



Stockholms universitet
Institutionen för socialt arbete
C-uppsats
HT2008

”Rent kaos och ren lycka”

– Några flickors beskrivningar av att ha genomgått
behandling för självskadebeteende

Författare: Jenny Alm och Maria Ege
Handledare: Katarina von Greiff

”Rent kaos och ren lycka” – Några flickors beskrivningar av att ha genomgått behandling för självskaðebeteende
Jenny Alm och Maria Ege

ABSTRACT

The main purpose of this thesis was to take part of girl’s descriptions and experiences of their treatment for deliberate self-harm and to investigate whether they still experience effects of the treatment today. Our main research questions where; *how do the girls describe their experiences of the treatment method, do the girls describe that they still experience any effects of the treatment, and finally how do the girls look back on their treatment today?* In order to answer these questions, we carried out eight qualitative telephone interviews with girls that had undergone treatment in a specific treatment centre. We chose to analyze the material from the salutogenic theory and the concepts of SOC (sense of coherence) and with a hermeneutic approach. Our result showed that the treatment methods that where most important where dialectic behaviour therapy, horse therapy and finally environmental therapy. Several of the girls could see remaining effects of the treatment today, while other girls could not see any of these effects. A couple of the girls expressed that they should have been dead if they had not been taken care of by the treatment centre while other girls meant that the treatment did not make any difference.

Key words: deliberate self-harm, treatment, salutogenesis, sense of coherence
Nyckelord: självskaðebeteende, behandling, salutogenes, känsla av sammanhang

Innehållsförteckning

Kapitel 1. Inledning	5
<i>Syfte</i>	6
Frågeställningar	6
Kapitel 2. Avgränsningar	6
Kapitel 3. Begreppsförklaringar	6
<i>Dialektisk beteendeterapi</i>	6
<i>Ridterapi</i>	7
<i>Miljöterapi</i>	7
<i>Familjesamtal</i>	7
<i>Behandlingshemmet X</i>	8
Kapitel 4. Bakgrund om självskadebeteende	8
<i>Definition av självskadebeteende</i>	8
Skärning i huden.....	9
Kapitel 5. Tidigare forskning	9
<i>Förekomst av självskadebeteende</i>	10
Möjliga orsaker	10
Metoder för att skada sig själv	11
Könsskillnader.....	11
<i>Behandlingsmöjligheter</i>	12
Kapitel 6. Teoretiska utgångspunkter	13
<i>Salutogen teori</i>	13
Den salutogena synen på människan.....	13
Generella motståndsresurser/generella motståndsbrister	14
<i>KASAM</i>	14
KASAM:s tre komponenter	14
Gränser	15
Stabiliseringen av KASAM.....	15
<i>Kritik mot den salutogena teorin</i>	15
<i>Kritik mot KASAM-begreppet</i>	16
Kapitel 7. Metod	16
<i>Vetenskapsfilosofisk utgångspunkt</i>	17
Hermeneutik	17
<i>Tillvägagångssätt</i>	17
Genomförande av intervjuer.....	18
Bearbetning av data	18
<i>Urval</i>	18
Bortfall	19
<i>Analysmetod</i>	19
<i>Etiska överväganden</i>	19
Informerat samtycke.....	19
Anonymitet och konfidentialitet.....	20
Konsekvenser av intervjun	20
Nyttjandekravet	20
Fler etiska aspekter.....	21
<i>Validitet</i>	21
<i>Reliabilitet</i>	21
<i>Generaliserbarhet</i>	22

Kapitel 8. Resultat	22
<i>Flickornas syn på behandlingsmetoderna.....</i>	22
Färdighetsträning inom dialektisk beteendeterapi.....	22
Individualterapi	23
Ridterapi	24
Miljöterapi	24
Övriga synpunkter på behandlingsmetoderna	25
<i>Behandlingstidens betydelse.....</i>	26
Upplevelser av behandlingstiden	26
Tankar om hur livet hade varit utan tiden på behandlingshemmet	28
<i>Kvarstående effekter av behandlingsmetoderna</i>	28
<i>Flicka H.....</i>	29
<i>Sammanfattning av resultat.....</i>	30
Kapitel 9. Analys	30
<i>Flickornas syn på behandlingsmetoderna.....</i>	30
Viktiga behandlingsmetoder	31
Fler viktiga behandlingsmetoder	31
Familjesamtal	32
Boendeform	32
<i>Behandlingstidens betydelse.....</i>	32
Positiva beskrivningar	33
Negativa beskrivningar	33
Ambivalenta beskrivningar	34
<i>Kvarstående effekter av behandlingsmetoderna</i>	34
Flickornas eventuella KASAM	35
<i>Flicka H.....</i>	35
Kapitel 10. Diskussion.....	36
<i>Resultatdiskussion</i>	36
Funderingar kring önskvärda svar	36
Övriga resultat	37
Möjligheter till generalisering	37
<i>Teoridiskussion.....</i>	37
<i>Metoddiskussion</i>	38
Alternativa metoder	38
<i>Förslag till fortsatt forskning</i>	39
Referenser	40
Bilaga 1. Intervjuguide	42

Kapitel 1. Inledning

Gång på gång får vi genom olika typer av rapporteringar höra att unga mår allt sämre idag och att problem som t.ex. ätstörningar, självskadebeteende och andra självdestruktiva beteenden har ökat i omfattning (se t.ex. Sandelin, 2006). Huruvida det stämmer eller inte eller om det snarare är ett uttryck för att allt fler söker hjälp för sina problem är dock oklart, men att många unga mår psykiskt dåligt är ett faktum. Ett fenomen som har blivit alltmer omskrivet är följaktligen den form av självskadebeteende som brukar benämnas som den ytliga eller milda varianten, vilken innefattar självskadebeteende som t.ex. skärning, rispning eller bränning av huden (Favazza, 1996). Som vi har förstått det har det utmålats som ett problem som främst är aktuellt bland unga kvinnor, men självklart är detta en realitet även för många unga män (Socialstyrelsen, 2004).

Enligt en färsk undersökning från Socialstyrelsen (2008) framgår det att självdestruktivt beteende som t.ex. självskadebeteende har ökat bland unga de senaste åren. I en rapport från BRIS (Sandelin, 2006) larmas det om en kraftig ökning av flickor som tar kontakt med BRIS för just självskadebeteende. I en tidigare studie från Socialstyrelsen (2004) visar det sig att minst en procent av unga kvinnor mellan 13-18 år någon gång har skadat sig själva genom hudskärning, bränning eller rispning. Denna siffra döljer dock antagligen ett stort mörkertal då denna statistik endast redovisar de unga kvinnor som kommit i kontakt med professionella behandlare för sitt självskadebeteende. I flera andra studier är siffran på antalet unga kvinnor och män som skadar sig själva betydligt högre. I en undersökning av Hawton et al. (2006) framgår det att 10,3 % av ungdomarna någon gång avsiktligt har skadat sig själva och i en annan studie redovisas en siffra på 13,9 % (Ross & Heath, 2002).

Vi kan alltså konstatera att detta är ett stort problem som kan vara svårt att se vidden av, delvis p.g.a. ansemliga mörkertal. Utifrån denna diskussion anser vi att det blir tydligt att självskadebeteende är ett allvarligt socialt problem.

Vi har båda kommit i kontakt med självskadebeteende genom arbete samt praktik och vi har även insett vilket stort lidande denna problematik kan medföra. I och med dessa erfarenheter valde vi att undersöka närmare vad som fanns skrivet om problemet och fann att det tycks råda brist på studier med fokus på behandling av självskadebeteende. Detta bekräftas även av en rapport från Socialstyrelsen (2004) som just tar upp det faktum att det behövs fler studier på området.

Genom en kontakt med en föreståndare på ett behandlingshem för flickor med självskadebeteende har vi fått möjlighet att samtala med några av dem som skrivits ut från behandlingshemmet ifråga. Ett önskemål från behandlingshemmets sida var att vi skulle lyfta fram flickornas egna upplevelser av att ha varit på detta behandlingshem vilket även stämmer bra med det vi önskar göra med denna undersökning. I denna studie har vi alltså för avsikt att ta del av flickornas egna beskrivningar av att ha varit på behandlingshem samt även fokusera på deras erfarenheter av den specifika behandling de har fått för att komma till rätta med sina problem gällande självskadebeteende.

Syfte

Syftet med denna studie är att ta del av flickors beskrivningar kring deras upplevelser av behandling för självskadebeteende, samt att ta reda på huruvida de upplever några kvarstående effekter av behandlingen idag.

Frågeställningar

- ♦ Hur beskriver flickorna sina upplevelser av behandlingsmetoderna?
- ♦ Hur ser flickorna tillbaka på sin behandlingstid idag?
- ♦ Beskriver flickorna att de upplever några kvarstående effekter av behandlingsmetoderna?

Kapitel 2. Avgränsningar

Vi har valt att avgränsa vår studie till att endast omfatta uppföljningar av flickor från ett specifikt behandlingshem. Anledningen till detta var att vi fann det svårt att få tag på andra behandlingshem som ville förmedla intervjupersoner till oss.

En annan avgränsning vi har gjort är att studien endast fokuserar på flickor som skadar sig själva. Som vi nämner senare beror det mycket på att vår s.k. grindvakt endast kunde få tag i flickor med ett självskadebeteende. I vår analys har vi valt att inte väga in aspekter som ålder, social klass, etnicitet eller kön.

En teoretisk avgränsning är att vi har valt att inte fokusera på hela den salutogena teorin utan främst koncentrerat oss på ett av det mest centrala begreppet, känsla av sammanhang (KASAM). Vi har dock inte använt det KASAM-instrument som Antonovsky (1991) redogör för, med anledning av att vi inte fann det möjligt att göra det på ett givande sätt vilket vi förklarar närmare i *teoridiskussion*.

Kapitel 3. Begreppsförklaringar

Under detta avsnitt kommer vi att redogöra för viktiga begrepp som återfinns i uppsatsen. Vi kommer därför kort beskriva de viktigaste terapiformerna som förekommer på det behandlingshem som flickorna befunnit sig på, detta för att öka förståelsen för vårt resultat. Vi kommer även kort att beskriva behandlingshemmet ifråga. Det som framställs som personlig kommunikation är information från vår grindvakt. För att inte röja anonymiteten gentemot flickorna och behandlingshemmet har vi valt att använda ett fingerat namn på både vår grindvakt samt behandlingshemmet. Begreppet självskadebeteende utelämnas i detta avsnitt och redogörs för i avsnittet *bakgrund om självskadebeteende*.

Dialektisk beteendeterapi

Kåver och Nilsson (2003) uttrycker att dialektisk beteendeterapi, DBT, har utvecklats som en behandlingsform för suicidala och självdestruktiva kvinnor. DBT bygger på de fyra teorierna inlärningsteori, kognitiv teori, dialektisk filosofi samt zenbuddistisk filosofi (ibid.). Inlärningsteori tar avstamp i människors förmåga att lära in och lära om vissa beteenden. Även inom den kognitiva teorin ligger fokus på beteende, där det liknas vid en spegel av en individs känslvärld. Dialektisk filosofi handlar om att lära sig se olika sidor av t.ex. ett

problem och utifrån det upptäcka nya möjliga lösningar. Slutligen kretsar det zenbuddistiska inslaget i DBT kring att lära sig att vara fokuserad och medvetet närvarande i nuet. (ibid.)

DBT är uppbyggd genom en kombination av färdighetsträning i grupp samt egen individualterapi (ibid.). Färdighetsträningen leds av en legitimerad DBT-terapeut och följer ett manualbaserat program som genomförs i grupp. Individualterapi fokuserar mer på att samtala kring det aktuella problemet samt de känslor som väcks i samband med det och är således mer individuellt anpassat till varje klient än färdighetsträningen (ibid.). Flickorna i denna studie talar även om individualterapi i form av egna samtal. På behandlingshemmet ifråga är det obligatoriskt att delta i DBT (A. Andersson, personlig kommunikation, 5 november, 2008).

Ridterapi

Ridterapi är inte en legitimerad terapiform utan en fysisk aktivitet bedriven av en pedagog, sjukgymnast, eller psykosocialt utbildad person (A. Andersson, personlig kommunikation, 5 november, 2008). Hästen är tredje part i terapin och stor vikt läggs på de signaler som hästen sänder ut. Ridterapeuten kan hjälpa till att tolka hästen men vanligtvis hjälper ridterapeuten eleven själv att utforska hästens signaler (ibid.). Hästen kan visa tydliga tecken på om eleven bär på stress, aggression eller okoncentration och arbetet kan då exempelvis fokusera på avslappning, att lära sig kontrollera sina impulser samt att fokusera på en sak i taget. I ridterapi kan det handla om att kunna rida och kontrollera hästen men även om att ge hästen omvårdnad och skötsel. Skötseln av hästen är ett sätt för flickorna att lära sig att hantera fysisk närhet och se till andras behov utan att ge avkall på sina egna behov (ibid.).

Miljöterapi

Miljöterapi kan användas i en rad olika syften vilket leder till vissa svårigheter med att finna en gängse definition (Haggqvist & Widinghoff, 2000). Som framgår av namnet är det stort fokus på själva miljön i denna terapiform där miljön ses som ett värdefullt arbetsredskap för att uppnå förändring (ibid.). Med miljö menas både den fysiska, psykiska samt sociala miljön. En övergripande definition av begreppet är miljöterapi som ”*ett medvetet, och ständigt kritiskt granskat, användande av människors fysiska och sociala miljö för att åstadkomma förändringar i deras liv*” (ibid., s. 17). Detta leder till att miljöterapi nästintill kan ses mer som en förhållningssätt än en renodlad terapiform (ibid.)

Då miljöterapi är ett svårdefinierat begrepp anser vi det därför lämpligast att beskriva hur det specifika behandlingshemmet använder begreppet. Miljöterapi beskrivs där som allt som rör just den fysiska, psykiska och sociala miljön runt omkring flickorna (A. Andersson, personlig kommunikation, 23 november, 2008). Det kan vara behandlingshemmets läge, inre miljö, boendeform samt struktur och rutiner. Stor vikt läggs vid att behandlarna medvetandegör och kontrollerar sitt arbetssätt och sina interventioner.

Familjesamtal

Familjebehandling grundar sig i tanken om att det mest effektiva sättet att hjälpa ett barn eller en ungdom är genom att arbeta med hela familjen (Berg, 2003). Då de är flera individer involverade är det väsentligt att formulera en definition av problemet samt ett mål med behandlingen, vilket sker gemensamt med hela familjen men med fokus på det aktuella barnet eller ungdomen. Inom familjebehandling är det även viktigt att se till vilka resurser den

enskilda familjen har, samt de olika familjemedlemmarna, och utifrån det stärka dem till att tro på sin egen förmåga att finna lösningar till problemet. (ibid.).

Familjebehandlingen på behandlingshemmet består av regelbundna familjesamtal. Dessa samtal innebär att flickan, tillsammans med sin familj, samtalar med en psykiatriker och flickans kontaktperson (A. Andersson, personlig kommunikation, 5 november, 2008). Hur ofta detta sker samt vad som räknas in som familj varierar från flicka till flicka. Familjesamtalen syftar till att lägga grunden för en ömsesidig förståelse kring flickans problematik där både flickan och familjen ges utrymme att ventiler sina tankar och känslor (ibid.).

Behandlingshemmet X

Det behandlingshem som flickorna varit placerade på har vi av anonymitetsskäl valt att inte namnge utan benämner det med bokstaven X.

Behandlingshemmet X öppnades 1992 i en mindre ort i småland och då i egenskap av HVB-hem. Det har sedan dess utvecklats till ett större behandlingshem med plats för 12 flickor i inskrivningsåldrarna 13-20. Behandlingshemmet tar både emot s.k. SoL-placeringar på frivillig basis men även utifrån tvångslagstiftning som t.ex. LVU. Personalen som arbetar på behandlingshemmet har bl.a. utbildning i kognitiv beteendeterapi samt psykoterapi. (A. Andersson, personlig kommunikation, 15 januari, 2009).

Flickorna som placeras på Egehem har ofta blivit utsatta för fysiskt och psykiskt våld och har utvecklat ett självdestruktivt beteende, där självskadebeteende i olika former är ett vanligt inslag (ibid.).

Det finns ingen begränsad period som flickorna får vistas på behandlingshemmet utan det bedöms individuellt från fall till fall. Flickorna i vår studie har varit på X i allt från några få månader i upp till något år (ibid.).

