



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Ångesten rann ut med blodet

– en narrativ studie om tjejer som skär sig

Socionomprogrammet
C-uppsats
Vårterminen 2009

Författare:
Johanna Hellberg
Caroline Larsson

Handledare: Rachel Hadodo

Abstract

Titel: Ångesten rann ut med blodet - en narrativ studie om tjejer som skär sig

Författare: Johanna Hellberg och Caroline Larsson.

Nyckelord: Självskadebeteende, självskadebeteende hos unga, narrativ metod.

Syftet med studien är att, utifrån ett livshistorieperspektiv, undersöka betydelsen av ett självskadebeteende. Avsikten har alltså varit att undersöka vilken betydelse självskadebeteendet hade för respondenterna samt hur de kom ur sitt självskadebeteende. Vidare har studien för avsikt att undersöka hur respondenterna upplevde den vård de fick i samband med självskadebeteendet.

Vi har använt oss utav följande frågeställningar för att undersöka ovanstående:

- Vilken betydelse hade självskadebeteendet för respondenterna?
- Hur kom respondenterna ur sitt självskadebeteende och kan man se någon specifik vändpunkt?
- Hur upplevde respondenterna den vård de fick?

Vi har i vår studie valt att använda oss av en narrativ metod vilket innebär att vi ur ett livshistorieperspektiv har undersökt våra respondenters självskadebeteende. Studien grundar sig således på tre respondenters berättelser. Genom att vi använt oss av denna metod har vi valt att redovisa respondenternas berättelser i sin helhet. Dock har vi delat upp berättelserna efter följande teman: Livet före självskadebeteendet, att leva med ett självskadebeteende, vändpunkten, behandling samt livet efter självskadebeteendet. Sista temat har vi dock valt att utelämna i analysen.

Gemensamt för samtliga respondenter har varit att självskadehandlingarna i huvudsak har syftat till att lindra någon form av ångest och oftast har en känsla av lättnad infunnit sig vid själva skadehandlingen. Dock skiljer sig deras berättelser åt då diagnoser, familjeförhållanden och till och med självmordsförsök har format deras liv.

Förord

Till att börja med vill vi ge ett stort tack till Emelie, Mirjam och Sandra som genom att öppna sig gett oss möjligheten att genomföra denna studie. De har delat med sig av sina självutlämnande och privata berättelser på ett mycket mer generöst sätt än vad vi hade väntat oss. Utan era berättelser hade vår studie inte blivit lika innehållsrik och levande som den i dag är, tack!

Vidare vill vi tacka vår handledare, Rachel Hadodo, för de synpunkter hon har gett oss i vår arbetsprocess.

Vi vill också tacka våra nära och kära som på olika sätt har hjälpt oss igenom uppsatsskrivandet, bland annat genom korrekturläsning, synpunkter och uppmuntrande ord.

Varma hälsningar

Johanna Hellberg och Caroline Larsson

”Expertisen finns hos den flicka som skurit sig. Det är till henne vi måste vända oss för att förstå, och det är med hjälp av hennes perspektiv vi behöver finna vägarna framåt.”
(Citat sid. 46, Stain, 2008).

Innehållsförteckning

Kapitel 1	1
1.1 Inledning	1
1.1.2 Bakgrund	1
1.1.3 Förtydligande av begrepp	2
1.1.4 Vår förförståelse	2
1.1.5 Disposition	3
Kapitel 2	4
2.1 Syfte och frågeställningar	4
2.1.1 Syfte	4
2.1.2 Problemformulering	4
2.1.3 Frågeställningar	4
2.1.4 Avgränsning	4
Kapitel 3	6
3.1 Tidigare forskning	6
3.1.1 Självskadebeteende	6
3.1.2 Vem skadar sig själv?	8
3.1.3 Copingstrategier vid självskadebeteende	9
3.1.4 Behandling	10
3.1.5 DBT – Dialektisk beteendeterapi	11
Kapitel 4	12
4.1 Teoretiska utgångspunkter	12
4.2 KASAM	12
4.2.1 Begriplighet	12
4.2.2 Hanterbarhet	13
4.2.3 Meningsfullhet	13
4.2.4 Förhållanden som gynnar alternativt missgynnar KASAM	13
4.3 Empowerment	14
4.3.1 Definition av empowerment	15
4.3.2 Empowerment – en förändringsprocess	15
4.4 Kristeori enligt Cullberg	16
4.4.1 Vad är en kris?	16
4.4.2 Traumatisk kris	17
4.4.3 Puberteten och jag-identiteten	17
Kapitel 5	19
5.1 Metod	19
5.1.1 Val av metod	19
5.2 Narrativ metod	19
5.3 Hermeneutik	21
5.4 Abduktion	21
5.5 Genomförandet	22
5.5.1 Förberedelser och tankar före studiens början	22
5.5.2 Att söka tidigare forskning och litteratur om teorier	22

5.5.3 Intervjuer	22
5.5.4 Urval	23
5.5.5 Genomförande av intervjuerna	24
5.5.6 För- och nackdelar med internetintervju	25
5.5.7 Bearbetning och presentation av intervjumaterial	25
5.5.8 Analys och tolkning	26
5.5.9 Avvikelser från den narrativa metoden	27
5.6 Etiska aspekter	28
5.7 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet	29
Kapitel 6	31
6.1 Emelies berättelse - ”Som om jag inte riktigt passade in”	31
6.1.1 Livet före självskadebeteendet	31
6.1.2 Att leva med ett självskadebeteende	32
6.1.3 Vändpunkten	33
6.1.4 Behandling	34
6.1.5 Livet efter självskadebeteendet	35
6.2 Analys och tolkning av Emelies berättelse	36
6.2.1 Livet före självskadebeteendet	36
6.2.2 Att leva med ett självskadebeteende	37
6.2.3 Vändpunkten	38
6.2.4 Behandling	38
Kapitel 7	40
7.1 Mirjams berättelse - ”Jag hatade mig själv... jag fruktade mig själv!”	40
7.1.1 Livet före självskadebeteendet	40
7.1.2 Att leva med ett självskadebeteende	40
7.1.3 Vändpunkten	41
7.1.4 Behandling	42
7.1.5 Livet efter självskadebeteendet	42
7.2 Analys och tolkning av Mirjams berättelse	43
7.2.1 Livet före självskadebeteendet	43
7.2.2 Att leva med ett självskadebeteende	44
7.2.3 Vändpunkten	45
7.2.4 Behandling	45
Kapitel 8	47
8.1 Sandras berättelse - ”Mager, blek, sönderskuren, ärrad...”	47
8.1.1 Livet före självskadebeteendet	47
8.1.2 Att leva med ett självskadebeteende	47
8.1.3 Vändpunkten	49
8.1.4 Behandling	50
8.1.5 Livet efter självskadebeteendet	50
8.2 Analys och tolkning av Sandras berättelse	51
8.2.1 Livet före självskadebeteendet	51
8.2.2 Att leva med ett självskadebeteende	52
8.2.3 Vändpunkten	53
8.2.4 Behandling	53

Kapitel 9	55
9.1 Sammanfattning av resultat	55
9.1.1 Vilken betydelse hade självskadebeteendet hos respondenterna?	55
9.1.2 Hur kom respondenterna ur sitt självskadebeteende och kan man se någon specifik vändpunkt?	55
9.1.3 Hur upplevde respondenterna den vård de fick?	56
Kapitel 10	58
10.1 Slutdiskussion	58
10.1.1 Metod och teori	58
10.1.2 Förslag på vidare forskning	58
10.1.3 Tankar och reflektioner	59
Referenser	
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	
Bilaga 4	

Kapitel 1

1.1 Inledning

”Men ofta skär jag mig inte för att dö, utan för att överleva. Skärandet är mitt sätt att hantera alla starka känslor som överväldigar mig och som jag annars inte vet hur jag ska hantera” (Citat sid. 11, Pålsson, 2004).

Citatet ovan är taget ur självbiografin *Vingklippt ängel* (2004), skriven av författaren Berny Pålsson. En självbiografi som på ett spännande och dramatiskt sätt ger läsaren en inblick i hur livet kan se ut för en tjej som lever med ett självska debeteende.

Detta är en studie om självska debeteende hos unga tjejer. Studien är narrativ och grundar sig på tre respondenters berättelser om deras liv och deras självska debeteende. Studien har dessutom en hermeneutisk utgångspunkt, vilket innebär att vi har för avsikt att tolka och försöka förstå de berättelser våra respondenter berättat. När vi påbörjade vår studie hade vi inte så mycket kunskap i ämnet, dock fanns ett stort intresse och en nyfikenhet från vår sida att ta reda på det svårbegripliga i varför någon skadar sig. Vårt intresse för att försöka förstå självska debeteendet väcktes till stor del då vi båda läste boken *Vingklippt ängel* (mer om vår förförståelse kan du läsa under rubriken *Vår förförståelse*). Även då vi läste Socialstyrelsens folkhälsorapport för 2009 ökade vår önskan om att förstå detta fenomen. Där kan man läsa att den psykiska ohälsan samt självmordsförsök i dag ökar bland ungdomar och att ökningen dessutom är vanligast bland kvinnor. Vidare vårdas alltför många unga på sjukhus för depression och/eller ångest (Socialstyrelsen, 2009).

Vi vill redan här, i ett tidigt skede av uppsatsen, kommentera vår titel på studien: *Ångesten rann ut med blodet*. Titeln är ett citat från en av våra respondenter där hon förklarar hur hon kände sig efter att hon hade skurit sig. Således är citatet bara en känsla och det finns alltså ingen vetenskaplig grund bakom.

1.1.2 Bakgrund

Vi inleder med att ge en kort bakgrund till området självska debeteende för att ge läsaren en kunskapsgrund att stå på.

När WHO (World Health Organization) definierar självdestruktivt beteende inbegriper de alla former av självska debeteende (Stain, 2008), såsom att skära sig, ätstörningar etc. Psykiatern Favazza definierar självska debeteende som en *”... avsiktlig förstörelse eller förändring av den egna kroppsvävnaden utan medveten självmordsavsikt”* (Citat sid. 10, Wallroth m fl, 2002) och det är främst denna definition vi syftar till då vi använder begreppet självska debeteende då vår avsikt främst är att undersöka skärande.

Med ordet självska debeteende menas *”... en impulsiv och medveten handling med syfte att skada sin egen kropp utan att vilja dö”* (Citat: <http://www.rsmh.se/attlevamedsjalvska debeteende.shtml>). Ett självska debeteende innebär alltså sällan att man skadar sig för att man vill ta livet av sig. Snarare är det så att man genom att skada sig kan kontrollera en väldigt stark själslig smärta som man upplever att man inte kan bli

av med på något annat sätt. Det är dock viktigt att inte generalisera anledningen till att en person skadar sig själv då alla personer med självskadebeteende har sin egen personliga förklaring till varför de skadar sig (www.shedo.org).

En del personer med självskadebeteende beskriver beteendet som beroendeframkallande. Ofta föregås självskadehandlingen av en utlösande händelse som gör att man mår psykiskt dåligt. Med hjälp av den fysiska smärta som uppstår vid skadehandlingen så konkretiseras den psykiska smärtan och därmed känner man en tillfällig lättnad (Socialstyrelsen 2004). De negativa konsekvenserna av självskadebeteendet brukar dock snabbt ta överhanden. Ofta får man, efter skadehandlingen, skam- och skuld känslor för det man har gjort. Detta i sin tur leder till att man återigen mår psykiskt dåligt och därmed skadar sig själv igen. Således har en ond cirkel startats (www.shedo.org). (Mer om självskadebeteende kan läsas i kapitlet *Tidigare forskning*.)

1.1.3 Förtydligande av begrepp

Då vi i uppsatsen talar om psykisk ohälsa innefattar den benämningen allt från nedsatt psykiskt mående till allvarlig psykisk sjukdom eller störning (Stain, 2008). Anledningen till att vi väljer att ha en så bred definition för det begreppet är att vår avsikt inte är att belysa våra respondenters psykiska (o)hälsa utan endast använder begreppet flyktigt.

Ett annat begrepp vi vill tydliggöra är begreppet respondenter. Med respondent menar vi de personer vi har intervjuat och vars berättelser redovisas i uppsatsen.

Ytterligare begrepp såsom självskadebeteende, relevanta teoretiska samt metodologiska begrepp förklaras i respektive kapitel.

1.1.4 Vår förförståelse

Förförståelse är något som, mer än vad vi kanske tror, präglar vår syn på verkligheten. Förförståelse innebär i enkelhet att vi hela tiden tolkar vår verklighet, alltså uppfattar vi aldrig verkligheten genom enbart sinnesintryck. Hur mycket vi än vill kan vi aldrig lägga ifrån oss vår förförståelse och våra värderingar och som forskare har man alltid en mängd förutfattade meningar med sig i bagaget. Vad vi däremot kan göra är att klart och tydligt redogöra för vår förförståelse (Thurén, 2007). Således kommer vi nu att redogöra för de erfarenheter som kan påverka tolkningen av vårt material.

Som vi tidigare nämnt har vi båda läst självbiografin *Vingklippt ängel* då den var en del av kurslitteraturen under kursen *Psykisk ohälsa* på socionomprogrammets fjärde termin. Till skillnad från annan kurslitteratur gav denna bok en inblick i hur ett liv med självskadebeteende kan se ut. Vi fick möta författarens egen uppfattning av sin problematik. Dock antog vi att denna bok troligen inte var särskilt representativ för tjejer med ett självskadebeteende. Detta inspirerade oss ytterligare till att genomföra just en narrativ studie med ett livshistorieperspektiv. Vidare består vår förförståelse av att en av oss under socionomprogrammets praktik kom i kontakt med framförallt en ung tjej med ett självskadebeteende. Denna tjej lämnade ett avtryck då hon gav sken av att skada sig endast för att få uppmärksamhet och inte för att hon mådde särskilt psykiskt dåligt. Den andra av oss har genom sitt extraarbete inom psykiatrin fått inblick i hur vanligt det är med självskadebeteende i samband med psykisk ohälsa. Till skillnad från ungdomen från

praktiken har personerna inom psykiatrin oftast en diagnos som går hand i hand med självskadebeteende. I en amerikansk undersökning som genomfördes år 1998 visade det sig att 68 procent av patienterna inom psykiatrin hade ett självskadebeteende (Straarup m fl, 2008).

Ytterligare en aspekt som påverkar vår förförståelse är att vi båda har bekanta som tidigare har haft någon form av självskadebeteende. Detta har givetvis påverkat oss mer känslomässigt än något av det ovanstående.

Detta är bakgrunden till att vi genom denna studie ville få ytterligare en inblick i självskadebeteendets värld.

1.1.5 Disposition

Uppsatsen inleds med *syfte och frågeställningar*. Här beskrivs även uppsatsens problemområde samt uppsatsens avgränsning. Därefter följer en redogörelse av *tidigare forskning* samt ett kapitel om *teoretiska perspektiv* där teorierna Känsla av sammanhang (KASAM), Empowerment och Kristeori beskrivs. I *metodkapitlet* redovisar vi vårt val av metod och metodens betydelse för vår studie. I detta kapitel klargörs även genomförandet av uppsatsen samt vilka etiska aspekter vi i vår studie har tagit hänsyn till. Efter metodkapitlet följer sammanlagt tre kapitel där våra respondenters livsberättelser presenteras, analyseras och tolkas. De kapitel som uteslutande handlar om våra respondenters berättelser heter: "*Som om jag inte riktigt passade in*", "*Jag hatade mig själv... jag fruktade mig själv*" samt "*Mager, blek, sönderskuren, ärrad...*". Vart och ett av dessa kapitel avslutas med en analys och tolkning. Detta stycke kallas *Analys och tolkning av berättelse* och där knyter vi an berättelserna till tidigare forskning och teorier. I *Sammanfattning av resultat* gör vi en sammanfattning av resultat och tolkning. Detta genom att kortfattat besvara varje frågeställning och för att ge en kort översikt av uppsatsen. I kapitlet *Slutdiskussion* framför vi våra tankar och reflektioner om den studie vi genomfört.

Kapitel 2

2.1 Syfte och frågeställningar

2.1.1 Syfte

Syftet med studien är att, utifrån ett livshistorieperspektiv, undersöka betydelsen av ett självskadebeteende.

2.1.2 Problemformulering

Att någon skadar sig själv, på ett eller annat sätt, är ett fenomen som kan vara svårt att förstå. En av de kanske vanligaste varianterna av självskadebeteende i dag är att man skär eller rispar sig själv med hjälp av rakblad eller andra vassa föremål. Enligt Socialstyrelsen är det ingen som vet exakt hur vanligt förekommande detta fenomen är, men deras bedömning är att cirka 1 % av svenska flickor mellan 13-18 år någon gång har skadat sig på detta sätt (Socialstyrelsen, 2004). Vår uppfattning är dock att självskadebeteende är betydligt vanligare än så, vilket också bekräftas av tidigare forskning som visar att mörkertalet är stort (Stain, 2008).

Vi har valt att göra denna undersökning för att förstå varför man utsätter sig själv för dessa skador. Vi är intresserade av att höra respondenternas egen upplevelse av sin situation. Varför ”väljer” man att skära sig? Vilken betydelse har skärandet? Och kanske viktigast av allt: Hur kommer man ur sitt självskadebeteende? Slutligen är vi också intresserade av att undersöka hur eventuell vård upplevdes, både nu i efterhand och under själva självskadeperioden. För att kunna besvara dessa frågor har vi valt att använda oss av nedanstående frågeställningar.

2.1.3 Frågeställningar

- Vilken betydelse hade självskadebeteendet för respondenterna?
- Hur kom respondenterna ur sitt självskadebeteende och kan man se någon specifik vändpunkt?
- Hur upplevde respondenterna den vård de fick?

2.1.4 Avgränsning

Begreppet självskadebeteende kan innefatta otroligt många beteenden. I denna studie har vi valt att avgränsa oss från ätstörningar, som anorexi och bulimi, som i många definitioner ingår i begreppet självskadebeteende. Anledningen till denna avgränsning är att vi anser att ätstörningar är tillräckligt stort för att i sig vara ämne för en uppsats.

Vidare har vi valt att inte undersöka självskadebeteende hos killar. Anledningen till detta är främst att det är svårare att få tag på manliga respondenter då skärande är betydligt vanligare bland tjejer (Straarup m fl, 2008). Det föll sig också naturligt att vi ville undersöka tjejers självskadebeteende då de personer med självskadebeteende vi tidigare kommit i kontakt med har varit främst tjejer. Dock vill vi poängtera att självskadebeteende *inte* är ett fenomen som endast förekommer hos tjejer. En

undersökning som nyligen genomfördes visade att 17 % av tjejerna i undersökningen och 4 % av killarna någon gång hade skadat sig själva (Straarup m fl, 2008).

Vidare vill vi göra läsaren uppmärksam på att det finns mycket forskning om psykoanalytiska förklaringar, såsom problem i uppväxten eller liknande, till självskadebeteende. Denna forskning har vi valt att inte redovisa i vårt kapitel om tidigare forskning då vi ej har som avsikt att undersöka dessa psykoanalytiska förklaringar. Dock vill vi nämna några av de forskare som berört de psykoanalytiska förklaringarna i sin forskning, i det fall läsaren vill läsa vidare om ämnet. Framstående forskare inom området är bland andra Armando Favazza och Karl Menninger. Att läsa boken *Hål i huden: flickor som skär sig* av Per Wallroth och Susanna Åkerlund kan även rekommenderas för en sammanfattning av dessa forskares kunskap.

Kapitel 3

3.1 Tidigare forskning

I det här kapitlet presenterar vi den forskning vi funnit i ämnet. Genom vår litteraturläsning har vi förstått att det för bara några år sedan inte alls fanns mycket forskning i ämnet, trots att självskadefenomenet har funnits länge. Att ämnet blivit högaktuellt för forskning på senare år har resulterat i att merparten av den litteratur vi läst är skriven på 2000-talet.

Vi har delat in vår presentation av tidigare forskning i teman som vi har förtydligat genom följande underrubriker: Självskadebeteende, vem skadar sig själv?, copingstrategier vid självskadebeteende, behandling samt DBT – dialektisk beteendeterapi.

3.1.1 Självskadebeteende

”Självskada är ett försök till självläkning” (Citat sid. 453, Samuelsson, 2001). Så förklarade den amerikanske psykiatern Menninger självskadebeteende år 1938 (Samuelsson, 2004) och flera efter honom har även de kallat självskadebeteende en form av självmedicinering (Straarup m fl, 2008).

Ett självdestruktivt beteende kan till exempel bestå i att man skär sig själv, rispar sig eller bränner sig (Samuelsson, 2001). Den mest förekommande metoden är att skära sig (Stain, 2008). Att bita sig själv i armar eller fingrar samt att rycka bort hår från sitt huvud är heller inte ett ovanligt självskadebeteende (Wallroth m fl, 2002). Psykologen Lotte Rubaek kallar denna form av självskadebeteende, det vill säga att man skär, rispar eller klöser sig tills man blöder, för ytligt självskadande (Straarup m fl, 2008). Men i begreppet självskadebeteende ingår också alla andra sätt att tillfoga sin kropp skada (Samuelsson, 2001), till exempel ätstörningar.

Då man kallar självskadebeteendet ytligt behöver det inte betyda att skadorna är just ytliga. Ofta ökar beteendet i intensitet och skadorna blir allt djupare och allvarigare (Wallroth m fl, 2002). Vidare kan man inom det ytliga självskadebeteendet skilja mellan två olika kategorier; episodiskt och repetitivt självskadebeteende. Det episodiska utförs bara ett fåtal gånger och under en begränsad tidsperiod. Det repetitiva däremot utförs ofta och under långa tidsperioder. I dessa fall blir ofta självskadebeteendet det, kanske enda, sätt som individen hanterar sin psykiska smärta på (Socialstyrelsen, 2004). Psykiatern Favazza menar att det repetitiva självskadebeteendet ofta blir en central del av personens identitet (Wallroth m fl, 2002). Som man av ovanstående beskrivningar kan förstå så kan självskadandet alltså sträcka sig från allt mellan ångestreducerade handlingar och i värsta fall leda till självmord då beteendet ofta eskalerar (Stain, 2008).

Följande drag kan karaktärisera självskadebeteende:

1. En stor del av individens tankar handlar om att skada sig själv.
2. Individen upplever en stark inre spänning precis före självskadandet.
3. Direkt efter självskadandet infinner sig en känsla av lättnad.

4. Individens misslyckas ofta med att stå emot impulsen att skada sig själv.
5. Beteendet utesluter bland annat medvetna självmordsavsikter (Socialstyrelsen, 2004).

En av anledningarna till att man skadar sig själv är att man vill ha kontroll över sitt liv och sin kropp. Denna kontroll kan man få genom att omvandla den psykiska smärta man känner till fysisk smärta. En självskadehandling handlar alltså vanligtvis inte, som vi tidigare nämnt, om att man vill dö utan om att man vill bli av med en eller flera outhärdliga känslor (Samuelsson, 2001). Någon ungdom har beskrivit detta ångesttillstånd som ”... flera starka känslor som växlar blixtnabbt och utan kontroll...” (Citat sid. 83, Stain, 2008). Dessa känslor upplevs för en kort stund lätta och bli mer hanterliga efter att man skadat sig själv (Samuelsson, 2001), således skadar man sig ofta i ett ångestlindrande syfte (Samuelsson, 2004).

Sett ur ett sådant perspektiv, som vi ovan beskriver, är det självskadande beteendet ett relativt logiskt beteende. Man skadar sig och känner en lättnad, om än bara för en kort stund. Denna lättnad kommer man ihåg nästa gång ångesten kommer och därför skadar man sig ännu en gång. Dock ökar oftast ångesten i styrka från gång till gång och blir värre. Anledningen till att man känner denna lättnad kan bland annat beskrivas med hjälp av hormonet endorfiner. Då man skadar sig själv, till exempel genom att skära sig i armen, utsöndras endorfin. Endorfin kallas ibland för kroppens morfin då det har en liknande berusnings- och smärtlindrande effekt. Således blir det som startade som ett psykiskt tillstånd snart ett fysiskt beroende (Straarup m fl, 2008). Tillväjningsrisken och likheten med missbruksbeteende är slående - att skära eller bränna sig är det mest ångestlindrande man kan ta till (Kåver/Nilsson, 2003). Denna lättnad kan också, utöver berusnings- och den smärtlindrande effekten, vara direkt kopplad till synen av sitt eget blod (Wallroth m fl, 2002).

I artikeln *Nonsuicidal Self-Injury In Young Adolescent Girls: Moderators of the Distress-Function relationship* (2008) har man ytterligare förklaringar till varför man skadar sig själv. En anledning kan vara att man vill uppnå ett visst psykiskt tillstånd - man vill helt enkelt känna någonting över huvud taget, även om denna känsla ”bara” är fysisk smärta. Andra skadar sig för att de vill uppmärksamma omgivningen på att de behöver hjälp eller bekräftelse. Vidare kan skärandet ses som ett straff mot sig själv samt som ett sätt att ge uttryck åt det hat man känner mot den egna personen (Wallroth m fl, 2002 och Kåver/Nilsson, 2003).

Ytterligare en anledning till att man skadar sig själv kan vara att man ”blir smittad”, till exempel via internet (Samuelsson, 2001). Det finns flera sidor på internet som uppmanar till självskadande och glorifierar beteendet (Straarup m fl, 2008). Socionomen Margareta Åhlén benämner ett liknande smittofenomen som ”gängsolidaritet”, vilket helt enkelt innebär att man skär sig för att kompisarna gör det (Stain, 2008). Men, ett självskadebeteende är trots smittorisken nästan alltid ett symptom på att någonting är fel. En fullt välmående människa skadar inte sig själv, alltså är smittorisken endast överhängande om en persons psykiska immunförsvar är så gott som obefintligt (Straarup m fl, 2008).

3.1.2 Vem skadar sig själv?

Att entydigt generalisera och säga vem som skadar sig själv är omöjligt, då orsaker och anledningar kan skilja avsevärt. Främst kan man säga att självskadebeteende är ett utslag på att någonting är svårt och inte står rätt till (Straarup m fl, 2008). Vad man kan se är att tjejer är i majoritet vid självskadebeteende och att det inte är ovanligt att depression och/eller ångestproblematik finns med i bilden (Stain, 2008). Depression är en sjukdom som är vanligare hos kvinnor än hos män (Straarup m fl, 2008). Vidare är självskadebeteende vanligast i åldern 16-25 år. Man har även kunnat se ett samband mellan kvinnor som har ett självskadebeteende och deras upplevelse av att de har fått ta väldigt stort ansvar då de växte upp (Samuelsson, 2004). Även känslan av att man måste lyckas i vuxenlivet påverkar i negativ riktning (Stain, 2008). Att vi i dag lever i ett samhälle där individens eget ansvar för ett lyckat liv poängteras påverkar också denna känsla (Straarup m fl, 2008). Drygt hälften av alla personer som har ett självskadebeteende har också någon form av ätstörning (Wallroth m fl, 2002).

Trots alla ovanstående skilda egenskaper, som finns hos personer med ett självskadebeteende, är många forskare överens om att det oftast föreligger en impuls kontrollstörning hos personen med självskadebeteende (Wallroth m fl, 2002). När impulsen att skada sig dyker upp har ofta förnuftet och det logiska tänkandet hamnat i bakgrunden och fungerar därmed inte (Kåver/Nilsonne, 2003). Ytterligare kännetecken är att de ofta har svårt att sätta ord på och precisera sina känslor. Att inte kunna göra detta grundar sig ofta i olika former av trauman från uppväxten (Straarup m fl, 2008), till exempel att någon närstående dött eller att någon närstående varit svårt sjuk men att man inte fått någon möjlighet att tala ut om det. Många tjejer med självskadebeteende har ofta varit utsatta för just trauman i barndomen. Dessa trauman kan till exempel vara olika former av övergrepp eller våld inom familjen (Wallroth m fl, 2002). I regeringens proposition 2005/06:166 om barn som bevittnat våld kan man läsa att barn som bevittnat våld får en brist på trygghet och tillit i förhållanden (www.regeringen.se). Vidare känner ofta personer med självskadebeteende ett självhat och att de inte är värda någonting. Det är just dessa två känslor som gör att man riktar sin ilska/ångest mot sig själv och inte mot andra, genom till exempel aggressiva utspel eller våld (Straarup m fl, 2008).

Ytterligare en diagnos som, utöver depression och ångestproblematik, är vanligt förekommande i samband med självskadebeteende är Borderline personlighetsstörning, även kallad emotionellt instabil personlighetstörning. Borderline personlighetsstörning kan bland annat innebära att man har en kronisk tomhetskänsla. Det kan också innebära att man har en skev verklighetsuppfattning där man kan ha svårt att skilja på vad som hör till en själv respektive omvärlden. Det är även vanligt att personer med diagnosen har en bristande impuls kontroll vilket innebär att de har svårare att stå emot impulser som kan minska ångesten, det vill säga självskadehandlingen. Personer med denna diagnos har oftast svårt för separationer vilket ofta leder till att de omedvetet väljer att avbryta en relation själva istället för att riskera att bli lämnade. De är också känsliga för förändringar. Det är dock viktigt att poängtera att tecken på Borderline personlighetsstörning inte behöver innebära att man har diagnosen. Dessa tecken är ofta vanliga hos ungdomar som i samband med pubertetskrisen har en försvagad jagkänsla, det vill säga att de inte är säkra på sin identitet (Cullberg, 2005 och Straarup m fl, 2008). Ytterligare ett symptom på Borderline personlighetsstörning är olika former av

självskadande (Stain 2008). Då en person med denna diagnos skadar sig själv är det oftast ett rop på hjälp (Wallroth m fl, 2002).

Att få en diagnos fastställd kan medföra flera positiva aspekter för en person med ett självskadebeteende, likväl som det kan stjälpas. Diagnostiserandet kan vara positivt i den bemärkelsen att det kan bli lättare att förstå varför man är på ett visst sätt eller liknande. Först då kan man inse att bristerna inte är hela utan endast delar av en själv och därmed kan man lättare hantera dem. Dock kan diagnoserna också göra att till exempel behandlare kan få förutfattade meningar om varför en person beter sig på ett visst sätt och hur personen kommer att handla (Stain, 2008).

Skälen till att man skadar sig kan som sagt vara väldigt varierande och anledningen till att beteendet utvecklas kan vara många. En tid av stressfyllda händelser tillsammans med en individuell sårbarhet kan vara en orsak (Samuelsson, 2004). Övergrepp, familjeproblem, psykisk ohälsa, mobbning eller annan typ av vantrivsel är också vanliga skäl (Straarup m fl, 2008). Ofta förekommer även någon typ av missbruk. Missbruket kan bestå av alkohol, droger eller sex (Wallroth m fl, 2002).

Vidare finns det flera känslotillstånd som ofta förekommer hos dem som har ett självskadebeteende. Att känna skam, tomhet och att man är värdelös är vanligt i samband med självskadebeteendet och dessa känslor är ofta kopplade till en svag självkänsla (Samuelsson, 2001). En annan vanlig orsak till att man skär sig är känslan av att vara sviken (Wallroth m fl, 2002). Att känna att allting är meningslöst och att känna övergivenhet är också vanligt. Känslan av att vara ensam finns också ofta med i bilden och denna känsla är ofta mycket påtaglig redan innan man börjar skada sig (Samuelsson, 2004). Ensamheten förstärks av att man isolerar sig från omvärlden på grund av sitt mående. Isoleringen leder i sin tur till att man mår sämre (Kåver/Nilsonne, 2003).

Det finns ett stort mörkertal kring hur många tjejer det är som skadar sig själva (Stain, 2008). I Socialstyrelsens rapport *Vad vet vi om flickor som skär sig?* (2004) kan man läsa om att cirka 1 % av svenska flickor mellan 13-18 år någon gång skadat sig själva. Denna siffra grundas på de fall man känner till, det vill säga de som behandlats inom sjukvården eller liknande (Socialstyrelsen, 2004). Göran Högberg skriver i kapitlet *Behandling av självskadebeteende och självmordsförsök* att mörkertalet bland personer med självskadebeteende är stort, framförallt med tanke på att många med lindriga självförvållande skador aldrig söker till exempelvis sjukvården (Stain, 2008) samt att man sällan berättar för någon att man skär sig själv på grund av att man skäms för sitt beteende (Straarup m fl, 2008).

3.1.3 Copingstrategier vid självskadebeteende

Självskadebeteende är en copingstrategi. Med copingstrategi menas en kognitiv eller beteendemässig strategi för att hantera inre och/eller yttre krav som känns påfrestande (Starke, 2003). Copingstrategin självskadebeteende är alltså, som vi tidigare nämnt, ett sätt att hantera sina känslor eller sin ångest.

Utöver självskadehandlingarna är en annan vanlig copingstrategi i samband med självskadebeteende dissociation. Med dissociation menas att man omedvetet stänger av sina känslor. Psyket stänger automatiskt av för att skydda, till exempel från smärta

(Samuelsson, 2004). Dissociation leder ofta till att personen i fråga har svårt att dra en gräns mellan vad som är "sig själv" och vad som är "omvärlden" (Straarup m fl, 2008). Flera forskare menar att personer med självskadebeteende många gånger befinner sig i ett dissociationstillstånd under själva skadehandlingen och till följd av detta skadar sig för att de vill känna någonting över huvudtaget. Detta tillstånd medför också att man känner överklighetskänslor och att man är främmande för den egna personen (Wallroth m fl, 2002). En annan form av dissociation är bortträngning som innebär att man justerar verkligheten så att den blir lättare att uthärda, en upplevelse eller liknande kan därmed uteslutas eller "glömmas bort" (Cullberg, 2006). Vid behandling av självskadebeteende är det viktigt att hitta alternativa copingstrategier till att skära sig (Samuelsson, 2004).

3.1.4 Behandling

Ett självskadebeteende är ofta ungdomens sätt att ropa på hjälp (Wallroth m fl, 2002) och det är viktigt att det tas på allvar då självskadebeteende ofta eskalerar och i värsta fall kan leda till självmord (Samuelsson, 2004). I dag är självskadebeteende, tillsammans med olyckor, den största dödsorsaken bland barn och ungdomar (Socialstyrelsen, 2009). Det är oerhört viktigt att ett självskadebeteende upptäcks i tid och en viktig del i detta har skolhälsovården. Med en god skolhälsovård är chansen större att man upptäcker om någonting är avvikande eller om en viss elev exempelvis börjar skolka, får mindre lust för dagliga aktiviteter, som att träffa kompisar, eller utövar våld – tecken som vanligen föregår ett självskadebeteende (Stain, 2008). Vidare är det viktigt att våga fråga om man misstänker ett självdestruktivt beteende (Stain, 2008).

I Stig Söderbergs kapitel *Skära för livet* (Stain, 2008) beskriver unga tjejer med självskadebeteende sin syn på psykiatrin. Ofta har dessa tjejer upplevt att psykiatrin inte kunnat ge dem någon hjälp och att de har fått en förändring i sitt beteende först då de gett upp förhoppningen om att psykiatrin skulle ha lösningen.

Något som är grundläggande i behandlingsrelationen är att det måste finnas ett förtroende mellan behandlaren och personen med självskadebeteendet, ett förtroende som man måste förtjäna genom kontinuerlig kontakt och respekt (Stain, 2008). För att denna kontinuitet ska finnas skulle det ibland kunna innebära att man skjuter på gränserna mellan ungdoms- och vuxenpsykiatri så att exempelvis en 18-årig tjej kan stanna kvar hos de behandlare hon har inom ungdomspsykiatrin (Stain, 2008). Att bara finnas där och lyssna är en egenskap som dessa tjejer sätter stort värde på. Att direkt försöka hitta ett samband mellan orsak och verkan och vilja ha en anledning till beteendet, uppskattas inte (Stain, 2008). Ytterligare något som är väsentlig är att orka lyssna och att man är beredd att lägga ner tid på att lyssna och härbärgera de känslor och tankar man kommer att få ta emot (Straarup m fl, 2008).

Primärt i allt behandlingsarbete med personer som har ett självskadebeteende är att man måste ge dem verktyg att hantera sina tankar och impulser att vilja skada sig med, det vill säga nya copingstrategier. Ett sätt att göra detta är att man lär personen med självskadebeteendet att skapa en distans till sina tankar så att de inte tar kontroll över ens handlande. Detta kallas att man har en mindfulness (Straarup m fl, 2008).

Det finns några saker som man kan säga är skyddande faktorer för självskadebeteenden; Känsla av sammanhang (KASAM), inre kontroll samt självkänsla. Med KASAM menas

att det är viktigt för ungdomar att de känner meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet i livet. Detta kan kopplas ihop med faktorn inre kontroll som innebär att ungdomar måste kunna styra över inre omständigheter och inte vara totalt beroende av de yttre omständigheterna. Vidare är självkänsla väsentligt i hur man hanterar livets svårigheter. Självkänslan utvecklas bland annat genom att ungdomen får (positiv) bekräftelse på det hon eller han gör (Stain, 2008). (Mer om KASAM, kontroll och självbild finner du i kapitlet *Teoretiska perspektiv*.)

3.1.5 DBT – Dialektisk beteendeterapi

Dialektisk beteendeterapi (DBT) har sitt ursprung i Kognitiv beteendeterapi (KBT) och utvecklades ursprungligen för vuxna med emotionellt instabil personlighetstörning och ett självskadebeteende. Metoden finns i dag omarbetad och anpassad till flera olika grupper med självskadebeteende, däribland unga tjejer. DBT som metod har visat sig fungera väldigt bra i arbetet med dessa tjejer och är således en användbar metod då man vill förstå självskadebeteendet (www.skane.se och Kåver/Nilsonne, 2003).

DBT innehåller individuell terapi, färdighetsträning, samt färdighetsträning för föräldrar och familjesamtal (Kåver/Nilsonne, 2003). Fokus för DBT är kort och gott att hjälpa personen med självskadebeteendet att hantera känslor och impulser genom att ge personen redskap för att kunna reglera känslorna, tankarna och framförallt självskadebeteendet. DBT lär även personen med självskadebeteendet att inte se livet i svart och vitt utan att man måste se helheten och att det är okej att känna, exempelvis, både kärlek och hat på samma gång. DBT är en metod som kräver mycket av den enskilde personen men också utav föräldrar och andra aktörer, såsom skola, sjukvård etc. Man väljer att blanda in många aktörer i behandlingen för att dessa ska kunna finnas där för att ge stöd (Straarup m fl, 2008). DBT arbetar också med självskadebeteende genom att förhålla sig till beteendet på ett sådant sätt att man inte förstärker det, till exempel att man visar ointresse för en person som redan skurit sig eller att man som professionell inte får reagera med omsorg och värme etc. Den professionella ska istället arbeta med att förstärka de beteenden hos personen med självskadebeteendet som innebär en konstruktiv lösning då impulsen att skada sig kommer (Kåver/Nilsonne, 2003).

Inlärningsteori har haft stor inverkan på DBT. Inlärningsteori syftar till och har som utgångspunkt att människan kan "...lära in och lära om" (Citat sid. 61, Kåver/Nilsonne, 2003). Med detta menas hurvida människan kan förändra sina tankegångar och sitt agerande i vissa situationer. För att lyckas med detta är det viktigt att personen i fråga får nya erfarenheter att utgå ifrån, detta genom att skapa förutsättningar för nyinlärning och förändring. Dessa förutsättningar kan exempelvis bestå i att man förändrar någonting i ens omgivning. Förändring kan likväl betyda att personen i fråga lär sig "...att acceptera sig själv och verkligheten som sådan den är." (Citat sid. 68, Kåver/Nilsonne, 2003).

Kapitel 4

4.1 Teoretiska utgångspunkter

Vi kommer i detta kapitel presentera delar av teorierna KASAM, empowerment och kristeori. Då dessa teorier är extremt breda och kan användas inom flera professioner har vi valt att bara presentera de delar av teorierna vi anser vara relevanta för studiens problematik och resultat.

4.2 KASAM

”Känsla av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang.” (Citat sid. 41, Antonovsky, 1991). Så definierar den medicinske sociologen Aaron Antonovskys känsla av sammanhang – KASAM. Det var Antonovsky själv som utvecklade KASAM, en salutogen, hälsobefrämjande teori vars syfte var att undersöka vad det är som gör att vissa människor, trots motgångar, klarar av att vidmakthålla sin hälsa (Antonovsky, 1991).

Antonovsky intresserade sig för hälsans ursprung och vilka faktorer som bidrar till en ökad hälsa. Antonovsky valde att i sin teori använda sig av motsatsparet hälsa - ohälsa istället för frisk-sjuk. Anledningen till att han gjorde detta var att han ansåg att alla människor alltid befinner sig inom dimensionen ”hälsa” alternativt ”ohälsa”, men att man därmed inte behöver vara frisk alternativt sjuk. Således ville Antonovsky undersöka vad det är som främjar rörelse mot ”hälsa”. Svaret på denna fråga kom genom att Antonovsky utvecklade begreppet KASAM. Som vi tidigare nämnt står begreppet KASAM för känsla av sammanhang och innefattar tre centrala delar - *begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet*. Således har de individer som har hög KASAM höga värden på dessa centrala begrepp och klarar därmed av trauman och andra påfrestande händelser på ett konstruktivt sätt (Antonovsky, 1991).

4.2.1 Begriplighet

Med begriplighet avses individens förmåga att ordna, förstå och förklara livets skeenden, det vill säga att göra dem begripliga (Antonovsky, 1991). För att kunna uppnå begriplighet är det därmed viktigt att det finns förutsägbarhet, trygghet och struktur i ens liv (Stain, 2008).

Begriplighet är något som börjar utvecklas redan i tidig ålder. Ett exempel på detta är att barnet lär sig att förstå att även om mamman försvinner ur dess synfält för en kort sekund så kommer hon så småningom tillbaka. Barnet känner således att det finns en struktur och trygghet i dess liv och följaktligen blir livet begripligt (Antonovsky, 1991).

4.2.2 Hanterbarhet

Hanterbarhet innebär enligt Antonovsky att man inser att man kommer att klara av de problem och besvikelser man ställs inför i livet och att det finns stöd att få av omgivningen, till exempel av sitt sociala nätverk och av samhället. Med hög känsla av hanterbarhet känner man att man har en stark inre kontroll. En person som inte har en hög känsla av hanterbarhet känner sig som ett offer och tycker att livet behandlar en orättvist. En person med hög känsla av hanterbarhet känner inte på detta sätt utan tänker istället framåt på ett positivt sätt (Antonovsky, 1991). Alltså är en god självkänsla väsentlig för att en hög känsla av hanterbarhet ska kunna infinna sig (Stain, 2008).

Även utvecklandet av hanterbarhet påbörjas då man är liten. Genom att man ger barnet uppgifter som det behärskar och genom att man ställer rimliga och realistiska krav på det, bidrar man till att barnet skapar en känsla av hanterbarhet (Antonovsky, 1991).

4.2.3 Meningsfullhet

En stark känsla av meningsfullhet ger, enligt Antonovsky, individen känslan av att det är värt att stå ut med de motgångar som livet kan medföra samt att livet har ett värde som gör att det känns meningsfullt att leva det. En person med hög känsla av meningsfullhet ser motgångar som stimulerande utmaningar istället för tunga bördor (Antonovsky, 1991). Vidare är det viktigt att veta vilket syfte saker och ting har här i världen för att kunna känna meningsfullhet; utan förståelse för varför man gör någonting är det också svårt att känna att det är meningsfullt. För att öka känslan av meningsfullhet och förståelsen för vad saker och ting har för syfte är det viktigt med delaktighet (Stain, 2008). Utan denna delaktighet, i till exempel beslut som fattas kring en själv, kan världen mista sin innebörd (Antonovsky, 1991).

Något som ofta bidrar till en känsla av meningsfullhet är förmågan att kunna förutsäga saker. Förutsägbarhet behöver dock inte alltid vara positivt och leda till en känsla av meningsfullhet. För att förutsägbarheten ska kunna öka känslan av meningsfullhet behövs värme och kärlek i de förutsägbara handlingarna (Antonovsky, 1991).

4.2.4 Förhållanden som gynnar alternativt missgynnar KASAM

Antonovsky anser att meningsfullhet är den viktigaste komponenten av de tre ovanstående då en person som varken känner motivation eller engagemang, det vill säga meningsfullhet, inte heller kan känna begriplighet eller hanterbarhet. Alltså, begriplighet och hanterbarhet är beroende av meningsfullhet. Antonovsky (1991) är dock noga med att framhålla att lyckosam hantering av problem och motgångar är beroende av KASAM i dess helhet, det vill säga samtliga tre komponenter behöver finnas där.

KASAM syftar till att lyfta fram resurser och förmågor hos den enskilda personen. Detta kan till exempel ske via sysselsättning. Meningsfull sysselsättning som är anpassad efter personens förmåga och där personen har resurser till sitt förfogande bidrar till en känsla av hanterbarhet. Att det finns en struktur och förutsägbarhet i sysselsättningen leder till en stärkt känsla av begriplighet. Att man känner glädje och värdighet inför sin sysselsättning leder i sin tur till att man känner meningsfullhet (Antonovsky 1991). Således gynnas KASAM av sysselsättning som upplevs som meningsfull.

Vidare är social gemenskap betydande för KASAM. I samband med social gemenskap talar Antonovsky om roller och rollens betydelse för att få starkare KASAM. Med roller menar han den roll man har i till exempel skolan, på arbetet eller helt enkelt i samhället i stort. Då den sociala roll man har leder till att man får social uppskattning stärks känslan av meningsfullhet. En roll kan även vara socialt uppskattad i en subkultur, det vill säga i en mindre grupp, och då behövs troligtvis inte uppskattning från övriga samhället på samma sätt för att känslan av meningsfullhet ska infinna sig (Antonovsky 1991).

”Krav som det inte finns några omedelbart tillgängliga eller automatiska adaptiva responser på” (Citat sid. 51, Antonovsky, 1991). Så definierar Antonovsky begreppet stressor då han syftar på händelser som i första hand har som följd att ett spänningstillstånd uppstår. Han menar att händelser i livet, vare sig de är stora eller små, kan ge upphov till att KASAM försvagas. Dock menar han att det är kraften av KASAM hos den person som är med om händelsen som avgör om händelsens följder kommer att bli negativa, positiva eller endast neutrala. Således kan man dra slutsatsen att en person med stark känsla av både begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet klarar av stressande händelser bättre än en person med svag känsla av dessa komponenter. Antonovsky är dock noga med att påpeka att en stressor inte alltid behöver vara negativ då en stressor, trots att KASAM rubbas, kan utveckla personen i fråga och därmed stärka dennes KASAM (Antonovsky, 1991). Även copingstrategier diskuteras i samband med Antonovskys salutogena teori, och då framförallt hur man tillägnar sig och skapar nya, icke-destruktiva sådana. Genom att arbeta för att stärka en persons känsla av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet kan man ge denna person en ny tilltro till sin förmåga att hantera problem (Antonovsky, 1991).

KASAM talar också om begreppen över- eller underbelastning. Med överbelastning menas att tiden aldrig räcker till, det finns för mycket att göra. Med underbelastning menas även här att det finns mycket att göra men att ens liv är så stadigt strukturerat att det inte finns plats att ge uttryck för sina förmågor och intressen. Antonovsky talar främst om dessa begrepp i samband med hemmafruar och deras livssituation (Antonovsky, 1991).

4.3 Empowerment

Empowerment kan vara en användbar teori i behandlingsarbetet med personer med ett självskadebeteende (Stain, 2008), därför har vi valt att närmare beskriva vad empowerment innebär.

Empowerment som teori och arbetssätt introducerades i USA redan under 1970-talet. Då handlade teorin främst om mobilisering av utsatta grupper samt olika former av utveckling på lokal nivå. Inom det sociala arbetet kom begreppet empowerment så småningom att beteckna ett speciellt förhållningssätt som gick ut på att stärka utsatta grupper så att de själva kunde arbeta för ett större inflytande i samhället (Forsberg m fl, 1997).

I dag används inte begreppet empowerment inom enbart socialt arbete, utan det är också ett begrepp som är vanligt förekommande hos bland andra affärsmän och politiker. Detta har lett till att begreppet i dag har en mängd olika innebörder och, av många, också ses

som enbart en modeterm. Inom det sociala arbetet har dock den genuina innebörden av begreppet stannat kvar, nämligen att empowerment handlar om maktlösa grupper och deras kamp för inflytande (Forsberg m fl, 1997).

4.3.1 Definition av empowerment

Att definiera och översätta begreppet empowerment till svenska är svårt; egenmakt och delaktighet skulle kunna vara en definition. Att beskriva avsaknaden av empowerment är dock lättare. Avsaknad av kontroll över sitt eget liv och maktlöshet är ord som tydligt beskriver vad empowerment har för syfte att motverka. Begreppet empowerment förekommer inom flera professioner. Inom socialt arbete och psykiatri, som den här studien ämnar undersöka, betonas utvecklandet av hjälp till självhjälp då man talar om empowerment. Premissen är enkelt förklarat att det är individen själv som kan få till stånd förändringarna. För att kunna uppnå empowerment, och då framförallt en känsla av att man har kontroll över sig själv och sitt liv, måste man någon gång innan ha haft en känsla av disempowerment, vilket helt enkelt innebär motsatsen; att man upplever att man inte har någon kontroll över sitt liv och att man inte har några valmöjligheter i livet (Larsson, 2007).

4.3.2 Empowerment – en förändringsprocess

Empowerment kan användas för att hjälpa personer med självskadebeteende att få makt över beslut och handlingar i sina liv. Detta görs genom att aktivt stärka personernas självförtroende och genom att flytta över makt från omgivningen till personerna själva. Att jobba med empowerment innebär alltså bland annat att få personerna att ta kontroll över sina liv, skapa en tilltro till deras förmåga att utveckla makten att handla samt att öka medvetenheten över de val man har vid beslut och handling (Payne 2002).

Av ovanstående kan man förstå att empowerment kan ses som en process för förändring. I denna process finns ett flertal förändringskomponenter. Processen ska syfta till att lyfta personernas förmågor och styrkor snarare än deras svårigheter och misslyckanden. När det gäller personer med självskadebeteende är det mest centralt att förändra komponenterna attityder, värderingar och antaganden då dessa komponenter är väsentliga då det gäller att öka självkänslan, ge en känsla av värdighet och att ha kontroll. Denna process kan man se i två framträdande steg. Det första steget syftar just till att öka självkänslan och självförtroendet. Det andra steget riktar sedan in sig på att personen ska förbättra sin förmåga att agera och påverka i en relation (Larsson, 2007).

Croft och Beresford talar om fyra punkter då de talar om empowerment:

1. Empowerment gör det möjligt för människor att själva ta kontroll över sina liv och det som kan påverka dem.
2. Genom empowerment får man hjälp att definiera vilka behov den enskilde har och den enskilde får själv vara med i planering och beslut om sitt liv.
3. Empowerment stärker de personliga resurser som finns så att självförtroendet kan utvecklas i positiv riktning.
4. Empowerment ska bidra till att öppna upp myndigheter för att den enskilde ska kunna känna delaktighet (Payne, 2002).

Av ovanstående kan man sammanfattningsvis säga att empowerment går ut på att se vilka behov, vilka styrkor och intressen samt vilka resurser personen i fråga har. Med hjälp av dessa försöker man sedan stötta och skapa en bättre självkänsla och ett bättre självförtroende. Det är viktigt att utgå från personens egna upplevelse av problemet för att denna ska finna en förmåga att på egen hand lösa de problem/den ångest som dyker upp. Att vara en aktiv lyssnare och visa respekt kan vara ett bra sätt att hjälpa personen att finna nya strategier att hantera livet med (Stain, 2008).

4.4 Kristeori enligt Cullberg

Avgörande vändning, ödesdiger rubbning eller en plötslig förändring – så definierar Johan Cullberg, professor i psykiatri, företeelsen kris. För lite över 30 år sedan skrev Cullberg boken *Kris och utveckling* efter att han nyligen hade förstått att en människas psykiska mående ofta kunde härledas tillbaka till en händelse tidigare i livet. Han insåg dock att denna händelse inte behövde vara konkret utan att den även kunde vara en längre period av ens liv. Således utvecklades kristeori, där Cullberg beskriver hur traumatiska och/eller utvecklingskriser kan påverka människor. Cullberg beskriver en kris som ett stadium där de erfarenheter man har sedan tidigare samt inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att man ska kunna både förstå och psykiskt klara av den situation man hamnat i (Cullberg, 2006).

