1000 barn per år, men denna skattning sägs mest troligt vara för låg, då hela 700 barn är så illa skadade att de skrivits in på sjukhus (Socialstyrelsen, 2015). Enligt en rapport från Socialstyrelsen (2011) sökte 10 600 personer, de flesta kvinnor, akutvård år 2010 på grund av skador som orsakats av självdestruktivt beteende. Utifrån detta går det att se att självskadebeteende är ett samhällsligt problem där många berörda parter finns, såväl patienter som anhöriga och närstående. Den statistik som vi finner mest oroande är den som berör barn och unga. Med anledning av att så pass många barn skrivs in på sjukhus på grund av självskadande handlingar ser vi ett behov av att skapa förutsättningar för att fånga upp dessa barn och ungdomar i ett tidigare skede. I dag finns det olika behandlingsprogram i Sverige för personer med självskadeproblematik, dessa kan man dock enbart ta del av via psykiatri (Nationella självskadeprojektet, 2014b). Därför ser vi ett behov av ett mer lättillgängligt behandlingsprogram, där barn och ungdomar får insatser i ett tidigt skede. Ett sådant program skapas i denna uppsats i form av en idealtyp. Vedung och Dahlberg (2013) beskriver hur man använder idealtyper för att studera ett problem och hitta tänkbara lösningar som inte går att finna i verkligheten. I denna studie har vi valt att kalla idealtypen för en idealmodell.

1.1. Syfte

Studien har två olika syften. Det första syftet är att, genom intervjuer med sex personer som tidigare har självskadat, identifiera fungerande strategier för att lära sig hantera eller bli fri från självdestruktivt beteende. Det andra syftet med studien är att, utifrån empiriskt och teoretiskt insamlat material, formulera en idealmodell som teoretiskt sett kan minska benägenheten för självskadande. Denna idealmodell syftar till att vara lättillgänglig samt att behandlingen ska kunna genomföras av yrkesverksamma socionomer och andra med likvärdig utbildning.

1.2. Problemformulering

1. Vilka (om några) strategier och andra faktorer går att identifiera, utifrån intervjupersonernas erfarenheter, som effektiva för att förebygga, förhindra eller motverka självskadebeteende?
2. Hur kan en idealmodell för framgångsrik självskadebehandling formuleras och göras tillgänglig?
3. Hur skulle denna idealmodell kunna implementeras för att teoretiskt nå största möjliga målgrupp och resultat?

1.3. Uppkomst och definition av självskadebeteende

Sårbarhetsfaktorer, som är vanliga hos personer som självskadar sig, beskrivs i det Nationella självskadeprojektet (2014a) som låg självkänsla, nedstämdhet, bristande impuls kontroll, avskärmning från omgivningen och vissa symptom av borderline personlighetsstörning¹. För att förtydliga vad som menas med självskada i denna studie följer här en definition av begreppet, dels vad som generellt menas med självskadebeteende, samt hur vi valt att tolka det i denna studie.

Overland (2010) beskriver att självskadebeteende är att upprepade gånger tappa kontrollen över impulsen att skada sin kropp på olika vis. Han beskriver vanliga skador som skärskador på hud, skrapning av hud och brännskada av hud. Han nämner också skador som att sticka sig med nålar, slå sig själv eller dunka huvudet i väggen, samt svälja olämpliga föremål eller läkemedel. Personer som självskadar brukar beskriva känslan efteråt som ångestdämpande och en lindring av psykisk smärta, dock är denna upplevelse kortvarig (Overland, 2010). Att självskada innebär alltså inte en vilja till att dö, även om en dödlig utgång kan bli ett resultat av självskadan. Självskadande beskrivs snarare som ett sätt att överleva den obehagliga känslan som individen upplever och hanteras då på ett destruktivt sätt (Overland, 2010). En annan tolkning gör Friberg von Sydow (2011), som beskriver att självskadandet syftar till att kommunicera med andra och att beteendet kan vara ett ”rop på hjälp”.

Den definition som vi har valt att utgå ifrån i denna studie har formulerats av Nationella självskadeprojektet (2014a) som beskriver Non-Suicidal Self-injury [NSSI] som är ett vanligt begrepp för självskadebeteende i Nordamerika. NSSI definieras som då skada görs på kroppens yta, exempelvis genom att skära, bränna, bita eller gnugga huden till dess att skada uppstår. Genom denna definition får studien en naturlig avgränsning där vi inte tittar på destruktiva beteenden som exempelvis självsvält (som anorexi och ortodoxi), eller substansmissbruk (som alkoholism och drogmissbruk). Om någon av intervjupersonerna utöver sitt självskadande har haft även sådan problematik som på något sätt har påverkat självskadandet så kommer detta dock att nämnas i studien.

2. Metod

Inför studien skedde en teoretisk insamling av material för att ge en större förståelse kring självdestruktivt beteende och de behandlingsformer man använder i Sverige idag. Vidare följer en redogörelse för hur studien har genomförts.

2.1. Urval

För att söka intervjupersoner användes ett sorts bekvämlighetsurval. Detta genomfördes genom att alla i studiegruppen lade ut en text på sitt konto på det sociala mediet Facebook (bilaga 1). I denna text framgick bland annat hur kontakt kunde tas med studiegruppen, att det gick att vara anonym för de personer i forskningsgruppen som intervjupersonen inte tog kontakt med, samt att texten gärna fick delas vidare. Totalt fanns texten att läsa på 13 personers Facebook väggar. Detta gjorde att personer både i och utanför forskarnas kontaktnät kunde läsa texten. Genom

¹ En kort definition av borderline personlighetsstörning är att man har svårt med att reglera känslor och till följd av detta kan personen reagera med raseri, ångest eller självdestruktivitet (Vårdgudien, 2015).

detta tog ett antal personer kontakt med oss via mail, privata meddelanden eller via telefon. De personer som var intresserade av att ställa upp på intervju fick ytterligare information om studien (bilaga 2). Då dessa läst informationen blev de tillfrågade om de fortfarande kunde tänka sig att delta i en intervju och en intervjutid bokades. Sammanlagt hölls sex intervjuer, fyra av dessa genomfördes via telefon, en via skype och en via e-mail. Detta då intervjupersonerna själva fick välja hur de ville bli intervjuade. Intervjuerna var semistrukturerade, vilket innebär att en intervjuguide (bilaga 3) formulerades som en ram för intervjun (Bryman, 2008), men även att en del frågor ställdes utöver intervjuguiden. Intervjuerna spelades in och transkriberades med intervjupersonernas tillåtelse.

2.2. Analys

För att bearbeta och analysera materialet har två metoder använts. Den första är interventionsteori (även kallad programteori). Interventionsteori bygger på att ett händelseförlopp, och alla delar i förloppet, studeras (Vedung, 2009), vilket är skillnaden mot narrativ analys där man studerar en livsberättelse som en helhet. Exempel på delar kan vara inflöde/intervention, omvandling/processer, utflöde/slutprestation och utfall (Vedung & Dahlberg, 2013). Ett klassiskt exempel enligt Vedung & Dahlberg (2009) är att hela förloppet studeras från ett veteax fram tills det blir en vetelimpa. I det fallet blir inflödet tanken om att en limpa ska göras av veteaxet, processen blir från skördande till bakning, utflödet blir själva limpan och utfallet blir att limpan äts upp/limpan börjar mögla. Interventionsteori kan användas för olika syften (Vedung & Dahlberg, 2013), och oftast tittar man på hur intervenerandet (programmet/modellen/vägen) är *tänkt* att fungera och inte hur det fungerar i verkligheten (Vedung, 2009). Trots detta har vi valt att använda interventionsteorin då denna möjliggör att på ett enkelt och överskådligt sätt redovisa de olika intervjupersonernas processer, från att självskada sig till att kunna hantera eller bli fri från beteendet. Interventionsteorierna blir också ett hjälpmedel för att analysera alla delar i intervjupersonernas processer. Liksom Vedung (2009) säger att en interventionsteori ska formas så har vi tagit fram föreställningar om alla delarna i händelseförloppet som vi studerat. Därefter har vi, precis som Vedung (2009) säger, tillfört en så kallad systemmodell, där vi har strukturerat upp de olika föreställningarna om stegen i processen i ett schema. Vedung (2009) menar att det är först när denna strukturering har gjorts som en interventionsteori har skapats. Varje interventionsteori har sedan lästs igenom och godkänts av respektive intervjuperson för att undvika eventuella feltolkningar eller antaganden kring det intervjupersonen har sagt. I de fall där något var otydligt eller där information saknades, kontaktades intervjupersonerna för komplettering. Därefter jämfördes informationen från interventionsteorierna med varandra för att hitta gemensamma nämnare/strategier som resulterar i minskad och ökad självdestruktivitet.

Den andra metoden för att bearbeta och analysera materialet, som gjordes efter interventionsteorin, var att konstruera en så kallad idealtyp. Idealtyper skapas för att ha som kontrast till verkligheten och därigenom få bättre förståelse för denna, men framför allt för att hitta tänkbara lösningar som annars inte går att finna i denna verklighet (Vedung & Dahlberg, 2013). I detta arbete har idealtypen skapats i form av en fiktiv modell som behandlar självdestruktivt beteende. Idealtypen konstruerades utifrån de sammanställda gemensamma nämnarna/strategierna i interventionsteorierna, samt utifrån de fem empiriska modellerna för

självd destruktivt beteende som är aktuella i Sverige. Vidare i studien kommer idealtypen benämnas som idealmodell.

2.3. Etiska överväganden

Då det finns många olika etiska riktlinjer för etik inom forskning, har vi valt att utgå ifrån primära lagrum och principer, även om dessa främst riktar sig till forskning på en högre nivå. Det finns bland annat fyra grundläggande etiska principer för svensk forskning, som beskrivs av Bryman (2008). Dessa består av informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Denna studie uppfyller samtliga av dessa krav.

1. Informationskravet har uppfyllts bland annat genom att deltagarna fick noggrant utformad information om vad studien och intervjun skulle gå ut på och hur den skulle gå till i förhand (bilaga 2). För att ytterligare informera deltagarna om vilka frågor de förväntades besvara under intervjun fick de ta del av intervjuguiden samt de ramar vi utgick ifrån (bilaga 3) innan själva intervjutillfället. Det framkommer tydligt i informationen innan, och intervjuguiden, att deltagandet var frivilligt och att deltagarna när som helst kunde dra sig ur samt att materialet kunde raderas helt från studien om så önskades.

2. Samtyckeskravet är också uppfyllt i och med att deltagarna har gett ett informerat samtycke efter att de har tagit del av information kring deltagandet i studien enligt informationskravet ovan.

3. Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter om de deltagande personerna måste hemlighållas och undanhållas från obehöriga, vilket även denna studie tagit hänsyn till. Deltagandet var anonymt i den mån det var möjligt. Endast en forskare av tre kände till den enskilde intervjupersonens riktiga namn och vid transkribering har avslöjande uppgifter, så som barndom, orter och så vidare, strukits. På detta sätt kunde intervjupersonerna undvika att bli identifierade även om de var bekanta med någon i forskargruppen.

4. Nyttjandekravet betyder att de uppgifter som insamlas om enskilda personer endast får användas i den aktuella forskningen, vilket denna studie uppfyller då allt material som samlats in förstörs då studien är klar.

Vi valde att söka efter kontaktpersoner genom Facebook, detta för att nå ett stort antal människor och öka sannolikheten att få tag i intervjupersoner. Deltagarna har därför helt självmant valt att ta kontakt med forskarna. Risken med att söka efter intervjupersoner via Facebook var att möjligheten fanns att flera intervjupersoner kände någon av forskarna sedan tidigare. Detta tog vi hänsyn till genom att be dessa personer ta kontakt med någon av de andra forskarna om det kändes mer bekvämt. Vi har under konfidentialitetskravet diskuterat hur fler ställningstaganden för anonymitet har beaktats om en intervjuperson känner någon av forskarna.

Enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460), som ger bra riktlinjer även för forskning som inte etikprövas, så får forskning ”... godkännas bara om de risker som den kan medföra för forskningspersoners hälsa, säkerhet och personliga integritet uppvägs av dess vetenskapliga värde.” (9§). Intervjupersonernas säkerhet och hälsa har under studiens gång varit av hög prioritet. Då vi anser att möjligheten finns till återfall i självskadebeteendet hos intervjupersonerna, eller att en tung process av bearbetning påbörjas i

och med intervjun har ämnet behandlats med försiktighet, särskilt i kontakten med studiedeltagarna och i intervjuguiden. Eftersom studien i sig inte undersöker varför individerna började självskada utan snarare fungerande metoder och strategier för att lära sig hantera det, blev det naturligt att intervjufrågorna kom att handla mer om hur intervjupersonen på ett framgångsrikt sätt har tagit sig ur självskadebeteendet. På så sätt undviks en alltför terapeutisk ansats samtidigt som studiens syfte uppnås. Dock ställdes vissa intervjufrågor kring bakgrunden till självskadebeteendet för att ge det övriga intervjumaterialet en grund och underlätta bearbetning av det insamlade materialet.

Det finns en underliggande risk för att intervjupersonerna påverkas av frågorna som ställs i intervjun på ett negativt sätt. Dock har vi under intervjutillfällena samt i informationen som gavs innan förklarat att de när som helst kan hoppa över en fråga som de inte känner sig bekväma med att diskutera. I övrigt finns det inga egentliga risker som studien medför, varken för deltagarna eller forskarna som vi kunde se. Ett vanligt diskussionsunderlag inom etiken är kring forskningens risker kontra nytta (Kalman & Lövgren, 2012). Eftersom studiens risker beräknas vara små, anser vi att den möjliga nyttan väger tyngre. I och med att studiens syfte kan uppfyllas, det vill säga att en idealmodell som teoretiskt sett kan minska benägenheten för självskadande kan formuleras, kan framtida fall av självskadeproblematik angripas på ett mer lättillgängligt sätt utifrån den. Studiens forskningsresultat kan även bidra till vidare forskning kring ämnet och underlätta utveckling av fungerande behandlingsmetoder och strategier i framtiden.

3. Teoretisk grund

Nedan följer ett avsnitt där fem olika behandlingsmetoder beskrivs, dessa har prövats och visat sig effektiva vid självdestruktivt beteende (eller borderline personlighetsstörning). Dessa fem metoder är det ursprungligen Nationella självskadeprojektet (2014a & 2014b) som har sammanställt, och beskriver som de metoder man använder i Sverige idag, eller som man hoppas på kan tas i bruk i Sverige inom en snar framtid. De fem metoderna är dialektisk beteendeterapi, mentaliseringsbaserad terapi, schemafokuserad terapi, emotionsreglerande terapi och general psychiatric management. Dessa fem metoder är empiriskt prövade i eller utanför Sverige och har visat goda resultat (Nationella självskadeprojektet, 2014a & 2014b). Dessa metoder samt det material som framkommit under intervjuerna ligger därför till grund för den idealmodell som skapats.

3.1. Dialektisk beteendeterapi

Kåver och Nilsonne (2002) redogör för den dialektiska beteendeterapin som härstammar från den dialektiska filosofin, eller dialektiken, som kommer från grekiskan och betyder konsten att diskutera. Begreppet innebär förklarar Kåver och Nilsonne (2002) som ett sätt att låta två argument mötas mot varandra och på så vis skapa nya insikter. Den dialektiska filosofin hävdar att verkligheten ständigt är benägen att förändras, tillvaron ses i dess helhet trots motsägelsefulla aspekter (Kåver & Nilsonne, 2002). Dilemmat som dialektiken ser i terapiutövning är det motsägelsefulla dilemmat i terapeutens uppdrag att både bekräfta men också konfrontera patienten. Man ser också patientens dilemma i att hela tiden acceptera tillvaron, men samtidigt kunna arbeta för att förändra den (Kåver & Nilsonne, 2002).

