

Inledning till Therese Sterners del av rapporten

Lars-Gunnar Lundh

Klinisk erfarenhet ligger långt ner i evidenshierarkin. Men även om klinisk erfarenhet inte kan ligga till grund för några slutsatser om behandlingars effektivitet så är den viktig för förståelse av hur fenomenen (i detta fall självskadebeteende och olika behandlingar av detta) ser ut i den kliniska verkligheten, och kan även vara av stor betydelse för hypotesgenerering vad gäller behandling. Eftersom även forskningsläget vad gäller behandling av självskadebeteende ännu är av det slaget att det inte heller möjliggör några entydiga slutsatser, så har vi bedömt det viktigt vid en kunskapssammanställning inom detta område att inhämta erfarenheter från kliniskt erfarna terapeuter med lång erfarenhet av behandling av personer med självskadebeteende. Leg psykoterapeut Therese Sterner är en sådan person; hon har erfarenhet av 25 års arbete med unga kvinnor med självskadebeteende och omfattande psykiatrisk problematik, och hon är författare till två bokkapitel om behandling av självskadebeteende (Sterner, 2006, 2010). Hon har i följande avsnitt sammanställt sina erfarenheter inom detta område.

Här följer först en kort sammanfattning av innehållet i hennes text, uppdelad under fyra rubriker: (1) differentiering mellan självskadebeteende och självmordsförsök, (2) bemötande, (3) utredning, (4) behandling, och (5) behov av kompetenshöjning och nya behandlingsenheter. På några ställen har innehållet i hennes text relaterats till den föregående forskningsöversikten för att tydliggöra på vilka punkter Sterners erfarenheter konvergerar med slutsatserna från forskningsöversikten, och på vilka punkter de går utöver dessa.

Differentiering mellan självskadebeteende (SSB) och självmordsförsök

Sterner betonar vikten av att skilja mellan självskadebeteende (SSB) och självmordsförsök. SSB har en annan funktion, ett annat syfte, än självmordsförsök, och det är därför av avgörande betydelse att det bemöts och behandlas på ett annat sätt. Inte desto mindre blandas de ofta samman inom vården. Sterner framhåller att det som skiljer SSB från självmordsförsök är att det fyller funktionen av att hantera negativa känslor och tankar samt att kommunicera till omgivningen att man inte mår bra. *Beteendet syftar till att reglera sitt mående till det bättre, inte till att avsluta livet.* Så långt stämmer hennes definition med det amerikanska begreppet ”non-suicidal self-injury” (NSSI). Skillnaderna blir dock tydliga när det gäller den empiriska avgränsningen mellan SSB och självmordsförsök. Medan NSSI främst inkluderar beteenden som innebär att man skadar kroppens yttre (”the surface of the body”) genom att skära sig, bränna sig eller på annat sätt, så inkluderar Sterner utifrån sin kliniska erfarenhet även överdoseringar och andra riskbeteenden. Hon beskriver t.ex. hur många av de flickor hon behandlat har skadat sig utan avsikt att ta livet av sig på mycket farliga sätt, t.ex. genom att strypa sig själva tills de svimmar, ställa sig på tågrälsen, gå på motorvägen, svälja vassa föremål, ta stora mängder tabletter, eller skära sig mycket djupt.

Differentieringen mellan SSB och självmordsförsök kompliceras här av att en del SSB är allvarliga och till och med livshotande, även när de *inte* styrs av en suicidal avsikt – risken

finns att sådana SSB leder till bestående fysiska skador och även till döden trots att det egentliga syftet är emotionsreglering eller kommunikation. Personer som överdoserar i syfte att reglera sitt mående vet ofta hur många tabletter de ska ta och kontaktar omgivningen om de är oroliga över att de tagit för många, men risken finns för att de tar mer än vad som var avsett och inte hinner larma omgivningen. På samma sätt kan en person, som vanligtvis skär sig ytligt, vid andra tillfällen (t.ex. i samband med stark stress, eller drog- och alkoholpåverkan) skära sig djupare och på ställen där det finns risk för förblödning. Inte desto mindre menar Sterner att det är av avgörande betydelse att särskilja sådana beteenden från regelrätta självmordshandlingar för att dessa patienter ska kunna ges rätt behandling.

En ytterligare komplikation som hon tar upp är att avsikten (funktionen) bakom beteendet inte alltid framgår på något enkelt sätt. Dels har självskadande personer ofta svårt att beskriva sina känslor och avsikter i ord. Dels kan de under uppväxten ha lärt sig att vuxna inte lyssnar till deras behov och att det bara är när de gör något drastiskt och ”synligt” som omgivningen reagerar – av den anledningen kan de mer eller mindre automatiskt svara att de ville ta livet av sig trots att den reella avsikten mer var att bli sedd och få hjälp. För att få fram den verkliga avsikten, skriver Sterner, ”krävs en kombination av kompetens om SSB, engagemang, envishet, förmåga att lyssna vad som finns bakom beteendet samt att kunna skapa förtroende och mer tid än ett par samtal”.

Att bemöta självskadebeteende

Therese Sterner beskriver det första mötet som mycket viktigt. