



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Upplevelser av socialt stöd hos unga kvinnor med självskadebeteende

- En kvalitativ studie

Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Socionomprogrammet vt 2012

C-uppsats

Författare Linda Tidström

Handledare Charlotte Melander

Abstract

Titel Upplevelser av socialt stöd hos unga kvinnor med självskadebeteende – en kvalitativ studie

Författare Linda Tidström

Nyckelord Självskadebeteende, socialt stöd, stödaktörer, stödprocess, normalitet

Syfte

Syftet med studien är att beskriva och analysera hur unga kvinnor med ett självskadebeteende upplever och hanterar sin livssituation samt hur de upplever socialt stöd från informella och formella nätverk.

Metod

För att undersöka kvinnornas upplevelser har jag använt mig av kvalitativa djupintervjuer. Intervjuerna var semistrukturerade och sammanlagt intervjuades fyra kvinnor, alla med erfarenhet av självskadebeteenden.

Resultat

Kvinnorna beskriver sitt självskadebeteende som ett sätt att hantera en krävande livssituation och släppa ut ångest från tidigare trauman eller stressade situationer. Resultaten visar även på att kvinnorna ser ångesten och självskadorna som en del av dem själva och något som hindrar dem från att passa in i samhällets normalitetsförväntningar. Självskadebeteendet är en strategi för dem att hantera sin livssituation, men självskadeimpulserna är stundvis möjliga att hantera genom distraherande aktiviteter eller stöd. Stödjande sociala nätverk har stor betydelse för kvinnorna och hjälper dem att hålla kvar en känsla av gemenskap. Känslan av samhörighet är av stor vikt för kvinnornas stödprocess. Det viktigaste i stödprocessen är att de blir förstådda och accepterade i sin livssituation, att de får vara individer. Kvinnorna uppskattar stödaktörer som är stabila och trygga. Det emotionella stödet är av stor vikt för kvinnorna. Kvinnorna är idag nöjda med sitt stöd men är medvetna om att de egentligen skulle behöva ha mer. Resultatet visar att det i stödprocessen är viktigt att få tid och rätt verktyg till förändring. Något som kvinnorna idag upplever att de inte alltid får. Kvinnorna bär med sig negativa upplevelser av stödförsök, ofta känner de sig stigmatiserande och påstår att det finns mycket att förbättra inom vård- och stödinsatser.

Tack

Ett stort tack till de fyra kvinnor som valde att delge sina upplevelser. Utan er vore inte studien möjlig och inte heller eventuell utveckling av olika stödinsatser. Ett stort tack ska även tillägnas Charlotte Melander som gett mig värdefull handledning i skrivprocessen.

Linda Tidström

2012-04-14

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Syfte och frågeställningar.....	1
2.1 Syfte.....	1
2.2 Frågeställning.....	1
2.3 Avgränsningar.....	2
3. Bakgrund.....	2
3.1 Om självskadebeteende.....	2
3.2 Historik.....	4
3.3 Stöd och behandling idag.....	4
4. Tidigare forskning.....	5
4.1 Britt-Marie Lindgren (2011).....	5
4.2 Maria Klamas (2010).....	6
4.3 Kajsa Carlenius & Klara Nyström (2010).....	6
5. Teoretiska utgångspunkter.....	7
5.1 Socialt stöd.....	7
5.1.1 Stödaktörer.....	8
5.1.2 Stödprocessen.....	8
5.2 Normalitet och avvikelse.....	9
6. Metod.....	10
6.1 Val av metod.....	10
6.2 Tillträde och urval.....	10
6.3 Intervju.....	11
6.4 Intervjuernas genomförande.....	12
6.5 Analysmetod.....	12
6.6 Förståelse.....	13
6.7 Verifiering.....	13
6.8 Etiska överväganden.....	14
6.9 Vidare disposition.....	15
7. Resultat och analys.....	15
7.1 Intervjupersonerna.....	15
7.2 Normalitet och avvikelse.....	15
7.3 Agerande.....	17
7.4 Stödmottagande.....	19
7.4.1 Olika nätverks betydelser.....	19
7.4.2 Att faktiskt få vara en person.....	22
7.4.3 När omtanken brister.....	23
7.5 Sammanfattning av resultat.....	26
8. Diskussion kring studiens resultat.....	26
8.1 Förslag på vidare forskning.....	29
Litteraturlista.....	30

Bilaga 1 32
Bilaga 2 33

1. Inledning

Psykisk ohälsa ökar och självskadebeteenden blir allt vanligare och debuterar tidigare i åldrarna. År 2011 tog Bris emot nära 1500 samtal inom området självdestruktivitet (Brisrapporten, 2012). Även rapporten ”Skador och förgiftningar behandlade i slutna vård 2008” från Socialstyrelsen visar på en stark ökning av självdestruktiva handlingar från 1998-2007 där främst kvinnor i åldrarna 25-44 år vårdas för självdestruktiva handlingar. Behöver personer med psykisk ohälsa hjälp med att hantera sin situation söker de sig ofta till olika former av stödjande nätverk. De söker stöd från både formella och informella nätverk i förhoppning om att enklare kunna hantera sitt mående. Många individer har positiva upplevelser av stödjande nätverk medan andra är missnöjda och hade förväntat sig annorlunda. Självskadebeteende som påstås vara en komplex situation ofta i kombination med psykiatriska diagnoser har idag inga säkra behandlingsmetoder eftersom varje individ är unik och olika former av stöd har olika inverkan hos individen (Lindgren, 2010). Det finns i dagsläget dessutom relativt ont om uppdaterad forskning kring behandlingsmodeller för personer inom målgruppen. Psykisk ohälsa är någonting som ligger mig som författare varmt och hjärtat och är anledningen till det yrkesval jag gjort. Jag vill med denna studie därför belysa unga kvinnors upplevelse av sitt självskadebeteende, lyfta fram deras röster och uppmärksamma vad som i stödprocessen är viktigt för dem.

2. Syfte och frågeställningar

2.1 Syfte

Syftet med studien är att beskriva och analysera hur unga kvinnor med ett självskadebeteende upplever och hanterar sin livssituation samt hur de upplever socialt stöd från informella och formella nätverk. Studien riktar sig till gruppen unga kvinnor med vad Favazza (1996) beskriver som *ytligt/medelsvårt självskadebeteende*.

2.2 Frågeställningar

Utifrån studiens syfte och problemformulering har ett antal frågeställningar utformats:

- Hur upplever de unga kvinnorna sitt självskadebeteende?
- Hur hanterar de sin livssituation?
- Vilken betydelse har formella och informella stödjande nätverk för deras hanterande av sin livssituation?
- Vad är viktigt för kvinnorna i stödprocessen?

2.3 Avgränsningar

Självskadebeteenden existerar även bland män men eftersom endast kvinnor kontaktade mig är studien baserad på deras upplevelser. Ur ett större genusperspektiv visar rapporten ”Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2008” från Socialstyrelsen att främst kvinnor vårdas för självdestruktiva handlingar. En kartläggning från Socialstyrelsen¹ hävdar dessutom att det finns anledning att tro att självskadebeteende är ett främst kvinnligt fenomen. Detta för att män påstås använda sig av andra metoder för att hindra t.ex. oro och ångest. Socialstyrelsen vill dock poängtera att självskadebeteenden liknande kvinnornas även existerar bland män och att denna grupp är minst lika viktig.

3. Bakgrund

Jag kommer nedan att definiera begreppet självskadebeteende och redogöra för historien kring självskadebeteenden, dess erkännande samt vilka behandlingsmodeller som är vanligast.

3.1 Om självskadebeteende

Enligt den amerikanska psykiatern Armando Favazza är en självskada en avsiktlig, självdestruktiv handling som begås utan intention att dö. Ett flertal modeller har tagit fram för att klassificera olika former av självskadebeteende som annars är ett stort och tolkningfritt begrepp. Den mest framgångsrika klassifikationen och den som jag kommer använda mig av i studien är framtagna av Favazza (1996) som delar in alla typer av självdestruktivt beteende i två stora grupper. *Socialt och kulturellt accepterat självskadebeteende* och *patologiskt självskadebeteende*. Till sociala och kulturellt accepterade självskadebeteenden hör bl.a. ritualer, kroppsmodifikation, fakirism och övriga handlingar kopplade till religion, tradition eller utseendeideal. Det patologiska självskadebeteendet delar Favazza (1996) in i följande tre grupper: *självmondsbeteende*, *ohälsosamt beteende* och *självskadebeteende*. Den första gruppen, självmordsbeteende, innefattar handlingar med avsikt att dö. Den andra gruppen, ohälsosamt beteende, innefattar handlingar som självsvalt/ätstörningar, riskbruk/missbruk och övrigt slarv med egen vård. Den tredje och sista gruppen *självskadebeteende* delas i sin tur upp i:

- *Allvarligt självskadebeteende* innefattar självstympande handlingar som amputation av kroppsdelar, kastrering, utstickande av ögon m.m.

¹ Socialstyrelsen (2004) ”Flickor som skadar sig själva – en kartläggning om problemets omfattning och karaktär, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-107-1>, (2012-03-26)

Allvarligt självskadebeteende anses ovanligt och sker mest i sammanhang med svåra psykotiska fall.

- *Stereotyp självskadebeteende* innefattar beteenden som t.ex. rytmiskt dunkande med huvudet mot en vägg.
- *Ytligt/medelsvårt självskadebeteende* är den mest förekommande formen av självskadebeteende och innefattar vanligtvis vävnadsskador i form av skärande eller brännande. En alternativ benämning för problematiken är därför *cutting*.

Ytliga/medelsvåra självskadebeteenden kan vara tvångsmässiga och uppkommer då ritualiserande flera gånger per dag genom att t.ex. rycka hårtussar från huvudet. De kan även vara tillfälliga och ses då som ett relativt uppkommande beteende men personerna visar eller talar då inte om sina skador. Beteendet kan även ses som upprepande och överväldigande genom att personerna i stor utsträckning identifierar sig med sitt beteende. De är sitt beteende, de är t.ex. *cutters* (Favazza, 1996). Oavsett om beteendet är tvångsmässigt, tillfälligt eller upprepande uppstår det som ett sätt att hantera känslor och situationer. Personer med erfarenheter från självskadebeteenden har själva beskrivit det som ett sätt för dem att känna sig lugna, känna kontroll, kommunicera och bli sedd (Lindgren, 2010).