Kapitel 4. Bakgrund om självskadebeteende

Favazza (1996) menar att självskadebeteende är ett av de mest svårförstådda mänskliga beteenden som finns. Wash och Rosen (1998) framhäver således att självskadebeteende är ett smärtsamt, allvarligt och utmanande terapeutiskt problem som behöver uppmärksammas. I detta avsnitt redogörs för begreppet självskadebeteende samt olika sätt att definiera begreppet.

Definition av självskadebeteende

Det saknas en enhetlig definition för självskadebeteende och olika forskare väljer att definiera det på olika sätt. Favazza (1996) utgår från en allmän definition av självskadebeteende som *"the direct, deliberate destruction or alteration of one's own body tissue without conscious suicidal intent"* (ibid., s 225). Viktigt att notera är att Favazza särskiljer självskadebeteende från självmordsförsök.

Favazza (ibid.) delar upp självskadebeteende i två olika kategorier, självskadebeteende som kulturell sanktion samt självskadebeteende som patologisk och avsiktlig handling. Självskadebeteende som kulturell sanktion sker ofta i samband med ritualer och innebär att exempelvis skada sig själv i tron om att det ska kunna bota sjukdomar. Självskadebeteende som patologisk och avsiktlig handling delas upp i grov självskada, stereotyp självskada samt mild eller ytlig självskada (ibid.). Grov självskada innefattar stora skador i huden med stor blodförlust, denna typ av självskada uppträder oftast i samband med psykoser. Stereotyp

självskada består ofta av monotona rörelser som upprepar sig och är av rytmisk karaktär och ses som vanlig bland mentalpatienter. Den milda eller ytliga självskadan är den vanligaste formen av självskadebeteende och också den mest omskrivna. Denna typ av självskada innefattar bl.a. skärning, rispning eller bränning av huden och grundar sig ofta i olika typer av psykisk ohälsa. (ibid.).

Walsh och Rosen (1988, s. 10) använder en liknande definition som Favazza och uttrycker att ”*self-mutilative behaviour is deliberate, non-life-threatening, self-effected bodily harm or disfigurement of socially unacceptable nature*”. Vi uppfattar det som att självskadebeteende innefattar normbrytande beteende i form av att tillfoga kroppen skador, utan dödlig avsikt. De talar om självskadebeteende i termer av direkt och indirekt, där det direkta är de typer av självförvållade skador som ger en omedelbar effekt, t.ex. skärning eller rispning i huden. Det indirekta självskadebeteendet å andra sidan innefattar sådana handlingar som sker över en längre tid, där effekten av skadan inte kommer omgående, som t.ex. alkoholism och ätstörningsproblematik. (ibid.) Walsh och Rosen (ibid.) diskuterar också svårigheterna med att se vidden av självskadeproblematiken då de flesta som skadar sig själva gör det i sin ensamhet och inte söker hjälp för sina skador. Detta diskuteras vidare i avsnittet *tidigare forskning*.

Ross och Heath (2002) skriver att de anser att självskadebeteende är ett svårhanterligt begrepp då det saknas en gemensam och vedertagen definition. Karlsson och Quilisch (2005) för en liknande diskussion och båda källorna väljer att definiera självskadebeteende som handlingar som avsiktligt syftar till att fysiskt skada kroppen utan att ha dödlig avsikt. Sådana handlingar innefattar bland annat rispning, skärning eller bränning av huden. Denna definition ställer sig även Socialstyrelsen (2004) bakom. Till skillnad från ovanstående väljer Madge et al. (2008) att även innefatta avsiktligt skadligt intag av läkemedel, droger eller liknande substanser.

Stein (2008) framhäver att världshälsoorganisationen WHO valt att bredda definitionen på självskadebeteende till att innefatta alla former av självdestruktivt beteende i den internationella beteckningen *deliberate self-harm*. Detta samlingsnamn innefattar allt från självförvållande skador i form av förgiftningsförsök, tillfogade kroppsskador och andra mer avsiktligt livshotande handlingar (ibid.). Det är dock oklart huruvida missbruk faller inom denna kategorisering eller ej.

Skärning i huden

Självskadebeteende är ett komplext fenomen och innefattar många olika sätt att skada sig på (Smith et al., 1999). Flera källor rapporterar att skärning i huden är en mycket vanlig metod som unga använder för att skada sig själva med, se t.ex. Socialstyrelsen (2004) samt Hawton et al. (2006). Walsh och Rosen (1988) för en liknande diskussion men preciserar att skärning i just handlederna är den vanligaste typen av självskadebeteende. Favazza (1996) diskuterar skärning i huden och framhåller att huden ses som en gräns mellan den yttre och den inre världen och när människor avsiktligt skadar huden uppmärksammas denna gräns mellan den inre personliga världen och den yttre omgivningen. Söderberg (2008) resonerar på liknande sätt och framhäver att unga som skär sig ofta gör detta för att det är lättare att fokusera en inre svårdefinierad smärta på ett synligt sår då det går att visa på vart det gör ont (ibid.).

Kapitel 5. Tidigare forskning

Under detta avsnitt kommer vi att redogöra för forskning som finns på området. Fokus kommer här att ligga på hur vanligt förekommande självskadebeteende är utifrån orsaker, metoder och könsskillnader. Trots att vi valt att inte analysera utifrån kön är könsaspekten en

väsentlig del i aktuell forskning, vilket gör att vi kort vill belysa detta. Vi kommer även att skildra olika behandlingsmöjligheter.

Förekomst av självska debeteende

Socialstyrelsen rapporterar att psykisk ohälsa bland ungdomar har ökat stadigt sedan mitten av 1990-talet och att det de senaste åren har fortsatt att öka (Stein, 2008). Under åren 2001-2005 visar siffror att i genomsnitt 1070 barn/år i åldrarna 13-17 vårdades inom slutenvård för avsiktlig självdestruktiv handling. I 90 % av fallen har det handlat om avsiktlig läkemedelsförgiftning (ibid.). Socialstyrelsen (2008) redovisar att det under 2006 rapporterades att 329 flickor per 100 000 invånare i åldern 15-24 vårdades för självdestruktiv beteende. Motsvarande siffra bland pojkar var 94 stycken per 100 000 invånare (ibid.).

Sandelin (2006) framhäver att självdestruktivt beteende så som självska debeteende är den sjunde vanligaste anledning till att unga kontaktar BRIS. Under 2005 kontaktade drygt 4000 barn och ungdomar BRIS för att tala om psykisk ohälsa där 1576 kontakter rörde just självdestruktivt beteende som t.ex. självska debeteende. Det är främst flickor som står för den ökade kontakten med BRIS (ibid.).

Fler källor rapporterar siffror på hur vanligt förekommande självska debeteende är. Både Hawton et al. (2006) och Madge et al. (2008) samarbetade med EU:s projekt, *Child and Adolescent Self-harm in Europe* (CASE). CASE-projektet innefattade drygt 30 000 enkätsvar från ungdomar i åldrarna 15-16 från Belgien, England, Ungern, Irland, Nederländerna, Norge och Australien. Projektet syftade till att kartlägga förekomsten av självska debeteende, finna orsaker till självska debeteende samt se vilka metoder ungdomarna använder när de skadar sig själva (Madge et al., 2008). Drygt hälften av enkäterna besvarades av pojkar och resterande av flickor. Madge et al. (ibid.) var de första som redovisade siffror från CASE-projektets samtliga 30 447 enkätsvar där det framkommer att 8,9 % av flickorna och 2,6 % av pojkarna någon gång avsiktligt skadat sig själva.

I England har det rapporterats att självdestruktivt beteende så som t.ex. självska debeteende är den vanligaste orsaken till att ungdomar söker sjukvård, vilket innefattar 20 000 - 30 000 ungdomar per år (Hawton et al., 2006). Hawton et al. (ibid.) som alltså även de har samarbetat med CASE-projektet, fokuserar på de 6 000 enkätsvaren från de engelska ungdomarna. De redovisar att 10,3 % av ungdomarna uppger att de någon gång medvetet skadat sig själva. Hawton et al. väljer bl.a. att se på sina resultat utifrån familjemönster. De hävdar utifrån dessa att ungdomar som lever med skilda eller separerade föräldrar tenderar att löpa större risk för att hamna i ett självska debeteende än ungdomar som lever med sammanboende föräldrar. (ibid.).

Den mest uppseendeväckande siffran på förekomsten av självska debeteende redovisas i Karlsson och Quilisch (2005) med grund i en enkätundersökning bland 128 elever i årskurs nio. Där rapporteras att 65,9 % av de tillfrågade ungdomarna uppger att de har skadat sig själva minst en gång. Författarna framhäver att en del av frågorna kan ha varit för svårt formulerade samt att många av svaren inte skulle klassas som ett självska debeteende enligt definitionen de valt att använda, t.ex. att förhindra sårhäkning samt att snusa (ibid.).

Möjliga orsaker

Den vanligaste orsaken till självska debeteendet som drygt 70 % uppger är att de skadar sig själva *"to get relief from a terrible state of mind"* (Madge et al., 2008, s. 672). Den näst vanligaste orsaken är att ungdomarna har en önskan om att dö, tätt följt av att de vill straffa sig själva. I likhet med Madge et al. (ibid.) uppger de engelska ungdomarna liknande orsaker till självska debeteende (Hawton et al., 2006).

Socialstyrelsen (2004) framhäver att en vanlig orsak till varför flickor börjar skada sig själva är att de har blivit utsatta för olika typer av övergrepp och att de därav skadar sig själva för att lindra ångesten samt som ett slags rop på hjälp. Smith et al. (1999) resonerar liknande och lyfter fram att självskadebeteende ofta grundar sig i en traumatisk händelse där kroppens egna försvarsmekanismer slagits ut. En sådan traumatisk händelse kan handla om fysisk, psykisk eller emotionell misshandel eller sexuella övergrepp.

Metoder för att skada sig själv

Bland de engelska ungdomarna uppger 55 % att de skar sig i huden för att skada sig själva, vilket således betraktas som den vanligaste metoden för självskadebeteende (Hawton et al., 2006). Karlsson och Quilisch (2005) meddelar att skärning i huden är den vanligaste metoden bland flickor medan det hos pojkar är att sticka vassa föremål i huden. Även Socialstyrelsens (2004) undersökning i tre svenska kommuner visar att den vanligaste formen av självskadebeteende är skärning och rispning i huden då 97 % av ungdomarna uppger att de skadat sig genom denna metod.

Madge et al. (2008) redovisar att 55,9 % av ungdomarna uppger att de skadat sig själva genom skärning i huden och att det följaktligen är den klart vanligaste metoden för självskadebeteende. Överdös är den näst vanligaste metoden och uppges av 20 %. Fördelningen över både antal ungdomar som skadar sig själva samt orsakerna till detta beteende är jämt fördelat över de olika länderna (ibid.). De allra flesta av ungdomarna skadade sig i hemmet där ingen kunde se dem och endast 12 % av dessa uppsökte sjukhus för sina skador (ibid.).

Könsskillnader

Socialstyrelsen (2004) påpekar att självskadebeteende främst är ett problem som drabbar flickor då pojkar istället oftast använder olika former av utagerande beteende, t.ex. våld mot andra, för att hantera svårigheter. Självskadebeteende förekommer dock även bland pojkar, men i en mycket mindre utsträckning (ibid.).

Ross och Heath (2002) redovisar att 64 % av dem som uppger att de avsiktligt skadat sig själva är flickor och 36 % pojkar. Som tidigare nämnts redovisas en liknande siffra i Madge et al. (2008) där flickor skadar sig själva tre gånger oftare än pojkar. Av de tillfrågade ungdomarna i Hawton et al. (2006) var det 16,7 % av flickorna som uppgav att de någon gång skadat sig själva medan siffran hos pojkarna endast var 4,8 %.

Socialstyrelsen (2004) genomförde en undersökning i tre svenska kommuner bland professionell vårdpersonal som genom sitt yrke kommit i kontakt med unga som avsiktligt skadat sig själva. Denna studie fokuserar enbart på flickor och det redovisas att runt en procent av flickorna i de undersökta kommunerna har ett självskadebeteende. Socialstyrelsen (ibid.) poängterar att deras siffror kan dölja ett stort mörkertal då få som skadar sig själva söker hjälp. Även Högberg (2008) diskuterar att statistik på hur många som lider av ett självskadebeteende är svårtolkad av just den anledningen att få söker vård och hjälp för sina skador.

Det är svårt att säga varför det är fler flickor än pojkar som skadar sig själva men Söderberg (2008) diskuterar huruvida det kan byggas på de föreställningar vi har om flickor och pojkar i samhället. Ett liknande resonemang går att finna i Smith et al. (1999) som framhåller att kvinnor förväntas ta mindre plats och ställa mindre krav på sin omgivning, vilket kan leda till att många kvinnor känner sig mindre värda och betydelsefulla. Då de inte förväntas utagera sina känslor vänder de istället sin frustration inåt vilket i olyckliga fall kan leda till ett självskadebeteende (ibid.). Söderberg (2008) framhäver också faran i att se flickor som skadar sig själva som en homogen grupp då medvetenhet om skillnader mellan olika individer riskerar att gå förlorad.

Behandlingsmöjligheter

Stiftelsen Allmänna Barnhuset (2004) poängterar att det inte finns något entydigt svar på varför människor utvecklar ett självskadebeteende och understryker att det kan vara flera olika faktorer som spelar in, bl.a. psykiska och sociala problem i olika former. Detta gör det även svårt att finna en enhetlig behandlingsform. Det finns stora brister inom forskning som rör behandling av självskadebeteende och de få studier som har gjorts är för små för att resultatet ska kunna generaliseras till en större population. Den forskning som finns tyder på att beteendeterapeutisk behandling samt dialektisk beteendeterapi, DBT, givit positiva resultat men det anses alltså fortfarande vara för ringa beforskat för att kunna konstateras att det verkligen hjälper (ibid.)

Ett problem i att finna behandlingsmöjligheter är som nämnts att få söker hjälp för sitt självskadebeteende (Hawton et al., 2006). Över hälften av de ungdomar som säger att de har ett självskadebeteende uppger att de inte sökt vård för detta. Anledningar till detta anges vara att ungdomarna inte upplever att deras självskadebeteende är så pass allvarligt att de behöver hjälp eller att de anser att ingen kan hjälpa dem. Flera ungdomar uppger också att de inte har kunskap om vilken typ av hjälp det går att få (ibid.).

Socialstyrelsen (2004) har i sin undersökning tagit del av flickor som varit på särskilda ungdomshem där flickorna har ett dokumenterat självskadebeteende. Undersökningen poängterar att antalet institutionsplacerade flickor som skadar sig själva är exceptionellt stort då siffran uppgår till en tredjedel. Självskadebeteende ses som en allt mer vanlig metod för att ge utlopp för en känslomässig problematik. Av de undersökta institutionerna har de flesta erbjudit flickorna individuella samtal, men endast ett fåtal har dock blivit erbjudna familjesamtal (ibid.).

Även Smith et al. (1999) diskuterar behandlingsmöjligheter men ger inga enhetliga lösningar på behandlingsmetoder för personer med självskadebeteende utan ger istället förslag på flera olika terapiformer som de anser kan vara viktiga i arbetet med dessa personer. En av de terapiformerna som nämns är Bristonmodellen som endast riktar sig till kvinnor och syftar till att skapa en förståelse för vad självskadebeteendet representerar (ibid.). Terapin fokuserar på att finna alternativa strategier för att hantera svårigheter som kan leda till att kvinnorna slutligen kan upphöra med sitt självskadebeteende. Som andra terapiformer nämns traumafokuserad terapi, dialektisk beteendeterapi och familjeterapi (ibid.). Några resultat på huruvida dessa terapiformer är framgångsrika redovisas dock ej.

Likaså Hawton et al. (2006) poängterar vikten av familjeterapi och menar att när en person avsiktligt skadar sig själv påverkar det många i dennes närhet, framförallt övriga familjemedlemmar. De framhäver också att en dysfunktionell familj ökar risken för självskadebeteende hos ungdomen vilket medför att det kan vara angeläget att involvera hela familjen för att kunna få ungdomen att sluta skada sig själv (ibid.). Högberg (2008) understryker att det är av stor betydelse att involvera framförallt föräldrarna i arbete med unga som skadar sig själva för att föräldrarna ska få en förståelse för vad deras ungdom går igenom, samt att göra ungdomen trygg i vetskapen om att föräldrarna är medvetna om att han/hon skadar sig själv. Det är även viktigt att ungdomen får känna sig accepterad och att denne ges utrymme att få utlopp för sina känslor (ibid.).

