HÖGSKOLAN SKÖVDE
Institutionen för vård och natur

EXAMENSARBETE

Ökad förståelse för unga kvinnor med självskadebeteende

- En kvalitativ studie baserad på självbiografier

Increased understanding of young women with self-harm behaviour

- A qualitative study of autobiographies

Examensarbete inom ämnet omvårdnad
C-Nivå 15 Högskolepoäng
Vårtermin 2009

Carina Lindgren
Annika Tshibanda

Handledare: Marie Wilhsson
Examinator: Kerstin Ternulf Nyhlin

SAMMANFATTNING

Titel:	Ökad förståelse för unga kvinnor med självskadebeteende - En kvalitativ studie baserad på självbiografier
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng
Författare:	Lindgren, Carina; Tshibanda, Annika
Handledare:	Wilhsson, Marie
Sidor:	19
Månad och år:	Juni, 2009
Nyckelord:	bemötande, självbild, självskadebeteende, unga kvinnor

---

Den psykiska ohälsan bland unga kvinnor ökar i samhället idag. Självskadebeteendet kan vara ett sätt för dem att lindra sin ångest. Tidigare forskning visar att sjuksköterskor upplever en vanmakt och osäkerhet inför denna patientgrupp. Syftet med denna studie är att, genom kvalitativ analys av fyra självbiografier, beskriva unga kvinnors upplevelser av självskadebeteende. Resultatet bygger på fyra huvudkategorier med vardera två subkategorier som illustreras och förtydligas med citat från författarna. Huvudkategorierna speglar fyra områden som har stor betydelse för utvecklingen av självskadebeteendet. Resultatet beskriver författarnas gemensamma erfarenheter av självförakt och utanförskap, samt deras olika uppväxtförhållanden och personligheter. Diskussionen betonar att vårdpersonalen bör närma sig lidandet bakom självskadebeteendet med förståelse och respekt, vilket kräver kunskap om patienter som skadar sig själva.

ABSTRACT

Title:	Increased understanding of young women with self-harm behaviour - A qualitative study of autobiographies
Department:	School of Life Sciences, University of Skövde
Course:	Thesis in Nursing Care, 15 ECTS
Author:	Lindgren, Carina; Tshibanda, Annika
Supervisor:	Wilhsson, Marie
Pages:	19
Month and year:	June, 2009
Keywords:	responding, self-image, self-harm behaviour, young women

---

The mental unhealthiness amongst young women is increasing in society today. Self-harm behaviour can be a way for them to alleviate their anxiety. Previous research shows that nurses perceive powerlessness and uncertainty for this population. The purpose of this study is to describe the experiences of self-harm behaviour in young women through qualitative analysis of four autobiographies. The result is based on four major categories, each with two subcategories, illustrated and clarified with quotations from the authors. The major categories reflect four areas of key importance to the development of self-harm behaviour. The result describes the authors' common experience of self contempt and alienation, and their different growing conditions and personalities. The discussion emphasizes that health care providers should approach the suffering behind self-harm behaviour with understanding and respect, which requires knowledge of patients harming themselves.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1

BAKGRUND 1

Självskadebeteendets orsaker 2

Ur individens perspektiv 2

Ur sjuksköterskans perspektiv 3

Negativa attityder 3

Kunskap och stöd 4

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv 4

PROBLEMFORMULERING 5

SYFTE 5

Frågeställningar 5

METOD 5

Ansats 5

Urval 6

Datainsamling 6

Dataanalys 7

Etiska aspekter 8

RESULTAT 9

Destruktivt beteende 9

Skärande 9

Missbruk 10

Uppväxt 11

Socialt kontaktnät 11

Kränkningar 12

Självbild 13

Självförakt 13
Utanförskap 13
Mellanmänskliga möten 14
Stödjande kontakter 14
Vårdrelationer 15
DISKUSSION 16
Metoddiskussion 16
Resultatdiskussion 17
Konklusion 19
REFERENSER .....

”*Jag kommer inte ihåg första gången jag skar mig trots att rakhyveln blev min bästa och värsta vän. När jag skar mig rann smärtan i själen ur mig tillsammans med blodet. När jag skadade mig själv fysiskt för att fly min trasiga själ kände jag mig lugn på ett skrämmande och likgiltigt sätt.”* (Välitalo, 2008, s. 7).

INLEDNING

Trenden i samhället visar att allt fler unga kvinnor upplever psykiskt illabefinnande. Ångesten ökar och känslan av sammanhang och delaktighet minskar (Socialstyrelsen, 2004). I vår profession som sjuksköterska kommer vi sannolikt att möta unga kvinnor med självskadebeteende. Syftet med denna uppsats är att beskriva unga kvinnors upplevelser av självskadebeteende, genom att analysera självbiografier som beskriver författarnas subjektiva livsvärldar och erfarenheter. Benämningen *författare* används endast när författarna till självbiografierna avses.

BAKGRUND

I denna uppsats används Favazzas definition av ordet självskadebeteende: ”avsiktlig förstörelse eller förändring av den egna kroppsvävnaden utan medveten självmordsavsikt” (Favazza, 1996, s. 225). I vissa artiklar beskrivs självskadebeteende utifrån det engelska ordet deliberate self-harm (DSH). Enligt Lundh, Karim och Quilisch (2007) innefattar DSH att skära sig, bränna sig och att slå sig själv. Destruktiva handlingar som att svälta sig själv, alkohol- eller narkotikamissbruk går i allmänhet inte under definitionen DSH (a a).

Samhällsdebatten har under senare tid uppmärksammat den ökande självskadeproblematiken bland unga kvinnor. Det vanligaste självdestruktiva beteendet är att skära sig (Webb, 2002; Socialstyrelsen, 2004; Lundh et al., 2007). Omfattningen av självskadebeteendet är större än vad som framgår i statistiken. Det är förhållandevis få som skadar sig så allvarligt att de söker vård för sina skärskador, vilket medför ökad sannolikhet för ett stort mörkertal. En del av dem som skadar sig själva visar problemen och därmed sina skärsår tydligt, medan andra försöker dölja sitt beteende (Socialstyrelsen, 2004). En undersökning bland 15-åriga svenska ungdomar visar att knappt 70 procent avsiktligt skadat sig själv på något sätt minst en gång och 14 procent många gånger (Lundh et al., 2007). Självmordstankar är vanligt hos samtliga med DSH och känslan av hopplöshet är stor bland dem som skadar sig själva regelbundet (Rasmussen, O`Connor & Brodie, 2008). En studie visar att 56 procent av ungdomar med någon form av självskadebeteende hade haft självmordstankar under det senaste året, jämfört med 16 procent bland dem som inte hade skadat sig själva (Brown, Williams & Collins, 2007). Individer med självskadebeteende har 18 gånger större benägenhet att begå självmord än den generella befolkningen (McAllister, Creedy, Moyle & Farrugia, 2002). Den första sjukvårdskontakten är viktig för dessa patienter. Upplevelsen av det första mötet med

vården har betydelse för hur patienter med självskadebeteende accepterar uppföljande vård. En otillräcklig bedömning ger tre gånger ökad risk för att patienten skadar sig själv lika allvarligt igen (a a).

Självskadebeteendets orsaker

Självskadebeteende är ett symtom på psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2004). Det finns olika orsaker till att ett självskadebeteende utvecklas, eftersom varje person bär på sin historia och sina bakomliggande faktorer till sitt beteende (Favazza, 1996). Självskadeproblematik förknippas med depression och/eller ångest, ibland i kombination med ätstörning, utagerande beteende och sociala problem. Självskadebeteendet ses ofta som ett försök till ångestlindring eller ett rop på hjälp. Det blir ett sätt för de unga kvinnorna att hantera olika sorters problem, tillfälligt eller på längre sikt (Socialstyrelsen, 2004). Ungdomar med självskadebeteende har markant mer problem inom familjen, med vänner, pojk- och flickvänner samt med skolan än ungdomar som inte skadar sig själva (Webb, 2002). Självskadebeteendet förknippas även med perfektionism, låg självkänsla och svag förmåga att vara närvarande i nuet (Lundh et al., 2007).