Cullberg (2006) delar in krisen i fyra olika faser; chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. I chockfasen är det svårt att acceptera vad som har hänt och förnekelse infinner sig oftast. Chockfasen håller i sig alltifrån en kort stund till några dygn. I reaktionsfasen, som varar i ungefär fyra till sex veckor, börjar den krisdrabbade sedan ta in vad som faktiskt har hänt. Dessa två första faser kallas för den akuta krisen. I bearbetningsfasen bearbetas det som har hänt medan nyorienteringsfasen infinner sig då krisen är bearbetad och den drabbade har kunnat förlika sig med vad som hänt. Livet återgår här till det normala, dock med erfarenheten av en genomgången kris. Dessa faser beskriver hur en krisbearbetning går till om den fungerar bra. De bestående problemen av en kris kommer först då dessa faser ej genomförs helt.

4.4.1 Vad är en kris?

Kriser kan bestå av både till synes små och stora problem och det är den personliga betydelsen av problemet som avgör hur pass allvarlig krisen är för personen i fråga. För en psykologisk kris, som vi främst ämnar redogöra för här, finns det några kännetecken och faktorer som man måste tänka på. Först och främst ska det finnas en förhållandevis tydlig utlösande faktor (Cullberg, 2006). Denna utlösande faktor kan både bestå av yttre traumatiska kriser, såsom att en närstående dör, och av inre utvecklings- eller livskriser, såsom att man kommer in i puberteten eller har en 40-årskris (Cullberg, 2005).

För att det inträffade ska betraktas som en kris krävs att det inträffade är av betydelse för personen i fråga, det vill säga att personen uppfattar det hela som allvarligt och/eller betydelsefullt. För att återigen ge exemplet då en närstående dör; hur man reagerar på detta är beroende av vilken relation man hade till den bortgångne samt vilken roll denna person spelat i ens liv. Alltså blir krisen allvarligare om den bortgångne varit en viktig person i ens liv. Det är också viktigt att veta i vilken del av livet personen i fråga befinner

sig. Detta är av betydelse med tanke på att vissa kriser möjligen kan förklaras med hjälp av denna period, exempelvis puberteten, graviditet etc. (Cullberg, 2006).

Det är också viktigt att se vilka sociala förutsättningar som finns kring personen i kris. Familj, skolkamrater, arbetskamrater eller andra som man räknar till sitt sociala nätverk kan betyda väldigt mycket samt vara behjälpliga och ge stöd vid problem. Ibland kan det vara så att det sociala nätverket, av olika anledningar, inte kan stötta eller hjälpa till. Detta kan till exempel bero på att det är fler än en person i en familj som mår dåligt, eller att hela familjen mår dåligt av att en enskild individ gör det. Då en hel familj är inne i en kris och inte klarar av att hantera det som händer finns det stor risk att de enskilda individerna i familjen kompenserar familjens plåga genom destruktiva handlingar (Cullberg, 2006).

I behandlingsarbetet vid en kris behöver den drabbade ofta hjälp och stöd i att verbalisera sina känslor. Detta medför ofta en känsla av att känslorna eller upplevelserna blir mer konkreta (Cullberg, 2006).

4.4.2 Traumatisk kris

En traumatisk kris definieras som ”... *individens psykiska situation vid en yttre händelse som är av den arten eller graden att den fysiska existensen, sociala identiteten och tryggheten eller de grundläggande möjligheterna till tillfredsställelse i tillvaron hotas*” (Citat sid. 120, Cullberg, 2006). Således är en traumatisk kris en händelse som individen inte har kunnat förutse. Dessa händelser kan delas in i tre grupper; förlust av någon eller något, en kränkning eller hot om kränkning samt att vara med om en katastrof (Cullberg, 2005).

Man kan i ovanstående läsa att en yttre traumatisk kris bland annat kan bestå av att en närstående dör. Ytterligare trauman som Cullberg tar upp är till exempel sjukdom, inläggning på sjukhus och skilsmässa. Om en händelse kommer att utlösa en traumatisk kris eller inte beror dock helt och hållet på hur man som person reagerar på händelsen i fråga, till exempel om man upplever inläggningen på sjukhus som integritetskränkande eller inte (Cullberg 2006).

När en traumatisk kris inträffar och personen i fråga inte får någon möjlighet att bearbeta krisen finns det stor risk att omgivningen inte märker att personen i fråga inte har klarat sig igenom krisen. Krisens reaktioner kan då ge sig uttryck i kroppsliga symptom eller nedstämdhet (Cullberg 2006).

4.4.3 Puberteten och jag-identiteten

Den kanske vanligaste utvecklingskrisen är puberteten. Detta beror på att utvecklingskriser i stor utsträckning grundas av den biologiska utvecklingen och kroppens förändring. Människans kropp utvecklas som mest under puberteten och varje märkbar förändring kan innebära att upplevelsen av jaget blir annorlunda. Jag-upplevelsen är redan från tidig ålder kopplad till kroppen och kroppens behov, således är det inte någon större förvåning att denna upplevelse förändras under puberteten. Att upplevelsen av jaget förändras kan innebära att man känner ett främlingskap både mot sig själv och andra (Cullberg, 2006).

Upplevelsen av jaget påverkas under puberteten, men även ens jag-identitet påverkas. Jag-identitet definieras som "... förmåga att uppleva och vidmakthålla en inre enhet och kontinuitet som någorlunda motsvarar andras uppfattning av en själv." (Citat sid. 73, Cullberg, 2006). Då man inte är säker på sin jag-identitet skapas en så kallad identitetsdiffusion vilket innebär att personen i fråga allt mer känner att identiteten förloras. I och med detta skapar man en negativ, inre bild av sig själv. Denna negativa självbild blir den enda verkliga, eftersom dessa personer inte har en positiv, inre självbild att väga upp det negativa med (Cullberg, 2006).

Att det uppstår en allvarlig psykisk reaktion vid sorg är vanligare ju svagare självkänsla man har och desto skörare ens identitet är. Vanligt förekommande känslotillstånd vid svag självkänsla eller självbild och självförkastelse är skuldkänslor, självbestraffning och destruktivitet. Ett vanligt symptom på självförkastelse är att man drar sig tillbaka från sin omgivning samt att man upplever sig sämre än andra. Vidare är det vanligt att man tolkar andras beteenden negativt vilket verifierar känslan av att vara sämre och utanför. Självförkastelse yttrar sig ofta i ett destruktivt självskadebeteende (Cullberg, 2006).

Att känna trygghet är en känsla som även den kan rubbas under puberteten och det har visat sig att tjejer som kontinuerligt skär sig ofta har en väsentlig brist på trygghet. Denna trygghetsbrist kan exempelvis bero på att de blivit utsatta för någon form av övergrepp under barndomen, men den kan också bero på andra, oidentifierbara saker. Ofta krävs ett varaktigt psykologiskt stöd för att tryggheten återigen ska infinna sig (Cullberg, 2006).

Kapitel 5

5.1 Metod

Vi kommer i detta kapitel att redogöra för först och främst den narrativa metoden i sig och sedan uppsatsens genomförande. I genomförandet går vi igenom allt från förberedelser till utförande och analys av intervjuvaren. Vi kommer också att redogöra för hur vi har gjort vårt urval samt undersökningens etiska aspekter. Vi har valt att lägga stor vikt på stycket om etiska aspekter då vi anser att vårt uppsatsämne är så pass känsligt att det finns mycket att ta hänsyn till. Vidare kommer vi att gå igenom vad vi har gjort för att ge vår undersökning god validitet, reliabilitet och generaliserbarhet.

Liksom i tidigare kapitel kommer vi också att använda oss av underrubriker för att göra uppsatsen så tydlig som möjligt.

5.1.1 Val av metod

Anledningen till att vi valt att använda oss av narrativ metod är att vi är intresserade av att, ur ett livshistorieperspektiv, undersöka våra respondenters upplevelser av sina problem. Vi ville bygga vår studie på *deras* berättelser. Följaktligen har vår datainsamling skett via dessa livshistorieintervjuer, vilka vi har kompletterat med litteraturläsning och genomgång av tidigare forskning. Vi är medvetna om att vårt val av metod har medfört att vår presentation av intervjuerna kan uppfattas som omfattande (Larsson m fl, 2005). Dock hoppas vi att läsaren har överseende med detta då vi på grund av vårt livshistorieperspektiv inte velat ta bort någon del av historien. Vår studie är således narrativ med en hermeneutisk utgångspunkt. Mer om den narrativa metoden och den hermeneutiska utgångspunkten kan läsas under respektive rubrik, *Narrativ metod* och *Hermeneutik*.

5.2 Narrativ metod

Betydelsen av ordet narrativ är berättande eller berättelse. Detta är dock en term som har vidgat definitionen av berättelse till att också kunna innebära historia, rapport, anekdot, reportage, plan eller redogörelse. I grunden handlar det dock om en berättelse med en början, en mitt och ett slut (Larsson m fl, 2008). Catherine Riessman menar att en berättelse skapas och får mening först när den når den tolkande intervjuaren. Enligt Riessman kan vi se på berättandet som en "vinflasketeori".

"Den personliga berättelsen är så att säga innesluten i en flaska (den intervjuade); serveringspersonalen (intervjuaren) drar ur korken och lutar på flaskan, så rinner berättelsen ut" (Citat sid. 56-57, Hydén m fl 1997).

Alla människor har berättelser om sina liv (Hydén m fl, 1997). En livsberättelse definieras som "... den berättelse som en person berättar om sitt liv eller valda aspekter om sitt liv." (Citat sid. 23, Johansson, 2007). Dessa berättelser baseras på relationer och upplevelser från både det förflutna och nutiden och de formar oss och våra aktuella upplevelser. Det narrativa synsättet utmärks av sådana här berättelser, eftersom de blir trovärdiga för att de har en likhet med den faktiska tillvaron. I den nedskrivna berättelsen

länkar man samman händelser från en tid till en annan. Man är inte ute efter att skapa några allmänna teorier med hjälp av berättelserna, utan det är detaljerna i berättelserna som är det viktiga. (Hydén m fl, 1997). På senare år har man kunnat se att den narrativa berättelsen alltmer uppfattas som kunskap. Anledningen till att den tidigare inte har uppfattats som sådan är att en berättelse aldrig kan vara objektiv (Johansson, 2007).

Enligt Laurel Richardson kan man sammanfatta argumenten för att göra en narrativ studie i fem punkter:

- Berättelser skapar ordning och reda i våra dagliga liv. De sammanfattar helt enkelt våra vardagserfarenheter.
- Berättelser uppger hur människor upplever sina subjektiva liv. Det är ofta ett flertal berättelser som leder fram till skapandet av vår identitet.
- Tack vare berättelser kan vi förstå andra människor och deras liv.
- En del berättelser ger oss modeller för hur vi ska förstå våra liv. Dessa berättelser kan handla om till exempel "vårt eget folk" eller "vårt eget land".
- Kollektiva berättelser ger röst för dem som länge varit tystade och marginaliserade (Johansson 2007).

Vidare går den narrativa metoden ut på att berättaren, i till exempel en intervju, berättar sin historia för intervjuaren. Det är viktigt att forskaren ger berättaren tid och utrymme att berätta. Berättaren måste själv få bestämma vad hon/han vill beskriva närmare och vad som ska lämnas utanför. Forskarens roll blir ofta att vara helt tyst och bara lyssna. Det är dock viktigt att poängtera att berättelsen skapas av berättaren och lyssnaren tillsammans (Hydén m fl, 1997). Enligt Armitage (Johansson, 2007) är det oerhört viktigt att hantera känsliga ämnen försiktigt och respektfullt. Man måste vara beredd på att gå långsamt framåt och inte avbryta berättaren i sin berättelse. Man måste vänta på att hon/han ska våga känna tillit. Inför intervjun kan forskaren göra upp teman för samtalet, som gör det lättare att hålla det på rätt spår. Det spelar dock mindre roll hur frågorna är formulerade. Det viktiga är att de lockar till berättande (Hydén m fl, 1997).

Somers och Gibson (Johansson, 2007) pekar på fyra olika slags berättelser; ontologiska, offentliga, metanarrativa samt begreppsliga berättelser. Vi kommer i vår studie att använda oss av ontologiska berättelser. Den ontologiska berättelsen kan också kallas för den personliga berättelsen. Denna typ av berättelse används för att definiera vilka vi är. Det handlar alltså om de berättelser vi berättar i vardagen, självbiografiska texter eller livsberättelser förmedlade i forskningsintervjuer.

Enligt Adelswärd (Larsson m fl, 2008) finns det tre kriterier som en berättelse måste uppfylla. Det första är att en narrativ berättelse alltid handlar om det förflutna. Kriterium nummer två är att det måste vara möjligt att uppfatta en poäng med berättelsen. Berättelsen måste vara värd att berättas och ha ett så kallat berättarvärde. Slutligen måste berättelsen innehålla vissa strukturella element. Exempel på detta är att berättelsens poäng har en framträdande plats. Hur berättelsen skall utformas bestäms av olika faktorer i samverkan med den sociala kontexten. Den kan till exempel styras av berättarens motiv att framställa berättelsens specifika innebörd samt lyssnarens respons av berättelsen.

Den narrativa metoden har ett par klara fördelar. Den första är att personernas upplevelser placeras i ett tidsflöde. Till skillnad från vetenskapliga redogörelser är inte tanken med

berättelser att på något sätt föreviga upplevelser. Snarare handlar det om att tidsbestämma dem. För det andra, har en berättelse en tendens att ta med allt, både händelser och tankar. Detta gör att händelserna i människors liv blir mycket rikare och levande än i en förklarande redogörelse (White m fl, 2000).

5.3 Hermeneutik

Förutom den narrativa metoden har vår studie också ett hermeneutiskt förhållningssätt. Beteckningen hermeneutik kommer av grekiskans hermeneuein som betyder ”tolka” eller ”uttolka”. Hermeneutiken är en sammansatt tradition som innefattar olika teorier om just tolkning och förståelse (Thomassen, 2007). Hermeneutiken, eller tolkningsläran som den också kallas, bygger inte enbart på empiri och logik, utan också på inkännande. Vikten läggs på förståelse. I en narrativ studie tolkar forskaren allt som respondenterna säger. Detta gör att det är viktigt att forskaren är medveten om följande faktorer, då de spelar stor roll vid hermeneutiska tolkningar:

- Sina värderingar.
- Sin förförståelse.
- Kontexten (Thurén, 2007).

Hermeneutiken studerar alltså tolkning av texter. I forskning där man använder sig av intervjuer är hermeneutiken dubbelt relevant. För det första så tolkar den de dialoger som förs mellan forskare och intervjuperson, detta genom att transkribering sker. Dessutom tolkar den, genom analysen, själva intervjutexterna (Kvale, 1997). Att tolka en text kännetecknas av den så kallade hermeneutiska cirkeln. Denna innebär kort att en texts enskilda delar och deras mening formas till stor del av hur man ser på textens helhetliga mening. En intervjutext kan till exempel bestå av olika teman och hur man tolkar dessa teman beror alltså på hur man tolkar intervjun i sin helhet (Larsson m fl, 2005).

5.4 Abduktion

Vi kommer att ha en abduktiv ansats på vår studie, vilket är en sammankoppling av de båda ansatserna deduktion och induktion. Att man har en deduktiv ansats på en studie innebär att man drar logiska slutsatser. Däremot behöver dessa slutsatser inte stämma överens med verkligheten utan bara med det empiriska materialet man har fått fram. Med induktion menas istället att man exemplifierar hur något kan se ut genom att dra generella slutsatser. Anledningen till att man väljer den induktiva ansatsen är att man vill bidra till en bättre helhetsförståelse av ett fenomen (Thurén, 2007). Då man har en abduktiv ansats, som är en sammankoppling av de två ansatserna deduktion och induktion, i sin studie kan man förändra eller till och med byta ut de frågeställningar man från början hade, något som är omöjligt om man har en deduktiv eller induktiv ansats. Således kan man säga att den abduktiva ansatsen är ett sätt att inte hindra nya reflektioner från att synas i studien (Czarniawska, 1999). I vårt fall innebar detta att vi till stor del valde vilka teorier vi skulle analysera materialet med först efter det att intervjuerna var genomförda. Detta för att tydligt kunna se vilka teorier som var relevanta för just vårt material. Vi valde också att ta bort en av våra ursprungliga frågeställningar då vi ansåg att den frågeställningen vävdes in i de andra.

5.5 Genomförandet

5.5.1 Förberedelser och tankar före studiens början

En av de första diskussionerna som dök upp, före påbörjandet av uppsatsskrivandet, var huruvida vi skulle vara en eller två författare till uppsatsen. Vi valde att vara två. Den största anledningen till detta var att vi kände att vi ville ha någon att utbyta idéer och tankar med i ett kreativt samskapande. Vi ansåg även att det kunde vara en fördel att vara två vid eventuella problem, som idétorka eller skrivkramp. Vidare kunde det vara en fördel att vara två vid opponeringen då flera av de frågor som kan dyka upp då redan har diskuterats oss emellan under själva uppsatsskrivandet.

När vi hade bestämt oss för att skriva uppsatsen tillsammans var nästa steg, utöver att bestämma ämne, att komma överens om vilket syfte och vilka frågeställningar vi skulle ha i vår studie. Då vi var intresserade av samma fenomen och också av att försöka förstå varför en person ägnar sig åt ett självskadebeteende var det inte särskilt problematiskt att bestämma ett syfte. När det gällde frågeställningarna tog det dock lite längre tid, främst för att vi hade svårt att avgränsa oss. Vi ville veta allt! För att få hjälp med avgränsningen skrev vi ner allt vad vi ville veta och diskuterade oss sedan fram till vilka frågor som var mest relevanta för att vårt syfte skulle kunna besvaras. För mer om avgränsning, läs under rubriken *Avgränsning* i kapitlet *Syfte och frågeställningar*.

I våra förberedelser ingick också litteraturstudier.

5.5.2 Att söka tidigare forskning och litteratur om teorier

Då vi skulle söka tidigare forskning och litteratur om teorier använde vi oss främst av universitetsbibliotekens sökmotor *GUNDA*, men även den nationella sökmotorn *LIBRIS*. När vi sökte via dessa sökmotorer för tidigare forskning använde vi oss av följande sökord: självdestruktivt beteende, självskadebeteende samt självskadebeteende hos unga. För teorier använde vi sökorden: Känsla av sammanhang, KASAM, Empowerment samt kristeori. För att precisera vår sökning använde vi oss av funktionen detaljer där vi kom vidare till exempelvis behandling av självdestruktivt beteende och psykiatri. För att utöka vår sökning ytterligare valde vi också att trunkera våra sökord, vilket innebär att man markerar sitt sökord med en stjärna (*) och därmed söker man efter all litteratur som innehåller dessa ord.

Vi har också med ovanstående sökord sökt efter artiklar i databasen *CSA Social sciences*. Vi har även använt oss av internet, några av de sajter vi har hämtat information från är *Socialstyrelsens*, *Vetenskapsrådets* och *SHEDO:s* hemsidor.

5.5.3 Intervjuer

Redan innan vi påbörjade vår studie var vi medvetna om att det kunde bli svårt att hitta respondenter på grund av vårt känsliga ämne. Ändå hoppades vi på att vi genom att använda forum på internet skulle nå fram till några personer med självskadebeteende som kunde tänka sig att ställa upp på en intervju. Vi hittade ett forum, *SHEDO* (Self Harm and Eating Disorders Organisation) som vi skickade in en annons till. *SHEDO* är en ideell förening som har till syfte att dela med sig av kunskap om självskadebeteende och

ätstörningar. De ger också stöd åt drabbade och anhöriga samt arbetar för att dessa patientgrupper ska få tillgång till bättre vård (www.shedo.org). För att annonsen skulle kunna läggas upp på hemsidan var kravet att vi som författare skulle skicka in ett så kallat PM till hemsidans administratörer. I PM:et skulle syfte, problemformulering, frågeställningar, val av metod, vilka etiska aspekter vi i studien skulle ta hänsyn till samt tidsplan för studien beskrivas. (För PM:et i sin helhet, se bilaga 2).

Vår annons bestod av en kort presentation av oss som författare, att vi studerade på socionomprogrammet och att vi nu skulle skriva vår C-uppsats. Vi berättade kort vad uppsatsen skulle handla om och att vi var intresserade av deras historia. I annonsen stod även de urvalskrav som vi valt att ha med. Dessa var att de är tjejer, har fyllt 22 år och levde med sitt självskadebeteende under tonåren (13-19 år), att de har kommit ur sitt självskadebeteende samt att det i huvudsak bestod av att de skar sig. Då vi inte ville begränsa oss för mycket på den sistnämnda punkten valde vi att söka respondenter just utifrån kriteriet att de skulle ha haft ett självskadebeteende som i huvudsak bestod av att de skurit sig. Detta behövde alltså inte utesluta andra självskadebeteenden. Anledningen till att vi ville att tjejerna skulle ha fyllt 22 var att vi ville undersöka ett beteende som hade varit aktuellt under tonåren samt att vi ville att de skulle ha varit fria från sitt självskadebeteende ett antal år. Dock fick vi under studiens gång på grund av för få respondenter sänka denna åldersgräns till 20. Anledningen var för att en av respondenterna som tog kontakt med oss endast var 20 år gammal.

Vidare så förklarade annonsen att intervjun skulle ske via internetprogrammet MSN Messenger och att den skulle ta cirka två timmar att genomföra. MSN Messenger är ett så kallat snabbmeddelandesystem som man når via sin mail (www.msn.com). Annonsen förklarade även att uppgifterna som lämnades självklart skulle bli aidentifierade och att respondenten hade möjlighet att rätta till felaktigheter i texten. Annonsen förklarade också att respondenterna var välkomna att höra av sig om de hade frågor och att de därmed inte var tvungna att ställa upp på intervjun om de inte ville (För annonsen i sin helhet, se bilaga 1).

Då vi förberedde intervjuerna var vi noga med att se till att de huvudfrågor som fanns i vår intervjuguide överensstämde med vårt syfte, detta främst för att öka validiteten på vår studie (mer om validitet kan du läsa under rubriken *Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet*). Då vi gjort en narrativ studie med ett livshistorieperspektiv valde vi att ha en intervju med prägel av ett samtal istället för en utfrågning av respondenterna. Vi var noga med att inte ha för många frågor förberedda, då vi genom vårt narrativa livshistorieperspektiv ville att respondentens berättande skulle vara i fokus för intervjun. De frågor vi hade var deskriptiva frågor som ”vill du berätta...” (Kvale, 1997). Dock hade vi under varje deskriptiv huvudfråga ett antal mer riktade frågor (dessa är i intervjuguiden kursiverade). Dessa frågor kom under intervjun att bli mer som en vägledning i de fall samtalet stannade upp. Flertalet av dessa frågor behövde således aldrig ställas då de blev besvarade genom respondenternas berättelser (Intervjuguiden kan du se i bilaga 3.)

5.5.4 Urval

Att vi har valt att använda oss av tre respondenter i vår studie kan uppfattas både som för få eller för många. Diskussionen angående antalet respondenter kom för oss, framför allt,

att handla om; ska vi ha fler respondenter och därmed öka representativiteten i studien, men med följden att vi inte kan redovisa livshistorierna i dess helhet på grund av dess omfattning? Eller ska vi nöja oss med endast tre respondenter och därmed få möjlighet att redovisa dessa livshistorieberättelser i sin helhet? Att vi gick in i studien med intentionen att ha tre respondenter kan förklaras med vårt val av metod. Då den narrativa metoden innebär att man intervjuar sina respondenter ur ett livshistorieperspektiv medför detta, till skillnad från i en vetenskaplig redogörelse, långa och detaljerade berättelser (White m fl, 2000). Således bedömer vi detta mer betydelsefullt än att studien har en bredare representativitet. Vi är dock medvetna om att valet av tre respondenter trots detta också kan uppfattas som för många, då deras berättelser blir väldigt omfattande.

Då vi satte ut en annons på ett forum hade vi inte så mycket påverkan över hur urvalet gick till. Det vi kunde påverka var de krav vi ställde på respondenterna (kön, ålder etc.). Detta resulterade i att vi bara fick svar från tre respondenter, varav en var under ålderskravet. Då vi ville ha tre respondenter för att kunna genomföra vår studie valde vi därför att bortse från detta krav (läs mer under rubriken *intervjuer*). Att ha en urvalsprocess som ser ut på detta vis kan ha medfört att urvalet inte är särskilt representativt då de respondenter vi intervjuat troligtvis kontaktat oss eftersom de tycker att det är lätt att skriva och berätta om sitt självskadebeteende. Därmed har vi möjligen gått miste om de respondenter som inte har lika lätt att uttrycka sig i skrift. Dock anser vi att representativiteten inte har så stor betydelse i vår narrativa studie då det är *våra* respondenters livshistoria vi är ute efter. Samtidigt som vi är medvetna om att representativiteten inte är så hög tror vi ändå att våra respondenters berättelser kan ge röst för dem som länge varit tystade och marginaliserade (Johansson, 2007), det vill säga personer med självskadebeteende som inte har lika lätt för att uttrycka sig – muntligt eller skriftligt – då andra personer med självskadebeteende troligtvis kan känna igen sig i våra respondenters berättelser.

5.5.5 Genomförande av intervjuerna

Väl vid intervjutillfället valde vi att använda oss av vår privata mailadress. Detta efter att vi diskuterat huruvida vi skulle skapa en mailadress som endast användes i uppsatsarbetet. Anledningen till att vi valde att använda våra privata mailadresser var att vi ville undvika att vara alltför anonyma. Vi ville att respondenterna skulle känna förtroende för oss samt att de skulle känna att det verkligen var vi som intervjuade dem. Efter att intervjun genomförts tog vi bort respondentens kontaktinformation från vår MSN. Detta för att garantera att ingen obehörig skulle kunna se deras mailadresser.