Dialektisk beteendeterapi [DBT], utvecklades av Marsha Linehan under 1990-talet och har enligt ett flertal randomiserade kontrollerade studier visat god effekt vid behandling av självskadebeteende (Nationella självskadeprojektet, 2014a). DBT bygger sin behandling på inlärningsteori/beteendeterapi, kognitiv teori, dialektisk filosofi och zenbuddhistisk filosofi (Kåver & Nilsonne, 2002). DBT består huvudsakligen av två delar som sker parallellt med varandra: färdighetsträning som sker i grupp och individualterapi som sker enskilt, för att nå patientens mål. Det är inte samma terapeut som håller i de båda delarna, utan det är två olika. Terapeuterna får handledning i form av teamträffar, för att patienterna ska få ut så goda resultat som möjligt av sin behandlingstid (Kåver & Nilsonne, 2002).

Färdighetsträningen sker oftast i grupp under 6-12 månader med träffar varje vecka, och dessa går ut på att ge patienterna färdigheter som de saknar. Färdigheter beskriver Kåver och Nilsonne (2002) som handlingar som hjälper oss att uppnå önskade mål. Författarna menar att målet är att patientgruppen ska utveckla färdigheter och arbeta på dessa för att senare kunna använda färdigheterna på ett mer flexibelt sätt i sin vardag. I färdighetsträningen utgår man ifrån fyra olika avsnitt som behandlas för att ge patientgruppen färdigheter inom dessa fyra områden. De fyra avsnitten handlar om att lära sig bli medvetet närvarande, hantera relationer, hantera känslor samt att stå ut när det känns svårt (Kåver & Nilsonne, 2002).

Att bli medvetet närvarande är det första avsnittet som behandlas. Detta har DBT hämtat ifrån Zenbuddhistisk filosofi (Kåver & Nilsonne, 2002). Den handlar om att lära sig hantera svåra känslor genom att vara uppmärksam på sina känslor och tankar utan att värdera dem, samt att lära sig att vara närvarande här och nu. Marsha Linehan såg en stor fördel med denna form av meditation för patienter med självdestruktivt beteende, då de genom att vara medvetet närvarande kan utveckla andra färdigheter genom den dialektiska beteendeterapin (Kåver & Nilsonne, 2002).

Avsnitten som handlar om att hantera relationer och känslor kommer bland annat ifrån inlärningsteori/beteendeterapi. Här talas om begreppet förstärkningskontingenser som DBT har lagt stor vikt vid och som beskrivs av B.F. Skinner, (Kåver & Nilsonne, 2002). En förstärkningskontingens är vårt beteende och vår personlighet som ändras efter vad vi tror är gynnsamt i olika sociala sammanhang enligt Kåver och Nilsonne (2002). De menar också att dessa sociala sammanhang kallas förstärkningsmiljöer där varje miljö ger oss olika bemötanden, förväntningar och belöningssystem. Exempel på dessa miljöer är skolan, arbetsplatsen eller familjen. Författarna förklarar att negativa förstärkningskontingenser kan uppkomma av att få bestraffning under uppväxten, på grund av att man har varit självständig, nyfiken, livlig eller har uttryckt egna åsikter. När detta sker menar författarna att den negativa förstärkningskontingensen implementeras i individens egna system. Individen lär sig alltså att om liknande omständigheter som den tidigare blivit bestraffade för inträffar ska denne exempelvis hålla låg profil, bestraffa sig själv eller inte tro på sin egen förmåga/kompetens. Enligt Kåver och Nilsonne (2002) leder denna negativa förstärkningskontingens till ett så kallat operant beteende, vilket innebär att vi beter oss på ett visst sätt för att uppnå vårt mål. I det här fallet är målet till exempel att bestraffa sig själv (på grund av den negativa

förstärkningskontigensen), vilket leder till det operanta beteendet, som exempelvis kan vara att bränna sig. Att skapa nya och läkande förstärkningskontigenser, och därigenom förhindra dåliga operanta beteenden, är vad DBT främst handlar om, då detta kan göra att individerna hanterar sociala relationer och känslor på ett annat sätt än tidigare (Kåver & Nilsonne, 2002).

I den kognitiva psykologin, som också utgör en stor byggsten inom DBT, studeras människans tankeprocesser (Kåver & Nilsonne, 2002). Människan beskrivs som kunskapssökande med behov av meningsskapande och struktur i sig själv och sin omgivning, ibland kan tolkningen av denna omgivning och sitt eget jag bli negativ eller förvrängd. Författarna menar alltså att det är uppfattningsförmågan som kan bli problematisk snarare än den faktiska omgivningen eller händelser i den, detta kan i sin tur leda till att människan upplever ångest, skuld, skam eller nedstämdhet. Att stå ut när sådana känslor uppkommer behandlas i det fjärde avsnittet under gruppterapi, och där kan en strukturering och meningsskapande tillvaro hjälpa. Inom DBT arbetar man även med kognitiva scheman i avsnitten kring att hantera relationer, hantera känslor samt att stå ut när det känns svårt. Dessa scheman beskriver Kåver och Nilsonne (2002) som våra personliga sanningar om oss själva, om livet och om övriga människor. Författarna påstår att dessa sanningar ofta är vad vi idag kallar fördomar, dels om andra, men även om hur vi tror att andra uppfattar oss, dessa tankeprocesser är svåråtkomliga och är inte lätta att ändra på. Sådana tankeprocesser kan vara "Människor är fantastiska" likväl som "Jag är en omöjlig person att älska". Tankesättet ifrågasätts under terapi och frågor ställs som syftar till att ge nya insikter och möjlighet till verklighetsanpassning, att föra resonemang och göra beteendeeexperiment (Kåver & Nilsonne, 2002).

Kåver och Nilsonne (2002) beskriver att parallellt med färdighetsträningen genomgår patienten individualterapi, som är en mer djupgående terapi där det som skett under veckan bearbetas, samt känslor som ångest eller depression eller akuta svårigheter som patienten mött. Författarna menar att individualterapi fungerar som ett bra komplement till den annars manualbaserade färdighetsträningen, men under det enskilda terapisalet ska terapeuten även höra sig för hur färdighetsträningen fungerar samt vilka färdigheter patienten arbetar med för tillfället.

Som kompletterande kontakt mellan individualterapi och färdighetsträningen sker något som kallas telefonkonsultation (Kåver & Nilsonne, 2002). Det är samtal där patienten kan ringa sin individualterapeut för rådgivning runt de färdigheter som patienten för tillfället arbetar med, eller vid krislägen. För att detta ska fungera sätter terapeuten och patienten upp regler för när patienten får ringa, förväntningar på hur och när kontakt kan ske, samt att terapeuten ringer tillbaka om den inte kan nås. För bästa effekt av DBT är det önskvärt att patienten utnyttjar telefonkonsultationen några gånger i veckan (Kåver & Nilsonne, 2002).

Under behandling kan det inträffa att patienten hamnar på sjukhus i behov av vård efter ett tillfälle av dysreglerat beteende (Kåver & Nilsonne, 2002), som exempel självskada vid upplevd ångest. Helst ska inläggningen vara så kort som möjlig så att terapi kan fortsätta. Inläggningen kan även vara en nyckel i terapi, för att ta reda på varför det destruktiva beteendet upprepades (Kåver & Nilsonne, 2002). Som en del av att inte förstärka det självskadande beteendet måste terapeuten stå emot viljan att reagera med omsorg och värme då patienten självskadar. Detta

verkar som en förstärkande faktor av det självskadande beteendet, eftersom responsen kan upplevas som positiv och önskvärd (Kåver & Nilsson, 2002). Det förekommer också att patienten under terapibehandling äter någon form av medicin för att lindra vissa symptom som ångest eller depression. I DBT är terapeutens bemötande av stor betydelse, Nationella självskadeprojektet (2014a) pekar på vikten av att validera och bekräfta både patienten och dess upplevelser, vilka de än kan vara, som verkliga för patienten.

3.2. Mentaliseringsbaserad terapi

Enligt Nationella självskadeprojektet (2014b) är mentaliseringsbaserad terapi [MBT] den terapiform som har näst störst framgång när det gäller att behandla eller hantera självskadebeteende av de metoder som är aktuella i Sverige. MBT är egentligen utvecklad för, och används för, personer med diagnosen borderline personlighetsstörning, men då ett av kriterierna för denna diagnos är självskadebeteende så har denna terapiform även bevisad effekt på denna problematik (Nationella självskadeprojektet, 2014b). Nedan följer en översiktlig redogörelse för MBT.

Karterud och Bateman (2011) menar att det var Peter Fonagy samt hans medarbetare vid University College och Anna Freud Center som gav begreppet mentalisering sin nutida betydelse. Författarna beskriver att mentalisering idag innebär att man försöker tolka sina egna eller andras handlingar för att göra dem begripliga. De säger även att denna tolkning sker genom att använda exempelvis känslor, övertygelser eller önskingar som verktyg. Ju sämre vi är på att tolka handlingar utifrån de mentala verktygen, det vill säga att ju sämre mentaliseringsförmåga vi har, desto mer missförstår vi vårt eget och andras handlande (Karterud & Bateman, 2011). Utifrån detta har en teori om mentalisering utvecklats som grundar sig i anknytningsteori, utvecklingspsykologi, evolutionsteori, gruppdynamik, neurobiologi och psykopatologi (Karterud & Bateman, 2011). Författarna menar att teorin utgår ifrån att ett barns anknytning till föräldrarna inte enbart påverkar hur barnet kommer att hantera farofyllda situationer, utan också barnets förmåga att utveckla självet samt förmågan att tänka om inre mentala tillstånd. Detta betyder alltså att om anknytningen blir bristfällig kommer även förmågan att utveckla sin egen individ och förmågan att mentalisera blir bristfällig. Karterud och Bateman (2011) säger även att det är vanligt att borderlinepatienter växt upp i otrygga miljöer och problematiska familjeförhållanden som i sin tur leder till en otrygg anknytning. Mentaliseringsteori säger även att en persons tänkande/mentalisering påverkar det emotionella tillståndet hos personen, vilket är viktigt att tänka på då en person självskadar (Karterud & Bateman, 2011).

MBT bygger således på mentaliseringsteori. Karterud och Bateman (2011) beskriver vidare att man i MBT får genomgå både individuell- och gruppterapi (precis som i DBT:n), där man aktivt jobbar med anknytnings- och mentaliseringsförmågan. Författarna beskriver hur man i gruppterapi praktiskt får öva på mentalisering. I den individuella terapin bearbetas både erfarenheter från gruppterapi samt erfarenheter ifrån det dagliga livet. I den individuella terapin har terapeuten en viktig roll och ska ha ett engagerat, stödjande och empatiskt förhållningssätt. Terapeuten ska även erbjuda sig som möjlig anknytningsperson, skapa en struktur runt patienten (Karterud & Bateman, 2011), och ska tillsammans med denne undersöka

vilken problematik denne har med mentalisering (Nationella självskadeprojektet, 2014b). Terapeuten ska utmana patientens låga reflektionsförmåga för att öka mentaliseringen, genom att till exempel ta upp känsloladdade situationer som därefter genomgås detaljerat, detta kallar Rydén och Wallroth (2008) för interventioner. Enligt Karterud och Bateman (2011) ska terapeuten och patienten även skapa en "krisplan", som innehåller vad patienten kan göra i krissituationer. Hur lång tid ett program tar är lite beroende på i vilken form det genomförs, vanligtvis varierar det mellan ett halvår upp till tre år (Karterud & Bateman, 2011).

För att sammanfatta MBT och dess syfte helt kort så citeras Karterud och Bateman (2011:39): *"I MBT läggs föga vikt vid insikt i traditionell mening. Det viktigaste syftet med MBT är att förbättra patienternas mentaliseringsförmåga och därigenom deras upplevelse av självuppfattning och interpersonell funktionsförmåga."*

3.3. Schemafokuserad terapi

Schemafokuserad terapi [ST] utvecklades utav Jeffrey Young som utgick från kognitiv terapi (Arnoud & Genderen, 2009). Terapiformen är egentligen utvecklad för patienter med borderline personlighetsstörning och har visat goda resultat (Arnoud & Genderen, 2009). Som tidigare nämnts är självskadebeteende ett av kriterierna för diagnosen borderline personlighetsstörning, vilket gör att slutsatsen dras att denna metod även är effektiv för de som har ett självdestruktivt beteende. Dock anser Nationella självskadeprojektet (2014b) att vidare forskning bör drivas kring huruvida denna terapiform är effektiv för personer som enbart uppvisar självskadebeteenden. I vilken utsträckning denna terapiform används i Sverige idag är oklart.

Arnoud och Genderen (2009) menar att den grundläggande teorin bakom ST är att alla utvecklar scheman som barn. De förklarar att ett schema är ett organiserat tankemönster som är kopplat till olika känslor, händelser eller tankar. Ett "hälsosamt" schema utvecklas då barnets behov blir mött, då det får barnet att utforma positiva bilder av sig självt och omgivningen (Arnoud & Genderen, 2009). Barnets basala behov är till exempel trygghet, uppskattning eller realistiska gränser. Arnoud och Genderen (2009) menar att det är när de basala behoven inte möts som utveckling av dysfunktionella scheman och strategier för att hantera dessa utvecklas. Young, Klosko och Weishaar (2003) identifierar 18 olika dysfunktionella scheman och exempel på dem är misstroende, isolering och beroende. Målet med terapin blir följaktligen att identifiera dysfunktionella scheman, finna en förståelse för varför dessa scheman skapats och utforska hur följderna av dessa scheman ska kunna hanteras (Young et al., 2003). Detta gör man utifrån tre vinklar: känslor, tankar och handlingar. Utifrån dessa tre angreppssätt kan tre olika ämnen identifieras: livet utanför terapin, upplevelser i terapin och tidigare erfarenheter. Även i denna terapiform är relationen mellan patient och terapeut central och det måste finnas en tillit mellan parterna för att terapiformen ska nå framgång (Young et al., 2003).

Varje terapisamtal i ST spelas in. Därefter ombeds patienten att lyssna igenom inspelningen till nästa terapisession (Arnoud & Genderen, 2009). Detta menar författarna är till för att det anses att patienten inte kommer att kunna ta tillvara på all information som en session erbjuder. Genom att lyssna igenom sessionen kan patienten på så sätt tillgodogöra sig mer information och terapin blir mer effektiv. Arnoud och Genderen (2009) uppskattar att behandlingen tar

mellan 1½ år till 4 år (eller längre om så krävs) och den börjar med två terapisesioner i veckan. De säger även att terapin avslutas då patienten inte längre möter de kriterierna för borderline personlighetsstörning samt har ett relativt stabilt socialt nätverk och har funnit ett sätt att på ett meningsfullt vis fylla sina dagar.

3.4. Emotionsreglerande terapi

Emotionsreglerande Grupperterapi [ERGT], är en relativt ny metod som är framtagen för behandling av självskadebeteende och känslomässiga störningar. Metoden har utvecklats av Kim Gratz. Själva syftet med denna metod är att lära patienter att hantera och kontrollera sina känslor, för att kunna minska deras självdestruktiva beteende (Gratz, Dixon-Gordon & Tull 2014). ERGT tar inspiration från två olika acceptansbaserade beteendeterapier: Acceptance and Commitment Therapy och Dialektisk Beteendeterapi och följer tre teman:

1. De potentiella paradoxala effekterna av undvikande av känslor. Exempelvis om man undertrycker en känsla av sorg, blir det en tillfällig lättnad då man inte behöver konfrontera känslan, men samtidigt kvarstår känslan och kan eventuellt bli värre med tiden. Detta gör att då man väl konfronterar känslan så blir den svårare att hantera.
2. De känsloreglerande konsekvenserna som känslacceptans och människans egen vilja ger. Med detta menas att om man accepterar sina känslor så kan man även kontrollera dem. Om man känner en känsla av sorg så är det enklare att hantera sorgen om man accepterar att den existerar.
3. Vikten av att kontrollera beteenden när känslor är närvarande, snarare än att kontrollera själva känslorna. Även detta handlar om känslacceptans som ger förståelse för och möjlighet att kontrollera sitt beteende när känslorna uppkommer.