Favazza (1996) uppger flera vanliga orsaker till självskadebeteendet. Det kan fungera som en ventil för ilska och andra känslor. Det är även ett sätt att återvända till verkligheten. Patienter uppger ofta att de känner sig emotionellt döda och genom att skada sig själva känner de sig verkliga igen. Att skada sig själv medvetet ger en känsla av kontroll, när det inte går att finna kontroll i tillvaron. Det skapas en känsla av säkerhet och av att vara unik. Det är en form av säkerhet att veta, att om allt annat går förlorat så finns alltid blodet och smärtan kvar. En del patienter uppger att de känner sig unika när de skadar sig själva, tidigare har de känt sig osynliga och tagna för givna. Några använder självskadebeteendet för att påverka andra, exempelvis för att få vård. En del bär på ett självförakt och negativa erfarenheter av övergrepp i barndomen. Det finns flera olika psykiska diagnoser där självskadebeteende kan vara ett symtom. Exempel på sådana diagnoser är ångest, depression, borderline personlighetsstörning och andra personlighetsstörningar (a a).

Ur individens perspektiv

Enligt Webb (2002) avgör både psykologiska och sociala faktorer om ungdomar ligger i riskzonen för att börja skada sig själva. En förståelse för dessa faktorer är nödvändig för att uppskatta vilket tryck ungdomarna lever under och vad som hjälper dem att hantera detta. Riskfaktorerna bakom DSH är främst ångest och depression. Därefter kommer stress, oro över sin sexualitet, utstått kränkningar, sjukdom i familjen, prestationsångest, misslyckade prestationer, familjekonflikter samt personliga förluster (a a). Känslor som rädsla, fientlighet, skuld och sorg är vanligare bland personer med, eller som har haft ett självskadebeteende, medan upplevelse av glädje är mer sällan förekommande. De har även en tendens att ge upp lättare eller ansträngа sig mindre vid utmanande situationer. Droganvändandet är högre bland personer med före detta självskadebeteende jämfört med dem som har ett pågående självskadebeteende eller de som inte alls skadar sig. En förklaring till detta kan vara att denna grupp använder alkohol och droger som ett alternativ till att skada sig själv (Brown et al. 2007).

Berglund, Claesson och Kröldrup (2006) har studerat hur unga människor i Sverige tolkar begreppet livskvalitet. Svaren resulterade i kategorierna välbefinnande, glädje, kärlek, utveckling, respekt, vänskap, yrke/sysselsättning, utbildning, ekonomi och att känna trygghet. Respekt innebär för de flesta individer att kunna vara stark i sig själv och att våga säga ifrån. Välbefinnande är en grundläggande känsla, att få ha såväl fysisk och psykisk hälsa och att uppleva så lite stress som möjligt. Trygghet upplevs när någon alltid finns där för att lyssna och hjälpa till när det ska fattas svåra beslut i livet. Vänskap är nödvändigt, både vänskap till familj och andra viktiga individer i livet (a a).

Sociala förutsättningar och intakta familjer eller familjer med god sammanhållning, är betydelsefullt vid ett psykiskt kristillstånd och utgör en skyddande faktor för att inte utveckla DSH (Cullberg, 2001; Webb, 2002). I Sverige lever 50 procent av unga kvinnor med självskadebeteende med endast en av sina föräldrar, där relationsproblem är vanligt förekommande i familjen (Socialstyrelsen, 2004).

Socialstyrelsen (2004) delar in unga kvinnor som tillgriper självskadebeteende i tre personlighetstyper. Den första är duktig i skolan, ambitiös på fritiden och känner sig stressad. Hon har en svag självbild och lågt självförtroende. Det förekommer ofta även en komplicerad relation till mamman. Den andra personlighetstypen är hjälpsam och duktig, lätt att prata med och som sätter andras behov före sina egna. Hon är tystlåten, har dåligt självförtroende, är sällan glad och saknar tillit till vuxna. Den tredje är identitetssökande. Hon finner en lust i att lida och klä sig udda (a a).

Ur sjuksköterskans perspektiv

Negativa attityder

Sjuksköterskor känner nervositet och osäkerhet inför kommunikationen med och omvårdnaden av patienter med självskadebeteende (Wilstrand, Lindgren, Gilje & Olofsson, 2007). McAllister et al. (2002) påvisar en negativ attityd bland sjuksköterskor gentemot patienter som inkommer med skador som är medvetet orsakat av dem själva. De patienterna väcker starka känslor hos vårdpersonalen och blir oftare ignorerade och har längre väntetid än patienter i allmänhet. De får utstå betydligt fler fördömande kommentarer och smärtsam behandling. Av de tillfrågade sjuksköterskorna uppger 75 procent att det är svårt att förhålla sig till självskadepatienter och 65 procent menar att det är svårt att bygga upp en relation med dessa patienter (a a).

Sjuksköterskors negativa attityd till patienter med självskadebeteende, belyser det rådande behovet av adekvat utbildning för att öka deras ingripande och terapeutiska skicklighet. God terapeutisk omvårdnad kännetecknas av värme, empati, förståelse och tillräckligt med tid för patienten för att kunna tillgodose dennes behov. Det krävs att sjuksköterskan sätter sig in i patientens situation och genuint försöker att förstå känslorna som patienten bär på (McAllister et al., 2002; Wilstrand et al., 2007).

Lidandet är enligt Allen (2007) orsaken till självskadebeteendet. Det bakomliggande lidandet bör behandlas snarare än dess symtom. Vårdpersonal får inte underminera lidandet genom att tro att de vet vad det handlar om. De bör försöka förstå patientens känslor och lidande, genom att grundligt reflektera över hur självskadebeteenden påverkar en människas liv och vilka bakomliggande faktorer det finns till beteendet (a a).

Kunskap och stöd

Wilstrand et al. (2007) beskriver sjuksköterskors känslor av rädsla och frustration inför patienterna samt övergivenhet av kollegor och ledning. De känner rädsla över att patienterna ska skada sig svårt eller begå självmord. Frustrationen över deras självskadebeteende är stark, vilket kan leda till anklagelser från sjuksköterskan mot patienten. Sjuksköterskorna anser att de har begränsad kunskap om självskadebeteende och därmed begränsad förståelse för att patienten skadar sig själv. De anser att de saknar stöd från medarbetare och ledning. Svåra känslor och upplevelser ventileras inte i arbetslaget och det medför bristfällig återkoppling, vilket i sin tur försvårar sjuksköterskans omvårdnad till patienten. De svåra känslorna blir tunga att bära när handledning saknas i personalgruppen. Detta i kombination med att ständigt vara på sin vakt för att se till att patienterna inte skadar sig, medför att sjuksköterskor sjukskriver sig (a a).

McCann, Clark, McConnachie & Harvey (2007) beskriver hur sjuksköterskor på ett sjukhus i Australien har fått ökad förståelse för patienter med DSH. Där har de flesta sjuksköterskor utbildats i hur de ska agera när de får in patienter med självtillfogade skador. Det har medfört en sund inställning och en ökad medvetenhet kring denna patientgrupp. Enligt McCann et al. (2007) är det angeläget att all personal inom hälso- och sjukvården har kunskap om denna patientgrupp och inte enbart de som arbetar inom akutsjukvården. Initiativ bör tas för att öka medvetenheten ytterligare bland vårdpersonal, samt för att se till att praktiska riktlinjer framställs för hur patienter med DSH bör omhändertas (a a). Sjuksköterskor bör vara medvetna om att unga människors liv blir allt mer stressande och att livet för dem är en utmaning. Åldern 15-24 år är en svår tid i livet då man söker sig en egen identitet. Därför är det viktigt att sjuksköterskor och andra människor som arbetar med ungdomar, känner till deras grundläggande behov i livet för att de ska må bra. Den kunskapen är nödvändig för att kunna ge ungdomar rätt stöd, guidning och information (Berglund et al., 2006).

