



**Självständigt examensarbete 15 Hp grundnivå**  
**Kandidatexamen i folkhälsovetenskap**  
**VT 2016**

# **DBT- terapeuter och deras arbete med behandling av unga patienter med ett självskadebeteende**

**EN KVALITATIV INTERVJUSTUDIE**  
**DIANA SLAVKOVIC**

Sektionen för hälsa och samhälle

**Högskolan Kristianstad | [www.hkr.se](http://www.hkr.se)**

## Författare/ Author

Diana Slavkovic

## Titel/Title

DBT- terapeuter och deras arbete med behandling av unga patienter med ett självskadebeteende

DBT- therapists and their work with treatment of young patients with a self-harm behavior

## Handledare/Supervisor

Oscar Andersson

## Examinator/Examiner

Åsa Bringsén

## Sammanfattning/Abstract

**Bakgrund:** Självskadebeteende är ett allvarligt problem som förekommer idag. Under senare år har vårdgivare inom hälso- och sjukvården uppmärksammat en ökning av detta problem som leder till fysiska och psykiska hälsobesvär. Dessa hälsobesvär kan förekomma i form av exempelvis depression, fysiska skador och kan i värsta fall leda till självmord. En form av terapi som visat sig ge goda resultat för att komma till rätta med detta beteende är DBT, dialektisk beteendeterapi. **Syfte:** Att undersöka om DBT- terapeuters beskrivning av sitt arbete med dialektisk beteendeterapi stämmer överens med litteraturens beskrivning av behandlingen, och därmed uppnå en fördjupning i dialektisk beteendeterapi och självskadebeteende. **Metod:** En kvalitativ studie med sex stycken semistrukturerade intervjuer med DBT- terapeuter har genomförts. Analysen har utförts med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet har delats upp i två huvudkategorier: arbetsmetod samt terapeuter och andra vårdgivares bemötande av patienter. I resultatet framkommer det hur en DBT- behandling stegvis ser ut samt vikten av ett gott bemötande av patienter. Ett gott bemötande omfattar bland annat ett respektfullt och icke- dömande förhållningssätt. **Konklusion:** Resultaten i studien bekräftar resultaten från den tidigare forskningen. Dock krävs det mer forskning om DBT som behandlingsmetod för att kunna dra tillförlitligare och säkrare slutsatser. Genom att arbeta med behandling av självskadebeteende kan individers hälsa förbättras, vilket i sin tur även kan leda till minskning av antalet självmord och psykisk ohälsa.

**Background:** Self- harm behavior is a serious problem that occurs today. In recent years care providers in the health-care have noticed an increase of this problem that leads to physical and mental health- problems. These health- problems can occur, for example, in the form of depression, physical harms and can lead to suicide in worst case. A form of therapy that has been shown to give good results to manage this behavior is DBT, dialectical behavior therapy. **Aim:** To investigate whether DBT- therapist's description of their work with dialectical behavior therapy is consistent with the literature's description of the treatment, and thereby achieve a deepening in dialectical behavior therapy and self- harm behavior. **Method:** A qualitative research with six semi-structured interviews with DBT- therapists have been implemented. The analysis has been done using a qualitative content analysis. **Results:** The result has been divided into two main categories: working- method and therapist's and other care provider's treatment of patients. It appears in the result how a DBT- treatment looks like, step- by step, and the importance of a good treatment of patients. A good treatment includes a respectful and non- judgemental attitude. **Conclusion:** The results in the study confirms the results from the recent research. However, more research on DBT as a treatment is necessary, in order to make stronger and more reliable conclusions. People's health can be improved by working with treatment of self- harm behavior, which also can lead to a reduction in the number of suicide and mental illness.

## Ämnesord/Keywords

Självskadebeteende, DBT, bemötande, hälso- och sjukvård, psykisk ohälsa, intervjuer, biosocial teori

Self- harm behavior, DBT, treatment, health care, mental illness, interviews, biosocial theory

# Förord

Då denna kandidatuppsats skulle skrivas var jag fast besluten om att jag önskade att skriva om ett ämne som berör psykisk hälsa/ohälsa. Jag har länge haft ett personligt intresse för psykisk hälsa och ohälsa, framförallt bland unga individer. Därför var det en självklarhet att uppsatsen skulle beröra detta område. Efter många funderingar och diskussioner kom jag fram till att ämnet för denna uppsats skulle handla om hur arbete med behandling av ett självskadebeteende bland unga individer ser ut. Slumpmässigt resulterade det i att inriktningen blev hur DBT (dialektisk beteendeterapi) behandlingar ser ut.

Jag vill rikta ett stort tack till samtliga intervjupersoner som ställt upp på intervjuer. Tack för ert deltagande. Utan er hade denna studie inte varit möjlig att genomföra.

Ett stort tack till alla involverade lärare som varit till hjälp under arbetets gång.

Sist, men inte minst, ett stort tack till min familj och mina vänner som varit mitt största stöd och uppmuntrat mig under hela skrivandets gång.

Malmö, den 11 april 2016

Diana Slavkovic

# Innehållsförteckning

1. Inledning.....	5
2. Litteraturgenomgång .....	6
2.1. Hälsa, folkhälsa och folkhälsoarbete.....	6
2.2. Självskadebeteende och dess olika former .....	8
2.3. Självskadebeteende bland unga individer .....	9
2.4. Vård av självskadebeteende .....	10
2.4.1 <i>Vårdgivares bemötande av patienter med självskadebeteende</i> .....	11
2.5. DBT (Dialektiskt beteendeterapi) och emotionell personlighetsstörning, borderline personlighetsstörning.....	12
2.6. Problemformulering .....	14
3. Syfte .....	14
4. Teoretisk utgångspunkt.....	15
4.1. Biosocial teori.....	15
4.2. Social inlärningsteori.....	16
5. Metod .....	17
5.1. Val av metod .....	17
5.2. Urval.....	17
5.3. Kontext .....	18
5.4. Genomförande .....	18
5.5. Dataanalys .....	19
5.6. Etiska överväganden.....	21
6. Resultat.....	23
6.1 Arbetsmetod .....	23
6.1.1 <i>Hantering av starka känslor</i> .....	23
6.2. Orienteringsfas, commitment fas.....	24
6.3. Fas 1- Att uppnå säkerhet och stabilitet .....	24
6.3.1 <i>Kedjeanalys</i> .....	24
6.3.2 <i>Färdighetsträning</i> .....	25
6.4. Fas 2- Minska effekterna av tidigare svåra upplevelser .....	25
6.4.1 <i>Familj och anhöriga</i> .....	25
6.5. Fas 3- Att öka självrespekt och uppnå personliga mål .....	26
6.5.1 <i>Patientens egna mål</i> .....	26
6.6. Fas 4- Skapa ett liv värt att leva .....	26
6.6.1 <i>Skapa ett liv värt att leva</i> .....	26

6.7. Terapeuter och andra vårdgivares bemötande av patienter .....	26
6.7.1. <i>Icke- dömande och respektfullt förhållningssätt</i> .....	27
6.7.2. <i>Validering</i> .....	27
6.7.3. <i>Bemötande hos andra vårdgivare</i> .....	27
7. Diskussion .....	28
7.1. Metoddiskussion.....	28
7.2. Resultatdiskussion.....	30
7.2.1. <i>Resultat i relation till tidigare forskning</i> .....	30
7.2.2. <i>Resultat i relation till teoretiska utgångspunkter</i> .....	32
7.3. Konklusion .....	34
Referenslista .....	35
Bilaga 1 .....	38
Bilaga 2 .....	39
Bilaga 3 .....	40

# 1. Inledning

Självskadebeteende i form av hudskärning/ rispning/ bränning av sin kropp är ett allvarligt problem som förekommer i vårt samhälle bland unga individer, främst bland kvinnor. Under senare år har vårdgivare och vården i Sverige uppmärksammat en ökning av detta problem som leder till både psykiska och fysiska konsekvenser. En aktuell studie har visat resultat på att nästan hälften av alla individer som varit i kontakt med psykiatrin har utfört självskador under det senaste halvåret. Inom barn och ungdomspsykiatrin framkom detta i en ännu högre grad (Nationella självskadeprojektet, 2014). Ett självskadebeteende, eller ett självdestruktivt beteende är definierat som en avsiktlig och självdestruktiv handling som begås utan en intention att dö, genom exempelvis självskärande (Åkerman, 2009). Folkhälsomyndigheten (2014) skriver i sin årsrapport att det är vanligare att kvinnor läggs in på sjukhus för denna typ av skador. Sjukvård för självskadebeteende är vanligast i åldern 15 till 24 år, och bland kvinnor i denna åldersgrupp har inläggningar på sjukhus ökat sedan början av 1990-talet. Under de senare åren har dock även en ökning av inläggningarna bland unga män inom denna åldersgrupp skett. Under år 2012 vårdades 22 500 unga kvinnor och 21 900 unga män inom psykiatrisk slutenvård.

Nationella Självskadeprojektet (2014) skriver att oavsett kön och ålder är självskadebeteende ett problem som bör tas på största allvar. Ett självdestruktivt beteende kan väcka många frågor och funderingar, även bland vårdpersonal. Varje behandling av självskadebeteende är anpassat efter individen, dess behov och psykiska status. Oberoende av vilken vård de får, är vårdpersonals bemötande av oerhört stor betydelse för förändring av det självdestruktiva beteendet. All personal inom vården bör ha kunskap och medvetenhet om att självskadebeteende har ett samband med känslor av skuld och skam, vilket grundar sig i patientens lidande. Detta är viktigt för att lyckas genomföra en effektiv behandling.

Nationella Självskadeprojektet (2014) fortsätter med att förklara att personal inom vården, exempelvis sjuksköterskor som behandlar patienter med ett självdestruktivt beteende kan uppleva krav och press, då det kan upplevas som svårt att hitta ett bra och fungerande förhållningssätt i bemötandet av patienten. Ett gott samspel samt en god relation med patienten kan leda till en positiv förändring. Individer med ett självskadebeteende ska behandlas med samma respekt och omsorg som andra individer. Oavsett vilken behandling av självskadebeteende patienten vårdas för finns det ett antal faktorer som är viktiga för all vårdpersonal att tillämpa inom behandling. Ett gott och respektfullt bemötande som tidigare nämnts, ett bra samspel, en god kommunikation, att förmedla en känsla av trygghet och säkerhet samt att stötta patienten är några av exemplen (Nationella självskadeprojektet, 2014). Enligt Socialstyrelsen (2013) är en form av terapi som visat sig ge goda resultat inom denna form av självdestruktivt beteende DBT, vilket står för dialektisk beteendeterapi. Inom denna terapi läggs det fokus på att patienten ska öka sin förmåga att stå ut med svåra känslor för att därigenom minska sitt självskadebeteende. Resultat av DBT har visat sig ge goda effekter vid jämförelser med andra terapier och behandlingar, som till exempel psykoterapi. Dock krävs det fler studier för att kunna dra fler starka slutsatser (Socialstyrelsen, 2013). Detta examensarbete kommer att undersöka hur DBT terapeuter arbetar med DBT behandling av unga vuxna patienter inom åldern 18 till 24 år som lider av självskadebeteende av formen självskärande.

Med tanke på att det presenterade området är ett uppmärksammat och aktuellt problem i vårt samhälle är det av betydelse att undersöka ämnet. Det är viktigt att öka kunskapen om självskadebeteende och hur pass allvarligt beteendet är, detta gäller även bland en stor del av redan utbildad vårdpersonal. Unga med självskadebeteende idag behöver mer hjälp av professionell personal, utöver det som redan erbjuds. Det behövs dessutom fler effektiva arbetsmetoder inom bland annat hälso- och sjukvården för att kunna förebygga och på ett

effektivt sätt behandla detta självdestruktiva beteende (Nationella självskadeprojektet, 2014). Ungdomstiden är en betydelsefull period för människans utveckling, vilket präglas av övergången från barndomen till vuxen ålder. Mellan åldrarna 11 till 18 år sker det en stor förändring hos människan, både på det fysiska, sociala, kognitiva samt beteende planet. Självskadebeteende kan ses som en coping strategi, ett sätt att hantera stressfulla situationer på. Stressfulla situationer kan upplevas under denna utveckling och denna period, därför är det av oerhört stor betydelse att individen lär sig att hantera förändringar i livet på andra oskadliga sätt som inte drabbar hälsan, både den psykiska och fysiska, negativt. Unga individer har dessutom en högre risk för att drabbas av exempelvis depression, ångest och andra hälsorelaterade problem (Shelton, Kesten, Zhang & Trestman, 2011). Enligt Folkhälsomyndigheten (2014) har den psykiska ohälsan bland unga idag, främst bland unga kvinnor ökat. Besvär som till exempel ångest och oro hör till denna ohälsa, men även självskadebeteende. Statistik över dödlighet orsakat av någon form av psykisk ohälsa har visat på en ökning. Pellmer, Wramner och Wramner (2012) skriver att psykisk ohälsa idag anses vara en folkhälsosjukdom, vilket dessutom är den vanligaste anledningen till sjukfrånvaro.

Idén om att detta ämne skulle bli huvudämne för mitt examensarbete kom fram efter diskussioner och funderingar kring vilket specifikt område inom psykisk ohälsa och vård som hade varit lämpligt att undersöka. Det som väckte ett intresse hos mig var hur behandling av ett självskadebeteende ser ut, och vilka metoder som förekommer. Studien kommer därför att beröra bland annat självskadebeteende och hur DBT terapeuter arbetar med DBT behandling av unga vuxna med ett självdestruktivt beteende, som tidigare nämnts. Denna form av självskadebeteende är den mest förekommande. Självdestruktiva beteenden förekommer i hög grad bland ungdomar och unga vuxna och börjar oftast i tonåren (Åkerman, 2009). Därför valde jag att avgränsa målgruppen unga i åldern 18 till 24 år.

## 2. Litteraturgenomgång

### 2.1. Hälsa, folkhälsa och folkhälsoarbete

Begreppet och definitionen av hälsa kan betyda olika saker för olika personer och formas av bland annat kunskaper och erfarenheter. Sjukvårdspersonal definierar ofta hälsa objektivt, som frihet från medicinska sjukdomstillstånd. Graden av hälsa beror på en individs möjlighet att uppnå en så god hälsa som möjligt, vilket kan styras av exempelvis livsstilsfaktorer, som kommer att förklaras mer senare, samt övergripande sociala och ekonomiska faktorer som tillgång till bland annat stödanden miljöer och bostadsförhållanden (Ewles & Simnett, 2012). Pellmer et. al (2012) förklarar att hälsa bland människor skapas i relation mellan samhälle, individ samt omgivning. Den har dessutom med personliga, fysiska och sociala resurser att göra, vilket betyder att för att en person ska lyckas uppleva god hälsa måste den bland annat kunna klara sig i sin sociala och fysiska miljö samt tillfredsställa sina behov. Ewles och Simnett (2012) bekräftar även detta påstående, då de förklarar att hälsa består av fysisk, psykisk samt samhällsbetingad hälsa. Den fysiska hälsan berör kroppen och dess funktioner, den psykiska hälsan omfattar förmåga till tänkande och emotionell hälsa och den samhällsbetingande hälsan innebär individens hälsa i relation med miljön, samhälle och omgivning. Dessa komponenter samspelar och är beroende av varandra, vilket kan benämnas som en holistisk syn, en helhetssyn på hälsa.

Vidare fortsätter Pellmer et. al (2012) med en förklaring om hur människors hälsorelaterade levnadsvanor, som exempelvis fysisk aktivitet och kost, har en stark betydelse för både hälsan och folkhälsan. En levnadsvana återspeglar hur en person lever. Psykisk ohälsa kan ha ett samband med ohälsosamma levnadsvanor, därför är det av stor vikt att det sker förebyggande arbete för att motverka att psykisk hälsa uppstår (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012). Enligt Ewles och Simnett (2012) identifieras hälsa och ohälsa som ett resultat av en kombination av faktorer som vid ett visst tillfälle påverkar individen. Exempel på sådana faktorer är familj, vänner, hälso- och sjukvård, självkänsla, arvsananlag och socialgrupp. För att kunna förbättra eller främja hälsa är det nödvändigt att först undersöka vilka faktorer det är som har en inverkan på hälsan.