Det går även att lägga upp metodens mål med hjälp av fyra punkter:

- a) Skapa medvetenhet om, förståelse för, och acceptans av känslor.
- b) Ge förmåga att engagera sig i målinriktat beteende och hindra impulsiva beteenden vid upplevelser av negativa känslor.
- c) Användning av situationsanpassade strategier för att reglera intensitet och varaktighet av känslor, snarare än att eliminera känslor.
- d) Vilja att uppleva negativa känslor som en del av att söka meningsfulla aktiviteter i livet (Gratz et al., 2014).

Då metoden är relativt ny har den endast blivit studerad i praktiken tre gånger (t.o.m. 2014). Däremot har testresultaten vid dessa tillfällen varit väldigt positiva och ERGT beskrivs även som ”den mest lovande korttidsterapin som hittills utvecklats för självskadebeteende” (Lundh, 2014:3). I regel möts deltagarna i terapin under 14 veckor, med ett möte i veckan på 90 minuter. Antalet deltagare i varje terapigrupp brukar inte vara fler än 6 personer. Metoden tillämpas ännu inte i Sverige, men intresse finns för att börja använda den och en pilotstudie har genomförts så sent som 2014 (Nationella självskadeprojektet, 2014a).

3.5. General Psychiatric Management

General Psychiatric Management [GPM] är en behandlingsmetod som baserats på Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. Det är en manual för behandling som är framtagen av American Psychiatric Association, som är världens största

psykiatriska organisation (American Psychiatric Association, 2015). Behandlingsmetoden grundar sig på psykodynamisk psykoterapi, det vill säga terapi som fokuserar på att ge individen hjälp att förstå och bearbeta inre konflikter samt skapa medvetenhet om egna känslor och reaktioner (Twedmark, 2009).

I en studie där resultaten av GPM jämförts med Dialektisk Beteendeterapi [DBT], framgick det att de båda metoderna hade ungefär samma positiva inverkan på de deltagande patienterna (McMain et al. 2009). GPM liknar DBT på flera sätt; båda lägger fokus på "här och nu", validering, empati och känslor. Något som däremot skiljer dem åt är att medan DBT inriktas specifikt på självskade- och självmordsbeteende, så försöker GPM fokusera på mer än dessa beteenden. Själva behandlingen består av individuell terapi, som i försöksstudien gavs i form av sessioner på 90 minuter vid ett tillfälle i veckan under ett år. De resultat som gick att se efter att behandlingen avslutats var en minskad benägenhet för självdestruktivt beteende, och förbättringar gällande depression och ilska hos patienterna. Som nämnt är tillvägagångssättet relativt nytt och har endast utvärderats vid ett tillfälle, dock finns den med i Nationella självskadeprojektets (2014a) rekommendationer vid behandling av självskadebeteende i Sverige, vilket tyder på att den lär omsättas i praktiken igen för vidare utvärdering.

3.6. Kort sammanfattning av terapiformerna

Sammanfattningsvis kan man se att många av terapiformerna liknar varandra. Exempelvis ser vi att både DBT och MBT har gruppformer och individuella terapiformer, medan GPM och ST enbart har individualterapi. Det går också att se att vissa teman återkommer genom de olika terapiformerna. De viktigaste är bland andra känslohantering (DBT och ERGT), utveckling av förmågor (DBT och MBT), att terapeuten har en viktig roll (DBT, ERGT, MBT och ST) och fokus på här och nu (GPM och DBT). Detta stycke avslutar den teoretiska bakgrunden, vidare redogörs för studiens resultat.

4. Resultat

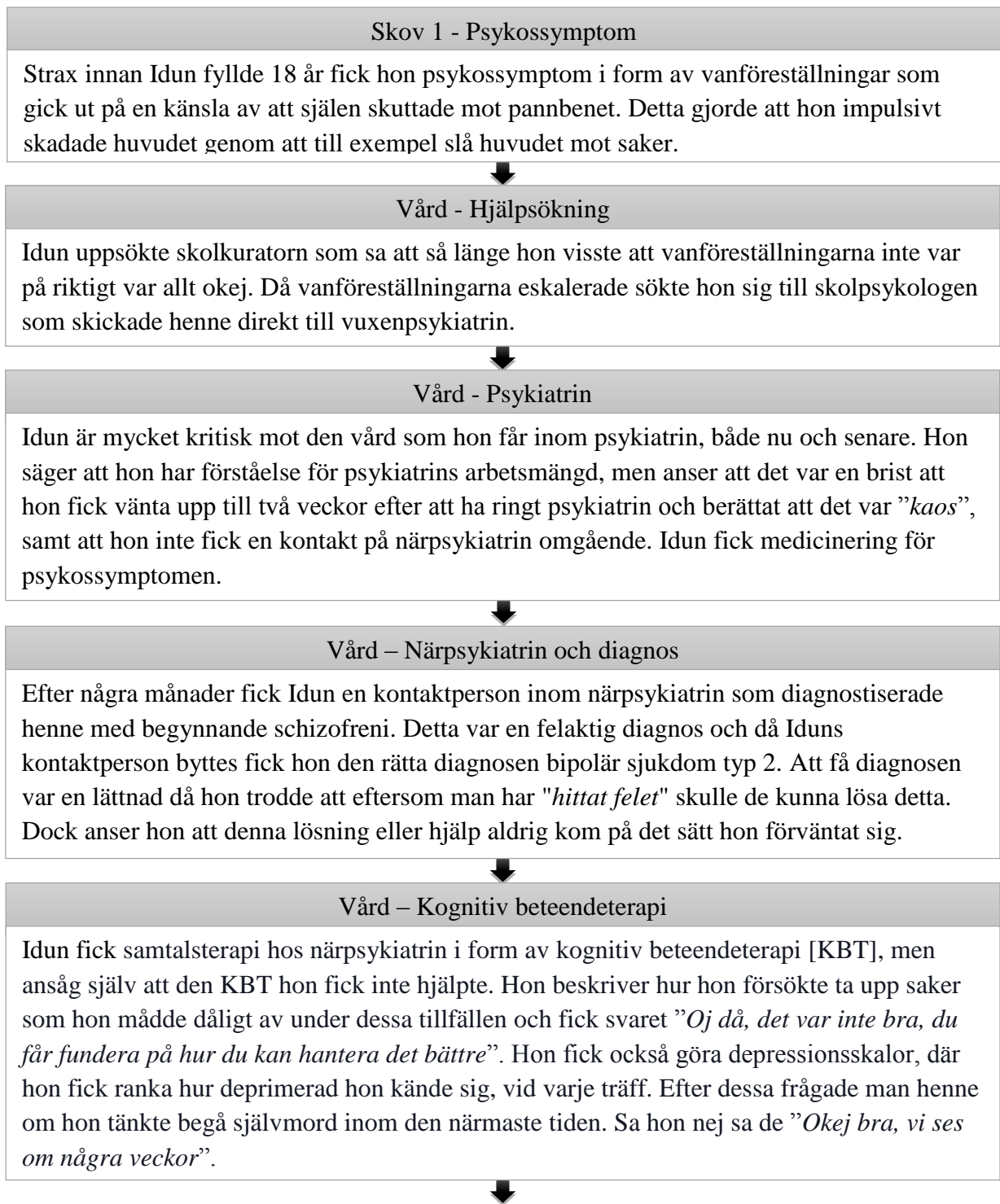
Resultatet är uppdelat i tre delar för att systematiskt besvara problemformuleringarna. I första delen får man följa intervjupersonernas process genom interventionsteorier. I nästa del i resultatet presenteras en idealmodell skapad för att motverka självskadebeteende. Idealmodellen grundas på interventionsteorierna samt de fem behandlingsmetoder som rekommenderas av Nationella självskadeprojektet (2014a & 2014b). I sista delen av resultatet presenteras ett förslag på hur idealmodellen kan implementeras i samhället.

4.1. Del 1: Interventionsteorier

I denna del presenteras de interventionsteorier som har formats. Dessa är uppbyggda utifrån Vedung och Dahlbergs (2013) beskrivning av interventionsteorier som en process som börjar med ett inflöde och slutar med ett utflöde. I interventionsteorierna som presenteras är inflödet att informanterna börjar självskada sig, och utfallet är hur deras liv ser ut idag. Mellan inflödet och utfallet finns således den process som var nödvändig för just informantens utfall. Interventionsteorierna syftar till att på ett överskådligt sätt låta läsaren följa just denna process. Efter interventionsteorierna följer ett avsnitt där intervjupersonerna återger olika nyckelfaktorer som de upplever kan underlätta hantering av självdestruktivt beteende. Viktigt att notera är att

detta är intervjupersonerna subjektiva upplevelser av den process de gått igenom. De åsikter som framförs i interventionsteorierna om exempelvis vården, personer i informanternas omgivning och så vidare är därför även deras personliga upplevelser. För att säkerställa intervjupersonernas anonymitet är alla namnen nedan fingerade och information som riskerar att avslöja personernas identitet har ändrats eller tagits bort helt ur materialet, exempelvis orter och detaljer kring individens barndom eller privatliv.

4.1.1. Interventionsteori Idun



Vård – Frivillig inläggning

Då vanföreställningarna inte blev bättre valde Idun att lägga in sig själv för behandling, då hon inte ansåg att hon hade kontroll över vad hon höll på med.



Psykossymtomens slut

Vanföreställningarna upphörde efter fyra månader från det att dessa började, vilket gjorde att Idun slutade skada huvudet. De övriga psykossymtomen upphörde ett år efter de började, det vill säga strax innan Iduns 19:e födelsedag.



Skov 2 – Panikångest, börjar självskada

Strax innan Iduns 20-årsdag fick hon panikångest, något som hon inte haft tidigare. På grund av denna ångest började hon självskada. Idun tror att hon brände sig med en cigarett första gången. Dock övergick hon sedan till att riva sig i ansiktet.



Det självdestruktiva beteendet utvecklas

Idun utformade sedan andra tillvägagångssätt för att självskada då hon inte ville att någon skulle veta om hennes beteende och det var svårt att bortförklara rivmärken i ansiktet. Hon började istället riva sig på armarna. Detta eskalerade sedan till att sticka in naglarna och slita i huden istället för att riva sig och hon fortsatte att bränna sig med cigaretter. Hon var mycket noga med att göra rent sår och fila och måla om naglarna efteråt så att inte folk skulle börja undra.



Vård – Närpsykiatri fortsatt kontakt

Idun hade även nu kontakt med närpsykiatri, men kontakten med Iduns kontaktperson blev allt sämre. Efter att Idun har ringt till kontaktpersonen var tanken att denne ska ringa upp inom 48 timmar, något som mycket sällan händer och det kunde gå långa perioder innan kontaktpersonen hörde av sig. Då det gällde Iduns journal hos psykiatri så fanns det inga anteckningar om hennes självskadande alls, trots att hon varit öppen med att hon hade detta beteende. Hon tror själv att detta har ignorerats då hon aldrig visade öppna sår, eller ärr som var iögonfallande.



Kaotiskt förhållande

Idun inledde ett förhållande med en kille, som hon beskriver som turbulent och kaotiskt. När förhållandet fungerade upplevde Idun att det var jättebra, men detta var mycket sällan. Förhållandet gjorde att hennes panikångest blev mycket mer tydlig vilket gjorde att hon självskadade mer regelbundet.



Vändpunkt

Efter att ha självskadat aktivt i fyra månader bråkade Idun med sin dåvarande pojkvän och fick efter detta panikångest och självskadade. När hon satt och rengjorde sårerna kom hennes pojkvän in och fick se detta. Han reagerade med äckel och ville då ta avstånd från Idun. Denna reaktion blev Iduns vändpunkt då hon inte tidigare insett att ”*det var en stor grej att självskada*”, men i och med reaktionen förstod hon nu det. Hon insåg även att hon måste

hantera situationen och att ingen skulle rycka upp henne ur det här beteendet utan hon måste göra det själv.

Nertrappning av självdestruktivt beteende

Idun försökte trappa ner sitt självskadebeteende genom att slita sig i håret istället för de tidigare metoderna för att detta kändes mildare och lämnade inga märken. Hon klippte även av de långa naglarna en period och började fundera på sätt hon kunde hantera det självdestruktiva beteendet på.

Kaotiskt förhållande slutar

Idun och hennes dåvarande pojkvän gjorde slut och självskadebeteendet pågick i cirka en månad efter detta uppbrott. Under uppbrottet började Idun ta droger i situationer där hon var rädd att stöta på sin före detta pojkvän, då drogerna minskade risken för panikångest och därigenom självskadebeteendet.

Strategier för att inte självskada

Idun utformade egna strategier för att inte självskada som hon fortfarande använder. Om hon är hemma lägger hon sig ner, knäpper händerna för att inte kunna göra något och bestämmer att hon ska ligga så tills hon har lugnat ner sig. Om panikattacken inte var så illa, men det ändå finns en risk för att självskada, så kan hon även sitta med sin hund. Är Idun i andra miljöer sätter hon sig på sina händer. Hon undviker även situationer där det kan bli bråk, då detta ”triggar” hennes panikångest och därigenom självskadebeteendet. Hon väljer att dra sig undan från dessa situationer om de uppstår tills hon lugnat ner sig. Hon har även minskat sitt sociala umgänge från en stor social krets till en liten, men mer intim, krets av vänner. Hon har även utformat en strategi för att rycka sig ur sin ångest i någon sekund när den kommer för att gå och ta ångestdämpande medicin. ”Det är lika svårt att göra detta varje gång.”

Fyra utfall – Hur det ser ut idag

1. Idun har inte tagit droger på sex månader.

2. Idun har inte självskadat på tio månader.

3. Idun behandlas än idag för sin diagnos bipolär sjukdom typ 2.

4. Idun stöttar idag de vänner som självskadar, bland annat genom att finnas tillgänglig på telefon och försöka hjälpa vännerna att avstyra ångesten.

4.1.2. Interventionsteori: Ragna

Utanförskap

Ragna är av utländsk härkomst och kände att hon inte passade in bland majoriteten svenskar vilket gjorde att hon hade det svårt med sociala relationer.

Självskadandet börjar

Ragna började självskada vid 13 års ålder genom att skära sig med rakblad. Hon tror själv att detta kan ha berott på att hon helt enkelt var en tonåring och hade svårt att hantera exempelvis tankar och känslor. Hon menar också att det var på grund av ett behov av uppmärksamhet. Under tiden som självskadandet pågick såg Ragna det inte som problematiskt.

Sociala relationer

Då Ragna börjar högstadiet är klasserna mer blandade och hon får fler vänner. Vissa av Ragnas vänner visste om självskadandet och var upprörda över detta, men hon kunde ändå finna stöd hos dem till viss mån. Hennes familj visste dock inget.

Skolsystem

Den person som Ragna fick stöd av var skolsyster som försökte prata med henne om självskadandet, gav tips för att hantera självskadebeteendet samt plåstrade om sårerna. Detta pågick i ungefär en månad. Dock anser Ragna själv att hon inte var så mottaglig för hjälpen och att det därför var svårt att hjälpa henne.

Skriva

Det som Ragna ser hjälpte henne mest och fann mest stöd i var att skriva ner tankar, vad hon tyckte, tänkte och kände.

Förändring i självskadebeteendet

Under självskadeperioden så kunde självskadandet vara mindre intensivt i vissa perioder. Det destruktiva beteendet kunde också övergå till andra beteenden, för att få utlopp för sina känslor, både positiva och negativa. Exempel på dessa är panikångest, ätstörningar men också kreativa tendenser som att skriva, måla, spela instrument med mera.