Innan vi genomförde intervjuerna diskuterade vi huruvida vi skulle använda ett formellt eller informellt språk vid intervjutillfället. Med formellt språk menar vi det språk vi använder oss av då vi skriver uppsatsen, med informellt språk menar vi det språk vi talar till vardags. Vi bestämde oss för att anpassa vårt språk efter respondenten för att denna skulle känna sig så bekväm som möjligt. Denna anpassning bidrog också till att frågorna formulerades aningen annorlunda vid de olika intervjuerna. En av våra respondenter bad oss till exempel att dela upp frågorna i mindre, gripbara frågor då hon på grund av sin Aspergerdiagnos hade svårt att förstå, koncentrera sig och svara på de långa, breda frågorna. Innan intervjuerna hade vi också läst att det är de första minuterna av intervjuerna som är viktigast då det är då respondenten får ett förtroende för intervjuaren

(Kvale, 1997). Därför valde vi att ha lite enklare frågor om respondenternas liv i början för att lära känna varandra lite grann.

Varje intervju tog cirka två timmar att genomföra. Samtliga intervjuer genomfördes vid en dator hemma hos en av oss på kvällstid. Vi var båda närvarande vid intervjutillfällena, vilket vi informerade respondenterna om, och vi ställde frågorna i vi-form även då det bara var en av oss som skrev. Anledningen till att vi valde att vara båda två vid intervjutillfällena var dels att vi ville att samtliga intervjuer skulle vara uppbyggda på ungefär samma sätt samt att vi skulle minska risken för att glömma ställa någon fråga. Vi har under intervjuerna haft inställningen att vara nyfiket utforskande och aktivt lyssnande. I början av intervjuerna skickade vi ett dokument till respondenterna som de fick läsa igenom. Dokumentet innehöll till stor del samma information som stått i annonsen men med förtydliganden om de principer som gällde för intervjun (se detta dokument i bilaga 4). Därefter fick de i MSN-konversationen lämna ett skriftligt samtycke på att de godkände och samtyckte till detta. (Om skriftligt samtycke kan du läsa under rubriken *Etiska aspekter*.) I slutet av varje intervju gav vi respondenterna möjlighet att tillägga något om de tyckte att vi hade glömt att fråga om något. Vi bad också om tillåtelse att ta kontakt för kompletterande frågor. Dessa kompletterande frågor mailades i samband med den sammanställda intervjun. Anledningen till att vi skickade den sammanställda intervjun var främst att vi ville ge respondenten möjlighet att göra eventuella ändringar, strykningar eller tillägg (Kvale, 1997). Endast en respondent har gjort detta.

5.5.6 För- och nackdelar med internetintervju

Något som vi under intervjuerna uppfattade som negativt var att man genom MSN Messenger inte kan skriva så mycket på en gång, man kan bara kommunicera 400 tecken (inklusive blanksteg) åt gången. Detta var inget större problem för oss som intervjuare utan det vi kunde märka var att respondenternas meningar ibland blev ofullständiga. Meningen fortsatte dock i nästa meddelande så vi gick inte miste om någon information. Anledningen till att vi uppfattade detta som negativt var att vi upplevde att det kunde störa respondenten i sitt berättande. Ytterligare en nackdel med vårt val av intervjumetod var att det emellanåt tog lång tid för både oss och respondenten att skriva. Detta var dock något som var mer markant i början av intervjuerna. Efter en stund blev frågorna mer spontana och svaren likaså.

En fördel med att använda oss utav MSN Messenger var att vi på så sätt kunde nå respondenter i hela Sverige, i hela världen egentligen. Ytterligare en fördel var att hela intervjun direkt efter intervjutillfället fanns färdigtranskriberad.

För fler för- och nackdelar med internetintervjuer, läs under rubriken *Etiska aspekter*.

5.5.7 Bearbetning och presentation av intervjumaterial

Under intervjun sparade vi kontinuerligt det som sades i MSN Messenger i ett dokument i programmet Word. Anledningen till att vi gjorde detta var att vi ville försäkra oss om att inget material skulle gå förlorat, till exempel i fall internet skulle stängas av. Genom att vi gjorde detta fanns således hela intervjun transkriberad och klar då vi skulle börja bearbeta vårt material. Vi valde att sammanställa och skriva ihop samtliga intervjuer redan dagen

efter intervjutillfället. Detta för att ha intervjun i så färskt minne som möjligt, för att vi lättare skulle kunna komma ihåg de tankar som väcktes hos oss under intervjun. Det sammanställda materialet har vi valt att presentera för sig, alltså hela berättelsen i en fortlöpande text. Detta genom att göra en narrativ meningsstrukturering (läs mer om detta under *Analys och tolkning*). Vid narrativ metodik ska ingenting från livshistorieintervjuerna utelämnas och således innehåller sammanställningarna så gott som hela intervjun. Dock har vi tagit oss friheten att inte redovisa sådant som inte varit relevant för historien, som småprat eller stora avvikelser från ämnet. Exempel på detta kan vara att en av våra respondenter frågade om hon fick ta del av vår litteraturlista etc.

När vi bearbetade materialet valde vi att dela upp intervjun i de teman som vi hade utgått ifrån under intervjutillfällena. Dessa teman utkristalliserade sig redan då vi skrev intervjuguiden. De teman vi valt är: Livet före självskadebeteendet, att leva med ett självskadebeteende, vändpunkten, behandling samt livet efter självskadebeteendet. Det sista temat har vi dock valt att utelämnas i analysen då detta främst handlade om respondenternas egna reflektioner, vilket vi ansåg skulle få lov att vara just deras reflektioner.

För att säkerställa respondenternas anonymitet har vi i uppsatsen, i enlighet med Kvale (1997) givit dem fingerade namn (som de själva fått möjlighet att välja) samt tagit bort alla igenkännande karaktäristika.

5.5.8 Analys och tolkning

Som vi nämnt ovan valde vi att göra vår analys utifrån fyra teman.

”Att analysera innebär att skilja något i delar eller element” (Citat sid. 167, Kvale, 1997). I narrativt analysarbete är utgångspunkten att vi inte har tillgång till en annan människas upplevelse (Johansson 2007), utan bara deras berättelse. Detta resulterar i att tolkningsarbetet innehåller flera viktiga delar; respondenternas upplevelser, deras rekonstruktion av sin historia samt den bearbetning och presentation som vi författare gör. Alla dessa delar tillsammans resulterar i en analys och en tolkning. Hade någon del förändrats hade således också analysen och tolkningen förändrats.

Analysen pågår egentligen under hela studien, både i genomförandet och i analysarbetet. Med detta menar vi att de frågor vi ställer till respondenten kan medföra att respondenten reflekterar och analyserar om sin berättelse. Man kan säga att analysen, enligt det narrativa synsättet, är en process som aldrig avslutas (Kvale 1997).

Kvale (1997) beskriver att analysen har flera steg. I det första steget ger respondenten en beskrivning av sin livshistoria. Denna beskrivning kan innehålla upplevelser, känslor och dylikt i förhållande till ämnet. I detta steg görs ingen vidare tolkning. I det andra steget ser respondenten med nya ögon på sin historia. Respondenten börjar även se samband mellan sin historia och saker som har hänt i dennes liv. Det tredje steget innebär att intervjuaren tolkar det som respondenten säger genom att ställa frågor som ger respondenten möjlighet att förtydliga det som har sagts. Detta steg är viktigt för att minska den möjliga tolkningen och eventuella missförstånd senare i analysarbetet. Steg fyra genomförs efter det att intervjun är genomförd och innebär att den utskrivna intervjun tolkas av intervjuaren. Denna tolkning kan göras antingen ensam eller

tillsammans med andra forskare (Kvale 1997). Vi har valt att göra denna tolkning tillsammans. Denna tolkning börjar med att man strukturerar upp materialet. Denna narrativa meningsstrukturering innebär att "... *en text organiseras tidsligt och socialt för att avslöja sin mening*" (Citat sid. 174, Kvale, 1997). Att göra denna strukturering kan medföra att berättelsen vidgas men vanligtvis minskas intervjutextens omfång. Vidare kartläggs materialet så att det blir tillgängligt för analys. Detta kan till exempel innebära att man tar bort överflödigt material, som upprepningar och avvikelser (Kvale, 1997). I detta steg har vi också varit noggranna med att medvetandegöra vår förförståelse och våra värderingar, något som Thurén (2007) skriver är viktigt vid tolkningen. Det femte steget innebär att man låter respondenten läsa den första tolkning som sker, alltså den hopskrivna texten. Detta för att kunna kommentera och förtydliga (Kvale, 1997). Hur vi har gjort detta skriver vi om under rubriken *Genomförande av intervjuerna*.

Vi har i uppsatsen valt att använda oss av teorierna KASAM, Empowerment och Cullbergs kristeori då vi analyserade vårt material. Dessa teorier är alla relativt generella och går därmed att koppla till väldigt mycket. Trots att vi anser att dessa teorier är användbara när det gäller arbetet med tjejer med självskadebeteende och att de har givit vår studie ett djup anser vi att en mer specifik teori hade kunnat ge studien ett annat, mer inriktat djup. Valet av teorier kan kanske kopplas samman med våra generella och breda frågeställningar. Hade vi läst mer om teorier, och kanske också mer om tidigare forskning, innan vi skrev frågeställningarna och genomförde intervjuerna hade troligtvis både frågeställningarna och teorierna blivit mer specifika. Efter att vi hade genomfört intervjuerna var det omöjligt att göra några större ändringar på frågeställningarna eftersom våra intervjusvar då inte hade gått att passa in, något som vi genom vår abduktiva ansats annars hade haft möjlighet att göra. Dock valde vi att helt ta bort en frågeställning då vi ansåg att den egentligen redan besvarats genom de andra frågeställningarna.

5.5.9 Avvikelser från den narrativa metoden

Vi har under uppsatsskrivandet inte varit helt konsekventa när gäller den narrativa metoden. Då en livshistoria fritt ska berättas av respondenten och man som intervjuare egentligen bara ska inta en roll som någon som utforskar berättelsen tillsammans med respondenten har vi gjort en avvikelse från den narrativa metoden på denna punkt. Detta genom att vi till exempel under en intervju ställde relativt många konkreta frågor på grund av att respondenten bad oss om det. (Mer om detta finns att läsa under rubriken *Genomförande av intervjuerna*.) Vi har även då intervjuerna stannade upp ställt frågor för att få respondenten att återigen inta den berättande rollen.

Som vi nämnde i stycket ovan ska en narrativ livshistoria fritt berättas av respondenten själv. Hydén (1997) skriver dock att man innan intervjun kan bestämma teman för samtalet. Detta är något som vi hade som mål redan från början, att intervjuerna skulle ha fokus på den period i livet som respondenterna hade ett självskadebeteende. Således hade vi tydligt strukturerade teman för intervjutillfället då vi ansåg att dessa var väsentliga för att studiens syfte skulle kunna uppnås.

Även då vi redovisat respondenternas berättelser har vi avvikit något från den narrativa metoden. Berättelserna ska egentligen innehålla fler citat och väldigt lite beskrivande text från författarna. Anledningen till att vi har valt att blanda citat med beskrivande text är att

det var svårt att få ut många och bra citat från MSN intervjuerna. Troligen hade intervjuer där respondent och intervjuare träffats i verkligheten resulterat i fler och längre citat. Vi anser ändå att vi på ett rättvist sätt kunnat redovisa respondenternas berättelser trots att vi gjort omformuleringar av vad de berättat.

5.6 Etiska aspekter

Liksom alltid då man genomför en studie är det viktigt att tänka på de etiska aspekterna av sin studie. Då man undersöker ett känsligt och relativt privat ämne som självskadebeteende ur ett narrativt livshistorieperspektiv är det kanske extra viktigt. Därför gick vi redan från början in i arbetsprocessen med intentionen att ha de etiska aspekterna i åtanke under hela studien. Det finns främst fyra etiska krav vi som författare/forskare måste rätta oss efter - informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. Dessa krav finns främst till för att respondenten ska känna ett förtroende för forskaren/oss författare och dels för att skydda respondenterna efter avslutad studie (Vetenskapsrådet, 2009-01-23). Innan vi genomförde intervjuerna fick respondenterna skriftligt godkänna och samtycka till dessa krav.

Det första kravet, informationskravet, innebär att vi som intervjuare ska upplysa respondenten om undersökningens syfte, hur vi kommer att bearbeta det material vi får in samt om annat som har med undersökningen att göra (Vetenskapsrådet, 2009-01-23). Vi ska även informera om vilka fördelar och risker som kan medföras genom att delta i undersökningen (Kvale, 1997). En risk, i vår studie, skulle kunna vara att vi genom att vi sitter framför en dator inte kan ta emot något utöver det skrivna ordet.

Respondenten ska också få information om att intervjun är frivillig samt att respondenten när som helst har rätt att avbryta intervjun eller välja att inte svara på en fråga (Larsson, 2005), detta krav kallas samtyckeskravet (Vetenskapsrådet, 2009-01-23).

Konfidentialitetskravet innebär att respondenten ska få intygat att informationen denne lämnar inte ska komma i orätta händer (Vetenskapsrådet, 2009-01-23), informationen ska heller inte redovisas på sådant sätt att respondenterna kan identifieras (Kvale, 1997). För att uppfylla detta krav valde vi att ge oss själva en form av tystnadsplikt, det vill säga att vi inte får avslöja några detaljer som kan leda till identifiering. Vidare säger nyttjandekravet att den information respondenten lämnar endast ska användas till forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2009-01-23), i detta fall vår uppsats.

Att vi genomfört våra intervjuer via internet och programmet MSN Messenger har resulterat i en etisk diskussion. Att det finns en datorskärm mellan oss och respondenten medför både för- och nackdelar. En viktig fördel är att respondenten kan känna sig trygg med att ingen vet vem hon är samt att de har kontroll över vad de berättar då de hinner tänka mer då de skriver. Daneback menar att det ofta kan vara lättare att prata om ett känsligt ämne över internet (Daneback, 2006). Denna fördel är främst respondentens då vi som intervjuare kan gå miste om intressant information. Alltså kan detta också vara en nackdel då respondenten hinner reflektera och därför kanske väljer att inte berätta något, något som respondenten i en annan intervjusituation hade berättat spontant. En annan nackdel med denna typ av intervju är att vi som intervjuare inte blir medvetna om vilka känslor våra frågor väcker. Vi kan inte genom datorn se till exempel ilska eller glädje, vi kan inte heller höra tonlägen. Således blir berättelsen inte lika verklig som om

intervjuaren och respondenten sitter mitt emot varandra. Dock kan MSN Messengers uttryckssymboler, såsom ledsna och glada gubbar, kompensera för några av dessa känslotillstånd. Vi är dock medvetna om att det inte blir lika naturligt som i verkliga livet.

I början av varje intervju har vi varit noga med att tala om att vi båda två sitter framför datorn. Detta eftersom vi ville att respondenten skulle känna sig så trygg som möjligt med att det under intervjutillfället endast är vi som läser vad respondenten skriver. Trots detta kan respondenten aldrig vara 100 % säker på att detta stämmer. Denna osäkerhet kan även den ha påverkat vad respondenten valde att berätta.

Vi är även medvetna om att intervjuerna kan riva upp många känslor hos respondenterna. Känslor som vi kanske inte ens kommer att vara medvetna om, då de dyker upp först efter intervjuerna. För att ändå kunna vara behjälpliga har vi meddelat respondenterna att de är välkomna att höra av sig till oss även efter intervjutillfället. Dock är det viktigt att vi som intervjuare är medvetna om att vår uppgift inte är att vara terapeuter utan att vår uppgift är att samla material till vår studie. Det vi som intervjuare kan göra är att så gott vi kan uppmuntra, trösta och vara en medmänniska. Detta då vi varken har någon terapeutisk utbildning eller syfte att behandla (Johansson, 2007). För att minska risken att riva upp dessa känslor var vi noga med att se till att respondenterna hade kommit ur sitt självskadebeteende. Genom att lägga upp en annons i *SHEDO*:s forum så hade respondenterna, enligt *SHEDO*, möjlighet att få reflektera och prata om sina tankar med dem både före och efter intervjutillfället.

Medvetenheten om subjektiviteten i vår uppsats har varit överhängande under hela arbetsprocessen. Dock har vi tagit hänsyn till objektivitetskravet som innebär att man tydligt måste skilja på objektiva fakta och subjektiva värderingar (Thomassen, 2007).

Slutligen har vi i uppsatsen inte för avsikt att glorifiera eller försköna självskadebeteende. Vi är medvetna om att en person med självskadebeteende lätt kan påverkas av det skrivna ordet och känna att beteendet triggas igång eller att deras självskadebeteende inte är allvarligt nog (Samuelsson, 2001 och Straarup m fl, 2008). Men trots detta är vår avsikt att redovisa våra respondenters bild av sina liv och således har vi inte censurerat deras berättelser med hänsyn till ovanstående. Dock har vi valt att ej skriva hur ofta eller hur sällan våra respondenter skadade sig. Detta efter en respondents önskemål då hon tryckte på ovannämnda argument om att självskadebeteendet ibland kan triggas igång av att läsa om andra. Att vi ej har censurerat berättelserna har möjligen medfört att läsaren kan uppfatta presentationen av det empiriska materialet som upprörande.

5.7 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet är tre begrepp som är högst relevanta då man genomför en studie.

Med validitet avses att man som forskare mäter det man ursprungligen bestämde sig för att mäta (Larsson, 2005). Utöver den noggranna förberedelsen av intervjufrågorna valde vi att låta respondenterna själva välja tidpunkt för intervjun. Detta stärker validiteten ytterligare då vi kan förmoda att det inte har funnits några stressande yttre faktorer, såsom tidsbrist eller liknade, under intervjutillfället. Något som också bidrar till att vi anser att

validiteten i denna studie är stark är det faktum att vi mätt det vi ursprungligen bestämde oss för att mäta – det vill säga våra respondents livsberättelser.

Med reliabilitet menas om studien är tillförlitlig. Detta kan man testa genom att genomföra en ny undersökning med samma metoder. Om undersökningen då är tillförlitlig ska samma resultat kunna nås vid den nya undersökningen, om ingenting i populationen ändras. Att en studie är kvalitativ sänker kraven på reliabilitet avsevärt. Att vår studie dessutom är narrativ och har en hermeneutisk ansats sänker reliabiliteten ytterligare. Anledningen till att reliabiliteten blir så låg är att en narrativ studie inte har för avsikt att generalisera, utan exemplifiera (Svenning, 2003) utifrån vissa respondents historia. Således har vi inte för avsikt att generalisera våra resultat, utan vi vill ge en bild av just *våra* respondents verklighet. Dock har vi ändå försökt höja reliabiliteten genom att tydligt definiera begrepp så att tolkningen blir stringent igenom hela studien (Kvale, 1997 och Svenning, 2003). Vi har även genomfört alla intervjuer tillsammans och därmed har alla frågor ställts på liknande sätt vilket vi anser kan ha en positiv inverkan på reliabiliteten.

Då man talar om generaliserbarhet avser man om studien är generaliserbar, det vill säga om man kan applicera resultaten på en större/annan population. För generaliserbarhet krävs god validitet och reliabilitet (Kvale, 1997). Som tidigare nämnts; valet av den narrativa forskningsmetoden innebär att vi väljer att exemplifiera istället för att generalisera, vilket medför att generaliserbarheten i vår studie blir låg, om inte obefintlig. Narrativ forskningsmetod är ett försök att förstå hur det *kan* vara eller hur det *är* för en viss person (Thomassen, 2007), till skillnad från kvantitativ forskningsmetod då man istället försöker förklara hur verkligheten *faktiskt ser ut* genom att generalisera (Larsson, 2005). Man kan sammanfatta ovanstående med ett citat från Kvale (1997, s. 9): ”*Den kvalitativa forskningsintervjun söker förstå världen ur de intervjuades synvinkel, utveckla innebörden av människors erfarenheter, frilägga deras livsvärld före de vetenskapliga förklaringarna.*”

Det kan tyckas konstigt att vi i en studie av denna karaktär ens tar upp dessa tre begrepp till diskussion då en narrativ studie ofta varken är särskild tillförlitlig eller generaliserbar. Vissa kvalitativa och narrativa forskare ignorerar helt dessa begrepp då de anser att begreppen hindrar den kvalitativa forskningen från att vara frigörande och skapande (Kvale, 1997). Vi håller inte med och anser att det är ytterst viktigt att ta upp dessa begrepp för diskussion samt att försöka applicera dessa begrepp i vår studie så gott det går.

Kapitel 6

6.1 Emelies berättelse - ”Som om jag inte riktigt passade in”

1983 föddes en liten tjej vid namn Emelie. 26 år senare, en regnig söndagseftermiddag, loggar Emelie in på MSN Messenger för att bli intervjuad. En intervju som ska handla om hennes liv och framförallt den del av livet som Emelie inte har mått särskilt bra. Intervjun genomförs via internet men trots detta känner vi Emelies närvaro då vi sitter framför vår dataskärm. Relativt omgående öppnar sig Emelie för oss och börjar berätta om sitt liv...

6.1.1 Livet före självskadebeteendet

Emelie är till stor del uppväxt i en av Sveriges tre största städer. Under en period av sitt liv bodde hon dock i en annan stad, även den relativt stor. Trots att hon, med undantag från en period, bott i en och samma stad har hon flyttat flera gånger. Varför vet hon inte riktigt, men hon poängterar att det var hennes föräldrars val. Emelie berättar att flyttandet gjorde att hon hade det svårt att känna sig hemma någonstans. ”*Alla flyttar skapade en känsla av rotlöshet*” berättar hon och säger att det var svårt att knyta långvariga kontakter då hon hela tiden behövde lära känna nya människor.

”*Jag har fem syskon, tre systrar och två bröder men ingen av dem bodde hemma under min uppväxt*”. Emelie berättar att hon bodde som ensam barn hemma hos sina föräldrar och förklarar att det berodde på att hennes syskon var så mycket äldre än henne själv och flyttade hemifrån då Emelie var väldigt liten. Emelies närmaste syster är 15 år äldre än henne själv och flyttade hemifrån då hon var 16-17 år, ”*Alla flyttade innan de fyllde arton*”. Emelie berättar att hon aldrig har haft någon nära kontakt med sina syskon, ”*när jag var liten så var jag nästan rädd för dem*”. Kontakten med syskonen har inte förändrats under årens lopp och i dag känner Emelie att hon ibland saknar sina syskon trots att de emellanåt pratar med varandra via MSN Messenger och mail.

Vi ber Emelie berätta om skoltiden. ”*Jag har alltid varit ganska tyst och blyg men upp till i alla fall mellanstadiet hade jag kompisar, men det var där kompisarna började sina lite och jag började dra mig undan*”. Emelie förklarar att hon egentligen inte riktigt vet vad som hände under denna period men hon kommer ihåg att hon började känna sig osäker på sig själv då hon var i andras sällskap, ”*som om jag inte riktigt passade in...*”. Emelie upplevde under skoltiden att det var något fel på henne och på hennes familj men hon kunde inte riktigt sätta fingret på vad det var. Hon berättar att hon sällan visste vad hon skulle säga när hon var bland andra. Dessutom kände hon att hon ofta var i vägen och att hennes kompisar hellre ville vara med någon annan, någon som var mycket roligare, gladare eller intressantare.

Emelie reflekterar över huruvida detta var tankar som fanns i hennes huvud eller om det faktiskt var så att kompisarna kände på detta sätt. ”*Jag tror att eftersom jag var så osäker på mig själv så blev det jobbigt att vara med mig, jag vågade ju inte riktigt ta för mig själv och var väldigt passiv i relationer. Men hade jag vågat mer hade det nog varit mycket lättare*”. Emelie säger att anledningen till att hon drog sig undan kan ha ganska

många orsaker. För det första är det jobbigt att gå från barn till tonåring men, menar Emelie, ”*så ligger det nog en hel del social ångest bakom också*”.

Emelie berättar vidare att hon efter ett tag kände att hon inte kunde berätta om sina problem för någon. Denna känsla förstärktes då lärare under årskurs sju och åtta sa att allt hon upplevde bara var vanliga tonårsbekymmer. Emelie förstår att en del av hennes problem berodde på just tonårsbekymmer men att större delen av hennes bekymmer berodde på något helt annat.

Emelie var en ”*duktig elev*” men under årskurs åtta och nio tappade hon orken. Dock hade hon vissa lärare som fortfarande inspirerade henne vilket gjorde att hon klarade av de ämnen som hon hade svårt för. Utan deras hjälp orkade Emelie inte hålla uppe motivationen. Emelie poängterar dock att hon gick ur grundskolan med godkända betyg.

Efter grundskolan började Emelie på gymnasiet. Hon började också dansa i den vevan och årskurs två och tre gick Emelie på ett dansgymnasium. Efter gymnasiet började hon på ett stort center för estetiska utbildningar, där gick hon ett år. När Emelie hade avslutat denna utbildning åkte hon till USA för att dansa.

När Emelie var 17 år gick hennes pappa bort. Han var då 73 år gammal men han var också fysiskt sjuk av sjukdomen Hepatit C. Emelies mamma gick bort i år, 70 år gammal. Emelie berättar att hennes mamma under hennes uppväxt alltid hade psykiska problem och periodvis drack en hel del alkohol som ledde till att hon inte alltid var särskilt balanserad i sitt bemötande av Emelie. Mammans bemötande gav Emelie en känsla av att det alltid var hon som skapade problemen i deras relation. Emelie var ofta arg på sin mamma samtidigt som hon kände att hon inte hade någon rätt att vara det. Därför riktade hon istället ilskan mot sig själv.

6.1.2 Att leva med ett självskadebeteende

Emelie berättar om första gången hon skadade sig själv. ”*Det var efter en artikelserie i Expressen tror jag. Jag jagade hela tiden diagnoser - ett namn på mina problem. Så de kunde lösas och när jag läste om flickan i artikeln som skar sig så tilltalade det sättet mig på något vis*”. Vidare berättar Emelie att hon alltid varit hård mot sig själv, straffande. Hon säger att hon tyckte att det var därför det kändes bra att skära sig. ”*Samtidigt som det också var ett rop på hjälp och försök att göra det diffusa mer konkret, något att ta på. Ingen kan förneka att du mår dåligt om du har ett sår på armen. Och bara någon ser att du mår dåligt så kan du bli hjälpt, så tänkte jag då*”.

