



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

Varje flicka bär med sig sin historia!

Professionellas bemötande av självskadebeteende.

Socionomprogrammet

C-uppsats

VT07

Författare Maria Aartse-Tuijn
Pernilla Lindén

Handledare Anita Kihlström

ABSTRACT

Titel	Varje flicka bär med sig sin historia! Professionellas bemötande av självskadebeteende.
Författare	Maria Aartse-Tuijn och Pernilla Lindén
Institution	Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet C-uppsats VT 2007
Nyckelord	Självskadebeteende, bemötande, stöd, behandling, kognitiv beteendeterapi.

Undersökningens syfte var att ta reda på vilket bemötande flickor med självskadebeteende får av professionella inom olika verksamheter, med inriktning på stöd och behandling. Följande frågeställningar användes för att besvara syftet;

- Hur får flickorna stöd?
- Vilken behandling får flickorna?
- Vilka andra viktiga aspekter bör uppmärksammas i det professionella arbetet med flickor med självskadebeteende?

Utifrån en kombination av en kvantitativ och en kvalitativ ansats genomfördes undersökningen i fem kommuner i Västra Götaland. Enkäterna besvarades av professionella som arbetar inom skolhälsovård, ungdomsmottagningar samt BUP, barn- och ungdomspsykiatri. Totalt besvarades enkäten av 60 personer, vid 20 verksamheter. En halvstrukturerad intervju genomfördes dessutom med en professionell, med erfarenhet av kognitiv beteendeterapeutisk behandling av flickor med självskadebeteende. Analysen av materialet skedde utifrån kognitiv beteendeterapi och utfördes med ad-hoc metod, som med sitt eklektiska perspektiv möjliggjorde tolkning av materialet med hjälp av tabeller, text och tematisering. Resultatet visar att flickor med självskadebeteende är en heterogen grupp med en egen problematik, som ofta är komplex, då den skiftar i svårighetsgrad. De professionella som möter dessa flickor är erfarna, men de önskar ändå mer kunskap, kring självskadebeteende. Flickorna får ett individuellt bemötande av de professionella inom de undersökta verksamheterna, vad gäller både stöd och behandling. Samtalsstöd, motivations- och familjearbete utgör en stor del av det stöd som professionella ger målgruppen. Det visar sig även att flickans familj är betydelsefull och utgör en resurs i ett förändringsarbete. Viktiga aspekter som visar sig är samverkan mellan verksamheter och tid, kunskap och handledning för professionella.

Förord

Vi vill först rikta ett stort tack till alla professionella, som med sina erfarenheter och tankar bidragit till denna uppsats. Ett stort tack riktar vi också till vår handledare Anita Kihlström, som har stöttat oss i vårt arbete och som försökte förstå oss, när vi inte ens gjorde det själva. Sist men inte minst vill vi tacka våra familjer, för att ni haft tålamod med oss!

Vårt varma tack till er alla - utan er hade det inte varit möjligt.

Maria och Pernilla

Innehåll

1 Inledning	5
1.1 Avgränsningar	5
1.2 Förståelse	6
1.3 Begreppsdefinition	7
1.4 Syfte och frågeställningar	8
1.5 Uppsatsens disposition	8
2 Självskaдебeteende	9
2.1 Introduktion	9
2.2 Definition.....	9
2.3 Orsaker och förekomst	10
3 Forskning kring självskaдебeteende	11
3.1 Förekomst	11
3.2 Stöd och behandling	11
4 Teoretiska perspektiv	14
4.1 Introduktion	14
4.2 Kognitiv beteendeterapi- KBT	15
<i>Allmänt</i>	15
<i>Utifrån individ och problematik</i>	15
<i>Beteende</i>	16
<i>Förstärkare</i>	16
<i>Terapeutisk allians</i>	16
<i>Anhöriga</i>	17
<i>Kognitiva tekniker</i>	17
5 Metod	18
5.1 Design.....	18
5.2 Urval	18
<i>Enkät</i>	18
<i>Intervju</i>	19
5.3 Tillvägagångssätt	19
<i>Litteratursökning</i>	19
<i>Konstruktion och genomförande - Enkät</i>	20
<i>Konstruktion och genomförande - Intervju</i>	21
5.4 Bearbetning och analys.....	21
5.5 Bortfall.....	22
<i>Bortfallsanalys</i>	23
5.6 Validitet, reliabilitet, generaliserbarhet	23
<i>Validitet</i>	23
<i>Reliabilitet</i>	24
5.7 Forskningsetiska frågor	24

6 Resultat och analys	26
6.1 Presentation av respondenterna	26
<i>Enkät</i>	26
<i>Intervju</i>	27
6.2 Utifrån individ	27
<i>Individuellt bemötande</i>	27
<i>Svår problematik</i>	27
<i>Samverkan</i>	28
6.3 Stöd.....	28
<i>Samtal</i>	29
<i>Förstärkare</i>	30
<i>Motivation</i>	30
<i>Anhöriga</i>	31
6.4 Behandling.....	31
<i>Insatser</i>	31
<i>Utifrån problematik</i>	32
<i>Terapeutisk allians</i>	33
<i>Strategier</i>	34
6.5 Respondenternas kunskap och erfarenhet.....	34
<i>Professionellas kunskap</i>	34
7 Diskussion	36
7.1 Hur får flickorna stöd?.....	36
<i>Individuellt stöd</i>	36
<i>Samtalsstöd och motivation</i>	36
<i>Familjens betydelse</i>	37
7.2 Vilken behandling får flickorna?.....	37
<i>Individuell behandling</i>	37
7.3 Vilka andra viktiga aspekter bör uppmärksammas..?.....	37
<i>Svår problematik</i>	37
<i>Samverkan</i>	38
<i>Professionellas kunskap</i>	38
<i>Tid och handledning</i>	38
7.4 Allmän diskussion	39
7.5 Metoddiskussion.....	40
7.6 Slutsatser.....	40
7.7 Avslutning	41

Referenser

Bilagor

Bilaga 1 Informationsbrev enkät

Bilaga 2 Enkät

Bilaga 3 Informationsbrev intervju

Bilaga 4 Intervjuguide

1 Inledning

Psykisk ohälsa är ett växande problem i vårt samhälle, där en del grupper är mer utsatta än andra. Bland barn och ungdomar har det skett en stor ökning av psykisk ohälsa och under år 2006 fick Barnens rätt i samhället, BRIS ta emot 4871 samtal, kring detta ämne, vilket är en ökning med 20% jämfört med år 2005 (BRIS, 2007). BRIS rapport visar att var fjärde kontakt de har med ungdomar handlar om psykisk ohälsa och det är dubbelt så många flickor som pojkar som hör av sig till dem. Ökningen av kontakter om självmord/självskadebeteende, från tonårsflickor, är särskilt stor. Även i media har unga flickor som skadar sig själva, blivit allt synligare, genom debatter som förts gällande ökningar av beteendet, samt genom att de som arbetar med dessa flickor har uttryckt en oro för att det ökat när det gäller såväl ålder som antal. Denna oro uppmärksammades av Stiftelsen Allmänna Barnhuset, som i samarbete med Socialstyrelsen ordnade en konferens med syftet att ”belysa forskningsläget, diskutera förebyggande och behandlande insatser samt utbyta erfarenheter” (Allmänna Barnhuset, 2004, s.4). På ovan nämnda konferens uppmärksammades också vikten av stöd och hjälp från samhället, till flickorna.

Självskadebeteende är ett ämne som berör människor, det är fascinerande och skrämmande på samma gång, så även för oss. För de som inte har kunskap kring ämnet kan det förefalla helt oförklarligt att unga flickor, som växer upp i ett samhälle fullt av kroppsideal som strävar mot det perfekta, kan sarga sina kroppar så att ärren för alltid är inristade på deras kroppar. Andra tänker kanske att det är just därför, medan det för en del med kunskap och erfarenhet kring självskadebeteende, kanske inte ter sig fullt så oförklarligt. Socialstyrelsen (2004b) påtalar t.ex. i sin rapport att det inte är något nytt fenomen att unga kvinnor uttrycker psykiskt lidande via sina kroppar. Beteendet har enligt rapporten både historiska och kulturella grunder, men även sociala, biologiska och psykologiska. ”Det gemensamma är att det är kroppsliga uttryck för vånda, ångest och rädsla” (ibid., s.9). Oavsett orsak så blir dessa flickor bemötta av människor i omgivningen och då är bemötandet av professionella en viktig del för att få hjälp att förändra beteendet. I rapporten fastslår man bl.a. att ”det är nödvändigt att personal inom samhällets olika vård- och stödinstitutioner lär sig att se och höra unga människors försök att kommunicera sin utsatta belägenhet och sitt lidande” (ibid., s.24). Vi kommer med andra ord, som socionomer att vara en del av dessa vård och stödinstitutioner, vilket bidrar till att vi ser det som viktigt att skaffa oss kunskap kring området; självskadebeteende.

1.1 Avgränsningar

När vi läste in oss på ämnet självskadebeteende, började vi att fundera på vad det egentligen innebär att skada sig själv och vad som ingår i begreppet. Att skada sig själv kan, enligt vår uppfattning, innebära att man skär sig eller på annat sätt skadar sin kropp. Detta benämns dock som självdestruktivitet i litteratur och är ett bredare begrepp där bl.a. alkoholmissbruk, självmord och ätstörningar ingår (Wallroth & Åkerlund, 2002). Vi insåg att självdestruktivitet är ett större område än vi har möjlighet att hantera i vår undersökning, vilket innebär att vi begränsar oss till att undersöka självskadebeteende, såsom avsiktligt skärande, rispande eller brännande på den egna kroppen, utan viljan att ta sitt eget liv. Med andra ord kommer vi därmed inte att medvetet studera t.ex. ätstörningar och självmord, men i viss forskning ingår dessa ändå. I Socialstyrelsens rapport (2004a) framkommer det att ett eftersatt område är kunskap kring hur flickor med självskadebeteende bemöts av olika verksamheter och vilka behandlingsinsatser som står till buds. Men hur ser det ut inom olika verksamheter?, Vad i

bemötandet är det som är verksamt?, Finns det metoder som är mer verksamma än andra? Vilket bemötande får dessa flickor? En rad frågor väcktes hos oss, vilket i sin tur väckte ytterligare frågor och vi började att fundera utifrån orsaker till självskadebeteendet. Vi insåg dock att det kan vara svårt att utföra en undersökning kring orsaker, då det är ett komplext ämne, vilket avgjorde att vi behöll vår inriktning och vi bestämde oss för att uppsatsen skulle handla om bemötande och vad som är verksamt med fokus på stöd och behandling. Vår avsikt blev då att fråga ungdomar via en enkätundersökning på Internet, hur de blivit bemötta av professionella. Vi insåg dock att det vore svårt att hantera både den etiska och tidsmässiga aspekten, samt det faktum att vem som helst med tillgång till Internet skulle kunna svara, vilket hade påverkat undersökningens tillförlitlighet. Vi valde istället att rikta in oss på olika verksamheter där professionella, kunde tänkas möta ungdomar med självskadebeteende och valde därmed ut skolhälsovård, ungdomsmottagning och BUP, barn och ungdomspsykiatri. Avsikten var även att utföra undersökningen med inriktning på både pojkar och flickor, då vi inte tror att självskadebeteende är könsbundet. Vid närmare eftertanke bestämde vi oss för att enbart inrikta oss på flickor, då t.ex. Socialstyrelsens rapporter utgår ifrån flickor samt att det finns mycket lite skrivet där pojkar inkluderas. Vi inriktar oss på flickor i åldern 13-20 år, eftersom ovan nämnda verksamheter bl.a. arbetar med denna åldersgrupp.

1.2 Förförståelse

Genom våra extraarbeten på behandlingshem har vi kommit i kontakt med flickor, som skadar sig själva, vilket väckte vårt intresse för ämnet; *självskadebeteende*. Under vår utbildning har vi också läst om borderline eller emotionell instabil personlighetsstörning, som blivit en allt vanligare benämning, där självskadebeteende utgör en stor del av problematiken, enligt Näslund (1998). Boken *Ansiktet bakom masken*, skildrar en kvinnas liv med borderline, ur ett inifrånperspektiv och den gav oss båda en förståelse för hur viktigt det är med stöd från omgivningen, samt kunskap kring behandlingsformen DBT, dialektisk beteendeterapi, som visat sig vara verksamt vid behandling av personer med självskadebeteende. Vi har också läst boken *Zebra flickan*, skriven av Sofia Åkerman, där hon skildrar sin kamp mot självskadebeteendets demoner. Denna bok har gett oss ytterligare förståelse för ämnet, genom att förmedla hur viktigt det är med både bemötande, stöd och behandling samt en förståelse för vad som krävs för att personer med självskadebeteende skall kunna leva ett värdigt liv. Vår förförståelse får dock ses som ringa och kännetecknas mer av "ett skrapande på ytan", men vår förhoppning är att vi, genom att skriva denna uppsats ökar både vår egen och andras kunskap och förståelse, kring ämnet *självskadebeteende*.

1.3 Begreppsdefinition

Nedan definierar vi de begrepp, som är relevanta för förståelsen av uppsatsen.

Självskadebeteende

När vi använder begreppet självskadebeteende menar vi avsiktligt skärande, rispande eller brännande på den egna kroppen utan viljan att ta sitt eget liv.

Professionella

När vi använder oss av begreppet professionella använder vi det som ett samlingsnamn på dem som arbetar i de undersökta verksamheterna. Begreppet innefattar såväl sjuksköterskor, läkare, psykologer, socionomer etc.

Barn- och ungdomspsykiatri, BUP

BUP är en specialiserad verksamhet där man arbetar och samverkar med andra verksamheter kring barn och ungdomar, upp till 18 år. Hur varje enskild BUP-mottagning är organiserad kan se olika ut då det inte finns några nationella normer (Västra Götalandsregionens webbplats).

Skolhälsovård

När vi benämner skolhälsovård menar vi, förutom skolsköterskor även de skolkuratorer som finns på skolorna. Skolhälsovårdens uppdrag är främst att vara förebyggande och att ”följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem” (Skollagen, 1993:800, 14 kap. 2§).

Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningar är till för ungdomar upp till ca 25 år, som vill ha en vuxen att tala med om olika saker t.ex. sex, samlevnad, könssjukdomar, familjerelationer etc. Det är en verksamhet inriktad på preventiva åtgärder där frivillighet är utgångspunkten. Man arbetar utifrån en respekt och förståelse för ungdomar (FSUM).

Bemötande

Hur man blir bemött är viktigt dels i ett initialt skede, men även utifrån ett mer långsiktigt perspektiv. I vår uppsats ser vi bemötande som ett övergripande perspektiv, som innefattar såväl stöd som behandling i en mängd olika former.

Stöd

Med stöd avser vi all den hjälp, som flickor med självskadebeteende får av de professionella inom olika verksamheter. Med stöd avses däremot inte djupare behandlingsformer såsom terapi.

Behandling

Med begreppet behandling menar vi ett mer långsiktigt förändringsarbete, som syftar till att förändra flickornas självskadebeteende t.ex. olika terapeutiska behandlingsformer.

Kognitiv beteendeterapi, KBT

KBT är en form av psykoterapi som betonar samspelet mellan individ och omgivning, här och nu. Den grundar sig i inlärnings-, kognitions- och socialpsykologi (Beteende terapeutiska föreningen).

1.4 Syfte och frågeställningar

Syftet med undersökningen är att ta reda på vilket bemötande flickor, med självskadebeteende får av professionella inom olika verksamheter, med inriktning på stöd och behandling. Vi kommer i undersökningen att utgå från det kognitivt beteendeterapeutiska perspektivet.

Följande frågeställningar används för att besvara vårt syfte;

- Hur får flickorna stöd?
- Vilken behandling får flickorna?
- Vilka andra viktiga aspekter bör uppmärksammas i det professionella arbetet med flickor med självskadebeteende?

1.5 Uppsatsens disposition

Uppsatsen består av 7 kapitel, vilket inkluderar inledningskapitlet. I kapitel 2 introducerar vi ämnet *självskadebeteende*. I kapitel 3 presenteras forskning inom området, samt inom de närliggande områden, som visat sig vara intressanta för vår uppsats. I kapitel 4 presenteras vårt teoretiska perspektiv som vi utgår ifrån vid vår analys. Kapitel 5 är metodkapitel och innehåller diskussion kring undersökningens design, urval, undersökningens tillvägagångssätt, bearbetning och analys. Även bortfall med bortfallsanalys, validitet, reliabilitet och generaliserbarhet samt forskningsetiska frågor, tillhör detta kapitel. Kapitel 6 innehåller en sammanställning av uppsatsens resultat och analys. Kapitel 7 är uppsatsens diskussionskapitel och innehåller; svar på undersökningens frågeställningar, allmän diskussion, metoddiskussion, slutsatser samt avslutning.

2 Självskadebeteende

I detta kapitel beskriver vi självskadebeteende, för att ge även den med mindre kunskap inom området, en chans att förstå detta komplexa fenomen. Vi nämner i korta drag även orsaker och omfattning, trots att det inte är fokus för vår undersökning, då vi tror att det är viktigt för att få en helhetsförståelse. Beskrivningen sker utifrån befintlig statistik, litteratur och rapporter.

