

MITTUNIVERSITETET
Institutionen för socialt arbete

KURS: SA046G Socialt arbete GR (C), Självständigt arbete, 15 hp

ÄMNE: Socialt arbete

HANDLEDARE: Leif Franzén

Abstract

Syftet med denna studie har varit att undersöka professionellas syn på självskadebeteende hos ungdomar i högstadiet och gymnasiet undersökts. Hur de arbetar med självskadeproblematik hos ungdomar, om de anser att självskadebeteende är ett socialt fenomen samt även eventuell förekomst av likheter och skillnader beroende på profession. En kvalitativ undersökningsmetod har använts med semistrukturerade intervjuer med personal på Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning samt skriftlig intervju med personal på Elevhälsan i en medelstor stad i Sverige. Materialet har analyserats med hjälp av en tematisk analys. Resultatet visade skillnader mellan de professionella som hade en medicinsk bakgrund och de som hade en socionombakgrund. Dock definierades självskadebeteende i stort sett lika av alla respondenter oavsett arbetsplats. Självskadebeteende var oftast inte den huvudsakliga orsaken till att ungdomarna sökte hjälp utan var snarare en följd av oro, ångest och nedstämdhet. Hos respondenterna förekom även delade meningar om självskadebeteende som socialt fenomen där några ansåg att det var smittosamt medan andra tog avstånd från detta påstående.

TITEL: Professionellas syn på självskadebeteende hos ungdomar i högstadie- och gymnasieåldern

FÖRFATTARE: Saga Beutelrock och Sara Danielsson

DATUM: Vårterminen 2012

Professionellas syn på självskadebeteende hos ungdomar i högstadie- och gymnasieåldern

S. Beutelrock & S. Danielsson

Inledning

Självskadebeteende och särskilt skärande har varit aktuellt inom både forskning och media under flera decennier. Orsaken till självskadehandlingarna, tillvägagångssätten som används vid självskadandet och behandling är ämnen som diskuteras och studeras. Studier visar exempelvis att flickor är majoritet av självskadarna och skillnader upp till 6.5 flickor på en pojke visas i exempelvis (Hawton & Harris, 2008). Självskadande har enligt Johansson (2010) inte alltid förknippats med psykiska symtom som oro, ångest och psykisk smärta. Under 1990-talet användes självskada som en rituell akt av vissa satanistiska grupper och ansågs vara tecken på maskulinitet. Självskadandet uttryckte ”hat och aggression” och ansågs vara en form av icke-rädsla. Dock skriver Johansson även i sin avhandling att självskadandet i västerländsk tradition ansetts vara ett kvinnoproblem då flickor och kvinnor enligt samma tradition är svaga, sårbara och känsliga. Favazza (2011) skriver att självskadebeteende ofta underlättar hanteringen av obehagliga, starka känslor, tankar och andra handlingar. En lättnad upplevs när individen självskadar och även en känsla av att ha kontroll över situationen. Det kan också vara ett slags rop på hjälp från en individ som inte mår bra psykiskt eller ett försök att få uppmärksamhet. Favazza påpekar att de som självskadar oftast inte har för avsikt att dö utan självskadar för att göra det lättare att leva, med de tankar och känslor som annars kan vara svåra att hantera.

Syftet med studien är att undersöka hur professionella som arbetar med psykisk hälsa och ungdomar i högstadiet och gymnasiet, definierar självskadebeteende, arbetar med självskadeproblematik samt om de anser att självskadebeteende är ett socialt fenomen. Intresset är att rikta uppmärksamhet mot om det finns skillnader och likheter i arbetet med självskadebeteende mellan olika professioner. I den tidigare forskningen presenteras olika begrepp som förekommer i resultat- och analysavsnittet. Artikeln avslutas med en diskussion av studiens resultat och analys samt förslag till ytterligare forskning inom området. I informationsbrevet informeras respondenterna om garantin för anonymitet, integritet, konfidentialitet och frivillighet. Frågeställningarna som ställs i studien är: Hur arbetar professionella med självskadande

ungdomar i högstadie- och gymnasieåldern? Hur definierar professionella begreppet självskadebeteende? Skiljer det sig från tidigare forskning? Går det att se likheter och/eller skillnader i professionellas syn på självskadebeteende, beroende på om respondenten arbetar på Elevhälsan eller BUP? Kan självskadebeteende vara ett socialt fenomen?

Metod och material

Arbetet inleddes med att söka efter definitioner av självskadebeteende, för att därefter kunna finna studier i ämnet som belyste behandling och skillnader mellan flickor och pojkar. Sökning av artiklar har skett genom databaser som ProQuest, Artikelsök & DiVa. Användbar litteratur har även hämtats från Mittuniversitetets bibliotek och genom fjärrlån från andra bibliotek i Sverige. Ingen geografisk begränsning har gjorts och litteraturen består av både svenska och utländska studier. Det har varit svårt att hitta relevant information som enbart har fokus på självskadebeteendet som fenomen. Istället finns det mycket information att hämta kring självskadebeteende i samband med olika diagnoser, som exempelvis flickor med Borderline personlighetsstörning.