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

Travelbee (2006) beskriver omvårdnad som en mellanmänsklig process, där vårdaren hjälper en familj, en individ eller ett samhälle att hantera upplevelser. Det kan vara upplevelser av sjukdom eller lidande. Om det är möjligt att finna en mening i de svåra upplevelserna, ska vårdaren även finnas där för att försöka inta en stödjande roll. Omvårdnaden kräver en mellanmänsklig relation för att kunna uppnå sitt syfte. Det är sjuksköterskan som ser till att relationen vidmakthålls, men det kräver i sin tur att patienten medverkar. Travelbees utgångspunkt är att alla människor är unika och oersättliga. Gemensamt för alla människor är att de kommer att uppleva sjukdom, död och lidande någon gång i sitt liv, men olikheten ligger i att denna upplevelse är unik för varje enskild individ (a a).

Travelbee (2006) grundar sin teori på begreppen: människa som individ, mänskliga relationer, kommunikation, mening och lidande. Lidande kan upplevas då människan separeras från närstående, genomgår någon form av förlust eller tappar tron på sitt eget värde. Lidande uppkommer ofta vid sjukdom och då medför det en förlust av själslig, emotionell eller fysisk integritet. Sjuksköterskan ska bemöta individen utifrån dennes unika upplevelser av lidande och sjukdom och inte utgå från sin egen eller någon annan vårdpersonals uppfattning (a a).

Kommunikation är enligt Travelbee (2006) en fysisk och psykisk aktivitet som pågår hos både sändare och mottagare. Det är en process då tankar och känslor förs vidare. Tankarna och känslorna måste båda parterna kunna relatera till. Människan har nämligen inte viljan att dela med sig av något betydelsefullt, innan hon är helt säker på att det blir mottaget med respekt. Sjuksköterskan och patienten använder sig av kommunikation för att söka efter eller ge information under vårdtillfället. Sjuksköterskan använder kommunikation som redskap för att visa omsorg för sina patienter. Den ickeverbala kommunikationen synliggörs genom sjuksköterskans kroppsspråk och hennes sätt att arbeta (a a).

PROBLEMFORMULERING

Forskning visar att självskadebeteende ökar bland unga kvinnor i dagens samhälle och att sjuksköterskor saknar kunskap i sin profession för att bemöta dessa kvinnor. Självskadebeteendet är komplext och det finns ingen entydig förklaring till varför de skär sig. Syftet med uppsatsen är att beskriva unga kvinnors upplevelser av självskadebeteende, för att öka sjuksköterskans förståelse och kunskap om dessa patienter.

SYFTE

Syftet är att beskriva unga kvinnors upplevelser av självskadebeteende.

Frågeställningar

Vilka faktorer i livet inverkar på självskadebeteenden?

Hur upplever dessa unga kvinnor sig själva?

Hur bör sjuksköterskan bemöta dessa patienter?

METOD

Ansats

Denna studie syftar till att beskriva unga kvinnors upplevelser av självskadebeteende och därför valdes kvalitativ ansats. Backman (1998) beskriver hur kvalitativa studier kan bidra till att skildra hur individer upplever, tolkar och strukturerar sin verklighet, samt hur tidigare kunskap och erfarenhet påverkar individen. Dahlberg (1997) anser att självbiografier är ett utmärkt material vid genomförande av empiriska studier som skildrar individers subjektiva livsvärldar, även om de är skrivna i ett upplysande eller underhållande syfte. De innehåller detaljerade och frikostigt beskrivna uppgifter, som blir intressanta att läsa med ett vetenskapligt syfte (a a). Ett livsvärldsperspektiv innebär att

man försöker att se, förstå och beskriva världen så som den upplevs av människan (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

Urval

Datamaterialet utgörs av fyra självbiografier utgivna år 2004-2008. Inklusionskriterierna för böckerna var att de skulle vara självbiografiska och skrivna på svenska av kvinnor. De ska tydligt och ingående beskriva deras individuella erfarenheter av självskadebeteende. Böcker som inte uppfyllde inklusionskriterierna exkluderades.

Datainsamling

Sökning av självbiografier gjordes via biblioteket på Kärnsjukhuset i Skövde och på Falköpings biblioteks nätkatalog med sökorden: destruktiv*, självdestr*, självskad*, ångest. Därefter fortsatte sökningen i databasen LIBRIS på Högskolan i Skövde, på stadsbiblioteket i Skövde, samt via internetbokhandeln AdLibris. För att avgränsa oss ytterligare och underlätta sökningen på de olika bibliotekskatalogerna, valde vi att ange klassifikationen Lz tillsammans med sökorden. Självbiografier har klassifikationen/hyllplaceringen Lz.

Slutligen fann vi fyra böcker som ansågs lämpliga utifrån studiens syfte och som uppfyllde inklusionskriterierna. Böckerna stod för det totala antalet böcker som vi fann inom det berörda ämnet. Två av böckerna är skrivna av samma författare. Nedan följer en kort presentation av samtliga självbiografier.

Pålsson, B. (2004). ***Vingklippt ängel.***

Berny Pålsson som döptes till Bernadette, tog sig även namnet Berny vid åtta års ålder när hon upplevde att hon var två personer. I boken beskriver hon sin problematiska uppväxt, hur hon började skära sig i årskurs sex och sitt destruktiva sätt att leva. Genom åren tillbringar hon mycket tid på behandlingshem och vårdavdelningar där olika diagnoser sätts.

Pålsson, B. (2008). ***Känn pulsen slå.***

Denna bok är uppföljare till Berny Pålssons första självbiografi. ”Känn pulsen slå” handlar till stor del om en kamp mot sjukdom och droger. Den beskriver hur hennes förflutna kommer ikapp henne och hur hon tvingas att möta övergreppen från sin barndom åter igen. Den stora kärleken Jonas är en man som väljer att se hennes friska sidor. Han får henne att förstå att hon får ta så mycket plats i världen som hon själv vill.

Välitalo, E. (2008). ***Flickan som Gud glömde.***

Emelie Välitalo beskriver hur hon funderade kring meningen med livet och att hennes tankar ledde till en övertygelse om att hennes liv var totalt meningslöst. Hon orkade inte stå ut med den psykiska smärtan och bytte därför ut den mot en fysisk smärta som var mycket lättare att ta på. Hon beskriver känslor som att vara fel hela tiden, att vara en passiv

åskådare till livet och att ingen förstår. Skärandet blev något som hon längtade efter, något som hon gjorde varje dag och som snabbt blev en rutin.

Åkerman, S. (2007). ***Zebraflickan.***

Sofia Åkerman växte upp i en traditionell kärnfamilj med föräldrar och syskon. Som barn var hon rädd och orolig, och upplevde sig betydelselös och osynlig. I tonåren fick hon Anorexia Nervosa och började skära sig. Sofia beskriver sin kamp mot sin självdestruktiva demon Lucifer och vägen ur det självdestruktiva livet.

Dataanalys

För att analysera litteraturen användes analysmetoden enligt Dahlberg (1997). Den består av tre faser som schematiskt kan beskrivas som en ursprunglig helhet, delar av helheten och en ny helhet. Analysmetoden kan med fördel användas vid olika kvalitativa studier som resulterar i någon form av text. Syftet med analysen är att beskriva, förstå och tolka data, samt att sammanställa ett resultat. Resultatet ska redovisas på ett hanterbart sätt och beskriva en ny förståelse (a a).