2.1 Introduktion

Självskadebeteende har funnits länge och är inget nytt fenomen. Redan i Markusevangeliet kan man, enligt Wallroth och Åkerlund (2002) läsa om en man som sargade sig själv med stenar och i Socialstyrelsens (2004b) rapport berättas det om Sara Stina född 1763, som svalde knappnålar och porslinsbitar, samt bet sig själv på armarna etc. Favazza (1996) menar att det finns gott om litterära beskrivningar av självskadebeteende och då utifrån olika kontext såsom t.ex. mental sjukdom, religion, juridiska processer etc. Det äldsta litterära exemplet på självskadebeteende, kopplat till mental sjukdom, handlar enligt Favazza om Cleomenes, en ledare från Sparta, som deltog i komplicerade politiska intriger och som så småningom blev helt galen, och därför spändes fast, men som ändå skar sig själv med hjälp av en kniv han fått från en utav sina vakter.

2.2 Definition

Självskadebeteende kan, enligt Favazza (1996) förklaras på ett flertal olika sätt. Enligt honom finns det inte någon universell förklaring och han menar att själva ämnet är komplext och svårfångat. Favazza (ibid.), definierar självskadande, self-mutilation, som "the direct, deliberate destruction or alteration of one's own body tissue without conscious suicidal intent" (s.225). Wallroth och Åkerlund (2002) översätter denna definition som "avsiktlig förstörelse eller förändring av den egna kroppsvävnaden utan medveten självmordsavsikt" (s.10). I engelsk litteratur används en rad beteckningar t.ex. self-mutilating, intentional injury, symbolic wounding (Wallroth och Åkerlund). Även i Sverige använder man en rad olika begrepp såsom självstympling, självskadebeteende och självdestruktivitet. Självdestruktivitet och självdestruktivt beteende betecknar, enligt Wallroth och Åkerlund ett vidare perspektiv och inkluderar även bl.a. självmord, självmordsförsök, alkohol- och drogmissbruk, ätstörningar samt att utsätta sig själv för stora risker att bli skadad och sexuellt utnyttjad i olika situationer/relationer. Begreppet självskadebeteende utgör därmed ett snävare perspektiv än begreppet självdestruktivitet.

Det finns flera olika typer av självskadebeteende och Socialstyrelsen efterlyser i sin rapport (2004b) ett klassifikationssystem som diagnostiserar självskadebeteende som ett eget psykiatriskt syndrom och menar att även Favazza är av samma åsikt. Socialstyrelsen menar att inget av de mest kända diagnosystemen t.ex. DSM-IV eller ICD-10 möjliggör denna en sådan kategorisering utan att självskadebeteende där ses som en del av bl.a. borderline personlighetsstörning. Flera experter förespråkar ett gemensamt klassifikationssystem (Wallroth & Åkerlund). Favazza och Rosenthal, har enligt Wallroth och Åkerlund introducerat det mest använda systemet, som sedan utvecklats av Favazza och Simeon, vilka gör följande indelning;

Tabell 1: Klassificering

Huvudtyper	Huvudtyper
Kulturellt sanktionerat självskadande <i>Delas in i undergrupperna:</i>	Avvikande-patologiskt självskadandet <i>Delas in i undergrupperna:</i>
Ritualer	Grovt
Sedvänjor	Stereotyp
	Måttligt/Ytligt <i>Delas in i undergrupperna:</i>
	<i>Tvångsmässigt</i>
	<i>Episodiskt</i>
	<i>Repetitivt</i>

Kulturellt sanktionerat självskadande handlar om att man ”skadar sig själv eller låter andra skada den egna kroppen” (Favazza, 1996, s.12), vilket sker i form av *ritualer* t.ex. den judiska omskärelsen och *sedvänjor* t.ex. piercing och tatuering. *Avvikande-patologiskt självskadande* beror på psykiska störningar eller neurologiska sjukdomar. Indelningen i undergrupper bygger på beteendemönster och på graden av kroppsskada” (Wallroth & Åkerlund, 2002, s.12). Enligt Socialstyrelsens rapport (2004a) delar Favazza in självskadebeteendet i två olika typer, episodiskt och repetitivt. Det *episodiska* självskadebeteendet karakteriseras av att det endast sker några gånger under en begränsad tidsperiod. Det *repetitiva* självskadebeteendet sker däremot under en längre tidsperiod och ett upprepat antal gånger och blir så småningom en del av individens sätt att hantera psykisk smärta. Socialstyrelsen menar att impulsivt självskadebeteende, enligt Simeon har karakteristiska drag som påverkar individen på olika sätt. Individen är bl.a. upptagen av tankar som handlar om att skada sig själv och känner en ökad inre spänning i samband med självskadan samt ett välbefinnande eller lättnad i samband med självskadehandlingen. Beteendet utesluter medveten självmordsavsikt, aktuell psykos, transsexualism, mental retardation och utvecklingsstörning.

2.3 Orsaker och förekomst

Den *typiske skäraren* skadar ofta sig själv då hon på något sätt blir sviken av viktiga personer i sin omgivning eller då hon upplever ett hot om en sådan situation och många av dem som skär sig har varit utsatta för svåra separationer och övergivanden (Wallroth & Åkerlund, 2002). Det är vanligt att de som skadar sig själva varit utsatta för någon form av allvarlig kränkning bl.a. mobbning och sexuella övergrepp (Socialstyrelsen, 2004a). Flickorna kan inte sätta ord på sina känslor varför de istället skadar sig själva och på så sätt kan de lätta på t.ex. den ångest som många av dem känner (Wallroth & Åkerlund, 2002; Favazza, 1996). Det finns stora individuella olikheter mellan flickornas beteenden, beroende på vad som orsakar beteendet. Det kan handla om lindrigare former eller djupt rotad problematik t.ex. borderline personlighetsstörning. Självskadandet sker öppet hos en del medan andra döljer sitt beteendet, vilket är vanligare (Allmänna Barnhuset, 2004). Självskadebeteende är vanligare bland flickor och det har under den senaste femårsperioden, skett en ökning av flickor som vårdas på sjukhus, från i genomsnitt 27 till 37 flickor per år (Socialstyrelsen).

3 Forskning kring självskadebeteende

I denna del presenteras forskning kring självskadebeteende. Det finns dock inte mycket forskning, kopplat till vårt ämnesområde; *bemötande, stöd och behandling*, vilket försvårar jämförelser. Detta medför att vi även presenterar forskning kring närliggande områden, som visat sig ha betydelse vid behandling av självskadebeteende. Den forskning som presenteras är inte entydigt avgränsad utifrån vår definition av självskadebeteende, då skilda definitioner av beteendet är vanligt förekommande och en avgränsning därför blir svår att genomföra.

3.1 Förekomst

Forskning kring självskadebeteende avgränsat från andra typer av beteenden är svårt att finna, ofta inkluderar man t.ex. självmordsförsök i befintlig statistik. Stiftelsen Allmänna Barnhuset belyser dock i sin skrift *Unga som skadar sig själva* (2004) forskningsläget när det gäller unga med självskadebeteende. Deras åsikt är att det saknas tillförlitlig forskning inom ett flertal områden bl.a. när det gäller skillnader mellan könen och självskadebeteende kopplat till psykiska störningar. Även Socialstyrelsen påtalar i sin rapport *Vad vet vi om flickor som skär sig?* (2004b) att det i stor utsträckning saknas evidensbaserad forskning och tillförlitlig statistik avgränsad till självskadebeteende. Rapporten uppger dock ett flertal internationella självskattningsstudier, som visar att självskadebeteende hos ungdomar uppgår till mellan 5 och 7 procent varav 10-11 procent uppges vara flickor där det vanligaste självskadebeteendet är hudskärning (35-70 procent). De redogör också för forskning utförd av WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour, med forskningscentra i Huddinge och Umeå där man för register över samtliga patienter från 15 års ålder, som söker vård för självmordsförsök och för att de skär sig själva. Det vanligaste sättet att skada sig på för flickor 15-19 år var att skära sig. Socialstyrelsens rapport *Flickor som skadar sig själva – En kartläggning av problemets omfattning och karaktär* (2004a) visar att minst 1 procent av flickorna som skadar sig själva gör det genom att skära, rispa eller bränna sig. Socialstyrelsen påtalar dock att deras undersökning är begränsad.

3.2 Stöd och behandling

Det saknas även tillförlitlig forskning om verk samma behandlingsformer, för ungdomar som skadar sig själva och den forskning som finns, har främst gjorts på vuxna, endast två studier finns när det gäller ungdomar (Allmänna Barnhuset). Att det är svårt att göra jämförelser mellan olika studier då t.ex. uppföljningstid, definitioner av självskadebeteende och undersökningsgrupperna skiljer sig åt avseende ålder och problematik etc., poängteras i litteratur och rapporter (Allmänna barnhuset; Socialstyrelsen, 2004b). Vid behandling av självskadebeteende med KBT visar forskningen dock på ”signifikant goda resultat när det gäller att minska självskadande, självmordsförsök, depression, hopplöshet och självmordstankar” (Allmänna Barnhuset, s.40) Trots att studierna har brister dvs. korta behandlings- och uppföljningstider. När det gäller behandling, menar Allmänna Barnhuset att de unga med självskadebeteende ofta saknar både uthållighet och motivation. Socialstyrelsen (2004a) menar att resultaten från deras kartläggning visar att de flesta flickorna erbjuds behandling, men att det förekom att insatser inte fungerade fullt ut, då en del flickor och familjer tackade nej till hjälp.

På Norrbottens läns landstings hemsida (2005) kan man läsa om självskadebeteende och då i samband med att Olle Sundh leg. psykolog/psykoterapeut redogör för sina åsikter och erfarenheter kring fenomenet. Sundh framhåller att han inte arbetar med systematisk forskning utan att hans kunskaper är baserade på kliniska erfarenheter under de senaste 27 åren. Sundh är av den åsikten att många av de som skär sig är flickor (ca 75%). Sundh frågar sig; Varför gör de på detta vis?, och han arbetar utifrån individen och dennes förutsättningar, då lösningen enligt honom finns hos individen själv. Stötta, trösta och fungera som en bärare av det hopp som flickorna inte själva vågar känna, utgör delar som Sundh, menar att behandlare kan använda sig av då. Flickorna använder kroppen, som ett instrument att uttrycka sig genom och de måste arbeta med att ”flytta in” i sina kroppar och lära känna sig själva. Sundh menar att skärandet kan bli en livsstil som flickorna inte vågar sluta med då de inte känner sig trygga. Det går inte att tvinga eller lura en person att sluta skära sig, man måste få flickorna att själva vilja sluta. Sundh ser skärandet som ett missbruk och då som ett psykiskt och fysiskt beroende, en motsägelsefull strävan efter närhet och distans (ett begrepp inom borderlineproblematik), som han tar hjälp av. Sundh menar vidare att patienter med självskadebeteende väcker starka känslor och påtalar att det är viktigt för terapeuten/behandlaren att ha distans. Flickorna är ofta ambivalenta när det gäller att ta emot hjälp och det är vanligt att de försöker ”straffa” ut sig, som ett sätt att inte riskera att bli sviken utan själv ha kontrollen över separationer. Sundh ser det som viktigt att omhändertagande nivån blir rätt och inte inbjuder till regression.

Wallroth och Åkerlund (2002) har utifrån sin psykologexamensuppsats sammanställt skriften; *Hål i huden – Flickor som skär sig*, där de utifrån sin egen intervjuundersökning, kartlägger psykodynamisk terapi och dess möjligheter och svårigheter i arbete med självskadande flickor. Deras resultat visar att det är svårt för professionella att arbeta med flickor som skär sig pga. påfrestningarna på terapeuten och svårigheten att nå lyckade resultat. Terapeuterna i deras undersökning lyckades väl, i sitt arbete med flickorna, då nästan alla upphörde med att skära sig, men självkritiskt menar de att detta kan ha påverkats av att terapeuten själv fick välja den flicka som skulle delta och då kanske hellre valde den flicka som fungerat väl i behandling. Deras resultat visar vidare att terapeuterna har olika terapeutiska förhållningssätt men ”Samtliga terapeuter fungerade emellertid som goda, hållande objekt, som deras patienter kunde internalisera” (ibid., s.80). Få terapeuter arbetade aktivt med den negativa överföringen, ingen av terapeuterna använde sig av kontrakt, där flickorna fick lova att inte skära sig. Wallroth och Åkerlund är av den uppfattningen att det behövs längre behandlingar med flickor som skär sig. Enligt Allmänna Barnhuset (2004) visar en mindre studie, utförd på högriskpatienter i åldern 16-65 år, att både depression, hopplöshetskänslor minskade med hjälp av problemlösningsterapi, men däremot inte patienternas självmordstankar.

Vid en jämförelse mellan beteendeterapi samt dialektisk beteendeterapi, DBT och psykodynamisk terapi, visade den senare på lägre värden vad gäller depression och självmordstankar, men vid uppföljningen ett år senare, förelåg det inte någon skillnad mellan behandlingarna (Allmänna Barnhuset, 2004). Vad gäller DBT så visar en studie av kvinnor med borderlinediagnos och minst två självmordsförsök, som fick behandling med DBT att en signifikant lägre andel kvinnor upprepade sina självmordsförsök, jämfört med vanlig behandling. Det finns även studier som tyder på att *dialektisk beteende terapi* DBT, som anpassats till ungdomar kan ge goda resultat (Allmänna Barnhuset). En utvärdering vid psykiatriska kliniken i Lund; *Utvärdering av Dialektisk Beteende Terapi för suicidala och självskadande patienter med borderline personlighetsstörning*, utförd av Perseus och Samuelsson (2001), visar att både patienter och terapeuter är eniga om att DBT behandlingen räddat deras liv och bidragit till att de minskat eller helt upphört med självmordstankar,

självordsförsök samt självskadebeteende. Utvärderingen visar även att både patienter och terapeuter anser att DBT- modellen, utifrån centrala delar som respekt, förståelse samt bekräftelse, är väl anpassad för självskadebeteende och borderlineproblematik.

I en avhandling från Karolinska; *Borderline personality disorders: studies of suffering, quality of life and dialectical behavioural therapy*, av Perseus (2006) visar resultaten att personal inom psykiatri, genom sitt bemötande kan förstärka eller underlätta, borderlinepatienternas lidande. DBT tycks vara en bra behandlingsmetod utifrån både patienternas och de professionellas perspektiv. Resultatet visar att DBT underlättar även för personalen då modellen innehåller delar som visat sig verksamma både i och utanför det direkta arbetet med DBT. I en rapport från SBU Alert; *Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning* (2005) har man, utifrån sin litteraturgenomgång, kommit fram till att behandling med DBT minskar självskadebeteendet och bidrar till att behandlingsavbrotten blir färre, men att det vetenskapliga stödet är begränsat. När det gäller de ekonomiska aspekterna så hänvisar de till en svensk studie som kommit fram till att, kostnaderna för sjukhusvård minskade från 320 000 året innan behandlingen startade, till 210 000 då behandlingsinsatserna påbörjats. De menar dock att det behövs mer forskning för att påvisa en trend, men att DBT verkar ”vara en lovande behandlingsform för patienter med borderline personlighetsstörning” (ibid., s.1).

Vad gäller förebyggande insatser så visar Allmänna Barnhusets forskningsgenomgång (2004) att det även inom detta område saknas forskning i stor utsträckning, men de förebyggande insatser som gjorts när det gäller att stärka ungdomars självkänsla har visat på goda resultat, liksom kompetenshöjande insatser hos skolpersonal. De menar att det är viktigt med samverkan och kompetens för att kunna hjälpa ungdomar med självskadebeteende och de eftersöker kontinuitet genom hela behandlingskedjan. När det gäller att förebygga självskadebeteende uttrycker Sundh (2005) en ambivalens, då han anser att det finns risker förknippat med detta då man kanske ”väcker den björn som sover” och ungdomar upptäcker att man kan kanalisera ångest genom att skära sig. Internet ser han som en ”smittkälla” som bidrar till att öka beteendet. I Socialstyrelsens rapport (2004b) påtalar man att det är av stor vikt att det finns vuxna i ungdomarnas närhet, som kan se dem och som har tid för samtal, t.ex. inom skolhälsovården. Det gäller att bl.a. visa intresse, inlevelse, försöka förstå och hjälpa till att förändra och att vuxna ska ha vetskap om att denna problematik finns och vad som kan ligga bakom självskadebeteendet (Socialstyrelsen).

4 Teoretiska perspektiv

I denna del redogör vi för de teoretiska perspektiv som vi kommer att använda oss av i vår analys. Vi har valt att utgå ifrån *KBT, kognitiv beteendeterapi* då vi funnit att perspektivet fått en alltmer framträdande roll vid behandling av patienter med självskadebeteende. Vi börjar först med en allmän introduktion.

4.1 Introduktion

Psykologin innehåller ett flertal olika perspektiv, vilket bidrar till att människan och hennes handlingar ser olika ut beroende på vilka glasögon hon studeras med. När man arbetar med att förstå människor, omgivningen och sig själv är kunskap i psykologi, enligt Karlsson (2001) ett måste. Vad vi väljer att utgå ifrån påverkar vårt sätt att se på människors beteende och styr också vilket stöd och vilken behandling professionella utgår ifrån då de träffar människor t.ex. flickor med självskadebeteende. Det psykodynamiska perspektivet har, enligt Kåver (2006) dominerat, inom psykoterapi och bidragit till att det uppstått en mängd olika riktningar. Som svar på dessa riktningar uppstod KBT, utan psykodynamiska influenser och med helt annorlunda tankar kring psykoterapi. Kåver menar att psykodynamisk terapi och KBT i huvudsak skiljer sig åt vad gäller ”synen på verbala processers roll vid psykoterapi” (s.10). Tidigare har KBT inte varit lika inriktad som den är idag på processen mellan terapeut och individ, till skillnad från den psykodynamiska terapin. En förändring har dock skett och alliansen mellan individ och terapeut är idag lika viktig som de tekniker, som används i behandlingen.