Studiens utgångspunkt var att samla in empiri utifrån en kvalitativ forskningsstrategi, med en metod av semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna var tänkta att genomföras med professionella inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP), Elevhälsan samt Ungdomspsykiatriska mottagningen (UPM), i en medelstor stad i Sverige. Till intervjuerna framtog en intervjuguide med nio öppna frågor. Dessa frågor skulle vara möjliga att ställa följdfrågor på under intervjun, för att eventuellt få respondenterna att förtydliga sitt svar eller om nya frågeställningar uppkom. Ett informationsbrev bifogades även till respondenterna där de etiska principerna om samtyckes-, konfidentialitets-, nyttjande- och informationskrav inkluderats enligt Bryman (2011). Materialet från intervjuerna har analyserats enligt en tematisk analysmetod, vilket innebär att utifrån de frågor som använts i intervjuguiden har teman bildats och utifrån dessa analyserades empirin (Bryman, 2011).

Kontakten med verksamheterna Elevhälsan, BUP och UPM har skett via både telefon och e-post. Kontakten med BUP och Elevhälsan har inletts genom telefonsamtal med verksamheternas respektive chefer. Efter kontakten med verksamhetschefen på BUP rekommenderades personer i personalen som ansågs ha goda kunskaper i ämnet och därför möjlighet att besvara intervjufrågor. Därefter har kontakt med dessa personer etablerats och erbjudande givits om

att delta i studien i form av en intervju. När respondenterna på BUP tackat ja bokades en tid för möte. Intervjun skedde vid ett tillfälle med två personer ur personalen, den ena var överläkare och barnpsykiatriker och den andra respondenten var socionom och psykoterapeut, de omnämns senare i studien med sina professionella titlar. Intervjun varade i 50 minuter och en diktafon användes. Därefter transkriberades materialet. I kontakten med Elevhälsan ansåg verksamhetschefen att det inte fanns utrymme för en intervju att hållas, då det redan var hög arbetsbelastning inom verksamheten. Elevhälsans chef erbjöd sig att lägga ut intervjuguiden med frågor på personalens interna konferenssida på det interna nätverket. Därefter fick den som ville hos Elevhälsans personal besvara frågorna. Frågorna som ställdes i dokumentet som lades ut på Elevhälsans interna konferens var samma som ställdes i intervjun hos BUP, dock utan möjlighet till kompletterande frågor. Två personer besvarade frågorna genom skriftliga svar, dessa erhöles en vecka efter att frågorna lagts upp på Elevhälsans interna konferenssida. Av de två respondenterna från Elevhälsan arbetade den ena som skolsköterska och den andra som skolkurator. De omnämns senare i studien med sina professionella titlar. Kontakten med UPM skedde med en telefonist, som lovade att återkomma med svar huruvida UPM var intresserad att delta i studien eller inte. Inget besked kom från UPM angående frågan om att delta i studien och detta efter upprepade samtal med telefonist. Ett e-postmeddelande skickades därefter till två personer i personalen hos UPM, med frågan om de ville ställa upp på en intervju eller alternativt svara skriftligt på studiens intervjuguide. UPM svarade att deras arbetsbelastning var hög och därför ej hade möjlighet att ställa upp i studien.

Tidigare forskning

Självskadebeteende definieras som medvetna handlingar som innebär att individen tillfogar den egna kroppen skada och smärta utan att ha avsikten att ta sitt eget liv. Dessa handlingar används av individer som självskadar för att kunna hantera starka, smärtsamma och jobbiga tankar, känslor eller situationer. Att skada sig själv lättar på trycket (Øverland 2010). Självskadebeteende är inte klassat som en diagnos för sig utan ingår bland annat i diagnoserna Borderline personlighetsstörning (IPS) och trichotillomani, där individen tvångsmässigt drar loss hår från sitt eget huvud (Favazza, 2011).

Inom forskningen används flera olika definitioner av självskadebeteende, de två vanligaste beteckningarna är Deliberate self-harm (DSH) och Self-injurious behaviour (SIB). DSH beskrivs som bredare och översätts i Socialstyrelsens forskningsöversikt år 2004 (se Ståhl 2007)

till självdestruktivitet. DSH innefattar även ätstörningar, alkohol- och drogmissbruk som typer av självskadebeteende (Ståhl, 2007). Den definition som används oftast i internationella studier är DSH, Deliberate self-harm. I svenska studier används begreppet impulsivt självskadebeteende och innebörden är ungefär densamma som för DSH. Självskadebeteende utifrån dessa definitioner utgår från att individer exempelvis skär sig, bränner sig, rispar sig så att det blöder, river sig så att det blöder, förhindrar läkning av sår, biter sig så det går hål, sticker sig med vassa föremål, slår sig och dunkar huvudet i väggen. Det finns dock ingen önskan att ta sitt liv genom detta beteende (Fjellman, 2011).

Favazza (2011) använder sig av termen Nonsuicidal self-injury (NSSI), och delar in självskadebeteende i fyra grupper, dessa är major, stereotype, compulsive och impulsive. Major, där individen använder sig av amputation och kastrering. Stereotype, förekommer vid autism och andra personlighetsstörningar. Compulsive, den här kategorin inkluderar upprepat rituellt beteende som typiskt förekommer flera gånger om dagen som exempelvis trichotillomani. Den sista gruppen är det impulsiva självskadandet, vilket fokuseras i denna studie. Impulsivt självskadebeteende kan indelas i repetitivt där självskadandet har blivit ett automatiskt skydd mot till exempel vissa känslor, och episodiskt som oftast sker i samband med någon större händelse som ett sjukdomsförlopp eller trauma. Det episodiska självskadandet kan övergå till ett repetitivt mönster (Fjellman, 2011). Det repetitiva självskadandet uppstår oftast i tidiga tonåren och förekommer oftare hos flickor. Beteendet kan kvarstå i flera decennier med olika frekvens av självskadehandlingar. Favazza inkluderar inte sväljande av föremål, piller eller överdoser i sin beskrivning eftersom de egentliga skadorna av handlingarna är osäker och inte kan mätas (Favazza, 2011).