Emelie var 14 år första gången hon skar sig. Redan inom en vecka hade hon skurit sig igen. Emelie kan inte riktigt sätta ord på vad det var hon kände medan hon skar sig men hon säger att hon trodde att skärandet skulle bli hennes väg till att må bra, ”*eftersom flickan i artikeln hade fått hjälp då hon skar sig så kunde jag också få det bara jag skar mig...*”. När vi frågar Emelie vad hon hade för känslor när hon skar sig berättar hon att hon inte minns riktigt men att hon under denna tid var ganska känslomässigt avstängd, att hon kände en tomhet. Till en början skadade sig Emelie endast genom att skära sig själv och det är också den självskademetod hon använt sig mest av, men hon berättar att hon ibland också har bränt sig och överdoserat mediciner. Oftast var det armarna Emelie skadade.

Emelie berättar att största orsaken till att hon började skära sig var att hon ville ha hjälp, men att skärandet med tiden blev en ångestlindring och ett sätt att straffa sig själv. Ångesten kom ofta från en stark inre känsla av att vara *”värdelös och misslyckad”*. Det var sällan specifika situationer som utlöste ångesten utan den kom efter att känslan av att inte duga dykt upp. Denna känsla kom ofta då Emelie misslyckats eller varit rädd för att misslyckas på ett prov, då hon haft kontakt med sin mamma som skyllde alla problem på henne eller att någon lämnat henne. Dessa separationer behövde inte vara stora utan även små förändringar skapade ångest hos Emelie. Ångesten kunde också komma utav att Emelie var tvungen att göra något som hon inte kände sig bekväm med att göra. Dock var det inte alltid ångest som gjorde att Emelie skar sig. *”Ibland också när tomheten har tagit över för mycket och jag känt mig avstängd har det varit ett sätt att känna åtminstone någonting”*. Vi frågar Emelie om hur hon kände sig efter att hon hade skurit sig själv. *”Vissa gånger har det känts jätteskönt, det har gett ett lugn. Men ofta har jag skämts och ångrat mig också”*.

I perioder av ökad stress och högre sårbarhet ökade Emelies självskadebeteende. Detta i sin tur berodde ofta på saker som att hon inte visste vart hon skulle bo eller att hon kände att hon behövde mer hjälp än vad som fanns tillgänglig. Vidare berättar Emelie att *”jag har alltid varit känslig för förändringar, även om bra förändringar är positiva leder de lätt till stress och ökad oro”*.

”Jo mina föräldrar visste till viss del, men det var inget jag pratade med dem om”. Så svarar Emelie på frågan om någon visste om hennes självskadebeteende. Emelie förklarar att detta var självvalt, hon vägrade prata med sina föräldrar. Istället stängde Emelie in sig på sitt rum och de hade nästan ingen kontakt alls. Hon säger att också kompisarna visste om att hon skar sig men att inte heller de pratade om det. Detta är något som Emelie uppfattar som positivt och skönt då detta gjorde att hon hade en chans att vara *”som vem som helst”* för en liten stund då hon umgicks med sina kompisar. När vi frågar Emelie om det fanns någon som hon kunde prata med berättar hon att hon, sedan hon var 15, alltid haft en samtalskontakt på BUP och senare inom vuxenpsykiatri.

6.1.3 Vändpunkten

Då vi frågar Emelie om hur hon tog sig ur självskadebeteendet svarar hon: *”En vilja att leva livet fullt ut. Dansen har motiverat mig jättemycket, stöd från vänner och en terapeut jag hade under en lång, lång period. Sen också ju mer jag har förstått hur jag fungerat så har självskadandet mist sin funktion lite. Jag har lärt mig att ta hand om mig själv på ett annat sätt. Kommuniera annorlunda, hantera känslor annorlunda (känna dem också) och vara snäll mot mig själv istället för att straffa mig själv”*. Emelie berättar att hon idag kan tillåta sig själv att känna känslor överhuvudtaget. Hon har insett att det är okej att vara arg och ledsen, men även att det är okej att vara glad och lycklig. Hon tillåter också sig själv att gråta när hon behöver, något som hon under många år inte gjorde. Emelie beskriver att hon inte längre vänder ilskan mot sin kropp. *”Är jag arg kan jag rikta ilskan på rätt sätt istället för att vända allt mot mig själv. Och jag känner inte längre att jag behöver straffas för att jag mår bra. Jag kan tillåta mig det. Jag tar också mig själv på allvar på ett annat sätt. Mina känslor har ett värde precis som alla andras - förut var det som om de inte hade något värde och det enda sättet för att de skulle få detta var om jag gjorde något som märktes rent konkret, som inte gick att blunda för”*.

Emelie berättar att hon ibland fortfarande har tankar på att skada sig själv men att hon idag vet hur hon ska ta sig ur detta tillstånd på ett mer konstruktivt sätt. Dock, berättar hon, hade hon ett återfall för cirka sex månader sedan. Hon säger att det berodde på förändringar i hennes liv som orsakade stress. Så här i efterhand kan Emelie säga att hennes självskadebeteende varade i ungefär 9 år. Dock förklarar hon att det gick väldigt lång tid emellan skadehandlingarna under de sista åren.

6.1.4 Behandling

Emelie har idag diagnostiserats som Borderline/emotionellt instabil personlighetsstörning och GAD. GAD står för General Anxiety Disorder och är en diagnos för generaliserad ångest. Emelie berättar att hon inte har diagnosen social fobi, men att det är något som ofta diskuteras i terapin. Emelie är inte säker på att hon håller med om de diagnoser hon har fått stämmer.

När Emelie var 14 år fick hon också sin första kontakt på BUP, Barn- och Ungdomspsykiatri. Detta för att hon åt dåligt och var nedstämd. Kontakten varade dock bara en kort period och det var Emelie själv som avbröt den. *”Jag berättade om mina självmordstankar och de lovade att inte säga något till mina föräldrar utan att prata med mig först, ett löfte de bröt ganska snabbt. När jag sedan inte dök upp på nästa samtal hände det ingenting. Några veckor efter fick jag ett brev hem. De var alltså tillräckligt oroliga för mina självmordstankar för att bryta ett löfte och berätta för mina föräldrar, men inte så pass oroliga att de försökte ringa eller på något sätt få tag i mig när jag uteblev från ett inbokat möte. Det kändes oseriöst och jag tappade helt förtroendet för dem.”*

Då Emelie var 15 återupptogs kontakten med BUP och denna gång på grund av hennes självskadebeteende. Denna kontakt pågick fram till dagen hon fyllde 18 och därmed skrevs över till vuxenpsykiatri. *”Det var en ganska stor omställning. Jag hade varit inlagd på barnpsykiatri i några månader och skrevs över från den avdelningen direkt till en vuxenavdelning. På barn är de så mycket mer omhändertagande och satsar på behandling, på vuxen var det mycket mer mediciner och väldigt lite aktiviteter och man hade inte alls samma samvaro med varandra som på barnpsykiatri.”* Emelie säger att hon helst hade velat vara kvar på Barn- och Ungdomspsykiatri om hon hade fått välja.

När Emelie var 16 år flyttade hon till ett behandlingshem där hon bodde i två år. Efter dessa två år flyttade hon till ytterligare ett behandlingshem där hon bodde tills hon fyllde 20. Emelie berättar för oss vad hon tyckte om sin tid på behandlingshemmen. *”Jag behövde mer än vad jag kunde få där. Det var inte en tillräckligt hög grad av omhändertagande och de var inte tillräckligt flexibla i sitt arbetssätt för att det skulle passa mig. Det fanns bra saker också, att jag kom ifrån en destruktiv hemmiljö var en sådan bra sak, att det ändå fanns vuxna som var också bra, samt att jag fick en hel del social träning. Men i det hela så räckte det inte fullt ut.”* Utöver den behandling hon har fått på behandlingshemmen har Emelie ätit olika antidepressiva och ångestlindrande mediciner samt gått i terapi. Terapin har oftast getts via den psykiatriska öppenvården men hon har också varit inlagd på den psykiatriska slutenvården i perioder.

Emelie är kluven i vad hon tycker om den vård hon fick. Samtidigt som hon ibland kände att hon inte fick tillräckligt med hjälp kan hon idag se att psykiatrien ändå hjälpte henne en

del. *”Jag är kritisk till mycket inom den psykiatriska vården – framförallt vuxenpsykiatrisk slutenvård. Den vård jag fick på barnpsyk var egentligen den bästa under min vårdtid, sen fick jag också väldigt bra vård från en psykolog inom vuxenpsykiatrins öppenvård, men det räckte inte riktigt för de behov jag hade. Men jag var också väldigt arg under min tid inom vården, ville ofta inte ha den. När jag låg på barnpsyk tyckte jag inte alls om det, även fast jag idag kan se att de gjorde en hel del riktigt bra...”*

Emelie berättar att hon läst en hel del litteratur om behandling. Främst har hon läst om behandlingsmetoden DBT, *”jag har på egen hand tagit till mig av förhållningsättet”*. Emelie förklarar att hon också kommit i kontakt med flera andra behandlingsmetoder såsom miljöterapi, familjeterapi och individualterapi (psykodynamisk). I dag har Emelie en terapeutkontakt, kognitiv beteendeterapi, inom den psykiatriska öppenvården. *”Hon hjälper mig att hantera det som dyker upp i vardagen och också att bearbeta saker från förr. Det ger ett hopp om att det kan bli bättre även de gånger det känns tungt och det finns någon att dela alla minnen och svarta tankar med som kan hantera det och hjälpa mig framåt.”* Emelie berättar vidare att samtalen med terapeuten gör att hon får en helt annan förståelse för sig själv och hur hon reagerar i olika situationer och att hon på det sättet kan hitta mer konstruktiva sätt att tackla sina problem på.

6.1.5 Livet efter självskadebeteendet

Vi ber Emelie att se tillbaka på självskadeperioden och fundera över om det är något hon önskar skulle ha gjorts annorlunda eller något som hon i efterhand har insett var av betydelse för henne. Att Emelies mamma inte mådde psykiskt bra var något som Emelie i efterhand har insett tärde på henne. Detta var dock inget hon förstod under uppväxten, *”Jag trodde att jag hade världens bästa föräldrar och att det var mig det var fel på”*. Vidare önskar Emelie att hennes föräldrar hade tagit mer ansvar för henne under tonåren. Då såg hon sig själv som vuxen men nu i efterhand inser hon att hon hade behövt mer stöd och hjälp från sina föräldrar. Emelie funderar också mycket på hur det kommer sig att just hon använde självskadandet som metod för att lindra sin ångest och inte valde något annat som kriminalitet, alkohol etc. Dock har hon inget svar på den frågan.

I dag är Emelie sjukskriven med aktivitetsersättning. Det har hon varit sedan hon var 18 år med ett uppehåll på nio månader. Dock deltar hon i ett program som ska hjälpa henne att komma ut i arbetslivet. Dessutom läser hon just nu in sina betyg på Komvux. Då Emelie är klar med detta planerar hon att läsa vidare. Hon har ännu inte bestämt sig för om hon ska gå en estetisk linje med inriktning mot dans eller om hon ska läsa till arbetsterapeut. *”Jag gillar arbetsterapeuternas synsätt, att man tar tillvara på de resurser som finns och tränar för att komma ut i aktivitet. Sen är jag lite av en problemlösare...”*

Avslutningsvis frågar vi Emelie om hur hon ser på sig själv i dag. *”Jag accepterar mig själv för den jag är, jag kan se att jag har en del brister men också en del förmågor och allt det som har varit formar mig till den jag är”*.

6.2 Analys och tolkning av Emelies berättelse

I detta avsnitt kommer vi att redogöra för våra resultat från Emelies berättelse "*Som om jag inte riktigt passade in*" och koppla samman denna med den tidigare forskning och teori vi i tidigare kapitel redovisat.

6.2.1 Livet före självska debetendet

Emelie berättar att hon växte upp i en storstad men att hon ändå flyttade ett flertal gånger under sin uppväxt. "*Alla flyttar skapade en känsla av rotlöshet*". Med det uttalandet kan vi ana att Emelie saknade en känsla av trygghet. Kristeorin menar att tjejer som kontinuerligt skär sig ofta har en väsentlig brist på trygghet (Cullberg, 2006). Möjligen saknade Emelie även en känsla av meningsfullhet då Antonovsky menar att förutsägbarhet är en betydande faktor för att denna känsla ska kunna infinna sig. Visserligen kände Emelie förmodligen förutsägbarhet, då hon säkerligen var inställd på att de skulle flytta, men KASAM menar dock att för att känslan av meningsfullhet ska kunna infinna sig måste förutsägbarheten resultera i något bra (Antonovsky, 1991).

Eftersom Emelie flyttade mycket hann hon sannolikt inte etablera något socialt nätverk. Hon säger själv att hon upplevde det svårt att knyta långvariga kontakter. Kristeorin menar att det sociala nätverket har stor betydelse för personer med problem och att de ofta kan vara behjälpliga och ge stöd. Det kan också vara så att man har ett socialt nätverk, men att detta på något sätt är försvagat och inte kan ge tillräckligt med hjälp (Cullberg, 2006). Då man av Emelies berättelse kan förstå att hon inte hade något större socialt nätverk och av det faktum att hennes föräldrar stora delar av hennes uppväxt var fysiskt eller psykiskt sjuka förstår man att hennes familjära nätverk var svagt.

Enligt tidigare forskning är övergrepp, familjeproblem, psykisk ohälsa eller annan typ av vantrivsel vanliga skäl till att man börjar skära sig (Straarup m fl, 2008). Delar av vad Emelie berättar kan vi knyta till detta. Emelies föräldrar var större delen av hennes uppväxt sjuka, antingen fysiskt eller psykiskt. Hennes mamma drack också i perioder alkohol vilket gjorde att Emelie ofta var arg på henne. Då Emelie berättar om detta drar vi slutsatsen att hon, under sin uppväxt, inte har haft möjligheten att skapa en stark KASAM. Främst för att komponenten begriplighet troligtvis inte fanns hos henne på grund av att struktur och trygghet saknades i hennes liv (Antonovsky, 1991), då hennes mamma hade psykiska - och alkoholrelaterade problem. Man kan av Emelies berättelse ana att hon fick ta mycket ansvar som barn då båda hennes föräldrar var fysiskt eller psykiskt sjuka. Tidigare forskning menar att tjejer som skadar sig själva ofta i efterhand har beskrivit att de i sin barndom fått ta mycket ansvar (Samuelsson, 2004).

Emelie kände ofta att hon inte riktigt passade in någonstans vilket ledde till att hon blev osäker på sig själv, "*Som om jag inte riktigt passade in...*". Detta skulle man kunna uppfatta som en typ av vantrivsel (Straarup m fl, 2008). Emelie berättar också att hon tillsammans med sina kompisar ofta kände sig i vägen. KASAM menar att delaktighet är en viktig del för att kunna känna meningsfullhet (Antonovsky, 1991). Det faktum att lärarna i skolan sa till Emelie att hennes problem berodde på vanliga tonårsbekymmer kan troligtvis ha medfört en känsla av meningslöshet. Detta kan enligt KASAM (Antonovsky, 1991) ha inneburit att Emelie kände att hennes bekymmer inte var värda att engagera sig i. Att känna meningsfullhet i livet är viktigt då man ska ta sig igenom

motgångar. Dock kan man enligt kristeorin förstå lärarnas snabba slutsatser, då tonåren är den vanligaste utvecklingskrisen (Cullberg, 2006). Dock är det viktigt att inse att dessa problem också kan tyda på andra saker eller vara nog så allvarliga (Cullberg, 2005 och Straarup m fl, 2008).

Av ovanstående drar vi slutsatsen att alla dessa faktorer tillsammans bidrog till att Emelie utvecklade ett självskadebeteende. Vi kan tydligt se att Emelie under sin uppväxt hade en svag KASAM och således uppfattar vi att hon hade svårigheter att klara av motgångar i livet. Vi vill alltså poängtera att om Emelies KASAM varit starkare hade hon troligtvis klarat av varje motgång på ett bättre sätt och därmed inte sett självskadehandlingarna som den enda utvägen.

6.2.2 Att leva med ett självskadebeteende

Att skära sig blev Emelies sätt att hantera den psykiska smärta hon kände. Att skära sig var hennes försök till att må bra men det var också ett sätt för Emelie att ropa på hjälp. Att Emelie är diagnostiserad med Borderline personlighetsstörning och använde skärandet som ett rop på hjälp kan man koppla till tidigare forskning om just denna diagnos, där självskadebeteende är ett vanligt förekommande fenomen just för att få hjälp och/eller uppmärksamhet (Wallroth m fl, 2002).

Emelie berättar att hon tyckte att det kändes bra att skära sig, framför allt då skärandet var mer konkret än känslor. Tidigare forskning menar att denna känsla är väldigt vanlig hos tjejer med självskadebeteende, att de vill omvandla den psykiska smärtan som är svår att förstå till en fysisk konkret smärta (Samuelsson, 2001). Forskning visar också att de kaotiska känslor man känner då man skär sig lättar efter skadehandlingen. Således fungerar skadehandlingen ofta i ångestlindrande syfte (Samuelsson, 2004). Ytterligare en anledning till att man skär sig är enligt tidigare forskning att man vill känna någonting över huvudtaget (Wallroth m fl, 2002 och Kåver/Nilsonne, 2003). Även detta stämmer in på Emelies berättelse. Emelie berättar att hon under sin självskadeperiod var känslomässigt avstängd och att hon kände en tomhetskänsla. Detta är något som också stämmer in på personer med Borderline personlighetsstörning (Cullberg, 2005 och Straarup m fl, 2008). *”Ibland också när tomheten har tagit över för mycket och jag känt mig avstängd har det varit ett sätt att känna åtminstone någonting”*. Emelie berättar också att hon alltid har varit väldigt hård och straffande mot sig själv och således blev skärandet en självbestraffningsmetod för henne. Enligt tidigare forskning kan detta straffande innebära att Emelie gav uttryck för att hon inte tyckte om sig själv (Wallroth m fl, 2002 och Kåver/Nilsonne, 2003).

Emelie uppger att hennes självskadebeteende ökade då hon var stressad och var mer sårbar. *”Jag har alltid varit känslig för förändringar, även om bra förändringar är positiva leder de lätt till stress och ökad oro”*. Det faktum att Emelie är känslig för förändringar är något som kan knytas till hennes diagnoser samt tidigare forskning som menar att självskadebeteendet ofta ökar vid stressfyllda förändringar (Cullberg, 2005, Straarup m fl, 2008 och Samuelsson, 2004). Av Emelies uttalande, tillsammans med resten av hennes berättelse, kan man dra slutsatsen att Emelie under sin självskadeperiod hade en svag KASAM. Hade hennes KASAM varit starkare vid de tillfällen där ovanstående stressorer gjorde sig påmind hade hon möjligen klarat av dessa händelser på ett bättre, mer konstruktivt sätt (Antonovsky, 1991).

Redan under skoltiden skapade Emelie något som kristeorin skulle vilja kalla en negativ självbild eller en osäkerhet på sin jag-identitet (Cullberg, 2006). Emelie kände sig osäker på sig själv och hade uppfattningen att hennes kompisar hellre hade velat vara med någon roligare eller mer intressant person. En "normal" jag-identitet motsvarar som vi tidigare nämnt någorlunda den uppfattning som andra har av en själv. Emelie var inte säker på sin jag-identitet och skapade därmed en identitetsdiffusion vilket ledde till att hon fick en negativ syn på sig själv (Cullberg, 2006). Emelie berättar också att hon ofta hade en stark inre känsla av att vara värdelös och misslyckad. Även detta är någonting som tidigare forskning tar upp. Likaså är det vanligt att man känner en övergivenhet (Samuelsson, 2004). Detta skulle vi kunna koppla till det Emelie berättar om att hennes kompisar i årskurs sju-åtta började sina. Känslor som dessa är enligt tidigare forskning ofta kopplade till en svag självkänsla (Samuelsson, 2001), något som Emelie genom sin berättelse bekräftar.

6.2.3 Vändpunkten

"En vilja att leva livet fullt ut". Så beskriver Emelie anledningen till att hon kom ur sitt självskadebeteende. Enligt KASAM skulle detta kunna innebära att Emelie nu kände att livet var meningsfullt att leva (Antonovsky, 1991). Emelie berättar också att dansen är någonting som har betytt mycket och motiverat henne i sin kamp mot självskadebeteendet.

Genom att Emelie, som hon själv uttrycker det, lärde sig att förstå hur hon fungerade blev livet mer begripligt (Antonovsky, 1991) och självskadebeteendet miste därmed till en del sin funktion. Vidare lärde sig Emelie hur hon skulle hantera sina problem och sina känslor, vilket innebar att hon kände att hon hade övertaget i sitt liv. Empowerment innebär just detta, att skapa en känsla av tilltro till sig själv samt att man ska kunna ta makt över sin egen situation (Payne, 2002). Detta är något Emelie känner att hon i dag klarar av på ett annat sätt än tidigare. För att kunna göra detta är det enligt empowerment viktigt att först stärka självförtroendet hos personen i fråga (Larsson, 2007).

6.2.4 Behandling

Den första kontakten Emelie hade med psykiatrin var på barn- och ungdomspsykiatrin. Denna kontakt blev dock inte långvarig då Emelie upplevde att personalen där bröt sina löften och därmed förlorade Emelie förtroendet för dem. Detta kan kopplas till tidigare forskning som menar att ett förtroende och kontinuitet är A och O i en behandlingsrelation (Stain, 2008). Således uppfattade Emelie denna kontakt som meningslös.

I tidigare forskning kan man läsa att tjejer ofta uppfattat att psykiatrin inte har kunnat ge den hjälp de behövt (Stain, 2008). Emelie förklarar att det var just denna känsla hon hade då hon bodde på behandlingshem, *"Jag behövde mer hjälp än vad jag kunde få där..."*. Emelie är kluven i vad hon tycker om psykiatrin och hon säger att hon hellre hade velat vara kvar inom ungdomspsykiatrin om hon hade fått bestämma, även efter den dag hon fyllde 18. I tidigare forskning diskuteras huruvida den artonårsgräns som i dag finns inom psykiatrin borde vara mer flexibel (Stain, 2008).

Personer med ett självskadebeteende har ofta svårt att sätta ord på och precisera sina känslor. Detta grundar sig ofta på olika former av trauman i barndomen. Dessa trauman kan exempelvis vara att någon närstående dör (Straarup m fl, 2008). När Emelie var 17 dog hennes pappa. Möjligen har detta varit en bidragande faktor till hennes självskadebeteende pågick i så många år. Således väljer vi att definiera pappans död som ett trauma. Enligt kristeorin är det viktigt att man får möjlighet att bearbeta ett trauma – dels genom att man ges tid till att gå igenom samtliga av krisens faser samt att man får möjlighet att verbalisera det man upplever. Denna verbalisering av känslor medför att de blir mer konkreta. Görs inte detta ger den traumatiska krisen sig ofta uttryck i kroppsliga symptom eller nedstämdhet (Cullberg 2006). Emelie har i dag, tack vare sin terapeut, fått hjälp att lära sig att sätta ord på sina känslor.

I Emelies berättelse framkommer det att hon ibland fortfarande har tankar på att skada sig själv. Skillnaden är att hon i dag vet hur hon ska ta sig ur detta tillstånd på ett mer konstruktivt sätt (Samuelsson, 2004). Hon berättar att hon på egen hand läst och tagit till sig det förhållningssätt som behandlingsmetoden DBT förespråkar. Hon har även gått i individualterapi och familjeterapi, delar som ingår i DBT. DBT syftar bland annat till att lära tjejer med ett självskadebeteende att det är okej att känna motstridiga känslor (Straarup m fl, 2008), något som Emelie uppger att hon under sin behandlingstid fått lära sig. *”Är jag arg kan jag rikta ilskan på rätt sätt istället för att vända allt mot mig själv. Och jag känner inte längre att jag behöver straffas för att jag mår bra. Jag kan tillåta mig det. Jag tar också mig själv på allvar på ett annat sätt. Mina känslor har ett värde precis som alla andras”*. Emelie går i dag även i kognitiv beteendeterapi där hon får lära sig att hantera vardagen och de känslor som dyker upp på ett annat sätt än genom att skada sig. Tidigare forskning visar att självskadebeteende är en copingmekanism för att hantera de inre och/eller yttre krav som känns påfrestande (Starke, 2003). Således har Emelie lärt sig att hitta andra copingstrategier, något som tidigare forskning anser vara väsentligt för personer med självskadebeteende (Samuelsson, 2004).

Sammanfattningsvis kan vi säga att det som har hjälpt Emelie att komma ur sitt självskadebeteende är att hon fått möjlighet att prata om sina känslor. Detta är något som hon under sin självskadeperiod hade svårt för. Vidare kan vi se att det faktum att Emelie själv har läst och tagit till sig information från diverse behandlingsmetoder kan ha hjälpt henne i sin återhämtning.

Kapitel 7

7.1 Mirjams berättelse - ”Jag hatade mig själv... jag fruktade mig själv”

Vi har inte hunnit längre än att logga in på MSN Messenger innan tjuugoåriga Mirjam skriver till oss: ”*Hej, ska vi börja intervjun nu?*”. Ganska snart märker vi att Mirjam är en öppen person och hon förklarar att hon ser fram emot att bli intervjuad då hon hoppas att hennes historia kan generera kunskap. I dag är Mirjam fri från sitt självskadebeteende. Här är hennes berättelse...

7.1.1 Livet före självskadebeteendet

Mirjam föddes för drygt 20 år sedan i en mindre stad i södra Sverige. Hon föddes in i en familj med två gifta föräldrar och en två år äldre bror. Mirjam säger att när hon var väldigt liten var hon nog mest som alla andra barn. Vidare förklarar Mirjam att hon har svårt för att berätta om hennes liv före självskadebeteendet då ”*det var vid en ålder av åtta eller nio som allt började...*”.

Mirjam berättar att då hon var liten mådde hennes bror under perioder väldigt dåligt, även hennes mamma har haft jobbiga perioder i sitt liv då hon har fått äta antidepressiva mediciner bland annat på grund av ångestproblematik. Rent instinktivt tror Mirjam inte att deras problematik har haft någon specifik inverkan på hennes psykiska hälsa utan att hennes problem har haft att göra med den psykiska ohälsan och funktionshinder hennes diagnoser medfört.