Analysen börjar med den bekantgörande fasen, som består av att läsa datamaterialet ett flertal gånger som en helhet och skapa sig en första förståelse (Dahlberg, 1997). Vi läste igenom samtliga böcker var och en för sig. Vi köpte ett exemplar till oss vardera av böckerna, för att vi skulle kunna ta del av litteraturen i lugn och ro utan tidspress och med möjlighet att kunna göra anteckningar i böckerna. På detta sätt skapade vi oss en första förståelse för de enskilda personernas berättelser och erfarenheter. Böckerna lästes därefter ytterligare en gång och då ställde vi frågor till texten med utgångspunkt från studiens syfte och frågeställningar. Det medförde understrykningar av texter och en fortlöpande fördjupning av materialet. Innehållet kändes slutligen bekant och med enkelhet kunde vi berätta handlingen i böckerna. Då menar Dahlberg (1997) att det är lämpligt att gå vidare till nästa steg, den analyserande fasen.

Under den analyserande fasen valde vi två böcker vardera som vi granskade en tredje gång. Citat skrevs ner och strukturerades under preliminära kategorier. Dessa citat och rubriker sammanställdes därefter i ett gemensamt dokument, som vi analyserade tillsammans för att söka efter likheter, skillnader och mönster. Det ledde till att kategorierna växte fram. Dahlberg (1997) beskriver att under den analyserande fasen eftersöks kvalitativa likheter och skillnader i datamaterialet. Genom att därefter arbeta med dessa likheter och skillnader uppstår ett mönster som successivt ändrar form och karaktär, tills ett tydligt mönster kan ses. Ur detta kan olika kategorier, delar av helheten, urskiljas (a a).

Enligt Dahlberg (1997) ska frågor ställas till texten genomgående under analysen om vad det är som sägs, hur det sägs och vad innebörden är (a a). Vi hade hela tiden syftet med studien och frågeställningarna i åtanke. Det fick oss att växla till och från mellan helheten och delarna i datamaterialet. Slutligen kom vi fram till en ny helhet bestående av fyra huvudkategorier och åtta subkategorier. Varje subkategori berör minst två av de tre författarna. Den sista fasen beskriver Dahlberg (1997) som den sammanställande. Det innebär att texten återigen behandlas som en helhet och att resultatet beskrivs (a a).

Etiska aspekter

Enligt Medicinska forskningsrådet (2003) som utgår från Helsingforsdeklarationen från år 1996 är kvalitén på forskning som bedrivs viktig. Det är hos forskaren som den goda forskningsetiken börjar och då krävs det en medvetenhet om etiska överväganden. Det är viktigt att forskaren erhåller kunskap inom området som ska studeras, för att kunna utgå från ett etiskt förhållningssätt. Vetenskaplig bärkraft i studien är en nödvändighet, vilken motiveras utefter de risker och vinster som den ger. De grundläggande principerna för etisk forskning är följande: Autonomiprincipen innefattar rätt till självbestämmande, medbestämmande och integritet. Godhetsprincipen och principen att inte skada, som innebär en strävan efter att göra gott samt att inte utsätta individer för skada och onödiga risker. Rättviseprincipen med innebörden att alla individer ska behandlas lika, om det inte finns några etiska skillnader mellan dem som är relevanta att ta hänsyn till (a a). Vi har förhållit oss objektiva till datamaterialet och självbiografierna belyses med citat. I resultatet har författarna fått lika stort utrymme och deras erfarenhet av självskadebeteende belyses för att öka vårdpersonalens förståelse.

Friberg (2006) menar att då analys av självbiografier utgör grund för resultatet är datamaterialet inte anonymt eller konfidentiellt. I analysen ska självbiografierna redovisas på ett vetenskapligt beskrivande sätt. Detta kräver en öppenhet att försöka förhålla sig neutral till texten och inte begränsas av sin förförståelse. Att vara öppen kännetecknas av en äkta önskan av att vilja förstå. Reflektion är ett redskap under hela analysen för att medvetet hålla tillbaka egna teorier och förutfattade meningar (a a).

RESULTAT

Vid analysen av självbiografierna framträdde kategorier med betydelse för utvecklingen av ett självskadebeteende och de uppfyller syftet att beskriva unga kvinnor upplevelser av självskadebeteende. De fyra huvudkategorierna har två subkategorier vardera. Se tabell 1.

Tabell 1. Översikt av huvudkategorier och subkategorier.

Huvudkategori	Subkategori
Destruktivt beteende	Skärande Missbruk
Uppväxt	Socialt kontaktnät Kränkningar
Självbild	Självförakt Utanförskap
Mellanmänskliga möten	Stödjande kontakter Vårdrelationer

Destruktivt beteende

Samtliga författare beskriver i sina självbiografier hur destruktivt beteende styr deras vardag. De har alla ett självskadebeteende kombinerat med någon form av missbruk. Det kan vara missbruk av mat, alkohol, droger och sex.

Skärande

De skär sig för att placera sin inre smärta på ett fysiskt och mer hanterbart sätt. Skärandet får ett lugn att infinna sig. Ett lugn som inte varar särskilt länge, utan de skär sig allt djupare och slutligen är beteendet och vanan att skära sig det svåraste att få bukt med. Att skära sig kan även vara ett sätt att straffa sig själv, ett uttryck för ett självförakt.

> *Självmisshandeln hjälper mig att hålla tillbaka obehagliga minnen och minska tomhetskänslan, men det är också ett sätt att straffa mig själv*. (Pålsson, 2004, s. 11)

> *Även om jag intellektuellt sett inte vill skära så är vanan det som är svårast att bryta, för kroppen minns.* (Pålsson, 2008, s. 24)

Det var också under den här hösten som jag första gången använde mina armar som skärbrädor. Jag stod inte ut med den psykiska smärtan och bytte därför ut den mot en fysisk smärta som var mycket lättare att ta på. /.../ När jag skar mig rann smärtan i själen ur mig tillsammans med blodet. När jag skadade mig själv fysiskt för att fly min trasiga själ kände jag mig lugn på ett skrämmande och likgiltigt sätt. (Välitalo, 2008, s. 7)

I samma stund som snittet delade sig och de gula bubblorna under huden syntes för ögat, somnade Lucifer in. Jag blev också alldeles mjuk i kroppen, som balsam i ett nyduschat hår. (Åkerman, 2007, s. 66)

Missbruk

Det självdestruktiva beteendet yttrar sig även på andra sätt utöver skärandet och ofta i form av ett missbruk. Välitalo och Pålsson använder sex som ett sätt att skada och straffa sig själva. De låter sig utnyttjas sexuellt utan omtanke och respekt för den egna personen.

Jag kände ingen njutning av sex och jag såg det inte som något fint utan som ännu ett sätt att skada mig själv på, ett substitut till rakbladen. (Pålsson, 2008, s. 129-130)

Jag hade sex utan minsta respekt för mig själv och min kropp. (Välitalo, 2008, s. 71)

Författarna har ett komplicerat förhållande till mat. Åkerman lider av en uttalad Anorexia Nervosa. Välitalo har ett konfliktfyllt förhållande till mat som hon idag kan se som destruktivt. Pålssons vanföreställningar bidrar till att ätandet följer ett mönster, vilket hon inte anser sig kunna bestämma över själv.

Nu står han och lagar mat åt mig av det lilla jag har hemma, och han försöker få mig att börja äta igen. Demonerna har satt upp förbud mot mat i flera veckor. (Pålsson, 2008, s.71)

Min relation till mat krånglade, jag slarvade mycket och åt oregelbundet. Jag hoppade över måltider trots att magen kändes tom och kurrade. Det var ett konfliktfyllt förhållande vilket jag idag kan se som en destruktiv handling. (Välitalo, 2008, s. 40)

Jag tyckte om mat, drömde om mat, bakade kakor och bjöd alla andra. Läste recept och klippte ut bilder på potatisgratäng, på prinsesstårtor och sallader. Men jag åt inte inför främmande människor. Åt gjorde jag bara om jag själv tyckte att jag förtjänat det, och jag ville inte att någon skulle tro att jag tyckte det. (Åkerman, 2007, s. 85)

Pålsson har ett utbrett alkohol- och drogmissbruk och hon har svårt att erkänna för sig själv att hon är missbrukare. Välitalos alkoholmissbruk tar fart utan att hon själv riktigt märker när det händer. Åkerman dricker inte alkohol. Läkarna säger åt henne att hennes lever inte klarar mer förgiftning efter alla gånger som hon tagit överdos av tabletter. Överdoserna har inte varit några självmordsförsök, utan snarare ett rop på hjälp och ett sätt att bli sedd.