Riskfyllt beteende kan förklaras genom att utsätta sig för fara som exempelvis vansinnesköra bilar, ha oskyddat samlag med flera personer under längre perioder, använda droger och alkohol samt klättra på farliga platser. Det är dock viktigt att nämna att exempelvis Extremsporter inte tillhör denna kategori av självskadande. Det ska finnas en önskan att skada sig och inte enbart ett sökande av adrenalin (Fjellman, 2011).

Skillnader och likheter kring självskadebeteende

Johansson (2010) påpekar i sin avhandling att självskadebeteende är kopplat till könsroller och att kvinnor ofta känner höga krav från omgivningen att bete sig feminint, vilket kan resultera i självskada. På samma sätt kan män som inte passar in i den stereotypa mansrollen tillfo-

ga sig själv skada. Johansson beskriver rollerna som att kvinnan ska vara feminin, ödmjuk och känslös medan mannen ska vara hård, stark och i maktposition. I Øverlands (2010) studie påvisas det att självskadebeteende är betydligt vanligare hos flickor än hos pojkar. Genom att diskutera detta utifrån sociala roller skulle det kunna förklaras som att det ses som i kvinnans natur att självskada, då ett vanligt tänk är att kvinnor uppfostras till att undantrycka sin aggressivitet mot andra och istället rikta sin ilska inåt. Medan män istället anses borde visa sin aggressivitet öppet, vilket skulle göra de mindre benägna att självskada (ibid.). Ståhl (2007) har ett exempel i sin studie kring placerade ungdomar på § 12 hem ansågs flickors problem bero på psykologiska eller psykiska skäl och där liknande problem hos pojkar ansågs vara sociala. Pojkarnas aggressivitet ansågs vara en protest mot placeringen, men flickornas självskadebeteende förklarades som tecken på psykisk problematik. Flickors självskadebeteende kan också ses som en protest men den normativa synen på flickor förhindrar denna synvinkel. Straarup Søndergaard (2008) beskriver att det finns studier som fokuserar på självskadande män och där självskadebeteende definieras likadant för män som för kvinnor. Detta är något som andra forskare opponerar sig mot. Dessa forskare anser att kvinnor och flickor oftare självskadar genom skärande och rispande, oftast i hemlighet, medan män och pojkar självskadar genom riskfyllt beteende. Om definitionen av självskadebeteende inte innefattar riskfyllt beteende kan det leda till att ungdomar som utför dessa handlingar inte räknas in under begreppet och därför hamnar utanför statistiken.

Det har påvisats att endast ett fåtal av de som självskadar söker hjälp och det är ännu mindre vanligt att män söker hjälp för sina problem. Därför hamnar manliga självskadare lättare utanför statistiken. Av detta finns anledning att anta att mörkertalet bland de män som självskadar kan vara större än hos kvinnor (Ståhl, 2007). Att män uppfostras till att se sig själva som självständiga och inte be om hjälp skulle kunna vara en förklaring till varför färre män än kvinnor söker hjälp för sin självskadeproblematik (Øverland 2010). Madge et al., (2008) jämför i sin studie förekomsten av självskadebeteende bland ungdomar mellan 15 och 16 år i sju olika länder. Denna studie visar att flickor var dubbelt så benägna att rapportera självskadebeteende än jämnåriga pojkar. Studien påvisar att det är vanligare att flickor berättar om sitt självskadebeteende än att pojkar gör det.

Rosow & Wichstrøm (2010) visar i sin studie att andelen ungdomar som söker hjälp har ökat mellan åren 1994 och 2002. Dock är det endast en liten del av alla som självskadar som söker

och får hjälp. De flesta respondenter i studien söker främst hjälp hos familj och vänner, därefter hos sjukvården. Av de som sökte hjälp hos sjukvården hade många även tidigare sökt hjälp inom sin familj. Detta kan enligt studien visa på ett mörkertal av unga som självskadar eftersom fler personer söker hjälp utanför sjukvården. Flickor var mer benägna att söka hjälp hos familj/vänner, likaså personer med tidigare suicidförsök och personer som inte kände sig ensamma. Studien visar att möjligheterna att söka hjälp har ökat mellan 1994-2002 samtidigt som fler klienter sökt hjälp. Enligt studien kan detta bero på ett ökat intresse i media med artiklar om ämnet och mer professionell hjälp att tillgå (ibid.).

Hur självskadebeteende definieras och vilka beteenden som räknas in under självskada när dessa undersökningar görs har stor betydelse för hur resultatet kommer att se ut. När avsiktlig vårdslöshet, risktagande och självförgiftning läggs till i undersökningar jämnas könsskillnaderna ut. Att exempelvis slå sig själv blodig mot en vägg uppfattas kanske inte som självskadebeteende trots att pojkar beskriver att det är en relativt vanlig metod att använda för att kunna hantera smärtsamma tankar, känslor eller situationer (Øverland, 2010). En svensk undersökning visar att självskadebeteende överlag är vanligare hos flickor, men resultatet visar att hos de som självskadar ofta är könsskillnaderna inte längre uppenbara (Ståhl, 2007). Även Hawton & Harriss (2008) säger i sin studie att självskadebeteende bland kvinnor är mycket högre än hos män, medan män visar på högre självmordsbenägenhet.