Vändpunkt

Ragna hade ingen specifik vändpunkt, utan snarare blev hon äldre och ”växte ifrån det” samt lärde sig hantera sina känslor på ett bättre sätt. Det destruktiva beteendet pågick i ca 3-4 år.

Fyra utfall – Hur det ser ut idag

1. Ragna har inte självskadat på 10 år.

2. Det var först flera år efter självskadebeteendet upphört som Ragna insåg att det varit problematiskt.

3. Ragna använder inga särskilda strategier för att inte självskada idag.

4. Det viktigaste Ragna kan se under denna resa var att lära känna sig själv och inse att andra människor inte bör vara viktigare än hon själv.

4.1.3. Interventionsteori: Linnéa

Bakgrund

Linnéa började självskada vid 11 års ålder. Hon hade dåliga hemförhållanden, utsattes för övergrepp och var väldigt mobbad i skolan. Hon självskadade på många olika sätt, bland annat genom att skära, klippa, och bränna sig. I familjen fanns det vissa som stöttade henne, medan andra tog avstånd från henne.



Vård – Första kontakten

Första vårdkontakten var med barn och ungdomspsykiatri [BUP] när hon var 11. Hennes mamma och skolsköterskan uppmuntrade kontakten. Något år senare har hon kontakt med socialtjänsten, samt gör många sjukhusbesök i samband med självmordsförsök. Hon fick även hjälp via BUP-akuten. När hon var tretton togs hon in på ett behandlingshem med KBT-inriktning i ungefär ett halvår.



Vård – Fortsatt kontakt

Efter vistelsen på behandlingshemmet, fick Linnéa behandling via DBT under ungefär ett halvår. Hon säger att hon tycker att DBT har passat henne väldigt bra, särskilt gruppterapin, där hon fick hjälp att hantera bland annat självskaideimpulser tillsammans med andra som hade liknande svårigheter. Efter att hon inte längre deltog i DBT-behandlingen, var hon i kontakt med BUP till 18 års ålder. Sedan dess har hon varit på en mottagning för unga. Hon har även haft kontakt med beroendekuten och länsakuten. Linnéa är nöjd med bemötandet inom vården. Hon säger att hon har hört om många som har fått ett dåligt bemötande av vården, och att hon kanske har haft tur gällande det.



Vård – Diagnos

Linnéa fick bekräftat att hon har diagnosen borderline personlighetsstörning, efter att ha blivit utredd ett par gånger. Att få diagnosen kändes som en lättnad, hon kände då att hon kunde förstå självskaidebeteendet bättre.



Relationer

Under gymnasiet knöt Linnéa nya kontakter och fick vänner som hade liknande erfarenheter och intressen som hon själv. Då kände hon att hon kunde finna stöd hos dem, något hon inte kunnat tidigare.



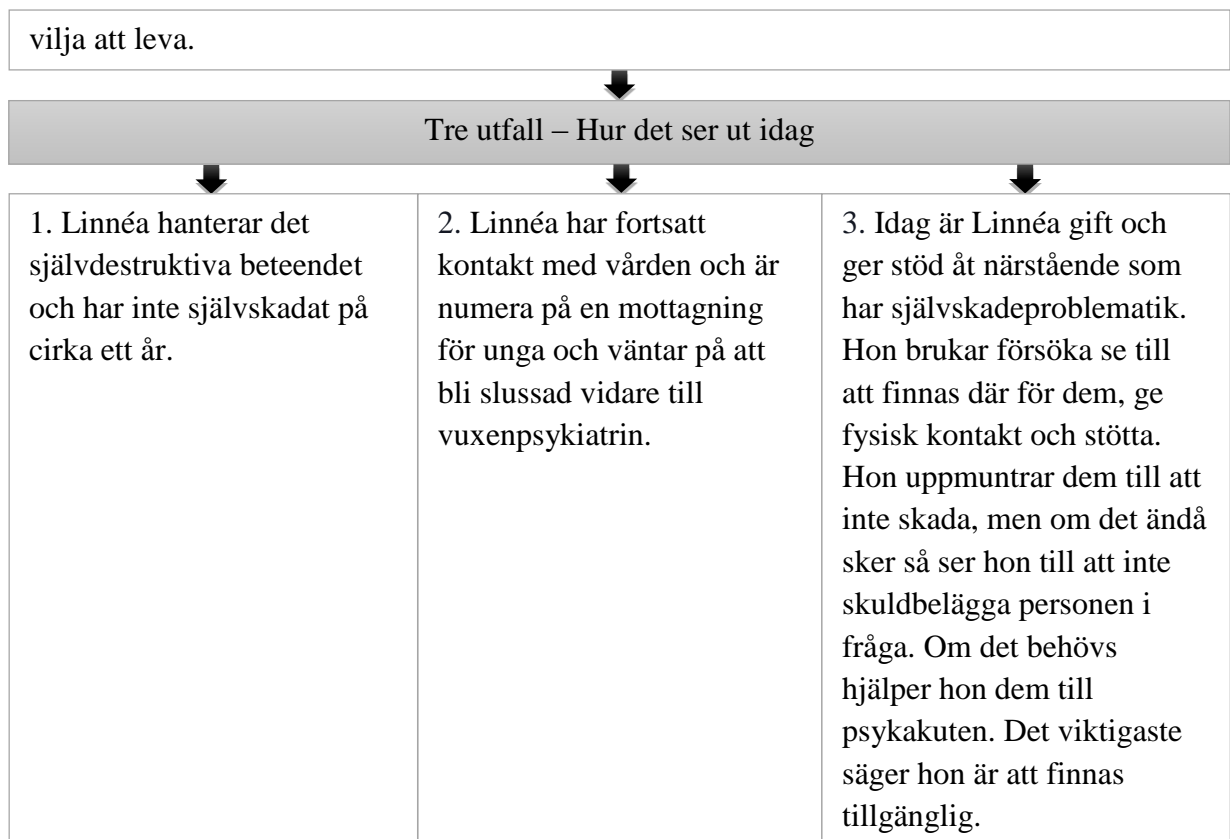
Strategier

För att undvika att självskada idag så sysselsätter hon sig med andra saker. Exempelvis hemsysslor som att tvätta och liknande. Att skriva och "få ut allt på något sätt" hjälper också. Om det inte fungerar att fokusera på annat, har hon lugnande medicin hon kan ta om hon mår dåligt. Om det inte fungerar, vänder hon sig till psykakuten.

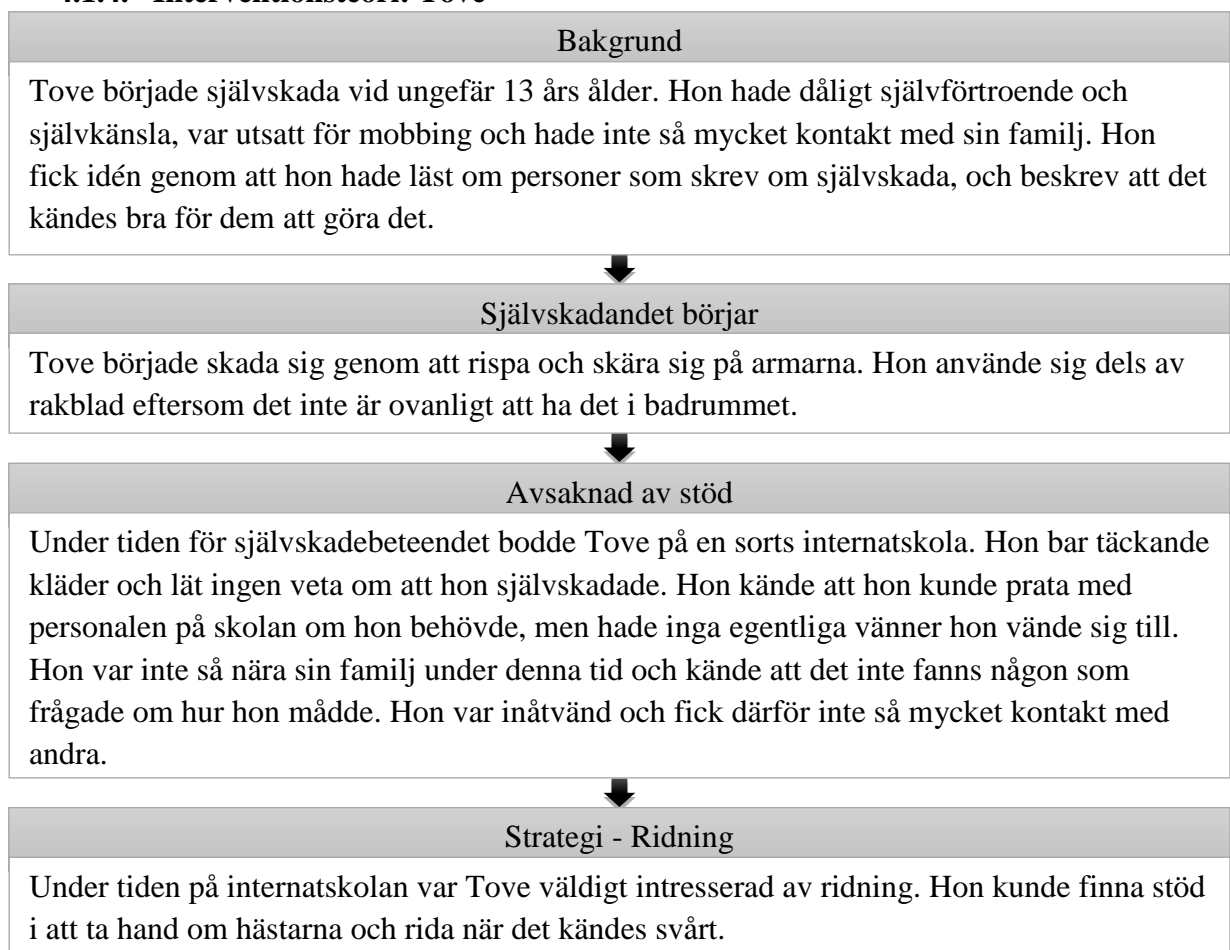


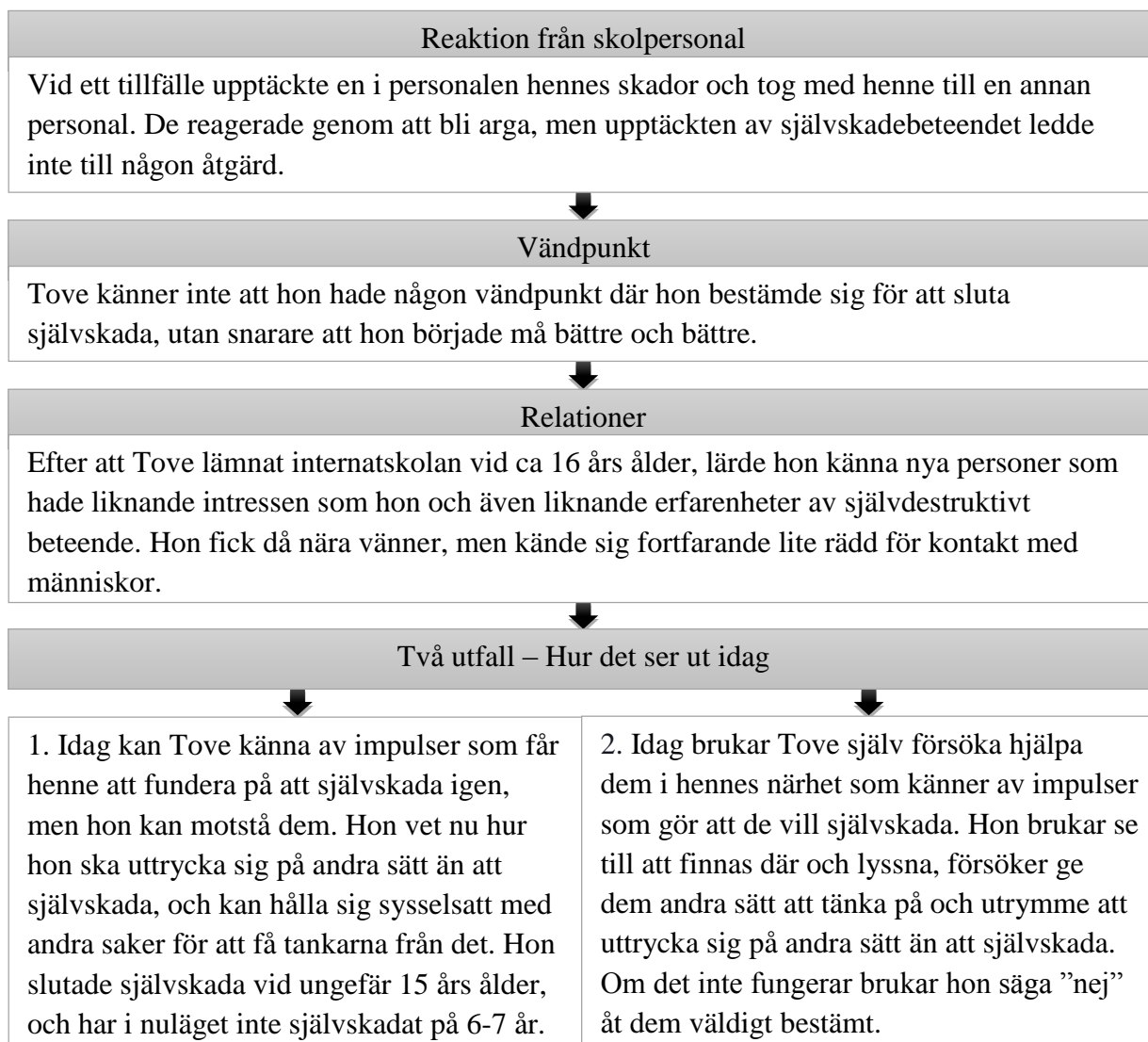
Vändpunkt, nyckelfaktorer

Linnéa tog inte ett beslut om att sluta självskada, utan det blev gradvis bättre tack vare en

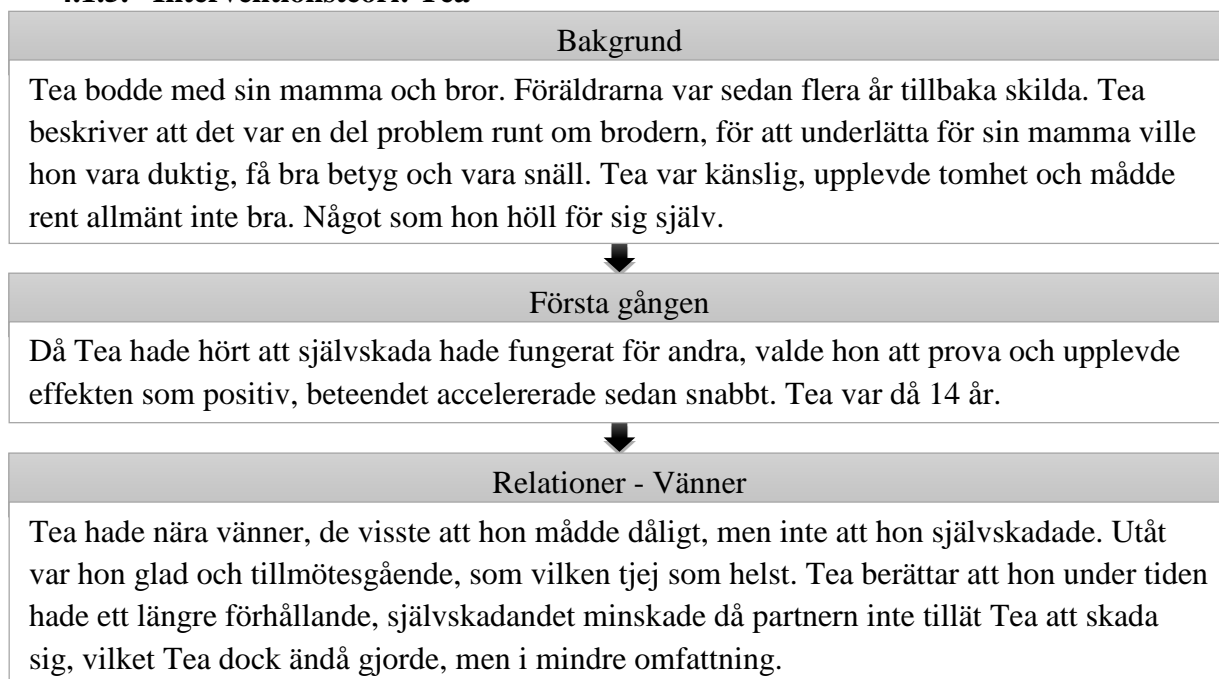


4.1.4. Interventionsteori: Tove





4.1.5. Interventionsteori: Tea



Vård - Skolkuratorer

Tea gick till skolkurator i 8:an och 9:an. Denna hjälpte henne inte. När Tea började gymnasiet bytte hon skolkurator, till en som hon ansåg vara mycket bättre. Hon förstod Tea, lyssnade och remitterade henne till barn och ungdomspsykiatri [BUP].