Jag ser det som att jag självmedicinerar, inte knarkar. Jag tar droger för att tysta rösterna, tar droger för att stilla ångesten och för att stå ut med mig själv. (Pålsson, 2008, s. 97)

Jag som aldrig tidigare hade varit i närheten av alkohol och supande började under sommaren att dricka mycket. De dagar jag inte drack kände jag till min egen förvåning suget efter spriten. Jag hade halkat in på en destruktiv bana utan att själv förstå det. (Välitalo, 2008, s. 71)

Jag undrar om jag var prioritet ett, eller om de var tvungna att hämta någon annan först. Jag ville vara först, så att de skulle ta hand om mig när jag kände mig liten och ensam. /…/ Bara jag rörde mig började den brännande lavan med en smak av krossade tabletter komma upp i halsen. (Åkerman, 2007, s. 3-4)

Uppväxt

Uppväxtmiljön och det sociala kontaktnätet har betydelse för den psykiska hälsan, för uppbyggande av självkänsla och för utveckling av självskadeproblematik. De sociala förutsättningarna och den sammanhängande familjesituationen är skyddande faktorer. I slutet av böckerna beskriver författarna en förbättrad relation till föräldrarna, vilket gynnar tillfrisknandet.

Socialt kontaktnät

Författarna har växt upp under varierande familjeförhållanden. Välitalos föräldrar är skilda, medan Pålssons och Åkermans föräldrar lever tillsammans. Trots skilsmässan mellan Välitalos föräldrar börjar de samarbeta för hennes bästa. Mammans sambo Uffe utgör också ett stöd för henne. Pålsson växer upp i en strikt katolsk familj med en alkoholiserad pappa och en mamma som periodvis lider av depressioner. Åkermans familjeförhållande ter sig normalt men förhållandet till modern är komplicerat. Hon upplever redan vid tre års ålder att hon inte förtjänar sin mammas kärlek.

På nedervåningen, som jag med springande steg flytt ifrån, pågick ett av mina föräldrars högljudda bråk. En lukt av alkohol kom från pappa och hysterin lyste i mammas ögon. (Pålsson, 2004, s. 11)

Min uppväxt gör fortfarande ont att tänka på – den diffusa otryggheten, den stora tystnaden, som en sorts överenskommelse att familjen inte skulle prata om problemen, vare sig om min sjukdom, mammas trötthet och ensamhet eller pappas drickande, utan upprätthålla fasaden av en katolsk, duktig, kulturell familj. /…/ Alla bråken och det oförutsägbara i vardagen präglade min barndom och den ständiga rädslan och ensamhetskänslan är mina tydligaste minnen av min uppväxt. (Pålsson, 2008, s.51)

Det var en stor del i mitt tillfrisknande att mamma och Uffe ställde krav på mig. Man ska inte heller tassa på tå kring den som är sjuk. Man måste själv kunna leva och det är inte på något sätt egoistiskt. (Välitalo, 2008, s. 118)

Jag släppte taget om mammas hand när jag var tre år gammal och tyckte att jag var för stor för att ta emot kärlek. (Åkerman, 2007, s. 268)

Vänner och socialt kontaktnät är grundläggande för den psykiska hälsan och för att komma ur ett självskadebeteende. Det är viktigt att ha någon att vända sig till, som finns där och stannar kvar trots mörka stunder. Tyvärr är det inte ovanligt att det sociala kontaktnätet krymper och vänner försvinner vid psykisk sjukdom, vilket Åkerman vittnar om. Pålsson

fann sina närmaste vänner bland andra med liknande problem och den psykiska ohälsan blev deras gemensamma plattform. Hon förnekar att de förstärker det sjuka hos varandra, istället finns en förståelse och acceptans i vänskapskretsen. När hon träffar Jonas understryker hon vikten av att han ser det friska i henne.

> *Karin, Kristinah, Aurora och Ranvi är för mig den enda villkorslösa kärleken. Oavsett vilka steg vi tar i livet, oavsett i vilka riktningar vi rör oss, så finns familjekänslan kvar. Det är inte biologiska men rena, starka familjeband. Hos dem fann jag förståelse för första gången i mitt liv, en förståelse och en känsla av att vara accepterad trots sjukdomen, en tillhörighet och den avskalade, självklara kärleken.* (Pålsson, 2008, s. 34)

> *Jonas står där med sitt röda hår, mjukt och glänsande. Hans ögon ser in i mina och jag är i hans famn. Den famnen som gör mig till den tryggaste flickan i världen, den famn där jag kan glömma allt som gör för ont att minnas. Han är mannen som vägrar att acceptera att jag begränsar mig själv på grund av min sjukdom, som väljer att se mina friska sidor.* (Pålsson, 2008, s. 220)

> *Nu ses vi inte så ofta eftersom vi bor i olika delar av landet. Men det som är så skönt med Therese är att när vi är tillsammans blir jag som barn på nytt. Vi bygger kojor, sitter och ritar, äter popcorn och ser på film. Jag önskar att alla har privilegiet att ha en sådan vän.* (Välitalo, 2008, s. 18)

> *Jag hade inte så många vänner längre. För tre år sedan, när jag kom till Psyket, hade de varit betydligt fler.* (Åkerman, 2007, s. 17)

> *Eleanor skulle aldrig lämna mig, det visste jag. Hon var min bästa vuxna kompis, min älskade låtsasstorasyster i alla väder.* (Åkerman, 2007, s. 134)

Kränkningar

Att bevittna och utsättas för våld, övergrepp och verbala kräkningar sätter djupa spår i själen. Pålssons liv är fyllt av kränkningar, allt från våldtäkt, glåpord och erfarenheten att inte bli trodd. Välitalo upplever misshandel som liten flicka. Mammans dåvarande sambo misshandlar Välitalo, hennes mamma och bror både fysiskt och psykiskt. I tidiga tonår förlorar hon sin oskuld på ett brutalt sätt, vilket senare leder till destruktiva sexuella förbindelser. Åkerman upplever kränkningar i kontakt med vården. Hennes största önskan är att bli sedd och omhändertagen, men istället får hon en spruta i skinkan och lämnas ensam utan tröst.

> *Jag fick horrykte i skolan, de skrev hora på min skåpdörr och ropade det efter mig i korridorerna.* (Pålsson, 2004, s. 109)

> *Att vara med om en våldtäkt är fasansfullt. Man förlorar så mycket. Och att min familj inte trodde på mig, att de svek mig så totalt när jag behövde dem som mest, ja det är värre än själva våldtäkten.* (Pålsson, 2004, s. 118)

> *När jag var fyra år blev mamma tillsammans med en man som behandlade både henne, Fredrik och mig illa. /…/ Mannen kom fly förbannad, skrikandes och svärandes in i rummet. Han tog stryptag på både mig och Fredrik och slängde oss i golvet. Vi satt*

som förstelnade av skräck. /.../ Jag visste att mannen gjorde någonting dumt mot mamma. (Välitalo, 2008, s. 104-105)

När jag precis fyllt tretton år träffade jag en kille som var tre år äldre än jag. /.../En kväll när vi satt på sängen i hans rum knäppte han upp jeansen och tvingade ned mitt huvud. Det var bland det äckligaste jag varit med om. Några dagar senare låg han med mig. Han tog min oskuld på ett brutalt och känslokallt sätt. (Välitalo, 2008, s. 108)

De har inte gråtit i timmar av dåligt samvete för att alla ens älskade ser en så eländig, och till slut fått byxorna neddragna och en spruta i skinkan istället för en kram till tröst. (Åkerman, 2007, s. 116)

Självbild

Det ligger en problematik i dessa unga kvinnors självbild och de bär på ett självförakt, mindervärdeskomplex och en känsla av utanförskap. Känslorna har ofta funnits sedan tidig ålder och kraven de ställer på sig själva är stundtals övermänskliga. De omges av en otrygghet antingen i uppväxtmiljön eller i den egna personen. Den komplexa och negativa självbilden med känslor av självförakt och utanförskap är den kategori där samtliga författare har liknande erfarenheter. De skildrar en enhetlig bild av synen på sig själva, oberoende av varandra.