I arbetet med att hjälpa pojkar med deras problem skriver Øverland (2010) att det är generellt sett vanligt att pojkar upplever det jobbigt att sitta mitt emot någon annan och ha ett förtroligt samtal. Erfarenheter har visat att det underlättar för pojkar att tala om sina problem om de får göra något annat samtidigt och slippa ögonkontakt. Det kan exempelvis vara så att man tar en biltur tillsammans eller går en promenad (ibid.). Även Bowen & John (2001) tar i sin studie upp att män visar bättre resultat i behandling om behandlingsmetoden innefattar mer praktiska moment, och mindre individuella samtal mellan självskadaren och terapeuten.

Sociala skäl

Forskare har lagt märke till att ungas självskadebeteende inte enbart förekommer hos personer med känslomässiga problem utan det kan också finnas sociala skäl till varför man skadar sig själv. Sociala skäl kan alltså vara en faktor till att ungdomar självskadar och det är vanligt att ungdomar som uppger att de självskadar har någon vän som också gör detta. Dessa

ungdomar uppger också att det finns en viss social interaktion kring självskadebeteende, att umgänge sker kring självskadandet. Precis som vänners riskbeteende kan påverka en individ att ha ett riskfyllt beteende, skulle vänners självskadebeteende också kunna påverka en individ till att självskada. Självskadebeteende har länge setts som något privat och något som man håller för sig själv, men ungdomar som självskadar uppger att de pratar med sina vänner om självskadandet och att det finns minst en person som vet om att de självskadar (Heath et al., 2009).

Via diskussionsforum på Internet delar självskadande ungdomar erfarenheter och ibland även bilder på sina skador. Det kan skapa ett slags tävlande och jämförande, om vem som gjort den värsta självskadehandlingen. En gemensamhet skapas och inspiration hämtas av andra som självskadar (Johansson, 2010). Fokus i media och på internet kan leda till att medvetenheten kring självskadebeteende ökar hos ungdomar. Detta leder till att självskadebeteendet blir normaliserat och mer accepterat bland ungdomar och inom den allmänna kulturen (Heath et al., 2009).

Resultat och Analys

I studien har en överläkare och en socionom på Barn- och Ungdomspsykiatrisk mottagning, BUP, intervjuats. Även en skolkurator och en skolsköterska som arbetar inom Elevhälsan har intervjuats, detta skriftligt. I intervjun med BUP definierades självskada som något som kommer i många olika former och oftast utgår man från ett snävt begrepp med de vanligaste förekommande formerna av självskada som att skära, rispa och bränna sig. Även att berusa sig vid upprepade tillfällen, destruktiv sexualitet, att slå sig själv, ätstörningar eller att på något sätt utsätta sig för stora risker och faror kan också ses som självskadebeteende. Skolsköterskan definierade begreppet självskada som tvångsmässigt självskadebeteende och impulsivt självskadebeteende, där individen tillfogar sig skador utan medveten avsikt att ta sitt liv. Skolkuratoren förklarar däremot självskadebeteende som en komplex kombination av yttre/inre och omedvetna/medvetna processer i personens liv, som skiljer sig olika åt mellan olika personer. Handlandet beskrivs genom skärande, rispande, brännande, stickande, slag, men även riskfyllda beteenden som rökning, supning, överträning, slagsmål, tankar om att inte vara värd något och detta bekräftar BUP:s åsikter.

BUP beskriver att i kliniskt arbete måste aspekten av självmord inkluderas när man talar om självskadebeteende. Dock tycker respondenterna att det förmodligen är vanligare att personer

med självskadebeteende inte har för avsikt att vilja ta sitt eget liv. Den andra formen, att man vill dö, tror respondenterna inte förekommer lika ofta och att självskadaren i dessa fall åsamlar sig värre skador i och med sitt självskadebeteende och är mer destruktiv i utförandet. Favazza (2011) beskriver detta som att självskadebeteende ofta underlättar hanteringen av obehagliga känslor och att en känsla av lättnad uppnås och även en känsla av kontroll över situationen.

I intervjun med BUP framkom att självskadebeteende sällan är något en individ söker hjälp för när de kommer i kontakt med sjukvård eller andra hjälpverksamheter. Det är istället andra problem som ligger till grund för etablerandet av kontakten, dessa problem är vanligtvis ångest, depression, ätstörning och i vissa fall tvång. Individer med dessa problem kan uppvisa ett självskadebeteende och på så vis framkommer det i kontakten med de professionella. Dock är alltså inte självskadebeteendet det huvudsakliga problemet utan en följd av dessa orsaker. Även traumatiska upplevelser kan ligga till grund för ett självskadebeteende som exempelvis mobbing, misshandel och sexuella övergrepp. De ungdomar som kommer till BUP har ofta många olika bekymmer som ligger till grund för deras psykiska ohälsa. Om en ung person blivit mobbad under mellanstadiet kan han eller hon få svårare att tackla detta trauma under högstadiet och gymnasiet, vilket kan skapa en jakt på lindrande metoder som självskadebeteende. Respondenterna påpekade även att bristtrauma var vanligt förekommande hos deras klienter, vilket innebär att föräldrarna inte klarat av att ge barnet det som det behövt när det var yngre.