Då Mirjam började må dåligt och skada sig själv i relativt tidig ålder är det svårt att säga hur hennes skolsituation såg ut före hennes självskadeperiod. Dock berättar Mirjam det hon minns om sin skolgång överhuvudtaget. ”*Jag var knappt något i skolan ... Min familj tvingade iväg mig och ibland hotade de med att polisen skulle hämta mig dit om jag inte gick. När jag väl var i skolan satt jag ofta på skoltoaletten och grät. Jag hade ofta mamma eller pappa med mig i skolan och under de senare åren kom en lärare och mötte mig halvvägs till skolan.*” Trots detta klarade Mirjam av grundskolan. Hon säger att det var tur att man inte hade några betyg i början av grundskolan för det var egentligen bara sista året, precis innan gymnasiet, som hon fick ordentligt med hjälp att klara av att höja sina betyg så att hon skulle kunna komma in på den gymnasielinje hon ville.

7.1.2 Att leva med ett självskadebeteende

”*Jag började må dåligt och jag kände mig annorlunda, det kändes jobbigt men jag hade ingen orsak att må dåligt så jag trodde jag var dum i huvudet. Jag ville inte gå till skolan och jag grät hela tiden.*” Så beskriver Mirjam sina känslor då hon började må dåligt. Någon gång efter att Mirjam började känna så här skadade hon sig första gången, dock kan hon inte specifikt minnas vilken som var den första gången men hon tror att hon var i åtta - nio årsåldern. I början skadade hon sig mest genom att dunka huvudet i väggen eller riva sig själv. Ibland har Mirjam också slagit sina knogar blodiga. Hon berättar att hon överhuvudtaget kommer ihåg väldigt lite från hela sin självskadeperiod då hon har försökt att glömma så mycket hon har kunnat.

Första gången Mirjam skar sig själv använde hon en kniv. Vi frågar Mirjam om hon kommer ihåg vad hon tänkte när hon skar sig. *”Jag har aldrig varit ute efter att få empati eller hjälp genom skärandet som många andra utan min anledning var att straffa mig själv eftersom jag mådde som jag mådde. Jag var arg på mig själv liksom.”* Arg för att du mådde dåligt? *”Ja att liksom jag inte kunde styra över mig själv, att något tog över mig själv. Jag brukar säga att det inte var jag som levde i min kropp då...”*

Mirjam reflekterar över vad det var som gjorde att hon skadade sig själv, vad det var som utlöste denna impuls. *”Det var nog mest bara ilskan över det ”onda” i mig som tog över och jag ville skada det som gjorde detta och slippa det”*. Hon förklarar att det var när hon kände att hon inte kunde göra något, något som hon egentligen ville göra. Mirjam säger att det är svårt att förklara men hon säger att rädslan tog över hennes kropp och gjorde henne apatisk, en rädsla som hon egentligen inte visste vad den berodde på. Det enda hon visste var att rädslan hindrade henne från att göra olika saker, till exempel att gå till skolan eller träffa folk. Mirjam blev arg på sig själv när detta hände. Efter att hon utfört själva skadehandlingen blev Mirjam alltid ledsen över vad hon hade gjort och *”...kunde bara sitta och stirra på blodet”*.

Vidare berättar Mirjam att hon skar sig både på armarna, benen, midjan och på bröstet, *”...försökte dölja det så gott jag kunde så att ingen skulle se”*. I dag har Mirjam synliga ärr: *”Ja tyvärr finns de där, men det är ändå ärr jag kan leva med. De är inte jättestora.”* Under vissa perioder skadade sig Mirjam väldigt mycket. Men hon vill påpeka att även under de perioder hon skadade sig lite, kanske bara en gång på flera veckor, så var det ändå en gång för mycket.

”Jag hatade mig själv... jag fruktade mig själv!”. Så svarar Mirjam på frågan om vad hon hade för bild av sig själv under sin självskadeperiod. Hon förklarar att hon var rädd för vad hon skulle göra mot sig själv eftersom hon upplevde att det inte var hon som gjorde det utan någon som tog över hennes kropp.

Mirjam har alltid älskat att vara ensam och låste ofta in sig på sitt rum. Dock oroades hennes familj över detta under hennes självskadeperiod, *”...för de visste inte vad jag gjorde där inne.”* Trots att Mirjam älskade ensamheten var den inte bra för henne, det inser hon själv. Detta eftersom hon började tänka mycket och de tankar hon hade var inte positiva tankar.

7.1.3 Vändpunkten

Under sin självskadeperiod hade Mirjam ingen nära kompis att anförtro sig åt. Därmed var det ingen av hennes skolkamrater som visste något om hennes självskadebeteende. Inte heller Mirjams familj visste något. Mirjam berättar om den gången hennes föräldrar fick reda på att hon hade ett självskadebeteende. Det var under en läkarundersökning som en undersköterska såg hennes ärr och utan förvarning frågade om hon skar sig. Mirjam bröt då ihop, började gråta och berättade allt för sin mamma som var med på undersökningen. Mirjam berättar att hon var väldigt rädd för hur hennes mamma skulle reagera, att hon skulle bli jätteorolig. Mirjams pappa blev både rädd och orolig. Föräldrarna blev dessutom chockade, men de har i efterhand berättat att de hela tiden hade haft tankar om att hon kanske skadade sig själv, men att de inte hade kunnat få det

bekräftat förrän den dagen hos läkaren. Mirjam säger att det var skönt att hennes föräldrar fick veta "... för då kunde de ju hjälpa mig".

7.1.4 Behandling

Att Mirjams föräldrar fick reda på hennes självskadebeteende var alltså vändpunkten i Mirjams liv. Hon upplevde sin mamma som förstående och stöttande men även som en som kunde hjälpa till och förklara. Mirjam började gå hos olika psykologer för att få prata. *"I början var de värdelösa men... efter sådär sju års sökande efter hjälp fann vi någon som äntligen kunde göra något och som förstod"*.

Efter cirka sju år blev Mirjam diagnostiserad med Aspergers syndrom och ADHD och fick därmed medicin därefter. Dessa mediciner resulterade i en enorm förändring i Mirjams psykiska mående och plötsligt började hon få bra betyg i skolan och började umgås med kompisar. Asperger diagnosen är enligt Mirjam inte så framträdande som ADHD:n som innebär att hon har svårt att koncentrera sig och hejda sina impulser.

Idag har Mirjam varit fri från sitt självskadebeteende i ungefär fyra år. Dock hade hon ett återfall för några år sedan, en engångsgrej. Hennes flickvän gjorde slut med henne och Mirjam kände sig hjälplös och frustrerad. *"Jag kände att jag inte kunde göra något och då blev jag arg på mig själv"*.

7.1.5 Livet efter självskadebeteendet

I efterhand har Mirjam fått reda på, genom att hon själv har pratat om sitt självskadebeteende, att det är ganska många i hennes bekantskapskrets som även de har skadat sig själva någon gång. Detta är dock personer som hon inte kände under sin självskadeperiod. I dag vet alla Mirjams nära kompisar om hennes före detta självskadebeteende. Mirjam säger att hon lever efter mottot *"...att det är alltid något man kan lära ut så varför inte berätta"*.

Mirjam berättar att hon fortfarande ibland har tankar på att skada sig själv och hon tror aldrig att tankarna kommer att försvinna. Skillnaden mellan förr och nu är dock att hon i dag försöker prata med någon, framförallt hennes mamma, när tankarna kommer. Då hjälper hennes mamma henne att stå emot tanken att skada sig själv. *"Jag har lärt mig att de blir alltid lättare om man pratar om problemen"*, säger Mirjam.

Mirjam går i dag i skolan. Hon läser till undersköterska och hoppas på att så småningom få arbete inom äldreomsorgen. Om det inte blir inom äldreomsorgen vill hon arbeta med människor som har någon form av funktionshinder. *"Jag vill i alla fall hjälpa människor, det är i alla fall de som känns mest aktuellt nu"*. Mirjam berättar att hennes intresse för att arbeta med människor egentligen alltid har funnits där, hon var ofta med sin mamma på hennes arbete, som personlig assistent, när hon var liten och tyckte att arbetet verkade kul och givande. Via sin utbildning har hon också fått prova på detta arbete, genom praktikplatser på olika äldreboenden och arbetsplatsutbildning inom vården.

Mirjam ägnar sin fritid åt att pyssla och måla. Detta är sysselsättningar där hon kan få vara ensam, något som hon fortfarande älskar. Hon pysslar med allt som fångar hennes

intresse, för tillfället trycker hon mycket tröjor. Mirjam berättar att hon alltid letar inspiration. Hon förklarar att nu, när hon mår bättre, är hon en väldigt kreativ person.

I dag har Mirjam en helt annorlunda bild av sig själv än vad hon hade för några år sedan, då hon var mitt uppe i sitt självskadebeteende. ”*Jag är mer självsäker och tycker bättre om mig själv. Och jag har lärt mig att göra något bra av mina funktionshinder och att jag är värd att må bra...*”

7.2 Analys och tolkning av Mirjams berättelse

I detta avsnitt kommer vi att redogöra för våra resultat från Mirjams berättelse ”*Jag hatade mig själv... jag fruktade mig själv*” och koppla samman denna med den tidigare forskning och teori vi i tidigare kapitel redovisat.

7.2.1 Livet före självskadebeteendet

Eftersom Mirjam började må dåligt och skada sig själv i tidig ålder har hon svårt att berätta om sitt liv innan dess. Hon berättar dock om fragment av hennes liv, likväl flyter dessa fragment ofta ihop med självskadeperioden.

Mirjam berättar att hon knappt var varken fysiskt eller psykiskt närvarande i grundskolan. Det var egentligen bara det sista året som hon lyckades anstränga sig så att hon gick ut med fullständiga betyg. Enligt tidigare forskning skulle anledningen till att Mirjam lyckades gå ut grundskolan med betyg kunna vara att hon blev diagnostiserad och därmed fick en förklaring till och behandling för sina koncentrationssvårigheter etc. Mirjam kunde då acceptera och förstå varför hon hade vissa bekymmer (Stain, 2008) och, som Mirjam själv uttrycker det, vända sina funktionshinder till något positivt. I enlighet med tidigare forskning kan man med hjälp av en diagnos inse att bristerna inte är hela utan endast delar av en själv och därmed kan man lättare hantera dem (Stain, 2008). KASAM talar om hanterbarhet och att det är viktigt att man kan känna att man, med hjälp av stöd från bland annat sitt sociala nätverk, kan klara av sina svårigheter (Antonovsky, 1991). Vi tolkar detta som att känslan av hanterbarhet försvagades genom att skolan inte var anpassad efter Mirjams behov innan hon blev diagnostiserad. Vidare talar KASAM om begriplighet och vikten av att personen med diagnoserna inte ska känna sig misslyckad. För att begripligheten ska infinna sig krävs det att omgivningen hjälper personen, i detta fall Mirjam, att förstå sitt funktionshinder (Antonovsky, 1991).

Mirjam berättar att hennes familjemedlemmar under perioder har mått väldigt dåligt på grund av ångest. Mirjam själv tror dock inte att detta har påverkat hennes mående. Vi tror ändå att detta, tillsammans med hennes diagnoser, kan ha bidragit till att hon mådde dåligt då psykisk ohälsa i familjen, enligt tidigare forskning, ofta kan vara en bidragande orsak till självskadebeteende (Straarup m fl, 2008). Trots att Mirjams mamma och bror i perioder mått psykiskt dåligt kan man se att det finns ett relativt starkt familjärt socialt nätverk, något som enligt kristeorin är av betydelse för att klara svåra situationer (Cullberg, 2006).

7.2.2 Att leva med ett självskadebeteende

Mirjam berättar att hon under sin självskadeperiod var väldigt osäker på sig själv och att hon inte förstod varför hon mår dåligt. *”...jag kände mig annorlunda, det kändes jobbigt men jag hade ingen orsak att må dåligt så jag trodde jag var dum i huvudet”*. Detta skulle man kunna uppfatta som en typ av vantrivsel vilket enligt tidigare forskning är ett vanligt skäl till att man börjar skära sig (Straarup m fl, 2008).

Mirjam beskriver anledningen till att hon började skada sig själv på följande sätt: *”Det var nog mest bara ilskan över det ”onda” i mig som tog över och jag ville skada det som gjorde detta och slippa det”*. Vidare skar hon sig för att hon kände en stor rädsla. För vad vet hon egentligen inte men hon säger att rädslan var så stark att den tog över hennes kropp och gjorde henne apatisk. För att bli av med denna rädsla skar Mirjam sig. Detta kan vi koppla till tidigare forskning som säger att en av anledningarna till att man skadar sig själv är att man vill bli av med outhärdliga känslor (Samuelsson, 2001).

När vi hör Mirjam berätta om ovanstående får vi tankar om ytterligare en diagnos, emotionellt instabil personlighetsstörning. Vi vill här påpeka att vår intention inte är att diagnostisera Mirjam då vi varken har kunskap eller någon tillräcklig grund för att göra detta. Dock vill vi koppla samman det Mirjam berättar med diagnosen då hennes berättelse stämmer överens med diagnosens symptom. Tankar om diagnosen kom främst eftersom Mirjam upplever den onda sidan av henne själv som om någon tar över hennes kropp. Mirjam har alltså svårt att få sin dualism att gå ihop samt att hon har en skev verklighetsuppfattning där hon har svårt att skilja på vad som hör till en själv, symptom som personer med emotionellt instabil personlighetsstörning ofta har. Även det faktum att jaget är svagt stämmer in på diagnosen (Cullberg, 2005 och Straarup m fl, 2008). Mirjam nämner även vid ett tillfälle att hon på grund av sin ADHD diagnos har bristande impuls kontroll – ett element som ofta förekommer i samband med emotionellt instabil personlighetsstörning (Cullberg, 2005, Straarup m fl, 2008 och Wallroth m fl, 2002). Det är dock viktigt att komma ihåg att denna diagnos symptom ofta kan finnas hos en tonåring under utveckling och inte alls behöver tyda på att man har diagnosen (Cullberg, 2005 och Straarup m fl, 2008).

Mirjam berättar om att hon var arg på sig själv för att hon mår dåligt och detta var en av de största anledningarna till att hon skadade sig själv. Självskadandet var alltså, enligt Mirjam, ett sätt att straffa sig för att hon mår dåligt. Tidigare forskning bekräftar att självskadehandlingar ofta används i syfte att bestraffa sig själv samt att det är ett uttryck för att man inte tycker om sig själv (Wallroth m fl, 2002 och Kåver/Nilsonne, 2003). Vidare berättar Mirjam att hon inte ville att någon skulle upptäcka hennes självskadebeteende. *”Jag har aldrig varit ute efter att få empati eller hjälp genom skärandet som många andra utan min anledning var att straffa mig själv...”*. Detta kan vi knyta till den tidigare forskning som säger att mörkertalet bland tjejer som skadar sig själva är stort då många tjejer med självskadebeteende döljer sitt beteende (Stain, 2008).

Tidigare forskning menar att skammen över att man skadar sig själv ofta leder till att man drar sig undan och isolerar sig (Stain, 2008 och Kåver/Nilsonne, 2003). Detta är något som Mirjam ger ett bra exempel på då hon ofta satt ensam inne på sitt rum. Detta skulle, utöver det faktum att Mirjam tycker om att vara ensam, kunna vara ett resultat av att Mirjam under denna tid inte hade så många kompisar, om ens några. Trots att Mirjam

älskar att vara ensam inser hon i dag att det inte var bra för henne att stänga in sig på sitt rum eftersom hon då tänkte väldigt mycket destruktiva tankar. Dessutom kan isolering, enligt tidigare forskning, leda till att man mår sämre och därmed ökar självskadandet (Kåver/Nilsonne, 2003). Mirjam uppger att hon skadade sig mer i vissa perioder, då hon mådde sämre än vanligt. Att ökad sårbarhet kan göra att självskadebeteendet eskalerar är något som även tidigare forskning tar upp (Samuelsson, 2004).

Mirjam berättar att hon under sin självskadeperiod hade en negativ bild av sig själv. ”*Jag hatade mig själv... jag fruktade mig själv*” förklarar hon. Enligt tidigare forskning skulle man här kunna se Mirjams självskadebeteende som ett uttryck för självhat (Wallroth m fl, 2002 och Kåver/Nilsonne, 2003) vilket också bekräftas i tidigare stycken där Mirjam beskriver självbestraffning. Enligt kriteori skulle man kalla Mirjams syn på sig själv för en negativ eller svag självbild. Kriteorin menar också att en sådan självbild ofta leder till just självbestraffning och självskadebeteende (Cullberg, 2006).

Sammanfattningsvis kan vi se att det främst är två faktorer som är framträdande i Mirjams berättelse. Mirjam uppger att hon ofta var väldigt rädd och att hon blev av med rädslan genom är skära sig själv. Vidare var Mirjam också arg på sig själv för att hon mådde som hon mådde, hon säger att hon inte tyckte att hon hade någon anledning till må dåligt. Hade Mirjam diagnostiserats tidigare hade hon troligen haft en annan förståelse och förklaring till hennes mående. Kanske hade hon då inte varit lika arg på sig själv och därmed inte haft känslan av att hon behövde bestraffa sig själv.

7.2.3 Vändpunkten

Vändpunkten för Mirjam var att hennes föräldrar fick reda på hennes självskadebeteende. En bidragande orsak till vändpunkten var att Mirjam nu hade någon att anförtro sig åt, då hon innan varken hade pratat med sin familj eller haft några kompisar. Mirjams föräldrar blev självklart oroliga och rädda men samtidigt intog, framförallt, hennes mamma en väldigt stöttande och förstående roll. Mirjam kommer ihåg att hon tänkte att det var skönt att föräldrarna hade fått reda på självskadebeteendet ”... *för då kunde de ju hjälpa mig*”. För första gången kunde nu Mirjam, med hjälp av sin mamma, sätta ord på sina känslor. Detta är något som både kriteorin och tidigare forskning menar att en person med självskadebeteende ofta behöver hjälp med (Cullberg, 2006 och Straarup m fl, 2008).

Vi kan se ytterligare en positiv aspekt på att Mirjams föräldrar fick reda på hennes självskadebeteende. Då ingen visste om Mirjams problematik kunde ingen heller göra någonting för att hjälpa henne. Det var först då hennes föräldrar fick reda på självskadebeteendet och därmed kunde ta tag i hennes problem som hennes återhämtningsprocess kunde påbörjas. Det var också först nu som Mirjam faktiskt förstod att hon hade skäl för sitt mående.

7.2.4 Behandling

Psykiatrins behandling har, enligt tidigare forskning, inte alltid uppfattats som positiv. Främst för att många tjejer med självskadebeteende upplever att de inte fått den hjälp de behövt (Stain, 2008). Mirjam berättar att det tog cirka sju år innan hon hittade en psykolog som faktiskt kunde hjälpa henne, ”*I början var de värdelösa...*”.

Avsaknad av kontroll över sitt eget liv och maktlöshet är ord som tydligt beskriver vad empowerment innebär (Larsson, 2007). Detta är någonting som vi skulle kunna koppla till Mirjams känsla av att inte ha kontroll över sitt eget liv. *”Ja att liksom jag inte kunde styra över mig själv, att något tog över mig själv. Jag brukar säga att det inte var jag som levde i min kropp då...”* Av detta citat att döma kan man ana att Mirjam befann sig i ett tillstånd av dissociation då hon skadade sig själv. Tidigare forskning menar att känslor av överklighet och att känna sig främmande för sig själv och sin egen kropp ofta förkommer i dissociationstillstånd, eller hos personer med emotionellt instabil personlighetsstörning (Wallroth m fl, 2002, Cullberg, 2004 och Straarup m fl, 2008). Att Mirjam också befann sig i puberteten och att kroppen bokstavligen förändrades skulle enligt kristeorin kunnat medföra att känslan av att vara främmande för sin egen kropp förstärktes (Cullberg, 2006). Här skulle empowerment kunna medföra att Mirjam fick en känsla av att hon hade kontroll över sitt liv (Larsson, 2007).

Mirjam har under sin återhämningsprocess använt sig av en copingmekanism, bortträngning, som innebär att man justerar verkligheten så att den blir lättare att stå ut med. Upplevelser kan därmed ”glömmas bort” (Cullberg, 2006). Mirjam berättar till exempel att hon knappt kommer ihåg någonting alls från sin självskadeperiod just på grund av att hon har förträngt så mycket hon har kunnat. Självklart tror vi också att Mirjams minnen från självskadeperioden kan vara svaga just på grund utav hennes då unga ålder.

Mirjam har i dag diagnoserna Aspergers syndrom och ADHD. Tidigare forskning visar att bristande impulskontroll ofta finns hos de personer som skär sig (Wallroth m fl, 2002). Detta är något som också, enligt Mirjam själv, stämmer in på henne. På grund av hennes diagnoser äter Mirjam i dag medicin som bland annat hjälper henne att stå emot dessa impulser, impulser som ofta kan innebära att hon vill skada sig själv. Detta tillsammans med stöd från föräldrarna och en förståelse för hennes problematik har hjälpt Mirjam att känna att hon i dag har kontroll över sitt liv.

Kapitel 8

8.1 Sandras berättelse - ”Mager, blek, sönderskuren, ärrad...”

En tisdagskväll i mars loggar en tjej vid namn Sandra in på MSN Messenger för att dela med sig av sin historia. En historia som är fylld av självdestruktivitet och psykiskt smärta. Sandra berättar öppet om sitt liv och om hur det kan vara att leva med ett självskadebeteende. I dag är Sandra 26 år och efter en dramatisk vändpunkt är hon fri från sitt destruktiva beteende...

8.1.1 Livet före självskadebeteendet

För ungefär 26 år sedan föddes Sandra. Hon växte upp i en medelstor stad i Sverige tillsammans med sina föräldrar och sin sex år yngre syster. Tillsammans bodde de i en villa i ett, som Sandra själv uttrycker det, välbärgat område. Båda hennes föräldrar är akademiker och därmed välutbildade och Sandra berättar att hon i grundskolan gick på en liten välrenommerad skola med små klasser. Vidare berättar Sandra att hon alltid har haft ganska lätt för sig i skolan, *”jag var lite för duktig som barn och hamnade en smula utanför i klassen - jag blev den klassiska plugghästen”*. Sandra berättar att detta utanförskap var något som fortsatte i princip hela grundskolan. Hon poängterar dock att hon ofta valde sin ensamhet själv då hon inte hade samma intressen som de andra i klassen. På gymnasiet gick Sandra en internationell linje som innebar att hon bara läste sex ämnen under hela skoltiden. Dessa sex ämnen läste hon å andra sidan med ett otroligt djup. Sandra säger själv att kraven som ställdes var många gånger högre än de som i dag ställs vid högskolestudier.

Utåt sett var Sandras föräldrar *”...det lyckliga paret”*. Verkligheten var dock en annan. Sandra berättar att hon egentligen inte har några minnen av att hennes föräldrar någonsin kramades eller pussades. Istället är det hon kommer ihåg gräl och till viss del fysiskt våld. Detta var dock aldrig någonting som Sandra avslöjade för någon. *”Jag är fostrad till att behålla ytan, att inte låta någon se vad som finns bakom den välputsade fasaden”*. Hon berättar att hon grät på väg till och från skolan, men aldrig så att någon såg henne. Inte heller hemma visade Sandra att hon påverkades av föräldrarnas gräl. *”De hade ju nog med sig själva”*.

När Sandra var tolv år skildes hennes föräldrar, vilket påverkade henne i stor utsträckning. I samband med skilsmässan fick Sandra ta stort ansvar för sin yngre syster som då bara var sex år gammal. När vi frågar Sandra om det var föräldrarnas skilsmässa som var starten för hennes självskadebeteende svarar hon att hon egentligen inte kan ge något svar på den frågan. *”Det är jättesvårt att säga. Jag vill inte alls lägga skulden på mina föräldrar för att jag senare började skada mig själv, men visst påverkade det mig. Jag kände mig sällan helt trygg hemma, och det är ju onekligen en bidragande orsak”*.

8.1.2 Att leva med ett självskadebeteende

Ungefär ett år efter det att föräldrarna hade skilt sig började Sandra svälta sig själv, vilket hon fortsatte med, mer eller mindre, i ungefär 10 år. *”Jag använde självsvälten som ett sätt att kontrollera och straffa mig själv”*. Vi ber Sandra berätta om första gången hon

skadade sig själv och hon säger att hon inte minns det exakta tillfället. Hon minns dock att hon hade pratat med en annan tjej som hade skadat sig och tänkte att hon också skulle testa. Vid detta tillfälle var Sandra 16 år. *"I början var det oerhört läskigt och skrämmande och på något vis visste jag att det här var fullständigt förbjudet. Jag hade tänkt på det länge och väl och hade till sist hittat min pappas gamla fällkniv som jag visste att han inte skulle sakna om jag lånade"*. Sandra berättar att hon den första tiden var livrädd att någon skulle komma på henne och hon gjorde allt för att hålla självskadebeteendet hemligt. Varför hon var rädd för att bli påkommen vet hon egentligen inte. *"Det var nog mest att jag var så duktig och bra på alla sätt och vis, höga betyg, musikalisk, duktig dansare osv, att ett självskadebeteende inte passade in i bilden av mig. Jag ville varken riskera att stå där med skammen inför andra (främst mina föräldrar) men ville heller inte att någon skulle ta ifrån mig mitt redskap och vapen mot ångest, krav och panik"*.

Trots att Sandra från dag ett skadade sig själv för att uttrycka det som gjorde så ont inombords, för att släppa på trycket lite, så skämdes hon obeskrivligt mycket. Sandra förklarar att det alltid har funnits en viss lättnad precis i det ögonblick då hon skadade sig. *"Under de korta minuter som blodet rann hann inte skulden och skammen ifatt och då kunde jag känna lättnad"*. Sandra berättar att hon brukade beskriva det för sina behandlare *"...som att ångesten rann ut med blodet"*. Skammen var dock den känsla som kort efter självskadandet återigen tog överhanden.