Vård – BUP

När Tea var 16 år började hon träffa en kurator på BUP, hon trivdes inte med den kuratorn hon fick, men berättade om sitt självskadebeteende. Tea berättade för denne att hon ville avsluta samtalen, men kuratorn bad henne då testa deras dialektiska beteendeterapi [DBT]. Hon fick remiss för att påbörja behandling efter några månader/veckor.



Att berätta

Tea berättade för sin mamma om självskadandet, vilket mamman inte tog bra. Tea upplevde att mamman inte förstod hur hon mådde och Tea kände sig avvisad. Tea tror att detta beror på att det redan var så mycket oroligheter runt brodern att mamman inte orkade ta in mer. Hon valde därför att inte prata mer om det hemma.



Dödsfall

När Tea var 17 år dog hennes bror, som varit hennes anledning till att leva. Hennes självskadande blev mer intensivt.



Vändpunkt

Cirka två månader efter broderns bortgång började Tea med DBT och bestämde sig för att hon skulle gå in för att lära sig hantera sitt självskadebeteende, hon kände att hon inte hade något att förlora. Tea skulle nu leva för sin brors skull.



Vård - DBT

Tea började DBT på BUP, när hon var 17 år gammal. Hon fick en behandlare som hon trivdes bra med. Behandlingen utformades med individuella samtal, gruppsamtal och multifamiljesamtal, dit Tea tog med sin mamma. Tea upplevde det som positivt då mamman förstod Tea bättre och fick mer förståelse för självskadebeteende. Genom träffarna fick deltagarna verktyg och strategier (*se box; Strategier/verktyg*). Till gruppträffarna uppmuntrades att man hade t-shirt på sig, för att försöka avstigmatisera ärr efter självskador, men var man nyskadad var man tvungen att ha långärmat då synen av sår kunde trigga de andra deltagarna. Man fick även ringa behandlarna för hjälp och stöd, under förutsättningen att man inte hade skadat sig. Tea fick en ny läkare som bad henne sluta med de antidepressiva medicinerna, då läkaren misstänkte att dessa förstärkte hennes känslighet och humörsvängningar. Tea mådde snabbt bättre då hon slutat med medicinerna.



Vård – Diagnos

Under åren har Tea fått olika diagnoser och utredningar. Under DBT-tiden kom de fram till att hon uppfyllde många kriterier för borderline personlighetsstörning och behandlades med stämningsstabiliserande medicin. Diagnosen var positiv för Tea, hon fick förståelse för sig

själv, varför hon var känslig, kände sig tom, hade humörsvängningar och varför hon kände sig ”fel och konstig”. Hon uppfyllde även vissa kriterier för generaliserat ångestsyndrom, posttraumatisk stress och social fobi. Hon utreddes också för bipolär sjukdom, en diagnos som dock aldrig bekräftats.

Strategier/verktyg

De strategier och verktyg som Tea upplevde hjälpsamma från DBT:n var:

- Skapa tankekartor, för att kunna identifiera de tankar som ofta resulterade i självskada, detta för att kunna distrahera sig och avbryta förloppet innan det varför sent.
- Förslag på saker hon kan göra istället för att skada sig - borsta håret, skriva, måla naglarna med mera.
- Lära sig att inte agera impulsivt på tankarna, exempelvis genom att låta en halstablett smälta i munnen innan man agerar.
- Skriva för- och nackdelar-listor med att självskada.

Vård – Unga/Vuxna

När Tea blev 18 och var färdig med DBT på BUP fick hon gå över till psykiatri för unga/vuxna för fortsatt behandling. Där trivdes hon varken med den äldre gruppen eller med sin behandlare, Tea valde då att sluta gå i samtal och bara ha kontakt med den läkare hon fick.

Friskförklarad

När Tea var 18 år ansåg behandlaren att hon var frisk och hade lärt sig hantera sitt självskadebeteende. Under det följande året fick Tea några återfall, men har sedan dess inte självskadat.

Sju utfall – Hur det ser ut idag

1. Idag har Tea inte självskadat på flera år.

2. Hon har kommit ikapp skolan och pluggar idag på universitet.

3. Idag lever Tea för sin egen skull.

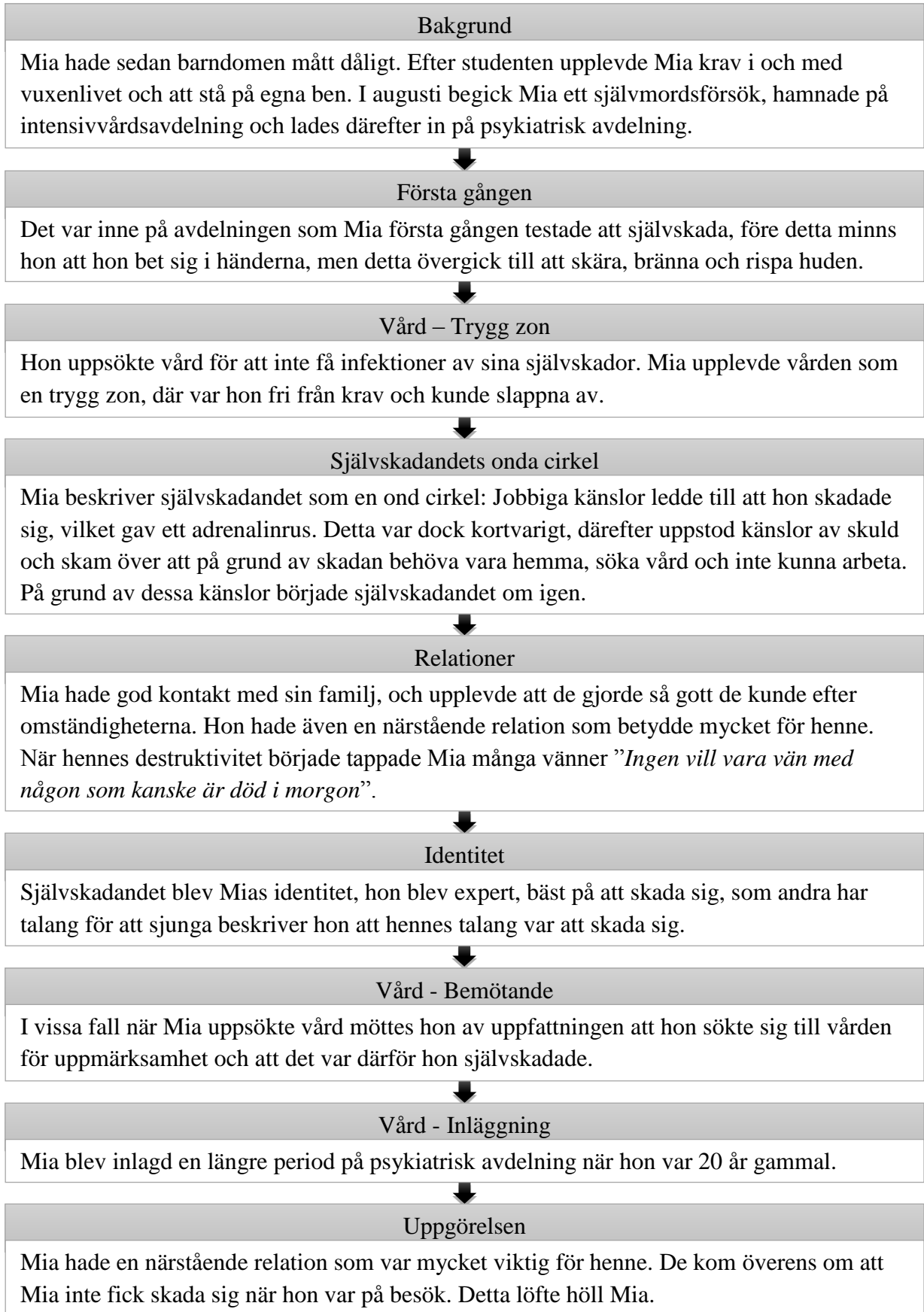
4. Hon har accepterat att hon är en orolig själ med mycket känslor och lärt sig hantera det.

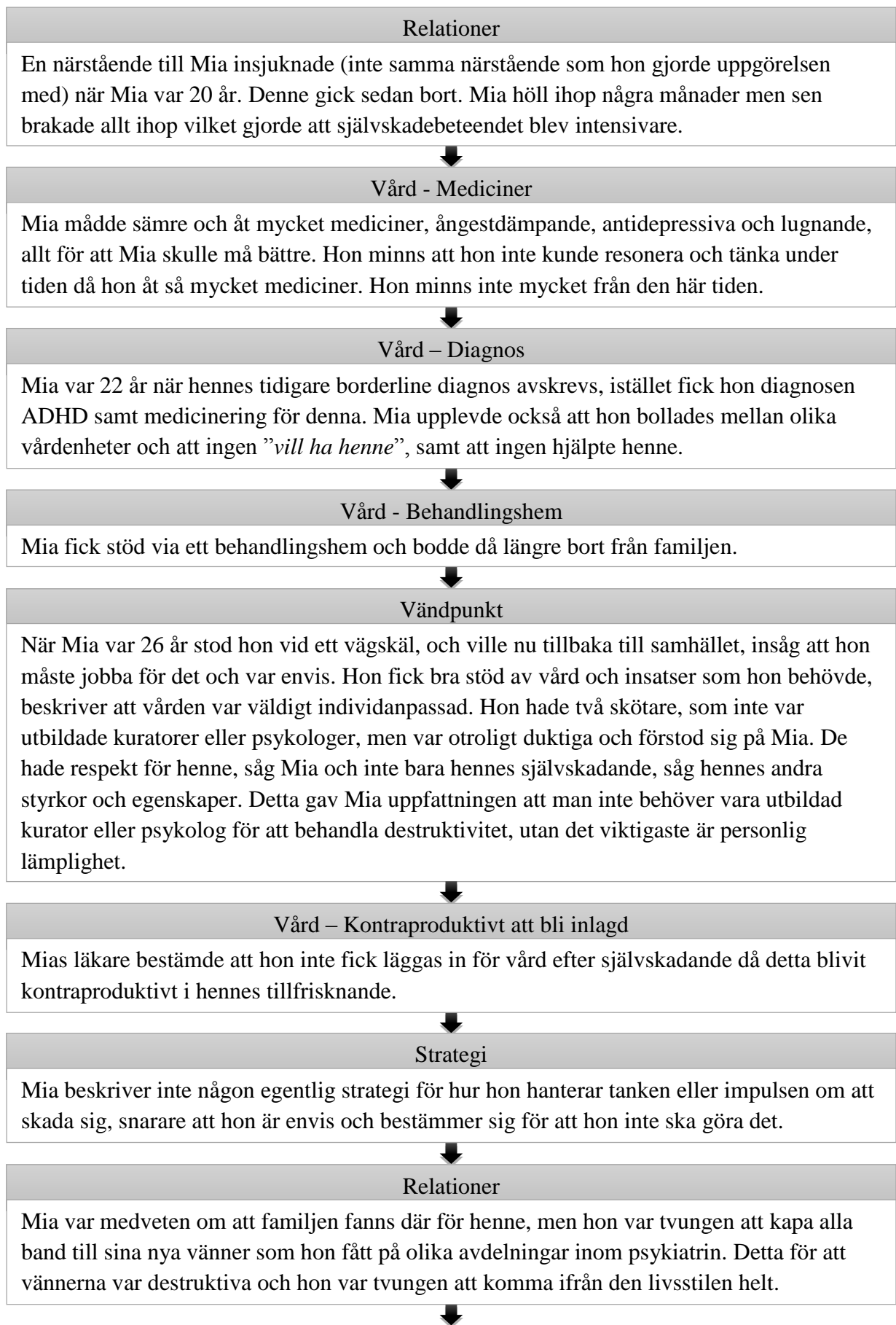
5. Hon tänker mycket utifrån de verktyg och färdigheter hon fått genom DBT.

6. Tea behandlas idag med medicin för sin borderline diagnos, som hon dock är osäker om hon idag uppfyller kriterierna för.

7. Tea stöttar även sina vänner som har det svårt och uppmuntrar dem till att inte nöja sig förrän de hittat rätt samtalskontakt för dem. Tea har alltid varit hjälpsam och lyssnat när hennes vänner haft det jobbigt, detta har gett henne en känsla av meningsfullhet.

4.1.6. Interventionsteori: Mia





”Vård” - Projektet

Mia deltog i ett projekt via en statlig myndighet, som syftade till att få hjälp att komma tillbaka på arbetsmarknaden. Hon fick en mentor som Mia beskriver som ”*helt fantastisk*”, denna såg Mias resurser och det friska i henne. Genom projektet blev hon en del av någonting, träffade människor som var en del av samhället och blev på så vis själv en del av samhället igen, utvecklades i sin takt och blev stark i sig själv. Projektet ledde till praktik och senare arbete.

Fyra utfall – Hur det ser ut idag

1. Mia kan idag hantera sitt självskadebeteende.

2. Hon är inte fri från tanken att självskada - men kan hantera tanken och impulsen.

3. Hon arbetar idag själv med att hjälpa människor med destruktivitet.

4. Mia behandlar sin ADHD och förstår nu varför hon upplevde ohanterbart kaos i kroppen, hon ser ett tydligt samband med sin destruktivitet och ADHD:n.

4.1.7. Nyckelfaktorer för att lära sig hantera självdestruktivt beteende

Idun tror att en nyckelfaktor till att sluta självskada är insikten om att ett självdestruktivt beteende inte är normalt. Hon säger att ”*När man är mitt uppe i det normaliserar man det, så insikten är viktig.*” Hon ser även en koppling mellan sin diagnos, bipolär sjukdom typ 2, och det självdestruktiva beteendet då hon i depressionsperioder har mer benägenhet till panikångest och därigenom självskadebeteende. Det hon saknat inom vården är vettig vägledning till att sluta självskada, vilket hon även tror skulle kunna vara en nyckelfaktor.

För Ragna handlade självskadandet mycket om osäkerhet och ensamhet, därav hennes uppmärksamhetssökande. Därför tror hon att nyckelfaktorerna kan vara att lära sig hantera känslor på ett mer hälsosamt och konstruktivt sätt.

Linnéa säger att nyckelfaktorerna för att bli av med självskadebeteende är trygghet, att få fysisk kontakt i form av kramar och liknande, och kärlek. Det allra viktigaste tycker hon är sociala relationer och helst ovillkorlig kärlek.

Tove säger att nyckelfaktorerna för att kunna hantera självdestruktivt beteende är att kunna sysselsätta sig med andra saker och därigenom ge sig själv annat att tänka på.