Självhjälpsgrupper är något som både Hawton et al. (2006) och Smith et al. (1999) lyfter fram. De åsyftar båda fördelar med självhjälpsgrupper och framhäver att det har en terapeutisk verkan att få möjlighet att söka stöd och hjälp hos likasinnade. Hawton et al. (ibid.) betonar dock att det kan finnas en risk att självskadebeteendet intensifieras vid kontakt med ungdomar med liknande problematik, då det kan ske en negativ påverkan i och med att ungdomarna kan börja ta efter varandras metoder för att skada sig själva.

Waad (2008) talar om Antonovskys salutogena teori som en bra grund att ha med sig i arbetet med ungdomar med självskadebeteende då fokus ligger på det som fungerar istället för det som inte fungerar i ungdomens liv. Waad (ibid.) framhäver att det är viktigt att se till ungdomens resurser och utnyttja dessa i kampen mot självskadebeteende. Det är även viktigt att göra ungdomen medveten om vad meningen med behandlingen är samt att få ungdomen att förstå vinsterna med att upphöra med ett självskadebeteende (ibid.).

Kapitel 6. Teoretiska utgångspunkter

I detta kapitel kommer vi att redogöra för den teori vi har valt att utgå ifrån, nämligen Antonovskys (1991) salutogena teori med dess KASAM-begrepp, samt även ta upp några kritiska aspekter vi funnit på området.

Salutogen teori

Vi har tilltalats av stommen i denna teori, då den betonar det som är friskt och välfungerande hos en person. De flickor som vi har intervjuat har dessutom varit bosatta på ett behandlingshem där man arbetar utifrån det salutogena synsättet (A. Andersson, personlig kommunikation, 5 november, 2008).

Salutogenes fokuserar således på hälsans ursprung, på vad som gör att människor klarar sig igenom livets ofrånkomliga svårigheter, som t.ex. sjukdomar och nära anhörigas dödsfall. Detta synsätt skiljer sig från den uppfattning som framförallt var rådande kring den tid då Antonovsky påbörjade sina studier kring salutogenes, nämligen det patogenetiska i vilket själva sjukdomen står i centrum. (Antonovsky, 1991). Inom det patogenetiska synsättet frågar man sig alltså vad det är som gör att folk blir sjuka, medan man inom det salutogena finner det mer intressant att ställa följande fråga *”varför hamnar människor vid den positiva polen i dimensionen hälsa-ohälsa, eller vad får dem att röra sig mot denna pol, var de än befinner sig vid ett visst tillfälle”?* (ibid., s.12). Det handlar enligt Antonovsky inte om någon motsats till patogenetiskt förhållningssätt, utan om ett helt annat sätt att se på hur man kan studera hälsa och ohälsa. Antonovsky (ibid.) talar om att se hälsa och ohälsa som på ett kontinuum där sjukdomar och andra s.k. stressorer, som kan påverka människans tillstånd, alltid finns närvarande och som därför inte är något konstigt eller avvikande utan en del av livet. Antonovskys definition av en stressor är *”krav som det inte finns några omedelbart tillgängliga eller automatiska adaptiva responser på”* (ibid., s.51). Samtidigt som stressorer av olika slag är allstädes närvarande hos människor, finns det även alltid något i en person som är friskt och välfungerande. Utifrån den salutogena synvinkeln är det alltså av intresse att ta reda på var på kontinuumet ohälsa-hälsa en person befinner sig.

Den salutogena synen på människan

Antonovsky (1991) beskriver vidare hur man inom det salutogena synsättet bör se människan i sin helhet, dennes upplevelser och historia, och inte enbart se en människa som en person med en viss sjukdom som ska botas. Har man det salutogena sättet att se på hälsa och ohälsa minskar risken att en människa reduceras till bara en sjukdom och man kan få en djupare förståelse för personen ifråga, vilket i sin tur kan bidra till att personen rör sig mot den friskare polen på kontinuumet. (ibid.).

Generella motståndsresurser/generella motståndsbrister

Stressorerna beskrivna ovan kan enligt Antonovsky (1991) leda till ett spänningstillstånd som en person måste handskas med. I vissa fall kan det leda till ohälsa av olika slag och i andra fall till hälsa, detta beroende på hur personen hanterar denna spänning. Blir spänningen kronisk kan det leda till ett tillstånd av farlig stress. För att förklara vad det är som kan hjälpa en person att bekämpa livets stressorer myntade Antonovsky (ibid.) begreppet generella motståndsresurser, GMR. Motpolen är generella motståndsbrister, GMB, vilka snarare har den motsatta effekten. GMR kan fungera som en hjälp, vilka kan bidra till att göra stressorerna vi människor möts av begripliga. Möts vi tillräckligt många gånger av denna typ av erfarenheter kan en stark känsla av sammanhang skapas. Känsla av sammanhang kan sägas ha som viktigaste funktion att förhindra att spänningen omvandlas till skadlig stress. (ibid.).

KASAM

Känsla av sammanhang, eller KASAM, består av de tre komponenterna *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*. Tillsammans kan de skapa en stark eller svag KASAM beroende på hur höga värden en person har av dessa komponenter, mätt med KASAM-instrumentets 13 eller 29 frågor (Antonovsky, 1991). Detta instrument består av frågor i form av påståenden med svarsalternativ på en tiogradig skala. De siffervärden man ger dessa påståenden kan alltså ge en antydning om ens KASAM-nivå är svag, måttlig eller stark. Definitionen av KASAM är följande;

Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang. (ibid., s 41).

KASAM:s tre komponenter

Har en person hög grad av *begriplighet* kan denna förvänta sig att stimuli som denne kommer att stöta på är förutsägbara eller att de i alla fall går att förstå och förklara. Med det menas inte att sådana ting som dessvärre hör livet till så som misslyckanden av olika slag, sjukdom och död är något som är lätt för dessa personer att gå igenom. Det handlar snarare om att dessa personer kan göra situationerna begripliga för sig själva. En person som känner en hög grad av *begriplighet* sätter sällan epitet som ”olycksfågeln” på sig själv, utan kan se en mening eller kanske t.o.m. en utmaning i de erfarenheter denne går igenom. I de fall det rör sig om särdeles svåra livshändelser kan personen med hög grad av *begriplighet* förr eller senare se händelsen som uthärdlig. (Antonovsky, 1991).

Med den andra komponenten *hanterbarhet* menas i vilken utsträckning en person kan hantera de stimuli som denne ideligen möts av. Det kan på så sätt sägas handla om hur man upplever att man själv, eller att människor i ens närhet, har de resurser som krävs för att handskas med olika situationer. En person med en hög känsla av *hanterbarhet* kommer troligen att se på olyckliga händelser i livet som något som dessvärre sker men som man, förr eller senare, behöver ta itu med. En sådan person brukar inte offerförklara sig själv eller förklara livet som orättvist. (ibid.).

Den tredje och sista komponenten i Antonovskys KASAM är kanske även den viktigaste av dem alla, nämligen *meningsfullheten* som betonar motivationen hos en människa. Antonovsky (ibid.) beskriver det som att det bör finnas en känsla av att livet är betydelsefullt och att en del problem i livet är värda att engagera sig i för att finna lösningar. *Meningsfullhet* rymmer även en tanke om att vissa problem i livet kan vara värdefulla och inte bara att

förkastas som onödiga. När olyckliga saker sker kan en person med hög känsla av meningsfullhet konfronteras med dem, trots att det är tungt och så småningom finna en mening i det som skett för att till sist klara sig igenom det.

Genom ovanstående redogörelse framkommer att komponenten meningsfullhet är den viktigaste, då en person som inte är motiverad eller engagerad även tenderar att tappa greppet om de andra komponenterna. Som nummer två, vad beträffar ordningen för betydelsen av de olika komponenterna, kommer begriplighet då hanterbarhet är beroende av denna. (ibid.).

Gränser

Antonovsky (1991) påpekar även att en människa kan ha en hög KASAM trots att personen ifråga inte ser hela omvärlden som begriplig. Han framhåller att människor sätter upp *gränser* och vad som sker utanför dessa gränser spelar mindre roll om det inte räknas som särskilt viktigt för den enskilda individen. Det betyder alltså att det inte spelar någon större roll om det som är utanför gränserna är begripligt, hanterbart och meningsfullt.

Stabiliseringen av KASAM

Antonovsky (1991) har fått en del kritik för sin hypotes om att KASAM efter en viss ålder, runt 30-årsstrecket, stabiliseras och i princip förblir oförändrad. Han förklarar dock att det främst var människor med stark KASAM han hade i åtanke när han förde fram sin stabiliseringshypotes.

Bergsten (1998) betonar i sin studie om känsla av sammanhang i unga barnfamiljer, vilken hon genomfört vid tre olika tillfällen, att över hälften av intervjupersonerna ger olika svar på KASAM-instrumentet beroende på vilken livssituation de befinner sig i. Detta skulle således kunna betyda att Bergstens (ibid.) resultat motsäger KASAM som en "varaktig känsla", se definitionen av KASAM ovan, och att KASAM snarare är något som kan förstärkas och försvagas genom hela livet.

Gassne (2008) har i sin avhandling, som bl.a. behandlar socionomstudenter och yrkesverksamma socionomer och deras nivåer och förändringar av nivåer på KASAM-skalan, kommit fram till resultatet att KASAM inte är stabilt över tid och inte heller stabilt i och med att en person uppnår en ålder av 30 år. I Gassnes (ibid.) studie visar det sig främst vara personer med lägre KASAM som med tiden förändrar sina värden mot en mer starkare sådan. Gassnes (ibid.) resultat tyder, liksom Bergstens (1998) alltså på att KASAM kan stärkas genom hela livet.

Eriksson (2007) har utifrån de studier hon analyserat kommit fram till att KASAM predicerar hälsa men att det inte är den enda förklaringen till detta. Hon har funnit att hög KASAM är nära sammanlänkat med en optimistisk personlighetstyp i motsats till lägre KASAM som snarare är länkat med oro och depressioner (ibid.). Dessa resultat kan stödja Antonovskys tes om att KASAM är ett väl fungerande mätverktyg för att utröna förklaringar till hälsa hos människor.

Kritik mot den salutogena teorin

Även om den salutogena teorin har haft en väldig genomslagskraft på många områden har det även riktats en del kritik mot densamma, bl.a. av Kumlin (1998) som i skriften *Röster om KASAM* lät 15 forskare ge sina repliker på en artikel han skrivit med namnet "*Korruptionen av den existentiella insikten: en när(synt) läsning av den salutogenetiska modellen*". I denna artikel får Antonovskys teori stå emot många hårda ord. Kumlin (ibid.) beskriver i denna text hur han anser att Antonovsky korrumpierar sina egna insikter eller som Kumlin också förklarar det "*Antonovsky pekar ofta utanför ett normalvetenskapligt synsätt, men eftersom detta pekande till slut reduceras till samma synsätt leder det inte till ett genuint överskridande*".

(ibid., s. 6). Vi förstår detta påstående som att Antonovsky, som med sin salutogena teori vill erbjuda en ny syn på hälsa och ohälsa, i slutändan ändå inte tillför något annat än vad som redan framkommer av det patogentetiska, d.v.s. det normalvetenskapliga. Detta p.g.a. att fokus ofrånkomligt hamnar på det sjuka, d.v.s. ett patogenetiskt synsätt. Kumlin (ibid.) tar upp ett exempel på detta då han försöker bena i vad det i själva verket innebär då man ser på hälsa och ohälsa som på ett kontinuum och inte enligt den klassiska dikotomin sjukdom och hälsa. Antonovsky ska ha sagt att de dimensioner som främst åsyftas på kontinuumet är upplevd smärta, funktionell begränsning och av läkare skattad diagnos, prognos och behandling, d.v.s. dimensioner som fokuserar på det sjuka. (ibid.)

Kritik mot KASAM-begreppet

Vi har funnit en hel del kritiska aspekter mot själva KASAM-instrumentet. En del av denna kritik handlar just om hurvida en människas KASAM skulle vara svårföränderlig efter inträdet i en viss ålder. Theorell (1998) förmedlar en känsla av att KASAM-begreppet vilar på en deterministisk livssyn och att användandet av formuläret kan tendera att stämpla människor på felaktiga grunder. Theorell (ibid.) tar även upp det faktum att relativt omfattande forskning faktiskt har visat på en hög korrelation mellan KASAM och hälsa, men fortsätter med att påpeka att han aldrig funnit denna upptäckt särskilt anmärkningsvärd. Han skriver att det för honom säger sig tämligen självklart att en person som känner sammanhang i sitt liv har bättre hälsa än en person som inte känner sammanhang.

En annan kritisk infallsvinkel till KASAM-begreppet som vi har funnit är hurvida de siffror som man får på KASAM-instrumentet kan fungera som en "sanning", på samma sätt som när vi får ett siffervärde på vårt blodtryck, puls eller liknande (Tishelman, 1998). Vi förstår det som att dessa siffervärden kan forma våra uppfattningar om oss själva och om andra, vilket i värsta fall kan bli ytterligare ett sätt att urskilja och sätta värdeladdade epitet på människor som starka och svaga eller särskilja "normalt" från "onormalt".

Som Tishelman (ibid.) även skriver i sin artikel kan det finnas risker med detta tankesätt, som t.ex. att i kärva tider satsa mindre resurser på "de svaga" eftersom det ändå kan betraktas som lönlöst. Detta låter givetvis väldigt hårt, men vi förstår resonemanget med det farliga i att betrakta människor som s.k. hopplösa fall och hur förödande det kan vara med en sådan inställning i arbete med människor.

Kapitel 7. Metod

Under detta avsnitt kommer vi att förklara hur vi gått tillväga för att få fram vårt material. Vi har utfört en kvalitativ studie där vi genomfört intervjuer med flickor som genomgått behandling för självskadebeteende. Fokus i intervjuerna har varit att höra flickornas beskrivningar kring deras upplevelser av de olika behandlingsmetoderna som fanns på det behandlingshem de vistats på. Vår studie kan därför, enligt vår mening, betraktas som en uppföljning då samtliga flickor vistats på samma behandlingshem.

Vår studie har en abduktiv ansats, vilket innebär att vi har utgått från empirisk data, men att vår tolkning skett utifrån teoretiskt grundade antaganden. Alvesson och Skoldberg (2008, s. 56) beskriver denna förklaringsmodell som att "*abduktionen utgår från empiriska fakta liksom induktionen, men avvisar inte teoretiska förföreställningar och ligger i så måtto närmare deduktionen*". Vi ser det som en poäng med att växla mellan empiri och teori, då vi har en föreställning om att det kan skapa en djupare förståelse för vårt material. Detta eftersom vi inte låser oss vid en specifik teori men inte heller blir helt empiristyrda.

Vetenskapsfilosofisk utgångspunkt

Vi har valt att ha en hermeneutisk ansats i vår uppsats. Då vi är intresserade av att skapa oss en förståelse för flickornas egna uppfattningar och beskrivningar av sin livsvärld anser vi att denna vetenskapsfilosofi lämpar sig bra (jmf. Larsson, 2005).

Hermeneutik

Ödman (1979) talar om hur enskilda delar är nödvändiga för att förstå helheten, samtidigt som helheten kan bidra till att förstå delarna. Han liknar det vid att lägga ett pussel där det finns en föreställning om hur helheten ska se ut och som på så sätt hjälper en att kunna få pusslet färdiglagt. Han fortsätter med pusselmetaforen och säger att det inte räcker med att ha helhetsbilden klar för sig utan att även delarna blir nödvändiga för att få en uppfattning om helheten, varför det alltså mellan delar och helhet föreligger ett slags beroendeförhållande. (ibid.).

”Att tolka är att tyda tecken” (ibid., s. 44). Att tolka är alltså att berätta att man ser något som något, men detta något är subjektivt och kan tolkas på olika sätt beroende på t.ex. omständigheter och person. Sådant vi människor tar som självklart uppfattas oftast inte som tolkningar, då det är en del av vår förförståelse och vi ofta antar att andra förstår det på samma sätt (ibid.). Att medvetet tolka något som något gör människor i regel när saker och ting är svåra att tyda, när förståelsen inte riktigt räcker till. Enligt Ödman (ibid.) är det således spänningsförhållandet mellan att inte förstå och att vilja förstå som skapar tolkning.