Respondenternas syn på ungdomar som självskadar

I tidigare forskning framkommer det att flickor självskadar i större utsträckning än killar, även studiens respondenter uppger att det oftast är flickor som de kommer i kontakt med angående självskadebeteende. De två personerna på BUP tycker sig se en viss ökning av deprimerade pojkar som söker hjälp för sina problem än tidigare. Enligt Socionomen på BUP kan detta bero på att de idag är bättre på att sortera ut och bedöma ett problem än för 15 år sen, vilket också påvisas i Rossow och Wichstrøms (2010) studie.

I studien av Madge et al., (2008) visas att flickor oftare talar om sitt självskadande och är mer benägna att rapportera sitt självskadande än pojkar och i Øverlands (2010) studie visas att

pojkar uppfostras till att vara självständiga och ta hand om sig själva. I fråga kring detta och hur de tycker att det stämmer in på deras erfarenheter svarar personalen på BUP att de tycker det är svårt att generalisera detta. De säger att det ibland finns problem kring att inte få kontakt med ungdomar, men problem finns hos både flickor och pojkar. Men att de ändå kan se att det är fler flickor som i större utsträckning är hjälpsökande.

På frågan om respondenterna ser skillnader och/eller likheter mellan pojkar och flickor som självskadar svarar BUP att det går att se att yngre pojkar slår sig själva och är utåtagerande och att det hos pojkar ofta förekommer en beroendeproblematik och att flickor i tonåren upplevs som mer inåtvända. Även Skolkuratoren anser att pojkar är mer utåtagerande med exempelvis slagsmål, bruk av alkohol, tatuering och bränning samt att flickor är mer inåtvända och skadar sig där det inte syns. På detta vis tycker Skolkuratoren det är viktigt att söka efter dessa olika tecken hos pojkar och flickor, men att det förekommer undantag. Dessa skillnader mellan pojkar och flickor tror respondenterna på BUP se en tendens till att börja jämnas ut och att flickor i större utsträckning blir mer utåtagerande som pojkar och att flickor dricker mycket mer alkohol än tidigare. *"I och med en allmän strävan i samhället efter en jämvikt mellan könen så kommer även negativa beteenden synas och bli mer jämna mellan könen."* – Överläkaren. Angående skillnader och likheter hos pojkar och flickor som självskadar anser Skolsköterskan sig veta mycket lite om pojkar, men att flickor ofta visar depressiva symtom vid självskadebeteende.

Som Ståhl (2007) tar upp i sin studie att synen på hur flickor och pojkars beteende förklaras på olika sätt och i jämförelse med varandra, kan flickors utåtagerande ses som ett problem medan pojkars beteende förklaras som ett naturligt manligt beteende. På frågan hur BUP tänker kring detta, ansåg de att det är möjligt att det måste gå längre innan pojkar fångas upp i behandling och innan pojkars beteende problematiseras. Det är lättare när det gäller pojkar att det går längre och att det skulle leda till större problem som exempelvis kriminalitet. De ger ett exempel på ett fall som de diskuterat om en flicka som är i en hjälpsituation och hur de har diskuterat fallet ur olika perspektiv genom att tänka på hur de skulle ha gjort om flickan varit en pojke. Frågan de ställde sig var om de väntat längre på att göra en insats men att på grund av att det är en flicka så anser de att situationen inte är hållbar och att det är viktigt att agera snabbt.

Under intervjun hos BUP leddes samtalet in på ämnet sexualitet och att flickor anses mer utsatta rent fysiskt i jämförelse med pojkar. Detta kan ha en bidragande effekt på synen och behandlingen kring flickor och pojkar. När flickor agerar genom sin sexualitet utsätter de sig för större risker än vad kanske pojkar kan utsätta sig för, som att bli våldtagna. Flickor är i ett fysiskt underläge, dock är det ändå pojkar som i större utsträckning utsätts för våld. Trots det tenderar det vara flickor man är mest orolig för. Även detta kan jämföras med Ståhls (2007) studie där flickors problem anses bero på psykologiska eller psykiska skäl och där liknande problem hos pojkar ansågs bero på sociala skäl.

Självskadebeteende – ett socialt fenomen?

Respondenterna från BUP anser att det inte är vanligt med självskadebeteende och att det oftast förekommer i samband med ångest, oro och depression. Det kan finnas en skillnad om självskadandet sker som en enstaka händelse eller om det är något som utvecklats till en vana eller ett återkommande beteende. Dock tycker de svarande att det inte är särskilt vanligt med repetitivt självskadande, utan att det är betydligt fler som bara testat någon enstaka gång. Respondenterna refererade till en studie gjord i Halland där 7 % av studerade skolungdomar engagerat sig i beteendet någon enstaka gång. Detta ansåg respondenterna verka lite och menade att det borde vara ungefär en fjärdedel (25 %) som någon gång testat självskada, oftast genom att skära sig. Att inte fokusera på självskadebeteende är något som de svarande säger är viktigt i deras arbete. Det är inte heller något som de vanligtvis frågar sina klienter. De tror dock att om man skulle fråga alla som besökte verksamheten skulle de flesta svara att de provat någon gång.