Ett självskadebeteende betraktas idag inte som en sjukdom i den internationella diagnosmanualen DSM-IV² utan som ett symtom av flera olika psykiatriska diagnoser. Personer med självskadebeteende har ofta flera diagnoser och problem som personlighetsstörningar, depression och ångestsyndrom (Åkerman, 2009). Olsson & Olsson (2010) menar att den vanligast förekommande diagnosen är depression och ser självskadebeteendet som en komplikation av det. Åkerman (2009) beskriver att ett självskadebeteende inte längre behöver vara ett uttryck för en psykisk störning eller för ett tidigare trauma utan har blivit ett alltmer accepterat sätt att hantera vardagliga problem. Riskfaktorer som t.ex. otrygga uppväxtförhållanden eller tidigare trauman är fortfarande vanligt i målgruppen men man kan inte hävda att självskadare i regel kommer från dysfunktionella familjer. Åkerman (2009) förklarar det som att en del människor har en förmåga att överleva medan andra behöver bättre förutsättningar för att blomma ut. Detta sker i en benämning och jämförelse av maskrosbarn och orkidébarn. En person kan t.ex. både vara berikad med skyddsfaktorer som goda relationer men ha hög känslomässig sårbarhet. Denna person behöver därför inte uppleva många

² *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* är en internationell handbok för psykiatri innehållandes standarddiagnoser för psykiatriska sjukdomstillstånd. Man gör genom DSM-IV en *multiaxial* bedömning vilket menar att man ser till flera områden i patientens liv som kan vara relevanta. IV menar att det är fjärde utgåvan (wikipedia.org).

stressrelaterade situationer för att ligga i riskzonen att drabbas av psykisk ohälsa.

3.2 Historik

Självskadebeteende är ett gammalt fenomen vi kan hitta som fallstudie redan i Markusevangeliet där det berättas om hur Jesus möter en man som är besatt av en ond ande vilken får honom att sarga sig själv med stenar. Även fler historier har uppmärksammats bl.a. om en kvinna som, 1793 i Köpenhamn, svalde nålar och lät dessa vandra runt i sin kropp tills de blev tvungna att opereras ut. Det dröjde ytterligare några år innan självskadebeteendet uppmärksammades i medicinsk litteratur för första gången. Året hade hunnit bli 1846 då den tyske läkaren G.M. Bergmann beskrev en manodepressiv kvinna som själv skadat sina ögon. Därefter har den vetenskapliga litteraturen växt vilket även tyder på att självskadorna ses som ett växande problem (Wallroth & Åkerlund, 2002). Den första som behandlade självskadande var psykoanalytikern L.E. Emerson som redan 1913 publicerade en fallstudie om en kvinna som skar sig. Många av hans slutsatser upprepades sedan av Karl Menninger som 1935 och 1938 gjordes den första stora undersökningen kring gruppen. Slutsatserna beskrev att självskadebeteendet berodde på tidigare trauman eller brister i den tidiga utvecklingen och att behandling skulle ske psykoanalytiskt med fokus på t.ex. traumabearbetning (Wallroth & Åkerlund 2002).

3.3 Stöd och behandling idag

Idag sker behandling av självskadebeteende inte bara enligt psykodynamiska modeller. Inlärningsteoretiska behandlingar som kognitiv beteendeterapi är numera vanligt vars syfte Kåver (2006) förklarar som att lägga beteendet, tankarna och känslorna i fokus. Förenklat beskrivet ser man beteendet som en inlärdd handling benägen att lära om då man insett att handlingen egentligen inte fyller önskad funktion. Terapin erbjuder alternativa tekniker att parera sitt självskadebeteende med och sen är det upp till patienten vad denne gör av teknikerna. Teknikerna kan innefatta hemuppgifter, känsloreglering, medveten närvaro, acceptans av sitt beteende m.fl.

En av de mest framgångsrika behandlingsmetoderna för självskadebeteende i nutid är dialektisk beteendeterapi (DBT) som utvecklades av Marsha Linehan i slutet av 1980-talet. Det beskrivs som en kombinerad individual- och grupperapi för vuxna personer med personlighetsstörning och självskadebeteende där man övas i att stärka egna förmågor (Lindgren, 2010). Genom terapin tränas man först i att behärska och kontrollera sina självskadeimpulser för att därefter kunna bära svåra minnen utan att skada sig och slutligen fokusera på framtiden (Straruup Sondergaard, 2008) Terapin innefattar även krisstöd dygnet runt vid risk för självskador och färdighetsträning i grupp enligt en särskild manual inriktad på motivationsarbete. Utvärderingar visar att självskadebeteendet minskar och

personerna blir mer ansvarstagande och självständiga. Metoden är utvecklad för vuxna och nu även anpassad för ungdomar, deras föräldrar och familjesamtal (Lindgren, 2010).

En generell aspekt i mötet med personen som skadar sig själv är det centrala att skapa en god relation som bygger på respekt och trygghet. Att varje möte är unikt och att stödjaren måste möta personen utifrån det som är aktuellt just då. Det första är att försöka förstå vad den som skadar sig vill förmedla och vara beredd att lyssna på svaret (Lindgren, 2010).

4. Tidigare forskning

Armando Favazza är amerikansk psykiater och bl.a. känd för sin forskning av avsiktliga självsador och dess uppkomst. Däremot är verkligt gynnsamma behandlingsmodeller för självskadebeteenden i regel ett outforskat område. Så är även upplevelser av socialt stöd. Några av orsakerna till detta kan tänkas vara de etiska och praktiska svårigheter som finns i att närma sig ämnet då många skador förblir orapporterade samt att självsador inom stöd och behandling ofta ses som ett symptom av flera olika psykiatriska diagnoser vilket gör det svårt att urskilja vart fokus först ska riktas (Lindgren, 2010). Den tidigare forskning som används i den här studien fann jag genom att använda mig av sökord som självskadebeteende, psykisk ohälsa samt socialt stöd i databaser för kandidatuppsatser och avhandlingar.

4.1 Britt-Marie Lindgren

I sökandet efter tidigare forskning kring stödprocesser och upplevelse av livssituation för målgruppen fann jag däremot en avhandling med titeln *Self-harm – hovering between hope and despair. Experiences and interactions in a health care context* skriven vid Umeå Universitet, Medicinska fakulteten av Britt-Marie Lindgren (2011). Avhandlingen är en kvalitativ studie innefattandes nio unga kvinnor med självskadebeteende, sex sjuksköterskor, sex föräldrar samt ytterligare sex kvinnor med självskadebeteende som under studien vårdades på slutenvårdsavdelning och deras professionella vårdare. Lindgren gjorde studien genom narrativa intervjuer och deltagande observationer och analyserade data genom kvalitativ innehållsanalys, fenomenologisk hermeneutik och diskurspsykologi. Resultatet visade att kvinnorna upplevde sitt självskadebeteende som en möjlighet att överleva, ett sätt att inge sig själv hopp. Vården var enligt deras erfarenheter undermålig och den tillfredställde inte deras behov. Kvinnorna kände en uppgivenhet från sina vårdare och ansåg att vårdarnas upplevelse var att deras hjälp var bortkastad då de ändå skulle skada sig själva igen. Vårdarna kände sig maktlösa och tyngda och föräldrarna beskrev sin upplevelse av vården som ett gisslandrama där de betalade en känslomässig lösensumma när de mötte undermålig vård för deras barn. Hopp och hopplöshet beskrivs som en röd tråd

genom avhandlingen. Hopp inför kvinnornas önskningar om hjälp och stöd. Hopplöshet efter erfarenheter av ett bristande stöd som aldrig blir tillräckligt.

4.2 Maria Klamas

Ännu en avhandling som är av betydelse för denna studie är *Av egen kraft tillsammans med andra. Personer med psykiska funktionshinder, socialt stöd och återhämtning*, skriven av Maria Klamas (2010) vid Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete. Avhandlingen är en kvalitativ studie innefattande tio personer som uppfattar sig själva ha ett psykiskt funktionshinder. Klamas gjorde studien genom intervjuer i tre olika steg och analyserade data genom teorier kring socialt stöd och återhämtning. Studien fokuserar på fyra olika nätverksgrupper och deras stödjande betydelser: familj, vänner, arbets- och studiekamrater, formella stödaktörer. Resultatet visar att mobiliserande stöd är viktigast för främjande återhämtning då det anses inkluderande, tryggande och framtidsorienterande. Det visade sig av informanterna att en jämlik relation skapar godast förutsättningar och erkännande av individen som person och dennes situation.

Avhandlingen visar även att det sociala stödet från familj och vänner handlar främst om att få vardagen att fungera och bygger på en vardaglig trygghet med sunda relationer. Stödet från arbets- och studiekollegor har fokus på att upprätthålla och underlätta för individen, det framkommer dessutom att man ogärna pratar om sin problematik med kollegor i rädsla för att uppfattas som avvikande. Stödet från formella stödaktörer upplevs ha fokus på att få individen att hantera sina psykiska svårigheter med hjälp av insatser som myndighet och välfärdsorganisationer har att erbjuda. Avhandlingen visar även på att det faktum att det sociala stödet har olika riktning för individerna hjälper till att behålla och utveckla social gemenskap och olika roller i samhället. Samt att socialt stöd som inte är anpassat efter individens upplevda problem och hjälpbehov förstärker sjukrollen.

4.3 Kajsa Carlenius & Klara Nyström

Ytterligare en tidigare studie inom området finns på kandidatnivå där Kajsa Carlenius och Klara Nyström (2010), Institutionen för Vårdvetenskap vid Ersta Skönaal Högskola undersöker hur unga kvinnor upplever sitt självskadebeteende. Studien genomförs med en induktiv kvalitativ innehållsanalys av nio olika bloggar skrivna av unga kvinnor med självskadeproblematik. Resultatet visar att ångest är den dominerande orsaken till att de skadar sig själva och att själva handlingen är en överlevnadsstrategi. Det visar även att de skäms över sitt beteende och är oroliga över hur andra uppfattar dem. Upplevelser av att bli illa behandlad pga sina självskador är frekventa. Många upplever sig ha blivit lämnad ensamma med sin ångest då omgivningen känner sig osäker inför bemötande. Många uttrycker även missnöje över vårdpersonal som inte förstått deras problematik och har med detta känt sig bekräftade i känslan av att vara värdelös.

Dessa tre tidigare studier valdes ut då de berörde samma område som min studie. Jag sökte efter något att kunna relatera mina egna resultat till och för att fördjupa min egen kunskap. Det som är återkommande i samtliga tidigare studiernas resultat är personernas rädsla för att uppfattas som avvikare, känsla av hopplöshet genom bristande stöd och att omgivning ofta känner sig osäkra i bemötande vilket förstärker individernas sjukroll. Mitt val av tidigare forskning berör däremot sociala stödjares synpunkter mycket lite vilket kan ses som en begränsning.

5. Teoretiska utgångspunkter

Jag har utifrån uppsatsens syfte och insamlad empiri valt att använda mig av teoretiska utgångspunkter som har sin grund i social stödforskning. I detta avsnitt kommer även en begreppsdefinition av formella och informella nätverk som nämns i studiens syftesformulering.

5.1 Socialt stöd

Det finns många definitioner av socialt stöd men gemensamt för dem alla är kopplingen till individers hälsa och hur socialt stöd genom relationer hjälper att hantera stress- och krissituationer. Det sociala stödet är inte bara reparativt utan fungerar även förebyggande som ett skydd mot stress och krissituationer att uppkomma. När man talar om socialt stöd fokuserar man oftast på stressade situationer men viktigt att poängtera är även att socialt stöd är minst lika viktigt under positiva livsperioder för att uppmuntras och bli bekräftad (Klamas, 2010).