Utvecklingen av KBT är på frammarsch och enligt Kåver (2006) kan man historiskt se tre olika utvecklingsfaser; den klassiska beteendeterapi, den kognitiva terapin och nu en tredje generations KBT med t.ex. DBT dialektisk beteendeterapi, där modellerna har utvidgats och finlipats för varje gång. Hon menar att det var i början på 1980-talet som beteendeterapien länkades samman med den kognitiva terapin och det var då som KBT kom till. Den sista fasen har sedan början av 1990-talet utvecklats mot nya uppfattningar och förhållningssätt, där ”Österländsk filosofi, dialektik, lingvistik samt acceptans” exempel på förhållningssätt (ibid., s.37). På 1990-talet fortsatte utvecklingen så att behandlingen kunde genomföras på bl.a. förebyggande av psykisk ohälsa hos barn, klassrumsproblem och inlärningssvårigheter. (Beteendeterapeutiska föreningens hemsida).

Ur KBT har den strukturerade terapiformen DBT utvecklats för att behandla patienter med BPS, borderline personlighetsstörning, där självskadebeteende utgör en stor del av problematiken. DBT uppstod i USA då Marsha Linehan fann att det inte räckte med KBT för den svåra målgruppen, som BPS patienter utgör. DBT har sedan utvecklats till att gälla svenska förhållanden av Kåver och Nilsson (Kåver & Nilsson, 2002). Kåver (2006) ses DBT som ”ett lyckligt möte mellan österländsk filosofi och västerländsk psykoterapi. Metoden innehåller de olika delarna inlärningsteori, kognitiv teori, dialektisk filosofi och zenbuddhistiska tankesätt, vilka utgör grunden som metoden vilar på. Centrala begrepp är *medveten närvaro* (mindfulness) dvs. att stanna upp och acceptera t.ex. rädsla för att ur acceptansen av rädslan utvecklas och gå vidare och *acceptans* dvs. att acceptera/stå ut med den yttre och inre verkligheten utan att fly undan, för att istället acceptera och hantera verkligheten på ett verksamt sätt och fokusera mot mål och värderingar (Kåver).

4.2 Kognitiv beteendeterapi – KBT

Allmänt

Till skillnad från att analysera de förhållanden som varit i barndomen fokuserar KBT på att lösa problem och åtgärder i nuet. Behandlingstiden pågår under en begränsad tid, vilket enligt Kåver (2006) ökar metodens användbarhet, som även resulterat i att idag används KBT i större utsträckning av statliga och kommunala instanser, då den bl.a. är kostnadseffektiv. Ett av terapins viktigaste mål är att patienten skall lära sig att dels reglera sina känslor men även att kunna stå ut med dem, för att tillvaron ska bli mer meningsfull (Kåver). KBT har utifrån forskning visat att metoden fungerar på de flesta psykiska problem. Från början användes metoden bara på vuxna, men har efterhand även börjat användas på barn och även där har den visat sig vara effektiv. I arbetet med barn är det dock viktigt att anpassa behandlingen, även om grunden är densamma, beroende på vilken ålder barnet har. Kognitiv beteendeterapi har ett vetenskapligt synsätt i botten och kännetecknas av;

- *Behandlingarna är oftast kortvariga (15-20 sessioner) men kan också pågå mycket längre beroende på problemens karaktär och komplexitet.*
- *Varje session varar upp till en timme men kan variera utifrån det specifika område som bearbetas.*
- *Behandlingsarbetet bedrivs ofta på terapeutens mottagning, men lika gärna på annan plats där problemen tydligast uppstår – i patientens hem, på en restaurang, eller i en folksamling.*
- *I KBT betonas samarbete och tydlig arbetsfördelning, det är ett teamarbete helt enkelt. Både terapeut och patient förväntas vara aktiva, i synnerhet förväntas patienten att genomföra omfattande hemuppgifter mellan sessionerna.*
- *Behandlingsarbetet baserar sig på en beteendeanalys. I den samlar terapeuten in all relevant information och analyserar patientens problem, hur de uppstått och vad som vidmakthåller dem.*
- *Terapeuten arbetar pedagogiskt med att undervisa, förklara och göra problemen begripliga utifrån KBT-teori.*
- *Tydliga och konkreta behandlingsmål formuleras för varje patient.*
- *Arbetet utvärderas efter behandlingens avslutning med hjälp av olika skattningar och genom att patient och terapeut gemensamt stämmer av resultat mot de planerade målsättningarna.*
- *Behandlingsformatet varierar. KBT kan bedrivas individuellt eller i grupp, som familjeterapi eller som parterapi och som självhjälpsbehandling via böcker och skriftlig information samt via Internet.*

(Kåver, 2006, s.44).

Utifrån individ och problematik

Kognitiv beteendeterapi är en pedagogisk metod, människosynen är positiv, jämlik och respektfull och genom inläring kan man åstadkomma förändring. Kåver menar att ”Inläring kan definieras som *förändring av en människas sätt att tänka, känna och agera som ett resultat av erfarenheter*” (s.51). Inläringen är grunden i behandlingsmodellen KBT och på den grunden vilar de praktiska behandlingsåtgärderna. För att behandlingen skall fungera är det då viktigt att behandlaren är bekväm med inläringsteorin, då det möjliggör en effektiv behandling, vilket annars kan bli till nackdel för patienten. Inom KBT är inte behandlingen förutbestämd, utan anpassas på ett flexibelt sätt till varje individ och dennes problem (Kåver). När det krävs åtgärder för ett psykologiskt problem som t.ex. självskadebeteende, behöver en

bedömning göras för att se vad problemet kommer ifrån, vilket Kåver menar kan ses på tre olika sätt; att inte kunna hantera det man aldrig lärt sig, att ha lärt sig på ett felaktigt sätt som lett till dysfunktionella beteenden eller att en blockering gör att man inte kan använda sig av det man lärt sig. Hon menar vidare att inläring kan ske på olika sätt, dvs. genom modellinläring, instruktioner eller från erfarenhet av egna upplevelser.

Beteende

Beteende är mer än bara det vi gör, enligt inläringsteorin, som även inkluderar det vi känner, tänker och hur kroppen reagerar i beteendet. Kroppen är ett instrument som hjälper människor att känna och uttrycka t.ex. glädje, rädsla och ilska. Inom KBT beskriver man beteendet så detaljerat som möjligt dvs. beteendets topografi, för att på så sätt skaffa sig en karta att navigera utifrån. Kartan hjälper terapeuten att förstå omfattningen av patientens problematik och får då en uppfattning om huruvida patienten, gör för mycket av någonting t.ex. röka, skära sig eller hetsäta. Motsatsen till *beteendeöverskott* är *beteendeunderskott* vilket innebär att patienten tycker att hon gör för lite av någonting t.ex. att inte träna i den utsträckning man vill, inte kunna utföra vissa saker. Man kan se beteendet både som en brist och ett överskott, vilket patientens och terapeutens samlade bedömning leder fram till genom att terapeuten leder patienten dit hon vill (målet) och på så sätt också ser vad hon vill med livet (Kåver, 2006). Beteenden bedöms också utifrån *funktionalitet* och kan vara *funktionella* eller *dysfunktionella*, vilket Kåver menar är mindre dömande än ordet *fel*.

Förstärkare

Inom KBT pratar man om *positiva* och *negativa förstärkare*, där sannolikheten ökar för att beteendet ska upprepas. Den positiva förstärkningen handlar till stor del om att ge personen något som hon/han vill ha dvs. en belöning t.ex. mat, beröm, uppmärksamhet etc. Alla människor reagerar dock inte på samma sorts förstärkning, då det är högst individuellt. Däremot negativ förstärkning är något som individen vill undvika, som är obehagligt t.ex. kritik, skam, fysisk smärta etc. (Kåver, 2006). Även den negativa förstärkningen kan öka beteendet och ett exempel är att man på sin arbetsplats diskar kaffekoppen efter sig, för att undvika att få skäll från sina kollegor, dvs. man undviker därmed det obehagliga. Wadström (2004) menar att "Ett beteende som göra att vi slipper ifrån eller undviker ett obehag kommer att upprepas i framtiden. Beteendet har blivit negativt förstärkt. Vi blir uppmuntrade att upprepa de beteenden som kan göra slut på obehag, plågor, skrämmande situationer" (s.32). Negativ förstärkning är dock inte detsamma som bestraffning, då straff snarare innebär att beteendet minskar (Kåver). Ett beteende kan enligt Kåver upphöra om man inte uppmärksammar det, dvs. inte förstärker det, vilket då kallas för *utsläckning*. Ett exempel på utsläckning är att ignorera ett felaktigt beteende och då varken uppmärksammar, belöna eller bestraffa, vilket resulterar i att beteendet avtar. Inom KBT- behandling handlar utsläckning om att inte lägga så stor vikt vid det som inte fungerar, utan mer rikta in sig på det som är ett funktionellt beteende, enligt Kåver.

Terapeutisk allians

Makt är alltid en faktor som finns med i alla möten mellan människor, så även i mötet mellan patient och behandlare, där individen är i ett sårbart läge. För att jämlikhet skall skapas mellan behandlare och patient behöver terapeuten försöka förstå individens beteenden i ett sammanhang och då blir också behandlaren empatisk. Inom KBT är det viktigt att en arbetsallians upprättas mellan dessa två och "det 'goda mötet' handlar bl.a. om att känna och

kunna kommunicera empati” (Kåver, 2006, s.184). Samspelet med omgivningen är ofta ett problem som patienterna har och detta kan även visa sig i mötet med terapeuten. Om behandlaren däremot kan skapa en god allians mellan dem, innebär det då att nya positiva erfarenheter av relationer skapas för patienten. Inom KBT används begreppet validering, vilket innebär ett bekräftande bemötande och som även stärker effekten av inläringen. Det finns därmed en valideringsskala som används i arbetet med patienten och som består av sju olika bekräftelsenivåer, där nummer sju är den som är mest kvalificerad.

Anhöriga

Om en person är drabbad av psykisk ohälsa är hans/hennes relationer med omgivningen ofta ansträngda. Antingen kan relationsproblemen vara det primära problemet eller så har problem i relationerna uppstått utifrån andra svårigheter. Då en person drabbas av psykisk ohälsa och det uppstår svårigheter att klara av vardagen, blir även anhöriga drabbade och kraven på dem ökar. Detta kan bidra till att relationerna till omgivningen upphör. För individens skull är det viktigt att arbeta med relationerna till familj och anhöriga, för att kunna förändra dem, vilket då innebär att de anhöriga behöver vara delaktiga i behandlingen (Kåver, 2006). Att arbeta med individen och hans/hennes anhöriga kan göras på olika sätt, t.ex. vid enstaka tillfällen eller vid behov under ett flertal träffar. Det vanligaste är dock att man via individen arbetar med anhöriga, då det är minst tidskrävande. Ett av de syften som arbetet med anhöriga är ”Information - skapa en gemensam förståelse för problemet”, men de kan även hjälpa till med bl.a. individens hemuppgifter (ibid., s.315). Det kan t.ex. även vara nödvändigt att lära någon eller några anhöriga hur man bekräftar varandra, vilket kan vara en oförmåga i just den familjen, då det är viktigt för individens tillfrisknande att ha en bekräftande omgivning, enligt Kåver.

Kognitiva tekniker

För att kunna identifiera vilka negativa tankar som individen har försöker behandlaren i första steget ta reda på vilka situationer som är emotionellt laddade dvs. när något är problematiskt och hon/han känner sig t.ex. rädd. Detta för att sedan kunna kartlägga vad patienten tänker i dessa situationer och i nästa steg arbeta för förändring för att hitta alternativa och realistiska tankar som så småningom ska ersätta de gamla (Kåver, 2006). I detta arbete är det enligt Kåver viktigt att utgå från situationer, som nyligen inträffat och som har verklighetsanknytning.

5 Metod

I denna del av uppsatsen beskriver vi hur vi gått tillväga i undersökningen och för att underlätta förståelsen har vi valt att dela in kapitlet i olika delar.

5.1 Design

Då en undersökning skall utföras är det viktigt att först bestämma sig för vilken metod som skall användas och Ejlertsson (2005) menar att "Det är syftet med undersökningen och de aktuella frågeställningarna som skall avgöra om en kvantitativ eller kvalitativ studie är mest lämplig" (s.11). Även Svenning (2003) menar att forskningsfrågan styr huruvida forskaren väljer en kvalitativ respektive kvantitativ ansats. Vi har i vår undersökning inte intresserat oss för frågor som t.ex. besvarar i vilken utsträckning ett visst fenomen sker eller hur många av våra respondenter som använder sig av vissa metoder. Vi har istället valt att fokusera på vilket bemötande flickor med självskadebeteende får av professionella inom olika verksamheter, med inriktning på stöd och behandling. Utifrån forskning och teorier kring självskadebeteende har vi försökt finna svar på hur det förhåller sig i verkligheten dvs. hur det kan se ut när man stödjer och behandlar flickor med självskadebeteende. Det finns olika vägar för att nå kunskap kring olika skeenden och vår undersökning har till viss del följt bevisandets väg, vilket enligt Patel och Davidsson (1998) kännetecknar en *deduktiv* ansats. Vi har alltså använt en redan etablerad teori, KBT och undersökt hur den tillämpats i en svensk kontext.

I vår undersökning har vi valt att kombinera ett kvantitativt verktyg med ett kvalitativt, vilket börjar bli allt vanligare att man gör vid studier inom bl.a. socialt arbete (Berg-Wikander, 2005). Man skulle kunna säga att vi i någon mån ägnat oss åt metodtrianglering, vilket Olsson och Sörensen (2001) menar att man gör då man kombinerar olika insamlingsmetoder, vilket syftar till att ge en ökad förståelse för det man undersöker. Berg-Wikander menar att användande av flera forskningsmetoder i samma studie benämns som multidimensionell forskning, för att kunna fånga flera dimensioner, där enkät och intervju är exempel på metodinstrument. Hon menar vidare att det kan innebära att enkätundersökningen är utgångspunkten och djupintervjuer görs som ett komplement för att få veta mer. För att i någon mån kunna generalisera våra resultat, även om det inte är vår huvudsakliga avsikt, ville vi få svar från så många professionella som möjligt och valde därmed att göra en enkätundersökning. Att intervjua samma mängd personer var inte möjligt, inom ramen för en C-uppsats, varför vi bestämde oss för att använda ett kvantitativt verktyg, för att besvara vårt syfte. Vi ville ändå inte avstå från det kvalitativa verktygets fördelar, varför vi också valde att använda oss av öppna frågor i enkäten, men även valde att göra en djupintervju, med en professionell, med kunskap inom området.

5.2 Urval

Enkät

De olika verksamheterna ungdomsmottagning, barn- och ungdomspsykiatri (BUP) samt skolhälsovården vid 7-9 skolor och gymnasium, valde vi med tanke på att de arbetar med flickor i åldern 13-20 år. Valet skedde även utifrån att Socialstyrelsen i sin rapport (2004a) valt att utföra sina egna enkätundersökningar vid dessa verksamheter. Den grupp av individer som ska studeras i en enkätundersökning kallas, enligt Ejlertsson (2005) för population eller

målpopulation. I vår undersökning utgörs målpopulationen av de professionella, som arbetar med flickor och som kan tänkas ha komma i kontakt med flickor med självskadebeteende. Samtliga professioner, inom de verksamheter där undersökningen är utförd, tilläts besvara enkäten t.ex. sjuksköterskor och läkare samt psykologer då vi anser att det är viktigt med ett tvärvetenskapligt perspektiv på den information vi får och därför inte ville välja ut en specifik yrkesroll. Ofta är det enligt Ejlertsson inte möjligt att göra en totalundersökning av målpopulationen. Då vi inte kunde besöka alla dessa verksamheter inom Västra Götalandsregionen gjorde vi stickprov från vår målpopulation, vilket enligt Ejlertsson är vanligt förekommande i enkätundersökningar. Han menar dock att stickprovet ska representera målpopulationen och då krävs att ett slumpmässigt stickprov görs. Det har dock inte varit fullt möjligt att göra ett slumpmässigt stickprov av verksamheter i vår studie, då Västra Götaland är en stor region och det hade varit både kostnads- och tidskrävande för en C-uppsats. Vi valde istället ut fem kommuner, i Västra Götaland, som inte var för långt bort geografiskt från hemorten och lämnade ut enkäter till professionella på gymnasieskolor, 7-9 skolor, ungdoms- och BUP-mottagningar, i dessa kommuner.

De fem kommuner som deltog i enkätstudien var olika i befolkningsmängd, vilket innebär att såväl större som mindre kommuner är representerade. Antalet invånare i dessa kommuner är mellan ca 40 000 – 500 000 personer, vilket enligt vår uppfattning kan representera ett slumpmässigt urval för Västra Götaland. När kommunerna var utvalda sökte vi efter skolor i dessa kommuner, i sökmotorn Eniro och utifrån de träffar vi fick valdes fem gymnasieskolor och sju 7-9 skolor ut, där kuratorer och skolsköterskor blev respondenter. Vi valde att lämna ut enkäter till en BUP-mottagning i varje kommun (totalt fem mottagningar) och till en ungdomsmottagning i varje kommun, förutom i den största kommunen där två valdes ut (totalt sex ungdomsmottagningar).