Självförakt

Självföraktet är väl uttalat i samtliga självbiografier. De känner sig fel, äckliga och ovärdiga. Åkerman ställer ouppnåeliga krav på sig själv, vilket leder till ett konstant självförakt när kraven inte uppnås.

Det är ingenting jag väljer, ingenting jag kan styra över. Ändå vill jag be hela världen om förlåtelse, jag vill be om ursäkt för min existens. (Pålsson, 2008, s. 132)

Jag kände mig bara fel hela tiden, drog mig undan och avskärmade mig från andra människor och omvärlden. (Välitalo, 2008, s. 8)

Hur kunde en sån som jag vara älskad? Jag var ett fruktansvärt vrak, varför valde mamma att föda mig till den här världen? (Välitalo, 2008, s. 14)

Mina betyg hade suttit ovanpå alla viktiga papper på kylskåpsdörren, i åttan efter höstterminens slut. Där kunde alla se vilken lyckad dotter mina föräldrar hade, och jag log stolt när man sade att med de betygen kunde jag bli vad som helst. Mitt värde satt i de där bokstäverna. MVG=lyckad dotter. VG=Ditt jävla pucko, är du hjärndöd, eller? (Åkerman, 2007, s. 37)

Jag är så äcklig…,upprepade jag för mig själv. Jag är så äcklig! (Åkerman, 2007, s. 162)

Utanförskap

Författarna bär på en känsla av att vara annorlunda, konstig och att inte passa in. Denna känsla infann sig tidigt i deras liv och hanteras på olika sätt. Pålsson använder sitt utseende

och sin klädstil för att understryka sitt utanförskap, medan Åkerman ljuger om magsmärtor för att bli sedd.

> *Jag blev mobbad på dagis. Jag tyckte inte om andra barn, och de tyckte jag var konstig. Redan då var jag annorlunda.* (Pålsson, 2004, s. 64)

> *Jag är helt klädd i svart och lack. Mina ögonlock är målade i skapt rosa och svart eyeliner och en brudslöja pryder mitt hår. Mitt tvång att alltid klä mig vågat och provokativt är uppenbart för alla, också för mig själv.* (Pålsson, 2008, s. 127)

> *Jag kände mig annorlunda och konstig, som att jag inte passade in någonstans. Det märkte jag även att andra tyckte, blickar kan säga så mycket mer än ord.* (Välitalo, 2008, s. 8)

> *På lågstadiet hade jag känt mig så betydelselös och osynlig att jag till slut hittat på att jag hade ont i magen för att någon skulle lägga märke till mig.* (Åkerman, 2007, s. 38)

Mellanmänskliga möten

Författarnas möten med människor har varit betydande och medfört såväl positiva som negativa resultat, under deras väg mot tillfrisknandet. Vårdpersonalens bemötande är av betydelse, för att de ska kunna nå fram till patienter med självskadebeteende.

Stödjande kontakter

Under sjukdomstiden har det funnits någon utanför den närmaste familje- och vänskapskretsen, som har stöttat författarna och gett dem utrymme till att få vara sig själva. Det är människor som har trott på dem, stått upp för dem och gett dem trygghet och hopp om framtiden. Oftast var det någon kontaktperson inom vården eller det offentliga som agerade medlare mellan föräldrarna och författaren. Åkerman träffade en psykolog som alltid lät dörren stå öppen för henne, oavsett om hon var i tjänst eller inte.

> *Mannen, som vi kan kalla Tomas, visade sig snabbt bli min stora räddning den sommaren, min ängel. Han fick mig för första gången på mycket länge att känna förtroende för en vuxen person. Jag kände en enorm trygghet när han jobbade. Han tröstade mig när jag grät, skrattade med mig när jag var glad och fanns alltid vid min sida. Det visade sig senare att han blev länken mellan mig och mina föräldrar. Han hittade ett sätt för både mig och mina föräldrar att mötas halvvägs.* (Välitalo, 2008, s. 33)

> *Ulla var en rak och ärlig person. Hon gick aldrig som ”katten kring het gröt”, hon sa rakt ut som det var. Hon ställde krav på mig, mina föräldrar, sina överordnade och sig själv och det blev alltid resultat. Att hon var ärlig, trots att det kan vara obekvämt att höra sanningen, var en stor trygghet för mig.* (Välitalo, 2008, s. 114)

> *Mia var inte som någon av de andra psykologerna jag hade träffat. /…/ Hon överöste mig med kärlek och omtanke och aldrig ens en antydan till anklagelser dök upp i våra samtal. Mia visste inte ens vad orden ”Skärp dig!” innebar.* (Åkerman, 2007, s. 30)

Vårdrelationer

De positiva mötena i vården är de som leder till att författarna känner sig sedda och tagna på allvar. Kärlek, respekt, att ta sig tid och en vilja att förstå är ledande ord för positivt bemötande i vården. Vårdpersonalen ska inte ha förutfattade meningar och tro sig veta hur allting är, utan se individen och hennes problem och känslor. De ska ha förmågan att se bortom det sjuka, att se det friska.

> *Med Aron är det annorlunda. Han försöker inte tvinga mig att sluta med något, han försöker förstå varför jag gör det jag gör. Han respekterar mina åsikter och att min syn på livet inte är som andras. Han ser inte mina många misslyckanden, utan uppmuntrar mig att göra nya försök.* (Pålsson, 2004, s. 73)

> *För han lyssnar och försöker förstå. Han behandlar mig inte som om jag vore hopplöst sjuk som så många andra gör. Han frågar om han inte förstår och lägger ner mycket tid på att prata med mig.* (Pålsson, 2004, s. 230)

> *Inne på psykosavdelningen på Skeppet kommer William, en mentalskötare som jag känner väl sedan tidigare, och möter mig vid porten som slår igen bakom mig. /.../ Han är varm och har alltid tid och ett leende över till mig. Han tror på mig, det har jag alltid känt.* (Pålsson, 2008, s. 61)

> *Äntligen fanns det en person som grundligt förklarade för mig vad min sjukdom innebar, vilken effekt medicinerna hade och även vilken kost som var viktig att äta för att må bra. Vi pratade om allt möjligt mellan himmel och jord. Han gav mig tips om böcker jag kunde läsa. Jag tittade på klockan och fick mitt livs chock. En och en halvtimme hade jag suttit inne hos läkaren utan minsta antydan till att han var stressad eller tittat på klockan.* (Välitalo, 2008, s. 95)

Författarna har även negativa erfarenheter av vårdmöten, som sätter djupa spår hos dem. De har upplevt kränkande vårdtillfällen och bär på en känsla av att personalen anser att de inte har samma rättighet till vård som andra patienter. Ett problem som framkommer i böckerna är den psykiatriska vårdens brist på tillgänglighet. Författarna upplever det svårt att få hjälp när de ber om det.