Vi är medvetna om att vi inte kommer att kunna göra en regelrätt hermeneutisk tolkning av vårt resultat, men vi har däremot inspirerats av denna vetenskapsfilosofiska utgångspunkt i vår tolkning. För att göra detta har vi valt att analysera vårt material utifrån olika teman som vi sedan diskuterar inbördes och i relation till varandra för att skapa en helhetsförståelse, likt en hermeneutisk cirkel.

Tillvägagångssätt

Vi har genomfört kvalitativa respondentintervjuer med åtta flickor med fokus på deras syn på den behandling de har genomgått för självskadebeteende (Holme & Solvang, 1997).

Efter samtal med föreståndaren för behandlingshemmet där flickorna varit placerade bestämde vi oss för att ha samarbetsmöten med föreståndaren för att tillsammans konstruera en intervjuguide (se bilaga 1). Vid dessa möten blev det lättare för oss att förstå vilken typ av behandling flickorna har genomgått samt att få en inblick i hur arbetet på behandlingshemmet gick till, detta för att reducera risken för feltolkningar i flickornas utsagor om behandlingen.

Intervjuguiden kan tyckas vara något systematisk men då vi gör denna studie på uppdrag från ett behandlingshem är detta svårt att undvika eftersom det är ett visst antal frågor som är önskvärda, från behandlingshemmets sida, att ha med. Vi kan se både för- och nackdelar med denna form av samarbete, då vi i viss mån fick ge vika för infallsvinklar som vi var intresserade av att ha med i intervjuerna, men som personal på behandlingshemmet ansåg var mindre lämpliga. Utan den kontakt vi hade med dessa personer hade vi dock riskerat att ställa alltför känsliga frågor, vilket förmodligen inte hade lämpat sig särskilt väl i denna typ av studie. Både vi som undersökare, men även personal från behandlingshemmet fick alltså göra vissa kompromisser, vilket i slutändan resulterade i en intervjuguide som vi alla blev nöjda med.

Vi anser även att intervjuguiden öppnade upp för följdfrågor och en viss dialog med intervjupersonen. För några av intervjupersonerna passade frågorna mindre bra och vi blev i dessa fall tvungna att gå utanför vår intervjuguide i högre grad.

Genomförande av intervjuer

Intervjuerna genomfördes per telefon eftersom flickorna idag bor i olika delar av landet och det därför inte skulle vara rimligt att besöka alla personligen. Proceduren att få tag på dessa flickor visade sig dock vara mer mödosam än vad vi hade förutsett och vi fick därför ägna mycket tid åt att ringa runt till somliga av dem. Några av flickorna fick vi inte tag på överhuvudtaget, varför vi slutligen var tvungna att sätta punkt och nöja oss med de åtta flickor som svarade.

Telefonintervjuerna följde de rekommendationer Esaiasson et al. (2007) uttrycker om en önskvärd längd på ca 10-15 minuter. Intervjuerna genomfördes således över telefon och för att kunna spela in dem använde vi oss av en högtalarfunktion samt en digital inspelningsapparat som fångade upp samtalet. Vid kvalitativa intervjuer är det väsentligt med ljudupptagning, då intervjuguiden endast bör fungera som en ledstjärna och inte följas slaviskt (Holme & Solvang, 1997).

Bearbetning av data

När intervjuerna var genomförda transkriberades de till text. Kvale (1997) skriver att transkriberingen omvandlar ett levande samtal till en statiskt skriven text, varför vi ansåg det särskilt viktigt att transkriberingen skedde ordagrant. Vi valde även att återge känslouttryck i omvandlingen från tal till skriven form, detta för att behålla stämningen från intervjun och göra den skrivna texten mer levande. Trots dessa försök kan en intervjuutskrift ge sken av ett mer stelbent samtal än vad som i själva verket var fallet, detta kan vara bra att ha i åtanke vid sammanställandet av skrifterna (ibid.). För att ännu bättre komma ihåg den stämning eller anda som var under intervjun valde vi att skriva våra egna reflektioner i direkt anslutning till själva intervjun. Detta kom att underlätta för oss i våra senare analyser och bidra till ett litet större djup i vår förståelse.

Utifrån vad som framkom under intervjuerna samt i förhållande till vårt syfte kunde vi strukturera materialet i olika teman. Struktureringen är en viktig del i att lära känna sitt material och se vad som finns att tillgå (ibid.). Under resultatdelen använde vi således dessa teman och flickornas röster fick framställas i form av citat. För att stärka anonymiteten har vi valt att inte skriva ut flickornas namn eller åldrar utan benämnt dem med bokstäverna A-H. Vi strävade efter att låta alla flickor vara representerade i uppsatsen men då vissa var mer talföra finns en viss överrepresentation bland några av flickorna.

En av flickorna vi intervjuade svarade nekande på samtliga av våra frågor och använde endast ordval som t.ex. "nej" och "vet inte". Det gjorde det svårt att integrera hennes svar med de övriga flickorna och därför har vi valt att presentera och analysera hennes svar för sig under *Flicka H*.

Urval

Vårt urval bestod av samtliga 17 flickor som skrevs ut från ett specifikt behandlingshem under 2007 och 2008 och som i samband med det skrev under att de kunde ställa upp på att svara på frågor kring deras behandling. Urvalet är därför ett s.k. totalurval (Esaiasson et al., 2007). Anledningen till att inga flickor som skrevs ut innan 2007 deltog i studien beror på att behandlingshemmet först 2007 ställde krav om skriftligt godkännande för att få återkomma i utvärderingssyfte och dylikt. Innan 2007 var terapierna inte heller tillräckligt strukturerade för att kunna utvärderas på ett givande sätt (A. Andersson, personlig kommunikation, 23 november, 2008).

Vi fick kontakt med flickorna genom en s.k. grindvakt (Gustafson, 2006). Vår grindvakt är föreståndare för ett behandlingshem som tar emot flickor i åldrarna 13-20 med ett självdestruktivt beteende där självskadebeteende är en stor del av problematiken (A.

Andersson, personlig kommunikation, 5 november, 2008). De flickor vi har intervjuat är mellan 15-20 år. Föreståndaren hade önskemål om att genomföra uppföljningar på de senast utskrivna flickorna och höra deras åsikter och upplevelser av behandlingsmetoderna på behandlingshemmet. Då vissa av flickorna är minderåriga blev även deras vårdnadshavare tillfrågade och både flickan och vårdnadshavare var tvungna att tacka ja till att delta i uppföljningarna.

Bortfall

Det var slutligen åtta flickor som deltog i våra telefonintervjuer vilket gör vårt bortfall relativt stort. Vi kan fråga oss om de flickor som vi inte fick tag på eller som inte ville delta var de som idag mår sämre och därför kände att de inte orkade prata om sin tid på behandlingshemmet, eller om de rent av är de som var mest missnöjda med behandlingen. Vår tanke är således att det är de flickor som mår någorlunda bra idag som orkar delta i en uppföljning som denna, men hur det verkligen ser ut och vad bortfallet beror på kan vi endast spekulera i. Vår grindvakt gjorde oss även uppmärksammade på att det är vanligt att flickorna kontinuerligt byter telefonnummer, vilket försvårar möjligheten att få tag i dem.

Analysmetod

Den analysmetod vi har valt att ha som grund är meningskoncentrering. Genom meningskoncentrering har vi kortat ner långa citat till mer konkreta och lättöverskådliga uttalanden (jmf. Kvale, 1997). Vi har i vissa fall valt att utesluta s.k. utfyllnadsord som t.ex. liksom och alltså. Vi anser att denna analysmetod även har vissa etiska fördelar då den stärker möjligheterna till flickornas anonymitet då vi ges möjlighet att till viss del modifiera deras uttalanden till citat med mindre personlig prägel.

Etiska överväganden

Vid genomförandet av en studie bör man som forskare beakta både forskningskravet samt individskyddskravet (Vetenskapsrådet, 1999). Det finns dock inga vattensäkra skott om var gränsen går mellan forskningskravet och individskyddskravet varför man bör göra en avvägning mellan dessa från fall till fall. I vår undersökning har vi funnit det intressant att lyfta fram flickors egna röster, då vi uppfattar att det råder viss brist på det i studier av detta slag. Det skulle kunna betona varför kunskapen behöver framhävas och diskuteras, d.v.s. det kan sägas hänvisa till forskningskravet (ibid.). Å andra sidan kan det vara svårt att genomföra en studie som denna utan att intervjupersonerna kommer till viss skada då det förmodligen för dem är känslamma frågor som behandlas. Trots att vi på många vis försökt tillgodose individskyddskravet har det alltså till en liten del fått stå tillbaka för forskningskravet.

Vi har således tagit ställning till flera etiska aspekter vid genomförandet av vår studie. Vid intervjutillfället redogjorde vi för principen om informerat samtycke, anonymitet samt nyttjandekravet (ibid.).

Informerat samtycke

Kvale (1997) beskriver vikten av informerat samtycke vid genomförandet av en intervju. Med informerat samtycke menas att en person som deltar i en undersökning ska vara införstådd i studiens syfte och dess upplägg samt att denna person ska delta av fri vilja och kunna avsluta intervjun när som helst under intervjuens gång.

Strax innan tidpunkten för intervjuerna ringde vår grindvakt upp flickorna, och/eller deras vårdnadshavare i de fall flickan inte var myndig, för att påminna dem om studien samt syftet med den och frågade om de fortfarande ville ställa upp. Efter det fick vi klartecken om att vi

kunde genomföra intervjuerna och skred följaktligen till verket. Vid själva intervjutillfället påminde vi flickorna om det skriftliga samtycket som de eller deras vårdnadshavare skrivit under och betonade även vikten av ett muntligt samtycke från flickorna själva. Då deltagande i vår studie är frivilligt är det ur en etisk synvinkel viktigt att både vårdnadshavare och den minderåriga lämnar sitt samtycke (Giota, 2005). Vi förklarade även vad vår undersökning gick ut på och betonade att de kunde avbryta intervjun om det inte kändes bra, eller säga ”pass” på en specifik fråga om de inte ville besvara den, detta blev dock aldrig aktuellt under våra intervjuer. I slutet av intervjun tillade vi att flickorna kunde kontakta oss eller behandlingshemmet om de hade några vidare funderingar om studien eller om de ville ändra eller lägga till något i sina utsagor. Det var dock ingen som gjorde detta.

Anonymitet och konfidentialitet

I största möjliga mån är det viktigt att en intervjuperson har rätt att vara anonym i en studie (Vetenskapsrådet, 1999), något som vi meddelade flickorna om vid intervjutillfället. Dock finns det en risk att personer från behandlingshemmet som har arbetat med flickorna skulle kunna komma att känna igen dem utifrån de svar de givit oss. Vi har dock gjort vad vi har kunnat för att avidentifiera flickorna i den färdiga skriften.

Kvale (1997) betonar även vikten av konfidentialitet i forskningssammanhang, vilket innebär att data av sådan privat karaktär som kan bidra till att en intervjuperson blir igenkänd ska undvika att tas med eller omformuleras i den färdiga studien.

Flickorna i vår studie har alla varit på samma behandlingshem i samma ort och för att inte lämna ut dem har Ortsnamn och namn på behandlingshem utelämnats. Som vi tidigare nämnt har vi inte heller tagit med flickornas riktiga namn. För att personalen på behandlingshemmet ifråga inte ska veta vem av flickorna som sagt vad har vi även valt att inte ta med alltför personliga citat som vi anser skulle kunna kännas igen av personer som arbetat nära flickorna.

Konsekvenser av intervjun

En annan viktig aspekt vad beträffar etik vid intervjuer är att intervjupersonen ska lida så pass liten skada som möjligt och att den skaderisk som ändå finns ska vara mindre än fördelarna vad gäller den kunskap som kan erhållas utifrån intervjun (Kvale, 1997). Vi har därför medvetet valt att inte fokusera på frågor som rör orsakerna till flickornas självskadebeteende eller andra frågor av mer känslig karaktär som t.ex. deras mående och om de har upphört med självskadebeteendet idag.

Något som kan ha upplevts som ett problem för flickornas del var dock det faktum att intervjuerna genomfördes över telefon och att flickorna därför bara möttes av en telefonröst. Även om vi försökte undvika alltför känsliga frågor öppnade många flickor ändå upp sig för oss och det kan ha känts märkligt att efter det bara säga ”tack och adjö” och lägga på luren. Å andra sidan kan det ha känts bra för vissa andra att t.ex. inte behöva avsätta någon längre tid för en intervju ansikte mot ansikte. Möjligt är även att någon eller några av flickorna fann det behagligt att faktiskt ha en viss distans till oss som man trots allt får över telefon.

En annan synpunkt man kan ha på att genomföra telefonintervjuer om relativt känsliga ämnen är att det kan vara svårare att läsa av intervjupersonens reaktioner på de frågor som ställs och att på så sätt riskera att situationen blir besvärligare än vad som var avsikten.

Nyttjandekravet

Av betydande vikt är att man inte använder den information som framkommer i utförandet av en forskningsintervju till något annat än vad som är avsett med studien (Vetenskapsrådet, 1999). En person som deltar i en studie kan använda resultaten som framkommer i denna för att t.ex. söka stöd och hjälp från en social myndighet, men resultaten får emellertid inte användas från andra håll, d.v.s. från myndighetens sida. (ibid.) I vår studie framställs

flickornas beskrivningar under olika teman, d.v.s. vi har inte redogjort för flickornas skildringar var för sig, varför de förmodligen inte kommer att kunna återropa resultaten på det sätt som är beskrivet ovan. Vi var även tydliga med att materialet inte skulle hamna i orätta händer samt förklarade syftet med studien så att flickorna själva kunde ta ställning till om de ville delta.

Fler etiska aspekter

Förutom de ovanstående etiska aspekterna har vi även diskuterat det faktum att vår grindvakt är föreståndare för behandlingshemmet och även har varit delaktig i behandlingen av flickorna i vår studie. I och med att det är vår grindvakt som har förmedlat kontakterna till oss är hon även medveten om vilka de 17 tillfrågade flickorna är. Däremot kommer vi inte att berätta för henne vem som har sagt vad och vilka åtta av de 17 flickorna som vi faktiskt fick tag på.

Innan genomförandet av intervjuerna diskuterade vi huruvida flickorna skulle tendera att ge önskvärda svar till oss i och med att vi gör undersökningen för behandlingshemmets räkning, men i efterhand har vi kunnat konstatera att så inte verkar ha varit fallet då vi har fått väldigt varierande svar. Detta resoneras vidare kring i diskussionen.

Validitet

Att mäta det man har för avsikt att mäta, d.v.s. validiteten i en studie, torde vara en av grundbultarna i en undersökning (Esaiasson et al., 2007). För att försäkra oss om detta har vi gjort vissa nödvändiga avvägningar.

Vi anser att vår studies validitet har ökat genom att vi arbetat fram ramen för våra intervjuer tillsammans med professionell behandlingspersonal från behandlingshemmet där flickorna varit placerade. Detta stärker trovärdigheten i våra frågor och bör reducera risken för feltolkningar och svårförstådda frågor och på så sätt även höja tydligheten i desamma. En nackdel med detta förfarande kan vara att vi fick mindre att säga till om vad gäller frågornas innehåll och utformning och att fokus på så sätt skulle riskera att hamna utanför syftet. Vi kom dock att omarbete syfte och forskningsfrågor i samband med detta samarbete varför det inte borde ha påverkat studiens validitet i negativ bemärkelse.

Efter transkriberingen av intervjuerna lyssnade den av oss som inte transkriberat intervjun igenom ljudinspelningen samt följde med i den skrivna texten. Larsson (2005) skriver att detta är ett sätt att stärka en studies validitet.

Vi erbjöd även alla flickor att vi kunde återkomma vid en mer passande tid om vi ringde olägligt, det kan ha bidragit till en ökad tillförlitlighet i vår undersökning då risken för stress och irritation över dåligt tidpunkt bör ha minskat hos flickorna.