Intervju

Eftersom vi i undersökningen ville intervjua en person som var utbildad i kognitiv beteendeterapi, KBT för att få svar på våra frågor, började vi undersöka om det fanns någon att intervjua i den närmaste omgivningen. Detta löste sig dock av en händelse, då vi besökte en av BUP-mottagningarna för att lämna enkäter, hänvisade enhetschefen där till en av de anställda med utbildning i KBT. Det visade sig att han även hade utbildning i dialektisk beteendeterapi, DBT. Efter en stunds samtal med personen ifråga, frågade vi om det fanns någon möjlighet att intervjua honom, då vi förstod att hans kunskap kunde bli värdefull för oss. Vårt urval av intervjuperson för vår intervju fick vi tag på utifrån vad Larsson (2005) benämner som ett snöbollsurval, dvs. att man kommer i kontakt med en relevant person genom någon annan.

5.3 Tillvägagångssätt

Litteratursökning

När vi startade vårt uppsatsarbete började vi med att söka information om självskadebeteende på Internet och i bibliotekskataloger. Sökmotorn på Internet som användes var *Google*. De databaser som vi använde var *Libris* och *Gunda* och vi började med att söka på ämnesorden: *självskadebeteende* och *självskador*. Vi fick dock inte upp så många svar som vi hade räknat med, vilket resulterade i att vi bokade tid med en bibliotekarie på Göteborgs Universitetsbibliotek för att få hjälp med vilka ord vi skulle söka på. Ejlertsson (2005) menar att den bästa rekommendationen han kan ge är att gå till ett bibliotek för att få hjälp, med sitt

problem, av en bibliotekarie. På biblioteket visade det sig att *självstympning, self-mutilation och selfharm* var ytterligare ämnesord som användes, vilket då resulterade i att vi fick fler träffar på litteratur kring ämnet, än vi fått tidigare. Vi har utgått ifrån dessa träffar och jämfört med vad som rekommenderats i artiklar, uppsatser och rapporter samt studerat litteraturlistorna till dessa och sedan valt vår litteratur utifrån detta.

Vi använder oss av boken, *Bodies under siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry* (1996) skriven av Armando R. Favazza, amerikansk professor i psykologi, vid institutionen för psykiatri vid universitetet i Missouri, Colombia. Boken var den första i sitt slag då den publicerades för första gången 1987. Favazza redogör för och gör jämförelser av self-mutilation utifrån kulturella, antropologiska samt sociologiska perspektiv. Favazza för diskussioner kring vikten av ett gemensamt klassificeringssystem och av självskadebeteende och presenterar de senaste rönen utifrån kliniska studier vad gäller diagnostisering av self-mutilation, kopplingen mellan self-mutilation och ätstörningar samt forskning kring neurotransmittorer, serotonin och medicinsk behandling. Vi använder även boken, *KBT i utveckling – En introduktion till kognitiv beteendeterapi* (2006), skriven av Anna Kåver, leg. Psykolog, psykoterapeut och handledare i kognitiv terapi/kognitiv beteendeterapi samt verksam inom behandlingsforskning vid Karolinska institutet samt Akademiska sjukhuset i Uppsala. I boken redogör Kåver för KBT utifrån det generella arbetssättet. Boken börjar med en historisk beskrivning av utvecklingen av KBT. Detaljerat beskrivs sedan teoretiska utgångspunkter, filosofiska perspektiv i teorin samt en praktisk beskrivning kring de tekniska delarna av KBT.

Konstruktion och genomförande – Enkät

När vi konstruerade enkäten började vi med att försöka se hur andra formulerat sina frågor, vilket Elofsson (2005) rekommenderar att man gör för att förhindra misstag vid formulering av frågorna. Tyvärr blev det svårt då det inte var någon som hade samma ansats som vi, men en del input fick vi trots allt. Enkäten (bilaga 2) består av 24 frågor, med fasta svarsalternativ samt, i en del fall, alternativet *annat*, som utgör ett öppet svarsalternativ. En del frågor kan också besvaras med flera svar. I enkäten finns också några helt öppna frågor t.ex. fråga 6. Väl medvetna om riskerna med öppna alternativ d.v.s. att man riskerar att inte få något svar alls samt att det är tidsödande att ta hand om resultaten, tyckte vi ändå att det var värt att pröva, då resultaten kan bli väldigt värdefulla. Vi skrev även ett följebrev (bilaga 1) till enkäten, för att respondenterna skulle få en möjlighet att ta del av vad vår uppsats handlade om. Vi lämnade därmed våra egna, samt vår handledares telefonnummer för att respondenterna skulle kunna nå oss i fall det var något de undrade över.

Under tre dagar åkte vi runt och delade ut enkäterna. Vi besökte 23 verksamheter och totalt 112 enkäter lämnades ut. Vid utlämnandet avtalades även dag då enkäterna skulle samlas in igen. Vi delade ut kuvert till varje enkät för att respondenterna dels skulle kunna vara anonyma för varandra, men även för oss. Vi har på de verksamheter där vi varit gjort vårt yttersta för att samtliga, som arbetar där skall besvara vår enkät. Det har dock varit svårt att personligen möta alla respondenter, då det visade sig vara svårt att komma i kontakt med varje respondent, vilket bidrog till att vi fick förlita oss på att den personal vi mötte vidarebefordrade enkäten. Till en del verksamheter återkom vi två gånger för att hämta mer enkäter, då inte alla blivit ifyllda och kontaktpersonen bedömde det som troligt att vi skulle få mer enkäter. Innan vi åkte en andra gång ringde vi till verksamheten.

Det hade dock varit bra om vi hade gjort en pilotstudie innan den stora enkätundersökningen för att ta reda på hur frågorna kunde uppfattas och huruvida de var felformulerade eller ej. Enligt Ejlertsson (2005) är syftet med pilotstudier att just förhindra de fel som konstruktören begår på grund av att frågorna blir självklara för honom/henne. Då vi tyckte att tiden inte räckte till, bidrog det till att vi valde att klara oss utan pilotstudiens fördelar. I efterhand kan vi tydligt se vikten av pilotstudier eftersom en del frågor inte alls motsvarade våra förväntningar, vilket vi hade kunnat förhindra om vi fått input från någon annan som inte förblindades av det egna arbetet, såsom man lätt gör.

Konstruktion och genomförande – Intervju

Vid konstruktionen av intervjuguiden (bilaga 4) fokuserade vi på två teman. Vi utgick då ifrån enkätfrågorna och formulerade sedan ett antal övergripande frågor under varje tema. Det finns flera olika sätt att utforma en intervjuguide och vi har använt oss av den som Larsson (2005) benämner som den allmänna intervjuguiden. Han menar att frågorna då inte behöver komma i någon bestämd ordning och behöver heller inte formuleras exakt som i intervjuguiden. Denna form av intervju var bra, då det var viktigt för oss att kunna ställa följdfrågor när det blev tillfälle och inte behöva följa guiden helt och hållet. Även om vi ville ställa öppna frågor valde vi ändå bort att använda oss av den informella konversationsintervjun, där samtalet löper mera fritt, då vi är ovana i rollen som intervjuare (ibid.). Intervjun genomfördes på respondentens kontor. Innan intervjun startade lämnades informationsbrevet ut (bilaga 3) och personen läste igenom det. Vi diskuterade även om anonymitet och hur han ville bli presenterad i uppsatsen. Det visade sig att intervjupersonen lämnade till oss att bestämma hur vi ville göra. Intervjun varade i ca en timma och spelades in på band, för att kunna använda oss av det respondenten säger på ett korrekt sätt. Intervjuguiden användes som utgångspunkt vid intervjun och fungerade som en vägledning, ytterligare frågor ställdes med hjälp av stödfrågorna i intervjuguiden men även utifrån hur intervjupersonen svarade, detta för att få ett djup på intervjun. Kvale (1997) menar att forskningsintervjun kan ses som en specifik form av samtal, varför vi ansåg att det var viktigt att inte bli för styrda av intervjuguiden.

5.4 Bearbetning och analys

När vi samlade in enkäterna låg de flesta i förslutna kuvert. Då alla enkäterna var insamlade öppnade vi kuverten vid ett och samma tillfälle för att vi inte skulle kunna identifiera vilken verksamhet enkäterna kom ifrån. Enkäterna numrerades från 1-60 och sedan läste vi igenom svaren för att få en uppfattning om bl.a. svarsfrekvens, dåliga frågor etc. Efter en första grovbearbetning började vi det mödosamma arbetet med att gå igenom det omfattande enkätmaterial. Vi upptäckte här att två frågor var näst intill identiska då respondenterna i vissa fall refererade tillbaka till den första av de två, vilket resulterade i att vi slog ihop fråga 11 och 12, för att minska vårt material. Bearbetningen fortsatte sedan med att vi studerade svaren på de frågor där alternativet *annat* fanns med som en svarsmöjlighet och kategoriserade svaren fråga för fråga. Därefter valde vi ut de svarsalternativ som flera respondenter angivit och lade till dem till de fasta svarsalternativen. När alla enkätsvar var kategoriserade läste vi in frågor och svar i SPSS som enligt Elofsson (2005) är det mest använda kvantitativa dataprogrammet. Vi gjorde frekvenstabeller för att tydliggöra materialet för oss själva. Vi har dock inte använt oss av SPSS i kvantitativt syfte, utan mer som en hjälp att sortera det mycket omfattande materialet. Bearbetningen av intervjun skedde genom att en av oss, ordagrant skrev ut intervjumaterialet. Detta gjordes för att vi inte skulle kunna feltolka materialet och för att vi skulle kunna använda oss utav viktiga citat vid redovisningen av vårt

resultat. Larsson (2005) menar att i kvalitativa intervjuer är det av vikt att använda bandspelare, för att ha en möjlighet att använda sig av korrekta citat i texten. Vi har vid analysen av det insamlade materialet, enkäter och intervju, använt oss utav *ad-hoc analys*, vilken tog sin början redan vid den första bearbetningen. Kvale (1997) menar att denna analysform är eklektisk då man kan blanda både sofistikerade och enklare metoder för att analysera materialet. En rad olika kombinationer av t.ex. siffror, text och figurer, mynnar ut i ett slags meningsskapande. När en första grovsortering var gjord av enkäterna, studerade vi materialet och lät det "tala" till oss, vi sökte sedan efter mönster, diskuterade, analyserade och tolkade återigen vårt material. De öppna frågorna ser vi som "små intervjuer" då vi använder oss av öppna alternativ och även helt öppna frågor i enkäten. Respondenterna har i stor utsträckning, lämnat utförliga svar, varför vi tolkar och analyserar dem både kvalitativt och i viss mån kvantitativt. Vår *ad-hoc analys* mynnade sedan ut i ett antal teman som vi presenterar vårt resultat utifrån.

5.5 Bortfall

För att motverka ett för stort bortfall valde vi att både dela ut och hämta de ifyllda enkäterna, personligen. Några bad att få skicka enkäterna till oss vilket vi bedömde som en liten ökad risk för bortfall, men vi kom överens om att det var försumbart. Det totala externa bortfallet blev dock större än vad vi trodde, då vi endast fick tillbaka 60 enkäter av totalt 112, som lämnats ut. Procentuellt blev vårt totala externa bortfall hela 46 %. Ejlertsson (2005) menar att man kan skicka påminnelser för att minska risken för bortfall. Vi har istället åkte runt och det har även fungerat som en påminnelse. Det visade sig också vara så, då vi på några ställen fick återkomma vid ett senare tillfälle och hämta enkäterna, samt att vi på några ställen fick vänta medan respondenten fyllde i enkäten. Vi har dock ur etisk synpunkt inte velat "tjata" till oss enkäter, då vi har förståelse för om man av olika anledningar inte väljer att besvara enkäten och det också var valfritt att delta. Vi har valt att kontakta (påminna) verksamheterna mellan en till två gånger och då tagit hänsyn till visat intresse t.ex. har vi inte kontaktat verksamheter, en andra gång, där man tydligt visat att det inte finns intresse att besvara enkäten. Ejlertsson menar att utifrån etiska aspekter kan fler än två påminnelser diskuteras, samt att det är vanligt att det får en liten effekt. Att vårt *externa bortfall* blev stort kan bero på olika faktorer, men Svenning (2003) menar dock att det inte är ovanligt att det uppstår bortfall vid undersökningar då formulären (enkäterna) av olika anledningar inte kommer tillbaka. I vårt fall kan det handla om att det var för många eller dåligt utformade enkätfrågor, att vi inte träffade alla respondenterna, tidsbrist eller en rädsla för ämnet självskadebeteende hos de professionella eller helt enkelt att man tyckte att hela enkätundersökningen inte var bra etc. Vi fick också veta att det på vissa ställen pågick andra enkätundersökningar, vilket givetvis kan ha påverkat deltagandet.

Internt bortfall menar Svenning kan handla om konstruktionsfel på enkäten t.ex. felkonstruerade frågor, otillräckliga svarsalternativ eller otydliga frågor eller att respondenten inte vill svara på frågan. Vi har genomgående en hög svarsfrekvens på våra frågor och då även, på de öppna frågorna, som till stor del besvarats väldigt utförligt. Ett konstruktionsfel som vi tydligt kunde se var att vi glömt en hänvisning vid fråga 18, vilket handlade om att man skulle gå vidare till fråga 21 om man inte har behandling, vid den verksamhet där man arbetar. De flesta hade dock uppmärksammat felet och endast ett fåtal svarade på frågan, trots att de tidigare svarat att de inte hade behandling inom verksamheten där de arbetar.

Bortfallsanalys

Innan man börjar bearbeta sitt material, bör man om bortfallet visar sig vara stort utföra en bortfallsanalys, för att få svar på vad som kan tänkas ligga bakom bortfallet (Trost, 1994). Enligt Trost får man idag räkna med ett bortfall på mellan 25-50 % i enkätundersökningar, då det annars skulle vara svårt att utföra enkätundersökningar överhuvudtaget. Trost menar vidare att man även om bortfallet är acceptabelt ändå skall utföra en bortfallsanalys, då detta kan höja undersökningens yttre validitet och därmed också möjligheten att generalisera resultatet. Då vårt bortfall uppgår till 46% , blir det viktigt för oss att analysera hur det kan komma sig.

Vårt bortfall är stort då 52 personer av 112 valde att inte besvara vår enkät. Vi har dock inte lämnat ut exakt lika antal enkäter till de undersökta verksamheterna, utan låtit slumpen avgöra urvalet, varför det egentliga fokuset inte legat på antalet professionella utan mer på antalet verksamheter. Om vi ser till verksamheterna, har vi av 23 möjliga fått svar från 20, vårt bortfall består därmed av 3 ungdomsmottagningar, ifrån två olika kommuner, som inte lämnat några svar alls. Vi har m.a.o. om vi ser till verksamheterna en svarsfrekvens på 100 % hos skolorna och BUP, medan endast 50 % av ungdomsmottagningarna svarat. Vi har dock fått svar från 3 av 5 möjliga kommuner, när det gäller ungdomsmottagningarna och totalt 11 svar. Detta tolkar vi som att ungdomsmottagningarnas svar i viss mån kan anses vara generaliserbara, men inte i någon stor utsträckning.

5.6 Validitet, reliabilitet, generaliserbarhet

Validitet

Både i kvalitativa och kvantitativa undersökningar är det viktigt att försöka uppnå en hög validitet. Validiteten handlar om undersökningens giltighet, dvs. huruvida man undersöker det man har för avsikt att undersöka (Svenning, 2003; Elofsson, 2005). Enligt Svenning skiljer man mellan yttre och inre validitet, där den *inre validiteten* handlar om undersökningens olika delar och om att man t.ex. intervjuar rätt grupper av människor för att få svar på sina frågor. Vi har vänt oss till professionella, som kan tänkas komma i kontakt med flickor med självskadebeteende, men inte vetat om de verkligen gör det. För att höja vår validitet ställdes frågan; *Kommer du i kontakt med flickor som skadar sig själva i ditt nuvarande yrke?* Genom frågan fick vi bekräftat att 59 av de 60 professionella, som besvarat enkäten, kommer i kontakt med självskadande flickor. I detta avseende anser vi att vår validitet är hög. Genom att inte begränsa vilka yrkesroller, som fick besvara enkäten har vi fått en bredd på respondenterna, vad gäller yrkesroller. Detta har gett oss ett vidare perspektiv på ämnet, än om vi t.ex. enbart hade frågat socionomer, vilket kan sägas påverkat vår inre validitet i positiv riktning.

Den *yttre validiteten* handlar enligt Svenning om undersökningens generaliserbarhet. Vår datainsamling har skett i fem olika kommuner och vi har därmed fått svar från bl.a. fem olika BUP verksamheter, vilket kan sägas höja generaliserbarheten något. Svenning menar att man ska vara försiktig när det gäller generaliseringar och vår avsikt med denna undersökning är inte att i någon egentlig mening, generalisera våra resultat. Vi vågar dock påstå att vårt resultat ändå ger en fingervisning om hur det kan se ut på liknande verksamheter, då vår datainsamling skett slumpmässigt och på ett relativt stort urval, trots vårt bortfall. Ejlertsson (2005), menar dock att bortfall minskar möjligheter till generaliseringar och det är enligt Svenning svårt att uppnå en hög yttre validitet i såväl kvalitativa undersökningar som i

kvantitativa. Vi kan naturligtvis inte bortse från vårt bortfall, vilket bekräftas av vår bortfallsanalys, som visar att vi inte kan generalisera våra resultat i någon stor utsträckning.