Enligt Folkhälsomyndigheten (2015) är det nationella målet för den svenska folkhälsan att skapa förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för alla individer i befolkningen. För att lyckas uppnå detta mål och främja folkhälsan i Sverige utgår det från de elva nationella målområdena, vilka är utvecklade efter hälsans bestämningsfaktorer. Folkhälsomyndigheten (2016) poängterar att det sjätte målområdet, hälsofrämjande hälso- och sjukvård fokuserar på hälso- och sjukvårdssektorn, där primärvården har en viktig roll. Detta målområde kan kopplas till denna studie då den berör terapeuter, vårdgivare och hälso- och sjukvården. Hälsans bestämningsfaktorer är faktorer som har en inverkan på människors hälsa, som exempelvis levnadsvanor, biologiska faktorer samt relationer. Folkhälsomyndighetens målområde, hälsofrämjande hälso- och sjukvård, omfattar bestämningsfaktorer som bland annat sjukdomsförebyggande insatser, hälsofrämjande insatser samt medverkan i befolkningsinriktat hälsoarbete. Detta målområde knyter dessutom an till Hälso- och sjukvårdslagen (Folkhälsomyndigheten, 2016). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Den berör att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Krav på denna lag är att bland annat tillgodose patientens behov av trygghet i vården, bygga på respekt för patientens självbestämmande samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Folkhälsomyndigheten (2016) poängterar att målområdet knyter an till lagen då lagens övergripande mål är att alla individer ska ha en god hälsa. Ewles och Simnett (2012) menar att genom att folkhälsomålen utgår från hälsans bestämningsfaktorer, snarare än från sjukdomar, möjliggör det att målen kan uppnås genom samhällsinsatser och politiska beslut.

Pellmer et. al (2012) presenterar begreppet folkhälsa som ett begrepp som beskriver bland annat dödlighet, sjuklighet, levnadsvanor och skyddsfaktorer för hälsa. Folkhälsa fokuserar på hälsa och ohälsa inom en avgränsad grupp, som exempelvis ett land eller en kommun, snarare än på enskilda individers hälsa. Ejlertsson och Andersson (2011) nämner att folkhälsa omfattar folkhälsoarbete, vilket har som syfte att bland annat främja hälsa, förebygga sjukdom samt förlänga livet hos individer. För att en befolkning ska ha god folkhälsa är det även nödvändigt att hälsan är jämlikt fördelad bland individerna. Enligt Hanson (2004) definieras folkhälsoarbete som ett begrepp på de insatser som görs i ett samhälle för att folkhälsan ska förbättras. Pellmer et. al (2012) skriver fortsättningsvis om hur folkhälsoarbete för befolkningen är viktigt att skapas på så sätt att arbetets insatser fokuserar på att stärka människorna, så att de i sin tur har möjlighet att påverka sin livssituation. De poängterar bland annat att barn och ungdomars förutsättningar för en god hälsa på lika villkor bör uppmärksammas i en högre grad. Ett folkhälsoarbete kan bedrivas på olika sätt, som exempelvis med hjälp av förebyggande, behandlande eller hälsofrämjande åtgärder. En förebyggande åtgärd avser åtgärder för att förhindra att bland annat sjukdomar eller skador uppstår, behandlande åtgärder avser insatser när något redan inträffat och hälsofrämjande åtgärder avser åtgärder för att bibehålla eller stärka individers välbefinnande (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012). Hanson (2004) förklarar att



inom folkhälsoarbete förekommer det även hälsofrämjande arbete. Ett sådant här arbete innebär då aktiviteter, med syfte att stärka individers hälsa, genomförs. Detta bekräftar dessutom Ewles och Simnett (2012), då de tar upp att hälsofrämjande arbete går ut på att främja hälsa, både på en individ- och samhällsnivå. De två huvudkomponenterna inom arbetet är att stödja människor till att förbättra sin hälsa samt att skapa sig en bra kontroll över sin hälsa. Enligt författarna finns det olika begrepp som kan användas för att beskriva hur en process för att förbättra individers hälsa kan se ut. Ett exempel på ett vanligt begrepp är hälsovinst, vilket innebär en mätbar förändring av hälsostatus hos en grupp eller individ. Även hälso- och sjukvården i Sverige räknas bedriva hälsofrämjande arbete till en del. Inom sjukvården är det till exempel vård och behandlingar som strävar efter att förbättra patientens förmåga att ta kontroll över sin hälsa. Inom hälsovården räknas till exempel medicinska åtgärder i form av hälsoundersökningar och vaccinationer som förebyggande insatser (Ewles & Simnett, 2012). Hanson (2004) lyfter fram begreppet hälsopromotion, vilket också är hälsofrämjande arbete. Dock skiljer författaren det från det vanliga hälsofrämjande arbetet då insatserna inom hälsopromotion sätts i ett sammanhang. Viner och Macfarlane (2005) förklarar att hälsopromotion är av särskild stor betydelse att fokusera på unga, då hälso- relaterade vanor som formas i ung ålder kan fortsätta i vuxen ålder. Dessa vanor influeras av föräldrarnas och familjens vanor. Författarna betonar dessutom vikten av hälsopromotion och hälsofrämjande insatser bland vårdgivare inom hälso- och sjukvården, och att de spelar en viktig roll då de har stor möjlighet att påverka. Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen och Annemans (2013) bekräftar även i sin studie med sjuksköterskor inom psykiatrisk vård om vikten av hälsopromotion i deras arbete. Hälsofrämjande aktiviteter skedde i form av diskussioner där sjuksköterskorna motiverade patienterna till förändringar av ohälsosamma levnadsvanor, vilket ledde till positiva resultat.

## 2.2. Självskadebeteende och dess olika former

Självskadebeteende är definierat som en avsiktlig och självdestruktiv handling som begås utan en intention att dö, genom exempelvis självskärande. Detta förekommer i olika former och kan därför skapa oklarheter kring vilka olika typer av behandlingar beteendet egentligen omfattar (Åkerman, 2009). Trots att beteendet definieras som en handling utan intentionen att dö, är självskadebeteendet är en av de mest bidragande faktorerna till självmord. Beteendet förekommer i en högre grad inom målgruppen unga vuxna, och är förknippat med en hög risk för självmord (Butler, 2012). Varför en person skadar sig själv kan bero på olika faktorer. Efter att ha utfört en självskada upplever individen en känsla av lugn eller befrielse för att ha fått straffa sig själv eller fått ge uttryck och utlopp för sina känslor. Detta kan i längden utvecklas till att bli ett både fysiskt och psykiskt beroende då skadorna kan utlösa endorfiner i kroppen som har lugnande och smärtstillande effekter. Trauman och negativa livshändelser kan även vara bidragande orsaker. Personer med detta beteende har oftast låg självkänsla och har en längtan och önskan efter att få uppmärksamhet, kärlek, stöd och tröst. Detta är dessutom en anledning till varför det är av så pass stor betydelse att inom vården bemöta patienterna med respekt och stöd. Självskadebeteende fungerar som en metod för att överleva, en så kallad copingstrategi för att lyckas hantera väldigt svåra och starka känslor (Åkerman, 2009). Den mest använda klassificeringen av självskadebeteende är presenterad av en amerikansk psykiatriker och forskare vid namn Armando Favazza som har en stor roll vid forskning kring självdestruktiva beteenden. Han delar upp alla typer av självdestruktiva beteenden i två stora grupper, *socialt och kulturellt accepterat självskadebeteende* samt *patologiskt självskadebeteende*. Det sociala och kulturella accepterade självskadebeteendet omfattar handlingar som är relaterade till bland annat religion, kultur och tradition som exempelvis kroppsmodifikation i form av piercingar och tatueringar. Det patologiska självskadebeteendet är indelat i tre kategorier: *Ohälsosamt beteende*, *självmondsbeteende* och *självskadebeteende*. Den första kategorin ohälsosamt beteende omfattar bland annat självsvält och slarv med

egenvård eller medicin. Den andra kategorin självmordsbeteende riktar in sig på handlingar som utförs av en individ med en vilja att dö. Den sistnämnda kategorin självskadebeteende är indelat i ytterligare tre kategorier, vilka är: *allvarligt självskadebeteende*, *stereotypt självskadebeteende* samt *ytligt/medelsvårt självskadebeteende* (Åkerman, 2009).

Det allvarliga självskadebeteendet innebär avsiktliga handlingar där individen till exempel amputerar sina kroppsdelar. Denna form är ovanlig och förekommer främst i samband med väldigt svåra psykotiska tillstånd. Det stereotypa självskadebeteendet kan handla om beteenden där individen tvångsmässigt utför dunkningar med huvudet mot en vägg. Den sista kategorin, ytligt/medelsvårt självskadebeteende är den mest förekommande formen och dessutom den form jag valt att rikta in mig på att undersöka. Inom DBT är det främst självskadebeteende av just denna form som behandlas, därför kommer fokus att ligga på hur en DBT behandling med ytligt/medelsvårt beteende ser ut (Åkerman, 2009). Det ytliga/medelsvåra beteendet är upprepade vävnadsskador i form av självskärande eller brännande av sin kropp. För personer som skär sig själv används benämningen "cutter" och för personer som bränner sig används termen "burner". Detta ytliga/medelsvåra beteendet kan vara antingen tvångsmässigt eller impulsivt. Vid det tvångsmässiga tillståndet styrs personer av tvångstankar, genom att exempelvis dra av sitt hår eller riva sig. Vid impulsivt självskadebeteende kan personen vara av en episodisk typ, där han eller hon förnekar sitt självskadande. Det episodiska beteendet övergår till att bli repetitivt beteende när individen har blivit beroende av handlingen. Vid detta stadie sker självskadebeteendet regelbundet som ett sätt att hantera svåra känslor eller situationer på (Åkerman, 2009).

## 2.3. Självskadebeteende bland unga individer

Självskadebeteende bland unga individer är ett farligt förekommande problem samt ett folkhälsoproblem med tanke på vilka långsiktiga konsekvenser beteendet kan ha på både den psykiska och fysiska hälsan, vilket diskuterats i inledningen. Detta beteende kan leda till en utveckling av psykiska hälsobesvär, inklusive självmordsförsök. Därför är det av så pass stor betydelse att arbeta för att minska beteendet och därmed förbättra folkhälsan (Doyle & Treacy & Sheridan, 2015). Ougrin, Tranah, Leigh, Taylor & Rosenbaum Asarnow (2012) nämner även att självmord är en vanlig förekommande orsak som ligger bakom många dödsfall bland unga i Västvärlden. Ett självskadebeteende ökar risken för självmord. Kåver och Nilsson (2002) skriver att detta beteende även drabbar hälsan negativt, och förutom dödlighet kan den även öka risken för sjuklighet. McDougall, Armstrong & Trainor (2012) skriver att självskadebeteende ofta beskrivs vara ett "dolt" problem, det vill säga att det upplevs som något privat och skamligt. Av denna anledning leder det till att många unga med detta beteende aldrig söker vård för sina skador och sitt beteende. Detta resulterar i bland annat svårigheter med att föra rapporter om beteendet, vilket kan göra det otydligt att avgöra om var rätt insatser ska avsättas. Det största problemet det dock resulterar i är just att de unga inte får den professionella vård och behandling de behöver för att självskadebeteendet ska upphöra. Idenfors, Kullgren & Salander Renberg (2015) tar upp att unga, men speciellt unga män, är ovilliga att söka vård då de upplever psykisk ohälsa. Det gäller även unga män som skadar sig själv, då det nämns att unga män behöver lyftas fram mer då det talas om självskadebeteende. Unga kvinnor upplevs ligga mer i fokus när det kommer till självdestruktiva beteenden. Av denna anledning har det angetts som förslag att psykiatrisk vård behöver förbättras för att på ett bättre sätt kunna möta unga individers behov. McDougall et.al (2012) bekräftar även detta då de nämner att unga män undviker att söka vård av anledningen att de känner att självskadebeteende är ett beteende som upplevs drabba tjejer, och kan därmed känna sig obekväma med att uppsöka vården. Det är alltså av stor vikt att självskadebeteende lyfts fram och uppmärksammas för att få fler ungdomar att söka vård och ändra deras upplevelser och attityd om att beteendet anses vara skamligt. Ett

självskaðebeteende kan bero på många olika faktorer, vilket nämnts tidigare. McDougall et al. (2012) skriver fortsättningsvis att en vilseledande förklaring som ofta förknippas med orsak till självskaðebeteende är att beteendet är uppmärksamhetsökande, det vill säga att beteende är ett rop på uppmärksamhet av individen. De poängterar att det är viktigt att ändra denna uppfattning då studier har visat att unga med detta beteende oftast strävar efter att dölja sina skador, snarare än att söka efter uppmärksamhet, då individerna känner skam eller ångest över sitt självskaðebeteende. Författarna skriver att forskning har visat att det är en kombination av olika faktorer som orsakar ett självskaðebeteende, där den mest förekommande faktorn är stress eller konflikter inom familjen. Andra faktorer som kan utlösa beteendet är exempelvis om individen blir mobbad, upplever känslor av hopplöshet eller använder självskaðan som ett sätt att straffa sig själv. Doyle et al. (2015) bekräftar även att konflikter eller stress inom familjen är en stark orsak till beteendet. Författarna betonar att andra möjliga faktorer kan vara osäkerhet kring sexualiteten samt svårigheter med att få vänner.

## 2.4. Vård av självskaðebeteende

Salzmann- Erikson, Persson och Fallqvist (2014) beskriver i sin artikel om hur personal på psykiatrisk klinik går tillväga då en patient med självskaða blir mottagen. Först hanteras den fysiska skadan genom att exempelvis sys, plåstras om samt medicineras om det krävs. Under tiden blir personen tillfrågad om hur skadan skedde, vad som utlöste den och hur individen mår. Här är det av stor vikt att tänka på kommunikationen och att inte låta de personliga känslorna styra mötet. Kommunikationen ska vara saklig och tydlig och en balans mellan att ha ett bra bemötande och inte vara för känslokall är nödvändigt för att arbetet ska hållas på en professionell nivå. Nationella självskaðeprojektet (2014) beskriver att när en person söker vård av självskaða kommer de oftast först till en kirurgisk eller medicinsk akutmottagning och remitteras därefter till en psykiatrisk akutmottagning. Här ska en riskbedömning göras, där skadan och individens psykiska status bedöms, och den som skadat sig ska erbjudas bland annat bedömning av psykologiska och sociala faktorer som kan vara relaterade till självskaðan och aktuell risk för självmord. Vårdpersonal ska tillsammans med patienten göra en överenskommelse om patientens behandling utifrån information och samtycke kring behandlingen. Det är även viktigt att vårdpersonalen involverar och engagerar närstående personer samt vårdnadshavare till patienten. Ett bra nätverk med engagerade och stöttande anhöriga till patienten är av stor betydelse för positiv förändring under behandlingens gång (Nationella självskaðeprojektet, 2014). Socialstyrelsen (2004) skriver att ett gott stöd och omhändertagande av både anhöriga och professionella kan för vissa unga vara tillräckligt som förebyggande av psykisk ohälsa som kan leda till självdestruktiva beteenden.