Socialt stöd kan ses ur många perspektiv. Centralt för den här studien är nätverksperspektivet samt kommunikationsperspektivet. Klamas (2010) beskriver nätverksperspektivet som att få kunskap om det sociala stödets tillgänglighet genom att fokusera på kvaliteter och innebörder i en relation. Först när vi vet mer om innebörden i relationerna och hur individen uppfattar dem kan vi dra slutsatser om vilka relationer som kan ge ett meningsfullt stöd. Eftersom alla sociala relationer inte är sunda måste vi också se över de dysfunktionella aspekterna av det sociala stödet. Klamas (2010) menar att man genom nätverksperspektivet kan studera socialt stöd med fokus på upplevd tillgång till stöd. Man studerar då vilken omfattning av stöd som har mottagits men också vilket stöd som individen i subjektiv uppfattning tror finns samt om denne är nöjd med stödet eller inte, vilket kan vara en intressant aspekt för den här studien.

Ur ett kommunikationsperspektiv handlar socialt stöd om resurser som utbyts i relationer mellan människor. Fokus ligger på kommunikation och interaktion med individens subjektiva tolkning av stödprocessen. Socialt stöd blir inte bara en handling med en god avsikt utan förutsätter även en matchning till problemet och de förväntningar på stöd som individen upplever sig ha.

5.1.1 Stödaktörer

Stödaktörerna inom socialt stöd finner vi i en persons sociala nätverk men det betyder inte att alla relationer är stödjande. Det finns ofta en rollförväntan inbyggd i stödprocessen som kan orsaka relationsproblem om det finns något som den ena parten inte lever upp till (Klamas, 2010). Rönmark (1999) menar att det finns tre olika potentiella stödjare:

- Stödjare som ingår i det privata nätverket t.ex. familj, släkt, vänner, kollegor. Detta nätverk kan i sin tur delas in i två grupper: relationer av släktband eller relationer uppkomna av social interaktion.
- Stödjare som i sitt yrke möter drabbade personer.
- Stödjare som varit med om likadana/liknande situationer.

Det stöd som det informella nätverket, det privata nätverket, bistår med benämns enligt Rönmark (1999) som emotionellt stöd. Inom familjen finns ofta en stark moral i att bistå sina familjemedlemmar. Det finns givetvis undantag eftersom alla familjerelationer nödvändigtvis inte är stödjande, relationerna är inte sällan komplexa och stressande med en rad olika förväntningar (Rönmark, 1999). Vänskapsrelationer är i sin tur av annorlunda skepnad då de inte är riktigt lika involverade som familjen och därför kan tänkas hålla viss distans och ge en annan sorts stödjande och förståelse. Det kan även i motsats tänkas svårt för vänner att bära smärtan personen upplever och inte sällan försvinner kontakten under den svåraste perioden. Personer med liknande erfarenheter kan därför vara ett bra stöd. De kan skänka hopp och ge möjlighet till en förebild. Nackdelen är att de endast kan relatera till sig själva och inte ge tillgång till alternativa aspekter (Rönmark, 1999). Sjödahl (2009) uppmärksammar i sin rapport *Själsskada blir självskada* att personer med liknande erfarenheter inom området även kan verka negativt och smittande. Beteendet blir en bruksanvisning för att bli sedd och lyssnad på och kan därmed uppmuntra självskaideimpulser. De professionella stödjarna räknas som formella kontakter och har i sin tur ett samhälleligt ansvar över personerna de möter. Ansvar det innefattar att se till att personerna få sina krav och förväntningar på ett gott stöd tillgodosett av de professionella. De ska kunna bidra med svar och information om de alternativ som finns och ge personen andra perspektiv och rätt verktyg för återhämtning. Professionella begränsas däremot ofta av en rad ladstadgar vilket är deras skyldighet att informera om inledningsvis i stödrelationen (Rönmark, 1999).

5.1.2 Stödprocessen

Socialt stöd beskrivs som kommunikation mellan människor där samspel och relation är centralt. Det handlar om stödjande ord och handlingar som överförs från en person till en annan. Stödprocessen består därmed av tre aspekter; relationer, resurser som utbyts och en upplevelse av mottagaren. Stödprocessen

fokuserar inte bara på vad som ges utan också hur det ges men oavsett stödform är syftet att underlätta för individen att hantera sin situation.

Socialt stöd kan delas in i olika kategorier och ges på olika sätt. Relevant för den här studien är det Klamas (2010) benämner som *emotionellt stöd* där omtanken är stor och man delar känslor samt blir accepterad och lyssnad på, *praktiskt stöd* där man får hjälp med vardagliga sysslor eller kontakt med myndigheter samt *nätverkstöd* där fokus ligger på individens möjligheter att delta i en social gemenskap genom vardagligt umgänge och aktiviteter genom t.ex. föreningsliv.

I stödprocessen beskriver Klamas (2010) det som att stödgivarens uppgift är att se att den andre behöver hjälp. Därefter ska problemet definieras, vilket stöd som är lämpligt och vilka eventuella personliga kostnader det blir. Det kan tänkas att en relation där man ständigt får lyssna till avslöjanden eller depressiva uttalanden orkar man ofta inte vara en del av hur länge som helst. Av den anledningen kan stödgivaren tveka att ge stöd då det blir en stor energikostnad för denne själv. Det individen i sin tur gör innan den söker stöd är att bedöma hur problemet kan hanteras och vilka risker ett eventuellt stödmottagande kan innebära. Individen kan vid ett stödmottagande känna sig förminskad av stödet, vara rädd att orsaka besvär för andra och inte känna sig värd uppmärksamheten. Att hamna i ett fack kan också vara en anledning till att personen inte söker stöd. Stigmatisering och plågsamma stödförsök där dåliga erfarenheter blivit ett faktum kan vara skäl nog att avstå. Allt stöd är inte gott stöd och det är inte alltid mängden stöd som spelar störst roll. Stödet måste vara rätt i förhållande till kontext och träda in vid rätt tillfälle i personens vardag. Stöd som kommer på för kort varsel kan hindra individen att utveckla personliga handlingsstrategier medan stöd som kommer för sent kan leda till att individen känner misslyckanden och istället avvisar stödet vilket försvårar hanterandet av sin situation. Resultatet av stödjande relationer är däremot ofta positiva och tacksamma. Klamas (2010) menar att tillit och att vara accepterad är viktigt för en god stödprocess. Det är även viktigt att stödmottagaren har accepterat sin situation och eventuella hinder för att kunna ta emot stödet och vara öppen för återhämtning (Klamas, 2010).

5.2 Normalitet och avvikelse

Normalitet och avvikelse är ett tema som växt fram under studiens gång. Det tillkom under kodningsprocessen av empirin och beskrivs här ur ett socialpedagogiskt perspektiv som kan komma att stärka analysen av mina intervjupersoners upplevelser.

Sociala och kulturella bedömningar bland individer sker ofta genom informella procedurer som baseras på normer och värderingar i vardagslivet (Madsen, 2006). Detta bedömningsperspektiv gör att professionella i många fall aldrig möter sina målgrupper utan antaganden och förutsättningar. Normalitetsförväntningar grundar sig ofta på det rätta beteendet och medverkar till att forma individers liv

på olika sociala arenor i en mall för önskvärt beteende. Grupper förväntas delta aktivt i samhället och betraktas med det i olika ljus som ses som det rätta beteendet i ett visst sammanhang. Med dessa normalitetsförväntningar medföljer även en motsvarande avvikelsekategori som fångar upp de personer som enligt normen anses ha ett oönskat beteende som bryter förväntningarna (Madsen, 2006).

Att kategoriseras som sjuk kan t.ex. upplevas som avvikande eller stigmatiserande utifrån normalitetsförväntningarna. Avvikande beteenden inom psykisk ohälsa, som att skada sig själv, bryter kraftigt mot normer kring hur man bör vara men idag är det tveksam om ifall beteendet räcker för att betraktas som sjuk. Idag ska avvikelser som självskadebeteenden i samtliga fall bedömas utifrån andra diagnos- och sjukdomskriterier för att undersöka vad det rör sig om (Brülde & Tengland, 2003).

En aspekt av det kan vara att personen tycker illa om sig själv för att ha fått en viss sjukdom, kanske blir illa bemött, missförstådd eller ignorerad pga. sin sjukdom och därför väljer att hålla det hemligt för att undvika avvikelse enligt normalitetsförväntningarna (Brülde & Tengland, 2003).

6. Metod

6.1 Val av metod

Jag har valt att använda mig av en kvalitativ metod för att samla in mitt material. Kvale (2009) menar att det bästa sättet för att ta reda på hur människor uppfattar sin värld är genom att prata med dem. Eftersom syftet med studien är att ta reda på hur mina informanter upplever sin livsvärld fann jag den kvalitativa metoden med semistrukturerade intervjuer lämpligast. Jag är medveten om att resultatet kunde blivit mer genomgripande med en kvantitativ metod. Men jag föredrog de fördelar som fanns i djupintervjun då man fick annan möjlighet att komma berörda ämnen närmre.

6.2 Tillträde och urval

Perioden för att skapa studien har varit begränsad och informanterna var en svår grupp att komma i kontakt med eftersom det inte sällan krävs ett förtroende för att prata om sina känslor och upplevelser. Detta förtroende skapas vanligtvis under en längre tid och sällan vid ett intervjutillfälle. Jag har genom tidigare arbetssammanhang även kunnat se att personer med ångestproblematik upplever svårigheter med nya relationer i nya sociala sammanhang. Något jag däremot uppmärksammade var att några av de kvinnor jag slutligen kom i kontakt med gärna berättade om sig själva i text då de beskrev det som enklare då de samtidigt fick behålla en del av sin integritet. Jag utförde sammanlagt fyra intervjuer. Två av dem var nya kontakter för mig och genomfördes över internet. Detta blev en fördelaktig teknik för att få fram material och underlättade dessutom logistiken

eftersom vi i de här fallen dessutom bodde i olika delar av landet. De andra två av mina fyra djupintervjuer utfördes genom personliga möten och där var jag inget främmande ansikte för intervjupersonerna utan en person de hunnit bygga upp ett förtroende för.

För att undvika att informanterna skulle känna sig tvingade eller osäkra om rekrytering skett genom professionella har jag valt att sprida informationen själv genom personlig kontakt eller internet så eventuella intervjupersoner självständigt och anonymt kunnat välja att delta eller inte. Eftersom ämnet ofta berör personers livshistorier och eventuella trauman var det av stor vikt för mig att ge personerna möjlighet att själva söka upp mig. Fyra unga kvinnor visade genom detta tillvägagångssätt nyfikenhet och ville sprida kunskap genom sina erfarenheter. Två av dem fanns i min närhet eftersom jag spenderade mycket tid tillsammans med dem under min praktikperiod på termin 5, vilket i en urvalsteknik skulle kunna beskrivas som vad Bryman (2011) menar med ett bekvämlighetsurval där man använder sig av respondenter som finns i ens närhet. Vidare spred jag informationen om min uppsatside över ett internetforum inriktat på självskadebeteende samt över nätkommunikationen Twitter. Genom detta kontaktade ytterligare två unga kvinnor mig genom mail och valde att delta. Dessa kvinnor hade genom internetkontakt med de andra kvinnorna även hört talas om min uppsatsidé. Detta skulle delvis kunna jämföras med ett snöbollsurval som ses som ett sätt att använda människor som är relevanta för undersökningen genom att få kontakt med ytterligare respondenter (Bryman, 2011). Eftersom jag inte bett de första kvinnorna att uppmana de andra att delta kan jag inte säkra snöbollsurvalet som min urvalsmetod. Det kan däremot tänkas ha underlättat att intervjupersonerna kände till varandra och spred en positiv bild av studien inför varandra.