Reliabilitet

För att öka reliabiliteten i vår studie utförde vi samtliga intervjuer tillsammans. Vi anser att detta borde minska risken för att vi ställer frågorna på olika sätt vilket i sin tur skulle kunna leda till olika svar. Då den ena av oss ledde intervjun satt den andra bredvid och tog stödanteckningar, vilket kom att vara behjälpligt vid transkriberingen i de fall då det var svårt att höra vad som sades. Ovanstående förfarande torde ha reducerat risken för hörfel och missförstånd vilket är väsentligt för en hög reliabilitet (Esaiasson et al., 2007). Vi varierade vem som genomförde intervjun och vem som skrev stödanteckningar.

Ett annat sätt som vi anser stärker vår reliabilitet är att vi gjorde transkriberingen av intervjun direkt efter eller nära inpå intervjutillfället. Trots att vi spelade in alla intervjuer menar vi att det underlättar att intervjun ligger färsk i minnet då eventuella svårigheter med att

höra vad som sades under intervjun kan ha kommit att minska. Detta tillvägagångssätt samt en genomgående noggrannhet genom hela materialinsamlingen har varit av betydande vikt för att minska risken för slarv-, hör- och minnesfel (ibid.). Vi har även försökt undvika att sådant som stress och trötthet ska påverka vårt sätt att genomföra intervjuer, skriva ut dem samt i den efterföljande databearbetningen.

Kvale (1997) betonar vikten av att ha tydligt formulerade frågor för att höja reliabiliteten i en studie samt att ha fler likartade frågor för att säkerställa sig om konsistensen i de svar som erhålls. I och med att våra frågor främst betonade den behandling som varit aktuell för flickorna var det av naturliga skäl många frågor som var lika varandra, något som i sin tur ledde till att flickornas svar stundtals kom att upprepas.

Generaliserbarhet

Inom kvalitativ forskning ses varje situation som unik och det leder till svårigheter att generalisera resultatet (Kvale, 1997). Då vi gör en kvalitativ studie anser vi oss därför inte ha som syfte att generalisera. Med detta sagt vill vi ändå framhäva att vi ser det som önskvärt att, i viss mån, generalisera flickornas åsikter kring behandlingsmetoderna till ett vidare sammanhang, dock bör denna generalisering ske varsamt och med eftertanke. Den typ av generalisering som vi anser lämpar sig bäst i vår studie skulle kunna liknas vid det som Kvale beskriver som en analytisk sådan (ibid.). Med denna form av generalisering kan vi göra en bedömning av huruvida de resultat som framkommit i vår studie kan appliceras och ge en föränning om vilken typ av resultat som kan uppkomma i en situation av liknande slag. En noggrann undersökning av likheter och skillnader mellan de olika situationerna ligger till grund för den analytiska generaliseringen, vilken alltså kan sägas stödja på en s.k. ”påståendelogik” (ibid., s. 210).

Kapitel 8. Resultat

Det var således åtta flickor som slutligen kom att delta i våra telefonintervjuer och vad som sades under dessa intervjuer redovisas under tre teman som vi har valt att benämna *flickornas syn på behandlingsmetoderna*, *behandlingstidens betydelse* samt *kvarstående effekter av behandlingsmetoderna*. I de fall flickorna har titulerat behandlingshemmet vid namn har vi, som nämnt, valt att namnge det med bokstaven X.

Flickornas syn på behandlingsmetoderna

Det som flickorna lyfter fram som de viktigaste behandlingsmetoderna är framförallt dialektisk beteendeterapi, ridterapi, samt olika delar i miljöterapi. Några av flickorna poängterar dock att de inte har haft några tydliga behandlingsmetoder.

Färdighetsträning inom dialektisk beteendeterapi

På frågan om vad som var den viktigaste behandlingsmetoden uttrycker flera flickor att färdighetsträningen inom DBT:n var en av de mest betydelsefulla. De förklarar även vad det var i detta som var viktigt och ett par av flickorna uttrycker sig dessutom i termer som visar på att de tagit med sig utmärkande begrepp från behandlingen.

DBT, dialektisk beteendeterapi. Det är det enda som har hjälpt egentligen. Det är att man får en... konkret manual där man kan läsa sig till vad man ska göra när det är en svår situation, och man får konkreta exempel och det är liksom en handlingsplan... det tycker jag har varit jättebra! (flicka C)

En flicka lyfter upp färdighetsträningen inom DBT:n under en annan fråga, men då istället ur en negativ synvinkel där hon poängterar bristerna som hon kunde finna med denna terapiform på behandlingshemmet ifråga. Hon framhäver framförallt bristerna hos personalen som höll i gruppverksamheten inom DBT:n och säger att det var en dålig dialog mellan behandlare och flickorna.

DBT:n var ju inte så bra heller, för att dom som ledde DBT:n var inte så bra på det dom gjorde. Det var liksom... mest "nu ska ni lyssna på oss och ni ska vara tysta och så här ska man göra" och när jag försökte fråga hur dom menade egentligen med att man ska vara närvarande och grejer så kunde dom inte förklara det... Det va ju som att sitta där och lyssna på en föreläsning man inte fattade någonting av. (flicka G)

En annan flicka lyfter fram både färdighetsträningen och individualterapi och beskriver vad det är i dessa terapiformer som har hjälpt henne. Hon betonar värdet av att få hjälp med att hjälpa sig själv samt att få hjälp med att ändra tankesättet kring sig själv.

Alltså jag tror det är en blandning av alltihopa. Fast jag tror det är främst DBT:n och dom individuella samtalen. [...] I DBT:n lärde jag mej att hitta verktyg som jag kunde använda mej av så jag kunde hjälpa mej själv när det behövdes och så och i dom individuella samtalen lärde jag mej att tänka om och ändra min bild av mej själv. (flicka D)

Individualterapi

De egna samtalen d.v.s. individualterapi är det flera flickor som lyfter fram som något positivt. Individualterapi ingår, som tidigare nämnts, som en del i den dialektiska beteendeterapi. En flicka framhäver vikten av att få prata om sitt mående men även om andra saker som pågår i hennes liv. En annan flicka uttrycker att hon fann det betydelsefullt att få tala ut om allt och ingenting tillsammans med en terapeut och att det var viktigare för henne än det mer djuplodande i behandlingen.

Egna samtal som jag hade med min terapeut, det var det bästa... vi kom väldigt bra överens. Att en gång i veckan bara få släppa all skit man har burit omkring på, det var jätteskönt, den här djupa behandlingen var väl inte det viktigaste där egentligen, utan mer att få prata av sej. (flicka B)

Det framkommer även mer ambivalenta känslor inför individualterapi och en av flickorna beskriver hur hon kunde se både för- och nackdelar med denna terapiform. Hon förklarar dock att hon föredrar att tänka framåt istället för att älta det som har varit tidigare.

Det som inte riktigt passade mej var att sitta och älta saker och ting, alltså bearbeta. Det är ju en viktig del i och för sig, men det som har hjälpt mig är att blicka framåt... Det är så lätt att man sitter och gräver ner sej i det som varit en gång istället för att blicka framåt. (flicka C)

En annan flicka uttrycker positiva tankar om individualterapi, men berättar att det successivt växte fram mer negativa sidor med dessa samtal allteftersom hon började må bättre. Hon beskriver att hon upplevde att det fanns ett beteende som var att betrakta som normalt, ett beteende som hon inte tillägnade sig eller blev sedd som.

Enskilda samtal hade jag med en kvinna där och det var ju bra tills jag flyttade, för jag flyttade, jag avbröt behandlingen [...] Det var nog mest att jag fick berätta om varför jag mådde dåligt och så. Det var ju det som det gick ut på att jag skulle göra så det var ju bra... Men samtidigt när jag började må bättre så började jag bli en egen person och det tyckte inte dom var nått bra, för den personen som dök upp var inte... vad ska man säga... normal. (flicka G)

Ridterapi

Ridterapi var tillsammans med färdighetsträningen inom DBT den terapiform som för några flickor framställdes som en av de viktigaste. En flicka berättar att hon lärde sig hur hennes handlingar påverkar andra samt vikten av att vara "medvetet närvarande" under ridterapi och inte sitta och tänka på annat. En flicka beskriver sina upplevelser av ridterapi i termer av att hon fick en bättre kroppskänedom, självförtroende och tillit till andra människor.

Ridterapi var bra för att man jobbade mycket med kroppen... man fick lära känna kroppen och det var bra för självförtroendet, jag lärde mej lita på andra. (flicka A)

Två flickor uttrycker emellertid att de inte har deltagit i ridterapi då det var en valbar terapiform. De beskriver att de kände en rädsla eller saknade intresse för hästar och valde därför att inte delta i ridterapi. En av flickorna uttrycker dock att hon var medveten om att det fungerat väldigt bra för andra men valde ändå att inte själv vara delaktig. Flicka D sätter ord på sina känslor kring ridterapi och förklarar varför hon valde att inte delta.

Ridterapi har jag inte haft... det är väl för att jag inte varit så intresserad av hästar... så jag trodde inte att det skulle passa mig. (flicka D)

Miljöterapi

Då miljöterapi är ett omfångsrikt och något svårdefinierat begrepp framkommer det varierade beskrivningar kring detta. Vid intervjutillfället visade det sig att flickorna inte riktigt förstod vad vi menade med just miljöterapi, varpå vi tog upp specifika exempel som vi antog att de kunde relatera till. Detta kan dock ha medfört att vissa miljöterapeutiska inslag inte lyftes i lika stor utsträckning som andra. De aspekter av miljöterapi som främst berördes under intervjuerna var dock strukturen, miljöombytet samt det faktum att flickorna lever tillsammans med andra flickor med liknande svårigheter. Ett par flickor uttrycker således att strukturen var en väsentlig del i miljöterapi.

Dom har väldig struktur på X. Det var det när jag var där i alla fall och det tycker jag är jätteviktigt, för många av oss som kommer dit har ju ingen struktur alls av vardagsliv och tider att passa och skola, det har varit jättebra att de varit hårda med det. (flicka B)

En annan flicka har en annorlunda syn på behandlingshemmets struktur och lyfter istället fram bristerna med strukturen och avsaknaden av rutiner. Hon berättar även att hon fick dålig

information om vad innebörden med hennes behandling var och uttrycker en slags frustration över att det enda som hon fick klarhet i var att hon fick sin medicin.

Dom saknade rutiner och information om behandlingen, det var ganska rörigt... jag visste inte vad som skulle hända... jag fick bara min medicin. (flicka A)

Flera flickor förklarar vikten av att få byta hemmiljö och få komma till en ny stad. En av flickorna förklarar att miljöombytet bidrog till att hon lyckades bryta ett destruktivt mönster i form av drogrelaterade problem. En annan flicka berättar att en viktig faktor i miljöombytet var att hon verkligen tilläts må dåligt utan att behöva ta hänsyn till exempelvis sin familj.

Det var väldigt skönt att flytta hemifrån. Det var så svårt för min familj att se mej när jag mådde som sämst och när det var personal runt omkring så kunde man tillåta sej själv att må så dåligt som man gjorde och inte behöva ta hänsyn till någon annan och det tror jag var viktigt för mej... jag behövde bryta ihop ordentligt innan jag kunde gå vidare, och det tvingas man göra på ett annat sätt när man är på behandlingshem. (flicka C)

Det kom även upp synpunkter på hur det var att bo tillsammans med andra flickor som har liknande problematik. En flicka uttrycker det positiva med denna typ av boendeform och säger att hon fick en känsla av att inte vara ensam med sina problem när hon såg och fick lära känna andra flickor i liknande situation.

...Eftersom jag träffade andra tjejer som mådde dåligt så kände jag mej inte ensam längre så tjejerna hade jättestor betydelse. (flicka E)

En annan flicka berättar vidare om för- och nackdelarna med att leva tillsammans med andra flickor med självskadebeteende och lyfter fram faran och fördelen i att "smittas" av varandras beteende.

Man bor ju med tjejer som inte är friska alla gånger, så man påverkar ju varandra extremt mycket, det var väl det som var lite dåligt ibland. Man smittar ju varandra... det är ju åt båda hållen liksom, det är ju inte bara det dåliga måendet utan när någon har en riktigt bra dag så blir man ju glad och så... (flicka C)

Även mer renodlade negativa aspekter av att bo tillsammans lyfts fram av en av flickorna. Flickan ifråga ger även uttryck för att anse sig vara olik de andra flickorna till sin problematik samt beskriver en känsla av oförståelse till varför hon var på behandlingshemmet överhuvudtaget.

Tjejerna som satt där, man fick liksom se hemska grejer som dom gjorde och jag är inte van vid det. Så det vart som att, "okej vart har jag hamnat"... vi hade inte samma problem, dom satt där inne för helt andra grejer, och jag kom dit för något helt annat om man säger så. (flicka F)

Övriga synpunkter på behandlingsmetoderna

Här redovisar vi citat från två flickor som lyfter fram negativa synpunkter på sådant som inte ryms under ovanstående rubriker. En av flickorna beskriver personalens agerande i mindre bra termer när hon förklarar att hon inte fick ägna sig åt sina kreativa intressen, då dessa, enligt hennes utsaga, inte ansågs lämpliga från behandlingshemmets sida.

...Dom försökte ta ifrån mej mina målargrejer för jag fick inte måla, för det var fel, jag målade fel saker. Jag fick inte skriva för jag skrev fel saker så det var ju... (flicka G)

Den andra flickan är den enda av intervjupersonerna som nämner något om de familjesamtal som ingick i behandlingen. Hon förmedlar dock en särdeles negativ bild av dessa samtal.

Familjesamtalen var dåliga, dom var som förhör och jag vågade inte säga vad jag ville säga. Det var många där som jag inte ville skulle veta allt... det var rätt jobbigt... (flicka A)

Behandlingstidens betydelse

Vad tiden på behandlingshemmet har betytt för flickorna och deras beskrivningar av sina upplevelser av densamma varierar givetvis från flicka till flicka. Av svaren att döma var emellertid hälften av flickorna öppet positiva, medan de andra var mer ambivalenta eller missnöjda.

Upplevelser av behandlingstiden

Vi bad flickorna att beskriva sina upplevelser av att ha genomgått behandling på behandlingshemmet och på denna fråga framkommer många olika skildringar.

Hälften av flickorna ger oss i stor grad positiva beskrivningar av sina erfarenheter från tiden på behandlingshemmet, även om vistelsen för dessa flickor givetvis också inneburit stunder då det varit känslomässigt svårt. En av dem uttrycker följaktligen att tiden på behandlingshemmet varit väldigt betydelsefull för henne och passar även på att lovprisa personalen för deras engagemang.

Det är det bästa som har hänt mej. Personalen, alltså dom har varit så engagerade i mej och alla andra som har bott där. Det har aldrig varit någonting, "vi får betalt för att vara här", utan dom har varit vänner rakt igenom. Det är sån familjär stämning där. (flicka B)

Ytterligare en av intervjupersonerna berättar att hon var väldigt nöjd med behandlingen och ger oss en mycket positiv beskrivning av sina upplevelser. Hon använder sig t.o.m. av superlativ som "perfekt" när hon besvarar vår fråga.

Jag tycker att det var perfekt liksom. Jag är grymt nöjd, jag saknar stället jättemycket. Det är ett ställe som ger dej... vad ska man säga... ger dej styrka igen. (flicka E)

En av de flickor som ger oss en mestadels positiv beskrivning poängterar dock att upplevelserna både har varit positiva och negativa. Det faktum att man bor tillsammans med andra ungdomar med en tämligen svår problematik tar hon liksom ett par av de andra flickorna upp som något som kunde kännas svårt ibland. Ord som "lärorikt", "jobbigt" och "utvecklande" använder hon för att beskriva sina erfarenheter från tiden på behandlingshemmet.

Upplevelserna är ju både positiva och negativa för det är så mycket som händer... mycket som man inte behöver ta ställning till i vanliga fall, tjejer som mår dåligt liksom, det var ju både lärorikt och dåligt på alla sätt och vis... jag skulle nog säga det, jobbigt och utvecklande men lärorikt... (flicka C)

Att se andra som mår dåligt och inte behöva känna ansvar för att man ska hjälpa dem beskriver en flicka som en mognadsaspekt som kom med tiden för hennes räkning. Hon poängterar dock i likhet med flera andra av flickorna att det var en stark gemenskap i gruppen och att man fanns där för varandra.