Sandra skadade alltså sig själv för att dämpa sin ångest. Ofta skadade hon sig när hon ville fly från en situation som hon kände att hon inte kunde behärska. Vidare berättar hon att hon skadade sig för att straffa sig själv när hon kände sig misslyckad. Under de perioder hon var inlagd inom psykiatri använde hon också självskadandet för att visa omgivningen att hon inte mådde bra. *"Jag använde självskadorna till allting"*. Med tiden blev Sandras självskadebeteende grövre och mer drastiskt. *"Ju sjukare jag blev desto mindre orkade jag bry mig om huruvida andra visste eller inte"*.

Sandra skadade sig främst på över- och underarmar men också på händer och lår. Hon berättar också att hon ett flertal gånger har överdoserat läkemedel. Sandra beskriver att hon, när självskadebeteendet eskalerade, skadade sig på många andra sätt utöver dessa också. *"Till sist gjorde jag allt för att skada mig och kunde vara destruktiv med ett lypsyl eller bara i ett isolerat tomt rum"*.

Först när Sandra var 18 år fick hennes föräldrar reda på att hon skadade sig själv. Självskadebeteendet hade då pågått i ungefär tre år och detta var ungefär ett år efter det att Sandra hade flyttat hemifrån. Anledningen till att de fick veta just då var att Sandra då för första gången blev inlagd inom psykiatri. Sandra berättar att hon under sin tid inom psykiatri använde sig av självskadebeteendet som ett sätt att få personalen att förstå att hon behövde hjälp. *"Om man inte skadade sig syntes man inte, fick ingen uppmärksamhet och sparsamt med hjälp"*. Detta ledde till att Sandras inställning, men också hennes känslor, förändrades. *"Fortfarande var skammen stor inför familj (som jag sällan berättade något för) och vänner, men det var också allt mer ilska som växte i mig. Mot mig själv främst, för att jag inte klarade av att sluta"*.

Sandra berättar vidare att hon, de sista åren, nästan bara skadade sig själv när hon var på sjukhuset och inte när hon var hemma. När vi frågar henne vad hon tror att detta berodde

på svarar hon att hon tror att det hade att göra med att ett självskadebeteende var vad som förväntades av henne. *"Ligger man på psyk är man sjuk och smågalen, jag var där för att mitt självskadebeteende var allt för allvarligt, då var jag ju tvungen att leva upp till alla deras diagnoser och farhågor"*. Vidare berättar Sandra att självskadebeteendet till slut var det enda hon hade. *"Till sist skadade jag mig för att det var det enda jag var bra på. Hur tragiskt det än låter så var det en stor del av sanningen. Jag hade tappat allt annat, ingen skola, inga vänner, knappt någon familj - psyk och självskadorna utgjorde mitt liv"*.

När vi frågar Sandra om hon kunde prata med någon om sitt självskadebeteende svarar hon att hon till viss del kunde prata med personalen på avdelningarna och att hon också pratade en del med sina medpatienter. Hon berättar vidare att dessa medpatienter blev hennes kompisar. *"Jag träffade ju inga andra människor. De andra med samma problematik hade ju en annan förståelse för känslorna och upplevelserna, som jag naturligen inte delade med personalen"*.

När vi ber Sandra beskriva hur hon såg på sig själv under sin självskadeperiod är det ingen ljus bild vi får. *"Jag hade en väldigt dyster och mörk självbild som i mångt och mycket speglades i de handlingar jag utsatte min kropp för. Jag äcklades av vad jag gjorde mot mig själv, men också av hur jag kom att se ut. Mager, blek, sönderskuren, ärrad, med sondslangar och dropp i armarna. Det var ingen rolig bild och det värsta var att jag orsakat den själv"*.

8.1.3 Vändpunkten

Sandra berättar att hennes självskadebeteende pågick under ungefär åtta år och att hon i dag har varit fri från det i snart tre år. *"Och nej, aldrig aldrig någonsin får jag tankar på att skada mig själv"*.

Vi ber Sandra berätta vad det var som gjorde att hon till slut valde att sluta med sitt självskadebeteende. *"Jag hade ju en pojkvän under alla dessa kaotiska åren. Vår relation gick lite upp och ner men vi fanns alltid där för varandra. Vi förlovade oss och var sambos. 2006 avled han i en hjärntumör och mitt liv vändes upp och ner en sista gång"*. Sandra berättar att hon i och med detta sjönk djupare ner i sitt självskadebeteende än vad hon någonsin gjort förut. Detta ledde till att hon tvångsplacerades på en psykiatrisk intensivvårdsavdelning där hon till sist gjorde ett allvarligt självmordsförsök. Självmordsförsöket ledde till att Sandra, under en veckas tid, låg i respirator med förlamningar och minnesförluster. Mirakulöst nog klarade hon sig utan några bestående men. *"När jag väl kunde lämna respiratorn och efter en tid fick tillbaka mitt minne/korttidsminne (det försvann helt en period) insåg jag att jag hade två val. Leva eller dö. Jag valde livet"*.

När vi frågar Sandra hur hon hanterar eventuell ångest i dag förklarar hon att hon väldigt sällan får någon ångest. När den ändå dyker upp så vet hon att känslor i sig inte är farliga. Det är okej att vara deppig och må dåligt. *"Jag tillåter ångesten att komma för att sedan dra förbi"*.

8.1.4 Behandling

Sandra berättar skämtsamt att hon förmodligen har haft de flesta diagnoser som går att få. Dock är det få av dem som hon upplever har stämt. Hon hade till exempel under en lång tid diagnosen Borderline personlighetsstörning, men har i dag fått den avskrivna. De diagnoser Sandra i dag kan hålla med om är anorexi, ätstörning UNS (ätstörning utan närmare specifikation) vilket innebär att man inte uppfyller alla kriterier för exempelvis anorexi eller bulimi samt recidiverande depressioner som helt enkelt innebär återkommande, djupa depressioner.

Vidare berättar Sandra att hon under flera år, till och från, har varit inskriven på behandlingshem eller inom psykiatrin. De första åren frivilligt, men de sista tre-fyra enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Vi ber henne berätta om sin uppfattning av den vård hon fick. *"Vissa i personalen var väldigt bra och gav mig mycket, men de allra flesta var tyvärr ganska okunniga inom självskadebeteende och visste inte hur de skulle handskas med mig"*. När vi frågar Sandra om hon fick någon vård efter sitt självmordsförsök svarar hon: *"Nej, pinsamt nog ingenting alls. Två månader efter incidenten på psykiatriska intensivvårdsavdelningen skrevs jag ut till mitt hem och ingenting annat. Ingen läkarkontakt, ingen terapi, ingen stödkontakt, nada. Då ska man komma ihåg att jag hade en ganska ansevärd journal bakom mig"*. Efter ungefär ett halvår fick Sandra till slut en terapeut som hon sedan hade under 8 månader. 99 % av jobbet gjorde hon dock själv och den delen innefattar precis allt i den akuta fasen, då Sandra verkligen hade behövt stöd. Hon är dock noga med att poängtera att hon har haft konstant otur med sin vård och att det är viktigt att komma ihåg att inte alla drabbas på samma sätt som hon gjorde. I dag har Sandra inte längre någon kontakt med psykiatrin

Något som har varit viktigt för Sandra under den tid då hon inte har gått i någon terapi har varit olika forum på internet. Sandra säger själv att dessa forum *"... har fått mig att växa och inse att min historia kan vara en tillgång i stället för bara en skam och mörk fläck"*.

8.1.5 Livet efter självskadebeteendet

Då Sandra, på grund av sitt självskadebeteende, sjukskrevs på deltid under sista året av gymnasiet och sedan lades in på en psykiatrisk avdelning avslutade hon inte gymnasiet förrän efter sju år, det vill säga fyra år för sent. Även därefter var Sandra sjukskriven och förtidspensionerad. Hon berättar att hon tror att hon sammanlagt var sjukskriven i ungefär sex-sju år.

I dag lever Sandra tillsammans med sin sambo, deras två katter och en hund. Hon läser just nu fjärde terminen på sjuksköterskeutbildningen och gör sin praktik som är förlagd på ett sjukhus.

Avslutningsvis ber vi Sandra beskriva hur hon ser på sig själv i dag. *"Jag ser att jag har mina brister precis som andra människor men att det är okej. Jag trivs med mig själv och med mitt liv och det är jag nöjd med. Jag vet att jag är riktigt duktig på vissa saker och mindre bra på andra, men att det aldrig förändrar mitt värde som människa"*.

8.2 Analys och tolkning av Sandras berättelse

I detta avsnitt kommer vi att redogöra för våra resultat från Sandras berättelse ”*Mager, blek, sönderskuren, ärrad...*” och koppla samman denna med den tidigare forskning och teori vi i tidigare kapitel redovisat.

8.2.1 Livet före självska debeteendet

Flera rapporter som redovisar den forskning som finns inom ämnet självska debeteende beskriver att vanliga skäl till att man skadar sig själv är familjeproblem och annan typ av vantrivsel (Straarup m fl, 2008). Delar av detta kan vi knyta till det som Sandra har berättat om att det förekom fysiskt våld mellan hennes föräldrar, vilket givetvis ses som ett familjeproblem. Forskning visar att barn som bevittnar våld utvecklar en svårighet att känna trygghet och tillit (www.regeringen.se). Sandra bekräftar detta genom att berätta att hon på grund av föräldrarnas bråk hade svårt att känna total trygghet i sitt hem. Antonovsky (1991) menar att värme och kärlek i samband med förutsägbarhet är något som är väsentligt för att en känsla av meningsfullhet ska kunna infinna sig. Av Sandras berättelse kan vi dra slutsatsen att hennes förutsägbarhet bestod av vetskapen att hennes föräldrar skulle bråka och möjligen även använda fysiskt våld. Således var Sandras förutsägbarhet av negativ art och kunde därför inte bidra till en ökad känsla av meningsfullhet.

Tidigare forskning säger att personer som i unga år får ta stort ansvar har större benägenhet att utveckla ett självska debeteende (Samuelsson, 2004). Att ta ansvar är något som stämmer in på Sandra. När hon var 12 år skildes hennes föräldrar och hon fick börja ta mycket ansvar i hemmet, framförallt för sin yngre syster.

Sandra berättar att hon alltid har varit ”...den klassiska plugghästen” och hon uttrycker att hon kanske till och med var ”...lite för duktig som barn”. Tidigare forskning menar att känslan av att man måste lyckas i livet kan påverka ens liv i negativ riktning (Stain, 2008). Sandra valde till och med att gå ett internationellt gymnasium där hon visste att kraven som ställdes var många gånger högre än vid en vanlig skola. Nu i efterhand kan Sandra se att gymnasiet troligen hade gått bättre för henne om hon hade valt en ”vanlig” gymnasielinje. Vi kan av detta dra slutsatsen att Sandra hade krav på sig att lyckas i livet, kanske framförallt då båda hennes föräldrar var välutbildade men även från samhället i stort.

Av ovanstående är det tydligt att Sandras föräldrar, medvetet eller omedvetet, ställde höga krav på henne redan då hon var liten. Antonovsky (1991) talar, i samband med begreppet hanterbarhet, om att det är viktigt att man ställer rimliga och realistiska krav på barn för att känslan av hanterbarhet ska kunna infinna sig. Vi kan av Sandras berättelse förstå att de krav som ställdes på henne varit höga redan från tidig ålder då hon uttrycker att hon i grundskolan varit riktigt duktig, något som fortsatte i gymnasiet. Då vi lyssnar till Sandras berättelse får vi en uppfattning av att de krav som ställdes på Sandra i hemmet är de krav som främst kan klassas som orealistiska.

”Jag är fostrad till att behålla ytan, att inte låta någon se vad som finns bakom den välputsade fasaden”. Sandra lät alltså aldrig någon veta hur hon mädde. Inte ens hennes föräldrar visste hur hon kände. En stor anledning till detta var att Sandra tänkte att de

hade nog med sig själva. Tidigare forskning säger att förmågan att sätta ord på sina känslor och att prata om dem utvecklas i barndomen (Straarup m fl, 2008). Om Sandra inte, efter föräldrarnas skilsmässa, fick möjlighet att prata om vilka känslor som väcktes inom henne kan detta, tillsammans med att hon var uppfostrad till att behålla ytan, vara anledningen till att Sandra även längre fram hade svårt för att sätta ord på och prata om sina känslor. Enligt KASAM skulle man kunna säga att Sandra i denna situation upplevde en form av underbelastning, ett begrepp som vanligen används i samband med hemmafruars situation (Antonovsky, 1991). Vi anser dock att detta begrepp är av relevans även här, för Sandra och för ämnet tjejer med självskadebeteende, då Sandra uttrycker att hennes liv var så strukturerat och att hon var uppfostrad att behålla ytan och därmed inte kunde ge uttryck åt varken sina förmågor, intressen eller känslor.

Vi tror att samtliga ovanstående faktorer tillsammans till slut blev för mycket för Sandra. Förmodligen bar Sandra så mycket tankar och känslor inom sig att hon tillslut inte visste var hon skulle göra av dem. För att bringa ordning i känslokaoset började Sandra skada sig själv.

8.2.2 Att leva med ett självskadebeteende

Något år efter att Sandras föräldrar skilde sig började hon svälta sig själv. *”Jag använde självsvälten som ett sätt att kontrollera och straffa mig själv”*. Tidigare forskning visar att drygt hälften av alla personer som skadar sig genom att skära sig eller dylikt också har någon form av ätstörning (Wallroth m fl, 2002). Sandra tror inte att hennes föräldrars skilsmässa var startskottet till hennes självskadebeteende trots att det varit en bidragande orsak till hennes mående. Vi väljer ändå att se Sandras föräldrars skilsmässa som en traumatisk kris och Cullberg menar att för att man ska kunna komma ur sin kris måste man gå igenom krisens fyra faser (Cullberg, 2006). Troligen kom Sandra aldrig igenom samtliga faser då hon koncentrerade sig på att ta hand om sin lillasyster. Detta kan enligt Cullberg leda till bestående problem. Vid en traumatisk kris, såsom skilsmässa, är det viktigt att man får bearbeta sina känslor (Cullberg, 2006). Görs inte detta finns risk att omgivningen tror att personen har klarat sig igenom krisen, trots att så inte alls är fallet. Av ovanstående kan man förstå att Sandra visade upp en oberörd fasad för omgivningen, något som medförde att omgivningen troligtvis inte förstod att Sandra behövde hjälp. För Sandra har sannolikt krisens reaktioner tagit sig uttryck i nedstämdhet eller liknande.

Ovanstående kan man koppla till kristeorin som talar om de tillfällen där den individ som mår dåligt inte kan få stöd eller hjälp av det sociala nätverket (Cullberg, 2006). Som vi, i ovanstående stycke nämner, kände Sandra att hennes föräldrar hade nog med sig själva och därmed inte kunde hjälpa henne med hennes problem. Kristeorin talar vidare om att då en familj är inne i en kris, som i Sandras familj skulle kunna vara skilsmässan och det fysiska våldet mellan hennes föräldrar, och inte klarar av att hantera det som händer finns det stor risk att en enskild individ i familjen utjämnar familjens lidande genom destruktiva handlingar (Cullberg, 2006). I Sandras fall var dessa destruktiva handlingar först självsvält och sedan också självskadehandlingar såsom att skära sig.

Sandra berättar att anledningen till att hon skar sig främst var att hon ville dämpa sin ångest samt att hon ville straffa sig själv för att hon kände sig misslyckad. Detta är något som bekräftar den tidigare forskning som talar om detta (Samuelsson, 2001, Wallroth m fl, 2002 och Kåver/Nilsonne, 2003). Vidare berättar hon att hon under och precis efter

skadehandlingen kände en lättnad. *”Under de korta minuter som blodet rann hann inte skulden och skammen ifatt och då kunde jag känna lättnad”*. Av citatet att döma kände Sandra skam efter att hon skurit sig. Som man kan läsa både på SHEDO’s hemsida och i litteratur om självskadebeteende så leder skamkänslan ofta till att man återigen mår psykiskt dåligt och därmed skär sig igen. En ond cirkel har startats. Ytterligare en anledningen till att man skär sig igen kan vara det faktum att hormonet endorfin utsöndras i samband med att man skär sig. Endorfin kan beskrivas som kroppens eget hormon – således blir man beroende av endorfinet och skadar sig för att återigen få känna detta rus av endorfin (Straarup m fl, 2008). Vi anser att detta är snartlikt vilken annan missbruksproblematik som helst.

Sandra berättade att anledningen till att hon skar sig första gången var att en kompis till henne hade pratat om att hon skar sig. Således kan vi se att det, liksom tidigare forskning visar, föreligger en viss ”smittorisk” hos självskadebeteendet (Stain, 2008 och Samuelsson, 2001). Sandra berättar att hon ofta pratade med sina medpatienter då hon var inlagd inom psykiatrin och att de blev hennes kompisar, *”...de andra med samma problematik hade ju en annan förståelse för känslorna och upplevelserna...”*. När vi hör Sandra berätta om detta väcks frågan om huruvida patienter med samma problematik ”smittar” varandra då de egentligen är inlagda för behandling. Tidigare forskning säger dock att en fullt välmående människa inte skadar sig själv. Därför finns denna smittorisk endast om en persons psykiska immunförsvar är dåligt (Straarup m fl, 2008).

Sandra berättar att hon under sin självskadeperiod hade en mörk självbild, *”Jag hade en väldigt dyster och mörk självbild som i mångt och mycket speglades i de handlingar som jag utsatte min kropp för. Jag äcklades av vad jag gjorde mot mig själv, men också av hur jag kom att se ut. Mager, blek, sönderskuren, ärrad, med sondslangar och dropp i armarna. Det var ingen rolig bild och det värsta var att jag orsakat den själv.”* Denna självbild är något som tidigare forskning skulle kalla för självhat. Detta självhat är ofta det som gör att man riktar skadehandlingarna mot sig själv och inte mot någon annan, till exempel genom aggressiva utspel (Straarup m fl, 2008).

8.2.3 Vändpunkten

För Sandra var vändpunkten väldigt dramatisk. Hennes fästman omkom och Sandra själv gjorde ett allvarligt självmordsförsök som resulterade i en sjukhusvistelse där hon låg i respirator. Då hon trots detta allvarliga självmordsförsök repade sig insåg hon att hon hade två val *”...Leva eller dö. Jag valde livet.”* Vår tolkning av detta är att Sandra nu kände att livet var värt att leva och att hon numer skulle stå ut med de motgångar livet medför. Därmed kände hon en känsla av meningsfullhet vilket är en av komponenterna i KASAM (Antonovsky, 1991).

8.2.4 Behandling

Sandra har en negativ bild av psykiatrin, något som tidigare forskning visar är vanligt (Stain, 2008). Sandra upplevde bland annat att många i personalen var okunniga inom självskadebeteendet och därmed inte kunde ge henne rätt hjälp. Enligt KASAM är trygghet en viktig faktor för att kunna känna begriplighet (Stain, 2008). Vi anser att Sandra omöjligt kunde känna sig fullständigt trygg inne på psykiatrin då hon upplevde att personalen var okunnig.

Vidare berättar Sandra att hon de sista åren nästan bara skadade sig när hon var inlagd på sjukhuset. Sandra förklarar detta med *”Ligger man på psyk är man sjuk och smågalen, jag var där för att mitt självskadebeteende var allt för allvarligt, då var jag ju tvungen att leva upp till alla deras diagnoser och farhågor”*. Sandra skadade sig då för att få personalen att förstå att hon behövde hjälp. Hon menar att om man inte skadade sig så var det ingen som uppmärksammade och hjälpte en. Enligt tidigare forskning är det extremt viktigt att ta dessa rop på hjälp på allvar då det alltid föreligger en självmordsrisk vid självskadebeteende (Samuelsson, 2004). Enligt kristeori kan ofrivillig inläggning på sjukhus, liksom Sandras, vara en kränkande upplevelse som kan utmynna i en traumatisk kris (Cullberg, 2006). Vi tror att Sandra mycket väl kan ha uppfattat inläggningarna som en kris då hon berättar att hon blev sämre under dessa perioder samtidigt som hon hade en negativ bild av den vård hon faktiskt fick.

Då Sandra skrevs ut från psykiatrin fick hon inte den vård hon hade behövt. Hon fick kämpa för att få en terapikontakt. Sandra berättar att hon har stått för en stor del av sin återhämtning själv, till exempel genom att vara ute på olika forum för självskadebeteende på internet, där hon fått möjligheten att prata av sig. Att Sandra till stor del själv varit aktiv i sitt återhämtningsarbete kan kopplas till empowerment som säger att det är individen själv som kan förändra (Larsson, 2007), i detta fall genom att Sandra tagit kontrollen över sitt eget liv.

Sandra säger att hon i dag aldrig har tankar på att skada sig och hon sällan har ångest. Men, förklarar hon, om ångesten ändå kommer vet hon att känslorna i sig inte är farliga och det är okej känna dem: *”jag tillåter ångesten att komma för att sedan dra förbi”*. Att Sandra tillåter att ångesten finns där, utan att ta till självskadandet, skulle kunna ses som Sandras nya copingstrategi. Sandra förklarar också att det är okej att känna dessa känslor, något som man arbetar för i behandlingsmetoden DBT. Många tjejer med ett självskadebeteende ser, enligt DBT, livet som svart eller vitt, det vill säga att livet antingen kan vara bra eller dåligt – inte både och (Straarup m fl, 2008). Det är detta som Sandra i dag har lärt sig att acceptera, att livet ibland kan vara i en helt normal gråskala.

Av Sandras berättelse kan vi se att hon inte fick den hjälp som hon hade behövt men att hon på egen hand ändå klarade sig ur sitt självskadebeteende med livet i behåll. Således är Sandra ett bra exempel på en person med stark empowerment. Hon arbetade själv fram en känsla av att hon hade förmågan att ta kontroll över sig själv och sitt liv (Larsson, 2007).

Kapitel 9

9.1 Sammanfattning av resultat

I detta kapitel har vi för avsikt att sammanfatta *våra* resultat genom att kortfattat besvara varje frågeställning.

9.1.1 Vilken betydelse hade självskadebeteendet hos respondenterna?

Syftet med vår uppsats har varit att, utifrån ett livshistorieperspektiv, undersöka betydelsen av ett självskadebeteende.

Våra respondenter hade alla ett så kallat repetitivt självskadebeteende, vilket innebär att man skadar sig själv ofta och under långa tidsperioder. Självskadebeteendets funktion och mening skiljer sig mellan respondenterna men den utmärkande betydelsen är att ta sig ur ett känslomässigt tillstånd som man har svårt att stå ut med. Således var självskadandet en form av copingstrategi för samtliga respondenter. Självskadandet kan alltså vara ett sätt att hantera, eliminera eller konkretisera den psykiska smärta, ilska eller rädsla man känner. Det kan också vara så att man, då man enligt tidigare forskning ofta befinner sig i ett tillstånd av dissociation under självskadehandlingen, inte känner någonting och därmed skär sig för att känna något över huvudtaget. Ibland är självskadandet också ett rop på hjälp och/eller en önskan att få uppmärksamhet. Dock behöver det inte vara så då två av våra respondenter dolde sina självskadebeteenden i flera år. Samtliga respondenter i vår studie har skadat sig själva som bestraffning. Besträffningen kunde till exempel vara för att de kände sig misslyckade eller var arga på sig själva.

Vi har i studien också kunnat se att då det inte funnits möjlighet för respondenterna att skära sig själva har deras destruktiva beteende tagit sig andra uttryck. Överdoser, självsvält och/eller isolering har förekommit hos flera av respondenterna. Anledningen till att vi väljer att uppmärksamma detta har med behandlingen att göra. Det hjälper inte en person med självskadebeteende att ta bort rakbladen eller kniven för att det destruktiva beteendet ska försvinna. Man måste förändra sättet att tänka och se på sig själv!

Självskadehandlingarna har, som man av ovanstående kan förstå, i huvudsak syftat till att lindra någon form av ångest och oftast har en känsla av lättnad infunnit sig vid själva skadehandlingen. Dock har samtliga respondenter beskrivit att ångesten, tillsammans med skamkänslor över vad man har gjort återkommit snabbt efter självskadehandlingen.

9.1.2 Hur kom respondenterna ur sitt självskadebeteende och kan man se någon specifik vändpunkt?

En av våra respondenter upplever att hennes vändpunkt, det som gjorde att hon till slut kom ur sitt självskadebeteende, var att hennes föräldrar fick reda på det. Hon berättar att hon därmed hade någon att prata med och någon som kunde hjälpa henne då impulsen att vilja skada sig själv uppkom. Utöver sina föräldrar har denna respondent även haft en psykolog att prata med. De två andra respondenterna har, istället för att prata med sina föräldrar, pratat om sina problem via samtalskontakter, medpatienter eller via forum på internet. Således verkar det vara av betydande art att man ska få möjlighet att prata med

någon och sätta ord på sina känslor i återhämtningsarbetet efter en period med ett självskadebeteende. Som vi nämnt tidigare är detta något som också kristeorin trycker på.

Samtliga respondenter verkar också ha ett intresse för att hjälpa människor. Emelie har planer på att utbilda sig till arbetsterapeut. Mirjam läser till undersköterska och hoppas på att få arbete inom äldreomsorgen. Sandra studerar till sjuksköterska och gör för tillfället praktik på ett sjukhus. Anledningarna till dessa arbeten skiljer sig åt men genomgående finns en önskan om att hjälpa människor och känna ett värde i det arbete man utför. Att ha en sådan sysselsättning, som man trivs med och anser värdefull, gynnar KASAM. Vi tror också att i möten med psykiatripersonal som varit bra uppstår en form av identifikation hos dessa unga tjejer som leder till en önskan om ett liknande yrke. Likaså kan ett negativt möte väcka en vilja att förändra och själv bemöta på ett bättre sätt.

Att ha ett fritidsintresse verkar vara något som har betydelse för våra respondenters mående och ett gemensamt drag som man kan se bland våra respondenter är att de har kreativa personligheter. En av våra respondenter uttryckte att dansen var den största motiverande faktorn till att hon klarade av att ta sig ur sitt självskadebeteende. Enligt empowerment är det viktigt att förstärka sådana här intressen då självförtroendet utvecklas i positiv riktning. Att känna självförtroende och att man behärskar sitt intresse bidrar också till att en känsla av hanterbarhet ska kunna infinna sig. Därmed kan intressen av denna art även medverka till att KASAM stärks.