Reliabilitet

Begreppet *Reliabilitet* handlar om undersökningens *tillförlitlighet* och huruvida mätningarna gått rätt till och om resultaten stämmer dvs. kan en annan forskare med hjälp av samma metoder, som våra, komma fram till samma resultat (Svenning, 2003). Det är bra om reliabiliteten är hög, vilket, enligt Elofsson (2005) påverkas av huruvida intervjuer etc. sker på olika platser, tidpunkter eller skilda personer som intervjuar. Vi har inte kunnat påverka tiden och platsen vad gäller ifyllandet av enkäterna, varför vi inte med säkerhet vet om en del respondenter fyllt i sina enkäter ihop. En del respondenter har vi träffat personligen, andra inte alls utan har fått hjälp av respondenters kollegor att förmedla enkäten. Allt detta sammantaget sänker vår reliabilitet och därmed också undersökningens tillförlitlighet, men då vår undersökning är kvalitativ kanske vår tillförlitlighet kan ses som medelgod. Vad gäller intervjun så medför vår ringa erfarenhet av intervjuer, säkert till att vi påverkat respondenten mer än vad än erfaren intervjuare skull göra, varför det är troligt att denne intervjuare skulle få andra svar än vi fick. Patel och Davidson (1994) menar att t.ex. intervjuarens kroppsspråk kan påverka intervjupersonen. Vår påverkan handlar i det här fallet mycket om svårigheten att i interaktion med andra förhålla sig neutral och inte påverka intervjupersonen. I kvalitativa undersökningar är det dock mer tillåtet för forskaren att påverka då hon ses som en del av forskningsprocessen.

Svenning (2003) menar att kravet på reliabilitet är lägre i kvalitativa undersökningar då man mer strävar efter att exemplifiera än att generalisera svaren och att ett sätt att höja reliabiliteten är att vara noga med att definiera de begrepp som man använder sig av vid datainsamlingen, då bra definieringar förhindrar feltolkningar. Vi definierade t.ex. inte begreppen bemötande, stöd och behandling vilket vi borde ha gjort, för att säkerställa att respondenterna förstod vår avsikt med begreppen. Vår oerfarenhet, när det gäller konstruerandet av enkäter, kan ha medfört att vissa av frågorna inte varit helt relevanta för det vi undersökt. Vi upptäckte även att två av våra frågor är väldigt lika och att det räckt om endast en funnits med i enkäten. I efterhand kan även konstateras att vi i för stor utsträckning använt oss av alternativet *annat* i enkäten och att vissa av dessa frågor istället borde ha varit helt öppna. Dåligt konstruerade frågor kan, enligt Ejlertsson (2005) leda till slumpvariation i svaren, vilket innebär att andra inte får samma svar även om de upprepar mätningen med samma verktyg.

5.7 Forskningsetiska frågor

Den etiska aspekten har funnits med under hela vårt arbete med uppsatsen och vi har försökt att så långt det är möjligt, ta hänsyn till det som Kvale (1997) benämner som ”Etiska frågor på de sju forskningsstadierna” (s.105). Vi anser t.ex. att det är viktigt att förstå det undersökta fenomenet för att på ett bättre sätt kunna bemöta och därmed förbättra situationen för flickor med självskaðebeteende vid olika stöd- och/eller behandlingssituationer. Etik har, för oss varit viktigt även vid datainsamling, bearbetning, analys, verifiering samt rapportering. Vi kommer inte heller att bortse från den etiska aspekten, efter avslutad undersökning, då både intervju och enkätmaterial kommer att destrueras. Ejlertsson (2005) menar att de krav som ingår i Vetenskapsrådets forskningsetiska principer utgörs av informationskrav, samtyckekrav, konfidentialitetskrav samt nyttjandekrav och att det är viktigt, att ta hänsyn till när det gäller

forskningsetiska frågor. Vi har bifogat ett följebrev (bilaga 1) till enkäten där information lämnats om att det är frivilligt att delta och att respondenten är anonym, både för oss och för utomstående, samt att vi behandlar materialet konfidentiellt dvs. inga utomstående har tillgång till materialet samt kan identifiera enskilda respondenter i uppsatsen. När vi skrev informationsbrevet till intervjun upptäckte vi att vi varit för snabba att skriva följebrevet till enkäten och därför missat att informera om nyttjandekravet. Då vi endast lämnat enkäter till professionella vågar vi dock påstå att de, genom att vi informerat om att det är en C-uppsats ändå förstår vårt ändamål med enkätundersökningen.

Informationsbrevet till intervjun (bilaga 3) innehåller en något utförligare etisk del, där information har lämnats rörande de krav, som Ejlertsson anser är viktiga. Vi diskuterade även med respondenten, innan intervjun och frågade hur han såg på sin anonymitet och hur han tyckte att vi skulle benämna honom. För hans del var dock inte anonymiteten något problem och vi fick själva avgöra hur vi ville göra. Vi insåg dock att det kunde finnas en risk för identifiering av deltagande verksamheter och därmed även en identifiering av respondenterna i enkätundersökningen, vilket bidrog till att vi valde att använda oss utav det fingerade namnet *Anders Svensson*, då vi benämner intervjurespondenten. Trots våra försök att hela tiden arbeta med de forskningsetiska frågorna för ögonen, kan det givetvis ändå vara så att vår bristande erfarenhet av att utföra undersökningar ändå medfört att vi missat något och inte tillfullo uppfyllt de forskningsetiska kraven.

6 Resultat och analys

I detta kapitel redovisar och analyserar vi vårt resultat, som har tematiserats utifrån vår empiri och på ett sätt som ska underlätta för läsaren. Det innebär att vi sökt efter mönster som framträder utifrån vårt kognitiva perspektiv, dels genom helheten i enkäten, dvs. genom både slutna och öppna frågor och svarsalternativ i enkäten och utifrån intervjun. För att tydliggöra för läsaren väljer vi att presentera en del av svaren från enkäterna i tabellform och vid användandet av citat från enkäter och intervju, är stilen kursiverad. I början av kapitlet presenteras respondenterna, som deltagit i undersökningen. De professionella kommer att benämnas i sin helhet som respondenter eller professionella, men när ett uttalande kommer från en enskild person kommer yrkesroll och verksamhet att presenteras. Vi använder benämningen han på intervjupersonen och hon på de professionella som besvarat enkäten, för att skilja dem åt.

6.1 Presentation av respondenterna

Enkät

Respondenterna som besvarat vår enkät är professionella, som arbetar inom skolhälsovård, på ungdomsmottagningar samt på barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar (BUP) i fem kommuner inom Västra Götalandsregionen. Det är totalt 60 personer som deltagit i undersökningen. Av det totala antalet respondenter arbetar 21 personer inom skolhälsovård, 11 på ungdomsmottagningar och 28 på BUP. Respondenterna har själva uppgivit vilken yrkeskategori, som de tillhör och det visar sig att ett flertal olika yrkesroller finns representerade, vilket framgår av tabell 2 nedan. Enkätsvaren visar att respondenterna valt att benämna sig som t.ex. socionom eller kurator, trots att utbildningen är densamma, vilket kan bero på flera faktorer t.ex. att man har olika titlar beroende på arbetsplats, vidareutbildning etc.

Tabell 2: Respondenternas yrkesroller	Antal
Socionom/Kurator	25
Sjuksköterska	12
Psykolog	8
Socionom + Legitimerad psykoterapeut	4
Psykolog + Legitimerad psykoterapeut	3
Barnmorska	3
Överläkare	1
Läkare	1
Barnpsykiatriker + Legitimerad psykoterapeut	1
Familjeterapeut	1
Behandlingsassistent	1
Totalt	60

Intervju

Intervjupersonen är en manlig socionom i 40-års åldern, som kommer att benämnas som Anders Svensson, vilket är ett fingerat namn. Svensson gick ut socialhögskolan 1999 och under utbildningen arbetade han på ett behandlingshem för flickor. Sedan examen har Svensson arbetat inom barn och ungdomspsykiatri (BUP) och idag arbetar han på en BUP-mottagning i Västra Götalandsregionen. Sedan 1999 har han utbildat sig i både KBT (Kognitiv beteendeterapi) och DBT (Dialektisk beteendeterapi). I juni i år är Svensson även färdig med sin utbildning till legitimerad terapeut, med inriktning på KBT.

6.2 Utifrån individ

Individuellt bemötande

Gemensamt för de flesta av respondenterna i de olika verksamheterna är att de har ett individuellt bemötande, när de möter flickor med självskadebeteende, vilket visar sig i enkäterna. En av psykologerna på en BUP-mottagning uttrycker att *"Samma beteende följer väldigt olika typer av störning, för vissa är det mer något de prövar som inte någon djupare mening eller svårighetsgrad. Andra ändan [sic!] finns svåra personlighetsstörningar där beteendet kan vara mycket fast"*. Även en socionom som också arbetar på BUP uttrycker detsamma, dvs. att självskadandet kan vara en enstaka impulsiv handling och att det då kan vara ett rop på hjälp, men att det ibland kan bero på djupa störningar eller missförhållanden. En av psykologerna på BUP uttrycker att det finns många olika anledningar till att skära sig och att *"Varje flicka bär med sig sin historia"*. Detta stämmer överens med den kognitiva beteendeterapi som ser människan som en helhet och arbetar utifrån det (Kåver, 2006). Detta tyder på att man på BUP-mottagningar ser flickan utifrån den individ hon är.

Även inom andra verksamheter ser man utifrån individen och en kurator på en ungdomsmottagning uttalar att hon *"Utgår från det varje ungdom kommer med som ett problem och arbetar med det"*. Även i intervjun med Svensson framkommer att det är viktigt att få en helhetsbild, då man behöver veta vad det är som gör att individen t.ex. skär sig. Detta tyder på att professionella inom de olika verksamheterna ser utifrån varje individ och att självskadandet har olika betydelse för olika flickor. Att ha ett individuellt bemötande bekräftas även av barnpsykiatrikern från en BUP-mottagning som uttrycker att *"En synpunkt gällande bemötande av dessa, högst individuella människor, som vi i början av en kontakt inte förstår"*. Detta visar även att det kan vara svårt att möta flickorna och att det är en svår problematik, eftersom det skiljer sig i svårighetsgrad och av vilken anledning de skadar sig själva. Enligt vår tolkning blir kunskap om detta viktigt i mötet med dessa flickor, då kunskap kan vara en faktor som påverkar flickornas möjlighet att tillfriskna.

Svår problematik

Att man arbetar utifrån individen kan dock motsägas med att 18 av 56 respondenter har svarat att de arbetar utifrån en färdig plan, hur de ska bemöta flickor som skadar sig själva. Det visar sig också att 12 av dem som inte har någon plan önskar att det fanns en, vilket kan förklaras med att självskadebeteende är en svår problematik, enligt enkätsvaren. Det visar sig också att flera av respondenterna inte anser sig behöva någon plan. Detta skiljer sig från Svenssons uppfattning, som anser att det skulle vara bra för verksamheter att ha en plan för hur flickor med självskadebeteende skall bemötas, för att inte beteendet skall förstärkas, vilket framkommer i intervjun. Även om det finns en plan för hur man ska bemöta flickorna verkar det ändå vara viktigt att ha ett individuellt bemötande, vilket framkommer då

barnpsykiatrikern på en av BUP-mottagningarna uttrycker ”*Flera flickor känner sig illa behandlade på akutmottagningar där man har ett ’färdigt’ bemötande av ’flickor som skär sig’*”. Detta visar att respondenterna har skilda uppfattningar huruvida det behövs en plan eller ej för att möta dessa flickor. Enligt vår tolkning behöver inte det betyda att inte flickorna blir individuellt bemötta, utan att det istället kan bero på att det krävs kunskap för att möta denna målgrupp och då kan det vara bra att ha en plan att stödja sig mot, för att inte bemöta flickan felaktigt. Vidare kan det även tyda på att det skiljer sig mellan verksamheterna huruvida de svarat, då man på BUP har flera kollegor att arbeta tillsammans med, till skillnad från dem som arbetar inom bl.a. skolhälsovården och då arbetar mer självständigt.

Samverkan

Att samarbete sker på BUP mellan kollegor, bekräftas av enkätsvaren, vilket skiljer sig från flera respondenter inom skolhälsovården som eftersöker ett bättre samarbete, dels inom den egna skolan, men även med andra verksamheter såsom BUP. En kurator inom skolhälsovården uttrycker att det gäller att vuxna i flickans omgivning samarbetar på ett bra sätt och drar åt samma håll, för att på så sätt ha en gemensam strategi för hur de ska bemöta hennes beteende i skolan. Även inom BUP ses det som viktigt att samarbeta mellan olika verksamheter bl.a. skola och socialtjänst, för att få en helhet kring individen, vilket framgår av svaren i enkäterna. Behandlingsassistenten på en BUP-mottagning menar att de i vissa fall har nätverksmöten med skola, socialtjänst, föräldrar m.fl. och att det är verksamt i arbetet med flickor med självska debeteende, vilket tyder att på respondenten ser samarbete som viktigt för målgruppen. Det visar sig också att flera av respondenterna, oavsett vilken verksamhet de arbetar inom efterlyser samverkan mellan olika instanser för flickornas skull. Då svaren skiljer sig åt vad gäller samverkan kan det enligt vår tolkning bero på vilken kommun man arbetar i och att självska debeteende kan vara en svår målgrupp där det behövs ett samarbete mellan olika verksamheter.

6.3 Stöd

Det visar sig i enkätsvaren att 56 av 60 besvarade frågan om vilket stöd som ges till flickor med självska debeteende, inom de olika verksamheterna. Vilken form av stöd som verksamheterna kan erbjuda varierar, men det finns trots allt många likheter t.ex. samtalsstöd och då både individuella och familjesamtal, samt stöd till föräldrar. Även rådgivning, uppföljning, terapi och kontakt med andra instanser är exempel på vad verksamheterna kan erbjuda flickorna. Många av respondenterna har inte gjort någon skillnad på stöd och behandling, då väldigt många nämnt olika form av terapi i samband med de frågor som handlar om stöd. Detta bekräftas även av att en respondent uttrycker ”*Förstår att ni skiljer på stöd och behandling. Ibland kan det vara svårt att göra det då stöd kan vara en form av behandling*”. Detta tyder på att det kan vara svårt att använda sig av begrepp som kan missförstås och som även kan ha olika innebörd för olika professioner. Oavsett vilket stöd som erbjuds inom de olika verksamheterna kan flickorna få stödet snabbt hos väldigt många, vilket framgår av enkäterna, men även presenteras i tabell 3 på nästa sida.

Tabell 3: Hur lång tid tar det för flickan att få stöd.	Antal
1-2 veckor	15
3-4 veckor	4
1 månad	4
Mer än 1 månad	2
3 månader	3
Samma dag	15
Inom en vecka	3
Annat	11
Total	57

Det framgår även i enkätsvaren att 41 av 58 respondenter anser att stödet som ges inom verksamheterna ger flickorna möjlighet att sluta med sitt självskadebeteende. 14 respondenter vet inte om stödet hjälper och 3 svarar att det inte gör det. Detta tyder på att det är många som anser att det stöd/behandling de ger till flickorna är verksamt, men att det även finns de som är tveksamma, vilket kan bero på olika saker. Det visar dock att flickorna får stöd, de kan få det snabbt och att det är stöd på olika sätt, inom de olika verksamheterna.

Samtal

Huruvida respondenterna får kontakt med flickor med självskadeproblematik i ett akut skede eller ej, skiljer sig inte nämnvärt åt i enkätsvaren. 58 av 60 respondenter besvarade frågan som rör akuta fall, medan samtliga besvarade hur de agerar när de möter flickor i ett skede som ej är akut. I enkätsvaren visar det sig dock att det skiljer sig, på vilket sätt respondenterna bemöter flickorna, då nästan samtliga respondenter pratar med flickan om handlingen. Svaren visar också att många av respondenterna samtalar om andra saker med flickan i bl.a. kartläggnings- och utredningssyfte. I intervjun med Svensson visar det sig att det är viktigt att få en helhetsbild av individen, vilket man kan få när man utreder. Hur ett samtal går till kan dock variera och i intervjun med Svensson framkommer ett flertal gånger att när professionella får en första kontakt med en flicka, som skadar sig själv, är det i början viktigast att bara lyssna. Svensson uttrycker att *"Hon kommer ju för att hon mår dåligt och då får man lyssna på det som är problemet, sen behöver man ju inte fokusera så mycket på skärandet"*. Enkätsvaren visar däremot att endast ett fåtal av respondenterna har uppgivit betydelsen av att lyssna, då de möter dessa flickor. Inom valideringsskalan som man inom KBT använder sig av, är lyssna och observera det som ses som den mest grundläggande nivån av bekräftelse (Kåver, 2006). Svaren i enkäterna visar dock att några av respondenterna ser lyssnandet som viktigt. En överläkare på en av BUP-mottagningarna uppger att det är viktigt att lyssna aktivt, vilket även några av de andra respondenterna bekräftar. Bl.a. en av kuratorerna inom skolhälsovården uttrycker *"Att initialt är det viktig att lyssna och fråga utifrån ett 'ickevetande' perspektiv"*. En psykolog på BUP uppger att det är viktigt att se dem, lyssna och förmedla att det går att hitta alternativ till självskadebeteende.