Skolsköterskan anser att självskadande är vanligare förekommande än vad som erfarits på dennes arbetsplats. Skolkuratorn anser däremot att självskadebeteende är mycket vanligt inom gymnasiet och att många är omedvetna om sitt beteende. *”Jag tror att ALLA har självdestruktiva tendenser mer el. mindre i en el. annan form.”* – Skolkuratorn. BUP tror inte att det finns någon risk att ungdomar påverkas till att börja självskada genom exempelvis information i skolan eller forskningsenkäter angående självskadebeteende. Snarare är det samtal mellan kamrater eller via webbsidor på Internet som kan väcka dessa tankar eftersom det där finns tillgång till instruktioner av tillvägagångssätt och beskrivningar av effekter som det kan ge, exempelvis ångestlindring. Tillgängligheten av sådan information tror de svarande skapar en större risk att unga börjar självskada. Detta är även något Johansson (2010) beskriver i sin

studie angående självskadebeteende och internet. Även självmord och suicidtankar diskuteras och där tror respondenterna på BUP att det kan finnas en risk för smittoeffekt bland ungdomar. De har genom egen erfarenhet upplevt att tankar om självmord väcks hos kamrater till någon som tagit sitt liv.

Heath et al (2009) beskriver i sin studie att självskadande kan förklaras som ett socialt fenomen och det kan finnas sociala skäl till självskadandet. Det skapas en gemenskap genom självskadandet. Skolsköterskan anser inte att självskadebeteende skulle kunna ses som ett socialt fenomen som kan spridas mellan ungdomar och detta är inte heller något respondenterna från BUP stött på i sitt arbete med barn och unga mer än någon enstaka gång. Denna åsikt skiljer sig från Skolkuratorns som tror att självskadebeteende är ett socialt fenomen och att det kan smitta i t.ex. grupper. *”Om gruppen som man identifierar sig med super och släss är det lätt att göra lika. Samma med kompisar som skär sig.”* – Skolkuratoren.

I mötet med BUP diskuteras Internets roll, nu som ett forum och samlingsplats. Ungdomar umgås socialt genom exempelvis chattrum men självskadar sig sedan i sin ensamhet. Detta kan återkopplas till Johansson (2010) som menar att en gemensamhet skapas kring självskadandet och att erfarenheter delas över Internet. Även idoler och förebilder är något som kan påverka en ungdom till självskadande. Den ena Överläkaren berättar om japanska musikgrupper som utövar självskada under sina scenframträdanden och att det förekommer blodiga inslag under dessa. Detta kan inspirera ungdomar till att själva engagera sig i självskada, enligt respondenten.

Arbets- och förhållningsätt

BUP uppger att det inte finns någon särskild policy eller liknande kring självskadebeteende utan att det ingår inom exempelvis ångest, depression eller social problematik. De lägger inte själva tyngden på självskadebeteendet i hjälparbetet utan i stället läggs fokus på vad som utlöser självskadebeteendet. De försöker hjälpa ungdomar att hantera känslorna som kommer och utlöser själva självskadebeteende, för att på så sätt hjälpa ungdomarna att hantera sitt problem. Detta säger de är en liten men viktig del i arbetet med att hjälpa ungdomar. Inte heller Skolkuratoren eller Skolsköterskan svarade att det fanns en policy kring självskadebeteende på deras arbetsplats. Personalen på BUP förklarar att det finns olika team/tvärgrupper på arbetsplatsen som har specifika arbetsuppgifter, ett särskilt team kring självskadebeteende finns inte

utan teamen arbetar med individer som har symtom som depression, ångest och ätstörningar. I denna grupp av problem faller självskadebeteende in och räknas som ett symtom på problem eller bekymmer som ångestsjukdom eller ångest på grund av sociala förhållanden. Favazza (2011) skriver att självskadebeteende inte är klassat som en diagnos för sig utan ingår i andra diagnoserna som exempelvis Borderline personlighetsstörning.

Skolsköterskan kommer i kontakt med barn via öppenmottagning, dit de kan komma utan att ha bokat någon tid. Planerade och genomförda samtal ska ske i förskolan och årskurs 2,4,7 och gymnasiet, där samtalet kretsar kring barnets hälsa. Det kan också vara föräldrar som tar kontakt med Skolsköterskan av olika anledningar, men även annan skolpersonal och elevhälsopersonal som exempelvis Skolkuratorn. I Skolsköterskans arbete med barn som har självskadeproblematik förs samtal med dessa, som sedan hänvisas till exempelvis BUP för ytterligare hjälp. Skolkuratorn upptäcker elever med självskadeproblematik genom att de själva söker hjälp i andra syften exempelvis när de mår dåligt eller att det går dåligt i skolan. Som hos Skolsköterskan kan det även i detta fall vara någon annan i elevhälsopersonalen, skolpersonalen och även föräldrar som kontaktar eller hänvisar till Skolkuratorn. Arbetet innebär att kartlägga orsakerna till att ungdomen självskadar och hjälpa individen att finna andra sätt att hantera situationer än att självskada. Skolkuratorn försöker inge hopp om förändring, erbjuder samtal samt kopplar in familjen och arbetar med ungdomens ångest. Vid behov remitteras ungdomen till andra instanser.