> *Jag har rätt till vård, lika självklart som att en högavlönad människa som råkar ha problem med hjärtat får hjälp. Om en människa kommer in med hjärtinfarkt så är det ingen som säger ”du får skylla dig själv” och nekar denna person vård. Men jag möts av föraktfulla blickar och djupa suckar och blir bollad fram och tillbaka när jag självmant söker vård för mina sjukdomar.* (Pålsson, 2008, s. 219)

> *Vi satt oftast uppemot elva personer runt bordet. Jag, mina föräldrar, sköterskor, en psykolog och en psykiatriker. Jag kände mig som ett djur på zoo, som om de observerade minsta lilla rörelse och beteende hos mig.* (Välitalo, 2008, s. 24)

> *Att må dåligt och gång på gång få bakslag av myndigheter som motarbetar en och psykvården som tar problemen med en klackspark försvårar vägen till ett värdigt liv.* (Välitalo, 2008, s. 115)

> *Medicinakuten. Personalen kände igen mig. Några gick fram och hälsade på mig, skakade på huvudet och sa: -Sofia, är du här nu igen? Andra gav mig bara en blick.*

Jag visste så väl vad den betydde! /.../ Trots att de försökte dölja sina förbjudna känslor bakom yrkesrollen kände jag att de tyckte att jag tog upp plats för dem som var sjuka på riktigt. (Åkerman, 2007, s. 7)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studien baseras på analyser av självbiografier med syftet att beskriva unga kvinnors upplevelser av självskadebeteende. Genom att läsa självbiografier kunde vi ta del av de unga kvinnornas subjektiva livsvärldar. Vi fann fyra böcker inom ramen för inklusionskriterierna. Utbudet begränsade oss därmed i mängden datamaterial. Det kan i efterhand ses som en tillgång, eftersom självbiografierna som studien grundar sig på är ordentligt genomarbetade av oss båda två. Urvalsförfarandet kan ha begränsat oss. Samtliga bibliotek inte är anslutna till databasen LIBRIS och därmed kan vi ha gått miste om passande litteratur. De självbiografier som studien grundar sig på är skrivna mellan år 2004-2009. Utgivningsåren på böckerna är troligen relaterat till att självskadebeteenden har ökat de senaste åren. De har även blivit mer omdebatterade och synliga i dagens samhälle.

Tidsmässiga begränsningar fick oss att välja empiriska studier av självbiografier istället för kvalitativ intervjustudie. Det hade krävts mer tid och ytterligare kunskap hos oss om forskningsintervjuer. Ur etiskt perspektiv är innehållet i självbiografierna inte anonymt eller konfidentiellt utan godkänt av både förlag och författare. Att intervjua unga kvinnor med självskadebeteende skulle innebära etiska frågeställningar. Troligtvis hade vi fått göra intervjuer med sjuksköterskor som möter dessa kvinnor istället och gått miste om individens egen upplevelse. Valet av metod medförde att det inte gick att ställa några ytterligare frågor eller få mer uttömmande svar. Självbiografiernas innehåll fick analyseras utifrån det skrivna och redan sagda ordet. En kvantitativ metod är inte aktuell i denna studie. Enligt Kvale (1997) kräver den metoden ett större urval där man söker generaliserbara faktorer, mönster och orsaker.

Dahlberg (1997) menar att genom att utgå från ett livsvärldsperspektiv används ett objektivt förhållningssätt, vilket utgör ett validitetskriterium inom den humanvetenskapliga forskningen. Objektiviteten innebär att försöka förstå det sagda ordet så noggrant som möjligt, samtidigt som forskaren förhåller sig kritisk och distanserad till det. Därefter ska forskaren själv kommunicera den nya kunskapen så noggrant som möjligt (a a). Vår ambition har varit att försöka förhålla oss objektiva till självbiografierna. Resultatet redovisas med flertalet citat från författarna, vilket är ett medvetet val för att ge en rättvis bild av deras livsvärldar och ge validitet åt uppsatsen. Böckerna lästes av oss båda ett flertal gånger och därmed anser vi att studiens reliabilitet ökar. En gemensam tolkning och analys minskar risken för att vi utgår från individuella förväntningar, erfarenheter och attityder. Gemensamma diskussioner under analysen fick oss att välja ut de huvudkategorier, subkategorier och citat som resultatet baseras på. För att uppnå studiens syfte utgick vi från författarnas egna upplevelser och vad som har haft betydelse för deras självskadebeteende. Syftet med studien har inte varit att ge en generell bild av självskadeproblematiken, utan genom att beskriva tre unga kvinnors livsvärldar öka

förståelsen för hur det kan vara att leva med ett självskadebeteende och vilket komplext problem detta är.

Resultatdiskussion

Analysen av självbiografierna visar tre unga kvinnor som lider av ett psykiskt illabefinnade. De har växt upp under olika förhållanden och har varierande livserfarenheter. Gemensamt för samtliga författare är att de upplever en otrygghet, har dålig självkänsla, bär på ett självförakt och ett utanförskap, samt anser sig inte värdiga denna värld. Orsakerna till dessa känslor är många och inte alltid helt klara, inte ens för författarna själva. Enligt Socialstyrelsen (2004) ökar den psykiska ohälsan och känslan av sammanhang och delaktighet i samhället minskar hos unga individer idag (a a). Det bekräftas av författarnas upplevelse av utanförskap. Författarna upplever sig annorlunda och att de inte passar in. En författare blev mobbad redan på dagis och upplevde därför ett utanförskap, medan känslan av utanförskap grundar sig i den egna personen hos en annan författare. Individens självbild styrs inte enbart av erfarenheter, utan kan även bero på inneboende känslor grundade på oklara orsaker. Lundh et al. (2007) förknippar självskadebeteende med låg självkänsla och perfektionism. Åkerman har en perfektionistisk ådra och ställer stundtals övermänskliga krav på sig själv för att hon ska anse sig duga i sammanhanget. Författarna har varit med om kränkningar och i vissa fall övergrepp, vilket kan ge en låg självkänsla och självförakt, som i sin tur leder till ett självskadebeteende (Favazza, 1996). Dagens ungdomar är medvetna om att de kan söka lindring genom att skada sig själva. Lundh et al. (2007) beskriver att nästan 70 procent av 15-åriga svenska ungdomar någon gång har skadat sig själva medvetet (a a). Författarna till självbiografierna menar att det är effektivt att lindra sin ångest, om än för en kort stund, genom att skära sig. De beskriver vanans makt i självskadebeteendet. Det finns tillfällen när de intellektuellt sett inte vill skära sig men kroppen vilja är för stark.

Ett självskadebeteende är sällan ett enskilt avgränsat problem, utan förekommer ofta i kombination med andra missbruk och destruktiva beteenden. Socialstyrelsen (2004) skriver i sin rapport att det kan förekomma ätstörningar och utåtagerande beteende hos individer med självskadebeteende (a a). Detta stämmer väl med uppsatsens resultat. Åkerman lider av Anorexia Nervosa, Pålsson och Välitalo har ett utåtagerande beteende med tillfälliga sexuella förbindelser och de klär och sminkar sig på ett utmanande sätt. Pålsson och Välitalo använder alkohol som ångestlindring. Brown et al. (2007) menar att alkohol och droger kan utgöra ett alternativ till att skada sig själv.

Författarna tycker att bemötandet inom vården är av stor betydelse för deras välbefinnande. Travelbee (2006) beskriver kommunikation som en aktivitet mellan två personer, där det är viktigt att man känner sig säker på att det man säger tas emot på ett respektfullt sätt, annars är människan inte villig att dela med sig av något betydelsefullt (a a). Författarna anser att sjuksköterskans bemötande bör bygga på respekt och en vilja att förstå, eftersom det är en förutsättning för att kommunikationen ska fungera. Patienten ska bemötas utifrån sin unika historia och upplevelse av lidandet och inte på något sätt generaliseras (Favazza, 1996; Travelbee, 2006). Enligt McAllister et al. (2002) ger en otillräcklig bedömning av självskadebeteendet vid första sjukvårdskontakten en tre gånger ökad risk att patienten skadar sig själv lika allvarligt igen och hos individer med självskadebeteende är det 18 gånger större risk att begå självmord än bland den generella befolkningen (a a). Författarna

beskriver hur de har upplevt både positivt och negativt bemötande inom vården. Det negativa bemötandet behöver inte baseras på en illvilja, utan grundar sig troligen på okunskap, samt rädslor och osäkerhet hos vårdpersonalen. Wilstrand et al. (2007) & McAllister et al. (2002) visar att många sjuksköterskor upplever svårigheter i hur de ska förhålla sig till patienter med självskadebeteende (a a). Författarna beskriver, i linje med forskningen, hur de upplevt föraktfulla blickar och att vårdpersonalen menar att de tar upp plats för de ”riktigt” sjuka. Ett ytterligare problem inom vården är dess brist på tillgänglighet. Författarna har bollats fram och tillbaka, deras ärende har tappats bort och väntetiden har varit lång. De anser att en ohållbar situation kräver ett gott omhändertagande här och nu, att inte få hjälpen omedelbart kan leda till att självskadebeteendet förstärks i ytterligare destruktivitet.

Bakom självskadebeteendet finns ett lidande. Lidandet är ett begrepp som ligger till grund för Travelbees (2006) omvårdnadsteori. Författarna beskriver sitt lidande i självbiografierna. Trots livsleda har de kommit en bra bit ur sitt självskadebeteende och klarat av att skriva dessa böcker. Vägen är absolut inte rak och enkel för dem och återfall förekommer. Pålssons destruktiva liv fortsätter i boken ”Känn pulsen slå”. Men frågan kvarstår: Vad har hjälpt dessa kvinnor att bli starka nog att skriva en självbiografi och få den utgiven? Möjligen har skrivandet i sig haft en terapeutisk inverkan och varit en form av självhjälp för författarna. Välitalo och Pålsson har anlitats som föreläsare efter sin bokutgivning och Åkerman driver ett forum för ätstörningar och självskadebeteende på Internet. Bekräftelsen genom denna uppmärksamhet kan bidra till att förbättra författarnas självbilder. Socialstyrelsen (2004) uppger att fler än hälften av unga kvinnor med självskadebeteende lever med endast en förälder. Det överensstämmer inte med de unga kvinnorna i självbiografierna. Det är endast en av författarna som lever med skilda föräldrar och denne författare har kontakt med båda föräldrarna. Cullberg (2001) och Webb (2002) beskriver vikten av stöd från familjen. Detta befästes i böckerna och är betydelsefullt för författarnas tillfrisknande. Pålsson får en närmare kontakt med sina föräldrar efter flera år med ett konfliktfyllt förhållande till föräldrarna. Välitalos föräldrar samtalar och agerar tillsammans trots att de är skilda. Hennes styvpappa engagerar sig och utgör ett stöd. Åkerman och hennes mamma försöker reda ut sitt komplicerade förhållande. Samtliga författare har haft någon kontaktperson utanför familjekretsen som trott på dem och agerat i deras sakfråga, vilket bör vara en viktig del i tillfrisknandet. De lyckas skapa sig ett socialt kontaktnät med vänner som de kan lita på. Åkerman hittar tillbaka till sitt gamla intresse för teater och kommer med i en teatergrupp, där hon tas emot med öppna armar från första stund. Pålsson har lätt för att få vänner och Välitalo har också många vänner periodvis. Berglund et al. (2006) betonar vänskap som nödvändigt för ett gott liv ur ett livskvalitetsbegrepp.

Medvetenheten kring denna patientgrupp bör stärkas (McCann et al., 2007) och insikten om lidandet som ligger bakom ett självskadebeteende, ska ge sjuksköterskor en ökad förståelse för dessa unga kvinnor. Det är inte bara skadorna på huden som ska behandlas av vårdpersonalen, utan även lidandet som är den bakomliggande orsaken till skadorna. Om sjuksköterskan medvetet närmar sig lidandet och vågar möta hela individen bakom självskadebeteendet, ökar möjligheten att ge adekvat stöd och behandling.

Konklusion

Genom att ta del av självbiografier som beskriver unga kvinnors upplevelser av självskadebeteende kan sjuksköterskans förståelse för beteendet öka. De som skadar sig själva önskar att någon försöker förstå dem och deras livsvärld. Sjuksköterskan kan genom adekvat stöd och behandling få patienter att förstå sig själva och sina känslor. Den insikten krävs hos dessa individer, för att de ska bli vän med sig själva och klara av att bryta självskadebeteendet. Deras personlighet, bakgrund och erfarenheter varierar. Det innebär i sin tur att orsakerna till självskadebeteendet är komplexa och det krävs att behandlingen anpassas utifrån individuella behov. Vården bör utföras av kompetent personal med förmåga att möta individerna där de befinner sig. Vårdpersonalen bör ha avsatt tid till reflektion och återhämtning i sitt arbete, för att hantera svåra upplevelser och därmed orka med att ge bästa möjliga vård.

Forskning visar tydligt att självskadebeteenden ökar i omfattning. Vi anser att det mest ultimata för dessa patienter är specialiserade kliniker med bra öppenvård, där det finns tillgång till flera professioner såsom psykiatrisjuksköterskor, beteendevetare och psykologer. Självskadebeteende har en tendens att sprida sig bland patienter vilket talar mot slutenvård. Med tanke på omfattningen av självskadebeteenden, samt de allvarliga konsekvenserna av dem, anser vi att vidare forskning är befogad.

REFERENSER

Allen, S. (2007). Self-harm and the words that bind: a critique of common perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14(2),* 172-178.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser.* Lund: Studentlitteratur.

Berglund, A.L., Claesson, D., & Kröldrup, R. (2006). Quality of Life: young people's interpretation of the concept. *Vård i Norden, 26(3),* 4-8.

Brown, S.A., Williams. K., & Collins, A. (2007). Past and recent deliberate self-harm: emotion and coping strategy differences. *Journal of clinical psychology, 63(9),* 791-803.

Cullberg, J. (2001). *Kris och utveckling.* Stockholm: Natur och kultur.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare.* Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap.* Lund: Studentlitteratur.

Favazza, A. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Lund: Studentlitteratur.

Lindwall, L., Dahlberg, K., & Bergbom, I. (2001). Den talande kroppen – en vårdvetenskaplig studie ur blivande sjuksköterskors livsvärldsperspektiv. *Vård i Norden 4,* 16-20.

Lundh, L.G., Karim, J., & Quilisch, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology, 48,* 33-41.

McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). Nurses` attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing, 40(5),* 578-586.

McCann, T.V., Clark, E., McConnachie, S., & Harvey. I. (2007). Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions. *Journal of Clinical Nursing, 16,* 1704-1711.

Medicinska forskningsrådet. (2003). *MFR-rapport 2. Riktlinjer för etisk värdering av medicinskhumanforskning.* Hämtad från WWW 2009-02-10: http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf

Pålsson, B. (2004). *Vingklippt ängel.* Stockholm: Forum.

Pålsson, B. (2008). *Känn pulsen slå.* Stockholm: Forum.

Rasmussen, S.A., O`Connor, R.C., & Brodie, D. (2008). The Role of Perfectionism and Autobiographical Memory in a Sample of Parasuicide Patients. *Crisis, 29(2),* 64-72.

Socialstyrelsen. (2004). *Flickor som skadar sig själva. En kartläggning av problemets omfattning och karaktär.* Hämtad från WWW 2009-04-23: http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/36A4E4D7-D3B0-469E-89E4-CEFE839D8EB1/1360/20041071.pdf

Travelbee, J. (2006). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje. 3 opl.* Köpenhamn: Munskgaard.

Välitalo, E. (2008). *Flickan som Gud glömde.* Luleå: E-Net i Luleå AB.

Webb, L. (2002). Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. *Journal of Advanced Nursing 38(3),* 235-244.

Wilstrand, C., Lindgren, B-M., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses´ experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14,* 72-78.

Åkerman, S. (2007). *Zebraflickan.* Västerås: Författarhuset.