I början när man kom var det ju jättejobbigt, man vill hem och undrar varför man är där. Det har ändå varit en stor hjälp, men det var jobbigt i början när man ser alla andra tjejer som mår dåligt och så, men man lär sej att leva med det och till slut mognar man själv lite och man kan känna av det här "det är inte jag som mår dåligt" utan personalen hjälper dom, det är inte min uppgift liksom. [...] Alltså det är verkligen gemenskap, man bryr sej om varandra. (flicka D)

En beskrivning som vi erhåller från en flicka visar att hon känt sig utsatt under den tid hon var på behandlingshemmet, men hon ger oss även en bild av hur hon anser att tillvaron blev bättre med tiden och säger att det t.o.m. var synd att hon blev utskriven.

Jag kände mig jagad... och exponerad... det var jobbigt... men det blev bättre efter första året för det blev mindre rörigt, det var synd att jag blev utskriven när det började komma igång... (flicka A)

En annan flicka ger uttryck för en form av frustration över att personalen på behandlingshemmet inte kunde hantera henne i takt med att hon började må bättre och nämner även att hon inte kände att hon fick klä och sminka sig som hon ville. Hon påpekar dock att de hjälpte henne ur den depression hon var inne i, bl.a. genom att få henne att delta i olika aktiviteter.

Det var i början dom var väldigt bra på att, liksom få en att göra saker och komma ut, för jag var ju väldigt självdestruktiv, så det hjälpte dom ju mej med, att komma ur... själva depressionen, dra upp mej på nått sätt, ur mörkret eller vad man ska säga... Sen så blev det ju värre för att dom kunde inte riktigt hantera att jag började må bättre. Det var ju liksom då jag började hitta mej själv också, min klädstil och smink och sånt och det fick jag inte heller utveckla utan det skulle vara inom ramarna. Det skulle vara HM och inte för mycket färg och inte bara svart och liksom så här neutralt. (flicka G)

Missnöje med personalen, men en glädje i att lära känna de andra flickorna på behandlingshemmet ger samma flicka som förklaring på hennes upplevelser av att ha varit på behandlingshemmet.

Rent kaos och ren lycka. Det var rent kaos med personalen och allting som hände där, men det var ren lycka med tjejerna där för dom var ju helt jävla underbara. (flicka G)

Tankar om hur livet hade varit utan tiden på behandlingshemmet

Tre flickor uttrycker starka känslor inför frågan om hur deras liv hade sett ut om de inte hade kommit till behandlingshemmet. En av dem förklarar i korta drag hur tillvaron såg ut innan tiden på behandlingshemmet och nämner att det innefattade en livsstil med bl.a. drogrelaterade problem. Hon och de andra två flickorna säger att de tror att de hade varit döda om de inte hade blivit placerade på behandlingshemmet.

Jag var helt övertygad om att jag skulle dö! Nu ser jag ju verkligen inte det som ett alternativ längre, jag vill ju leva, jag vill ju ha roligt och göra det jag vill med mitt liv! (flicka C)

En annan flicka betonar även hon betydelsen av att ha kommit till behandlingshemmet ifråga, dock i mindre kraftfulla ordalag än ovanstående. Hon framhåller en fundering om att processen, genom vilken hon kom att må bättre antagligen hade varit betydligt längre än vad som nu blev fallet.

Jag tror inte att det skulle vara så bra... jag tror att jag skulle ha mått mycket sämre under längre tid. Sen vet jag inte hur, eller vad som hade hänt om jag hade bott kvar hemma... (flicka D)

Trots en väldigt dystert beskrivning som en av intervjupersonerna ger oss av hennes upplevelser av behandlingstiden beskriver hon likväl hur erfarenheterna hon burit med sig delvis gjort henne till den hon är idag och att tiden på behandlingshemmet på så sätt även inneburit något positivt för henne.

Då hade jag antagligen hamnat på nått annat, så då hade jag ju inte varit den jag är idag tror jag, med att ha byggt upp styrkan inom mej... Och jag hade inte träffat min allra bästa vän som jag träffade på X. (flicka G)

Under intervjuerna framkommer även mindre positiva svar på frågan beskriven ovan. En av flickorna understryker flera gånger att behandlingstiden inte var till någon hjälp och att placeringen på behandlingshemmet rent av var ett misstag.

Det spelade liksom, det hjälpte ingenting... alltså det var ett misstag att dom skickade mej dit överhuvudtaget, på ett behandlingshem. (flicka F)

Kvarstående effekter av behandlingsmetoderna

Flertalet av flickorna ger konkreta exempel på erfarenheter och färdigheter de burit med sig från behandlingstiden. Ett par flickor uttrycker dock att de inte har burit med sig något alls från tiden på behandlingshemmet. En flicka ger uttryck för att hon anser att behandlingen inte lämpade sig för henne och en annan flicka säger att hela placeringen på behandlingshemmet var felaktig.

Flera flickor säger alltså att de har burit med sig färdigheter som de även har hjälp av idag och ett par av dem använder uttryck från DBT:n som de stundtals under intervjun använder i sitt eget sätt att resonera och samtala.

Ja det är ju dom grejerna jag lärde mej i DBT:n. [...] Ja... typ att vara medvetet närvarande och så där, det kan man använda när man tycker att det är jobbigt, tänka positivt och så där. (flicka D)

En annan av intervjupersonerna skildrar det viktigaste hon har tagit med sig från tiden på behandlingshemmet. Utifrån det hon burit med sig förtäljer hon att hon har satt ihop en egen behandlingsmodell som hon använder sig av idag.

Det är just, alla de här smågrejerna man lärt sej som jag väl satt ihop till en egen behandling som jag använder... Förut så behövde jag alltid göra någonting när jag fick ångest, ut och springa eller skrika eller nått, men nu så kan jag bara sitta ner och ta ett djupt andetag och liksom bara känna efter vad det egentligen är som är problemet. (flicka B)

Flera flickor delger oss beskrivningar kring erfarenheter och färdigheter som de burit med sig från behandlingstiden. Att använda sig av fysisk aktivitet för att bryta mindre bra eller destruktiva mönster uttrycks fungera för en av flickorna, något hon anser att behandlingshemmet hjälpt henne med.

Ja alltså det som fungerar bäst för mej, som jag har fått hjälp att utveckla är aktivitet, att aktivera sej när man mår dåligt. Att kanske åka och träna eller att jag går ut i stallet och fixar lite där... jaa bara göra något annat för att bryta mönstret. (flicka C)

Struktur och rutiner kring exempelvis när och vad man bör äta visade sig vara en viktig aspekt för en av flickorna. Även sättet att tänka som förmedlades från behandlingshemmets sida är något som denna flicka har tagit med sig och som hon fortfarande använder sig av.

Strukturen och reglerna använder jag mej fortfarande av och sättet att tänka och hur du hanterar saker, mycket att alltså "är det verkligen så illa"... vakna upp och se hur många du har omkring dej som verkligen bryr sej och du är inte ensam. (flicka E)

Inre styrka, det är vad en annan flicka beskriver att hon utvecklat i och med de erfarenheter hon genomlevt under behandlingstiden. Denna styrka har dock kommit i och med hennes upplevelser av att ha blivit motarbetad av personalen på behandlingshemmet.

...Att stå upp för vad jag tycker, så som dom höll på och trycka ner en, det lärde mej att sätta stopp innan liksom. Jag behöver ju inte behandling för hur jag klär mej, det är ju insidan jag behöver behandling för... min klädstil är ju bara ett skal. (flicka G)

Flicka H

En av flickorna vi intervjuade besvarade samtliga frågor med nekande svar eller i form av "jag vet inte". Hon uttrycker att hon inte mindes vilka behandlingsmetoder som ingick och efter att vi läst upp de för henne lyfte hon inte upp någon terapiform som speciellt betydelsefull utan svarar endast "jag vet inte". Hon svarar "nej" på frågan om det fanns något som var bra med behandlingen och även "nej" på frågan om något var dåligt. Hon beskriver att hon inte burit med sig någon särskild erfarenhet från tiden på behandlingshemmet. Hon uttrycker även att hon inte vet hur hennes liv hade kunnat se ut om hon aldrig kommit till behandlingshemmet, samma svar ges på frågan om hon kan beskriva sina upplevelser av att ha varit på behandlingshemmet.

Sammanfattning av resultat

Utifrån de svar vi har tagit emot från flickorna under tema ett framkommer det varierande åsikter om vad som var bra respektive mindre bra med de olika behandlingsmetoderna. DBT framställs framförallt som en uppskattad terapiform, men det framkommer även viss kritik mot densamma. Det som i synnerhet lyfts som positivt med färdighetsträningen rör den möjlighet som fanns för flickorna att tillägna sig redskap och strategier för att kunna hantera svårigheter. Den negativa kritik som framförs riktar sig snarare till de personer som ledde färdighetsträningen och till deras, enligt denna flicka, oförmåga att göra detta på ett fördelaktigt sätt. Att få prata av sig framställs som en positiv aspekt med individualterapi. En flicka uttrycker dock att det inte passar henne att ”älta” det som varit, utan att hon föredrar att ha fokus framåt.

I den mån ridterapi kommer på tal är det huvudsakligen i positiva ordalag och de flickor som talar om denna terapiform i mer negativa termer åsytar att det främst beror på ett bristande hästintresse.

Inom miljöterapi hamnar fokus främst på struktur och boendeform och varierande åsikter framkommer på båda områden. Att t.ex. bo med andra flickor med liknande problematik lyfts både som något bra och mindre bra. Att inte behöva känna sig ensam om sina problem och fördelen, men även risken med att ”smittas” av varandras beteenden tas upp som synpunkter på denna boendeform.

Familjesamtalen nämns endast vid en intervju och vid detta tillfälle hamnar denna behandlingsform i ganska dålig dager, då det blott framställs som något negativt.

Även under tema två, som rör behandlingstidens betydelse, framkommer vitt skilda åsikter bland flickorna. Flertalet av flickorna berättar att de är nöjda eller mycket nöjda med tiden på behandlingshemmet, men det lyfts även fram mer negativa åsikter där några flickor uttrycker ett missnöje gentemot behandlingshemmet ifråga. Merparten av flickorna beskriver att livet hade sett väldigt annorlunda ut om de inte hade placerats på behandlingshemmet medan ett par flickor framhäver att behandlingstiden inte gav dem någonting särskilt i den bemärkelsen.

Som kvarstående effekter av behandlingen, vilket är ämnet för tema tre, nämns framförallt strategier för att handskas med svåra stunder. Flera flickor ger uttryck för att ha tillgodogjort sig sådana strategier under behandlingstiden och poängterar dessutom att de fortfarande har nytta av dessa idag. Även under detta tema framkommer negativa beskrivningar där ett par flickor påpekar att de inte har burit med sig någonting alls från tiden på behandlingshemmet.

Kapitel 9. Analys

Under detta avsnitt kommer vi att analysera de tidigare redovisade resultaten från våra intervjuer. Vi kommer här att binda ihop tidigare forskning med teoretiska begrepp för att skapa en större förståelse för vårt material.

Flickornas syn på behandlingsmetoderna

Runt hälften av flickorna uttrycker på varierade sätt att det var nöjda med behandlingsmetoderna på behandlingshemmet. Det framkommer även mindre positiva åsikter kring de olika behandlingsmetoderna. Familjesamtalen framställs i mer negativa ordalag vilket till viss del motsäger aktuell forskning på området som betonar vikten av familjebehandling. Även boendeformen lyfts i mer tudelade åsikter.

Viktiga behandlingsmetoder

Flera flickor lyfter fram dialektisk beteendeterapi, DBT, som särskilt betydelsefull. Det som främst framkommer kring DBT rör gruppverksamheten, d.v.s. färdighetsträningen. Detta blir intressant då vi ser till aktuell forskning som även den poängterar att DBT har givit positiva behandlingsresultat på just självdestruktiva individer (Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 2004). Även Smith et al. (1999) lyfter fram DBT som en möjlig terapiform för just självskadebeteende. DBT framställs som en obligatorisk terapiform på behandlingshemmet, till skillnad från t.ex. ridterapi. Det kan möjligen leda till att DBT blir överrepresenterat under intervjuerna då samtliga flickor kan referera och delge oss beskrivningar om DBT:n, vilket således inte alla kan göra om exempelvis ridterapi.

Flicka G uttalar sig om DBT:n i negativa ordalag och uttrycker att hon inte fick klarhet i vad som var meningen med vissa delar i behandlingsmetoden och att de personer som ledde dessa tillfällen inte var speciellt bra på det de gjorde. Hon förklarar att hon inte fick något svar när hon ställde frågor om vad som var innebörden i t.ex. olika behandlingsbegrepp och att det därför var som att sitta och lyssna *"på en föreläsning man inte fattade någonting av"*. Waad (2008) uttrycker att en viktig del i det salutogena behandlingsarbetet just är att ungdomen ska förstå meningen med behandlingen, något som alltså kan tyckas brista i den beskrivning vi har erhållit från G.

Individualterapi, som en del av DBT:n, lyfts även den fram hos några flickor. De flesta av dessa flickor har positiva beskrivningar av individualterapi. Flicka C menar dock att det som inte passade henne i dessa samtal var att *"sitta och älta"* utan hon föredrog att blicka framåt. I enlighet med Antonovsky (ibid.) och den salutogena teorin är det precis vad som förespråkas då fokus inte bör ligga på det problematiska utan istället på det positiva och fungerande, vilket i denna flickas fall var att se framåt.

Fler viktiga behandlingsmetoder

Två flickor uttrycker att ridterapi varit en verksam terapiform som bl.a. stärkt deras självförtroende och tillit, gentemot sig själva och andra. Ett par andra flickor förtäljer att de valt att inte delta i ridterapi då de inte ansåg att det passade dem. Ett problem med att det är en valfri terapiform kan vara att det medför att de flickor som inte har ett intresse av, eller rentav en rädsla inför hästar, väljer att inte delta. Den fråga som väcks är om dessa flickor kan tillgodogöra sig effekterna av ridterapi på något annat sätt. Ur det salutogena synsättet ska flickornas resurser och förmågor lyftas fram vilket möjligtvis legitimerar att vissa flickor inte deltagit i ridterapi då det inte ses som en förmåga eller resurs hos dem (Antonovsky, 1991).

Å andra sidan skulle denna eventuella rädsla kunna användas i ridterapi där behandlingen snarare skulle kunna handla om att finna styrkor och förmågor att kunna övervinna denna rädsla. Denna förmåga skulle då kunna användas som ett verktyg inom flera olika områden där det handlar om att övervinna rädslor och svårigheter vilket skulle kunna stärka samtliga KASAM-komponenter och således förhoppningsvis även flickans mående (ibid.). Denna rädsla skulle även kunna ses som en stressor och genom att vid upprepade tillfällen utmana rädslan kan denna utmaning aktivera vad Antonovsky (ibid.) beskriver som flickans generella motståndsresurser, vilket kan bidra till att öka förmågan att hantera rädslan vid nästkommande tillfälle. Vi kan utifrån denna diskussion se ett större syfte med t.ex. ridterapi och menar att det kan användas inom en rad olika områden där det handlar om att övervinna svårigheter och motgångar.

Miljöterapi är som tidigare nämnt ett svårdefinierat begrepp. Flickorna lyfter bl.a. upp strukturen på behandlingshemmet som en väsentlig del. Flicka B berättar att strukturen var väldigt bra medan flicka A poängterar bristerna med strukturen. Även här kan vi se en koppling till KASAM-komponenterna och då främst begriplighet (ibid.). Då det handlar om att göra situationen begriplig för sig själv anser vi att den flicka som förstår och ser en mening

i strukturen kan generera en högre grad av begriplighet än den flicka som saknar förståelse för densamma och de rutiner som förekom på behandlingshemmet. Frågan om huruvida strukturen var bra eller ej blir egentligen oväsentlig eftersom det är flickornas upplevelser av denna som blir avgörande. Samtidigt är det viktigt att poängtera att en individ bör kunna vara missnöjd med olika delar av t.ex. behandlingen utan att det resulterar i att denne saknar förståelse och således tillskrivs en lägre grad av de olika KASAM-komponenterna.