Att det kan finnas ett mörkertal av ungdomar som självskadar är inget som respondenterna på BUP tror. De tror att de flesta ungdomar har någon att vända sig till. Detta är något som skiljer sig från Ståhls studie (2007) där mörkertalet anses stort och att många väljer att inte söka hjälp. Respondenterna i intervjun från BUP påpekar att det kan finnas en allmän uppfattning hos unga att det inte är så populärt att gå till BUP och detta kan leda till att personer med självskadeproblematik söker hjälp på andra håll istället. BUP tror att många har ett nätverk som hjälper de att hantera problematiken. Även skolhälsan spelar en viktig roll här. Skolsköterskan nämns av respondenterna på BUP som en nyckelperson och även vikten av andra vuxna personer inom skolvärlden som kan fånga upp och hjälpa unga som mår psykiskt dåligt eller har andra problem påtalas. Det finns även en möjlighet att kontakta BUP direkt, utan att remitteras från skolhälsan, hälsocentralen eller socialtjänsten. Enligt Rossow & Wichström (2010) studie framkommer att det är få ungdomar med självskadeproblematik som söker hjälp

hos professionella. De flesta av dessa ungdomar vänder sig i första hand till någon i sin familj eller till en vän, innan de söker professionell hjälp.

På BUP har ett samarbete påbörjats med Dialektisk beteendeterapi (DBT)-teamet på vuxenpsykiatri, vilket de båda anser vara bra för deras verksamhet då man jobbar nära ungdomarna med en mer intensiv behandling, istället som tidigare då det endast är enstaka tider i veckan då BUP träffar klienterna. Det är något de tycker att verksamheten har saknat och något positivt att jobba vidare med.

Diskussion

Självskadebeteende definieras på olika sätt, ibland snävt då självskadebeteende förklaras som då individen rispar eller bränner sig och ibland med en bred definition som även innefattar exempelvis riskfyllt beteende. Det kan underlätta arbetet med självskadande ungdomar om alla professionella använder samma definition. Med en snäv beteckning kan det vara lättare att plocka ut de som självskadar och lider av ett självskadebeteende, då det kan underlätta att identifiera ett självskadebeteende om det innebär få men tydliga symtom. Dock riskerar ungdomar att sällas bort från hjälpinsatser om deras beteende inte passar den snäva definitionen. Ett bredare perspektiv skulle kunna göra det svårt att dra en gräns där ett beteende övergår eller inte längre är ett självskadebeteende. Att flera risker en individ utsätter sig för skulle kunna vara självskadebeteende. Om självskadebeteende betraktas med en snäv definition är skillnaderna större i antalet pojkar och flickor som självskadar, då flickor tenderar vara fler. Om definitionen däremot är bredare och inkluderar riskfyllt beteende kommer fler pojkar in i statistiken och skillnaderna i antal mellan könen minskar. Pojkars riskfyllda beteende är mer accepterat i samhället men om den bredare definitionen av självskadebeteende används skulle denna acceptans eventuellt minska då det riskfyllda beteendet då förknippas med att personen mår psykiskt dåligt.

I respondenternas svar i undersökningen angående hur behandlingen skiljer sig i förhållande till pojkar och flickor uppger de att det inte görs någon skillnad. I samtalet med BUP framkommer ändå att de diskuterat ett fall om en flicka och att de skulle kanske agerat annorlunda om hon varit en pojke istället. Då hade de kanske valt att avvakta lite med agerandet. I tidigare forskning som vi har studerat ser vi att det finns forskning som säger att pojkar lättare öppnar upp sig om de får sysselsättning medan de samtalar med en hjälpare, genom att ta en biltur

kan pojkar känna att det är lättare att öppna upp sig och prata om sina problem. Detta förhållningssätt framkom inte i respondenternas svar, men det är en metod som skulle kunna användas för att etablera kontakt med pojkar och flickor som respondenterna från BUP ansåg vara svåra att få tag i. Att det är vanligare att pojkar begår självmord skulle kunna förklaras med att de just är mer utåtagerande och därför använder sig av metoder som utgör större skada och därför kan ta en dödlig utgång.

Det är endast Skolkuratoren som uppger att det går att se självskadebeteende som ett socialt fenomen och jämför det med en form av gruppptryck där individer självskadar för att få en plats och tillhörighet i en grupp. Om de andra respondenterna hade fått följdfrågor om hur självskadebeteende kan tolkas som ett socialt fenomen eller fått exempel på detta, då hade deras svar eventuellt sett annorlunda ut. Detta skulle vara intressant att undersöka vidare.

Resultaten av både den muntliga intervjun och de skriftliga svaren stämmer i det stora hela med den tidigare forskningen som studerats i denna studie. I jämförandet av respondenternas svar kan uttydas en skillnad i vilken bakgrund i form av profession och utbildning som de svarande har. De med medicinsk bakgrund såg självskadebeteendet ur ett medicinskt perspektiv och de socialt skolade ur ett samhällsperspektiv. Dock var inte skillnaden lika märkbar i intervjun som skedde med de två respondenterna på BUP, det hade varit intressant att undersöka om skillnaderna varit mer märkbara om dessa respondenter intervjuats en och en. Studien visar att det går att se en skillnad i hur respondenterna besvarar frågorna beroende på vilken professionell utbildningsbakgrund respondenten har, vilket kan vara positivt då man jobbar i team där de professionella har olika utbildning och erfarenheter. Personalen kan då utnyttja varandras kunskaper och erfarenheter för att se problem ur olika perspektiv. Detta ger en bredare bild och större helhet av problemet för att göra en god hjälpinsats.