Åkerman (2009) tillägger ytterligare en punkt inom behandlingsarbetet som personal behöver tänka på för att få patienten att känna sig delaktig i sitt liv. Många unga som skadar sig själv gör det av anledningen att de i stunden upplever en känsla av kontroll. När allt annat i livet känns som okontrollerbart och att individen inte kan påverka saker som sker i livet, upplevs självskaðan som det enda de lyckas ha kontroll över. Av denna orsak är det väldigt betydelsefullt att personalen får patienten att känna sig delaktig i sitt eget liv, ha kontroll över sitt liv och ha möjligheten att fatta självständiga beslut. Psykisk ohälsa betraktas idag, som ovan nämnt, som en folksjukdom (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012). Folkhälsomyndigheten (2016) skriver att självskaðebeteende räknas som ett psykiskt besvär, vilket psykisk hälsa omfattar. Pellmer et. al (2012) nämner att endast en liten andel av befolkningen söker psykiatrisk vård för sina besvär, de väljer hellre att söka sig till vårdcentraler. Ett annat tillstånd som även har blivit mer uppmärksammat, och som vi kan finna inom DBT behandling, är posttraumatiskt stressyndrom. Författarna poängterar att syndromet är mer vanligt än förväntat, därför är det av betydelse att arbeta för att förhindra och minska att tillståndet uppstår. Ett annat

viktigt område inom livsvillkor och levnadsvanor som Folkhälsomyndigheten (2016) tar upp är suicidprevention. Suicid, självmord, beskrivs som ett folkhälsoproblem idag där regeringens mål är att ingen ska behöva ta sitt liv. Under år 2014 dog fler än 1500 personer i Sverige av självmord och Sveriges självmordstal ligger omkring EU-genomsnittet. För män i åldrarna 15 till 44 år är självmord den vanligaste dödsorsaken och för kvinnor i samma åldrar är självmord den näst vanligaste dödsorsaken efter cancer. Som tidigare nämnts är självskadebeteende ett beteende som kan leda till självmord. DBT behandlingen, som denna studie bland annat undersöker, inkluderar arbete med att minska risken för självmord hos patienten. Genom att arbeta med självmordsnära individer och arbeta med minskning av risken för självmord kan detta folkhälsoproblem minska och regeringens mål om att inte ska behöva ta sitt liv bli uppnått (Folkhälsomyndigheten, 2016).

### *2.4.1 Vårdgivares bemötande av patienter med självskadebeteende*

Bemötandet av patienter med ett självdestruktivt beteende är som tidigare nämnts av stor betydelse för att uppnå positiv förändring inom arbetet med självskadebeteende. Många anser att detta beteende är svårt att bemöta, denna svårighet upplever även personal som arbetar med dessa patienter. Att bemöta en patient med självdestruktivt beteende på rätt och professionellt sätt kan uppfattas som svårt då personal är rädda att säga eller göra fel, och på så vis oavsiktligt stärka det destruktiva beteendet. Ett rätt och professionellt bemötande innebär att bemöta patienten på ett vänligt och bestämt sätt samt att uppmuntra till andra oskadliga lösningar för hantering av känslor istället för självskada (Åkerman, 2009). O'Connell och Dowling (2012) skriver även att individer med borderline personlighetsstörning, vilket kommer att beskrivas i senare avsnitt, kan upplevas som svåra och utmanade att bemöta och arbetas med. Detta kan upplevas av anledningen att individer med denna personlighetsstörning ofta upplever att ingen i omgivningen lyssnar på dem och att deras åsikter ofta avfärdas. Därför är det av stark betydelse att personal som arbetar med dessa patienter strävar efter att skapa en god relation där bemötandet präglas av lugn, tålmod och empati samt visar att de är intresserade av patienterna som individer. Åkerman (2009) skriver fortsättningsvis att bemötandet av patienter med självskadebeteende inte ska vara negativt då det är viktigt att personalen inte ska uppfattas som kall, oengagerad eller otrevlig på något sätt. Ett begrepp som är av stor vikt att tänka på och uppvisa för patienten är medmänsklighet. Medmänsklighet kan uttryckas på flera olika sätt, som exempelvis genom kroppsspråk, aktivt lyssnande och att visa på en vilja att ge av sig själv och sin tid. Detta kan i sin tur bygga upp ett bra samspel och patienten kan på detta vis uppleva en känsla av värde. Att personal inte har en dömande attityd vid bemötande och samtal med patienten samt bekräftar för patienten om att denne är lika mycket värd som alla andra individer är av stor vikt vid behandling (Åkerman, 2009).

Salzmann- Erikson et.al (2014) bekräftar även vikten av bemötandet då de poängterar att ifall vårdpersonal förmedlar en negativ attityd skapas hinder för kommunikationen, vilket kan leda till att relationen med patienten försvåras. Orsaker till negativa attityder kan vara bristande kunskap om det självdestruktiva beteendet och otillräckliga erfarenheter av att arbeta med målgruppen. Detta kan i sin tur resultera i att patientens behov av vård inte kan tillgodoses och en känsla av osäkerhet kan upplevas av personalen. Enligt Viner och Macfarlane (2005) har unga patienter rapporterat att hälsofrämjande råd från vårdpersonal tas emot på bästa möjliga sätt då personalen talar på ett respektfullt sätt, undviker att predika, förmedlar omsorg och stöd samt visar förståelse för patienten som en unik individ. Nationella Självskadeprojektet (2014) har i sitt nationella dokument för psykiatrin beskrivit aktuella insatser och rekommendationer

för psykiatrins insatser för personer med självskadebeteende. Den första rekommendationen är bemötandet av patienterna. All personal ska ha kunskaper om hur de ska bemöta individerna på ett professionellt sätt. Ett professionellt sätt i detta fall innebär ett respektfullt och icke-dömande bemötande av patienten, som även nämnts i stycket ovan. De betonar att om patienter bemöts på ett professionellt sätt ökar chanserna för positiv förändring av det självdestruktiva beteendet.

## 2.5. DBT (Dialektiskt beteendeterapi) och emotionell personlighetsstörning, borderline personlighetsstörning

DBT står för dialektisk beteendeterapi och är en behandling som används för självskadebeteende. Inför denna studie kommer det att läggas stor fokus på DBT då terapeuter som arbetar med denna terapi kommer att intervjuas. Dialektisk beteendeterapi utvecklades i USA på 1980- talet av en kvinnlig psykolog vid namn Marsha Linehan. Syftet med denna terapi är att ge individer med borderline personlighetsstörning, (emotionellt instabil personlighetsstörning) och självskadebeteende en ökad förmåga att stå ut med och hantera sina svåra känslor. Detta bör i sin tur leda till minskning av självdestruktivt beteende. Terapin har utvecklats i första hand för kvinnor (Socialstyrelsen, 2013). DBT arbetar utifrån teorin att patientens problem ligger i en nedsatt förmåga att reglera känslor. Teorin heter biosocial teori och grundar sig i en interaktion mellan en biologiskt betingad ökad känslomässig sårbarhet och en icke- bekräftande miljö. Terapin lägger stor fokus på acceptans och mindfulness och bygger på följande fem punkter: individualterapi där syftet är att stärka individens motivation, gruppbehandling/färdighetsträning där nya färdigheter/beteenden ska läras ut, telefonkonsultation med terapeuten som syftar till att personen ska lära sig använda dessa nya färdigheter/beteenden i hemmiljö, ett konsultationsteam som ska stärka själva terapeutens motivation samt utbildning av omgivningen vid behov med syfte att förbättra individens levnadsförhållanden (Nationella självskadeprojektet, 2014).

Terapin baseras dessutom på fem faser, som en slags målhierarki i behandlingen. Nilsonne (2000) skriver att behandlingen påbörjas med en fas som kallas för orienteringsfas, comittment fas. I denna fas presenterar terapeuten DBT behandlingen och informerar kring den, tydliggör varför behandlingen ska genomföras och försöker koppla det till patientens upplevelser. Det viktigaste inom denna fas är framförallt att komma överens med patienten om att behandlingen sker på dennes villkor och att patienten själv bestämmer om den vill gå i DBT. Terapeutens roll är att ge den information som krävs för att patienten ska kunna ta beslutet om den önskar att påbörja behandlingen. Informationen tar upp bland annat hur det självdestruktiva beteendet förstås utifrån den biosociala teorin. Orienteringsfasen avslutas med att terapeuten tillsammans med patienten skriver ett behandlingskontrakt. Kontraktet innebär i stora drag att patienten går med på att inleda terapin och fullfölja den samt att terapeuten ska göra allt för att utföra ett effektivt arbete (Nilsonne, 2000). En annan viktig punkt som även tas upp under denna fas är att gemensamt komma fram till vilka livsmål patienten har och som önskas att uppnås. Senare i behandlingen används dessa mål som motivation för att sluta skada sig. Under behandlingens gång är även familj och anhöriga till patienten av betydelse då deras stöd är av väldigt stor betydelse. Patientens vårdnadshavare ska alltid kontaktas, med undantag om det inte är lämpligt av andra skäl. Under behandlingen kan dessutom anhöriga gå i en så kallad anhörigutbildning där de har möjlighet att på ett professionellt sätt lära sig att hantera och bemöta den anhörige med självskadebeteende. Även familjen kan gå i familjesamtal tillsammans med den anhörige där alla kommunicerar tillsammans (Kåver & Nilsonne, 2002).

Nilsonne (2000) skriver fortsättningsvis att efter orienteringsfasen så påbörjas fas 1, att uppnå säkerhet och stabilitet. I fas 1 ligger fokus på att minska självmordsbeteenden och självskadebeteenden, minska terapeutörande beteenden hos patienten och hos terapeuten, minska beteenden som har dålig påverkan på livskvalitén samt att lära sig färdigheter. Innan varje behandling påbörjas får varje patient ett veckoblad där de ska skriva om deras känslor samt om de skadat sig under veckan. Patienten får dessutom hemuppgifter där den exempelvis ska öva på saker som man kommit fram till under terapin. Om patienten skadat sig läggs största fokus på att arbeta med det. Under denna fas utformas även en så kallad kedjeanalys, där terapeuten och patienten tillsammans kommer fram till vad som orsakar behovet av att vilja skada sig och tittar på faktorer som utlöser självskadan. Därefter kommer de fram till färdigheter som patienten kan använda sig utav istället för att skada sig själv. Exempel på färdigheter är att hålla i isbitar, öva på medveten närvaro eller vara fysiskt aktiv. Dessa färdigheter vävs sedan in i kedjan, så att nästa gång patienten känner behov av att skada sig ska den tillämpa de nya färdigheterna istället. Dessa kedjeanalyser upprepas under en stor del av behandlingens gång (Nilsonne, 2000).

Det terapeutörande beteendet innebär beteenden som hotar terapin, som exempelvis att patienten uteblir från behandlingen eller inte är villig att samarbeta. Terapeutörande beteende kan även förekomma hos terapeuten i form av bland annat att terapeuten ställer för höga eller låga krav på patienten. I längden kan ett sådant här beteende leda till att behandlingen inte är effektiv samt utebliven förändring, därför arbetas det med att minska detta beteende. Livskvalitetstörande beteende däremot omfattar beteenden och faktorer som inverkar negativt på livskvalitén, som exempelvis missbruk av droger eller alkohol, sexuellt risktagande och svåra ekonomiska problem (Kåver & Nilsonne, 2002).

När patientens upplevs som mer stabil och säker för att kunna hantera sina starka känslor utan att skada sig påbörjas fas 2, att minska effekterna av posttraumatisk stress. Målet med den andra fasen är att minska problembeteenden som orsakats av tidigare trauman och att minska posttraumatisk stress. En person som är drabbad av denna sorts stress har tidigare varit med om svåra livshändelser, trauman, som till exempel övergrepp eller misshandel. Många, dock ej alla patienter inom DBT, har tidigare varit med om traumatiska händelser. Traumatiska ska i denna fas kunna accepteras av patienten och målet är att minska patientens skuld till händelsen. Under denna fas arbetas det även med att öka sina färdigheter och öva på att tillämpa dem. Ett viktigt begrepp som ständigt återkommer och tillämpas inom DBT behandling är validering. Validering betyder att ge giltighet åt det patienten känner, att förmedla till patienten att dennes beteende är begripligt under omständigheterna. Detta är av väldigt stor betydelse för att få patienten att lyckas acceptera sina känslor och därmed uppnå en positiv förändring (Kåver & Nilsonne, 2002).

Fas 3 och 4 är de avslutande faserna. Den tredje fasen fokuserar på att öka självrespekten och att uppnå de individuella målen. I den sista fasen är målet att uppnå ett meningsfullt liv och skapa ett liv värt att leva. Här ligger fokus på att patienten är engagerad i sitt liv och sina relationer och att leva medvetet i nuet (Kåver & Nilsonne, 2002). DBT handlar alltså i stora drag om att hjälpa patienten med utveckling av andra effektiva sätt att hantera smärtsamma känslor samtidigt som terapeuten ska ha ett validerande förhållningssätt. Under hela behandlingens gång är det dessutom av stor vikt att terapeuten får patienten att känna sig delaktig av behandlingen, och att patienten är medveten om att den har rätt att påverka sin medverkan. Patienten ska vara medveten om att behandlingen sker på dennes villkor och att han/hon inte är tvingad till att gå i terapin, som tidigare nämnts (Nationella självskadeprojektet, 2014). Enligt Zervas (2014) är DBT en behandling med växande empiriskt stöd som har visat sig ha goda effekter vid självskadebeteende och självmordsbenägenhet. Den har dessutom visat sig ge väldigt goda resultat jämfört med andra ordinarie behandlingar och behandlingar som är

specifikt inriktade på borderline personlighetsstörning. O'Connell och Dowling (2014) nämner även att DBT är den mest effektiva behandlingen vid borderline personlighetsstörning. Enligt deras studie har resultat dessutom visat på betydande minskningar vid depressiva symptom, självmordstankar och ångest. Författarna nämner att det dock krävs mer forskning av behandlingen.

Emotionell instabil personlighetsstörning eller borderline personlighetsstörning är två olika benämningar på samma diagnos. En personlighetsstörning uppvisas inte på samma sätt som en vanlig sjukdom, det handlar mer om en människas sätt att vara på (Åkerman, 2009). Den mest förekommande diagnosen bland personer med självskadebeteende över 18 år är borderline personlighetsstörning och är den mest förekommande personlighetsstörningen. Personer med denna diagnos har typiska drag som till exempel svårigheter med att kontrollera impulser, instabilitet i självbild, relationer och känsloliv och upplevelser av intensiva och snabba humörsvängningar. Dessa individer är dessutom oftast överskuggade av känslomässig smärta (O'Connell & Dowling, 2014). Ett kriterium som är nödvändigt för att kunna gå i DBT terapi är att patienten har emotionell personlighetsstörning eller borderline personlighetsstörning (Socialstyrelsen, 2013).

## 2.6. Problemformulering

Enligt Hawton, Saunders & O'Connor (2012) är självskadebeteende och självmord stora folkhälsoproblem som förekommer bland unga individer idag. Unga individer som målgrupp är mest utsatta. Studier har visat att självmord är den andra mest förekommande dödsorsaken bland unga runt om i världen. Även om ett självskadebeteende utförs utan en avsikt att dö är det stor risk att handlingen kan resultera i det. Butler (2012) skriver att självskadebeteende är en av de vanligaste anledningarna till att individer söker akut sjukvård och är dessutom en hög riskfaktor för att fullborda ett självmord. Individer med detta beteende lider oftast av bland annat depression eller stark ångest, vilket i sin tur kan utlösa självskada. En behandling som enligt Zervas (2014) har visat sig vara effektiv vid behandling av självskadebeteende är DBT, dialektisk beteendeterapi. Denna terapi har visat på positiva resultat för individer med ett självskadebeteende och självmordsbenägenhet. Med tanke på att detta självdestruktiva beteende kan leda till förödande konsekvenser av hälsan och handlar om människors välmående är det av stor vikt att undersöka hur beteendet behandlas, speciellt i ung ålder. Doyle et al. (2015) menar att många unga individer med detta beteende inte uppsöker vård av olika anledningar, därför är det av ännu starkare betydelse att lyfta fram ämnet och den professionella vård och behandling som erbjuds för att individen ska ha möjlighet till att förändra sitt beteende. Med hjälp av ökad kunskap och förståelse, större uppmärksamhet kring ämnet samt rätt sjukvård kan beteendet hos unga individer förändras.

## 3. Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka om DBT terapeuters beskrivning av sitt arbete med dialektisk beteendeterapi stämmer överens med litteraturens beskrivning av behandlingen, och därmed uppnå en fördjupning i dialektisk beteendeterapi och självskadebeteende.

Frågeställningar:

*Stämmer DBT terapeuternas beskrivning av arbetet med DBT behandlingen med litteraturens beskrivning av behandlingen?*

*Stämmer DBT terapeuternas beskrivning av hur ett professionellt bemötande sker med litteraturens beskrivning av professionellt bemötande?*

## 4. Teoretisk utgångspunkt

### 4.1. Biosocial teori

Inför denna studie har jag valt att använda mig av den biosociala teorin för att beskriva, förklara och skapa förståelse för terapeuters arbete med DBT behandling. Hela DBT behandlingen utgår från denna teori och baseras på antaganden som den går ut på. Anledningen till varför den biosociala teorin blivit utvald som teoretisk utgångspunkt för denna studie är för att den har starkast koppling till DBT terapin och terapeuters arbete med behandling av självskadebeteende. På så vis blir det senare möjligt att på ett enklare sätt förstå och förklara studiens resultat och föra en diskussion utifrån teorin som tolkning (Kåver & Nilsonne, 2002).