6.3 Intervju

Jag valde att använda mig av semistrukturerade djupintervjuer och utformade därför en intervjuguide med specifika teman som jag ville beröra. Denna intervjuguide var enkel att använda sig av under de intervjuer som genomfördes över internet. Dialogen följde intervjuguidens teman och berörde kvinnornas upplevelse och hanterande av sin livssituation, vilken betydelse olika stödaktörer har samt vad som är viktigt för dem i en god stödprocess. De intervjuer som genomfördes under personliga möten tenderade att mer likna ostrukturerade intervjuer. Jag vek aldrig av från guiden och mina intervjupersoner besvarade de teman som fanns med i den semistrukturerade intervjuguiden men började även associera fritt vid olika tillfällen. Vid dessa tillfällen valde jag som intervjuare att endast reagera på de punkter som var värda en uppföljningsfråga utifrån studiens syfte. Intervjudialogen blev genom en ostrukturerad intervju mer vad Bryman (2011) beskriver som ett vanligt samtal där olika tanketrådar som tidigare intervjupersoner berört kunde presenteras för den aktuella intervjupersonen. Trots

de olika strukturerna på intervjuerna beskrev samtliga fyra kvinnor liknande upplevelser och uppfattningar.

6.4 Intervjuernas genomförande

Mina intervjuer gjordes under en 7-dagarsperiod. De intervjuer som genomfördes under personliga möten var mellan 60-90 minuter långa medan de intervjuer som genomfördes över internet var 120-150 minuter långa. Det tar vanligtvis längre tid att skriva än att tala. Men jag upplevde utöver det att dialoger som sker via text behövde mer tid att vidareutvecklas eftersom man inte har möjlighet att avläsa en persons icke-verbala kommunikation som t.ex. ansiktsuttryck, känslor, gester osv. Detta var naturligtvis tryggt för de intervjupersoner jag var en ny bekantskap för men det krävde ett noggrannare utförande av mig. Alla intervjuer har genomförts i hemmiljö. De intervjuer som gjordes genom personliga möten spelades in vilket tillät mig att vara mer fokuserad och avslappad vid stunden. Jag gjorde dock stödanteckningar under tiden om det var något jag kände var extra viktigt. De två intervjuer som genomfördes över internet sparades ner i ett oredigerat textdokument. Min allra första intervju var genom ett personligt möte och fungerade även som en provintervju. När den hade transkriberats kunde jag tydligt se om frågorna täckte det jag ville undersöka, om någon frågedel var överflödig etc. Detta resulterade i att två frågor plockades bort och en omformulerades. Frågorna som plockades bort berörde kvinnornas självbild, gav en felaktig ingång och hjälpte inte till att besvara studiens frågeställningar.

6.5 Analysmetod

När jag arbetade mig igenom min empiri använde jag mig av analytisk induktion som arbetssätt. Watt Bolseen (2007) beskriver analytisk induktion som en kombination av induktion och deduktion. I den induktiva processen använder man data för att formulera en teori genom att generalisera den aktuella informationen. I den deduktiva processen arbetar man på motsatt sätt genom att utgå från teorier och testar dem genom att pröva en hypotes. Resultatet blir en bekräftelse eller motbevisning av hypotesen. Bryman (2011) menar även att analytisk induktion inleds med en vetenskaplig frågeställning, fortsätter med hypotetiska förklaringar av problemet och går därefter över till insamling av empiri vilket kan spegla mitt arbetssätt genom studien.

Under mina intervjuer förde jag stödanteckningar över det jag upplevde som extra viktigt utifrån uppsatsens frågeställningar och teoretiska aspekt. Jag gjorde detta med en öppenhet och lyhördhet för att vara mottaglig för alternativa tolkningsmöjligheter. När jag transkriberade mitt material fann jag därför beskrivelser jag inte kunnat föreställa mig vilket fick ett nytt tema att växa fram i uppsatsen. Jag förhöll mig med samma öppenhet under kodningsprocessen där jag organiserade stycken efter teman som jag använder mig av i min resultatanalys. Dessa teman kom att beskriva informanternas livssituation utifrån normalitet,

deras eget agerande och stödmottagande. Men även betydelsen av olika nätverk och att få vara någon. Även deras sämre erfarenheter av stöd fick ett eget tema och lyfts fram i resultatanalysen.

Jag har i tolkningsprocessen strävat efter att förhålla mig till mina informanter genom ett hermeneutiskt och empatiskt perspektiv. Lilja (2010) menar att man genom att använda sig av det hermeneutiska perspektivet försöker sätta sig in i intervjupersonens levnadsförhållanden men även den historia och kultur som skapat mönstren i intervjupersonens miljö. Jag har givetvis inte kunnat skaffa mig hela kunskapen kring intervjupersonernas livssituation men jag har valt att ta det i beaktande vid intervjutillfället och analysen av mitt material.

6.6 Förförståelse

Med förförståelse menas att man uppfattar verkligheten genom sin egen tolkning. Allt vi ser, uppfattar, hör och tänker skapar vår förförståelse och påverkar vårt sätt att se på verkligheten mer än vi tror (Thuren, 2008).

Min förförståelse inför denna studie präglas av ett intresse för psykisk ohälsa. Jag hade under min praktikperiod på termin 5 möjlighet att skapa relation till några unga kvinnor inom målgruppen som studien berör och fick där ta del av deras vardag som stödare. Min upplevelse därifrån var att olika sociala nätverk var av olika betydelse i stödprocessen och att man bad olika stödaktörer om olika saker. Jag har använt mig av min förförståelse vid studiens utformande vad gäller teori och tidigare forskning men har också varit öppen för att informanternas livsvärldar och berättelser kan ge ny kunskap och förståelse.

6.7 Verifiering

Kvale (2009) menar att en verifiering ska ske av resultatets *generaliserbarhet*, *reliabilitet* och *validitet*. Validitet innebär att ett påstående ska vara sant eller riktigt i en studie, det ska kunna försvaras och vara övertygande. Validitet ska även visa på att resultatet är intressant för undersökningen och att det som var planerat att undersökas har undersökts (Kvale, 2009). Mitt syfte var att undersöka hur unga kvinnor med ett självskadebeteende upplever och hanterar sin livssituation samt undersöka deras stöd från informella och formella nätverk och vad som är viktigt för dem i stödprocessen. Jag anser att resultatet belyser syftet för studien och att frågeställningarna har besvarats. Att alla mina informanter är kvinnor kan tänkas påverka validiteten då resultatet hade kunnat bli mer mångsidigt om jag funnit manliga informanter. *Reliabilitet* i sin tur syftar till uppsatsens struktur och dess trovärdighet (Kvale, 1997). Jag är medveten om att det alltid finns en subjektivitet i olika studier. Jag har därför gjort mitt yttersta för att ställa öppna frågor för att påverka resultatet så lite som möjligt. Frågorna har varit neutralt ställda och varit möjliga för olika svar. Jag beskriver dessutom hur studien genomförts för att kunna påvisa hur jag fått fram mina resultat.

Studiens resultat går inte att *generalisera* till att alla unga kvinnor med ett självskadebeteende upplever sin situation på samma vis som mina informanter. Alla människor upplever både ångest, självskador och bemötande på olika sätt. Jag kan däremot se att tidigare forskning som nämns i den här studien förstärker mina resultat. Mina informanter beskriver liknande upplevelser och känslor som Lindgren (2011), Klamas (2010) samt Carlenius & Nyström (2012) beskriver att deras informanter gör vilket kan tänkas öka generaliserbarheten.

6.8 Etiska överväganden

Jag har haft för avsikt att följa vetenskapsrådets fyra forskningsetiska principer under min studie. Dessa är öppenhetskravet, självbestämmandekravet, konfidentialitetskravet samt autonomikravet (Vetenskapsrådet 2012-03-25).

Öppenhetskravet säger att forskaren ska informera de berörda om den aktuella forskningsuppgiftens syfte utan dolda delar. Detta gjordes skriftligt eller muntligt till varje individ som visade intresse. De upplystes även om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst har rätt att avbryta sin medverkan eller styra informationen jag använder mig av enligt självbestämmandekravet. Eftersom ingen av mina deltagare är under 15 år har inget särskilt samtycke från vårdnadshavare utöver deras eget behövs inhämtas. Jag har varit mycket noggrann med konfidentialitetskravet för att ge personerna största möjliga säkerhet i att ingen obehörig ska ta del av informationen. Alla uppgifter har avidentifierats och personerna har fått fiktiva namn. Jag har även uteslutit att använda specifika namn på vårdavdelningar, institutioner och stödpersoner för att göra identifiering omöjlig. Mina insamlade uppgifter används endast till denna studie och följer därmed autonomikravet. Grunden för alla fyra kraven är att individerna inte får utsättas för fysisk eller psykisk skada (Vetenskapsrådet 2012-03-25).

Eftersom mina informanter själva beskriver att de har svårigheter med tillit och sociala sammanhang var det extra viktigt för mig att vara medveten om mitt bemötande och genomförande av intervjuer. Detta för att inte röra upp obehärskat mycket känslor som jag inte skulle kunna ta hand om, både hos mig och informanterna. Detta underlättades förstås bland de kvinnor jag redan hunnit bygga upp en relation till. I dessa fall samtalande vi mycket kring min intervjuarroll och att de skulle försöka se mig neutraliserad från de tidigare sammanhang de träffat mig om det var möjligt. Nackdelen med att använda sig av intervjupersoner man träffat i andra sammanhang kan vara att det skapar förvirring om vilken stol jag som intervjuare egentligen befinner mig i och att man då håller tillbaka sina egentliga upplevelser. Min upplevelse är att vi lyckades undvika detta då det från början funnits en öppenhet oss emellan. Under min praktikperiod var det möjligt att se mig som deras formella stödare men som student valde jag att förhålla mig

till verksamheten med en öppenhet vilket jag upplevde att tjejerna kände av. Att vara lojal mot individen och tillåta sig själv att vara något gränsöverskridande är en förmån man har som student. Jag använde ofta mig själv som en extra resurs för att täcka upp där tid inte räckte. Här växte ett förtroende fram vilket i det här fallet inte gör glappet mellan formell stödjure och intervjuare så stort. Vid samtliga intervjuer hade dessutom kvinnorna möjlighet att välja bort frågor eller diskussioner som var för svåra att prata om. Ingen av kvinnorna gjorde detta.