Svensson menar att om inte bl.a. professionella lyssnar kan ungdomarna känna sig svikna, vilket eventuellt kan leda till ytterligare självskador, då för att få uppmärksamhet av vuxna personer. Enligt Svensson är det även viktigt att inte göra egna tolkningar av det som flickan uttrycker, utan lyssna på det hon säger och inte dra sina egna slutsatser om vad självskadandet beror på. Svensson uttrycker att *"Det som patienten förmedlar det är det rätta och hur ska man göra för att hjälpa patienten då"*. Enligt vår tolkning kan det tyda på att lyssnandet, kan

ha betydelse i bemötandet, för flickor med självskadebeteende och att det även tyder på att respondenterna har olika kunskap och att det skiljer sig i vilket bemötande de har. Att de har olika uppfattning bekräftas av att en av respondenterna från BUP som är legitimerad terapeut uttrycker att flickan behöver få ett respektfullt och seriöst bemötande. En skolsköterska inom skolhälsovården uttrycker att i första steget handlar det om att bekräftelse och att inge hopp. Detta stämmer överens med vad en annan sjuksköterska inom skolhälsovården uppger, då hon tycker att det är viktigt att se flickorna och bekräfta dem. Enligt vår tolkning kan det betyda att en del av respondenterna har kunskap inom KBT och arbetar utifrån metoden och att andra respondenter inte gör det. Att inte respondenterna uppgett *lyssna* som alternativ behöver dock inte betyda att de inte gör det, då *lyssna* inte fanns med som svarsalternativ i enkäten och de som svarat att de lyssnar har valt alternativet annat. Detta visar även att det stöd som oftast ges av de professionella är samtalsstöd, men hur samtalet går till framkommer dock inte.

Förstärkare

Att de flesta av respondenterna pratar med flickan om handlingen har redan nämnts ovan, men det visar sig även i enkätsvaren att de professionella inte bara samtalar utan även agerar på andra sätt, när de får kontakt med flickor som skadar sig själva. Enkätsvaren visar att i ett akut skede är det många av respondenterna som plåstrar om skadan. I möten med flickor där självskadan inte är akut visar enkätsvaren att några av respondenterna tröstar flickan och många av dem lämnar över ärendet till någon annan. Inom KBT pratar man om att förstärka beteenden, i detta fall självskadebeteendet, vilket innebär att om flickan får uppmärksamhet kring själva skadan och då får en positiv förstärkning, ökar sannolikheten att hon gör det igen (Kåver, 2006). Fyra respondenter uppger att de tillsammans med andra åtgärder även ignorerar skadan och en av psykologerna på en BUP-mottagning uppger att det är viktigt att inte överfokusera skadan, men inte heller ignorera helt. En av sjuksköterskorna inom skolhälsovården uppger att *"Jag tror på (efter olika föreläsningar) att inte uppmärksamma skadorna för mycket! Kanske inte helt ignorera men inte bli upprörd eller för medkännande utan ett sakligt bemötande...Jag försöker alltid få eleverna att ha långärmade tröjor eftersom kamrater ofta blir väldigt illa berörda (vilket flickorna ju tycker är toppen!)"*. Enligt vår tolkning tyder det på att dessa respondenter har kunskap kring KBT, vilket kan då vara viktigt när man möter flickor som skadar sig själva. En barnmorska på en ungdomsmottagning uttrycker att *"Jag som är barnmorska ser självskadan snabbt och ibland är den första som ser skadan just ihop med att blodtrycket ska kontrolleras. Ibland vill ju inte den unga flickan låtsas om att hon skurit sig. En flicka sa att det var hennes katt som rivit henne"*. Vår tolkning av detta blir att det är viktigt att olika yrkesgrupper, som kan tänkas möta flickor med självskadebeteende har kunskap, då barnmorskan även uttrycker i enkäten att hon inte är utbildad på området. En kurator inom skolhälsovården uppger även att självkännedom hos professionella är viktigt, såsom viljan att "våga" möta dessa ungdomar. Det kan även enligt vår tolkning vara svårt att möta flickor med denna problematik om man inte har kunskap, för att inte förstärka beteendet.

Motivation

Enkätsvaren visar att motivation är en viktig del i arbetet med dessa flickor och då på olika sätt. Det visar sig att flickorna behöver uppmuntras och motiveras till att t.ex. prata med sina föräldrar, att vilja gå i behandling m.m. En kurator på en ungdomsmottagning uttrycker att deras verksamhet är lättillgänglig för ungdomar och att de därmed kan fånga upp problematiken, men då flickan behöver behandling, behöver de arbeta motiverande för att den ska påbörjas. Kuratorn uppger vidare att det även är viktigt att motivera till att samtal med

föräldrarna kommer till stånd, så att de blir införstådda i problematiken. I intervjun med Svensson framkommer att det är viktigt att ta reda på om patienten är motiverad, då det händer att hon kommer till honom och inte tycker att hon har något problem, utan att det bara är omgivningen som är orolig. Svaren i enkäterna visar att många av respondenterna använder sig av motivationssamtal, vilket kan vara ett sätt att motivera. Enligt vår tolkning kan det vara viktigt i arbetet med flickor med självskadebeteende att som professionell arbeta motiverande, då det kan hjälpa flickorna att bl.a. påbörja behandling.

Anhöriga

I intervjun med Svensson framgår att flickornas föräldrar är viktiga, då de är en resurs för sitt barn. Även i svaren från enkäterna framgår att de flesta av respondenterna uppger att det är viktigt att arbeta både med individen och med föräldrarna, när det gäller såväl stöd som behandling. Inom KBT är det viktigt att involvera föräldrarna, då de blir mer delaktiga i flickans behandling (Kåver, 2006). Det är även många av respondenterna i ett första möte med flickorna som kontaktar föräldrarna, för att de ska få vetskap om självskadandet. En legitimerad terapeut på en BUP-mottagning uttrycker att *"Det viktigaste är att det blir ett möte, att få kontakt med flickan och samtidigt arbeta med föräldrarna att de skall orka stödja sin flicka"*. Det är även viktigt att stödja kommunikation med föräldrarna, menar en kurator på en ungdomsmottagning. Att försöka hjälpa föräldrarna att normalisera problemen, för att dra ner ångesten i familjen, är av vikt enligt intervjun med Svensson. Han menar att föräldrarna behöver få hjälp att prata om problemen, istället för att hålla dem borta och att de även får hjälp att sätta ord på känslor och tankar. Svensson har i sitt arbete noterat att många familjer inte uttrycker sina känslor. Svensson menar vidare att föräldrarna även behöver hjälp att förstå i vilka situationer som flickan t.ex. skär sig, för att kunna lära sig att bryta innan det går så långt. Det kan även bli aktuellt att arbeta med hela familjen tillsammans, vilket visar sig i stor utsträckning i enkätsvaren, då för att kunna arbeta med relationerna inom familjen. Även inom KBT arbetar man med familjen och anhöriga, eftersom det ofta finns påfrestningar i relationerna (ibid.). Detta tyder på att flickans familj, då särskilt föräldrarna, är viktiga personer som även de behöver hjälp och kunskap att hantera problemen kring självskadebeteendet.

6.4 Behandling

Insatser

Enkätsvaren visar att 36 av 60 respondenter anger att den verksamhet, som de arbetar inom, erbjuder behandling och att det till största delen är respondenter från BUP och ungdomsmottagningar som besvarat frågan. Den behandling som erbjuds flickor med självskadebeteende, kan bestå av flera olika former. Det skiljer sig dock mellan verksamheterna vilka behandlingar de kan erbjuda flickorna, vilket kan bero på vilken utbildning de professionella har som arbetar inom olika verksamheter. Det kan även bero på att olika professioner har olika arbetssätt inom samma verksamhet, vilket framkommer av svaren i enkäterna. Det visar sig även i enkätsvaren att det vanligaste är att verksamheterna erbjuder olika former av behandling, då det endast är ett fåtal som endast erbjuder en form. De vanligaste behandlingsformerna som verksamheterna erbjuder är KBT, Psykodynamisk terapi och DBT. Många av verksamheterna erbjuder även medicinering, men dock aldrig enbart, vilket respondenter i flera av enkäterna uppger. Andra former av behandling som erbjuds är familjeterapi, samtalsterapi, nätverksarbete m.m. Det visar sig även i enkätsvaren att det erbjuds psykodynamisk terapi med t.ex. kognitiva inslag. När frågan ställdes till

Svensson om vad han ser som verksamma behandlingsformer nämner han KBT och DBT, men även mindfulness, som han säger visat sig bra på självmordsnära patienter.

Att 28 av respondenterna uppger att deras verksamhet erbjuder Kognitiv beteendeterapi, behöver däremot inte betyda att alla som svarat har utbildning i KBT, då enkätsvaren visar att det endast är ett fåtal som har denna utbildning. I intervjun med Svensson framkommer att på den BUP-mottagning, som han arbetar på är det bara han som är utbildad till legitimerad terapeut med inriktning på KBT. Det framkommer också i intervjun att en psykolog påbörjat sin utbildning i KBT och att ytterligare en psykolog ska börja till hösten. Det behöver dock inte stämma överens med hur det ser ut på de andra BUP-mottagningarna, men enligt enkätsvaren är det fler respondenter som är utbildade i psykodynamiska terapiformer. Detta är dock naturligt, då Svensson uppger att KBT kom till Sverige först på 1980-talet och den psykodynamiska terapin har en mycket längre tradition i vårt land. Det visar sig att flera olika behandlingsmetoder erbjuds inom de olika verksamheterna, men hur många som är utbildade inom KBT kan dock inte besvaras här, då alla inte uppgett vilken inriktning de har på t.ex. vidareutbildningar.

Utifrån problematik

Det framkommer av svaren i enkäterna att många respondenter ser självskadandet som ett symptom på något annat, varav en psykolog på en BUP-mottagning uttrycker att *"Flickor med självskadebeteende ser jag inte som en homogen grupp, det är bara ett symptom. Detta symptom får olika mening för varje flicka"*. Psykologen uppger även att vilken metod som används bestäms dels utifrån vilken problematik flickan har och hur hennes inre ser ut. Här kan KBT vara en bra behandlingsform, då behandlingen inom KBT är flexibel, genom att den anpassas till varje individ och dennes problem (Kåver, 2006). Även överläkaren, som arbetar på BUP uttrycker att hon behandlar självskador som ett symptom, som kan förstås och arbetar med bakgrunden. Det framkommer dock i intervjun med Svensson att man kan arbeta med bakgrunden på olika sätt. Inom KBT fokuseras det problem som finns här och nu och man arbetar aktivt med det, t.ex. självskadandet och så småningom så tittar man närmare på bakgrunden för att hjälpa patienten att få en förståelse för problemet (ibid.). En annan psykolog från BUP uppger att *"Både omfattning och karaktär av självskadebeteendet kan variera och samverka med en rad faktorer gällande personlighet och psykosocial situation"*. Även i intervjun med Svensson framkommer att det är viktigt att behandla på olika sätt och han nämner då ångestproblematik och depression som exempel på olika problematik. Det visar sig här att olika behandlingsåtgärder behövs beroende på den problematik som flickan har.

Självskadebeteende verkar vara ett prioriterat område i verksamheterna, då flera av respondenterna påtalar att det är av vikt att flickorna blir hjälpta. I de fall då flickan behöver behandling, visar det sig i enkätsvaren att olika tid för att få hjälp kan ha olika orsaker, dels beror det på väntetid men även på hur svår problematiken är och hur akut hjälpbehovet är. Många av verksamheterna kan dock erbjuda en kontakt samma dag, speciellt då det behövs en bedömning av självmordsrisk. När problematiken är svår framhåller flera respondenter vikten av gruppverksamhet ihop med en individuell kontakt och anger då dialektisk beteendeterapi som metod. *"Vi ger renodlad DBT för flickor som har svåra/grava problem exempelvis borderline"*, uppger en kurator på en ungdomsmottagning. En psykolog på en av BUP-mottagningarna uttrycker att *"När flickan har en borderlineproblematik skulle vi ibland behöva ett omfattande hjälpprogram"*. Även här visar det på att flertalet av de professionella har ett individuellt bemötande, som då sker utifrån hennes problematik. Enligt vår tolkning

tyder det även här på stora skillnader i svårighetsgrad på självskadebeteendet och den tillhörande problematiken och vilka behandlingsinsatser som då ska sättas in.

Terapeutisk allians

Inom KBT ses samarbetet mellan behandlare och patient som en terapeutisk allians och det är lika mycket fokus på teknikerna, som på terapeutens förhållningssätt och empatiska förmåga (Kåver, 2006). Barnpsykiatrikern på en av BUP-mottagningarna anser att bl.a. KBT är verksamt på flickor som skadar sig själva och uppger även att empatisk förståelse inte inträffar förrän en arbetsallians etablerats mellan patient och behandlare. Det är dock inte mer än några få respondenter som tagit upp att detta samarbete är viktigt, vilket kan tolkas som att det inte är många som har KBT-utbildning och använder sig av metoden i sin behandling. Det kan även bero på att respondenterna valt att besvara frågan och noterat andra saker. I intervjun med Svensson framkommer att ett positivt bemötande av flickor med självskadebeteende är att man som professionell har ett samarbete ihop med klienten. Svensson uttrycker att man kan tänka sig två vetenskapsmän som samarbetar och att man inte ska ha några hemligheter för varandra och att om patient och behandlare har olika ambitioner, för målet av behandlingen förutsätts det att behandlaren får söka sig ner till patientens ambition. Att samarbete är viktigt enligt KBT visas då Kåver menar att det viktigt att ha bra kontakt med sin omgivning. Hon menar vidare att "Har vi en god allians med våra medmänniskor ökar förutsättningarna för att känna mening i tillvaron" (s.182). Även handledning eftersöks av flera av respondenterna och en psykolog på en av BUP-mottagningarna uttrycker t.o.m. att det är nödvändigt med kvalificerad, regelbunden och tillräcklig handledning. Det är dock inte bara de som arbetar med behandling som vill ha handledning, då även professionella inom skolhälsovården anger att de behöver det. Kåver menar att handledning är det mest påtagliga sättet att garantera god kvalitet i behandlingsarbetet. Enligt vår tolkning visar detta på att det är en komplicerad målgrupp för professionella att möta och då oavsett vilken verksamhet man arbetar inom.

En psykolog på en BUP-mottagning uppger även vikten av att skapa en relation som är trygg och bra i en trygg miljö med fasta ramar, dvs. kontinuitet i tid och rum. Även i intervjun med Svensson framkommer att det är viktigt med kontinuitet i behandlingen, då man behöver träffa flickan minst en gång i veckan, gärna två gånger i början. För att de professionella skall kunna ha möjlighet att träffa flickorna ofta behövs det tid, vilket även enkätsvaren visar, då tid efterfrågas av väldigt många respondenter, för att ännu bättre kunna hjälpa dessa flickor. En av kuratorerna på BUP uttrycker att "*De behöver nå någon/behandlare när de känner att de vill skada sig.* Även detta kan vara tidskrävande då det tyder på flickorna kan behöva behandlaren på olika tider och inte bara på avtalad tid. Enligt vår tolkning kan tiden vara en faktor som påverkar vilken behandling de får och även möjligheten att tillfriskna från självskadebeteendet. Detta bekräftas av en psykolog på BUP som uttrycker att "*Genom att skapa reda i känslokaoset minskar den unges behov av att skada sig*". En kurator på BUP uppger att flickorna behöver lära sig att sätta ord på sina känslor, vilket även flera av de andra respondenterna bekräftar i enkätsvaren. Flera av respondenterna uppfattar självskadandet som kommunikation och en av psykologerna på BUP uttrycker att det är viktigt att ta reda på vad flickan vill kommunicera genom sin handling. En kurator, som också hon arbetar på en BUP-mottagning uttrycker att det är av vikt "*Att flickornas signaler blir uppfattade och lyssnade på*". Även i intervjun med Svensson framkommer att självskadande är ett sätt att kommunicera, då han uttrycker sig i liknande ordalag och han uppger att skärandet är ett budskap som flickan har. Det framkommer också i intervjun att då en person skär sig är det oftast ett sätt att reglera ångest på, då man inte kan sätta ord på problemet.

Strategier

I intervjun med Svensson framkommer att man i början av en kontakt, inte ska ge förklaringar och tips till flickan hur hon kan göra för att inte skada sig själv, vilket han ser mer som en behandlingsåtgärd. En sjuksköterska inom skolhälsovården uttrycker dock att metoden som används i verksamheten är bl.a. att ge ångesthanterande tips, vilket då kan innebära att flickan kan få dessa tips för tidigt. När man arbetar med kognitiv beteendeterapi är det viktigt att först kartlägga problemen, dvs. ta reda på vad som fungerar och inte, för att patienten skall kunna lära sig nya strategier (Kåver, 2006). Det framgår av enkätsvaren att många av respondenterna, anser att det som är verksamt är att lära ut ångesthanteringstekniker. Bland annat en psykolog på BUP uttrycker att man ska *"Förstå sammanhanget. Titta i detalj på situationen och finna andra sätt att göra"*. Att psykologen nämner att man arbetar med strategier som en del av arbetet kan bero på att hon/han arbetar med behandling. En annan sjuksköterska inom skolhälsovården uttrycker att det inte är skolans uppdrag, i den kommun hon arbetar i, att behandla utan finns behovet av behandling, skickas remiss till BUP. De flesta av respondenterna svarar att de remitterar till andra verksamheter, vilket framkommer av enkätsvaren. Ett exempel är att det är vanligt förekommande att de som arbetar inom skolhälsovård lämnar över ärendet till BUP, men det framgår även att BUP remitterar vidare vid svåra fall, då till psykiatriska ungdomsteamet, men även då det krävs att flickan läggs in på någon avdelning, t.ex. BUP:s egen akutavdelning. Detta visar att det skiljer sig mellan respondenterna hur de arbetar.