Teorin tar hänsyn till både biologiska (bio) och sociala variabler (social), det samspel som sker med miljön hos individen. Därav har den fått namnet biosocial. Inom DBT grundar sig denna teori i att patienten har någon form av borderline personlighetsstörning, vilket har beskrivits tidigare. Ur ett biosocialt perspektiv uppstår personlighetsstörning när en känslomässigt sårbar person växer upp i en miljö där personen inte får möjligheten att lära sig det som behövs för att kunna hantera/reglera sina känslor. Det resulterar i att starka och svårhanterliga känslor uppstår hos personen som i sin tur kan leda till problembeteenden, i detta fall självskada. Känslomässig sårbarhet och hantering av känslor kommer att beskrivas mer utförligt i kommande stycke (Kåver & Nilsonne, 2002).

Inom den biosociala teorin görs antagandet om att personer med borderline personlighetsstörning har svårigheter med hantering, eller reglering som det också benämns, av känslor. Detta beror på som tidigare nämnts känslomässig, emotionell sårbarhet. Det som gör en människa känslomässigt sårbar definieras av tre faktorer: hög känslighet för emotionella stimuli, hög intensiv respons på emotionella stimuli samt långsam återgång till ett emotionellt normalläge efter emotionell aktivering (Nilsonne, 2000). En hög känslighet innebär att individen reagerar känslomässigt på lågintensiva stimuli, påverkande faktorer. Det krävs inte mycket för att ett stimuli ska utlösa en stark reaktion hos individen. Här är det vanligt att personens starka reaktioner upplevs som svårbegripliga av människor i omgivningen, vilket kan leda till en fortsatt invalidering, att patientens reaktioner och känslor ogiltigförklaras. Begreppet invalidering är motsatsen till validering, som tidigare beskrivits. En hög intensitet innebär att styrkan i den upplevda känslan hos individen är hög i förhållande till den utlösande situationen. En långsam återgång till emotionellt normalläge innebär att känslor blir självgående och utdragna. Känslor överlag är kortvariga och går över inom sekunder eller minuter. När de blir utdragna och ofta väcks av upplevelser eller tankar kan det bli svårt att återgå till ett emotionellt normalläge (Kåver & Nilsonne, 2002).

Känslor kan ses som reaktioner på inre eller yttre händelser och omfattar upplevelse av en känsla, dess fysiologiska och kroppsliga uttryck och impulserna till handling som en känsla medför. När en känsla växer och slutligen blir så pass stark att den är omöjlig att styra leder det till att individen agerar utifrån känslan, genom att exempelvis skada sig. Inom den biosociala teorin finns det fyra delmoment som är nödvändiga vid hantering av känslor, vilka är följande: att förhindra olämpligt beteende som är kopplat till starka känslor, som exempelvis självskada, att kunna hantera de fysiologiska effekterna av den starka känslan, att kunna fokusera om sin uppmärksamhet på andra saker istället för att fokusera på den starka känslan och att kunna organisera sitt agerande på ett sätt för att nå ett mål som inte är känslostyrt (Kåver & Nilsonne, 2002).



Inom den biosociala teorin tittas det även på individens självkänsla och dess samband med relationer. En stabil självkänsla och förmåga att förmedla sina känslor främjar goda relationer, och här behöver individen också kunna reglera sina känslor för att kunna fungera bra i ett samspel med andra individer. En person med personlighetsstörning är oftast en väldigt social person som är mer beroende av goda relationer än andra. Av den orsaken är det av väldigt stor betydelse att självkänslan byggs upp för att lyckas forma goda relationer som gynnar personen. Förmågan att kunna hantera relationer på ett bra sätt är alltså beroende av både en säker känsla av vem man är en förmåga att kunna uttrycka sina känslor (Kåver & Nilsonne, 2002).

Begreppet invalidering, som tidigare nämnts, är motsatsen till validering och ett centralt begrepp inom både biosocial teori och DBT. I teorin talas det ofta om en invaliderande, en icke bekräftande miljö. En sådan här miljö är skadlig för barn som har en medfödd hög känslomässig sårbarhet. I en invaliderande miljö eller omgivning där individen ger uttryck för sina personliga upplevelser, som exempelvis tankar och känslor möts den av negativa reaktioner och respons av omgivningen. Dessa uttryck kan straffas och smärtsamma känslor hos individen avfärdas eller nonchaleras (Nilsonne, 2002). Följder av en invaliderande miljö kan leda till att individen inte lär sig att namnge sina känslor på ett normativt sätt och inte vet hur den ska bete sig och hantera sina känslor. Detta leder i sin tur till att individen inte kan ställa realistiska krav på sig själv och därmed inte kan hantera och reglera känslor som uppstår i olika situationer. Sammanfattningsvis hjälper den biosociala teorin till att urskilja de två viktigaste målen inom DBT terapin. Det första målet är att lära sig att reglera sina känslor och därmed förhindra och undvika känslostyrda beteenden, som till exempel självskada. Det andra målet är att lära sig att lita på och kunna validera sina handlingar, känslor och tankar (Kåver & Nilsonne, 2000).

## 4.2. Social inlärningsteori

Ytterligare en teori som används för denna studie är den sociala inlärningsteorin. Den sociala inlärningsteorin utvecklades av Albert Bandura och poängterar att beteende, faktorer som bland annat tankar och självuppfattning samt omgivning är sammankopplade i något han kallar för en ömsesidig determinism. En ömsesidig determinism är en slags modell där beteende, personliga faktorer och miljöfaktorer alla påverkar varandra ömsesidigt. Bandura menar att människor föregriper konsekvenser av sitt beteende och på så sätt utvecklar idéer eller åsikter om vad som händer istället för att endast reagera på stimuli. Den sociala inlärningsteorin tar stor hänsyn till en situations eller ett sammanhangs inverkan på människors beteende, med en tonvikt på miljöpåverkan. Teorin är dessutom av väldigt stor hjälp då man vill förklara varför ett visst beteende förekommer och hur den kan förändras med hjälp av den påverkan som miljön har av beteendet. I detta fall kan vi koppla arbete med behandling av självskadebeteende och miljöns påverkan av beteendet. Detta kommer att diskuteras senare under diskussionen (Parrish, 2012).

Bandura har även presenterat begreppet self-efficacy, självtilltro. Självtilltro används för att beskriva en persons upplevelse av sin egen förmåga att lyckas klara av en uppgift. Begreppet innefattar uppfattningar som en person har om sig själv och förväntningar av förmågan att klara uppgifter i livet. Självtilltro kan även påverka villighet och uthållighet att hantera frustration som uppstår då personen försöker hantera nya och svåra förändringar. Individer som har en god självtilltro har upplevelser och förväntningar om att de kan ta sig an olika uppgifter och utmaningar i livet. Individer som däremot har en svag självtilltro har motsatta upplevelser och förväntningar, där de upplever utmaningar som svåra att hantera. Begreppet självtilltro används och är av väldigt stor betydelse för exempelvis socialarbetare som arbetar med klienter då de önskar att förändra beteenden eller vissa situationer (Parrish, 2012).

## 5. Metod

Metoden för detta arbete har varit av kvalitativ metod, där intervjuer stått för materialinsamlingen. Enligt Alvehus (2013) intresserar sig kvalitativ metod för meningar och innebär mer än för statistiska samband. Ahrne och Svensson (2015) bekräftar även detta då de poängterar att inom kvalitativa metoder där exempelvis intervjuer utförs, kommer forskaren ofta nära människorna och miljön som forskningen handlar om. Genom användning av intervjuer för denna undersökning har det varit av önskan att på ett mer djupgående sätt undersöka och förstå hur DBT behandling av självskadebeteende ser ut, innebörden av metoden, samt hur ett professionellt bemötande av patienter ser ut. Då det strävats efter att uppnå detta, snarare än att undersöka statistiska samband, valdes en kvalitativ metod.

### 5.1. Val av metod

Som val av metod för denna undersökning valde jag att använda mig utav intervjuer. Denna metod ansågs vara mest lämplig i förhållande till arbetets syfte. Ahrne och Svensson (2015) nämner att en intervju bygger på att kunskap om något som forskaren inte känner till eller har mycket kunskaper om ska utformas. I en intervju kan den som blir intervjuad berätta om hur de gör saker i praktiken. Strävan med studien var bland att få en fördjupning i hur DBT terapeuternas arbete med behandlingen framkommer. När intervjuer används som metod brukar syftet dessutom vanligtvis vara att få information om individers erfarenheter eller uppfattningar, vilket kan göra det möjligt att få fördjupad kunskap om ämnet som undersöks (Sohlberg, 2013). Detta har varit passande för studien då det besvarat syftet på ett bra sätt. Efter funderingar och diskussioner kring lämpliga metoder togs beslutet att datainsamlingen skulle ske med hjälp av intervjuer. Ytterligare anledningar till varför intervjuer blev utvalda som metod är för att den som intervjuar har möjlighet till att ställa följdfrågor då exempelvis ett svar inte uppfattas korrekt eller om funderingar uppstår under intervjuens gång. På detta vis kan respondenten förklara och tydliggöra svaren, vilket leder till ett mer kompletterande och utförligt svar (Silverman, 2013). Intervjuerna i denna studie har varit av formen semistrukturerade intervjuer. Enligt Alvehus (2013) innebär denna form av intervjuer att den som intervjuar följer ett formulär av öppna frågor kring ämnet. Då intervjuguiden mestadels bestod av öppna frågor ansågs semistrukturerade intervjuer vara mest lämpliga för studien.

Andra kvalitativa metoder, som till exempel observationsstudier, har som syfte att observera eller studera naturligt förekommande situationer eller mänskligt beteende. Observationer valdes inte av orsaken att det inte var önskvärt att studera eller observera beteende eller situationer. Dessutom hade det av etiska skäl inte varit möjligt att få tillåtelse av terapeuterna och verksamhetsansvarige till att observera under behandlingarnas gång, då patienterna befinner sig i en sårbar situation. Med observationer hade det inte blivit möjligt att på samma sätt uppnå och besvara studiens syfte då exempelvis följdfrågor inte hade varit möjliga att ställa och terapeuterna genom samtal inte hade kunnat berätta och förklara kring deras erfarenheter om ämnet (Alvehus, 2013).

### 5.2. Urval

Som urval för denna undersökning genomfördes sex stycken intervjuer med DBT terapeuter på två olika psykiatriska mottagningar. Samtliga DBT terapeuter har gått i DBT utbildning och arbetar med samma behandling av självskadebeteende, Dialektisk beteendeterapi. Enligt Alvehus (2013) innebär ett strategiskt urval att en individ inför exempelvis intervjuer önskar att få tillgång till personer med specifika erfarenheter som är intressanta och av betydelse för en undersökning som ska genomföras. Inför denna undersökning valde jag att använda mig utav ett strategiskt urval då önskan var att intervjurespondenterna skulle arbeta inom någon sorts

psykiatrisk mottagning. Den andra mottagningen där de tre sista intervjuerna genomfördes blev utvald efter att ha nämnts som förslag av anställda på den första mottagningen. Att använda sig av de personer som man redan varit i kontakt med, som exempelvis intervjurespondenter, för att lyckas hitta fler lämpliga personer att intervjua kallas för ett snöbollsurval. Med hjälp av detta urval blir det möjligt att på ett lättare sätt hitta passande intervjurespondenter för studien. Förutom strategiskt urval har jag alltså även använt mig utav ett snöbollsurval för intervjuer på den andra mottagningen (Alvehus, 2013).

Efter att ha fått godkännande om intervjuer på två mottagningar fick studien en utvald urvalsgrupp. Denna urvalsgrupp har bestått av sammanlagt 6 antal anställda på två psykiatriska mottagningar i Skåne. Båda mottagningarna är specifikt inriktade på DBT behandling av patienter med självskadebeteende i unga åldrar, tonåringar och unga vuxna. Av etiska skäl valdes det att inte nämna vilka specifika städer mottagningarna befinner sig i. Av liknande etiska skäl valdes det dessutom att inte nämna vilka kön respektive deltagare tillhör samt ålder. Arbetsgivarna på båda arbetsplatserna var medvetna om deltagarnas deltagande i studien.

### 5.3. Kontext

DBT mottagningarna, där intervjuerna genomfördes, är speciella mottagningar som består av team med utbildade terapeuter inom DBT terapin. De benämns som team för dialektisk beteende terapeutisk behandling. Målgruppen som verksamheten vänder sig till är ungdomar i åldern 15 till 18 år samt vuxna från 18 år och uppåt. Det är ett krav att ungdomen/ den vuxne ska ha ett pågående självskade- och/eller självmordsbeteende och problem som till exempel instabila relationer och stora svängningar i humör och känslor. För att ha möjligheten att komma till mottagningen måste patienten komma med en remiss från tidigare sjukvård, där DBT-teamet vidare gör en bedömning av patienten. De anställda som blev intervjuade av mig hade olika yrkestitlar, som till exempel sjuksköterskor eller legitimerade psykologer. Det som de dock hade gemensamt var att samtliga hade genomgått en utbildning inom DBT behandling, och kunde därför benämnas som DBT terapeuter.

### 5.4. Genomförande

För denna studie har datainsamling skett med hjälp av intervjuer på två olika mottagningar med samma inriktning. Till att börja med gjordes först slumpmässiga sökningar efter ett flertal psykiatriska mottagningar inom hela Skåne. Sedan kontaktades olika mottagningar, antingen via mail eller telefon. Jag presenterade mig själv som student samt mitt arbete och dess syfte. En mottagning som kontaktades sände mitt meddelande vidare till en annan mottagning som arbetar speciellt med självskadebeteende bland unga. Denna mottagning kontaktades, där verksamhetsansvarige förde vidare meddelandet till personalen på arbetsplatsen och skulle återkomma med svar. Efter ett par dagar kom vi i kontakt igen där ett godkännande av verksamhetsansvarige mottogs via telefon och meddelande om att tre anställda på mottagningen ville bli intervjuade. Sedan mottogs ett mail av de tre anställda med respektive e-mail adresser, där vi kom överens om och bokade passande tider för intervjubesök. Efter genomförda intervjuer på denna mottagning kontaktades därefter ytterligare en mottagning.

Efter att ha genomfört tre intervjuer på den första mottagningen kontaktades nästa mottagning. Två av de anställda på den första mottagningen föreslog två andra olika mottagningar som kunde kontaktas för ytterligare intervjuer. Den ena mottagningen som gavs som förslag kontaktades av mig via telefon, där en presentation av mig och mitt arbete gjordes. Där kom jag i kontakt med verksamhetsansvarige, som bad mig att kontakta berörd personal på mottagningen via mail. Samma mail som bifogats tidigare till de andra mottagningarna

skickades även till denna personal. Dessutom bifogades informationsbrevet (se bilaga 1). Ett snabbt svar erhöles där tre av de anställda kunde tänka sig att ställa upp på intervjuer. Därefter kom vi överens och bokade respektive lämpliga tider för intervjubesök. Resultatet blev ytterligare tre genomförda intervjuer.

För datainsamling inför denna studie har även en intervjuguide använts. En intervjuguide sammanställdes av mig utifrån arbetets syfte. Frågor som skulle ställas vid intervjutillfällena konkretiserades för att de skulle kunna besvaras på ett så tydligt och bra sätt som möjligt. Efter att intervjuguiden blivit sammanställd skickades den till handledaren för bedömning. Innan intervjuerna med anställd personal påbörjades, gjordes först en pilotintervju tillsammans med en person som inte har någon koppling till undersökningen. Denna pilotintervju genomfördes på samma vis som de planerade intervjuerna med terapeuterna skulle genomföras. Den transkriberades dock inte, och uteslöts ur resultatet. På så vis prövades intervjuguiden och utformningen av frågorna för att se hur de fungerar i praktiken och om förändringar behövde göras. Intervjuguiden (se bilaga 3) bestod av frågor som handlar om hur deras arbete med behandling av ett självskadebeteende ser ut, om DBT metoden, bemötandet av patienter samt frågor kring uppföljning av patienter. De flesta frågor var breda och öppna där respondenten hade möjlighet till att ge mer utförliga svar. De individuella intervjuerna var av semistrukturerad form (Alvehus, 2013). Intervjuerna blev inspelade med hjälp av en diktafon och anteckningar fördes av mig. Vid alla tillfällen besöktes mottagningarna, där intervjuerna utfördes på plats i respektive anställdas arbetsrum. Varje intervju tog cirka 25 till 60 minuter. Vid alla tillfällen började jag med att presentera mig själv och dela ut samtyckesblanketten samt informationsbrevet. Efter att de anställda läst informationsbrevet och skrivit under gjordes en kortare beskrivning av mig som student, om utbildningen, studien samt studiens syfte.