En av våra respondenter har, till skillnad från de andra två respondenterna, haft en mer dramatisk och tydlig vändpunkt. Hon gjorde ett självmordsförsök och efter att ha överlevt detta bestämde hon sig för att ta sig ur sitt självskadebeteende. Vi kan av denna berättelse ana att det krävdes en konkret händelse för att respondenten skulle bli medveten om hur allvarlig hennes problematik var. Ibland måste man nog ner i botten innan det är dags att börja ta sig uppåt! Empowerment talar om vikten att ta kontroll över sitt eget liv, och kanske hjälpte denna händelse vår respondent till kontroll.

Samtliga respondenter är i dag fria från sitt självskadebeteende. Två av dem har ibland fortfarande tankar på att skada sig själva men har i dag hittat andra sätt, copingstrategier, att hantera impulserna att skada sig på. Man kan genom detta dra slutsatsen att våra respondenter därmed funnit en tilltro till sig själva och sin förmåga att hantera problem och ångest. KASAM menar att detta har skett genom att våra respondenters känsla av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet har stärkts.

9.1.3 Hur upplevde respondenterna den vård de fick?

Samtliga respondenter har fått någon form av vård för sitt självskadebeteende, två av dem har också varit sjukskrivna under perioder på grund av det. Således har de alla haft åsikter om hur de upplevde den vård de fick.

Våra respondenter nämner en mängd negativa aspekter på den vård de fått, till exempel har personalen inte varit tillräckligt omhändertagande och inte tillräckligt flexibla i sitt arbetssätt. Vi tror att det, om personalen på till exempel ett behandlingshem arbetar med ett DBT- förhållningssätt, finns en risk att tjejerna kan uppfatta vården som just värdelös eller att de inte blir omhändertagna. Detta eftersom man inom DBT arbetar utifrån att inte förstärka tjejernas självskadebeteende och därmed inte reagerar med omsorg och värme

då någon skadar sig själv. Något som troligtvis kan upplevas som märkligt för dessa tjejer. Vidare nämner en av våra respondenter att personalen ofta har varit okunnig och inte vetat hur de ska bemöta personer med självskadebeteende. En av våra respondenter uttrycker tydligt att vården från början var helt värdelös då det tog flera år innan hon fick rätt diagnos och började behandlas därefter. En respondent berättar också att hon efter sitt självmordsförsök, då hon skrevs ut från psykiatri, inte fick någon hjälp över huvudtaget. Enligt henne fick hon göra 99 % av återhämtningsarbetet själv, helt utan stöd och vägledning från en terapeut vid hennes sida.

Två respondenter har uttryckt att de upplevde deras diagnostisering som positiv. Detta för att diagnoserna kunde hjälpa dem att förstå och hantera sina problem, något som tidigare forskning även nämner. Ytterligare positiva aspekter på vården har uttryckts av två av respondenterna är att de fick komma ifrån sin, i många avseenden, destruktiva hemmiljö. Även det faktum att det funnits fungerande vuxna runt omkring en har uppskattats hos dessa två respondenter. Vården har även för någon respondent medfört social träning.

Kapitel 10

10.1 Slutdiskussion

Vi har i detta kapitel för avsikt att framföra våra tankar och reflektioner om den studie vi just genomfört samt att väcka inspiration till vidare forskning.

10.1.1 Metod och teori

Som man kan läsa i metodkapitlet valde vi redan i ett tidigt skede att vi skulle använda oss av en narrativ metod. Detta för att vi ansåg att denna metod på bästa sätt skulle ge oss en inblick i vad vi faktiskt var intresserade av att veta. Diskussionen handlade från början om huruvida vi istället skulle göra en kvalitativ studie med djupintervjuer. Vi valde dock bort detta alternativ då vi ville se självskadeproblematiken ur ett livshistorieperspektiv och på så sätt få en ökad förståelse för fenomenet. Nu i efterhand kan vi se att vårt val av metod var ett bra val då vi båda två anser att vi faktiskt har fått en större förståelse för de respondenter vi intervjuat.

Vi vill framhålla att vi, att trots att vi har diskuterat nackdelar med de teorier vi valt, är ytterst nöjda med valet av teorier då dessa tydligt och på ett bra sätt beskriver det centrala i vad dessa tjejer under deras självskadeperioder saknade samt hur man kan arbeta för att få dem att må bättre.

10.1.2 Förslag på vidare forskning

Då vi påbörjade uppsatsarbetet hade vi en förhoppning om att vår uppsats skulle kunna generera kunskap till socialt arbete, om inte ny kunskap så i alla fall värdefull och användbar sådan. Detta är något som vi anser att vi har lyckats med – vi har i vår studie kunnat redovisa tre personers upplevelse av sitt självskadebeteende. Detta är något som vi anser är värdefullt att veta, kanske framför allt för oss som snart går ut i arbetslivet som färdigutbildade socionomer. Vidare anser vi att det alltid är viktigt att ha en form av brukarperspektiv i socialt arbete då det är klienten/brukaren som besitter kunskapen om sin situation. Således hoppas vi att vi genom denna uppsats kan inspirera och väcka tankar till vidare forskning.

Vi ser en brist i tidigare forskning: Den forskning som finns grundar sig framför allt på de personer med självskadebeteende som faktiskt söker vård. Mörkertalet är stort och vår uppfattning är att många unga tjejer håller sitt självskadebeteende hemligt och därmed aldrig får hjälp. Ytterligare en brist vi anser finns är att trots mängden forskning handlar det mesta om samma saker. Att läsa den blir således en upprepning av det man redan har läst. Genom att vi har gjort en narrativ studie så har vi en förhoppning om att den ska ha tillfört något nytt till forskningsvärlden. Om inte revolutionerande kunskap så i alla fall en ökad förståelse för tjejer med självskadebeteende.

Under uppsatsskrivandets gång har vår nyfikenhet väckts ytterligare och flera intressanta frågor har dykt upp. Vår lust till att forska vidare om detta ämne har bidragit till att om vi någon gång får möjlighet kommer vi med hjälp av uppföljningsintervjuer och mer litteraturläsning även försökt att få svar på frågorna: Vad hade kunnat hindra dessa tjejer

från att börja skära sig och vad hade kunnat förhindra en eskalering av självskadebeteendet? Vi hade också velat gå djupare in i vad som skulle kunna vara så kallade skyddande faktorer för dessa tjejer. Detta efter att vi fått resultatet att samtliga respondenter har haft en svag KASAM redan från barnsben.

I uppsatsskrivandets slutskede fick vi, genom att läsa ytterligare en bok om DBT, upp ögonen för hur DBT som teori och behandlingsmetod hade kunnat vara utgångspunkt och till grund för en studie om självskadebeteende. Hade vi tillägnat oss denna information i ett tidigare skede, kanske redan då vi påbörjade studien, så hade vi troligtvis valt att utgå från denna metod och dess tillhörande teorier. Således anser vi att denna studie skulle kunna vara ett underlag för vidare forskning om självskadebeteende ur ett DBT-perspektiv.

10.1.3 Tankar och reflektioner

Vi vill poängtera ett antal faktorer som vi extra mycket har reflekterat över under studiens sammanställande. Den första faktorn är att två av våra respondenter uppgav att de börjat skada sig själva först då de på något sätt kommit i kontakt med andra som skadat sig. Detta bekräftar den så kallade smittorisken som tidigare forskning tar upp. Att media spelar en stor roll i hur självskadebeteende uppfattas är något som vi tycker är ganska uppenbart. Det faktum att det föreligger en viss smittorisk hos självskadebeteende gör att det är extra viktigt att tänka på hur man, i till exempel media, väljer att framställa självskadeproblematiken. Även hur självskadebeteenden beskrivs på olika internetsidor är av stor vikt. I dagens samhälle har nästan alla ungdomar tillgång till internet och därmed kan tjejer med självskadetankar eller beteende lätt komma åt information om hur man kan skada sig etc. Dock är, enligt vår mening, internet även något som konstruktivt kan hjälpa dessa tjejer. Till exempel på SHEDO's hemsida, därifrån vi fått våra respondenter, kan tjejerna påverka och hjälpa varandra att på ett positivt sätt att ta sig ur sitt självskadebeteende. Vi tror alltså att hemsidor kan verka för empowerment.

Med anledningen av smittorisken vill vi återigen betona att vi med vår studie inte har för avsikt att glorifiera eller legitimera självskadebeteende. Trots detta har vi inte censurerat innehållet i våra respondenters berättelser då vi anser att en sådan censurering hade tagit bort syftet med narrativa livshistorier. Således är denna studie mestadels till för professionella som arbetar med tjejer som skadar sig själva samt för personer som vill förstå varför någon i deras närhet skadar sig själva.

Den andra faktorn som vi har reagerat på är att våra respondenter upplever att det var svårt att få den hjälp de hade behövt. Att man själv är stark och orkar driva sin sak verkar vara av stor betydelse för att få vård. Troligen finns det regionala skillnader men om detta är något som är vanligt förekommande anser vi att det är förfärligt då människor som behöver den här hjälpen ofta inte har varken förmågan eller orken att göra vad som krävs. Att få vård borde vara något som går per automatik när man blir varse om en person som skadar sig själv då tidigare forskning visar att det ofta föreligger en självmordsrisk vid självskadebeteende.

För det tredje är det viktigt att man upptäcker ett självskadebeteende i tid då tillväjningsrisken är stor. Vi anser att det är extremt viktigt att skolhälsovården har en kunskap om självskadebeteende då det ofta är i skolåren beteendet dyker upp. Det är

också av betydelse att vuxna i ungdomens omgivning, och kanske till och med dess kompisar, vågar fråga om deras mående och eventuella skärsår. Upptäcks inte självskadebeteendet i tid blir skärandet ett missbruk som i mångt och mycket liknar annan missbruksproblematik.

Ytterligare något som vi vill lyfta upp till diskussion är psykiatrins svårigheter att hantera och hjälpa tjejer med ett självskadebeteende. Slutenvård är enligt vår mening något som i största mån bör undvikas då självskadebeteendet och önskan om att bli sedd ofta eskalerar i ett destruktivt ekorrhjul under slutenvårdsbehandlingen. Detta är något som vi båda har upplevt genom extraarbete inom psykiatrins slutenvård samt på praktik på utredningshem. Att självskadebeteendet eskalerar då man är inlagd mot sin vilja bekräftas också av en av våra respondenters berättelser. Samtliga respondenter har även uttryckt att psykiatrin inte har kunnat hjälpa dem, möjligen först efter flera års sökande efter hjälp från deras egen sida. För att psykiatrin ska kunna hjälpa dessa tjejer krävs sannolikt att psykiatrins personal blir utbildade i att ta hand om dessa tjejer, särskilt eftersom självskadebeteende i dag är relativt vanligt, främst bland personer med psykisk ohälsa.

Något som vi uppfattade som framträdande under våra intervjuer var att samtliga respondenter uppgav att de under sin självskadeperiod hade en väldigt mörk och dyster självbild. Det är denna självbild som i mångt och mycket har gjort att deras självskadebeteende funnits kvar. Glädjande nog kan vi i dag se att deras självbilder har utvecklats och att de i dag ser på sig själva med andra ögon. Samtliga respondenter har i dag insett att det är okej att ha dåliga dagar men att de trots detta är lika värdefulla och har rätt att må lika bra som alla andra.

”Jag accepterar mig själv för den jag är, jag kan se att jag har en del brister men också en del förmågor och allt det som har varit formar mig till den jag är.”

Referenser

Litteratur och artiklar

Cullberg, Johan (2005): *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.

Cullberg, Johan (2006): *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.

Czarniawska, Barbara (1999): *Writing Management*. Oxford University Press: Oxford.

Daneback, Kristian (2006): *Love and sexuality on the internet*. Göteborg: Göteborgs universitet.

Forsberg, Erik (red)/Hagquist, Curt/Hargö Granér, Solveig/Jansson, Staffan/Lundberg, Bertil/Starrin, Bengt (red) (1997): *Frigörande kraft – empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Göteborg: Förlagshuset Gothia AB.

Hydén, Lars-Christer/Hydén Margareta (1997): *Att studera berättelser*. Stockholm: Liber AB.

Johansson, Anna (2007): *Narrativ teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, Steinar (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kåver Anna/Nilsonne, Åsa (2003): *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning. Teori, strategi och teknik*. Stockholm: Natur och kultur

Larsson, Ann-Christine (2007): *Empowermentprocesser - ett sätt att öka långtidssjukskrivna kvinnors resurser? : en studie om att återta balansen i arbetslivet och i vardagslivet*. Linköpings universitet: Institutionen för beteendevetenskap och lärande.

Larsson, Sam/Lilja, John/Mannheimer, Katarina (red) (2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

M. Hilt, Lori/Nolen Hoeksema, Susan/B. Cha, Christine (2008): *Nonsuicidal Self-Injury In Young Adolescent Girls: Moderators of the Distress-Function relationship*

Payne, Malcolm (2002): *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

Pålsson, Berny (2004): *Vingklippt ängel*. Danmark: Norhaven Paperback A/S

Samuelsson, Margareta (2001): *Självskaдебeteende – ett fenomen hos tonårsflickor*. Socialmedicinsk tidskrift 5, sidorna 449-454.

Samuelsson, Margareta (2004): *Självskaдебeteende hos unga kvinnor*. Socialmedicinsk tidskrift 3, sidorna 271-277.

Socialstyrelsen (2004): *Flickor som skadar sig själva – en kartläggning av problemets omfattning och karaktär*. Artikelnummer: 2004-107-1

Socialstyrelsen (2004): *Vad vet vi om flickor som skär sig?* Artikelnummer: 2004-123-41

Straarup Söndergaard, Per (2008): *När livet gör ont. Om självskadande beteende bland unga*. Gothia förlag

Stain, Rigmor (red.) (2008): *Självskadebeteende – forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Starke, Mikaela (2003): *Att bli tonåring – ett föräldraperspektiv*. Göteborgs universitet: Institutionen för socialt arbete.

Svenning, Conny (2003): *Metodboken: Samhällsvetenskaplig metod och metodutveckling*. Eslöv: Lorentz förlag.

Thomassen, Magdalene (2007): *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion i vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups Utbildning.

Thurén, Torsten (2007): *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Torsten Thurén och Liber AB.

Wallroth, Per/Åkerlund, Susanna (2002): *Hål i huden: flickor som skär sig*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk ohälsa.

White, Michael/Epston, David (2000): *Narrativ terapi – en introduktion*. Smedjebacken: Bokförlaget Mareld.

Webbreferenser

Beteende Terapeutiska Föreningen, URL: <http://www.kbt.nu> (2009, 13 mars)

MSN, URL: <http://se.msn.com/> (2009, 13 mars)

Regeringskansliet - Regeringens proposition 2005/06:166 om ”Barn som bevittnar våld”, URL: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/03/56/9bb36379.pdf> (2009, 19 mars)

Region Skåne, URL: <http://www.skane.se/templates/page.aspx?id=87773> (2009, 26 februari)

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, URL: <http://www.rsmh.se/attlevamedsjalvskadebeteende.shtml> (2009, 23 februari)

Self Harm and Eating Disorders Organization, URL: <http://www.shedo.org/?v=page&pkey=selfharm> (2009, 23 februari)

Socialstyrelsen (2009): *Folkhälsorapport 2009*. URL:
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/2B5A6B25-2026-470C-A8BD-0E45AF95FAAA/13558/200912671.pdf> (2009, 30 mars)

Bilaga 1

Annons

Hej

Vi är två tjejer som läser sjätte terminen på socionomprogrammet på Göteborgs universitet. Vi har precis påbörjat våran C-uppsats och söker därför intervjupersoner. Vår uppsats ska handla om självskadebeteende ur ett livshistorieperspektiv, vilket innebär att vi är intresserade av just din livshistoria. Intervjun kommer att handla om dig och ditt liv med fokus på perioden då du hade ett självskadebeteende och hur du kom ur det.

Vi söker dig som:

- Är tjej
- Har fyllt 22 år
- Levde med ditt självskadebeteende under tonåren (13-19 år)
- Har kommit ur ditt självskadebeteende
- Haft ett självskadebeteende som i huvudsak bestod av att du skar dig

Intervjun kommer att genomföras via dataprogrammet MSN Messenger och kommer att ta cirka två timmar. De uppgifter som du lämnar till oss kommer att **anonymiseras** för att du inte ska kunna identifieras. Innan uppsatsen lämnas in kommer du att få möjlighet att läsa igenom vad vi skrivit om dig för att du ska kunna göra ändringar eller liknande ifall något inte stämmer överens med vad du uttryckt.

Om du tycker att detta låter intressant är du välkommen att höra av dig till oss, antingen via mail eller telefon. Du är givetvis välkommen att höra av dig i fall du endast vill ha mer information eller har några frågor. Att du hör av dig till oss innebär inte att du måste ställa upp på en intervju. Vi vill även tydliggöra att intervjun är **frivillig** och att du när som helst kan välja att avbryta intervjun eller välja att inte svara på en fråga.

Vid intresse, hör av dig senast den 15 mars!

Med vänlig hälsning

Johanna Hellberg (hellberg_johanna@hotmail.com, 0735-105621)

Caroline Larsson (caroline.s.larsson@hotmail.com, 0707-760548)

Bilaga 2

PM till SHEDO

Syfte

Syftet med uppsatsen är att, utifrån ett livshistorieperspektiv, undersöka betydelsen av ett självdestruktivt beteende.

Problemformulering

Att någon skadar sig själv, på ett eller annat sätt, är ett fenomen som kan vara svårt att förstå. En av de kanske vanligaste varianterna av självskadebeteende idag är att man skär eller rispar sig med hjälp av rakblad eller andra vassa föremål. Enligt socialstyrelsen är det ingen som vet exakt hur vanligt förekommande detta fenomen är, men deras bedömning är att cirka 1% av svenska flickor mellan 13-18 år någon gång skadat sig på detta sätt ("Vad vet vi om flickor som skär sig?", Socialstyrelsen 2004).

Vi har valt att göra denna undersökning för att förstå varför man utsätter sig för dessa skador. Vi är intresserade av att höra respondenternas (personens) upplevelse av sin situation. Varför väljer man att skära sig? Vilken betydelse har skärandet? Och kanske viktigast av allt; hur kommer man ur sitt självdestruktiva beteende?

Slutligen är vi också intresserade av att undersöka hur eventuell vård uppfattades av respondenten, både nu i efterhand och under självskadeperioden.

Frågeställningar

- Vilken betydelse hade det självdestruktiva beteendet hos respondenterna?
- Hur kom respondenterna ur sitt självdestruktiva beteende?
- Hur upplevde respondenterna den eventuella vård de fick?

Metod

Vår uppsats kommer att baseras på narrativa livshistorieberättelser, vilket innebär att vi skriver utifrån ett livshistorieperspektiv. Vi är intresserade av att höra respondentens egen livshistoria och kommer därför att försöka lägga oss i själva berättandet så lite som möjligt.

Informationsinsamlingen kommer att ske genom djupintervjuer, via datorprogrammet MSN Messenger.

Vi kommer också att komplettera med litteraturläsning och genomgång av tidigare forskning.

Etiska aspekter

Liksom alltid då man genomför en studie är det viktigt att tänka på de etiska aspekterna av studien. Då man undersöker ett känsligt och relativt privat ämne som självskadebeteende ur ett livshistorieperspektiv, är det kanske extra viktigt. Därför gick vi redan från början in i "arbetsprocessen" med intentionen att ha ett etiskt perspektiv på det vi gör. Det finns främst fyra krav som vi som författare/forskare måste rätta oss efter -

informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialiteskravet samt nyttjandekravet. Dessa krav finns främst till för att respondenten ska känna ett förtroende för forskaren/oss författare och dels för att skydda respondenterna efter avslutad studie (Vetenskapsrådet, 2009-01-23).

Det första kravet, informationskravet, innebär att vi som intervjuare ska upplysa respondenten om undersökningens syfte, hur vi kommer att bearbeta det material vi får in samt om annat som har med undersökningen att göra (Vetenskapsrådet, 2009-01-23). Vi ska även informera om vilka fördelar och risker som kan medföras genom att delta i undersökningen (Kvale, 1997). Vidare ska respondenten få information om att intervjun är frivillig samt att respondenten när som helst har rätt att avbryta intervjun eller välja att inte svara på en fråga (Larsson, 2005), detta krav kallas samtyckeskravet (Vetenskapsrådet, 2009-01-23). Konfidentialiteskravet innebär att respondenten ska få intygat att informationen denne lämnar inte ska komma i orätta händer (Vetenskapsrådet, 2009-01-23), informationen ska heller inte redovisas på sådant sätt att respondenterna kan identifieras (Kvale, 1997). För att uppfylla detta krav valde vi att ge oss själva en form av tystnadsplikt, det vill säga att vi inte får avslöja några detaljer som kan leda till identifiering. Nyttjandekravet säger dessutom att den information respondenten lämnar endast ska användas till forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2009-01-23), i detta fall vår uppsats. Dessa krav kommer vi självklart att informera respondenterna om innan vi påbörjar intervjun, skriftligt, då vi tror att det är viktigt att man efter intervjun ska kunna läsa igenom detta en gång till.

Tidsplan

Uppsatsen ska vara klar för opponering den 22 april. Oppositionen kommer att genomföras någon gång under vecka 19. Efter det kommer det finnas möjlighet att rätta eventuella skriv- och stavfel. Således kommer uppsatsen vara klar för allmän läsning senast vecka 21.

Kontaktuppgifter:

Johanna Hellberg (hellberg_johanna@hotmail.com, 0735-105621)

Caroline Larsson (caroline.s.larsson@hotmail.com, 0707-760548)

Handledare: Rachel Hadodo (rachel.hadodo@socwork.gu.se, 031-786 6375)

Bilaga 3

Intervjufrågor

Fingerat namn:

Bakgrund

- Ålder?
- Utbildning?
- Arbete?

Livet före självskaðebeteendet

Berätta om ditt liv innan självskaðebeteendet;

- *Bor?*
- *Familj?(Bodde dina föräldrar ihop eller isär under din uppväxt? Har du några syskon?)*
- *Vad arbetade dina föräldrar med?*
- *Hade du eller någon i din familj/bekantskapskrets mått dåligt eller varit sjuk?*
- *Gick du i skolan? Hur fungerade den?*
- *Kompisar?*
- *Intressen?*

Att leva med ett självskaðebeteende

Berätta om första gången du skadade dig själv;

- *När var det? Ålder?*
- *Varför gjorde du det? Var det någon särskild händelse som utlöste det?*
- *Vilken/vilka kroppsdelar skadade du?*
- *Vad hade du för redskap när du skadade dig?*

Berätta om ditt liv under självskaðeperioden.

- *Hur ofta skadade du dig?*
- *När skadade du dig?*
- *Vilken/vilka kroppsdelar skadade du?*
- *Vad hade du för redskap när du skadade dig?*
- *Skadade du dig mer eller mindre vissa perioder?*
- *Hade du någon form/någon annan form av missbruk under din självskaðeperiod?*
- *Vad kände du innan du skadade dig?*
- *Vad kände du medan du skadade dig?*
- *Vad kände du efter att du hade skadat dig?*
- *Skadade du dig någon gång så allvarligt att du fick uppsöka sjukhus?*
- *Höll du självskaðebeteendet hemligt?*

- *Visste dina föräldrar om det? När fick de veta?*
- *Fanns det någon som du pratade om självskaðebeteendet med?*
- *Hur såg din bekantskapskrets ut?*
- *Påverkades skolan?*
- *Är det någon annan i din familj/bekantskapskrets som har skadat sig?*
- *Hur såg du på dig själv under din självskaðeperiod?*

Vändpunkten

Berätta om vad det var som gjorde att du kunde ta dig ur ditt självskaðebeteende.

- *Var det någon särskild händelse eller person som hade stor betydelse för detta?*
- *Fick du någon vård?*
- *Vad tyckte du om den vård du fick? Nu och då?*

Livet efter självskaðebeteendet

Berätta om hur ditt liv ser ut i dag.

- *Har du fortfarande tankar på att skada dig själv? Hur hanterar du dem?*
- *Går du i någon form av terapi/samtal?*
- *Hur ser du på dig själv i dag?*

Bilaga 4

Dokument till respondenterna

Hej

Tack för att du ställer upp på denna intervju! Vår uppsats bygger på våra intervjupersoners livshistorier och därför är just din erfarenhet och det du har att berätta otroligt viktigt för oss.

I detta dokument kommer vi att redogöra för vilka ”regler” som gäller för intervjun, detta för att du som intervjuperson ska kunna känna dig trygg och veta att det du säger inte kommer att hamna i orätta händer.

Genom annonsen kunde du läsa att vårt syfte med uppsatsen är att, utifrån ett livshistorieperspektiv, undersöka betydelsen av ett självdestruktivt beteende. Intervjun kommer således ha fokus på perioden då du hade ett aktivt självskadebeteende. Den information du lämnar till oss kommer vi sedan att bearbeta och redovisa i vår uppsats. När vi sammanställt intervjun kommer vi att skicka den till dig så att du kan läsa igenom den och eventuellt göra ändringar, strykningar eller tillägg. Självklart kommer du även att få den färdiga uppsatsen skickad till dig när den är klar. Vi kommer även att koppla samman det du säger med tidigare forskning och teorier på området.

Intervjun är frivillig och du har när som helst rätt att avbryta intervjun eller välja att inte svara på en fråga. Vidare så är du anonym i uppsatsen, vilket innebär att alla uppgifter om dig kommer att avidentifieras. Vill du, så får du själv välja ett påhittat namn som vi sedan använder i uppsatsen. Om du inte väljer något namn kommer vi hitta på något åt dig.

Uppsatsen kommer att vara klar senast vecka 21 och efter det kommer uppsatsen skickas till dig via den mail du använde under intervjun. Vill du istället ha uppsatsen i pappersformat skickar vi den via posten.

Om du har några frågor eller funderingar är du välkommen att höra av dig!

Varma hälsningar

Johanna och Caroline

Kontaktuppgifter:

Johanna Hellberg (hellberg_johanna@hotmail.com, 0735-105621)

Caroline Larsson (caroline.s.larsson@hotmail.com, 0707-760548)

Handledare: Rachel Hadodo (rachel.hadodo@socwork.gu.se, 031-786 6375)