Familjesamtal

En terapiform som berördes väldigt ringa var familjesamtalen. Ingen av flickorna väljer att lyfta fram familjesamtalen som något viktigt eller positivt. Flicka A uttalar sig om familjesamtalen och då i form av negativa ordval. Hawton et al. (2006) framhäver emellertid vikten av familjeterapi då familjen kan vara en del i de faktorer som utlöser ett självskadebeteende samt en stor resurs för att komma till bukt med problematiken. Flicka C poängterar istället vikten av att få komma bort hemifrån, detta förtäljer dock inget om hur hon ser på betydelsen av att involvera sin familj i behandlingssyfte. Eftersom endast en flicka explicit uttalar sig om familjesamtal är vi ovetande om vad de övriga flickornas upplevelser av denna terapiform är. Det enda vi vet är att ingen av flickorna väljer att lyfta fram familjesamtalen på frågan om de viktigaste behandlingsmetoderna. Antonovsky (1991) talar om att KASAM-komponenten hanterbarhet handlar om huruvida individer och dess omgivning anser sig ha resurser att kunna hantera svårigheter. Vi menar att det eventuellt kan vara så att flickorna och/eller deras familjer inte har tillräckliga resurser utan alltså besitter en lägre grad av hanterbarhet vad gäller flickans självskadebeteende, vilket kan leda till att familjeterapi inte upplevs verksamt. Det är möjligt att flickorna först själva måste lära sig att hantera sin problematik innan de är redo att involvera familjen, vilket skulle kunna förklara det faktum att få flickor lyfter fram familjesamtalen under våra intervjuer.

Boendeform

Några flickor uttrycker tankar om hur det var att bo tillsammans med andra flickor med liknande problematik. Någon flicka var positiv och såg det som en fördel då de kunde stötta varandra. En annan flicka uttrycker att hon inte ansåg sig passa in på behandlingshemmet då hon inte såg någon samhörighet med de andra flickorna. Söderberg (2008) uppmärksammar risken med att betrakta alla flickor som skadar sig själva som en homogen grupp, vilket vi menar lätt kan ske genom att sammanföra dem på behandlingshem.

Andra synpunkter på boendeformen kommer från flicka C som diskuterar risken med att ”smittas” av varandras destruktiva beteende. Även om hon lyfter både för- och nackdelar med detta väcker det tankar om hur det skulle gå att motverka den negativa smittorisken. Samtidigt berättar flicka E att det var skönt att inse att hon inte var ensam med sin självskadeproblematik vilket istället talar för denna typ av boendeform.

Behandlingstidens betydelse

Utifrån flickornas beskrivningar kring behandlingstidens betydelse framgår ett tydligt mönster i de flickor som har en positiv bild och de som har en mer negativ sådan. De som uttrycker att tiden på behandlingshemmet har haft en avgörande betydelse för hur deras liv ser ut idag framställer även sina upplevelser av densamma i väldigt positiva ordalag. De flickor som inte ger tiden på behandlingshemmet någon direkt avgörande betydelse framställer likaså sina upplevelser av behandlingstiden som mindre positiva.

Positiva beskrivningar

Fyra flickor uttrycker känslomässigt starka eller mycket starka beskrivningar till hur de tror att livet hade sett ut om de inte hade hamnat på behandlingshemmet och tillskriver följaktligen behandlingstiden en väldigt stor betydelse. Tre av dessa flickor säger att de tror att de hade varit döda idag om det inte vore för behandlingshemmets skull. Även om de mycket möjligt kunde ha upplevt liknande känslor av att ha placerats på ett annat behandlingshem tyder dessa uttryck ändå på en insikt i faran med det destruktiva beteende som de tidigare hade. Favazza (1996) menar dock att självskadebeteende inte innefattar handlingar med dödlig avsikt, men i våra intervjuer blir det tydligt att flera flickor upplever att deras självdestruktiva beteende var av så pass allvarlig art att de uttrycker att de antagligen hade varit döda om de inte hade fått hjälp i tid. Av Madge et al. (2008) framgår det dock att den näst vanligaste orsaken till självskadebeteende, näst efter att lätta på ångest, som ungdomar uppger är just en vilja att dö. Utifrån våra resultat visar det sig alltså att sådant destruktivt beteende som självskadebeteende kan vara än mer komplext än vad som framkommer av Favazza (1996).

Flickorna beskrivna ovan har, enligt deras beskrivningar, med hjälp av behandlingshemmets personal och behandlingsmetoder kunnat ta sig igenom en svår tid och av deras svar att döma verkar de ha anammat en betydligt mer hälsosam och mindre destruktiv livsstil. Förmodligen har personalen försökt att se det friska hos dessa flickor, då behandlingshemmet har en uttalad salutogen utgångspunkt (A. Andersson, personlig kommunikation, 5 november, 2008) samtidigt som det även verkar ha funnits utrymme för arbete med de specifika problem som flickorna har haft. Det tycks även som att dessa flickor har varit mottagliga för att ta emot den hjälp de blivit erbjudna, vilket kan bero på att de hade tendenser till motivationskomponenten i KASAM, nämligen meningsfullhet (Antonovsky, 1991). Däremot kanske flickorna, vid tidpunkten då de kom till behandlingshemmet, hade en lägre grad av begriplighet och hanterbarhet. I likhet med Antonovskys (ibid.) förklaring till komponenternas inbördes relation till varandra kan en person med hög grad av meningsfullhet, men med lägre grad av de andra två komponenterna ha bra förutsättningar för att finna vägar till begriplighet i tillvaron och på så sätt även till hanterbarhet av densamma.

Negativa beskrivningar

En av flickorna uttrycker att hon kände sig ”jagad” och ”exponerad” under behandlingstiden. Vi fick känslan av att hon i det stora hela kände sig ganska missnöjd med tiden på behandlingshemmet och att hon upplevde att det skedde övertramp från personalens sida. De upplevelser som A förmedlar kan vara ett resultat av att det faktiskt fanns vissa brister i bemötandet av ungdomarna vid tidpunkten för hennes vistelse, men det kan även bero på hennes problembild och hennes eget agerande. Det fanns möjligtvis en mening med att förhålla sig till A på ett sätt som fick henne att känna sig jagad i och med att behandlingspersonalen inte ville riskera att hon skulle skada sig själv. Det kan antas vara en ganska vanlig känsla att just känna sig jagad och iakttagen när man bor på ett behandlingshem men att det även finns ett syfte med det. Personalen har ett väldigt stort ansvar för ungdomarna och det vore nästintill tjänstefel att inte ha uppsikt över dem som är där och är i behov av hjälp. Det är dock av betydande vikt att man som personal kan förhålla sig på detta sätt utan att det upplevs som kränkande för ungdomen ifråga, vilket verkar ha varit fallet för flicka A utifrån den beskrivning vi fått.

Flicka F ger oss en negativ bild av behandlingstiden då hon uttrycker att hon inte borde ha varit där överhuvudtaget. Hon yttrar dock inget direkt negativt om själva behandlingshemmet ifråga, utan betonar just det felaktiga i att hon var där. Denna flicka skulle kunna ha en lägre grad av begriplighet och då även en lägre grad av hanterbarhet eftersom hanterbarhet är beroende av begriplighet (Antonovsky, 1991). Detta skulle kunna vara fallet om det var som

så att hon inte insåg att hon behövde hjälp för sin självdestruktiva problematik. Finns det däremot belägg för det hon beskriver, d.v.s. att placeringen var ett misstag behöver detta naturligtvis inte stämma. Ser vi scenariot ur det ljuset skulle det snarare kunna vara det motsatta, nämligen att hon var väl medveten om vad som var hennes problem och att den hjälp hon behövde inte rymdes inom behandlingshemmets ramar. I det fallet skulle flicka F alltså kunna ha en hög grad av begriplighet och antagligen en relativt stark KASAM generellt.

Ambivalenta beskrivningar

En av flickorna som i överlag var väldigt missnöjd med behandlingen och personalens agerande på behandlingshemmet säger ändå att hon inte hade varit den person hon är idag om det inte varit för de erfarenheter hon anskaffat i och med vistelsen där. Istället för att förklara sig i termer av offer för omständigheterna, vilket betecknar en lägre grad av KASAM, (Antonovsky, 1991) tycks hon ha vänt dessa erfarenheter till något positivt.

Waad (2008) betonar fördelen med att arbeta utifrån ett salutogent synsätt i arbetet med ungdomar med självskadebeteende och på så vis fokusera på det fruktbara, d.v.s. det som fungerar i dennes liv. I fallet med flicka G framstår det, utifrån hennes beskrivning, snarare som att behandlingen fungerade fram tills det att hon började må bättre och att personalen därefter inte längre kunde hantera hennes utveckling. Detta förhållningssätt kan tyckas gå stick i stäv med den salutogena modellen med vilken dessa framsteg snarare skulle ha uppmuntrats. Utifrån G:s skildring ter det sig som att personalen på behandlingshemmet hade en föreställning om vad som var ett önskvärt beteende, en ram som G inte passade in i och att fokus således kom att ligga på sådana yttre attribut som kläder och smink istället för på hennes resurser. Det kan dock även vara så att personalen vid denna tidpunkt såg en fara i att G höll på att falla tillbaka i gamla mönster, ett mönster i vilket dessa attribut kunde ha spelat en betydande roll. Om så var fallet kan det förmodligen ha blivit brister i kommunikationen mellan G och personalen då G uttrycker att personalen fokuserade på fel saker, medan personalen å sin sida kan ha sett ett riskbeteende uppdragas hos flickan, varpå de kom att koncentrera sig på att eliminera detta.

Kvarstående effekter av behandlingsmetoderna

Det är flera flickor som uttrycker konkreta redskap som de burit med sig från behandlingstiden. Här beskriver en flicka dessa erfarenheter och färdigheter i termer som t.ex. att kunna vara "*medvetet närvarande*". Hon lyfter även fram vikten av att hon idag har ett mer positivt tankemönster och att hon tänker mer konstruktivt i de stunder då hon mår dåligt. Det kan kopplas till den salutogena teorin som poängterar vikten av att framhäva det starka och fungerande (Antonovsky, 1991). Huruvida detta sätt att tänka är ett resultat av behandlingstiden och specifika behandlingsmetoder eller ej kan vara svårt att avgöra, men flickan tillskriver i vilket fall dessa aspekter stor betydelse. Sett till KASAM-komponenterna kan denna flicka anses ha en hög grad av begriplighet och meningsfullhet då hon verkar kunna se meningen med den behandling hon har genomgått och att hon kan använda sig av de färdigheter hon erhållit än idag (ibid.). En hög grad av meningsfullhet kan även uppmärksammas i och med det faktum att hon tycks anse det värt att lägga ner arbete och engagemang i strävan mot en sundare livsstil.

Även den flicka som funnit styrka i att, enligt henne, ha blivit illa behandlad kan antas ha uppnått en högre grad av meningsfullhet och på så sätt en högre KASAM, då ett av kriterierna i meningsfullhetskomponenten just är att hitta en mening och t.o.m. utmaning i påfrestande saker som sker. Å andra sidan kan det även vara som så att denna flicka inte såg meningen och syftet med behandlingen och p.g.a. det inte kunde tillgodogöra sig denna. Om flickan inte kunde se logiken med de olika behandlingsmetoderna bör hennes grad av komponenten

begriplighet således vara lägre, vilket alltså skulle kunna bidra till en lägre KASAM. Hur som helst kan det konstateras att hon ger uttryck för den viktigaste KASAM-komponenten, d.v.s. meningsfullhet. Att hon säger att behandlingen ändå har givit henne något, trots att denna positiva effekt kom ifrån negativa erfarenheter kan även det betona meningsfullhetskomponten i KASAM.

Som framgår av resultatet varierade de kvarstående effekterna avsevärt bland flickorna. Det kan stärkas av de forskningsresultat som t.ex. Smith et al. (1999) och Stiftelsen Allmänna Barnhuset (2004) redovisar där de betonar frånvaron av en enhetlig behandlingsmetod. I och med att grunderna till självskadebeteende är så pass komplext kanske det heller inte är eftersträvansvärt eller ens möjligt med en enhetlig behandlingsmetod att applicera på alla som lider av detta. Waad (2008) poängterar vikten av att finna individuella lösningar utifrån, i detta fall, flickans egna resurser och erfarenheter. Utifrån vårt resultat framkommer det att de flickor som upplever att de varit nöjda med behandlingen också är de som kan se effekter av behandlingen än idag. Detta kan delvis grunda sig i att personalen i de olika behandlingsmetoderna lyckades finna tekniker som passade just dessa flickor.

Flickornas eventuella KASAM

Huruvida tiden på behandlingshemmet har bidragit till att stärka flickornas KASAM eller ej kan vi bara spekulera i, men vi antar att samtliga flickor har alla förutsättningar till att fortsätta stärka sin KASAM livet igenom, även om de har kommit olika långt i denna process idag. Gassne (2008) som pekar på det föränderliga i KASAM påpekar att det framförallt är individer med lägre KASAM som kan ha en tendens att stärka denna genom livet. Utifrån de samtal vi har haft med flickorna framkommer beskrivningar om hur flera av dem har känt att de har mognat och tagit med sig viktiga livserfarenheter i och med tiden på behandlingshemmet. Det går dock inte att veta om dessa flickor skulle ha mognat på detta sätt även om de inte hade kommit till behandlingshemmet ifråga. Upplevelserna från behandlingstiden har dock antagligen fungerat som en bidragande orsak till att flickor idag kan ha uppnått en starkare känsla av sammanhang i sina liv.

I de fall där ett par av flickorna uttrycker att behandlingstiden inte har givit dem något speciellt kan vi förmoda att deras KASAM inte har stärkts nämnvärt under den aktuella tidsperioden. Om vi skulle sticka ut hakan kan vi våga påstå att behandlingshemmet till viss del har brustit på den punkten. Det kan däremot vara andra aspekter i flickornas liv som vi inte har haft möjlighet att ta del av som stärkt densamma.

Flicka H

Flicka H var under hela intervjun nästan fientligt inställd till oss, trots att vi meddelade henne i början om att det var upp till henne om hon ville ställa upp och poängterade hennes rätt att avsluta när som helst under intervjun. Det kändes som att hon hade bestämt sig för att inte ge oss någonting, varken bra eller dåligt, kanske för att sätta oss i en svår situation för att vi kom och drog upp ett svårt förflutet. Möjligtvis kände hon en plikt att delta gentemot behandlingshemmet men det kan också vara som så att hon hade en jobbig dag och att det inte var meningen att rikta det mot oss.

Det som dock var spännande var att hon, trots sin negativa attityd, aldrig uttryckligen sa att tiden på behandlingshemmet var dålig men inte heller lyfte fram något ur en positiv vinkel. Även om just denna intervju kanske inte bidragit till att besvara vårt syfte vill vi ändå lyfta fram hennes åsikter och synpunkter.

Kapitel 10. Diskussion

Vi anser att vårt syfte och frågeställningar har blivit besvarade genom denna studie. Flickorna beskriver att de behandlingsmetoder som varit särskilt viktiga är dialektisk beteendeterapi, ridterapi samt olika aspekter av miljöterapi. Flertalet av flickorna upplever i varierande grad kvarstående effekter av behandlingsmetoderna, vissa genom positiva upplevelser och andra genom mer negativa sådana. Flickorna ser tillbaka på sin behandlingstid med positiva, negativa eller ambivalenta känslor där flera flickor poängterar vikten av att de fick komma till behandlingshemmet medan andra menar att det spelade mindre roll.

Under detta avsnitt kommer vi att diskutera vår uppsats utifrån resultat, teori samt metod. Vi kommer även att avsluta med ett kort avsnitt om förslag till fortsatt forskning.

Resultatdiskussion

Vi kan konstatera att de svar vi har tagit emot från de åtta flickorna har varierat ganska kraftigt från dem som varit väldigt nöjda till dem som varit mer missnöjda. Det har varit intressant att ta del av dessa skildringar om flickornas upplevelser som alltså skiljt sig mycket åt, trots att de alla har varit på samma behandlingshem och i stort sätt haft samma behandlingsmetoder. Eftersom alla människor är olika, med olika bakgrunder tolkar vi det som att denna behandlingsform passar somliga bättre än andra.