6.9 Vidare disposition

Här följer det kapitel där jag presenterar analysen av min insamlade empiri. Det första stycket ger en kort beskrivning med fiktiva namn av mina intervjupersoner för att läsaren enkelt ska kunna följa med i olika citat. Under intervjuerna framträdde tre olika teman som utformats dels med hjälp av mina frågeställningar men även som ett resultat av analysen av empirin. Dessa tre teman utgör kapitlets olika delar.

7. Resultat och analys

Gemensamt för de fyra kvinnorna är att de med olika psykiatriska diagnoser som grund har erfarenheter kring yttligt/medelsvårt självskadebeteende. Samtliga fyra kvinnor har bakomliggande trauman men det som skiljer dem åt och som även kommer kunna utläsas i resultatanalysen är att de kommit olika långt i sin återhämtningsprocess. Namnen är fiktiva och personerna kommer i uppsatsen benämnas som *Ofelia*, *Amanda*, *Klara* och *Sanna*. Kvinnorna är mellan 19-29 år, två av dem är i åldrarna 19-25 och två av dem är i åldrarna 25-29. Samtliga kvinnor har eget boende. Samtliga har grundskoleutbildning och en av dem även akademisk utbildning.

7.2 Normalitet och avvikelse

Det första temat som blev centralt i mina intervjuer var normalitet och avvikelse. Jag valde att sammanföra dessa två begrepp till ett tema eftersom de vid samtliga intervjuer ofta speglade varandra när vi talade om kvinnornas vardag. En av uppsatsens frågeställningar är att ta reda på hur de unga kvinnorna upplever sin livssituation vilket kommer kunna utläsas genom detta tema. För att kunna lyfta fram min frågeställning och dessutom vara mottaglig för alternativa aspekter har jag bl.a. ställt frågor kring hur kvinnorna skulle beskriva sin vardag, om det är något de skulle vilja göra som de inte gör, vad som hindrar dem etc. Så här förklarar Amanda sin livssituation utifrån nämnda frågor:

Ibland känner jag att jag inte orkar eller klarar av att göra någonting, att jag inte vill planera eftersom jag aldrig vet hur jag mår. Orkar liksom inte göra saker längre som jag gjorde förut. Skulle vilja klara av att plugga men

Idag kan jag inte koncentrera mig och har väldigt social fobi. Jag önskar jag kunde vara mer som alla andra. Som vanliga liksom. Dom klarar ju i alla fall av att plugga och kan planera saker utan att fundera över hur de kanske kommer må. Jag skulle vilja vara stolt över att jag jobbar, flyttat någonstans eller pluggar.

Det som Amanda beskriver går att koppla samman med de sociala normer som beskrivs av Madsen (2008) där individer förväntas vara aktiva i vårt samhälle och ständigt betraktas i ljus utifrån t.ex. intressen, mode, studieval etc. Amanda visar genom sin upplevelse en medvetenhet kring vad som förväntas av henne och skuldbelägger sig när hon förstår att hon inte lever upp till det. Brülde och Tengland (2003) hävdar att sjukdomsdiagnostisering kan upplevas som avvikande vilket här kan tänkas ske ur både en fysisk och psykisk aspekt. Att ha en sjukdomsdiagnos är avvikande och för många svårt nog att förhålla sig till fysiskt, att utifrån den dessutom inte kunna leva upp till normer och förväntningar kan tänkas bidra till psykisk ohälsa med skuld och ångest. Ett annat citat som istället belyser hur det är möjligt att hålla kvar vid normalitetsförväntningarna för att undvika att bli en avvikare beskriver Ofelia:

Jag är väldigt bra på att dölja hur jag mår för andra. Utåt ser man ofta ett stort leende på läpparna och folk beskriver mig som en glad person. Jag kan inte göra dem besvikna. Så jag håller humöret uppe. Jag ler på dagarna, är rätt ledsen och skadar mig om kvällarna så ångesten försvinner. Det är nog min tröst.

Genom Ofelias beskrivning kan man se att även hon är medveten om vad som förväntas av henne enligt de sociala normer som Madsen (2008) beskriver. Hon väljer därför att hålla humöret uppe i rädsla för att ses som avvikande och bli någon som hon inte vill bli. Att hellre hålla humöret uppe än att söka stöd kan även bero på en rädsla för att inte bli förstådd eller riskera att bli utsatt för plågsamma stödförsök vilket även Klamas (2010) poängterar i sin studie. Ofelia klarar idag sin livssituation och har en plats vid sociala sammanhang genom att släppa ut ångesten genom självskador under kvällstid. En handlingsstrategi som för närvarande fungerar.

En annan person som däremot visar en annan positivare aspekt av begreppet normalitet och sociala normer är Sanna när hon beskriver hur hennes vardag ser ut och vad som är viktigt för henne idag:

Här på mitt arbete, eller... sysselsättningsverksamhet, får jag vara mig själv och behöver inte pressas in i någon mall för hur det ska vara eller brukar vara. Det är en tillåtande stämning. Jag blir en individ och allt som det innebär och inte bara en person som mår dåligt och behöver vara på en

sysselsättningsverksamhet. Jag blir sedd och behöver aldrig känna att jag ska fungera extra bra för att kompensera upp dåligmåendet eller lära mig fungera för att tränga bort allt annat.

Sanna beskriver en tillåtande stämning som kan tänkas vara en normalitet inom hennes sysselsättningsverksamhet. Där arbetar alla utifrån samma förutsättningar, skillnaden kan tänkas vara att det är mer accepterat att vara sin egen och ha sämre perioder. Hon blir tillsammans med sina arbetskamrater ingen avvikare. Sociala normer existerar då hon t.ex. har arbetstider att förhålla sig till men istället för att rikta ljuset mot att vara aktiv riktas det här på det faktum att det är accepterat att vara människa med sämre perioder. Man stigmatiseras inte genom sin sjukdomsdiagnos som Brülde och Tengland (2003) tidigare beskrivit utan har en plats i ett socialt sammanhang. Sannas upplevelse kan tänkas grunda sig i att hon tillåtit sig själv vara en avvikare från en viss typ av normalitet men istället finner en alternativ plats där hon känner sig mer bekväm. Detta är enligt Klamas (2010) ett viktigt steg i återhämtningsprocessen, att man accepterar sig själv och erkänner ett alternativt hinder för att kunna öppna upp för nya vägar.

7.3 Agerande

Det andra temat som kom att bli centralt i mina intervjuer var agerande. Detta tema kan ses som det tidigare nämnda guldkorn jag fann vid transkriberingen av min empiri. En av studiens frågeställningar är dessutom hur kvinnorna hanterar sin livssituation vilket kommer kunna besvaras under detta tema.

Det visade sig genom mina intervjuer att det finns tillfällen då kvinnorna noggrannare väger för- och nackdelar med att söka stöd, precis som Klamas (2010) lyfter fram i sin studie. Ett citat hämtat från Sanna styrker detta:

På kvällar och helger har jag möjlighet att ringa till en avdelning som är kopplad till öppenvården, men det gör jag helst inte. Jag vill inte riskera att bli inlagd...

Även Amanda beskriver en tveksamhet med orden: *"Jag skulle kunna ringa folk när jag mår sämre. Men ibland tar det bara emot. Jag vill inte vara till besvär..."* Citaten talar för en tveksamhet hos kvinnorna att söka stöd i rädsla för att bli missförstådd eller vara till besvär vilket också framkommer i Carlenius & Nyström (2010) tidigare studie. Med temat agerande vill jag därför finna uttryck som talar för hur kvinnorna ensamma hanterar sin livssituation vid de tillfällen de väljer att inte söka stöd. För samtliga kvinnor är självskadebeteendet en klar handlingsstrategi för att hantera ångest i vardagliga situationer vilket Amanda kan styrka med uttalandet: *"Jag försöker ofta lösa mina sämre perioder på egen hand men då blir det liksom alltid destruktivt..."* Samtliga kvinnor beskriver däremot sina självskador som impulsstyrda och faktiskt möjliga att distrahera vid rätt tillfällen. Det var just

benämningen av självskadeimpulser som skapade temat agerande och en nyfikenhet kring hur dessa impulser möjligtvis kunde hanteras. Så här fortsätter Amanda beskriva det:

Ibland har jag försökt att gå emot det jag tycker är jobbigt fast jag kanske egentligen inte vill. Som att tvinga mig ut bland människor men stänga av det runt omkring med musik i öronen...

Så här beskriver Klara det:

För att undvika att hamna i det där jag tycker är jobbigt försöker jag bara utsätta mig för sånt jag vet att jag klarar. Som det här med relationer, de måste vara tydliga med ett konkret syfte. Annars blir det kaos och jag börjar lätt skuldbelägga mig...

Citaten talar för att kvinnorna i största möjliga mån försöker undvika situationer som de vet kan framkalla ångest. Amanda berättar att hon då och då försöker utsätta sig för saker hon inte vill vilket man kan koppla samman med försök att passa i de normalitetsförväntningar Madsen (2008) beskriver. Kvinnorna beskriver dessutom en rad olika distraktionsövningar de skapat för att parera självskadeimpulser. Kvinnorna berättar dock vid intervjuerna att deras handlingsstrategier är sådant de ensamma skapat och märkt fungerar. Så här beskriver Ofelia en av sina upptäckter:

Jag träffade en kille och började i samband med det lyssna på hårdrock. Musiken satte sig så djupt i hjärtat och betyder så mycket för mig. Allt stämde så bra, jag kunde relatera till musiken och få prata av mig genom texter. Idag kan jag ligga i sängen med hög musik i öronen och sova som ett barn, ibland funkar det bättre än en psykolog...

Så här beskriver Sanna vad hon gör för att häva sina självskadeimpulser:

Jag växlar väldigt för och för mig fungerar det ibland med distraktion tills det växlar, som typ prata med någon, gå, se på tv, pyssla ihop något...

Samtliga kvinnor poängterar vid intervjuerna att förmågan att parera sina självskadeimpulser är beroende av deras psykiska dagsform. Den psykiska dagsformen är även avgörande för hur mottagliga de är för stöd. Det spelar även roll vilka möjligheter till distraktion man har, vilka sammanhang man befinner sig i, om det finns någon att prata med i närheten etc. Samtliga kvinnor fortsätter beskriva att det mesta kommer inifrån dem själva, att det finns perioder då de inte

alls är så motståndskraftiga utan är som Sanna beskriver att hon är periodvis: ”*rätt utlämnad till omvärlden*”. Då kvinnorna bedömt att de inte kan hantera sin situation ensamma söker de flesta stöd med förhoppning om att underlätta hanterandet. Samtliga kvinnor beskriver svårigheter med kontakter men en insikt om att det måste göras för att finna ett bra stöd. Amanda beskriver det så här:

När jag först sökte stöd insåg jag att det faktiskt inte gick längre, det var som att välja mellan att dö eller leva. Så, jag skickade ett mejl till kuratorn på högskolan, tycker det är skitjobbigt att ringa och sådär. Men jag blev mottagen direkt och sedan remitterad vidare för att läget var allvarligt...