Tea beskriver att DBT har varit helt avgörande för att hon skulle sluta självskada. Hon tycker också att en nyckelfaktor är att hitta rätt samtalskontakt, att hitta en person man känner lyssnar, känner förtroende för och som faktiskt hjälper en. Man ska inte vara rädd för att be om att byta kurator eller psykolog.

Mia anser att nyckelfaktorn för att lära sig hantera sin destruktivitet är att man är motiverad till det själv. Annars är alla resurser förgäves. Därför bör man i första hand arbeta med motivation

för att vilja arbeta mot sin destruktivhet. Mia nämner också viktiga faktorer inom vården som har direkt inverkan på förbättring. Hon nämner bland annat vikten av bra bemötande, att behandla individen med respekt, samt se människan bakom självskadandet. Det är också viktigt att hitta rätt behandlare, som man har personkemin med och därifrån arbeta. Det är viktigt att behandlaren kan validera personens styrkor och egenskaper och se vad den är bra på. Hon pekar också på vikten av att inte lägga in självskadade personer för vård, utan ge vård och därefter låta de gå utan att läggas in, då detta blir en kontraproduktiv trygghet.

4.1.8. Kort sammanfattning av interventionsteorierna

Sammanfattningsvis går det att se att intervjupersonerna har flera saker gemensamt. Flera av informanterna har liknande strategier för att inte självskada, exempelvis Idun och Mia som bestämmer sig för att inte självskada och Tea, Linnéa och Tove som försöker sysselsätta sig med andra saker. Tea, Tove, Idun och till viss del Ragna har dolt sina skador för att inte omvärlden skulle se. I samtliga interventionsteorier kan man se att i vissa fall där självskadandet har upptäckts har negativa reaktioner i form av ilska eller avståndstagande visats från omgivningen. Hos majoriteten av de intervjuade finns det spår av dåliga sociala nätverk i form av mobbing, dåliga hemförhållanden eller brist på vänner. Mia, Tea, Linnéa och Idun har alla fått en diagnos av vården och upplevde inledningsvis detta som en lättnad. Idun, Mia och Tea har alla fått en insikt om att det är de själva som måste bestämma sig för att hantera sitt självskadande. Linnéa och Tea har båda positiva erfarenheter av dialektisk beteendeterapi. Idag hjälper nästan alla intervjupersoner närstående som har självskadeproblematik.

4.2. Del 2: Idealmodell

Efter genomgång av interventionsteorierna samt de behandlingsmodeller² som är aktuella i Sverige, framgår att den dialektiska beteendeterapi [DBT] är en modell som fungerar mycket bra för personer med självdestruktivt beteende. Det går även att se att de andra terapiformerna som har redogjorts för ovan har mycket gemensamt med DBT. Emotionsreglerad gruppterapi [ERGT] är baserad på DBT, och General psychiatric management [GPM] liknas ofta vid DBT då de båda lägger fokus på "här och nu", validering, empati och känslor. Mentaliseringsbaserad terapi [MBT] och schemafokuserad terapi [ST] anser likt DBT att samspelet mellan individ och terapeut är mycket viktigt för att uppnå ett lyckat resultat. MBT har liksom DBT grupp- och individuell terapi, där man får öva på sina färdigheter med hjälp av de verktyg man har fått (även om tankarna kring vart man har bristfälliga färdigheter är lite olika). Därför känns det lämpligt att vid formuleringen av en idealmodell utgå ifrån just DBT som täcker in de andra terapiformerna på ett bra sätt. Dessutom har både Linnéa och Tea tagit del av denna behandling och anser att den har fungerat bra för dem. Linnéa ger även en bra motivering till varför grupp- och individualterapi är en bra kombination: *"Jag tror att anledningen till att jag tycker att DBT som terapiform fungerar bra är för att det är som två delar av en helhet - i individualterapin så läggs fokus på mig, mitt mående, mina trauman och så vidare medan i gruppterapin är fokus det hälsosamma"*. Det går även att se att de andra intervjupersonerna skulle ha kunnat gå en form av DBT-behandling med bra utfall, exempelvis Idun som vill ha verktyg och vägledning,

² I följande avsnitt refereras det till de olika terapiformerna dialektisk beteendeterapi, mentaliseringsbaserad terapi, schemafokuserad terapi, emotionsreglerad gruppterapi och general psychiatric management. För att se fullständiga referenser vänligen se rubrikerna med samma namn.

eller Ragna som inte visste hur hon skulle hantera sina känslor. Frågan blir därför varför inte alla intervjupersonerna fått genomgå detta program då det inte enbart rekommenderas av personerna som genomgått programmet, utan även av empiriska studier. Frågan kan troligen besvaras med svaret: tillgänglighet. Med detta menas att dels är det möjligt att inte alla kommuner eller landsting kan erbjuda denna form av behandling, men kanske framför allt att man oftast måste få en remiss ifrån psykiatrin för att få påbörja behandling, vilket kan vara mycket tidskrävande. Den idealmodell som presenteras nedan är tänkt att vara en enklare och modifierad modell av DBT, som individen inte behöver vara i kontakt med psykiatrin för att få ta del av. Detta gör att man snabbt ska kunna komma igång med programmet då ingen remiss krävs. Inslag av andra terapiformer förekommer också, vilket kommer att redogöras för. Tanken är att programmet ska rikta sig till ungdomar på högstadiet och gymnasiet³.

4.2.1. Idealmodellens grundpelare

Idealmodellen har fem grundpelare. Dessa grundpelare är de färdigheter som ungdomarna förväntas utveckla under programmets gång. Den första grundpelaren är att få ungdomen att acceptera sina känslor. Denna är tagen främst ifrån DBT, men återfinns även i ERGT och GPM. Denna pelare är viktig då många självskadar på grund av att de inte vet hur de ska hantera sina känslor. Ragna uppger även att känslacceptans och att lära sig hantera sina känslor på ett hälsosamt sätt är en nyckelfaktor för att bli fri från sitt självskadebeteende. Detta blir därför ett viktigt steg i processen.

Den andra grundpelaren kommer också från DBT och är att ungdomen ska kunna hantera eller kunna skapa relationer. Något som kan ses i flera av interventionsteorierna är en känsla av att bli avvisad (Idun, Tea och Mia), bli mobbad (Tove och Linnéa) eller att känna sig ensam (Tove, Ragna och Mia). Linnéa uppger även att hon anser att sociala relationer (och helst ovillkorlig kärlek) är en nyckelfaktor för att sluta självskada. För att ungdomarna ska kunna få sociala relationer är det viktigt att behandla detta ämne.

Den tredje grundpelaren är även den tagen från DBT och handlar om att lära sig att stå ut när det är svårt. Idun anser att en nyckelfaktor är att få vettig vägledning av vården (något hon anser att hon inte fick) för att kunna sluta självskada. Tove säger att en nyckelfaktor för att sluta självskada är att sysselsätta sig för att flytta fokus till något annat. Man skulle kunna säga att vägledningen, som Idun vill ha, kan bestå i att lära sig (med hjälp av gruppterapin och individualterapi) stå ut när det känns svårt och inte falla för impulsen att självskada, genom att använda olika strategier, som Tove säger, för att fokusera på annat.

Den fjärde grundpelaren är att lära ungdomen att vara medvetet närvarande i nuet och är tagen ifrån DBT och GPM. Detta är viktigt för att minska ångesten över saker som har hänt tidigare, eller oro inför framtiden, för att kunna acceptera där man står just nu. Bland annat nämnde Tea vikten av att vara närvarande i nuet, då hon lätt kunde fara iväg i tankarna och känna ångest över framtiden. Att förstå att det inte går att veta hur livet ser ut om fem år och acceptera detta kan enligt Tea underlätta att hålla sig kvar i nuet och fokusera på medvetna val.

³ För att se tänkt verksamhetsområde och implementering se "Del 3: Implementering av idealmodell".

Den sista pelaren är att se till att ungdomen känner att den har en meningsfull vardag, vilket är taget ifrån ST, DBT och även ERGT. Inom DBT anses människor vara i behov av meningsfullhet och struktur i sitt liv för att kunna hantera sitt självdestruktiva beteende, och inom ERGT är det en del av terapin att individen ska kunna söka meningsfulla aktiviteter i livet. I ST är detta en stor del i avslutandet av terapin, om du inte har klarat av att finna ett sätt att fylla dina dagar med något du anser är meningsfullt så är du inte färdigbehandlad enligt ST.

Utöver att grundpelarna är inspirerade av de olika terapiformerna har också hänsyn tagits till de sårbarhetsfaktorer som tas upp i avsnittet "Uppkomst och definition av självskadebeteende" (sida 6), och anges som vanliga hos personer med självdestruktivt beteende. Dessa faktorer är låg självkänsla, nedstämdhet, bristande impuls kontroll, dissociation och vissa symptom av borderline personlighetsstörning. I stort sett alla dessa olika sårbarhetsfaktorer är invävda i de grundpelare som utformats. Den sårbarhetsfaktor som inte direkt är implementerad i grundpelarna är symptom av borderline personlighetsstörning. När individen går programmet har den troligen inte varit i kontakt med till exempel psykiatrin innan, och har därför troligen inte en diagnos. Fokus ska ligga på det självdestruktiva beteendet snarare än underliggande diagnoser. Dock är de flesta av de terapiformer som programmet är baserat på utformade för personer med borderline personlighetsstörning, vilket teoretiskt sett gör att om diagnosen finns underliggande hos en individ kommer denna kunna bli hjälpt av programmet.

4.2.2. Inledning av programmet

Då detta program kommer att rikta sig till ungdomar är det även viktigt ge deras föräldrar chansen att ta del av vad programmet kommer att innebära. Det framgår att det funnits en viss avsaknad av stöd kring det självdestruktiva beteendet i alla interventionsteorier (även om det uttrycker sig på olika sätt och i olika utsträckning). Programmet i sig är tänkt som ett stöd, men vill även uppmuntra till stöd från familjen. Om ungdomen är under 18 år kommer föräldrarna bjudas in till samtal med en kurator/samtalsledare, där de får information om programmet och möjlighet att ställa frågor. Här kan de få ta del av vissa tankesätt och verktyg som de själva kan ha nytta av i kontakt med ungdomen. Föräldrarna måste även ge samtycke till att ungdomen ska delta i programmet om denne är under 18 år. Om föräldrarna inte vill närvara vid informationssamtalet, men ändå ger ungdomen tillåtelse att delta, godkänns detta. Om ungdomen är 18 år eller äldre kommer ungdomen tillfrågas om denne vill att föräldrarna tar del av informationen och kallas till ett samtal. Om ungdomen säger nej respekteras detta och ungdomen kan börja programmet.

Programmet bygger på att man under en period på cirka sex månader deltar i gruppterapi en gång i veckan, samt individualterapi en gång varannan vecka. Vid avslutad behandling finns det även möjlighet att få ytterligare tre individualterapisessioner, som ett avslut. Nedan följer beskrivningar av respektive terapiform och deras tänkta utförande.

4.2.3. Gruppterapi

Under gruppterapin möts en grupp på 4-6 personer en gång i veckan. Vid dessa tillfällen möts deltagarna i en miljö som är neutral. Gruppdeltagarna kan exempelvis komma från olika skolor

och ingen ska känna att de har en “nackdel” av att terapin inte utförs på den egna skolan. Helst ska gruppdeltagarna vara nära varandra i ålder, exempelvis bildas en grupp för grundskoleelever och en för gymnasieelever. Då det inte går att beräkna när en helt “ny” grupp kan bildas, får de personer som börjar programmet hoppa in i befintliga grupper. På så sätt kan personen börja programmet omgående istället för att behöva vänta tills att fler individer blir redo att börja. Detta gör att gruppernas sammansättning kan ändras med tiden, då nya personer kommer in och andra avslutar programmet.

För att få en överskådlig och enkel bild av gruppterapin följer en kort beskrivning av denna. Vid varje gruppstillfälle tas en eller flera av programmets grundpelare, alltså de färdigheter ungdomarna förväntas utveckla under programmet, upp som ett “tema”. Dessa teman behandlas med hjälp av färdighetsträning, som är den viktigaste delen i gruppterapin, och går att återfinna i DBT (en liknande träningsform finner man även i MBT, men då i form av mentaliseringsträning). Under färdighetsträningen får ungdomarna diskutera temat utifrån hur de ser på det idag. Sedan får de olika verktyg som de kan använda för att utforma sina egna strategier för att nå den färdighet som temat handlar om. Strategierna ska sedan användas både i och utanför gruppterapin för att utveckla färdigheten. Det är viktigt att varje ungdom får utforma sin egen strategi för att nå färdigheten, då olika ungdomar kan behöva olika strategier. Samtalsledaren ska endast leda och starta tankeverksamheten hos ungdomarna med hjälp av olika verktyg. Exempelvis kan vi se genom interventionsteorierna att intervjupersonerna har använt sig av olika strategier för att stå ut när det kändes svårt. Som exempel får vi berättat att Idun som sitter på sina händer, Linnéa gör hushållssysslor, Tove red, Tea tar en halstablett och låter den smälta innan hon reagerar och Mia bestämde sig för att inte självskada och håller envist fast vid det.

Här följer en utförligare beskrivning av det tänkta arbetet med programmets olika grundpelare/teman. Vilken ordning som teman bearbetas under terapin har mindre betydelse, men för att presentera tanken bakom de olika temana på ett pedagogiskt sätt presenteras de i nummerordning.

1. Att få ungdomen att acceptera sina känslor

I interventionsteorierna framgick tydligt att det är viktigt att arbeta kring känslor, att förstå sina känslor och att acceptera dessa och veta hur man kan uttrycka dem på ett icke-destruktivt sätt. Här ska man arbeta kring att det är acceptabelt att vara ledsen, besviken och arg, likväl som att vara glad och lycklig. Dock är det viktigt att förstå de tankeprocesser som startas på grund av känslorna, som kan utlösa vissa beteenden. Detta tema handlar därför om känslacceptans. Ett exempel på ett verktyg är att deltagarna får göra *tankekartor*, vilket är en strategi som visat goda resultat, då man kan lära sig att identifiera vilka tankar och känslor som ofta slutar i självskada. Utifrån tankekartan utformar man sedan egna strategier för att kontrollera de beteenden som känslorna utlöser. Färdigheter blir då att på ett medvetet sätt välja att avbryta tankeprocessen, exempelvis genom att distrahera sig med en aktivitet, tills dess att man känner att man har kontroll igen och viljan att skada sig har minskat eller övergått helt.

2. Att ungdomen ska kunna hantera och skapa relationer

Det går att återfinna i alla interventionsteorierna att intervjupersonerna på ett eller annat sätt har haft problem med relationer. Därför är det viktigt att även arbeta med och diskutera relationer, då det framgår att goda relationer har en positiv inverkan (exempelvis Mias närstående relation). Man måste få färdigheter i att våga skapa och bevara relationer, samt förstå vad en fungerande och hälsosam samt ickefungerande och ohälsosam relation är och kunna identifiera dessa. Att få förståelse för de känslor som relationer kan bidra till är också viktigt (här går det att se att detta tema går in i temat ovan). Om relationerna triggat vissa känslor och därigenom självskadebeteendet kan strategier för att undvika detta behöva utvecklas. Under detta tema kan det även vara ett bra tillfälle att jobba på de olika deltagarnas självkänsla i relation till andra människor, så att ungdomarna lär sig att de är värda att älska sig själva och älskas av andra.