Det har varit svårt att hitta studier och information om självskadebeteende och könsskillnader som inte fokuserat på olika diagnoser. Även att hitta respondenter till intervjuerna har varit komplicerat då de flesta tillfrågade hänvisar till tidsbrist och hög arbetsbelastning. Antalet respondenter till intervju kunde ökat om ytterligare verksamheter tillfrågats, exempelvis Ungdomsmottagningen. Detta kan vara ett råd till framtida studier, det vore även givande för framtida forskning att genomföra en delfi-studie för att tydligare kunna jämföra skillnaderna

och likheter i hur personer med olika utbildningsbakgrund och profession besvarar frågor och ser på självskadebeteende.

Källförteckning

Bowen, A. C. L., & John, A. M. H. (2001). Gender differences in presentation and conceptualization of adolescent self-injurious behaviour: Implications for therapeutic practice. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(4), 357-379.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2:a upplagan. Malmö: Liber.

Favazza, A. (2011). *Bodies under siege: self-mutilation, nonsuicidal self-injury, and body modification in culture and psychiatry*. Tredje uppl. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Fjellman, L. (2011). *Självskadande och suicidalt beteende hos ungdomar*. Stockholm: Liber.

Hawton, K., & Harriss, L. (2008). How Often Does Deliberate Self-Harm Occur Relative to Each Suicide? A Study of Variations by Gender and Age. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 38(6), 650-660.

Heath, N. L., Ross, S., Toste, J. R., Charlebois, A., & Nedecheva, T. (2009). Retrospective analysis of social factors and nonsuicidal self-injury among young adults. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 41(3), 180-186.

Johansson, A. (2010). *Självskada – en etnologisk studie av mening och identitet i berättelser om skärande* (avhandling för doktorsexamen) Institutionen för kultur- och medievetenskaper, Umeå universitet.

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., 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), 667–677 .

Rossow, I. & Wichstrøm, L. 2010. Receipt of Help After Deliberate Self-Harm Among Adolescents: Changes Over an Eight-Year Period. *Psychiatric Services* 61:783–787.

Straarup Söndergaard, P. (2008) *När livet gör ont* . (Stockholms Ordverk övers.) Stockholm: Gothia förlag.

Ståhl, C. (2007). *Det mytologiska självskadebeteendet. Könade stereotyper och idealtypiska berättelser*. (Socialvetenskaplig tidskrift nr 4, 2007) Linköping (Sweden): Linköpings Universitet, Institutionen för medicin och hälsa.

Øverland, S. (2010): *Självskadande beteende*. Lund: Studentlitteratur AB

Bilaga 1

Informationsbrev

Östersund 12-03-12

Hej!

Vi heter Saga Beutelrock och Sara Danielsson och vi läser femte terminen på socionomprogrammet vid Mittuniversitetet i Östersund. Vi håller just nu på att skriva vår C-uppsats och vill tacka för att Ni valt att medverka i vår studie.

Syftet med vår studie är att undersöka hur professionella, som arbetar med psykisk hälsa, uppfattar självskadebeteende hos flickor och pojkar i högstadiet och gymnasiet i Östersunds kommun. Vi vill bland annat undersöka om det kan finnas ett mörkertal av pojkar som självskadar och ifall åtgärder/behandlingsmöjligheter ser annorlunda ut mellan pojkar och flickor. Och orsaken till detta om så vore fallet. Vi är nyfikna på att ta del av Era tankar och upplevelser kring detta.

Anledningen till att vi riktar oss till Er är att ni arbetar med de ungdomsgrupper som är fokus för vår studie. Och vi tror att Ni besitter erfarenheter och kunskap kring detta ämne som kan vara av värde för vår studie.

Intervjun är beräknad att ta cirka 60-90 minuter. Det är frivilligt att medverka och Ni har rätt att avsluta intervjun när Ni vill. Vi garanterar att det bara är vi två och vår handledare som kommer ha tillgång till det obearbetade materialet och att det destrueras efter att uppsatsen godkänts. Vi garanterar att Ni som deltar i intervjun inte kommer att kunna identifieras.

Vid frågor kontakta gärna oss:

Saga Beutelrock, 070-434 83 10

Sara Danielsson, 0730-62 48 32

Tack på förhand!



Samtycke till studien

Jag har tagit del av ovanstående och samtycker till att medverka i intervjun och kan när som helst avbryta utan att förklara anledning.

Namnteckning

Ort & datum

Bilaga 2

Intervjuguide

Kvinna:

Man:

Profession:

1. Hur kommer du i kontakt med självskadande ungdomar i ditt arbete?
2. Hur definierar Du begreppet självskadebeteende?
3. Hur arbetar Du med ungdomar som har en självskadeproblematik?
4. Finns det någon policy på Din arbetsplats angående arbetet kring ungdomars självskadeproblematik? Om ja, beskriv gärna.
5. Finns det någon skillnad i arbetssättet kring pojkar och flickor som självskadar, på er arbetsplats? Om ja, vilka är skillnaderna.
6. Hur vanligt anser Du att självskadebeteende är hos pojkar och flickor i högstadie- och gymnasieåldern?
7. Tror Du att självskadebeteende är ett socialt fenomen som lätt sprider sig mellan ungdomar? Om ja, på vilket sätt?
8. Vilka skillnader och likheter ser Du hos självskadande flickor och pojkar?
9. Är det något övrigt Du skulle vilja tillägga?

Tack för Din medverkan!