Innan varje intervju påbörjades blev deltagarna tillfrågade om det gick bra för dem att intervjun skulle bli inspelad med hjälp av en diktafon. Detta gick samtliga deltagare med på. Under intervjuens gång var det viktigt för mig att vara en bra och aktiv lyssnare och visa för den som blir intervjuad att svaren och ämnet är intressant och betydelsefullt för mig. Det lades även fokus på att inte avbryta talaren och låta denne tala så mycket som den själv önskade. På detta vis var önskan att få fram så utförliga svar som möjligt utan att få talaren att känna sig pressad till att svara. Om det var något svar som inte uppfattades korrekt av mig eller om det var nödvändigt att respondenten skulle utveckla ett svar tillfrågades respondenten om detta. Ifall det förekom oklarheter hade respondenten även möjlighet att fråga mig om förtydligande. Även anteckningar fördes under intervjuens gång. Efter besvarandet av frågorna och avslutad intervju tackades deltagarnas för deras medverkan. Samtliga sex intervjuer transkriberades slutligen ordagrant för bearbetning och skrevs ut för analys.

## 5.5. Dataanalys

För bearbetning av intervjuer och resultat användes en kvalitativ manifest innehållsanalys med en deduktiv ansats. Vid kvalitativa innehållsanalyser bör analysen fokusera på ett manifest eller latent innehåll, eller en kombination av båda. En manifest innehållsanalys fokuserar på att identifiera skillnader eller likheter som är synliga och uttrycks i texten (Granheim & Lundman, 2004). En deduktiv ansats innebär enligt Alvehus (2013) en ansats som utgår från hypoteser och som vidare prövas mot empiriskt material, en prövning av hypoteser. Detta ansågs vara mest lämpligt för denna studie och studiens syfte då litteraturens beskrivnings prövades mot det empiriska materialet.

Då materialet blivit transkriberat och skrivits ned på dator skrevs texterna ut. Därefter lästes varje intervju noga igenom upprepade gånger för att få en helhetsbild. Svårigheten med denna bearbetning var att skapa en struktur av alla texter och allt insamlat material. Därför lades det

fokus på att välja ut information som ansågs vara av mest relevans och besvara studiens syfte. Efter att noga ha läst igenom alla intervjuer ett antal gånger var det möjligt att avgöra vilka mönster som återkom och vilka teman som upprepades av respondenterna under respektive intervju. De teman som nämndes mest var bland annat hur deras arbete med DBT behandlingen såg ut och att behandlingen bestod av fyra olika faser samt hur ett professionellt bemötande av patienter bör vara. Då samma intervjuguide användes för respektive intervju blev resultatet att vissa saker upprepades av respondenterna. Detta ansågs dock vara till en fördel, då upprepningarna återspeglade de centrala teman för intervjuerna och intervjusvaren, vilket därmed gjorde det enklare att bryta ner allt resultat till centrala kategorier. För att förenkla och sortera denna uppdelning ströks allt relevant i de utskrivna intervjuerna under med olika färger. Sedan antecknades de relevanta svaren och delades upp i olika kategorier. Med tanke på att de presenterade teman ovan återkom under varje intervju ansågs det vara lämpligt att dela upp de i kategorier och stapla i tabeller. Den första tabellen, som är ett exempel på en analysstabell (se tabell 1), gjordes enligt Graneheim och Lundman (2004).

Den första tabellen utformades genom att några av de understrukna meningarna i de transkriberade intervjuerna, som ansågs bära betydelsefull information och var relevanta för studiens syfte, blev utvalda. Då intervjuguiden till en stor del innehöll frågor om hur behandlingen ser ut resulterade det i att en stor del av intervjusvaren omfattade information om det. Därför bestämdes det att en kategori skulle handla om behandlingen, vilket resulterade i att den första huvudkategorin blev "arbetsmetod". Därefter valdes meningsbärande enheter ut, vilket innebär att en mening ur texten skrivs i tabellen under denna rubrik. Övrig text runt meningen togs med för att sammanhanget skulle kvarstå. De meningsbärande enheterna som blev utvalda beskriver arbetsmetoden i stora drag. Ett exempel på en meningsbärande enhet som beskriver DBT metoden är: "*Hela DBT är en behandling för emotionsreglering*". Efter att tre antal meningsbärande enheter blivit utvalda skulle de meningsbärande enheterna kondenseras, det vill säga att meningarna kortades ner utan att innehållet och innebörden blev förlorat. Syftet var att texten skulle bli lättare att hantera. Här gicks det tillväga genom att sammanställa de tre meningsbärande enheterna till två förkortade meningar som motsvarade innehållet. Exemplet från ovan, "*Hela DBT är en behandling för emotionsreglering*" kortades ner till "*DBT går ut på att lära sig att reglera sina starka känslor*". De nerkortade meningarna benämndes som kondenserade meningsenheter.

I nästa steg kodades de kondenserade meningsenheterna, vilket innebär att meningsenheterna sammanfattades i en form av kod, som kortfattat beskriver dess innehåll. Vidare delades koderna in i subkategorier som slutligen sammanfördes i huvudkategorier. Subkategorin förklarar kodernas innehåll med enstaka sammanfattande ord. Slutligen sammanfördes koden och subkategorin och delades in i huvudkategorier, vilket tidigare nämnts. En kategori ska återspegla det centrala budskapet i texten och klargöra för det manifesta innehållet i texterna (Graneheim & Lundman, 2004). När den första huvudkategorin och stapeln i tabellen hade utformats, blev nästa kategori utvald med samma tillvägagångssätt. Resultatet blev kategorin "Terapeuter och andra vårdgivares bemötande av patienter". De två huvudkategorierna för den första tabellen återspeglade alltså resultatet av intervjuerna och intervjurespondenternas svar. Exempel på den första analysen visas i tabell 1 på följande sida. Den andra tabellen (se tabell 2) utformades även med inslag av Graneheim och Lundman (2004). I denna tabell gjordes en uppdelning av domäner, kategorier samt underkategorier och utfördes på liknande sätt som den föregående tabellen. Den första tabellen låg som en grund för den andra och mer utförliga tabellen. Tabellen utformades genom att de två huvudkategorierna från den föregående tabellen, arbetsmetod och terapeuter och andra vårdgivares bemötande av patienter, staplades upp som domäner i tabellerna. Därefter valdes nyckelord för respektive kategorier ut, vilka slutligen staplades i underkategorierna.

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Huvudkategori</b>
<p>Man behöver bryta destruktiva mönster.</p> <p>Vi fokuserar på stå ut färdigheter... för att göra andra saker istället för att skada sig.</p> <p>Hela DBT är en behandling för emotionsreglering.</p>	<p>Man behöver bryta destruktiva mönster genom att lära sig nya färdigheter och att göra andra saker istället för att skada sig.</p> <p>DBT går ut på att lära sig att reglera sina starka känslor.</p>	Arbeta med att lära sig nya färdigheter och hanterbarhet och reglering av starka känslor	Färdigheter och emotionsreglering	Arbetsmetod
<p>Jag behöver verkligen vara icke dömande.</p> <p>Ja men respektfull och empatisk, utan att vara sympatisk.</p> <p>Vi pratar mycket om att validera, att visa någon slags förståelse för att man ser att de har det svårt.</p> <p>Det är ofta att jag fått beskrivningar från patienter att man blir bemött med dömande, aggressioner.</p>	<p>Vårdpersonal behöver ha ett icke dömande och respektfullt bemötande mot patienter.</p> <p>De ska visa en förståelse för patienten och att den har det svårt.</p> <p>Patienter har blivit bemötta med en dömande och aggressiv attityd</p>	Ett icke dömande och respektfullt bemötande med förståelse av patienten.	Icke dömande och respektfullt professionellt bemötande	Terapeuter och andra vårdgivares bemötande av patienter

Tabell 1. Exempel på analysprocess

## 5.6. Etiska överväganden

Innan intervjuerna för denna studie påbörjades fick olika etiska överväganden tillämpas. Det är av stor betydelse att ta hänsyn till och gå igenom etiska aspekter, då all forskning ska präglas av ett etiska överväganden (Kristensson, 2014). Då denna studie berör ett ämne som kan upplevas som känsligt bör det behandlas med försiktighet, respekt och noggrannhet. Vid

studiens början, då intervjurespondenter skulle hittas, var det många psykiatriska mottagningar och anställda som tackade nej till att medverka i studien. Arbete med behandling av självskadebeteende kan som tidigare nämnts, upplevas som ett känsligt och privat ämne då det har med psykisk ohälsa att göra och patienterna med självskadebeteende befinner sig i en sårbar situation. Detta kan leda till att lämpliga intervjurespondenter väljer att avstå från att medverka i studier. Av denna anledning fokuserade jag på att enligt *informationskravet* informera och tala om för varje intervjurespondent vad studien går ut på och dess syfte. Varje intervju började med att jag presenterade mig som student och vad studien handlar om. Det bekräftades även för respondenten om att denne har rätt att avbryta intervjun eller välja att avstå från att besvara någon fråga om de önskar. Ett informationsbrev (se bilaga 1) tilldelades även till samtliga respondenter innan påbörjad intervju. Varje deltagare skulle vara väl medveten om att deltagandet är frivilligt.

En annan möjlig risk som misstänktes kunna uppstå var att intervjurespondenten kunde uppleva att intervjun stör arbetet och därmed känna sig stressad över att hinna med en intervju, då den inte hinner med sina ordinarie arbetsuppgifter. Det var även av denna anledning, tidsbrist, som många psykiatriska mottagningar tackade nej till att delta i intervjuer. För att minimera denna risk informerade jag samtliga deltagare om den beräknade tid intervjun skulle ta samt att ifall något känns opassande så gick det bra att avbryta. Då samtliga mottagningar kontaktades blev de informerade om den beräknade tid en enskild intervju skulle ta, vilket var cirka 30 till 45 minuter, och maximalt 60 minuter. Nyttan som studien kunde medföra var en ökad kunskap och förståelse om ämnet och DBT behandlingen, både för mig som student och samtliga involverade i studien. På så vis kan dessutom terapeuterna utveckla sina behandlingsstrategier ytterligare. Respondenterna gavs även informationen om att de mer än gärna får ta del av arbetet då det blir slutexaminerat. Det kan vara intressant och lärorikt även för terapeuterna att läsa om sitt arbete och sin arbetsplats och få dela med sig av sina kunskaper.

Innan varje intervju påbörjades erhöles ett fullständigt samtycke, både muntligt och skriftligt. Varje deltagare fick skriva under en samtyckesblankett, (se bilaga 2) där deltagaren skriftligt går med på att delta i studien. Detta samtycke, både muntligt och skriftligt har skett enligt *samtyckeskravet*. Detta krav har även tillgodosetts genom att varje deltagare blivit informerad om att de har rätt över att själva bestämma över sin medverkan. *Konfidentialitetskravet* tillgodosågs genom att varje intervjudeltagare fick en bekräftelse av mig om att han/hon kommer att hållas konfidentiell och inte kommer att kunna identifieras av utomstående personer. Personliga uppgifter som exempelvis namn och ålder har inte använts. För att ytterligare bekräfta det konfidentiella i studien har dessutom mottagningarnas placering och staden den utvalda mottagningen befinner sig i förblivit anonymt då namnen inte nämnts i uppsatsen. I resultatdelen har alla deltagare avidentifierats. All insamlingsmaterial, som intervjusvar och inspelningar har bevarats säkert genom att det har sparats på min personliga låsta dator som endast jag själv har tillgång och lösenord till. Ingen annan förutom jag, min handledare, involverad skolpersonal samt terapeuterna som blivit intervjuade har fått ta del av insamlat material. Alla skriftliga papper och anteckningar har förvarats säkert och inlåst i ett förråd som endast jag har tillgång och nyckel till. *Nyttjandekravet* har slutligen tillgodosetts genom att varje intervjudeltagare fått bekräftelse om att det som nämnts under intervjusituationen inte kommer att användas i något annat sammanhang än för studien. All information som samlats in av mig kommer endast att användas för studiens ändamål. När arbetet är färdigställt och slutexaminerat kommer allt insamlat material att förstöras, då det inte är planerat att fortsätta med framtida forskning. Studien kommer endast att publiceras i databasen DiVa- portal (Sohlberg, 2013).

## 6. Resultat

Resultat av denna studie utgår ifrån domänerna och kategorierna presenterade i tabellen nedan, vilka även tidigare diskuterats. Domänerna är arbetsmetod och terapeuter och andra vårdgivares bemötande av patienter. De två domänerna har brutits ned i kategorierna: Terapeuters arbete med behandling av självskadebeteende samt terapeuters bemötande av patienter på ett professionellt sätt., vilka i sin tur blivit nedbrutna i underkategorier. Resultaten kommer att presenteras i en löpande text utifrån kategorierna med tillhörande underkategorier. De kommer dessutom att styrkas med citat från intervjuerna för att visa att analysen är baserad på texten. Följande siffror som skrivs inom parantes efter varje citat presenterar vilken intervju meningarna är citerade från.

Tabell 2. Översikt över domäner, kategorier samt underkategorier

Domän	Kategori	Underkategori
Arbetsmetod	Terapeuters arbete med behandling av självskadebeteende	Hantering av starka känslor Orienteringsfas Fas 1- Kedjeanalys, färdighetsträning Fas 2- Familj och anhöriga Fas 3- Patientens egna mål Fas 4- Skapa ett liv värt att leva
Terapeuter och andra vårdgivares bemötande av patienter	Terapeuters bemötande av patienter på ett professionellt sätt	Icke- dömande hållning och respektfullt förhållningssätt Validering Bemötande hos andra vårdgivare

### 6.1 Arbetsmetod

Då samtliga intervjuer genomfördes med terapeuter som arbetar med DBT kommer resultaten att baseras på svaren som framkommit. Det som kunde konstateras var att terapin omfattar fyra olika faser, och varje fas innebär olika uppgifter och mål för patienten att uppnå. I helhet är DBT en metod där största fokus läggs på att hjälpa patienten att bryta destruktiva mönster och lära sig att reglera starka känslor som uppstår och bidrar till självskadebeteendet.

#### 6.1.1. Hantering av starka känslor

Hela DBT terapin beskrevs grunda sig på att lära patienterna att hantera sina starka känslor, vilket nämnts tidigare. Respondenterna förklarade att individer som skadar sig använder självskadande som ett sätt att hantera svåra och starka känslor, de ”skär bort” känslorna.

... ett beteende där man bara stänger av, skär av känslorna eller skadar bort känslorna, bedövar känslorna. Men det gör ju att man bara trycker ner ångesten och kanske sorg (1)



Hantering av känslor går hand i hand med färdighetsträningen, vilket kommer att beskrivas senare.

## 6.2. Orienteringsfas, commitment fas

Under intervjuerna bekräftade samtliga respondenter att DBT behandlingen påbörjades med något som kallas för orienteringsfas, på engelska commitment fas. Under denna första förberedande fas fokuserade terapeuterna på att ett bra och tydligt sätt förklara för patienten om vad behandlingen innebär och informera om varför och hur den hade varit till hjälp för individen med självskadebeteendet. Det som var av störst vikt inom denna fas var att poängtera för patienten om att behandlingen skedde på dennes villkor och att behandlingen skulle påbörjas med patientens samtycke. Terapeuternas största roll inom denna fas var att ge den information som var nödvändig för att patienten, baserat på informationen, skulle kunna ta ett beslut om behandlingen skulle påbörjas eller inte.