6.5 Respondenternas kunskap och erfarenhet

Professionellas kunskap

Enkätsvaren visar att flickor med självskadebeteende blir bemötta av professionella, som oftast har långa utbildningar och det är även väldigt många av respondenterna som har vidareutbildning. Trots detta visar svaren i enkäterna att respondenterna vill ha mer kunskap, då de anser att verksamheten i ännu större utsträckning, kan möta flickor som uppvisar ett självskadebeteende. Svaren visar även att det inte spelar någon roll vilken utbildning respondenterna har, då kunskap efterfrågas av såväl kuratorer inom skolhälsovården som av legitimerade terapeuter på BUP. I intervjun med Svensson framkommer att de som får den första kontakten med flickorna kan göra mycket för dem och att deras förhållningssätt kan påverka hur flickans självskadande utvecklas i framtiden. Detta tyder på att det är viktigt med kunskap kring självskadebeteende, vilket bekräftas av enkätsvaren, då behandlingsassistenten på BUP uttrycker att *"Självskadebeteende är ofta en djup problematik inom individen som naturligtvis kan påverkas till det bättre (ibland till det sämre) av omgivningen"*. Detta kan tyda på att det kan behövas specifik kunskap kring självskadeproblematik hos professionella. Svensson uttrycker i intervjun att han tror att skolpersonal, dvs. skolkuratorer, skolsköterskor och skolpsykologer hade varit behjälpliga med en introduktionsutbildning i KBT på ca 40 timmar, för att få en helhetssyn.

Det har framkommit att respondenterna efterfrågar kunskap, vilket kan ha olika förklaringar och ett alternativ kan vara att professionella oftare möter flickor med självskadebeteende idag än tidigare och att det då är viktigt, att ha kunskap kring den problematik man möter. Ett av enkätsvaren tyder på att beteendet ökat, då en kurator på en BUP-mottagning uppger att *"Gruppen flickor med självskadebeteende ökar mycket i regel förknippat med ångest och depression"*. Även i intervjun med Svensson framkommer att beteendet har blivit vanligare idag. Han menar dock att ökningen kan bero på att självskadebeteendet är ett mer uppmärksammat ämne idag i t.ex. media och att det kan ha påverkat att man som behandlare

kollar upp det mer. Svensson uttrycker att *"Det beror på vilka glasögon man har på sig tror jag"*, dvs. vad man väljer att fokusera på som behandlare. Att det är vanligt förekommande, att man som professionell har kontakt med flickor, som skadar sig själva, bekräftas dock av enkätsvaren som visar att 59 av 60 respondenter kommer i kontakt med dessa flickor i sitt nuvarande yrke. Detta oavsett om man som professionell arbetar inom barn- och ungdomspsykiatri, på ungdomsmottagningar eller inom skolhälsovården. Endast en respondent uppger att hon inte kommit i kontakt med någon flicka i sitt nuvarande yrke, men uppger dock att hon gjort det tidigare. Hur många flickor som respondenterna har kontakt med för tillfället framgår dock inte av enkätsvaren, vilket inte heller framkommer i intervjun med Svensson. Det framgår dock av svaren i enkäterna att mer än hälften av respondenterna ofta har kontakt med flickor som skadar sig själva, om ofta bedöms som varje månad eller mer, vilket framgår av tabell 4 nedan.

Tabell 4: Hur ofta respondenterna kommer i kontakt med flickorna **Antal**

Flera gånger/vecka	13
En gång/vecka	4
Flera gånger/månad	15
En gång/månad	6
Flera gånger/år	15
Annat	6
Total	59

I intervjun med Svensson framgår också att han oftare har kontakt med dessa flickor idag, men menar även att det är problematiken som styr, han uttrycker *"Är det mycket ångest och ångestproblematik så kan man nog nästan säga att dom har skurit sig dom flesta tjejer tycker jag"*. Även i enkätsvaren visar det sig att det går i perioder hur ofta respondenterna har kontakt med flickor, som skadar sig själva. Detta bekräftas av en kurator inom skolhälsovården, som uttrycker att *"I perioder kan kontakten vara flera gånger/vecka. I andra perioder ingen kontakt alls"*. Vi förstår detta som att det skiljer sig mellan olika perioder, hur ofta en del av de professionella kommer i kontakt med flickor, som har ett självskadebeteende och att det även kan skilja sig beroende på vilken kommun man arbetar i. Det kan dock tyda på att professionella möter fler flickor med självskadebeteende idag än tidigare, vilket kan vara av vikt att ha specifika kunskaper kring ämnet. Enligt vår tolkning råder det dock inget tvivel om att de professionella, som deltagit i undersökningen, har erfarenhet av att möta flickor med självskadebeteende.

7 Diskussion

Syftet med denna undersökning har varit att ta reda på vilket bemötande flickor med självskadebeteende får av professionella inom olika verksamheter, med inriktning på stöd och behandling. De tre frågeställningarna vi har använt oss av för att besvara vårt syfte är; *Hur får flickorna stöd?*, *Vilken behandling får flickorna?*, *Vilka andra viktiga aspekter bör uppmärksammas i det professionella arbetet med flickor med självskadebeteende?* Vår teoretiska utgångspunkt, kognitiv beteendeterapi, som vi använt oss av har visat sig tillämplig i denna studie. Vårt resultat visar att det finns både gemensamma förhållningssätt, men att det även skiljer sig mellan de professionella inom de undersökta verksamheterna skolhälsovård, ungdomsmottagningar och BUP i de fem kommunerna i Västra Götaland. Vi kommer nedan att först presentera vårt resultat utifrån våra frågeställningar och sedan kommer en allmän diskussion kring ämnet.

7.1 Hur får flickorna stöd?

Individuellt stöd

Flickor med självskadebeteende får stöd i olika former av professionella inom de olika verksamheterna. Det har framkommit att de professionella ger flickorna ett individuellt stöd, som är anpassat utifrån både den enskilda individen och hennes problematik. Flickorna får till stor del stöd mycket snabbt, ofta samma dag, då oavsett om det är inom skolhälsovården, ungdomsmottagningarna eller BUP. Att de får stöd snabbt beror på flickans aktuella situation. Med andra ord betyder det att beroende på hur allvarlig flickans självskadebeteende är får hon olika stöd, olika snabbt, utifrån den enskilda individens behov, vilket då bedöms av de professionella. Att flickorna får ett individuellt stöd av de professionella inom de olika verksamheterna får ses som ett viktigt resultat, då det framkommit att självskadebeteende är en svår problematik. Flickorna ska därmed inte mötas som en homogen grupp, då självskadandet hör ihop med annan problematik och att det är viktigt att ta reda på vad beteendet beror på för just den enskilda flickan. Att stödet som ges till dessa flickor inom de olika verksamheterna är individuellt får här ses som att de professionella har ett engagemang för målgruppen och en vilja att hjälpa dem till förändring.

Samtalsstöd och motivation

Det har framkommit i vårt resultat att flickor med problematiken självskadebeteende får stöd av olika slag och att det främsta utgörs av samtalsstöd, då oavsett verksamhet. Det har framkommit att i samtalet med flickorna är det viktigt i början att lyssna aktivt, då det ger dem en form av bekräftelse. Flickor med självskadebeteende har ofta svårt att sätta ord på sina känslor och i och med att de får hjälp med detta av professionella, minskar deras ångest och därmed även risken att ytterligare skada sig själva. Om de däremot inte blir bekräftade kan det leda till ytterligare självskador. Det är även många av respondenterna som försöker bilda sig en uppfattning om flickans situation, dvs. utreder eller kartlägger flickans problem, för att på så sätt kunna bemöta individuellt. Framkommit har även att respondenterna arbetar motiverande, då många av dem arbetar med motivationssamtal. Flickor med denna problematik behöver till stor del motiveras för att en förändring skall komma till stånd, både i ett initialt skede och på längre sikt. Dels behöver de motiveras till att ta emot stöd och påbörja behandling, men de behöver även motiveras inom behandlingen, då för att beteendet ska förändras. Detta för att motverka att självskadebeteendet skall bli mer fast och därmed svårare

att behandla. Samtalsstöd ges inom verksamheterna inte bara med den enskilda individen utan även med hela familjen, för att arbeta med relationerna. Det har även framkommit i resultatet att det är viktigt att arbeta med familjen, då flickornas relationer till omgivningen och då främst till familjen ofta är påfrestade.

Familjens betydelse

Det har framkommit i vårt resultat att de professionella, oavsett verksamhet, ser föräldrarna som viktiga resurser för flickan och att det är en nödvändighet att de blir införstådda med flickans problematik, då detta minskar ångesten i hela familjen. Föräldrarna behöver bl.a. få kunskap för att dels förstå flickans problematik och om de även får hjälp att prata om problemen och sätta ord på det som är svårt, för att kunna hjälpa sin flicka. Detta för att inte föräldrarna ytterligare ska förstärka flickans självskadande utan istället försöka hjälpa till att minska beteendet. Stödet till föräldrarna kan ges av de professionella, men då behövs det tid, för att både kunna arbeta med den enskilda individen, med föräldrarna och även med hela familjen tillsammans. I vårt resultat har det också framkommit att tid påverkar de professionellas möjligheter att hjälpa flickorna, då mer tid skulle kunna bidra till att de i ännu större utsträckning kan möta flickor med självskadebeteende.

7.2 Vilken behandling får flickorna?

Individuell behandling

Flickor med självskadebeteende får olika behandling beroende på individ, problematik och svårighetsgrad, inom BUP och ungdomsmottagningar, vilket är de verksamheter som erbjuder behandling. I vårt resultat har det framkommit att utifrån olika teoretiska inriktningar erbjuds olika former av behandling och att respondenterna inte har någon enhetlig syn på vilken behandling som är mest verksam för flickor med självskadebeteende. Det har framkommit att vår målgrupp är prioriterad inom behandlande verksamheter och att väntetiden till största delen beror på vilka svårigheter och vilken problematik flickan har. Framkommit har också att olika behandlingsformer behövs för att kunna möta den svåra problematik, som flickor med självskadebeteende ofta bär med sig och som skiljer sig från flicka till flicka. I behandling kan det dock vara viktigt att arbeta utifrån här och nu situationen och först fokusera på självskadandet, för att sedan gå in i flickans bakgrund, då för hennes egen förståelse av problemet. Det har framkommit i resultatet att det är viktigt att flickorna lär sig att hantera sin ångest och att dessa strategier då är en behandlingsåtgärd och att även samarbetet mellan terapeut och klient kan vara viktig såtillvida att det är först när en arbetsallians mellan dem har upprättats, som den empatiska förståelsen infinner sig.

7.3 Vilka andra viktiga aspekter bör uppmärksammas i det professionella arbetet med flickor med självskadebeteende?

Svår problematik

I vårt resultat har det framkommit att självskadebeteende är en svår problematik, då på olika sätt. Flickorna har olika anledningar till att skada sig själva och för en del av dem är självskadandet en engångsföreteelse, medan hos andra ett beteende som är mer fast. Detta innebär att det skiljer sig i vilket stöd och vilken eventuell behandling de behöver, för att sluta skada sig själva. Det skiljer sig även vilken omkringliggande problematik som flickorna har. Respondenterna ser till stor del självskadandet som ett symptom för något annat t.ex. ångest

och depression. Självskadandet är ett sätt för flickornas att kommunicera, då de har svårt att sätta ord på känslor. Problematiken kan även ligga inom individen och det kan då handla om borderline personlighetsstörning. Omfattningen av insatser från professionella skiljer sig även utifrån problematikens svårighetsgrad.

Samverkan

I vårt resultat har det framkommit att det skiljer sig i huruvida de olika verksamheterna samverkar med varandra kring flickor med självskadebeteende. I vårt resultat har framkommit att en del av verksamheterna samarbetar med varandra, medan andra inte gör det. Det är dock många respondenter, oavsett verksamhet, som vill att samarbetet skall blir bättre. Att det är viktigt med samverkan kring flickor med självskadebeteende kan vara för att det är en svår problematik. Om professionella inom olika verksamheter och som arbetar med målgruppen, samverkar med varandra, skapas möjligheter att ta del av varandras kunskaper och erfarenheter. På så sätt kan kunskapen hos professionella öka kring bemötandet av flickor med självskadebeteende, vilket även ökar flickornas möjligheter att tillfriskna.

Professionellas kunskap

Det har i vårt resultat framkommit att alla respondenter har erfarenhet att möta flickor med självskadebeteende och att 59 av 60 har kontakt med dem i sin nuvarande yrkesroll och att flertalet av dem ofta har kontakt med dessa flickor. Respondenterna har även långa utbildningar, men ändå vill de ha mer kunskap för att verksamheten i ännu större utsträckning skall kunna möta flickorna. Det har framkommit i vårt resultat att flickans omgivning kan påverka huruvida hennes beteende förstärks eller inte, beroende på i vilken utsträckning som själva skadorna, hon tillfört sig, uppmärksammas. Professionella inom olika verksamheter kan på så sätt påverka hur självskadebeteendet utvecklas i framtiden. För att på ett adekvat sätt kunna möta målgruppen behövs då specifik kunskap för att i detta fall bidra till att inte flickornas beteende förstärks, dvs. att de inte skadar sig själva ytterligare. En bred kunskap kan därmed bli viktig i arbetet med dessa flickor, då självskadebeteendets komplexitet bidrar till att man inte kan bemöta flickorna på samma sätt. Kunskap är därmed en faktor som påverkar hur de professionella stödjer flickorna, vilken behandling de får och om flickorna blir hjälpta att tillfriskna.

Tid och handledning

Tiden är en faktor som påverkar både stödet och behandlingen, då en målgrupp med svår problematik kräver tid, vilket också framkommit i vårt resultat. För att i så stor utsträckning som möjligt kunna hjälpa flickorna till förändring behöver de professionella i detta fall mer tid. Även handledning för professionella behövs då det är krävande att arbeta med svår problematik, såsom självskadebeteende, vilket också framkommit i vårt resultat. Detta för att den professionella skall kunna klara av att härbärgera känslor, vara hoppningivande, bekräftande samt att de även behöver arbeta motiverande med dessa flickor och enbart motivationsarbete kan vara krävande för professionella. I vårt resultat har det även visat sig att respondenterna, oavsett verksamhet, vill ha handledning för att på så sätt i ännu större utsträckning kunna hjälpa flickor med självskadebeteende.

7.4 Allmän diskussion

Vi har med denna undersökning blivit mer medvetna om att professionella som bemöter flickor med självskadebeteende, står inför en komplex problematik som är svår att behandla. Självskadebeteendet har många ansikten som växlar från individ till individ, beroende på vad som orsakar beteendet. Det krävs därmed mycket av de professionella i arbetet med självskadande flickor, då de ofta saknar uthållighet och måste motiveras till att ta emot stöd och behandling, vilket studier baserade på den svårare problematiken borderline personlighetsstörning visar (Perseius, 2006). Samtal är en central del i arbete med denna målgrupp, då flickorna istället för att prata om vad de känner och hur de mår uttrycker sig via självskadandet. De professionella bör då stödja flickan genom att lära henne att sätta ord på sina känslor, vilket är en viktig del i arbetet. Här har vår undersökning svagheter då vår enkät inte låter de professionella mer på djupet tala om vad de gör. Vi har funnit att de professionella i undersökningen arbetar utifrån en mängd olika stödåtgärder och att de anser att de hjälper de flickor som de möter. De professionella inom såväl skolhälsovård, ungdomsmottagningar samt BUP använder sig av tankar och handlingssätt kring bemötande som vi kan se till viss del kommer ur bl.a. den kognitiva beteendeterapi. Vi kan dock inte uttala oss med säkerhet om vad som är verksamt, då forskningen är alltför bristfällig, men vi kan se att den forskning som finns pekar mot att komponenter inom KBT, kognitiv beteendeterapi, samt DBT, dialektisk beteendeterapi fått gynnsamma resultat i arbete med självskadeproblematik (Perseius, 2006; Perseius & Samuelsson, 2001; Allmänna Barnhuset, 2004). Då de professionella anser att deras stöd hjälper flickorna kan även vårt resultat tyda på att det, finns delar i ovan nämnda metoder, som är verksamma vid behandling av självskadande flickor. Vi har dock inte gjort jämförelser med verksamma delar i andra metoder och kan därmed inte uttala oss om huruvida liknande resultat skulle uppnåtts om vi t.ex. använt psykodynamiska teorier.

De professionella i undersökningen arbetar inom olika verksamheter, men har ändå mycket gemensamt, då de tar ett stort ansvar för en växande problematik. Samarbete ser de som något som måste ske på alla nivåer dvs. inom verksamheterna, mellan kollegor och mellan professionella inom olika verksamheter. Undersökningen visar att de professionella efterlyser mer samarbete, vilket även Socialstyrelsen (2004a) gör i sin rapport. Att samarbete är viktig, när man arbetar med självskadande flickor, visar studier i DBT där teamarbete utgör en viktig komponent i bemötandet av borderlinepatienter (Perseius, 2006). Vi anser att en kombination av praktisk erfarenhet och teoretiska kunskaper ökar sannolikheten för ett bättre bemötande samt att det bidrar med positiva effekter för målgruppen. Vår uppfattning stöds av att Socialstyrelsen (2004a; 2004b) i sina rapporter påtalar att kunskap om självskadebeteende är viktigt hos professionella, som möter självskadande flickor. Vi har inte funnit att de professionella bemöter flickorna så att deras självskadebeteende förstärks, men vi kan inte heller säga att så inte är fallet, eftersom vår undersökning inte studerar enskilda individer och deras behandling. Vad vi däremot ser är att kunskapsbrist kan utgöra en risk, i arbete med självskadande flickor, då ett felaktigt bemötande, enligt kognitiv beteendeterapi kan förstärka beteendet hos personer med självskadebeteende. De flesta med erfarenhet av problematiken, verkar dock eniga om att flickor med självskadebeteende behöver mötas av en enad vuxenvärld, med kunskap kring beteendet och dess bakomliggande orsaker. Vi ser det därmed som angeläget att kommuner och landsting satsar på kompetensutveckling, för att säkerställa att professionella som arbetar med denna målgrupp, får en ökad kunskap om självskadebeteende.