Klara beskriver det med ett liknande citat:

Det var någonting inom mig som kände att det fick bära eller brista. Jag hade inget att förlora och var trött på alla andra kontakter jag haft, så jag började söka information på internet och där hittade jag en privat specialist. /.../ Hos henne går jag idag...

Men temat aktörskap vill jag även lyfta fram kvinnornas egen initiativförmåga. Genom att ta de kontakter som behövs när situationen blir ohållbar kan det tänkas att kvinnorna visar en motivation och vilja till återhämtning. ”*Jag vill ju bli av med den här skiten*” är Amandas egna ord om situationen vilket kan tänkas göra stödgivandet viktigt för att tillvara ta kvinnornas egen motivation och stärka deras autonomi. Det kan här tänkas handla om att sätta in rätt stöd vid rätt tillfälle som i det här fallet skulle kunna vara när personen själv är motiverad. Med det menat är rätt stöd i förhållande till kontext viktigt precis som Klamas (2010) menar med att socialt stöd blir inte bara en handling med en god avsikt utan förutsätter även en matchning till problemet och de förväntningar på stöd som individen upplever sig ha.

7.4 Stödmottagande

Det tredje temat jag fann under mina intervjuer var stödmottagande. Det sociala stödet är av stor vikt för den här studien och berör dessutom den sista frågeställningen i studien. För att belysa olika situationer för mina intervjupersoner har jag därför valt att dela in detta tema i olika kategorier. Jag kommer att beskriva olika sociala nätverks betydelser, hur kvinnorna upplever stödmottagandet, vilket nätverk som gör vad och vad som är viktigt för kvinnorna.

7.4.1 Olika nätverks betydelse

Precis som Rönmark (1999) beskriver kommer jag här att skilja på olika former av stöd från sociala nätverk. Jag kommer att benämna familj och vänner som

informella nätverk. Det informella nätverket får dessutom en egen underkategori som innefattar vänner med liknande erfarenheter. Rönmark (1999) menar att vänner med egna erfarenheter kan fungera likt förebilder medan Sjädhall (2011) menar att de främst kan ha negativa effekter. Jag kommer genom att sätta dessa i en underkategori lyfta fram kvinnornas erfarenheter av detta. Jag kommer dessutom beskriva kvinnornas uppfattning av stöd från formella nätverk som kan innefatta kontakter för samtalsstöd, psykiatrisk sysselsättningsverksamhet, personal från avdelningar etc. Vid det tidigare temat citerade jag hur Klara på eget initiativ valde att ensam söka efter information och kontakter som kunde hjälpa henne. Hon fann genom detta en specialist inom områden hon kunde identifiera sig med och beskriver fortsättningen enligt följande:

Jag tog kontakt med henne men hon var privat och kostsam. Men det var någonting som klickade mellan oss så hon bestämde sig för att ta sig an mig gratis. Idag går jag i terapi hos henne en gång i veckan och så pratar vi i telefon varje dag... Hon är den viktigaste stödpersonen jag har.

Klara hade vid den här tidpunkten inte fått det professionella stöd hon förväntat sig och hade inget informellt nätverk att förlita sig på vilket kan tänkas göra stödgivandet extra viktigt från de formella nätverken. Trots att Klara hade plågsamma tidigare erfarenheter från olika stödförsök hämmade detta däremot inte henne att söka nytt stöd på egen hand vilket kan tänkas bli en alternativ aspekt till tidigare stödforskning från Klamas (2010) som menar att negativa erfarenheter ofta innebär att man avsäger sig stöd. För Klara har det stödjande nätverket idag stor betydelse. Det informella nätverket har idag växt och innefattar både vänner och kollegor från en ideell förening som kommit att betyda mycket för henne. Det i sin tur kan kopplas samman med ett gott *nätverksstöd* där fokus ligger på individens möjligheter att delta i en social gemenskap genom t.ex. föreningsliv (Klamas 2010). Sina tidigare vänskapsrelationer beskriver Klara följande:

Stödet från vänner har varit olika. Jag har några få som följt mig genom åren, vi hörs av ibland och jag litar på dem. Många har däremot försvunnit, jag antar att de inte orkat leva med skräcken ifall jag lever eller inte. /.../ Jag har också vänner med liknande erfarenheter. Är de friska idag fungerar de som förebilder och sådär. Men när man är som sjukast är det skadligt, då gäller djungelns lag, den med flest skador får mest uppmärksamhet.

Det här citatet är möjligt att ställa mot vad Rönmark (1999) menar med att vänner får svårt att bära smärtan personen upplever vilket gör att kostnaden för dem själva blir för stor och de drar sig istället undan. Vid dessa perioder framgår vid intervjun att Klara istället haft vänner med liknande erfarenheter som hon mött

över internet och på vårdavdelningar. Citatet både stärker och stjälpas aspekten om dessa som förebilder. Det visar sig genom mina intervjuer att vänner som har liknande erfarenheter visst kan fungera stödjande likt förebilder som Rönmark (1999) menar om personen har återhämtat sig och är fri från självsador. Vilket även Amanda styrker med uttalandet: *"man ser att det är möjligt att bli frisk liksom trots att man inte tror det"*. Är vännerna med liknande erfarenheter däremot fortfarande i ett aktivt självskadebeteende påstår tre av fyra kvinnor att dessa relationer får negativ effekt. Amanda säger att: *"jag glömmmer alltid mina egna problem när jag pratar med någon annan som mår dåligt och det är inte bra i längden"* medan Sanna beskriver det som att *"man bär varandra, det blir en extra tyngd som man egentligen inte har råd med"*. Ofelia är den av kvinnorna som skiljer sig från tidigare påståenden. Hon beskriver ett möte med en bekant som befann sig i aktivt självskadebeteende såhär:

Jag blev livrädd när jag träffade henne, hennes skador var så mycket värre än mina, och hon ville verkligen dö. Just då blev det ett uppvaknande för mig. Jag vill ju inte dö. Jag slutade skada mig själv en period efter att vi träffats...

Resultatet pekar mot att detta för Ofelia blev ett uppvaknande och att hennes informella nätverk på så vis varit av stor betydelse för hennes insikter. Ofelia beskriver även sin familj som ovärderlig med citatet: *"Numera pratar jag alltid med min syster när jag mår sämre, eller mamma, eller pojkvän. De kan inte alltid hjälpa mig men jag känner mig alla fall inte så tung efteråt."* Även Amanda beskriver sitt informella nätverk som viktigt med orden: *"Det bästa jag gjort var att berätta för min familj om mina skador, ingen dömd mig utan det blev bara en lättnad och dom stöttar mig jämt. Där har jag fortfarande en roll."* För Amanda och Ofelia är det informella nätverket viktigast. Amandas citat gör det dessutom möjligt att utläsa en känsla av samhörighet som hon annars saknar på en samhälls nivå. För Sanna och Klara ser nätverksbetydelsen däremot annorlunda ut. För Sanna är det formella nätverket viktigast vilket hon uttrycker följande: *"Eftersom jag har svårt för sociala relationer och kontakter så hörs och ses vi väldigt sällan. På så vis blir vård- och stödpersonal otroligt viktiga eftersom de är de enda jag träffar..."* Det kan tänkas att det i det här fallet ställer extra stora krav på det formella nätverket som förutom att ge rätt verktyg för återhämtning dessutom måste kompensera upp ett bristande socialt nätverk vilket Rönmark (1999) också lyfter fram. Klara i sin tur har idag två viktiga stödpersoner i sitt liv. En av dem är hennes terapeut vilket skulle kunna förknippas som en formell person men som för Klara även skulle kunna ses som en informell stödperson med tanke på deras dagliga kontakt och det gränsöverskridande i att terapin är kostnadsfri. Den andra är en kvinna som hon fått förtroende för genom föreningen hon är aktiv i vilket tydligt benämns som en informell person.

7.4.2 Att faktiskt få vara en person

När vi vid intervjutillfällena talar om betydelsefulla personer i kvinnornas stödprocess benämner samtliga kvinnor alla goda relationer de har som att ”det klickade mellan oss” eller ”det kändes bra från start”. I detta stycke beskrivs vilka egenskaper dessa personer har som gör att kvinnorna upplever ett gott stöd från dem.

Jag tror det handlar mycket om att de inte fokuserar på mina skador. Utan att jag faktiskt är en person som inte mår bra och att det faktiskt finns en anledning till det. De har kunnat vara professionella men ändå på ett personligt plan. De är liksom inte bara ”jaha en till” utan mer ”varför” ...
/Amanda

Dom lyssnar och ser även det som inte bara är rena ord, dom vågar ställa krav, är stabila själva och håller för det jag upplever. Dom är trygga, har lite humor men tar ändå det allvarliga på allvar. En del kan vara så mekaniska, det fungerar sällan...
/ Sanna

Hon är ett stöd i att vara en vanlig människa, det hon först gjorde för mig var att visa att det jag sa skapade känslor hos henne. Hon tog mig på allvar och blev berörd när jag beskrev mitt liv. Ledsen liksom. Det var något helt nytt för mig... Jag fick vara mänsklig.
/ Klara

De har varit lagom personliga och låtit mig prata fritt och inte dömt. Det har känts som de är beredda på att ta hand om mina upplevelser, att dom står pall liksom...
/Ofelia

Citaten ovan är hämtade från alla fyra kvinnor då de beskriver vilka egenskaper betydelsefulla stödpersoner har haft för dem eller vilken känsla som dessa har gett kvinnorna. Varje citat är viktigt i sig då kvinnorna använder sitt eget språk och även lyfter fram olika saker. Amanda menar att personer som ser henne som person är viktiga och de får gärna vara lite personliga. Att kunna vara personlig anser samtliga kvinnor är en viktig egenskap. Men Ofelia anser även att det är viktigt att de är starka nog att hantera hennes upplevelser.

Resultatet visar sammanfattningsvis på att kvinnorna beskriver en känsla av att vara mänsklig. Kvinnorna kan här tänkas uppleva en acceptans trots att de vid många sammanhang står utanför de normförväntningar Madsen (2008) beskriver. Det sociala stöd de har idag bidrar därmed till att hålla kvar känslan av gemenskap. Detta kan även tänkas att känslan av utanförskap återigen ställer extra krav på de stödpersoner som träder fram i att vara trygga och ge ett tillåtande bemötande. Resultatet visar därmed på att det är det *emotionella stödet* som är av störst vikt för målgruppen. Vikten av att bli tagen på allvar är framträdande. Det

emotionella stödet innefattar nämligen stor omtanke och att stödperson och stödmottagare delar känslor, stödmottagaren upplever en känsla av att vara accepterad och bli lyssnad på (Klarnas, 2010) vilket är precis vad kvinnorna beskriver. Resultaten visar även på att det emotionella stödet kommer från både informella och formella nätverk och är t.ex. inte vanligare från det ena hållet. Inte heller det praktiska stödet i form av hjälp med myndighetskontakter, vardagssysslor etc. visar i min studie vara vanligare hos något specifikt stödjande nätverk. Kvinnorna beskriver att hjälp med myndighetskontakter och vardagliga sysslor både kan komma från familjen eller professionella stödpersoner. I Amandas fall har hennes föräldrar ofta hjälpt till med samtal som Amanda uppfattat besvärande medan Sanna berättar att hon idag får stöd med alla vardagliga sysslor genom professionella stödpersoner hon benämner som boendestödare. När vi däremot samtalar kring vem man *helst* ber om praktiskt stöd visar resultatet att samtliga fyra kvinnor hellre ber någon ur det formella nätverket. Amanda förklarar det såhär med citatet:

Ja, alltså, det känns ju bättre att be någon om hjälp med nått om det inte är någon som man känner så väl. Familjen är ju oftast nära och ibland vill man sköta saker själv...