Vi börjar med något som kallas för comittment arbete, åtagande arbete. Och det är att... det är väldigt frivilligt att vara här, vi är väldigt noga med att det ska vara rätt för patienten att vara här, inte att nån annan ska vilja att patienten ska komma hit... det brukar vara i några veckor, och då presenterar vi vad DBT är och vi presenterar hur vi tänker om våra patienter. (2)

Om patienten tog beslutet att påbörja behandlingen skulle orienteringsfasen avslutas med att patienten tillsammans med terapeuten skrev under ett behandlingskontrakt. Detta kontrakt innebar att patienten skrev under om samtycke om att påbörja och fullfölja behandlingen samt att terapeuten skulle utföra ett så bra arbete som möjligt.

## 6.3. Fas 1- Att uppnå säkerhet och stabilitet

Den första fasen, innan förberedelsefasen, fokuserade på att få patienten att uppnå säkerhet och stabilitet i sitt liv. Här lades största fokus på att bland annat minska självskadebeteenden och självmordsbeteenden. Varje vecka fick patienten ett veckoblad där han/hon hade som uppgift att anteckna om självskada hade skett under veckan samt utvärderingar kring deras känslor. Denna fas omfattade dessutom bland annat en kedjeanalys och färdighetsträning.

### 6.3.1 Kedjeanalys

En viktig del av arbetsmetoden som togs upp, vilket även är en stor del av behandlingen, är den så kallade kedjeanalysen. Kedjeanalysen, eller funktionell analys, förklarades vara speciellt viktig i början av behandlingen. En kedjeanalys innebär beskrevs vara då terapeuten tillsammans med patienten tittar på bland annat vad som orsakat och lett till en självskada, när det hände och hur det trappades upp. Följande citat beskriver mer utförligt hur en sådan här analys kan se ut.

Då gör vi kedjor, funktionella analyser. Vi tittar, vad hände, hur trappades allting upp? Så därefter jobbar vi hela tiden med det beteendet... Och det jobbar vi med tills det beteendet inte finns mer hos patienten (2)

Syftet var att jobba med kedjeanalyser tills självskadebeteendet upphörde hos patienten.

### 6.3.2. *Färdighetsträning*

En punkt i behandlingen, som upprepades av samtliga respondenter, var färdighetsträningen som skedde i grupp och var en av de mest centrala beståndsdelarna i DBT. I början av behandlingen fokuserades det väldigt mycket på att patienten skulle lära sig nya färdigheter, det vill säga att lära sig att göra andra saker istället för att skada sig eller skära sig. På så vis skulle patienten bygga upp nya färdigheter, strategier att ta till vid reglering och hantering av starka känslor.

I början så fokuserar vi väldigt mycket på stå ut färdigheter och på att hantera... för att göra andra saker istället för att skada sig. När man har strategier för att ta hand om det blir man mer stabil och säker (1)

Efter att ha gjort en kedjeanalys vävdades färdigheter in i kedjan och beteendet, så att nästa gång patienten kände behov av att skada sig, skulle den använda sig av de nya färdigheterna istället.

## 6.4. Fas 2- Minska effekterna av tidigare svåra upplevelser

Den andra fasen kunde patienterna påbörja först efter att terapeuterna upplevde de som stabila och säkra, och därmed redo att påbörja fas 2. Målet med denna fas var att som titeln lyder, minska effekterna av tidigare svåra upplevelser och minska effekterna av posttraumatisk stress. Det nämndes att många individer med ett självskadebeteende tidigare upplevt svåra upplevelser i livet och i vissa fall trauman, vilket lett till att självskadan använts som ett sätt att hantera svåra känslor orsakade av upplevelsen.

Fas 2 handlar om att man försöker, när stabilitet finns, att öka det känslomässiga upplevandet, att bearbeta svåra trauman eller relationer... (5)

Inom den andra fasen var även ett av målen att knyta an till familj och andra anhöriga. Familjens stöd kunde vara av stor betydelse för positiv förändring hos patienten, vilket kommer att presenteras i följande stycke.

### 6.4.1. *Familj och anhöriga*

Respondenterna tog upp att patienters anhöriga och familj också spelade en roll under behandling, då deras bemötande och stöd kan vara av stor betydelse för förändring hos patienten. Anhöriga till patienten kontaktas, speciellt om de är vårdnadshavare. Anhöriga kan gå en anhörigutbildning som heter Familjeband och familjen kan gå i familjesamtal, nätverksarbete.

... så jobbar man också med deras anhöriga. Så det är en viktig del man också jobbar med, att omgivningen ska få en ökad förståelse för problematiken (2)

En punkt som nämndes under intervjuerna var att det är av betydelse att både anhöriga och andra människor får en ökad kunskap och förståelse för individer med ett självdestruktivt beteende. Genom att patientens familj och anhöriga på ett mer djupgående sätt förstår anledningen till självskadebeteendet och hur de bör hantera och bemöta individen är ökar chanserna för att individens destruktiva beteende minskar.

## 6.5. Fas 3- Att öka självrespekt och uppnå personliga mål

Den tredje och fjärde fasen var de avslutande faserna. Den tredje fasen hade som mål att öka självrespekten och uppnå individuella livsmål. Som tidigare nämnts var patientens mål en del av behandlingen och av betydelse för positiv förändring. Dessa mål varierade från person till person och kunde exempelvis vara att börja arbeta eller köpa ett nytt hem.

### 6.5.1. Patientens egna mål

DBT som metod upplevdes enligt respondenterna lägga stort fokus på att patientens egna livsmål ska uppnås. Dessa livsmål avser både kortsiktiga och långsiktiga mål. På så vis önskade terapeuterna att hjälpa patienten att skapa ett liv som känns värdefullt. Målen var individuella, men dock var huvudmålet under hela behandlingen att minska själva självskadebeteendet.

... så börjar man gå vidare på där de gjort upp mål, vad är det de vill, vad har de för mål i livet? Och så försöker man jobba vidare mot att de ska komma närmare sina mål. Så att de får ett liv som känns värt att leva för dem (3)

## 6.6. Fas 4- Skapa ett liv värt att leva

Den fjärde och avslutande fasen hade som syfte att skapa ett meningsfullt liv värt att leva och leva medvetet i nuet. Vid det här laget skulle patienten leva ett vanligt liv utan ett självdestruktivt beteende, vara stabil och säker, ha relationer i livet och gärna ha en sysselsättning.

### 6.6.1. Skapa ett liv värt att leva

Att skapa ett liv värt att leva beskrevs vara ett mål under hela behandlingen, speciellt under de sista faserna, fas tre och fyra. Vid avslutad behandling var det önskvärt att patienten skulle ha uppnått detta mål. Det som uppfattades som ett värdefullt liv var individuellt och varierade från person till person.

... det är hela tiden målet, att skapa ett liv som är värt för patienten att leva (3)

## 6.7. Terapeuter och andra vårdgivares bemötande av patienter

En central del inom både DBT och annat arbete inom sjukvården var bemötandet av patienter. Samtliga deltagare betonade, i varje enskild intervju, att bemötandet var av oerhört stor vikt inom behandlingen. Ett gott och professionellt bemötande kunde leda till positiva resultat hos patienten. Ytterligare en punkt som framkom var en önskan av terapeuterna om bättre bemötande av patienter inom sjukvården. Många av patienterna hade upplevt att vårdgivare inom tidigare sjukvård hade bemött dem med en negativ attityd.

### *6.7.1. Icke- dömande och respektfullt förhållningssätt*

På frågan om hur terapeuterna ska bemöta sina patienter svarade samtliga respondenter att en icke- dömande hållning var bland det viktigaste att förhålla sig till. Det poängterades även att ett respektfullt förhållningssätt var av lika stor vikt.

... vi har en icke-dömande hållning. Vi försöker förstå ett beteende utifrån ett händelseförlopp, vi kritiserar inte, vi dömer inte (4)

... det viktiga på nåt sätt blir ju att försöka ändå att bemöta de som människor med respekt... att visa nån slags förståelse för att man ser att de har det svårt... Det är väldigt viktigt att inte vara dömande (3)

Det markerades och bekräftades att dessa två förhållningssätt var av största vikt vid bemötande av patienter. Genom att terapeuterna visade förståelse för patienterna och bemötte dem med dessa förhållningssätt ökade chanserna för en godare relation. En god och positiv relation kunde i sin tur leda till ökade chanser för en positiv förändring.

### *6.7.2. Validering*

Ett begrepp som ständigt återkom, både under intervjuerna och vid informationssökning om DBT, var validering. Detta begrepp hade en stor innebörd inom terapin. Validering beskrevs som ett förhållningssätt där terapeuten skulle förmedla för patienten om att patientens känslor och beteende var begripliga under omständigheterna. Terapeutens bemötande skulle vara validerande genom att de visade en slags förståelse för självskadebeteendet.

Vi ska vara validerande, det betyder att vi ska vara va förstående och att vi ska möta patienten som en likvärdig vuxen (5)

... att försöka bemöta de som människor med respekt och på ett validerande sätt. Vi pratar mycket om att validera, att visa nån slags förståelse för att man ser att de har det svårt... bekräfta det liksom och sen försöka hjälpa de att hitta andra sätt att hantera sin tillvaro på (3)

Genom att terapeuterna alltså visade en slags medmänsklighet och förståelse för patientens självskadebeteende hade de ett validerande förhållningssätt. Begreppet var centralt inom DBT terapin och strävades efter att tillämpas under behandlingarna.

### *6.7.3. Bemötande hos andra vårdgivare*

Som tidigare nämnts visade resultat av intervjuerna att många av terapeuterna önskade att ändra på och förbättra bemötandet hos andra vårdgivare. Många patienter med självskadebeteende hade nämnt att de upplevt att de blivit bemötta på ett oprofessionellt sätt inom tidigare sjukvård, med bland annat en dömande och aggressiv attityd av vårdgivare. Ett professionellt bemötande av patienter bekräftades vara som tidigare nämnts, icke-dömande, respektfullt, medmänskligt och accepterande.

Det är ofta att jag fått beskrivningar från patienter jag träffar att man blir bemött med dömande och med aggressioner och irritation, patienter som säger att man är manipulativ, att en del gör det bara för att få uppmärksamhet (2)

Vissa av terapeuterna berättade att de arbetade med förbättring av bemötande inom sjukvården genom att exempelvis hålla i kurser kring professionellt bemötande.

Vi jobbar med det och vi ska jobba med det ännu mer, att förbättra vården,  
förbättra bemötandet hos andra vårdgivare (3)

Resultaten har sammanfattningsvis belyst och visat hur DBT som terapi/behandling ser ut samt hur terapeuter och andra vårdgivare inom sjukvården ska bemöta patienter på ett professionellt sätt. Materialet av intervjuerna har bekräftat stora delar av det som presenterats i litteraturgenomgången, särskilt om DBT. Genom att vidare analysera det insamlade materialet och jämföra med tidigare forskning samt teoretiska utgångspunkter kan en ökad förståelse för ämnet ur andra perspektiv skapas.

## 7. Diskussion

### 7.1. Metoddiskussion

För att besvara denna studies syfte har en kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer använts. Då ämnet för studien valdes ansågs det vara mest lämpligt att använda sig av en kvalitativ metod, och att det blev just intervjuer föreföll naturligt. Kristensson (2014) skriver att kvalitativa metoder mestadels omfattar studier där urvalet är relativt litet och där information samlas in genom bland annat intervjuer eller observationer och resultaten presenteras genom exempelvis beskrivningar och tolkningar. Urvalet var en blandning av ett strategiskt urval samt snöbollsurval. En svårighet som jag möttes av under studiens gång var att hitta intervjudeltagare. Många psykiatriska mottagningar som kontaktades av mig valde att inte delta. Slutligen kom jag i kontakt med en DBT mottagning efter slumpmässiga sökningar, vilket resulterade i att de tackade ja till att delta i intervjuer. Efter att ha genomfört tre intervjuer på denna arbetsplats återkom samma svårighet, att hitta ytterligare deltagare för fler intervjuer. Här användes då ett snöbollsurval, då de som blivit intervjuade blev tillfrågade om rekommendationer av lämpliga mottagningar som jag kunde kontakta för förfrågan om intervjudeltagande. Slutligen kontaktades de rekommenderade mottagningarna, vilket resulterade i att tre anställda tackade ja till att delta i intervjuer. Ytterligare en svårighet som uppstod under metodens gång var analys av resultaten. Med tanke på att samtliga intervjuer bidrog till ett rikt resultat, som tidigare nämnts, var det en aning komplicerat att göra en avgränsning för vad som är av relevans för resultat och analys och dela upp allt i lämpliga kategorier och tabeller. För att underlätta detta gick jag tillväga genom att se över vilken information och vilka svar som återkom i de flesta intervjuerna. Detta antecknades och vidare delades det upp i olika kategorier och tabeller som återspeglar de centrala delarna av intervjuinnehållen.

Genom att samtala med intervjurespondenterna och på så vis få önskad information har fungerat som en god metod. Under samtliga intervjuers gång hade jag som intervjuare och intervjurespondenten en god kommunikation, och samtliga respondenter hade ett gott och hjälpsamt bemötande. Med hjälp av en god och öppen kommunikation har intervjufrågorna besvarats på ett bra och utförligt sätt, vilket i sin tur underlättat då resultat av frågorna sammanställts. Att ha genomfört intervjuer på två olika arbetsplatser med olika anställda anser jag även har påverkat resultatet positivt, då jag fick mer material och kunde se hur arbete med behandlingen framkommer ur olika vinklar. Nackdel däremot med intervjuer kan enligt Alvehus (2013) vara att det som nämns under intervjutillfällena och det som respektive respondent berättar kan baseras på omedvetna scheman för vad som bör nämnas och presenteras, då den som intervjuar och den som svarar känner behov av att framställa lämpliga intryck och bilder av sig själva för varandra. För att förhindra att detta eller liknande problem skulle uppstå försökte jag som intervjuare skapa en avslappnad och trygg atmosfär, genom att

själv exempelvis vara avslappnad som intervjuare, ha ett vänligt bemötande och inte skapa en känsla av press vid besvarande av frågorna.

En semistrukturerad intervju är den vanligaste formen av intervjuer, och innebär att den som intervjuar följer ett formulär som består av ett antal öppna och breda frågor. Fördelen med en semistrukturerad form är att respondenten har större möjlighet att ge mer breda och utförliga svar. Den som intervjuar har ett större ansvar, då denne måste vara mer aktiv i sitt lyssnande och i att ställa följdfrågor om det krävs (Alvehus, 2013). En semistrukturerad intervju har i detta fall bidragit till långa och utförliga svar, vilket resulterat i ett rikt resultat. Nackdelen med långa svar har varit att det tagit längre tid att sammanställa resultaten och krävts mer fokus för att sortera fram lämpliga resultat och reducera bort information som inte är av relevans för att besvara frågeställningarna. Under varje intervjutillfälle har samtalen spelats in för senare transkribering. Inspelning av intervjuer har både sina för- och nackdelar enligt Alvehus (2013). En nackdel är att inspelning kan upplevas störa den intervjuade och få denne att känna sig begränsad i hur öppet och utförligt de kan svara. Dock upplevdes inte detta under mina intervjuer, intervjuerespondenterna upplevdes som avslappnade och positiva över att besvara frågorna. En fördel med inspelning kan vara att det är en trygghet för både den som blir intervjuad och den som intervjuar då båda är medvetna om att det som sägs under intervjun kommer att uppfattas ord för ord (Alvehus, 2013). Innan varje påbörjad intervju blev respondenterna tillfrågade om det var i sin ordning att spela in intervjun, vilket samtliga respondenter gick med på. Ingen upplevdes vara tveksam eller känna sig obekväm över att bli inspelad. En annan möjlig orsak till varför respondenterna upplevdes som avslappnade trots inspelning kan vara på grund av att inom DBT behandling är det vanligt att använda sig av inspelningar som en del av metoden, vilket kan ha lett till att respondenterna inte uppfattar det som något nytt och främmande och därmed kände sig bekväma med det.