3. Att lära sig stå ut när det är svårt

Att få verktyg för att kunna hindra impulser och hantera de känslor som resulterar i självskadande är en viktig del i programmets alla teman, men kanske lite extra just här. Att utveckla strategier för att kunna stå ut när impulsen att självskada kommer är något som till exempel Idun kände att hon saknade i sin vård. Här går det också att arbeta med att inte skuldbelägga återfall som sker i gruppen, och istället lägga fokus på att ta lärdom av återfallet och diskutera hur självskadeimpulsen hade kunnat avstyras i det aktuella fallet. Detta tema handlar alltså om impuls kontroll och vad man ska göra tills impulsen försvinner. Exempelvis kan man att ta sig genom impulsen på ett mer rationellt sätt, genom att måla naglarna, rita, skriva, göra tankespel, ringa ett samtal, eller om så krävs ringa en psykiatrisk jour.

4. Att lära sig att vara medvetet närvarande i nuet

Detta handlar om att träna sig i att leva i nuet. Med detta menas att det är viktigt att bearbeta, men att sedan gå vidare, från sådant som hänt tidigare i livet. Man ska även bearbeta eventuell ångest och farhågor för framtiden.

5. Att ungdomen känner att den har en meningsfull vardag

Inom detta tema kommer det att diskuteras vad meningsskapande aktiviteter kan vara, hur de kan skapas och fördelen med dessa samt vad de innebär för ungdomarna själva. Det är viktigt att ha en känsla av en meningsfull vardag då detta skapar motivation hos individen. Det kan även göra att man flyttar fokus från det självdestruktiva beteendet till den meningsskapande aktiviteten. Exempel på meningsskapande aktiviteter kan vara att ta hand om ett djur, att delta i en fysisk aktivitet, spela instrument, att spela rollspel, lyssna på musik, utöva kreativt skapande eller att träffa familj och vänner - allt vad de själva upplever som meningsskapande.

För att gruppterapin ska vara så effektiv som möjligt kommer vissa regler att gälla. Dessa regler måste ungdomen godkänna innan den får komma till gruppterapin:

- Tystnadsplikt gäller för samtliga gruppdeltagare. Det som andra gruppdeltagare har sagt under terapisessionerna får inte återberättas, med undantag för kuratorn som håller i individualterapin. Detta för att skapa tillit i gruppen.
- Man ska respektera de åsikter andra i gruppen har och låta alla komma till tals.

- Då nya personer kommer in i gruppen är det viktigt att låta dessa direkt vara en del av gemenskapen. Här kan gruppen välja att till exempel ha en introduktionsrunda, en lek eller något annat.
- Det uppmuntras att man har kortärmade tröjor, då detta ska vara en frizon från stigmatisering vid visad ärrbildning. Dock får ungdomen inte ha kortärmat om denne har sår på sina armar då detta kan provocera de andra gruppdeltagarna till att självskada.
- Gruppdeltagarna rekommenderas att inte umgås med varandra utanför gruppterapin. Detta för att undvika and de fäster sig för mycket vid varandra och får svårare att hantera sitt självskadebeteende på ett självständigt sätt. När programmet är avslutat får deltagarna umgås om de vill.
- Gruppen kan även sätta upp egna regler för hur de vill utforma sin terapisesion (exempelvis att man inte får ta fram mobilen och så vidare).

4.2.4. Individualterapi

Individualterapien hålls vid ett tillfälle varannan vecka. Precis som i DBT så träffar individen en kurator, som inte är densamme som den för gruppterapin. Vid första tillfället får ungdomen skriva en lista med för- och nackdelar med att självskada. Denna lista går sedan individen och kuratorn igenom tillsammans och diskuterar den. Syftet med detta är att underlätta rationellt tänkande i valet att inte skada sig, tanken är att det blir lättare när det svart på vitt går att se vilka nackdelarna är med att självskada. Detta kan också kallas en motiverande övning, då man försöker att motivera ungdomen att gå programmet och därigenom ta steget mot att inte självskada med ungdomens egna argument.

Utgångspunkten för de kommande sessionerna är att gå igenom det som ungdomen tagit med sig samt bearbetat under den senaste gruppsessionen. Precis som i DBT så går man i individualterapien mer djupgående på individuella erfarenheter, samt vart personen ligger i sin färdighetsträning. Man talar också om anknytning och familjeförhållanden som inom MBT. Under samtalet kan man också prata om specifika händelser i personens privatliv som individen vill diskutera med kuratorn, som görs både inom MBT och DBT. Viktigt är att varje samtal utgår ifrån nuet och att det inte per automatik fortsätter där senaste terapisesionen slutade. En möjlighet till flexibilitet är nödvändig då ungdomen befinner sig i en utvecklingsprocess. Det måste därför finnas stor acceptans från kuratorn och förståelse för att individen kan ta två steg bakåt, likväl som två steg framåt, i sin utveckling. Under dessa samtal sätts även ett mål upp för programmet som individen ska sträva efter. Tanken med att sätta upp mål kommer ursprungligen ifrån DBT och tanken är att målen ska handla om att utveckla färdigheter. Dock är dessa färdigheter inte helt desamma som i DBT, utan målen ska utgå ifrån de grundpelare/färdigheter som detta program syftar till att utveckla hos ungdomarna (dessa kan återfinnas under rubriken "Idealmodellens grundpelare"). Exempel på dessa mål kan vara att finna strategier för att inte självskada längre, att få en större umgängeskrets eller att våga börja en fritidsaktivitet. Dessa mål fungerar dels som motivation för vidare framsteg hos individen, samtidigt som det ger något att fokusera på utöver impulsen att självskada.

Om ungdomen går med på det, spelas varje terapitillfälle in med ljudupptagning, precis som i ST. Ungdomen ombeds sedan lyssna igenom denna ljudupptagning inför nästa terapisesion,

helst under den veckan som ungdomen inte har individualterapi. Detta tillvägagångssätt är taget ifrån ST, då det är ett effektivt sätt att tillgodogöra sig mer information och få en ytterligare chans till reflektion. Efter att gruppterapi är avslutad finns möjlighet för ytterligare tre sessioner med individualterapi, om så behövs, för att försäkra att individen kan hantera sitt självskadebeteende på egen hand.

4.2.5. Personlig lämplighet

I interventionsteorierna kan man finna många olika former av bemötanden. Till exempel har vi Linnéa som anser att hon fått ett bra bemötande inom vården, medan exempelvis Idun och Mia delvis upplever att de inte blivit tagna på allvar. Tea och Mia anser även att en nyckelfaktor för att kunna hantera ett självdestruktivt beteende är att samtalsledaren ska lyssna, vara engagerad och bemöta individer på ett bra sätt. Programmet kräver därför att personerna som arbetar med ungdomarna har en viss lämplighet. Förutom en förståelse för målgruppens ålder och problematik som är vanlig för denna grupp, så finns det en rad kriterier som individen bör uppfylla för att anses lämplig i sammanhanget. Att vara genuint intresserad, lyssna på ungdomarna, vara tålmodig och viljan att se dem utvecklas är av stor vikt. Det krävs att personerna har kunskap om självdestruktivt beteende för att kunna bemöta, förstå och hantera ungdomarna. Detta kan få ungdomarna att känna respekt och förtroende för personen. Att personerna besitter denna kunskap om självdestruktivt beteende är även av vikt då detta underlättar i arbetet med att hjälpa ungdomarna att förstå sig själva och sitt beteende.

Interventionsteorierna pekar på att det är av stor vikt att se människan bakom självskadan. Detta gör att även om terapisesionerna behandlar just självskadande beteende ska även individernas styrkor och personlighet stå i fokus. Det har också nämnts både i intervjumaterialet och empirin kring de olika terapiformerna att ett bemötande som genomsyras av respekt och empati är avgörande för att en utveckling hos ungdomen ska kunna ske. Förmågan att som samtalsledare kunna hålla sig professionell men ändå förmedla välvilja, värme och trygghet är av vikt, något som den dialektiska filosofin benämner som terapeutens dilemma (se ”Dialektisk beteendeterapi” sida 9).

De som arbetar med programmet kommer att genomgå en kurs där de får information om vad programmet strävar mot, vad som krävs av dem, och hur de ska bära sig åt för att bäst hjälpa de individer som genomgår programmet. De ska sedan tidigare ha en socionomexamen (eller någon annan likvärdig utbildning). Detta för att målen för en socionomexamen, som finns i högskoleförordningen (SFS 1993:100) bilaga 2, visar på att en socionom ska ha den kompetens som detta program kräver. Nedan listas de mål, förmågor och kunskaper som är relevanta för idealmodellen.

- ”För socionomexamen skall studenten visa sådan kunskap och förmåga som krävs för självständigt socialt arbete på individ-, grupp- och samhällsnivå.” samt ”Visa förmåga att identifiera, strukturera, utreda och utvärdera insatser på individ-, grupp- och samhällsnivå.” Dessa krävs för att samtalsledaren ska kunna utföra individ- och grupp-samtal, men också utvärdera individens utveckling och se om programmet hjälper individen eller om denne behöver annan hjälp.



Eleven eller dess föräldrar kan naturligtvis även vända sig direkt till ungdomsmottagningen för information om detta program. Det är då lämpligt att det är ungdomsmottagningen som håller i informationssamtalet med både föräldrarna och ungdomen. Detta är som sagt ett exempel på hur programmet skulle kunna implementeras i en kommun med hjälp av främst

ungdomsmottagningen och kommunens skolor, men även BUP och socialtjänsten. Dock kan förutsättningarna i kommunerna variera, vilket gör att olika implementeringar kan vara nödvändiga i olika kommuner.

5. Avslutande diskussion

I denna del diskuteras eventuella svagheter med studien samt ställningstaganden som studiegruppen tagit.

5.1. Om idealmodellen

Att fyra av intervjupersonerna hade diagnoser som var kopplade till det självdestruktiva beteendet är något som inte kan förbises. Detta gör att det kanske inte helt uteslutande är de strategier som dessa personer har utformat som har hjälpt dem i deras resa i att hantera sitt självdestruktiva beteende. Det är även troligt att den hjälp som de har fått efter att de fått sin diagnos har varit en bidragande faktor, så som mediciner eller terapi av olika slag. Även här kan man se det faktum att idealmodellen är byggd på befintliga terapiformer korrigerar denna brist. Detta för att vi inte enbart tar stöd i de strategier eller nyckelfaktorer som intervjupersonerna redogör för, utan har även underbyggt idealmodellen med empiriskt material. Det som dock blir en svaghet är att terapiformerna som idealmodellen är baserade på är specifikt utformade för borderline personlighetsstörning. Som vi kan se i interventionsteorierna är det inte enbart denna diagnos som förekommer bland personer med självskadebeteende (både ADHD och bipolär sjukdom typ 2 förekommer). Eftersom detta program fokuserar på självskadeproblematik och inte diagnoser i sig är det åter igen viktigt med ett samarbete mellan de olika instanserna. Kuratorerna måste ha en viss kompetens i att se om en ungdom har en underliggande diagnos som behöver behandling. Om de identifierar denna ska kontakt tas med BUP, så ungdomen får den korrekta utredningen och behandlingen. Detta hindrar inte att ungdomen fortsätter att gå programmet, om så önskas och om behandlingen är tillräcklig för ungdomens behov.

Idealmodellen (sida 28) som har formulerats uppmuntrar till stöd av individen från föräldrar och familj. Dock säger Karterud och Bateman (2011) att borderlinepatienter, som utgör en stor andel av de individer som självskadar, ofta har vuxit upp i otrygga miljöer och med problematiska familjeförhållanden. Detta faktum skapar en underliggande risk för att de personer som har självskadeproblematik inte kan finna stöd i sin familj när så behövs. Detta kan vara bra att ha i åtanke då ett program som detta kan möta motstånd bland föräldrar som inte är beredda att ställa upp för sitt barn. Dock har denna skevhet försökt att förhindras genom att ungdomarna fortfarande kan delta i programmet, så länge föräldrarna godkänner att de gör så, utan vidare inblandning ifrån föräldrarna. En svårighet som kan uppstå är om föräldrarna inte alls anser att barnet behöver någon hjälp. Här är det viktigt att alla instanser, så som kuratorerna som arbetar med programmet, skolan samt socialtjänsten tillsammans försöker motivera föräldrarna att låta sitt barn delta.

I idealmodellens ”Gruppterapi” (sida 30) skrivs det om att när en ungdom påbörjar programmet får denne bli medlem i en redan befintlig terapigrupp. Nackdelarna vi kan se med detta är att det kan skapas en annan gemenskap i gruppen om alla deltagare börjar och slutar samtidigt. Det

kan även bli lättare att lämna tryggheten i gruppen om man vet om att alla gör detta vid samma tidpunkt. Om många gruppmedlemmar byts ut samtidigt kan detta även skapa en osäkerhet i gruppen. Det kan även bli svårare att formulera ett ordentligt upplägg då gruppens olika individer befinner sig i olika stadier. Fördelarna med att göra på detta vis blir däremot att, istället för att bli tvungen att vänta tills en grupp är redo att startas upp, så kan man mest troligt starta programmet omgående. De medlemmar som varit i gruppen längre kan även inspirera de som är nyanlända. För att inte en ny gruppmedlem ska känna sig utanför finns det även en regel för gruppterapin som säger att man ska välkomna nya individer i gruppen, något som även samtalsledaren måste engagera gruppen i. Då det blir svårare att få ett strukturerat upplägg så får samtalsledaren vara flexibel och känna av gruppen - vad behöver den prata om idag? Även om man hade haft ett start- och slutdatum för en grupp är det inte heller säkert att man skulle kunna använda ett fast upplägg, då olika individer utvecklas i olika takt. Efter diskussion runt dessa för- och nackdelar kom studiegruppen fram till att fördelarna var större än nackdelarna med att låta individer börja i en befintlig grupp, framför allt ansågs det viktigt att individerna så fort som möjligt kan påbörja programmet.

5.2. Metodreflektion

En svaghet som kan ses med studien är att intervjuerna som ligger till grund för hela resultatdelen enbart genomfördes med personer av kvinnligt kön. Denna fördelning är dock inte förvånande, då det enligt Socialstyrelsens (2011) statistik är fler kvinnor än män som söker vård för självskadande beteende, vilket indikerar på att kvinnor har lättare att söka hjälp för, och därigenom tala om, sitt självskadande beteende. Dock kan det faktum att det enbart var kvinnor som deltog i studien göra att de strategier som har identifierats för att hantera eller bli fri från självskadebeteende, som sedan används för att skapa idealmodellen, kan vara svår att generalisera över båda könen. Detta gör alltså att idealmodellen kanske inte är idealisk för alla. Dock är idealmodellen inte enbart baserad på intervjumaterialet, utan även på empiriskt bevisade terapiformer som bedöms kunna användas oavsett kön på den som självskadar. Detta anser vi korrigerar den eventuella svagheten gällande generaliserbarhet över könen i idealmodellen.

En ytterligare aspekt som har diskuterats inom studiegruppen är huruvida vi skulle sätta en minimumtid för hur länge sedan intervjuerna hade självskadat sig senast. Detta för att det inte gick att undvika att tala om perioder då intervjuerna mått dåligt och därigenom kunde obehagliga känslor uppstå hos intervjuerna. Enligt Overland (2010) så är det just obehagliga känslor som individen försöker hantera genom att vara självdestruktiv. Därför skulle en minimumtid ha kunnat minimera risken för eventuella återfall om de fått tillräcklig distans i form av tid från sitt självskadande beteende. Dock anser vi att tid är ett relativt begrepp, där en utomstående person inte kan bedöma hur lång tid det måste ta mellan att en person självskadar för sista gången och att de kan på ett ”säkert sätt” prata om den självdestruktiva perioden i deras liv. Därför har vi tagit ställningstagandet att de intervjuerna som har sökt sig till studien själva fått bedöma om de kan prata om det självdestruktiva beteendet. För att dessa personer ska veta vad intervjun skulle innebära för dem och vilka ämnen som skulle beröras skickades även intervjuguiden till dem i förhand. Vi var även noga med att informera om att de kunde välja att inte delta längre och att de inte behövde diskutera vissa frågor. Detta gör att vi tror att

vi inte utsatt våra intervjupersoner för någon fara för återfall i det självdestruktiva beteendet i denna studie.

Att intervjupersonerna söktes på Facebook är ett ställningstagande som studiegruppen tog. Tanken var inledningsvis att intervjupersonerna även skulle sökas med hjälp av informationslappar, som skulle sitta på allmänna anslagstavlor, men då så många personer hörde av sig via Facebook, från så många olika delar i landet, prioriterades detta i stället. Intervjupersonerna befinner sig över hela landet, från norr till söder, vilket gör att modellen går att generalisera över hela Sverige. En vidare diskussion kring att söka intervjupersoner på Facebook finns ovan i "Etiska överväganden" (sida 8).

Ett resonemang runt intervjuer via telefon, skype och mail har förts och hur de fungerade för att uppnå vårt syfte med studien. Risken med att ha utfört intervjuer via telefon, skype och mail är att vi inte har kunnat tolka in kroppsspråk och andra signaler som ofta förekommer i interaktion mellan människor, men detta anser vi både kan vara positivt och negativt. Å ena sidan kan det kännas tryggt för intervjupersonen att slippa tänka på sitt kroppsspråk vid intervjutillfället och därigenom koncentrera sig mer på intervjun. Intervjupersonen kan även känna sig mer anonym då forskaren inte vet hur personen i fråga ser ut och inte skulle känna igen den om de träffades. Å andra sidan kan vi forskare gå miste om sådana reaktioner som vi annars hade fångat upp, som kan ge värdefull information. En annan risk är feltolkning, då varje person har sitt eget sätt att prata och exempelvis kan använda sarkasm, humor och liknande. Sådant kan vara svårt att uppfatta om man inte ser personens kroppsspråk och kan leda till felaktiga resultat. Dock har intervjupersonerna fått kommentera de skapade interventionsteorierna, som har redigerats efter kommentarer och till sist godkänts av intervjupersonerna. Detta gör att risken för feltolkning har minimerats.

5.3. Framtida forskningsfält

Framtida forskningsfält som framkommit genom vår studie är orsaker till varför vuxna i form av exempelvis skolpersonal, underlåter att anmäla barn som far illa i form av ett självdestruktivt beteende. Ett annat forskningsfält skulle kunna vara hur man kan förebygga och informera om självdestruktivt beteende för att skapa en större förståelse för denna problematik i samhället. Detta är något som kan vara problematiskt då vi kan se att både Tove och Tea fått idén om att självskada genom att först ha hört om andra som har gjort detta. Forskning kring dessa områden skulle kunna göra att fler som börjar självskada blir uppfångade tidigt samt minska uppkomsten av detta beteende.

6. Slutord

I denna studie har en idealmodell presenterats och ett förslag på hur implementeringen av denna ska gå till. Utifrån den teoretiska bakgrunden och interventionsteorierna som formats har en brist upptäckts. I litteraturdelen går att läsa att det främst är barn och unga i skolåldern som börjar med att självskada sig. I två av interventionsteorierna kan vi även se fall där intervjupersonernas självdestruktiva beteende uppmärksammats av skolpersonal, men dessa har inte agerat, utifrån att ett barn har farit illa, på ett tillfredsställande sätt. Då det är lagstadgat i Sverige, genom Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) 14:1, att man ska anmäla till socialtjänsten

om *misstanke* finns att ett barn far illa, är det mycket märkligt att detta inte har gjorts i de fallen. Detta indikerar ett större samhällsligt problem som troligen i hög grad bidrar till det mörkertal som uppmärksammades i inledningen av vår text och som gäller förekomsten av självskaðebeteende. I dagsläget innebär det att de personer, som inte får den hjälp de behöver av vuxenvärlden i ett tidigt stadium, riskerar att aldrig bli uppmärksammade och få den behandling de behöver. Om den idealmodell som presenteras i denna studie implementeras på det sätt som är föreslaget, innebär det att skolpersonalen får ett större engagemang och en större medvetenhet kring denna problematik. Idealmodellen ger även föräldrarna en chans till större förståelse kring självdestruktivt beteende genom de samtal som de blir kallade till via idealmodellens program. Detta skulle i sin tur kunna innebära att de som börjar självskaða får en tidig hjälp och ett värdefullt stöd.

7. Referenser

- American Psychiatric Association (2015). *About APA*. Hämtad 18-3-2015, från <http://www.apa.org/about/index.aspx>
- Arnoud, A. & Genderen, V. H. (2009). *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber AB.
- Friberg von Sydow, R. (2011). *Att ta skriken på allvar: etiska perspektiv på självdestruktivt beteende* (Doktorsavhandling, Uppsala Studies in Social Ethics, 41). Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. Tillgänglig: <http://uu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A451410&dswid=popup>
- Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L. & Tull, M. T. (2014). Predictors of treatment response to an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 97-107. DOI: 10.1037/per0000062
- Kalman, H. & Lövgren, V. (Red.). (2012). *Etiska dilemman*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Karterud, S. & Bateman, A. (2011). *Mentaliseringsbaserad terapi: manual och bedömningskala*. Stockholm: Liber AB.
- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning: Teori, strategi och teknik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lundh, L-G. (2014). Behandling vid icke-suicidalt självskadebeteende kräver tydlig struktur: Randomiserade kontrollerade studier visar evidens för DBT och MBT. *Läkartidningen*, 111(CH9E), 1-5.
- McMain, F. S., Links, P.S., Gnam, W.H., Guimond, T., Cardish, R.J., Korman, L. & Streiner, D.L. (2009). A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 166(12), 1365-1374. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09010039
- Nationella Självskadeprojektet. (2014a). *Rekomendationer för insatser vid självskadebeteende: Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin*. Tillgänglig: <http://www.nationellasjalvskadeprojektet.se/download/18.40768cbb14b32a0480bcf6/1423481861913/Rekommendationerna+slutgiltig+version+2015.pdf>
- Nationella Självskadeprojektet. (2014b). *Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende: Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin*. Tillgänglig: http://www.svenskabupforeningen.se/bibliotek/kunskapsversikter_PM/behandlings_PM/Sjalvskade%20rekommendationer.pdf
- Psykologiguiden (2009). *Psykodynamisk psykoterapi*. Hämtad 18-3-2015 från <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=36&>
- Rydén, G. & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering: Att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur och Kultur.
- SFS 1993:100. *Högskoleförordningen*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

- Socialstyrelsen. (2011). *Skadehändelser som föranlett läkarbesök vid akutmottagning, Statistik från Socialstyrelsens Injury Database (IDB) Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2015). *Skador bland barn i Sverige: olycksfall, övergrepp och avsiktligt självdestruktiva handlingar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Vedung, E. (2009). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.
- Vedung, E. & Dahlberg, M. (2013). *Demokrati och brukarutvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Vårdguiden. (2015). *Borderline – emotionellt instabil personlighetsstörning*. Hämtad 2015-04-29 från <http://www.1177.se/Vasterbotten/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Borderline-emotionellt-instabil-personlighetsstoring/>
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: The Guildford Press.

Bilagor

Bilaga 1

Information som lades ut på Facebook

SJÄLVDESTRUKTIVT BETEENDE?

Hej, jag och mina två studiekamrater går just nu termin 6 på socionomprogrammet och är i full gång med vår kandidatuppsats. Vårt ämne för uppsatsen är att finna metoder för att bli fri från olika självskadande beteenden. För detta behöver vi din hjälp- har du, eller känner du någon som haft självskadande beteende men idag är fri från detta? I sådana fall vore vi otroligt tacksamma om du vill delta i en intervju. Du kan vara helt anonym och vill du inte intervjuas av mig eller ens vill att jag ska veta att du deltar så kan du kontakta någon av mina studiekamrater som då omedelbart fingerar ditt namn så du förblir anonym. Kan du tänka dig att delta, ta kontakt med oss så får du mer information om studien och intervjun, vart du geografiskt befinner dig har ingen betydelse. Dela gärna detta inlägg - självskadande beteende är ett stort samhällsproblem, där mer forskning behövs och till detta kan du vara med och bidra.

Med vänliga hälsningar

Kerstin Winberg: kerstinXXXX@XXX.com / tel: 070XXXXXXXX

Victoria Selander: victoriaXXXX@XXX.se / tel: 076XXXXXXXX

Ellen Axelsson: ellenXXXX@XXX.com / tel: 076XXXXXXXX

Bilaga 2

Information till de som varit intresserade av att delta i studien

Information till deltagare

Kom ihåg att du kan tacka nej till att delta när du vill, om du ångrar dig. Att du får den här informationen betyder inte att du har bundit upp dig till något, utan allt deltagande är frivilligt. Nedan följer vidare information om studien och om intervjun.

Definition av självskadebeteende

Det finns många sätt att definiera självskadebeteende, men i den här uppsatsen har vi valt att begränsa oss till fysisk självskada (som exempelvis att skära sig eller att bränna sig). Vi har dock valt att inte skriva om former av självsvältande beteende som exempelvis anorexi och ortodoxi. Vi har även valt att inte skriva om substansmissbruk som exempelvis alkoholism eller drogmissbruk.

Kandidatuppsatsens syfte

Det första syftet med studien är att genom intervjuer identifiera fungerande strategier för att hantera självdestruktivt beteende, avgränsat till fysisk kroppsskada av sig själv. Intervjuerna kommer att genomföras med individer som har haft självdestruktivt beteende och lärt sig att hantera det. Det andra syftet med studien är att utifrån empiriskt och teoretiskt insamlat material formulera en idealmodell som kan minska benägenheten för självskadande.

Kandidatuppsatsens problemformulering

1. Vilka (om några) strategier går att identifiera utifrån intervjuerna som effektiva för att förebygga, förhindra eller motverka självskadebeteende? Vilka brister eller förbättringsmöjligheter (om några) i intervjupersonernas strategier kan identifieras?
2. Hur kan en idealmodell för självskadehantering formuleras med hjälp av det insamlade materialet, som i teorin skulle kunna ge framgångsrikt resultat?

Intervjun

Intervjun är tänkt att fokusera på vad som har hjälpt dig att bli fri från destruktivt beteende, dels behandlingsmetoder och liknande men även faktorer som till exempel sociala relationer och annat som kan ha hjälpt dig.

Någon av oss vill helst träffa dig vid intervjutillfället, men om det inte är möjligt eller om du hellre vill utföra intervjun via e-mail, skype eller liknande går det bra. Intervjun beräknas att ta ca 1½ - 2 timmar (om den inte utförs skriftligen på till exempel e-mail). Om du tillåter det så spelas intervjun in med en ljudinspelare.

Ditt deltagande kommer att vara anonymt, även inom forskningsgruppen. Så fort du tagit kontakt med någon i gruppen kommer denna person att fingera ditt namn för de andra. När uppsatsen är färdigskriven får du möjlighet att läsa och godkänna de delar du är med i. Efter att den har granskats och betygsatts av Umeå Universitetet kommer den att publiceras online på den elektroniska databasen DIVA.

Om du har några övriga frågor, tveka inte att höra av dig till någon av oss.

Med vänliga hälsningar

Kerstin Winberg: kerstinXXXX@XXX.com / tel: 070XXXXXXX

Victoria Selander: victoriaXXXX@XXX.se / tel: 076XXXXXXX

Ellen Axelsson: ellenXXXX@XXX.com / tel: 076XXXXXXX

Intervjuguide

Syfte

Det första syftet med studien är att genom intervjuer identifiera fungerande strategier för att hantera självdestruktivt beteende, avgränsat till fysisk kroppsskada. Intervjuerna kommer att genomföras med individer som har haft självdestruktivt beteende och lärt sig att hantera det. Det andra syftet med studien är att utifrån empiriskt och teoretiskt insamlat material formulera en idealmodell som kan minska benägenheten för självskadande.

Problemformulering

1. Vilka (om några) strategier går att identifiera utifrån intervjuerna som effektiva för att förebygga, förhindra eller motverka självskadebeteende? Vilka brister eller förbättringsmöjligheter (om några) i intervjupersonernas strategier kan identifieras?
2. Hur kan en idealmodell för självskadehantering formuleras med hjälp av det insamlade materialet, som i teorin skulle kunna ge framgångsrikt resultat?

Ramar:

Det du säger kommer endast att användas till denna studie och du kommer att få läsa igenom det material just din intervju ger. Dock kan det vara bra att veta att studien kommer att publiceras i sitt färdiga format på den elektroniska databasen DIVA, vilket kan göra att framtida forskning använder denna studie som referens.

Din identitet kommer att hållas hemlig, även för de andra två som genomför studien.

Du kan när som helst välja att inte delta i intervjun eller studien längre, och om du vill så raderar vi allt material som vi samlat från dig. Om du inte känner dig bekväm med någon av frågorna behöver du inte besvara den, be oss då gå vidare med nästa.

Uppskattningsvis tar intervjun cirka en timme.

Känns dessa förutsättningar bra för dig?

OBS: Vi reserverar oss för mindre ändringar i denna intervjuguide.

Bakgrund/om Ditt självskadebeteende

- Anser du att man kan bli fri eller hantera självskadebeteende? (Dialog kring dessa ordval i intervjun) Det vill säga: Är du "fri" idag? Eller finns risk för "återfall?"
- Hur länge har du varit fri/kunnat hantera ditt självskadebeteende?
- När debuterade självskadebeteendet och hur länge pågick detta?
- Vilka självskademetoder använde du?
- Hur började ditt självskadebeteende?
- Ansåg du att ditt självskadebeteende var problematiskt under tiden det fortgick?
- När började du se det som problematiskt?
- Fanns det perioder då ditt självskadebeteende blev mer intensivt, vad tror du att detta kan ha berott på?
- Fanns det perioder då ditt självskadebeteende blev mindre intensivt, vad tror du att detta kan ha berott på?

- Vad (om något) fick dig att bestämma dig för att inte självskada? Vad hjälpte dig i detta beslut?

- Vilka strategier använde du inledningsvis för att sluta?

Sociala relationer

- Hur såg ditt sociala liv ut, innan, under och efter?

- Fick du några reaktioner från omgivningen? Skola, vänner, familj, fritid, etc.

- Kunde du finna stöd och hjälp hos vänner/familj/djur?

- Fanns det något annat du kunde finna stöd i? Som en aktivitet, en hobby, etc.

- Knöt du nya kontakter under din destruktivitet, ex, människor som du kände hade förståelse?

Vården/andra hjälporganisationer

- Vilken var din första vårdkontakt? Vem tog initiativ till denna?

- Vilka (om några fler) vårdkontakter hade du? Dess funktion?

- Hur utformades din vård? (särskild metod, terapiform etc?)

- Övriga verksamheter? (Samtal/chatt/stödgrupp etc.)

- Hur var bemötandet från vård alt. annan organisation?

- Har du fått en diagnos kopplad till självskadebeteendet? Vilken? Vad har du fått för hjälp med detta? Om nej, gå vidare till nästa tema.

- Hur kändes det när du fick din diagnos?

- Ändrades bemötandet från vården när du fått en diagnos jämfört med innan?

- Om du har fått hjälp att hantera din diagnos; tror du att denna hjälp även har påverkat ditt självskadebeteende? I sådana fall hur?

- Såg du annorlunda på ditt självskadebeteende i samband med att du tilldelades din diagnos?

Nu och Då

- När du idag tänker tillbaka - finns det något som hade kunnat gjort att du blivit fri/lärt dig hantera beteendet snabbare?

- Vilka tror du är nyckelfaktorerna, i generella drag, för att bli hjälp med sitt självskadebeteende?

- Fanns det någon "vändpunkt"?

- Vilka strategier använder du idag för att inte självskada (om några)?

- Vad var det viktigaste i den här resan?

- "Framtidsfråga" Hur hade du (med någorlunda facit i hand) hjälpt en nära anhörig/vän som du misstänkte/förstod självskadade?