7.4.3 När omtanken brister

Tidigare forskning från bl.a. Lindgren (2011) visar på att personer med ett självskadebeteende ofta upplever sig missförstådda, uppfattas som manipulativa och får på så vis felaktiga stödinsatser. Även kvinnorna som deltar i den här studien har negativa erfarenheter av stödinsatser som de gärna delar med sig av i förhoppning om att sprida kunskap om deras livssituation. Vi börjar med ett citat från Sanna:

Jag har väldigt svårt att själva veta vad jag behöver för hjälp ibland. Men ofta är det som att man själv måste veta det när man söker hjälpen. Väldigt ofta har jag upplevt det som att dom vill att jag ska säga till dom hur dom ska agera...

Det Sanna beskriver är en känsla hon ofta står inför vid nya stödkontakter vilket ofta får henne att överväga om det är värt att söka stöd eller inte. Ofta undviker hon att ta dessa kontakter och nöjer sig med de kontakter hon har eftersom hon upplever professionella processer som krångliga och motsträviga. Sanna har dessutom erfarenheter från vårdavdelningar med stressad personal som visat irritation mot självskadeimpulser- och beteenden. "Dessa gjorde stället till en väldigt otrygg plats", säger hon. Sanna är inte den enda kvinnan med dessa upplevelser. Amanda beskriver hur hon skickats mellan olika instanser då professionella inte vetat i vilken ände de ska börja. Precis som Åkerman (2006) beskriver ser

sjukvården idag självskadebeteenden som en konsekvens av ångest och depression, vilket gör att de först behandlar depressionen för att få självskadebeteendet att upphöra.

Först fick jag komma på bedömning hos läkare, sen skickade dom remiss till en ätstörningsklinik för det hade jag också problem med, men dit fick jag inte komma för jag var för deprimerad tyckte dom. Då fick min mamma spader så hon ringde runt och fick slutligen tips att ringa mobila teamet som hade dagvård inom psykiatrin. Dit fick jag komma på akuttid och där hamnade jag tillsist.

Dagvården som Amanda beskriver är en öppen verksamhet som ligger under vuxenpsykiatrin. Dit kan man komma för att umgås och slippa vara ensam om dagarna. När jag frågar Amanda hur en dag kan se ut där svarar hon att de mest spelar kort eller lyssnar på musik. En gång i veckan går hon på samtal på vuxenpsykiatrin och en gång i veckan hos en sjukgymnast. Hon har tidigare erfarenheter från bl.a. KBT men beskriver den behandlingen följande i citatet:

Vi klickade INTE där. Han fokuserade så mycket på skadorna och sånt. En gång frågade han om jag skadat mig nyss och bad mig visa. Och han bara.. "Jaha, var det inte värre än så..". I samma veva hade jag även fått problem med ätstörningar. Om det sa han "Jaha, vill du bli smal får du väl sluta äta helt då". Och då gjorde jag det. Jag slutade äta helt.

Dessa upplevelser är tyvärr inte ovanliga hos kvinnorna. Om vi utgår från att dessa personer dessutom har en hög känslomässig sårbarhet som Åkerman (2006) menar och inte behöver uppleva många stressrelaterade situationer för att ligga i riskzonen att drabbas av psykisk ohälsa kan detta tänkas vara ett typiskt stöd som inte är anpassat efter individens uppleva problem vilket förstärker sjukrollen. Samtliga kvinnor beskriver dessutom en sämre självbild och känsla av att vara värdelös med citat som: "jag känner mig inte värd det" (Amanda) och "jag har alltid lagt skuld på mig själv, för små och stora saker" (Klara) vilket kan tänkas göra stödgivande av stor vikt i att stärka kvinnorna i deras situation och häva känslan av att vara värdelös. Rätt stöd i förhållande till rätt kontext kan återigen tänkas vara centralt.

Idag upplever samtliga kvinnor att stödet de har är helt okej men att det alltid finns mer för dem att arbeta med. Som jag nämnde tidigare är Klara en av de personer som trots negativa erfarenheter av stöd inte dragits sig för att söka efter mer information och stöd. Klara är mycket medveten om vad hon själv behöver vilket hon beskriver i följande citat:

Alla har alltid fattat beslut kring mig och vad jag behöver. Även om jag vetat det klart och tydligt har jag inte kunnat påverka det. Jag gick i DBT en period men det var katastrof. Det var som att hugga av mig både armar och ben och tvinga mig att vara lycklig. Som att be mig sluta uttrycka hur jag mår. Personer med posttraumatisk stressyndrom som jag har är DBT jättedåligt för. Jag var verkligen under isen efter den behandlingen. Och när jag sa att jag behövde traumabehandling fick jag bara svaret att dom hade gett mig allt dom kunnat... Där hade jag kunnat ta livet av mig.

Klara tog inte sitt liv utan kände att det fick "bära eller brista", där påbörjade hon sin jakt på information och förklaringar. De andra tre kvinnorna beskriver till skillnad från Klara en osäkerhet i vilket stöd de känner att de behöver. Amanda förklarar att hon är van att få sina problem bedömda av professionella med orden: "Jag har så himla svårt att veta vad jag behöver. Jag vet ju inte vad som finns eller om jag är tillräckligt sjuk för det och sådär". Här har precis som Rönmark (1999) poängterar professionella en skyldighet att upplysa om vad som finns att tillgå vilket Amanda menar att hon har dålig kunskap om trots många år som patient inom psykiatrivården. Om hon får önska fritt förklarar hon att:

Jag skulle vilja ha något mer än det jag har. Alltså, jag kan ju inte ha någon bredvid mig hela livet som tjatar men.. äh.. jag vet inte.. en period kanske. Jag väntar ju på att få höra från en klinik nu och bli inlagd i några månader. Jag vet inte, men med riktigt intensiv behandling kanske jag blir mer mottaglig för förändring och kanske kan behålla motivationen när jag kommer hem. Då kanske det räcker med att träffa någon en gång i veckan. Nu är det liksom så utdraget, lite av varje långsamt liksom. Jag måste nästan ha en intensivkurs.

Amanda beskriver den vård hon har idag som otillräcklig. Den är långdragen och hon får inte med sig rätt verktyg för återhämtning vilket Rönmark (1999) menar att professionella är skyldiga att ge. Hon beskriver vidare att hon inte:

...har en aning om hur det är att ha en ångestfri dag utan destruktiva tankar. Det är ingen som gett mig en ledtråd för att komma dit. Jag vet ju att det är något bra. Men det är svårt att släppa det sjuka utan att veta vad jag får eller hur jag ska hantera livet då.

Amandas självskadebeteende är en trygg handlingsstrategi för henne som gör att hon kan hantera vardagen vilket kan tänkas göra det svårt för henne att släppa då hon beskriver att ingen motiverat henne tillräckligt med rätt metoder. Trots många professionella kontakter har hon erfarenheter av plågsamt stöd vilket kan tänkas istället håller kvar henne i sjukdomstillståndet.

Amanda har däremot hoppet kvar och vill bli inlagd på avdelning. Detta är även Sannas önskemål som hon beskriver följande i citatet:

Väldigt många gånger har vi pratat om att jag ska till behandlingshem för att få ännu mer hjälp, men den möjligheten finns inte, dom betalar bara i extremfall. Jag vet att jag behöver mer stöd...

7.5 Sammanfattning av resultat

Resultatet visar att kvinnorna beskriver sitt självskadebeteende som ett sätt att hantera en krävande livssituation och släppa ut ångest från tidigare trauman eller stressade situationer. Resultatet visar även på att kvinnorna ser ångesten och självskadorna som en del av dem själva men samtidigt något som hindrar dem från att passa in i samhällets normalitetsförväntningar. Självskadebeteendet är en strategi för dem att hantera sin livssituation, men självskadeimpulserna är stundvis möjliga att hantera genom att distrahera med bra saker som betyder något för dem. Resultatet visar att stödjande sociala nätverk har stor betydelse för kvinnorna och hjälper dem att känna sig sedda och tagna på allvar för att hålla kvar en känsla av gemenskap. Om något nätverk har större betydelse än det andra har olika utfall bland kvinnorna. Men just känslan av samhörighet som dessa bidrar med är av stor vikt. Det viktigaste i stödprocessen är att de blir förstådda och accepterade i sin livssituation, att de får vara individer. Resultatet visar även att kvinnorna uppskattar stödaktörer som är stabila, skojfriska men trygga och allvarliga när det behövs. Är stödaktörerna formella betyder det även mycket om dessa är professionella men på ett personligt plan. Det viktigaste är att bli accepterad vilket pekar mot att det emotionella stödet är av stor vikt för kvinnorna. Resultatet visar att emotionellt- och praktiskt stöd kan komma från både informella och formella nätverk. Olika nätverk har endast olika roller pga. olika titlar men kan enligt kvinnorna bidra med samma sorts känslor och sociala stöd. Däremot ber helst kvinnorna formella nätverk om praktiskt stöd då de anser att informella nätverk ibland kommer för nära. Kvinnorna är idag nöjda med sitt stöd trots att de är medvetna om att de egentligen skulle behöva ha mer men förklaringen är bristande resurser. Resultatet visar att det i stödprocessen är viktigt att få tid och rätt verktyg till förändring. Något som kvinnorna idag upplever att de inte alltid får. Resultatet visar dessutom på att kvinnorna bär med sig negativa upplevelser av stödförsök, ofta känner de sig stigmatiserande och påstår att det finns mycket att förbättra inom vård- och stödinsatser.

8. Slutdiskussion av studiens resultat

Kvinnorna jag har intervjuat har alla erfarenheter kring *ytligt/medelsvårt självskadebeteende*. De har dessutom bakomliggande trauman som ligger till grund för deras ångest och har kommit olika långt i sin återhämtningsprocess. Kvinnorna beskriver däremot liknande erfarenheter och känslor inför både

bemötande och hanterande av deras livssituation.