Vi kan även anta att de flickor som har haft insikt i sitt problematiska beteende lättare kan ta till sig den behandling de erbjudits. Vi har dock en föreställning om att man sällan har en sådan insikt i samband med att man placeras på ett behandlingshem, men att den insikten kan komma med tiden och på så sätt även underlätta det fortskridande förändringsarbetet. Vi tror att det kan bli en positiv spiral då en person är eller blir mottaglig och motiverad till behandling och att det i sådana fall kan bidra till beskrivningar som vi har fått från de mest positivt inställda flickorna. Med detta vill vi dock inte framställa de andra flickorna som mindre motiverade då de säkerligen har belägg för sina beskrivningar av tiden på behandlingshemmet. Att några flickor var väldigt nöjda innebär inte per automatik att behandlingshemmet och dess personal inte kan göra ett mindre bra arbete med någon eller några andra. Huruvida någon flicka varit motiverad eller ej kanske t.o.m. blir ointressant då det borde ingå i själva arbetet som personalen utför att motivera och engagera flickorna ifråga.

Trots många väldigt lyckosamma insatser för flickor med självskadebeteende kan det därför även vara troligt att behandlingshemmet utfört ett mer bristfälligt arbete i något eller några specifika fall. Summan av denna diskussion skulle alltså kunna vara att olika behandlingshem och behandlingsmetoder passar somliga bra och andra inte och att det inte finns något rätt och fel i detta. Det är dock av betydande vikt att kontinuerligt se över sättet att arbeta för att ingen människa ska behöva bli felaktigt behandlad.

Funderingar kring önskvärda svar

Under etikavsnittet diskuterades huruvida det faktum att vi har en grindvakt kan ha påverkat de svar vi erhållit från flickorna, vi ser nu en poäng med att återkomma till denna diskussion. Självklart kan så vara fallet och tanken väcks då svaren från flickorna varierar stort från oerhört positiva till väldigt negativa. Möjligtvis kan de som rosat behandlingshemmet ha belyst det i mer positiva ordalag än hur verkligheten tedde sig samt vice versa hos de flickor som förmedlade en negativ bild, då de kan ha antagit att personal och föreståndaren för behandlingshemmet kommer att läsa den färdiga uppsatsen. När vi ser till resultatet tycker vi dock inte oss kunna skönja denna tendens. Vi menar att de spridda svaren bör kunna ge en verklighetstrogen bild av flickornas upplevelser från behandlingstiden. Det vore snarare

märkligt om samtliga flickor var väldigt nöjda eller missnöjda och ingen avvikande åsikt gick att finna, det skulle snarare då väckas tankar om önskvärda svar.

Överraskande resultat

Ett resultat som förvånade oss rör familjesamtalen på behandlingshemmet. Det var intressant att se att forskning och praktik faktiskt till viss del motstrider varandra. Detta uppmärksammar oss på problematiken kring att sammanföra forskning med verklighet då verkligheten är mer komplex än vad som kan rymmas inom forskning. Vi vill inte förminska familjens betydelse i arbetet med dessa flickor utan snarare betona det problematiska med att involvera hela familjen i arbetet kring en familjemedlems problem då det kräver att samtliga i familjen är mogna och har kapacitet för att motta och tillgodogöra sig hjälpen.

Ett annat resultat som kom relativt oväntad var de faktum att flera flickor menade att de skulle ha varit döda om de inte hamnat på behandlingshemmet. Som vi diskuterar i analysen bekräftas det i vissa undersökningar medan det strider mot annan forskning som syftar till att definiera begreppet självskadebeteende där det framställs som avsiktligt tillfogade skador utan dödlig avsikt. Denna motsättning kan bero på det faktum att självskadebeteende många gånger kan vara förenat med en generellt ohälsosam och självdestruktiv livsstil med t.ex. drogrelaterad problematik som en flicka uppger i intervjun. Ser vi på självskadebeteende som ett led i ett mer övergripande destruktivt beteende blir således antalet riskfaktorer i den unges liv ännu fler och faran för livet allt större, vilket skulle kunna inge flickorna med en känsla av att de varit döda om de inte fått hjälp.

Möjligheter till generalisering

Som vi nämnt i metodkapitlet under rubriken *generalisering* har vi alltså haft för avsikt att i viss mån generalisera vårt material genom en s.k. analytisk generalisering (Kvale, 1997). I vårt fall skulle det kunna betyda att flickornas syn på de olika behandlingsmetoderna skulle kunna antas likna andra flickors erfarenheter av snarlika behandlingsmetoder. Att vårt resultat innefattar ett ganska brett spektrum av beskrivningar av flickornas upplevelser tror vi kan förstärka möjligheten till generalisering ytterligare. Den generalisering vi kan göra borde följaktligen vara att flickor med självskadeproblematik till synes är en heterogen grupp med olika behov och önskemål om behandlingsmetoder och att den behandlingsform som varit aktuell i detta fall kommer vissa bättre väl till pass än andra. Behandlingsmetoder som t.ex. DBT, vilket ofta används som behandlingsmetod i arbete med personer med denna problematik, kan vi utifrån vårt material bekräfta som en förhållandevis fruktbar metod.

Teoridiskussion

Vi uppfattar det som att Antonovsky (1991) inte anser att det lämpar sig särskilt väl att använda KASAM-instrumentet i uppföljningssyfte medan andra forskare har hävdats att KASAM visst går att använda i detta syfte (se t.ex. Bergsten, 1998 eller Gassne, 2008). Att i vårt fall använda KASAM-instrumentet i uppföljningssyfte skulle dock ändå vara svårt då vi skulle behöva veta flickornas KASAM-poäng innan behandlingstiden, under och sedan efter, för att nå kunskap om huruvida behandlingen bidragit till högre KASAM eller inte. Detta torde inte vara rimligt inom ramen för detta arbete. Användandet av teorin har därför fått spela en annan roll i vår studie och vi har på grund av detta snarare analyserat våra resultat i ljuset av det salutogena synsättet och de tre KASAM-komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Vi är medvetna om att teorin ifråga och framförallt KASAM-begreppet kan vara problematiskt och att tankesättet kring KASAM och om hur det stärks och försvagas för att sedan stabiliseras på ett givet värde kan tendera att bli tämligen deterministiskt (Theorell,

1998). Det inget en känsla av att inte vara ett fullt så positivt sätt att se på hälsa som det först ger sken av. På det lite mer kritiska sätt som vi har använt oss av teorin har vi försökt att undvika att gå i den deterministiska och stämplande fällan. Det var dock inte alltför enkelt alla gånger, då det automatiskt inget en känsla av man benämner någon som bättre eller sämre när man talar om dem i termer av stark och svag. Vi upptäckte också att vi tenderade att beteckna de flickor som var positiva till behandlingen i termer av stark KASAM och de som var mer negativt inställda med en svagare KASAM. Huruvida detta stämmer har vi emellertid ingen kunskap om.

Metoddiskussion

Det faktum att vi valt att genomföra telefonintervjuer är för oss både positivt och negativt. Som vi berört i avsnittet *konsekvenser av intervjun* kan det upplevas svårt för flickorna att prata om sin tid på behandlingshemmet när vi endast är en röst i telefonen och då inget personligt möte sker. Vi anser dock att de flesta flickorna inte visade tecken på att de upplevde det som jobbigt att svara på våra frågor över telefon. Några av flickorna var emellertid negativa och lågmälda men det är svårt att avgöra om det berodde på intervjuformen eller deras eget mående. Hade vi genomfört personliga intervjuer som föranletts med en tillträdesprocess är det möjligt att det kan ha resulterat i mer ingående utsagor från flickorna.

Att vi genomförde telefonintervjuer visade sig alltså leda till svårigheter med att göra grundliga tolkningar av materialet. Detta strider något mot den hermeneutiska ansats vi har i denna studie, men vi anser emellertid att vi tolkat materialet i den mån vi har kunnat och använt hermeneutiken till den grad vi funnit det möjligt.

Vi ser det som positivt att vi fick tillgång till en s.k. grindvakt. Utan denna ställer vi oss fundersamma till om vi skulle ha kunnat få ett liknande urval som det som återfinns i vår uppsats. Grindvakten gjorde det möjligt att överhuvudtaget få kontakt med flickor som varit placerade på behandlingshem för självskadebeteende. Som vi diskuterat tidigare kan det även vara problematiskt att vår grindvakt är föreståndare för det behandlingshem som flickorna vistats på. Det faktum att vi hade detta samarbete kan, som vi beskrivit ovan, även tenderat till att vi anpassat oss efter vår grindvakt och behandlingshemmet vid utformandet av intervjuguiden i viss mån. I efterhand anser vi dock att de positiva aspekterna med samarbetet kom att överväga de negativa.

Flera av våra referenser, t.ex. Karlsson och Quilisch (2005) diskuterar att pojkars självskadebeteende ofta negligeras vilket egentligen talar emot att vår uppsats enbart fokuserar på flickor. Eftersom vår grindvakt endast kunde förmedla flickor med självskadebeteende fick vi uthärda det faktum att vi följer samma könsstereotypa mönster som många tidigare forskare gjort genom att utelämna pojkars självskadebeteende.

Alternativa metoder

När vi fick som förslag att genomföra den uppföljning som ligger till grund för vår uppsats var det från början tal om en mer kvantitativ ansats då det tenderade att bli mer av en renodlad utvärdering med kvantitativa inslag som skattningsskalor m.m. I och med att urvalet var maximalt 17 personer, och vi räknade med ett visst bortfall, såg vi svårigheter med att göra en kvantitativ studie då vi har en tanke om att det i regel kräver ett större urval.

Det faktum att vi valde att göra en kvalitativ studie och inte en kvantitativ grundar sig även till stor del på den litteratursökning vi har genomfört där större delen av det material vi kom över baserade sig på kvantitativa studier. Vi såg det som viktigt att ge mer tyngd åt flickornas egna subjektiva upplevelser och ansåg då att en kvalitativ studie var att föredra.

Förslag till fortsatt forskning

Som Söderberg (2008) lyfter fram finns det ett tydligt genusperspektiv på självskadebeteende som är kopplad till bilden av flickor som introverta medan pojkar ses som mer utagerande. Det vore spännande att fortsätta studera detta fenomen och försöka utröna huruvida det stämmer eller inte. Genom en sådan studie kan det bli intressant att se om det är möjligt att slå hål på ”myten” om den sköra kvinnan och machomannen eller om verkligheten faktiskt ter sig på detta sätt.

Referenser

- Alvesson, M. & Sköldböck, K. (2008). *Tolkning och reflektion - vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Berg, I. K. (2003). *Familjebehandling – lösningsfokuserat arbete med utsatta familjer*. Stockholm: Mareld.
- Bergsten, B. (1998) Känsla av sammanhang (KASAM) utifrån en kvalitativ studie av unga Barnfamiljer. I Kumlin, T (red.), *Känsla av sammanhang i teori, empiri och kritik*. (s 54-66). (Forskningsrådsnämnden 98:9). Uppsala: Ord & Vetande AB.
- Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis – The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovskys Sense of Coherence Scale*. (Avhandling för doktorsexamen, Åbo Akademi University).
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H. & Wängnerud, L. (2007). *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad* (3:e rev. uppl.). Stockholm: Nordstedts Juridik.
- Favazza, A. (1996) *Bodies under siege – self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Gassne, J. (2008). *Salutogenes, Kasam och socionomer*. (Avhandling för doktorsexamen, Lunds Universitet).
- Giota, J. (2005). Exempel på forskningsetiska krav i enkätundersökningar. I Larsson, S., Lilja, J., & Mannheimer, K. (red.), *Forskningsmetoder i socialt arbete* (s.251-268). Lund: Studentlitteratur.
- Gustafson, K. (2006). *Vi och dom i skola och stadsdel. Barns identitetsarbete och sociala geografier*. (Avhandling för doktorsexamen, Uppsala Universitet).
- Haggqvist, A. & Widinghoff, B. (2000). *Miljöterapi – igår, idag och i morgon*. Lund: Studentlitteratur
- Hawton, K., Rodham, K & Evans, E. (2006) *By there own young hand. Deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1997). *Forskningsmetodik: om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Högberg, G. (2008). Behandling av självskadebeteende och självmordsförsök. S. Rigmor (red.). *Självskadebeteende: forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga*. (s. 77-100) Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Karlsson, J., Quilisch, E. (2005). *Självskadebeteende hos tonåringar. En studie rörande förekomsten av självskadande beteende hos ungdomar i årskurs nio i relation till kön, självkänsla och grad av mindfulness*. Psykologexamensuppsats, Lunds Universitet.
- Kumlin, T. (1998). Korruptionen av den existentiella insikten: en (när)synt läsning av den salutogenetiska modellen. I Kumlin, T (red), *Röster om KASAM – 15 forskare granskar begreppet Känsla av sammanhang*. (s. 5-39). (Bilaga till FRN-rapport 98:9). Uppsala: Ord & Vetande AB.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning – teori, strategi och teknik*. Stockholm: Natur och Kultur
- Larsson, S. (2005). Kvalitativ metod – en introduktion. I Larsson, S., Lilja, J., & Mannheimer, K. (red.), *Forskningsmetoder i socialt arbete* (s. 91-128). Lund: Studentlitteratur.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E., Corcoran, P., Fekete, S., van Heeringen, K., De Leo, D. & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49:6, pp 667–677.

- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 31 (1), pp 67 – 77.
- Sandelin, G. (2006). *BRIS-rapporten - samtal och mail till BRIS 2005*. Stockholm: BRIS.
- Socialstyrelsen (2004). *Flickor som skadar sig själva - En kartläggning av problemets omfattning och karaktär*. 2004-107-1.
- Socialstyrelsen (2008). *Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2006*. 2008-42-2.
- Tishelman, C. (1998). Några kritiska reflektioner över vårt okritiska bruk av KASAM. I Kumlin, T (red.), *Känsla av sammanhang i teori, empiri och kritik*. (s. 79-90). (FRN-rapport 98:9). Uppsala: Ord & Vetande AB.
- Theorell, T. (1998). Antonovsky och hans KASAM. I Kumlin, T (red), *Röster om KASAM – 15 forskare granskar begreppet Känsla av sammanhang*. (Bilaga till FRN-rapport 98:9). (s. 76-77) Uppsala: Ord & Vetande AB.
- Vetenskapsrådet (1999). *Etikregler för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning: Forskningsetiska principer i humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.
- Waad, T. (2008). Skyddande faktorer i praktiken. I S. Rigmor (red.). *Självskadebeteende: forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga*. (s. 91-100) Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Walsh, B., & Rosen, P. (1988). *Self-mutilation: theory, research, and treatment*. New York: Guilford Publications, Inc.
- Ödman, P-J. (1979). *Tolkning, förståelse, vetande – Hermeneutik i teori och praktik*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Bilaga 1. Intervjuguide

Inledning:

- Presentera oss samt syftet med vår studie
- Poängtera att flickorna godkänt att vi kontaktar dem samt att deltagandet är frivilligt.
- Informera om formen för intervjun (intervjuns längd, inspelning av samtalet, möjlighet att säga ”pass”, flickornas anonymitet)

Frågor:

1. Vilken eller vilka behandlingsmetoder var viktigast eller passade bäst för dig under tiden du var på behandlingshemmet X?

Behandlingsmetoder som ingick var DBT-grupp, egna terapiesamtal, familjesamtal med psykiatriker, ridterapi samt miljöterapi.

2. Vad i ... var det som var viktigt för dig?

3. Fanns det någon av behandlingsmetoderna som inte passade eller som var dålig för dig?

Om ja, vad var det och varför var det dåligt?

4. Var det något särskilt i miljöterapi som var speciellt viktigt för dig under behandlingstiden?

T.ex. personalen, miljöombytet, dagliga rutiner, de andra flickorna, din familj, kompisar.

5. Fanns det något i miljöterapi som inte passade eller som var dåligt för dig?

Om ja, vad var det och varför var det dåligt?

6. Tycker du att det var något i behandlingsmetoderna eller miljöterapi som saknades eller borde ha varit annorlunda under din behandlingstid?

Om ja, utveckla

7. Har du kunnat ta med dig någon erfarenhet eller färdighet från behandlingstiden som du kan ta hjälp av vid svåra stunder idag?

Färdigheter – Strategier, taktiker, sätt att tänka eller tricks

8. Hur tror du att ditt liv skulle ha sett ut idag om du inte hade placerats på behandlingshemmet X?

9. Hur skulle du vilja beskriva dina upplevelser av att ha varit på behandlingshemmet X?

Om intervjupersonen har svårt att svara kan man föreslå att hon ska beskriva tiden på behandlingshemmet med t.ex. tre ord.

Avrundning:

- Är det något du vill tillägga?
- Finns det något du tycker att vi har missat att fråga om?
- Tacka för deltagandet samt lämna kontaktuppgifter