Vidare i arbetet och analysen användes en kvalitativ manifest innehållsanalys med en deduktiv ansats enligt Graneheim och Lundman (2004). En deduktiv ansats utgår från hypoteser som vidare prövas mot empiriskt material (Alvehus, 2013). Kristensson (2014) skriver att en deduktiv ansats dessutom innebär att gå från en helhet till delar, det vill säga att gå från en teori eller antagande och vidare testa de på olika sätt genom att samla in fakta. Denna ansats har varit passande för studien då litteraturgenomgången presenterat bland annat hur en dialektisk beteendeterapi behandling ser ut samt hur ett professionellt bemötande av patienter med självskadebeteende bör vara. Vidare har liknande resultat framkommit i intervjuerna, vilket resulterat i att DBT terapeuternas beskrivning och litteraturens beskrivning stämt med varandra till största del. Därmed har syftet med studien uppnåtts. Två begrepp som Alvehus (2013) poängterar återkommer vid kvalitativa studier är reliabilitet och validitet. Reliabilitet avser om forskningsresultat är möjliga att upprepa. Det vill säga om samma undersökning hade genomförts, hade samma resultat framkommit då? Syftet är att andra forskare ska kunna göra om undersökningen och komma fram till samma resultat, då har studien en hög reliabilitet. Validitet däremot avser om studien undersöker och mäter det den vill undersöka och mäta. Validiteten av denna studie anses vara relativt hög, då den har undersökt det som strävats efter att undersöka. Reliabiliteten däremot anses inte vara hög då resultaten i denna studie jämförs med litteraturgenomgången. Om syftet med studien hade varit att endast undersöka hur DBT som arbetsmetod ser ut hade chanserna varit större att reliabiliteten varit hög. Då litteraturgenomgången skrivits baserat på sökning av information är det svårt att göra om sökningen på samma sätt och komma fram till samma resultat.

## 7.2. Resultatdiskussion

Resultatet av det insamlade materialet av intervjuerna har överlag bekräftat stora delar av det som presenterats i litteraturgenomgången. Syftet med studien anses ha åstadkommit, då resultaten av terapeuternas beskrivning av dialektisk beteendeterapi och professionellt bemötande stämmer med beskrivningen i litteraturen. Vidare kommer det insamlade materialet att analyseras i relation till tidigare forskning samt teoretiska utgångspunkter.

### 7.2.1. Resultat i relation till tidigare forskning

Inledningsvis visar resultaten hur DBT som arbetsmetod framkommer. Terapeuterna har lyft fram att hela behandlingen grundar sig på att lära patienterna att hantera sina starka känslor på. O'Connell och Dowling (2014) betonar att DBT syftar efter att uppnå en förändring i beteendet hos patienten och lära sig att hantera känslor och beteende. Samtliga terapeuter betonade att deras bemötande var av stor vikt för att lyckas skapa en positiv relation med patienterna, vilket i sin tur kunde leda till en positiv förändring. Ett gott bemötande av patienter är ett viktigt inslag inom hela hälso- och sjukvården. Pellmer et.al (2012) skriver att hälso- och sjukvården spelar en stor roll för befolkningens hälsoutveckling. Därför är det viktigt med korrekta kunskaper av terapeuterna och vårdgivare för att kunna bedriva det arbete och ge den vård som krävs för att uppnå bästa möjliga hälsa. På så vis kan även hälso- och sjukvården förbättra sitt hälsofrämjande arbete, vilket på lång sikt kan leda till mer hälsosamma levnadsvanor bland befolkningen. Bemötandet kan dessutom kopplas till hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), som säger att vården ska ges med respekt och bör främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Genom att terapeuterna och vårdgivarna med rätt kunskaper och kompetens om bemötande och hur samtal inom hälso- och sjukvården med patienterna bör ske på ett professionellt och respektfullt sätt arbetas det alltså även enligt lagen, vilket i sin tur också kan leda till att målområdet uppnås, då det knyter an till lagen (Folkhälsomyndigheten, 2016). Under orienteringsfasen beskrevs det dessutom vara av största vikt att framföra och poängtera för patienten om samtycke, självbestämmande och att behandlingen är frivillig och sker på patientens villkor. Detta kan också kopplas till hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), som markerar vikten av patientens självbestämmande.

DBT som behandling/terapi har presenterats utifrån det insamlade empiriska materialet. Om vi dock ska granska behandlingen ur ett kritiskt förhållningssätt finns det några punkter att se över. Scheel (2000) skriver i sin artikel om kritiken inför DBT som terapi och beskriver att det krävs mer forskning baserat på empiriskt material. Det krävs dessutom mer forskning av behandlingen under längre tidsintervall. Hon poängterar även att en annan möjlig anledning till att behandlingen framstår som positiv och effektiv kan vara på grund av att forskning kring DBT blivit beforskat och presenterat av just DBT terapeuter, vilket kan resultera i att behandlingen framhävs som positiv. Det nämns att studier har presenterat att DBT långsiktigt har visat sig ge goda resultat med bland annat minskade självmordsförsök bland patienterna. Dock har kortsiktiga resultat inte visat några positiva effekter. Trots att DBT förknippas med ett minskat självmordsbeteende behöver det alltså inte betyda att terapin är förknippad med minskat antal självmord. Sammanfattningsvis skriver författaren att ytterligare forskning är nödvändig innan det kan fastslås att DBT är effektiv för patienter med borderline personlighetsstörning. Även studier enligt Bendit (2014) har visat på tveksamheter kring hur effektiv DBT egentligen är, då hans forskning inte visat på några större skillnader kring minskat antal självmordsförsök och självska debeteende. Det empiriska materialet som är insamlat av mig i denna studie är inte beforskat, utan baseras endast på material som består av intervjuer med terapeuter som arbetar med DBT. Det behöver bedrivas mer forskning för att kunna dra slutsatser baserade på beforskat empiriskt material och kunna fastslå att terapin är så effektiv som den har presenterats vara. Som Scheel (2000) har skrivit, är det även nödvändigt med

forskning av behandlingen under längre perioder för att kunna dra långsiktiga resultat. Det insamlade materialet för denna studie har pågått under endast en kortare period, vilket leder till att behandlingens positiva effekter inte kan bekräftas. Slutsatsen som alltså kan dras enligt författarna samt denna studie är att ytterligare forskning samt mer underlag och studier om DBT är nödvändigt för att kunna dra starkare och mer tillförlitliga slutsatser.

De starka och svåra känslorna som patienterna beskrevs uppleva och som i sin tur utlöste självskada, som terapeuterna betonade, kan bero på olika faktorer. Enligt Madge, Hewitt, Hawton, Wilde, Corcoran, Fekete, Heeringen, Leo och Ystgaard (2008) används självskada som bland annat ett sätt för att uppleva lättnad eller befrielse från ett hemskt sinnestillstånd eller för att straffa sig själv. Genom att terapeuterna arbetade med att försöka förstå förloppet till självskada hos patienten kunde det farliga beteendet förbättras med tiden. En tanke av mig är att genom att finna de bakomliggande faktorer som kan öka risken för ett självskadebeteende, och öka kunskaper och medvetenhet kring detta, kan det resultera i minskning av självskadebeteende och dess hälso-relaterade konsekvenser. Detta kan förhoppningsvis i sin tur leda till en bättre hälsa hos de unga samt minskat antal självmord orsakade av beteendet. Kedjeanalysen i behandlingen kan även kopplas till detta, där terapeuten tillsammans med patienten arbetar med att finna de utlösande orsakerna till beteendet och förhindrar att det uppstår. Som Folkhälsomyndigheten (2016) nämnde i tidigare stycke, har hälsans bestämningsfaktorer en stark inverkan på hälsan. Genom att först undersöka och vidare arbeta med de påverkbara bestämningsfaktorerna kan individernas psykiska samt fysiska hälsa främjas och förbättras. Genom att bryta de farliga och ohälsosamma vanorna, i detta fall självskada, kan det långsiktigt leda till en förbättrad folkhälsa. Pellmer et. al (2012) menar att befolkningens vanor har en stor betydelse för hur folkhälsan utvecklas och att hälsorelaterade levnadsvanor har ett samband med individens levnadsvillkor. Därför är det av stark betydelse att identifiera de påverkbara faktorerna och arbeta för att minska deras negativa inverkan på hälsa och på så vis uppnå ett förbättrat hälsotillstånd hos den enskilde individen och hela befolkningen. Författaren förklarar att skyddsfaktorer är faktorer som har en positiv inverkan på hälsa (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012). Ytterligare en tanke och ett förslag av mig är att terapeuterna även identifierar vilka skyddsfaktorer som förekommer hos patienterna, och arbetar med dem och deras positiva effekter på hälsan. Ett annat exempel är bemötandet av patienterna. Genom att sprida information och ökade kunskaper om hur individer med ett självskadebeteende ska bemötas, kan det i sin tur förhoppningsvis leda till minskning av det farliga beteendet och dess negativa hälsorelaterade effekter. Långsiktigt kan det dessutom leda till positiva förändringar av de ungas psykiska hälsa.

Pellmer, et. al (2012) har förklarat att målområdet hälsofrämjande hälso- och sjukvård bland annat innebär att behandla, bota och förebygga skada och sjukdom samt främja hälsa. Därför är det viktigt att sprida information och kunskaper, för att både förebygga att självskadebeteende uppstår och behandla genom att bemöta individer med självskadebeteende på rätt sätt. Under den andra fasen i resultatet framkom det av terapeuterna att det är viktigt att fler människor bör få en ökad kunskap om självdestruktivt beteende och hur det bör hanteras. På så sätt ökar chanserna för att det destruktiva beteendet minskar. Uchino (2006) betonar i sin studie att socialt stöd och stöttande relationer har en positiv effekt på hälsan och beskrivs vara hälsofrämjande. Goda relationer där individerna stöttar varandra kan påverka både den psykiska och fysiska hälsan positivt då det exempelvis kan minska stressrelaterade besvär samt förbättra immunsystemet. Även Needham och Austin (2010) förklarar i sin studie att föräldrars stöd, speciellt för unga individer, är av väldigt stark betydelse då stödet är associerat med bättre psykiskt välmående. Ewles och Simnett (2012) har dessutom förklarat att familj och vänner också tillhör faktorer som har en inverkan på hälsan. I resultatet framkom det att en viktig del under hela behandlingen är patientens familj och anhöriga. Deras stöd kan vara av stor betydelse



för positiv förändring av beteendet. Familj och anhöriga kunde dessutom gå i anhörigutbildning eller familjesamtal, för ökad kunskap om beteendet och korrekt hantering och bemötande. De betonade att omgivningen bör få en ökad förståelse för problematiken. Fortune, Sinclair och Hawton (2008) skriver i sin studie att det är viktigt med samhällsbaserade preventiva strategier för att uppnå denna ökade kunskap och därmed förhindra att beteendet och dess farliga hälsorelaterade konsekvenser uppstår. Långsiktigt kan det även bidra till minskning av den psykiska ohälsan och självskadebeteende bland unga individer, som i detta fall. Deras studie undersöker unga individers synpunkter på deras rekommendationer av preventivt arbete för att förhindra självskadebeteende i tid. Även här nämns familjens stöd som exempel på preventiv faktor. Ytterligare exempel är vänskap och goda relationer, skola som arena kan påverka och förhindra, media samt öka kunskaper för de unga om var och till vem de kan vända sig när de mår dåligt eller skadar sig. Pellmer et.al (2012) skriver också att skolan är en viktig arena för folkhälsoarbete, då den präglar en stor del av ungdomars liv och vardag. Genom att bedriva preventiva och hälsofrämjande åtgärder inom denna arena, som i detta fall prevention och minskning av självskadebeteende, kan goda resultat uppnås.

Enligt Ewles och Simnett (2012), som tidigare nämnts, är hälsofrämjande arbete av stor vikt. Med hjälp av hälsofrämjande insatser kan befolkningens hälsa förbättras, och därmed målområdet som omfattar hälso- och sjukvården uppnås. Detta målområde omfattar även både sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser. Pellmer et. al (2012) skriver att hälso- och sjukvårdens största hälsoinsatser är att hjälpa människor att behålla eller återfå sin livskvalitet eller funktionsförmåga genom att exempelvis uppmuntra och hjälpa till ett aktivt liv igen. Grunden för alla åtgärder för sjukdomsförebyggande metoder inom hälso- och sjukvården är samtal eller rådgivning (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012). Resultatet av denna studie har visat att DBT är en terapi där självskadebeteendet ska minska med hjälp av bland annat samtal med terapeuter. Med hjälp av samtal mellan terapeut och patient bör de gemensamt arbeta för minska det självdestruktiva beteendet. Viner och Macfarlane (2005) har även nämnt att hälsopromotion, hälsofrämjande åtgärder, bör fokusera på unga. Med detta sagt kan det konstateras att hälsofrämjande åtgärder inom hälso- och sjukvården, speciellt för unga, är av betydelse för en bättre folkhälsa och för att uppnå hälsovinster. Som tidigare nämnts, enligt Idenfors et. al (2015), behöver fler unga män med psykiska besvär lyftas fram, då de i en mindre grad söker vård för psykisk ohälsa. Ett förslag av mig är att hälsofrämjande åtgärder även sätter denna målgrupp i fokus. På så sätt kan dessutom könsskillnaderna i hälsa, som Pellmer et. al (2012) nämnt, jämnas ut och förebyggas i tid.

I resultatet framkom det att under den sista fasen, fas 4, var målet för patienten att skapa ett meningsfullt liv värt att leva. Enligt White (2009) är upplevelse av meningsfullhet en nödvändig faktor hos människan för ett välmående och har ett samband med glädje och depression. Ett meningsfullt liv kan uppfattas olika av olika människor, författaren betonar att det är viktigt att människan finner det som uppfattas som meningsfullt just för den. Detta kan i sin tur leda till ett ökat välmående och förbättrad hälsa. Som tidigare forskning har visat, enligt Ewles och Simnett (2012), består den psykiska hälsan av emotionell hälsa och tankar. Därför är det av stor vikt att terapeuterna arbetar med att hjälpa patienten att finna det som upplevs som glädjefyllt och meningsfullt, för ett ökat välmående.

### *7.2.2. Resultat i relation till teoretiska utgångspunkter*

En teoretisk utgångspunkt för denna studie har varit den biosociala teorin. Som tidigare nämnts grundar sig denna teori bland annat i att individer med borderline personlighetsstörning använder självskada som ett sätt att hantera starka känslor på (Kåver och Nilsson, 2002). Om vi ser på resultatet av hur behandlingen ser ut framkommer det att hela behandlingen grundar sig i hantering av känslor. Det framkom även att under de första faserna fokuseras det mest på

att finna orsakerna till självskadebeteende och arbeta med att minska och förhindra beteendet. Detta görs bland annat med hjälp av kedjeanalyser och färdighetsträning. Kedjeanalysen var exempelvis en central del av behandlingen, för att hitta andra sätt att hantera de starka känslorna som uppstår hos individen. Teorin har ett starkt inslag av känslor och hur dessa ska hanteras, vilket är passande då behandlingen har detta som en grund (Kåver & Nilsonne, 2002).

En annan viktig punkt som teorin omfattar är att individens relationer med andra människor. För att en relation ska lyckas vara god krävs det att både individen lär sig att fungera i ett samspel med andra personer, samt att personer i individens omgivning ska ha en förståelse för individen med det självdestruktiva beteendet (Kåver & Nilsonne, 2002). Tay, Tan, Diener och Gonzalez (2012) skriver att sociala relationer kan ha antingen ett positivt eller negativt samband med hälsan och hälsorelaterade beteenden. Om en individ har osunda relationer där exempelvis vänner och anhöriga har ohälsosamma vanor, som till exempel rökning eller till och med självskadebeteende, kan det i sin tur påverka individen och dennes hälsovanor negativt. Om en individ däremot har sunda relationer, där vänner och anhöriga har hälsosamma vanor, kan det påverka individen och hälsan positivt. Därför är det av så pass stark vikt att patienten med självskadebeteende har goda relationer med personer som stöttar och har en positiv inverkan. Folkhälsomyndigheten (2016) nämner att sociala nätverk och relationer är faktorer som har en inverkan på hälsan, och för att lyckas skapa förutsättningar för en god hälsa för befolkningen är det viktigt att även se över dessa faktorer. Ytterligare en viktig punkt i den biosociala teorin, som både framkommit i resultatet och som Kåver och Nilsonne (2002) nämner är begreppet validering. Validering är ett begrepp som ständigt återkommer och beskrivs ha en central roll. Teorin tar även upp begreppet invalidering, vilket är motsatsen till validering. Starka inslag av validering kan vi även finna i resultatet, där vikten av begreppet har beskrivits (Kåver & Nilsonne, 2002). Validering som framkom i resultatet visade att terapeuterna bland annat skulle visa förståelse och medmänsklighet för patienten. Detta kan kopplas till Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), vilket berör att hälso- och sjukvården ska ges med respekt för alla människors lika värde. Genom att visa förståelse och respekt kan goda effekter uppnås hos patienterna. Genom att arbeta enligt denna lag och sträva efter att uppnå målområdet, ökar det även chanserna för att hälso- och sjukvården förbättras, vilket i sin tur kan leda till att folksjukdomen psykisk ohälsa minskar (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012).