Genomgående hos kvinnorna är en känsla av att vara mindre värd och inte bra på något vis. Självskadorna blir för dem ett straff för de anser sig inte vara värda bättre än så. Denna insikt väckte i mig som intervjuare starka känslor och en vilja att bidra med något gott. Att som blivande professionell stödjare förstå genom kvinnornas berättelser att det finns andra eventuella kollegor där ute som inte berörs på samma vis är en svår sanning att handskas med. Kvinnorna beskriver vid intervjuerna många positiva erfarenheter av stödjande nätverk och många fina känslor inför personer som betyder mycket för dem. Men de beskriver också bristande sociala nätverk och möten med personer där de fått rättfärdiga sitt mående. Några av kvinnorna klarar dessa bemötanden bra genom att antingen söka vidare eller upprätthålla en fasad om att allt är okej. Jag hoppas innerligt att dessa strategier är vinnande koncept som aldrig kommer rubba deras fokus. Men jag anar att man som människa inte klarar hur många motgångar som helst...

Som tur är beskriver några av kvinnorna att deras stödsökande faktiskt gett resultat och att de idag fått den räddning de behöver. Någon som accepterar, förstår, är trygg och lite personlig. Någon som är intresserad av det personliga och struntar i det svåra. Kvinnorna beskriver att det genom detta blir motiverade vilket gör att stödet som träder in kommer vid precis rätt tillfälle. Det handlar alltså om rätt stöd i förhållande till kontext, vilket blivit en röd tråd genom studien där man matchar stödinsatsen i förhållande till problemet. Det visar sig av studien att det är just dessa stödprocesser blivit ett vinnande koncept för kvinnorna i deras väg till återhämtning. Att de dessutom beskriver de personer som är av stor vikt som trygga och lite personliga för mina tankar till professionella som är något gränsöverskridande. Det är personer som själva visar känslor, är skämtsamma och inte så mekaniska som kvinnorna uppskattar vilket är något man i en stereotyp bild kanske inte ser bland professionella. Jag har genom studien ofta funderat över vad som är professionellt och vad som är personligt? För mig är det inte så självklart vilket gör ”gränsöverskridande insatser” till något otroligt bra som tillåter oss att vara personliga utan att tappa den akademiska eller teoretiska kunskap vi har inom området. Våra roller som t.ex. myndighetspersoner eller beteendevetare med logiken som största redskap kanske kan få stanna vid just titeln och tillåta oss att vara de människor vi faktiskt är. För det är just det som kvinnorna anser att de behöver för att nå känslan av gemenskap.

När kvinnorna beskriver deras erfarenheter av plågsamt stöd och vad som därför är viktigt att undvika i stödprocessen beskriver samtliga - felaktigt stöd som trätt in vid fel tillfälle. De beskriver t.ex. nedvärderande bemötanden, stressad stödpersonal och myndighetspersoner som fattat felaktiga beslut. De beskriver alltså en felaktig matchning till deras problem där de många gånger inte ens får veta vad som finns att tillgå för dem. Denna upplevelse är inte till kvinnornas fördel om vi utgår från att de har en hög känslomässig sårbarhet och ofta skuldbelägger sig själva i stressade situationer. Att självskadebeteende dessutom

både är ett komplex och outforskat område bidrar till stora kunskapsluckor inom områden där dessa luckor absolut inte får finnas. Vi människor är väl medvetna om att orkidéer inte ska stå i för kylig temperatur, men våra medmänniskor tycks vi tro står pall för olidliga minusgrader.

1938 gjordes den första stora undersökningen kring personer med självska debeteenden där det konstaterades att behandling skulle ske genom t.ex. traumabearbetning. Idag är beteendet det centrala i de vanligaste behandlingsmodellerna som KBT och DBT. Vad hände på vägen?

Vi vill ofta tro att behandlingsutbudet vid psykisk sjukdom styrs av behov och efterfrågan men frågan är om det ändå inte är resurserna och stundande behandlingssideologi som styr. Kvinnorna beskriver i denna studie att stödet de har idag är helt okej, men de vet också att de skulle kunna få intensivare och mer långsiktigt hållbart stöd. Denna medvetenhet kan visa på att stundande behandlingssideologi, att hemmaplanslösningar och vård i hemkommunen ska gå före behandling på t.ex. institutioner, inte är rätt matchning för kvinnorna i min studie. Detta är givetvis ingenting som vi kan generalisera eller ens förankra i tidigare forskning men det tåls att nämnas. Hälften av kvinnorna i denna studie har idag önskemål att få komma till statliga institutioner för där anar de att de får adekvata stödinsatser, intensiv behandling och den tid de behöver. Något som de upplever att de inte har idag. De kan även tänkas att kvinnorna inte känner av de normalitetsförväntningar samhället ställer under tiden de vårdas på institutioner och att vardagen på så vis blir en lugnare plats för dem. Detta får mig att fundera över hur man kan komma åt normalitetsförväntningarna på en mer strukturell nivå. För vad är det egentligen som gör att vi stämplar något som friskt eller sjukt, bra eller dåligt? Min största erfarenhet av denna studie är att de fyra kvinnor som deltagit ställer otroligt rimliga krav på goda stödpersoner, något som vi alla är värda och borde ställa på varandra.

8.1 Förslag på vidare forskning

Vidare förslag på forskning inom området skulle kunna rikta sig mer mot kvinnornas copingstrategier och förmåga hantera sin livssituation. T.ex. vad det är som gör att vissa klarar av att hantera sin situation och upprätthålla fasaden för att leva upp till normalitetsförväntningarna. Även forskning utifrån systemteori och personer med psykisk ohälsa och självskadebeteenden kan tänkas relevant. Det vore dessutom intressant att studera hur män med självskadebeteenden uppfattar sin situation och om resultatet skiljer sig från denna studie. Även en studie kring de olika stödjande nätverkens upplevelse vore intressant. Jag hade även tänkt föreslå en kvantitativ studie på självskadepatienters upplevelse av stödjande nätverk för att kunna generalisera resultatet i större utsträckning. Men jag har idag fått information om att Sofia Åkerman, författare/föreläsare/juridikstuderande sjuksköterska idag bedriver en sådan studie tillsammans med Therese Eriksson, författare och beteendevetare, som kommer rikta sig mot upplevt stöd från formella nätverk. Jag och garanterat många fler ser fram emot att få ta del av detta.

Litteraturlista

Tryckta källor

Brülde, B. och Tengland, P-A. (2003): *Hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur AB.

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

Carlenius, K. och Nyström, K. (2010) *Hur unga kvinnor upplever sitt självskadebeteende*. Kandidatuppsats vid Institutionen för Vårdvetenskap. Ersta Sköndal Högskola.

Favazza, A.R. (1996): *Bodies under siege: Self-Mutilation and Body Modification in culture and psychiatry*. 2:a uppl. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Klamas, Maria (2010): *Av egen kraft tillsammans med andra - personer med psykiska funktionshinder, socialt stöd och återhämtning* (avhandling för doktorsexamen, Göteborgs universitet, 2012).

Kvale, Steinar (2009): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Kåver, A. (2006): *KBT i utveckling – en introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur & kultur.

Lindgren, B-M. (2011) *Self-harm – hovering between hope and despair. Experiences and interactions in a health care context* (avhandling för doktorsexamen, Umeå Universitet, 2011).

Lindgren, B-M. (2010): "Självskadebeteende" i Ingela Skärsäter (red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa*. Lund: Studentlitteratur AB.

Lilja, J. (2005): "Problemformulering" i Sam Larssons, John Lilja & Katarina Mannheimer *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB.

Madsen, B. (2006): *Socialpedagogik – Integration och inklusion i det moderna samhället*. Lund: Studentlitteratur AB.

Olsson, B-I. och Olsson, K (2010): – *Människor i behov av stöd*. Malmö: Liber AB.

Payne, M (2008): *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur & kultur.

Rönmark, Lars (1999): *Fallna löv. Om coping vid förlust av små barn* (avhandling för doktorsexamen, Göteborgs universitet, 1999).

Straruup Sondergaard, P. (2008): *När livet gör ont*. Stockholm: Gothia förlag.

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

Wallroth, P. och Åkerlund, S. (2002): *Hål i huden*. Stockholm: Nordstedts tryckeri.

Watt Boolsen, M. (2007): *Kvalitativa analyser*. Gleerups utbildning AB.

Åkerman, Sofia (2009): *För att överleva – om självskadebeteende*. Natur & kultur.

Internetkällor

BRIS (2012) ”Brisrapporten 2012” (elektronisk),
<http://www.bris.se/?pageID=230>, (2012-03-26).

Socialstyrelsen (2008) ”Skador och förgiftningar behandlade i slutet vård 2008” (elektronisk), <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-9-4>, (2012-03-26).

Socialstyrelsen (2004) ”Flickor som skadar sig själva – en kartläggning om problemets omfattning och karaktär (elektronisk),
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-107-1>, (2012-03-26).

Vetenskapsrådet ”Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning”, <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>, (2012-03-26).

Wikipedia ”sökord: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”,
<http://www.wikipedia.org> (2012-04-03).

Bilaga 1

GÖTEBORGS UNIVERSITET
Institutionen för socialt arbete Socionomprogrammet

Vill du vara en del av en intervjustudie?

Jag läser just nu min 6:e termin på Socionomprogrammet och ska skriva ett vetenskapligt arbete, en C-uppsats. Syftet med uppsatsen är att undersöka hur det sociala stödet upplevs och fungerar för personer med psykisk ohälsa och självskadebeteenden. Jag skulle gärna vilja intervjua dig som vill dela med dig av dina erfarenheter. Jag söker ca 4 personer som vill delta vilket betyder att din historia kommer ta en central plats.

Om du väljer att vara med så är studien helt frivillig och du kan när som helst välja att avbryta din medverkan. Studien ska vara färdig i maj 2012 och kommer därefter publiceras på universitets databas. Det är även helt okej att kontakta mig om du skulle vilja få tillgång till studien. Intervjun kommer att spelas in så jag kan gå tillbaka och lyssna på vad vi pratat om. Men det inspelade kommer inte användas till något annat än just den här studien, bara jag kommer att lyssna på det och ljudfilen kommer att raderas när studien är slutförd.

Om du är intresserad kan du kontakta mig på nedanstående telefonnummer eller mejl så vi kan komma överens om en bra intervjutid och ett passande tillvägagångssätt.

Just du är jätteviktig!

Varma hälsningar

Linda Tidström
Tel: 0762-xxxxxx
Mejladress: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Intervjuguide

- * Om intervjupersonen och hennes historia.
- * Vilka personer är viktigast för dig idag?
- * På vilket sätt är de viktiga, när träffas ni, hur ofta, hur har du kommit i kontakt med dessa?
- * Vilka egenskaper har dessa personer som gör att de fungerar bra?
- * Vilka andra personer finns omkring dig som du vänder dig till?
- * Ringer du någon när du mår dåligt, ger du någon stöd själv, vänner, beskriv relationerna.
- * Vilken betydelse har det stöd du har idag?
- * Vilka förväntningar har du på din omgivning? Vem kan du be vad om?
- * Vad är ett gott stöd för dig, vad är viktigt/vad kan underlätta för att du ska må bättre
- * I vilka situationer mår du som bäst, vilka är svårast?
- * Vad skulle du vilja göra idag som du inte gör, vilka hinder finns och hur hanterar du dem?
- * Finns det något stöd du önskar att du hade?