7.5 Metoddiskussion

Vi har en deduktiv ansats i vår undersökning, vilket innebär att vi utgått från teorin och sedan försökt finna stöd i vårt empiriska material dvs. i enkäter och intervju. Vi har fått bekräftat att många av de professionella använder sig av ett kognitivt förhållningssätt inom bemötande, stöd och behandling, men att andra inte gör det. Därmed har den kognitiva beteendeterapin varit ett verktyg, som på ett effektivt sätt hjälpt oss att försöka bekräfta vår teori genom empiri. Vårt val av enkät som metod visade sig vara bra och gav oss ett stort material, då tillsammans med vår intervju och det visade sig att vi med hjälp av dessa kunde besvara vårt syfte och frågeställningar. Hade respondenterna däremot inte besvarat de öppna svarsalternativen i så stor utsträckning hade vi förmodligen fått svårare att besvara vårt syfte och frågeställningar utifrån en kvalitativ analys och hade då fått använda oss av en kvantitativ analysmetod. När det gäller begreppen *stöd* och *behandling* kan vi se att de skulle ha definierats i enkäten, då de kan misstolkas. Vår undersökning hade förmodligen trängt djupare ner i det studerade fenomenet om vi istället använt oss utav fler kvalitativa intervjuer. Vi är medvetna om att vårt teorival bidrar till att belysa utifrån endast ett perspektiv, vilket vi medger är en brist, som vi inte kan bortse ifrån och kan heller inte säga att det inte hade blivit annorlunda om vi utfört denna undersökning i helt andra kommuner än vi gjort. Eftersom undersökningen är utförd på 61 personer, inom olika verksamheter och i fem kommuner i Västra Götaland, anser vi oss ändå till viss del kunna generalisera våra resultat och våga påstå att det kan se likadant ut i andra delar av landet.

7.6 Slutsatser

- Det är viktigt att flickor med självskadebeteende får ett individuellt bemötande av professionella.
- Samtalsstöd och motivationsarbete utgör viktiga komponenter i de professionellas arbete.
- Familjen har stor betydelse i professionellas arbete med målgruppen.
- Individuell behandling är en förutsättning för denna svåra problematik.
- Självskadebeteende är en svår problematik för professionella att möta.
- Samverkan mellan olika verksamheter som självskadande flickor kan tänkas komma i kontakt med är en viktig del i arbetet.
- Professionella behöver specifik kunskap kring självskadeproblematik.
- Professionella inom olika verksamheter behöver tid och handledning för att i ännu större utsträckning kunna möta målgruppen.

7.7 Avslutning

Det har varit intressant och givande att utföra denna undersökning och vi har lärt oss mycket kring fenomenet *självskaðebeteende*, men än återstår det mycket att lära. Vi har med stor sannolikhet förbisett en mängd olika parametrar då det gäller denna undersökning, men vi har ändå på något sätt lyft upp ämnet till ytan, vilket vi anser är en viktig del i forskningsarbetet. Om vi bara lyckas väcka tanken hos en professionell så kan det skapa ringar på vattnet, vilket kan bereda väg för vidare forskning inom ämnet, självskadebeteende. Intressant vore att utföra en undersökning som baserar sig på självskadande flickors synpunkter och då utifrån vad de anser är ett verksamt bemötande. Satsningar i projektform ser vi som viktigt t.ex. samverkansprojekt mellan skolhälsovård och BUP, för att skapa möjligheter för att gemensamt arbeta kring varje flicka och även som ett led i att låta professionella utbyta kunskaper och erfarenheter med varandra. Vi ser fram emot fler studier kring självskadebeteende, vilka vi gärna tar del av, men än så länge tar vi med oss våra erfarenheter från denna undersökning in i våra framtida yrkesroller, som socionomer.

Referenser

- Allmänna Barnhuset. (2004). *Unga som skadar sig själva – En belysning av forskningsläget*. (nr.1). Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Berg Wikander, B. (2005). Exempel på forskning ur ett multidimensionellt perspektiv. I S. Larsson, J. Lilja, & K. Mannheimer (Red.), *Forskningsmetoder i socialt arbete*. (ss.335-346). Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken – en handbok i enkätmetodik*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Elofsson, S. (2005). Kvantitativ metod – struktur och kreativitet. I S. Larsson, J. Lilja, & K. Mannheimer (Red.), *Forskningsmetoder i socialt arbete*. (ss.59-89). Lund: Studentlitteratur.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry* (2. uppl.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Karlsson, L. (2001). *Psykologins grunder*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling – En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kåver, A. & Nilsonne, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning – Teori, strategi och teknik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Larsson, S. (2005). Teori, metod och empiri. I S. Larsson, J. Lilja, & K. Mannheimer (Red.), *Forskningsmetoder i socialt arbete*. (ss.19-37). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S. (2005). Kvalitativ metod – en introduktion. I S. Larsson, J. Lilja, & K. Mannheimer (Red.), *Forskningsmetoder i socialt arbete*. (ss.91-128). Lund: Studentlitteratur.
- Näslund, G. K. (1998). *Borderline personlighetsstörning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2001) *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Patel, R. & Davidsson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Perseus, K-I. & Samuelsson, M. (2001). *Utvärdering av Dialektisk Beteende Terapi för suicidala och självskadande patienter med borderline personlighetsstörning, vid psykiatriska kliniken i Lund- ur ett patient- och terapeutperspektiv*. Karolinska Institutet: Psykiatrisektionen, institutionen för klinisk neurovetenskap och Lunds universitet; Avdelningen för psykiatri, Institutionen för klinisk neurovetenskap.

SBU Alert, (2005). *Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning* (nr: 07). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Socialstyrelsen. (2004a). *Flickor som skadar sig själva – En kartläggning av problemets omfattning och karaktär*. (nr. 2004-107-1). Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2004b). *Vad vet vi om flickor som skär sig*. (nr. 2004-123-41). Stockholm: Socialstyrelsen.

Svenning, C. (2003). *Metodboken*. (5:e uppl.). Eslöv: Lorentz Förlag.

Trost, J. (1994). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

Wadström, O. (2004). *Att förstå och påverka beteendeproblem*. Linköping: Psykologinsats.

Wallroth, P. & Åkerlund, S. (2002). *Hål i huden – flickor som skär sig* (sfph:s monogramserie, nr.46). Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa.

Beteende Terapeutiska föreningen - BTF
<http://www.kbt.nu/>

BRIS, Barnens rätt i samhället. (2007). *BRIS- rapporten*.
<http://www.bris.se/upload/library/brisreport/BRISrapporten2007.pdf>

FSUM Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar, *Policyprogram*.
www.fsum.org

Sundh, O. (2005). *Självskadebeteende i unga år*. Norrbottens läns landsting.
www.nll.se

Perseus, (2006). *Doktorsavhandling – Borderline personality disorder: studies of suffering, quality of life and dialectical behaviouraltherapy*.
www.karolinskauniversitetssjukhuset.se

Skolverket. (1993:800). Skollagen.
www.skolverket.se

Västra Götalands regionen webbplats, *Rapport över granskning av den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Västra Götalands regionen*.
www.vgregion.se

Västra Götalands regionen webbplats, *Remissversion - Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri*.
www.vgregion.se



Institutionen för socialt arbete
Göteborgs universitet

Hej!

Vi är två socionomstudenter, Maria Aartse-Tuijn och Pernilla Lindén, som går sista terminen på socionomprogrammet, 140p, vid Göteborgs universitet och nu skriver vårt examensarbete i form av en C-uppsats. Efter att vi båda kommit i kontakt med flickor, som befinner sig på behandlingshem och som skadar sig själva, väcktes vårt intresse för ämnet – *självskadebeteende*. Vi har därmed, i vår uppsats, valt att skriva om självskadebeteende hos flickor dvs. som skadar sig själva genom att skära, rispa, bränna sig själva eller på annat sätt vålla skador på sin kropp. Beteendet benämns som *impulsivt självskadebeteende* i litteraturen och utesluter medveten självmordsavsikt, psykoser etc.

Syftet med uppsatsen är att ta reda på vilket bemötande, flickor med impulsivt självskadebeteende får av professionella inom olika verksamheter samt utifrån forskning inom området, göra jämförelser med vad som visat sig vara verksamt i arbetet med dessa flickor.

Det är helt frivilligt att delta i undersökningen och du har rätt att avbryta ditt deltagande, om du så vill, men vi hoppas att du kan tänka dig att ställa upp och besvara vår enkät, då vi tror att din kunskap och erfarenhet kan hjälpa oss att få svar på våra frågor. Vi garanterar dig anonymitet, vilket innebär att du inte kommer att kunna identifieras under någon del av arbetet med uppsatsen, då endast vi har tillgång till materialet. Vi kommer heller inte att ange, i uppsatsen, på vilka orter datainsamlingen är utförd.

Tack för att du deltar!

/Maria och Pernilla

Vid frågor, tveka inte att kontakta:

Pernilla Lindén
Maria Aartse-Tuijn

Handledare:
Anita Kihlström

Enkätundersökning

Enkäten består av totalt 24 frågor. En del av frågorna har färdiga svarsalternativ och på en del av dem kan flera svar anges, vilket då finns angivet direkt under frågan. Enkäten innehåller även frågor av öppen karaktär, där du själv anger svaren.

1) Var arbetar du?

- Skolhälsovård
- Ungdomsmottagning
- BUP

2) Vilken yrkesroll har du?

.....

3) Vilken utbildning har du?

Flera svar kan anges.

- Sjuksköterskeutbildning
- Socionomutbildning
- Socialpedagog
- Annat:

.....

- Vidareutbildning:

.....

4) Använder ni er av någon/några teoretiska utgångspunkter på din arbetsplats?

- Ja – gå till fråga 5
- Nej – gå till fråga 6

5) Om Ja, i så fall vilken/vilka teorier?

Flera svar kan anges.

- Psykodynamiska teorier

såsom:

.....

- Kognitiva teorier såsom:

.....

.....

- Annat såsom:

.....

.....

6) Arbetar ni utifrån någon/några specifika metoder på din arbetsplats?

I så fall vilken/vilka?

.....

.....

.....

7) Kommer du i kontakt med flickor som skadar sig själva i ditt nuvarande yrke?

- Ja – gå till fråga 8
- Nej – gå till fråga 9

8) Om Ja, hur ofta?

- Varje dag
- Flera gånger/vecka
- En gång/vecka
- Flera gånger/månad
- En gång/månad
- Flera gånger/år
- Annat – I så fall vad?

.....

.....

9) Om Nej, har du tidigare kommit i kontakt med flickor som skadar sig själva?

- Ja
- Nej

10) Hur agerar du eller hur skulle du agera om du möter en flicka som skadat sig själv, akut?
Flera svar kan anges

- Plåstrar om skadan
- Pratar med flickan om handlingen
- Tröstar
- Ignorerar handlingen
- Lämnar över ärendet till någon annan – I så fall vem?

- Annat – I så fall vad?

.....

.....

.....

Bilaga 2: Enkät

11) Hur agerar du eller hur skulle du agera om du möter en flicka (ej akut) som skadat sig själv?
Flera svar kan anges

- Tröstar
- Pratar med flickan om handlingen
- Ignorerar skadan
- Lämnar över ärendet till någon annan – I så fall vem?
.....
- Annat – I så fall vad?
.....
.....

12) Om en flicka berättar att hon skadat sig själv hur agerar du eller hur skulle du agera?

- Tröstar
- Pratar med flickan om handlingen
- Ignorerar skadan
- Lämnar över ärendet till någon annan - I så fall vem?
.....
- Annat – I så fall vad?
.....
.....

13) Finns det någon plan för hur ni bemöter flickor som skadar sig själva?

- Ja – gå till fråga 15
- Nej – gå till fråga 14

14) Om nej, anser du att det behövs en plan?

- Ja
- Nej

15) Kan er verksamhet erbjuda dessa flickor någon form av stöd – I så fall vad?
Beskriv så utförligt du kan – skriv gärna på baksidan

.....

.....

.....

Bilaga 2: Enkät

- 16) Hur lång tid tar det innan flickorna kan få stöd från er?**
- En – två veckor
 - Tre – fyra veckor
 - En månad
 - Mer än en månad
 - Tre månader
 - Sex månader
 - Annat – I så fall vad?
-
-
- 17) Anser du att stödet från er, ger flickorna möjligheter att sluta med sitt självskadebeteende?**
- Ja
 - Nej
 - Vet ej
- 18) Kan er verksamhet erbjuda behandling mot självskadebeteende?**
- Ja
 - Nej
- 19) Om Ja, i vilken form?**
Flera svar kan anges
- Medicinering
 - Kognitiv Beteendeterapi
 - Dialektisk Beteendeterapi
 - Annat – I så fall vad?
-
-
- 20) Hur lång tid tar det innan flickan kan få behandling hos er?**
- En – två veckor
 - Tre – fyra veckor
 - En månad
 - Mer än en månad
 - Tre månader
 - Sex månader
 - Annat – I så fall vad?
-
-
- 21) Remitterar er verksamhet till andra verksamheter, där flickan kan få behandling?**
- Ja – gå till fråga 22
 - Nej – gå till fråga 23

22) Om Ja, Hur lång tid uppskattar du att det kan ta innan flickan då får behandling?

- En – två veckor
- Tre – fyra veckor
- En månad
- Mer än en månad
- Tre månader
- Sex månader
- Annat – I så fall vad?

.....
.....

23) Vad anser du vara verksamt i arbetet med dessa flickor?

.....
.....
.....
.....

24) Anser du att er verksamhet behöver något mer, för att i ännu större utsträckning kunna möta flickor, som uppvisar ett självskadebeteende?
Flera svar kan anges.

- Inget
- Tid
- Kunskap
- Arbetskraft
- Annat – I så fall vad?

.....
.....

Synpunkter på enkäten eller tips kring ämnet *självskadebeteende* emottages tacksamt:

.....
.....
.....
.....

Tack för din medverkan!
Pernilla Lindén och Maria Aartse-Tuijn



Institutionen för socialt arbete Göteborgs universitet

Informationsbrev - Intervju

Vi är två socionomstudenter, Maria Aartse-Tuijn och Pernilla Lindén, som går sista terminen på socionomprogrammet, 140p, vid Göteborgs universitet och nu skriver vårt examensarbete i form av en C-uppsats. Efter att vi båda kommit i kontakt med flickor, som befinner sig på behandlingshem och som skadar sig själva, väcktes vårt intresse för ämnet *självskadebeteende*. Vi har därmed, i vår uppsats, valt att skriva om självskadebeteende hos flickor dvs. som skadar sig själva genom att skära, rispa, bränna sig själva eller på annat sätt vålla skador på sin kropp. Beteendet benämns som *impulsivt självskadebeteende* i litteraturen och utesluter medveten självmordsavsikt, psykoser etc.

Syftet med uppsatsen är att ta reda på vilket bemötande, flickor med impulsivt självskadebeteende får av professionella inom olika verksamheter samt utifrån forskning inom området, göra jämförelser med vad som visat sig vara verksamt i arbetet med dessa flickor. För att ytterligare kunna göra adekvata jämförelser i vår undersökning, kommer vi att söka fakta från professionella, med djupare kunskap kring självskadebeteende och vad som är verksamt när det gäller bemötande av dessa flickor, med inriktning på såväl stöd som behandling.

Undersökningen utförs inom barn och ungdomspsykiatri BUP, skolhälsovården samt ungdomshälsan/ungdomsmottagningar, i fem kommuner i Västra Götaland. Det är helt frivilligt att delta i undersökningen och du har rätt att, när som helst avbryta ditt deltagande, men vi hoppas att du kan tänka dig att ställa upp för en intervju, då vi tror att din kunskap och erfarenhet kan hjälpa oss att få svar på våra frågor. Du har rätt att vara anonym, men om du själv önskar får du gärna framträda med namn i vår uppsats, godkännande för detta sker skriftligen. Önskar du däremot att vara anonym garanterar vi dig anonymitet, vilket innebär att du inte kommer att kunna identifieras under någon del av arbetet med uppsatsen. Vi kommer inte att ange på vilka orter datainsamlingen är utförd och ej heller namnge eller använda information som kan medföra identifikation av intervjupersoner, i uppsatsen. Vi behandlar dina uppgifter konfidentiellt, vilket innebär att endast vi har tillgång till materialet samt att den inspelade intervjun, destrueras efter utskrift.

Tack för att du deltar!

/Maria och Pernilla

Vid frågor, tveka inte att kontakta:
Pernilla Lindén
Maria Aartse-Tuijn

Handledare:
Anita Kihlström

Intervjuguide – Bemötande, stöd och behandling av flickor med självskadebeteende.

Anser du att självskadebeteende, hos flickor har ökat?

Träffar du oftare flickor, som skadar sig själva, idag än tidigare?

Bemötande

Vad anser du kännetecknar ett bra bemötande?

Vad är det viktigaste när professionella möter flickor med självskadebeteende?

Vad anser du kännetecknar ett dåligt bemötande?

Vad bör man inte göra?

Bör man bemöta självskadebeteende annorlunda än annan problematik?

Skiljer sig bemötande utifrån vilken teoretisk grund professionella har?

Verksamt

Vilken form av stöd är verksamt på självskadebeteende?

Vilken form av behandling är verksamt på självskadebeteende?

Vad behöver professionella ha för att kunna möta dessa flickor?

Behövs det någon form av plan för bemötande hos de verksamheter, som kommer i kontakt med flickor med självskadebeteende?

Vilken betydelse har familjen i arbetet?

Finns det något du skulle vilja lägga till när det gäller bemötande eller självskadebeteende som ej berörts?