Den andra teorin som presenterades var den sociala inlärningsteorin. Denna teori används ofta då det strävas efter att förklara människors beteenden och hur de kan förändras med hjälp av den påverkan som miljön har (Parrish, 2012). Även den biosociala teorin hävdar att ett självdestruktivt beteende uppkommer av bland annat en påverkan av miljön (Kåver & Nilsonne, 2002). Ruckmani och Balachandra (2015) beskriver också att familjemiljön är var barnet lär sig hur och när den ska uttrycka sina känslor och hantera konflikter. Familjen och hemmiljön är alltså de och det som påverkar hur barnet lär sig detta i tidig ålder. Författarna påpekar även att psykiska problem och hälsobesvär har en relation med miljön, speciellt hemmiljön och familjemiljön. Ungdomar med svårare psykiska hälsobesvär hade beskrivit att de upplevt sina familjer som mindre känslomässigt engagerade. Det är därför det är oerhört viktigt att ett barn växer upp i en god och trygg hem- och familjemiljö och för att minska risken för att psykiska hälsobesvär uppstår, även i senare ålder. Enligt Pellmer et. al (2012) krävs det av människan för att den ska lyckas uppnå en god känsla, att den ska kunna klara sig i bland annat sin fysiska och sociala miljö. Ewles och Simnett (2012) skriver att goda miljöer och bostadsförhållanden är nödvändiga för en god hälsa. Därför är det av stor vikt att miljön som individen vistas i upplevs som god och trygg.

Om vi jämför den sociala inlärningsteorin med resultatet av DBT behandlingen kan vi se att behandlingen omfattar delar med inslag av miljöpåverkan. Ett exempel är omgivningen som patienten vistas i samt anhöriga i omgivningen. För att förklara varför ett beteende uppstår, i

detta fall självskadebeteende, framkommer det i resultatet att bland annat kedjeanalyser tillämpas. Där är syftet att hitta situationer och orsaker som utlöser självskadandet. Efter att ha hittat de bakomliggande orsakerna till beteendet kan det arbetas vidare för att minska och förhindra att beteendet uppstår igen om exempelvis patienten hamnar i en situation som utlöser självskadande. Begreppet självförtroende, som enligt Parrish (2012) presenteras i teorin, går att koppla till resultatet då det visat att patienterna kan förklaras ha en låg självförtroende. Detta innebär att de bland annat har svårt för att hantera frustration vid nya utmaningar i livet. I resultatet framkommer det att patienterna har svårigheter med att hantera frustration och arbetar med att öka självrespekten, vilket kan liknas vid självförtroende. Behandlingen omfattade även att uppnå mål i livet, vilket också kan liknas vid nya utmaningar i livet. Genom att arbeta med att öka självförtroendet och självrespekten kan chanserna för klara av utmaningar och lyckas uppnå mål i livet öka (Parrish, 2012).

### 7.3. Konklusion

Som tidigare nämnts har det presenterade resultatet överlag bekräftat det som diskuterats inom tidigare forskning. Det krävs dock mer forskning om DBT som behandlingsmetod och dess resultat för att kunna fastställa och bekräfta hur effektiv och positiv behandlingen verkligen är (Scheel, 2000). Tidigare studier har visat att självskadebeteende tycks ha ökat under de senare åren. Dock krävs det även fler studier här för att kunna bekräfta detta påstående. Genom att arbeta med behandling av självskadebeteende kan individers hälsa förbättras, vilket i sin tur även kan leda till minskning av antalet självmord och psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2014). Enligt tidigare forskning och resultatet av denna studie kan det konstateras att vårdgivare och terapeuters bemötande av patienter är av oerhört stor betydelse för en positiv förändring hos patienten. Ett gott, respektfullt och icke-dömande bemötande och en god kommunikation kan leda till positiva resultat. Detta gäller även samtliga patienter och vårdgivare inom sjukvården. Tidigare forskning och samtliga terapeuter har uttryckt att mer kunskap är nödvändigt för ett professionellt bemötande och att ett professionellt bemötande omfattar bland annat en respektfull, icke-dömande samt positiv attityd. Förändrade attityder bland vårdgivare inom sjukvården kan alltså bidra till en gynnsam förändring, en förbättrad hälsa bland patienter inom hälso- och sjukvården samt en förbättrad hälso- och sjukvård (Nationella självskadeprojektet, 2014).

Denna studie och resultat som framkommit och presenterats kan tänkas ha en positiv effekt för framtida forskning och folkhälsovetenskapligt arbete. En rekommendation är att genom att ha presenterat studien och det empiriska materialet den grundar sig på, är det möjligt att fler arbetsplatser inom hälso- och sjukvården blir medvetna om bland annat hur pass betydelsefullt det är med ett gott bemötande och vilka positiva effekter det kan medföra. Fler hälsofrämjande åtgärder och hälsopromotivt arbete kan dessutom leda till fina resultat bland patienter och inom hälso- och sjukvården. En ökad kunskap om DBT som behandling av självskadebeteende kan dessutom bidra till positiva förändringar. Ju mer kunskap och medvetenhet om hur behandling av beteendet framkommer och orsakerna till självskadebeteendet, desto mer förståelse får individer för beteendet. Långsiktigt kan detta även bidra till en minskning av den psykiska ohälsa som framkommer bland unga individer idag, samt minskat antal självmord som följd av självskadebeteende. Detta kan vara ett steg närmare att uppnå Folkhälsomyndighetens (2016) nationella mål, att skapa förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för alla individer i befolkningen.

# Referenslista

Ahrne, G., Svensson, P. (red.) (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Författarna och Liber AB.

Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: en handbok*. Första upplagan. Stockholm: Liber AB.

Bendit, N. (2014). Reputation and science: examining the effectiveness of DBT in the treatment of borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry*, volume 22(2), 144-148. doi: 10.1177/1039856213510959.

Butler, J. (2012). Self-harm. *Psychiatric aspects of general medicine*, volume 40(12), 650-653. doi:10.1016/j.mpmed.2012.09.011.

Doyle, L., Treacy, M.P., & Sheridan, A. (2015). Self-harm in young people: Prevalence, associated factors, and help-seeking in school-going adolescents. *International Journal of Mental Health Nursing*, volume 24(6), 485-494. doi: 10.1111/inm.12144.

Ejlertsson, G. (Red) & Andersson, I. (Red). (2011). *Folkhälsa som tvärvetenskap- möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur

Ewles, L & Simnett, I. (2012). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur

Folkhälsomyndigheten. (2014). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten. (2015). *Folkhälsans utveckling- elva målområden*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten. (2015). *6. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Suicidprevention- att förhindra självmord*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2016*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Adolescents' views on preventing self-harm. A large community study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, volume 43(2), 96-104. doi: 10.1007/s00127-007-0273-1.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, volume 24(2): 105-112.

Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion I arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur

Hawton, K., Saunders, K, E A., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet (British edition)*, volume 379(9834), 2373-2382. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5.

Idenfors, H., Kullgren, G., & Renberg Salander, E. (2015). Professional Care as an Option Prior to Self-Harm. A Qualitative Study Exploring Young People's Experiences. *Crisis: the*

- journal of crisis intervention and suicide prevention*, volume 36(3), 179-186. doi: 10.1027/0227-5910/a000310.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Författaren och bokförlaget Natur & kultur.
- Kåver, A., & Nilsonne, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning. Teori, strategi och teknik*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Lundh, L.G. (2013). *Behandlingseffekter på självskadebeteende: vad visar forskningen*. Lund: Institutionen för psykologi, Lunds 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. *The Journal of child psychology and psychiatry*, volume 49(6), 667-677. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x.
- McDougall, T., Armstrong, M., & Trainor, G. (2012). Self-harm by children and young people: care and compassion. *British Journal of Mental Health Nursing*, volume 1(3), 149-155
- Nationella självskadeprojektet. (2014). *Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende. Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin*. Stockholm: Nationella Självskadeprojektet
- Needham, B.L., & Austin, E.L. (2010). Sexual Orientation, Parential Support, and Health during the Transition to Young Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, volume 39(10), 1189-1198. doi:10.1007/s10964-010-9533-6
- Nilsonne, Å. (2000). *Dialektisk beteendeterapi. Färdighetsmanual*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
- O'Connell, B., & Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, volume 21(6), 518-525. doi: 10.1111/jpm.12116
- Ougrin, D., Tranah, T., Leigh, E., Taylor, L., & Rosenbaum Asarnow, J. (2012). Practitioner Review: Self-harm in adolescents. *The Journal of child psychology and psychiatry*, volume 53(4), 337-350. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02525.x>
- Parrish, M. (2012). *Mänskligt beteende: Perspektiv inom socialt arbete*. Malmö: Författaren och Liber AB
- Pellmer, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB
- Ruckmani, V. Smitha., & Balanchandra, A. (2015). A study on Emotional Intelligence, Family Environment, Mental Health Problems & Pro-Social Behaviour. *Journal of Psychosocial Research*, volume 10(2), 305-317.
- Salzmann- Eriksson, M., Persson, N.J., & Fallqvist, C. (2014). De ropar efter hjälp, vi är vanmäktiga: att vårda patienter med självskadebeteende i rättspsykiatrisk vård. *Vård i Norden*, Volym. 34(3), 48-52

Scheel, R. K. (2000). The empirical basis of Dialectical behavior therapy: Summary, critique and implications. *American psychological association. Clinical Psychology: Science and practice*, volume 7(1), 68- 86. doi: 10.1093/clipsy.7.1.68

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet

Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W., & Trestman, R. (2011). Impact of a Dialectic Behavior Therapy- Corrections Modified (DBT-CM) Upon Behaviorally Challenged Incarcerated Male Adolescents. *Journal of Child and Adolescents Psychiatric Nursing*, volume 24(2), 105-113

Silverman, D. (2013). *Doing Qualitative Research*. London: SAGE Publications

Socialstyrelsen. (2013). *DBT vid borderlineproblematik*. Socialstyrelsen: Stockholm

Socialstyrelsen. (2004). *Vad vet vi om flickor som skär sig?* Socialstyrelsen: Stockholm

Sohlberg, P., & Sohlberg, B.M. (2013). *Kunskapens former- vetenskapsteori och forskningsmetod*. Stockholm: Liber

Tay, L., Tan, K., Diener, E., & Gonzalez, E. (2012). Social Relations, Health Behaviors, and Health Outcomes: A Survey and Synthesis. *Applied Psychology: Health and Well- Being*, volume 5(1), 28-78. doi: 10.1111/aphw.12000

Uchino, Bert N. (2006). Social Support and Health: A review of Psychological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, volume 29(4), 377-387. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>

Verhaeghe, N., De Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C., & Annemans, L. (2013). Health Promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, volume 22(11-12), 1569- 1578. doi: 10.1111/jocn.12076

Viner, R., & Macfarlane, A. (2005). Abc of adolescence: Health Promotion. *BMJ: British Medical Journal*, volume 330(7490), 527-529.

White, J. (2009). Education and a meaningful life. *Oxford Review of Education*, volume 35(4), 423-435. doi: 10.1080/03054980902830134

Zervas, N. (2014). Demystifying DBT with adolescents. *The Brown University child and adolescent behavior letter*, volume 30(12), 1-6. Doi: 10.1002/cbl.30001

Åkerman, S. (2009). *För att överleva- en bok om självska debeteende*. Falkenberg: Natur & Kultur



# Bilaga 1

Malmö 21 januari 2016

## **Informationsbrev till dig som inbjuds att delta i intervju angående vårdpersonals arbete med självskadebeteende**

Hej!

Mitt namn är Diana och jag är student på Folkhälsopedagogiska programmet vid Högskolan i Kristianstad där jag nu skriver ett examensarbete på kandidatnivå. Inför denna studie har jag valt att rikta in mig på arbete och arbetsmetoder med patienter med självskadande beteenden. Syftet med min studie är att undersöka hur vårdpersonal på psykiatriska mottagningar arbetar med att behandla det psykiska ohälsotillståndet självskadebeteende bland unga i åldern 18- 24 år och deras upplevelser kring detta. Nu behöver jag er hjälp!

Tanken med denna undersökning är att genom intervjuer som ska utföras av mig tillsammans med anställd personal ska mina frågor om detta ämne besvaras. Intervjun kommer att spelas in med ljudinspelare och beräknas att ta cirka 45 minuter. Att delta i undersökningen är naturligtvis frivilligt och man kan välja att avbryta sitt deltagande när som helst under intervjuprocessens gång. Allt insamlat material kommer endast att användas för undersökningens ändamål, och när denna studie är examinerad kommer all datainsamling att förstöras. Jag vill även bekräfta att varje intervjudeltagare kommer att hållas konfidentiell och ingen kommer att kunna identifieras av utomstående. Ni får självklart ta del av examensarbetet när det är färdigexaminerat. Jag ser fram emot att få den lärorika möjligheten att få intervjua och tala med er om ert arbete. Jag hoppas på er medverkan.

Om ni har några frågor eller funderingar så är ni mer än gärna välkomna att kontakta mig! Ni kan nå mig via mejl eller telefonnummer som står längst ner i vänster hörn.

Med vänliga hälsningar,  
Diana Slavkovic

Telefonnummer:

Mail:

# Bilaga 2

## Samtyckesblankett

<b>Projektets titel:</b> Vårdpersonal och deras arbete med unga patienter med ett självskadebeteende	<b>Datum:</b> 2016-
<b>Namn:</b> Diana Slavkovic <b>Mejladress:</b> <b>Handledarens namn:</b> Oscar Andersson	<b>Studerar vid Högskolan Kristianstad</b>  <b>Utbildning:</b> Folkhälsopedagogiska programmet
<p>Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information.</p> <p>Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.</p>	
<p>Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:</p> <p><b>Datum:</b> .....</p> <p><b>Deltagarens underskrift:</b> .....</p>	



# Bilaga 3

## Intervjuguide

### *Allmänt om arbetet*

- Vilken yrkeskategori har ni?
- Hur länge har ni arbetat inom detta yrke?

### *Arbetsmetoder och upplevelser*

- Vad är det första ni gör när en självdestruktiv patient med vävnadsskador i form av självsår blir inskriven på er mottagning?  
Hur går ni tillväga här och hur arbetar ni med personen?
- Vilket är nästa steg? Beskriv stegvis hur ert arbete och era behandlingar ser ut, från början fram tills att patienten blir utskriven från mottagningen.  
Berätta om hur detta ser ut.
- Arbetar ni med några förebyggande metoder för denna typ av självskadebeteende?
- Hur ska ni bemöta patienterna? Berätta
- Hur samtalar ni med era patienter, på vilket sätt? Hur ser dessa samtal och er kommunikation ut?  
Vad är viktigt att tänka på här?
- Hur upplever du dina relationer med patienterna? Är det svårt att skapa en god relation och ett bra samspel?
- Finns det något som du själv önskar att ändra på eller förbättra kring era arbetsmetoder med självskadebeteende?

### *Uppföljning*

- Vad händer med patienten efter utskrivning?  
Följs de upp av er?
- Förekommer det något förebyggande arbetet här med patienten för att undvika att den inte hamnar i ett självdestruktivt beteende igen?
- Finns det något som du själv önskar att ändra på eller förbättra gällande patientens uppföljning?

### Öppna följdfrågor som kan ställas under intervjuens gång:

Vill du beskriva detta lite mer utförligt?

Vad är viktigt att tänka på här?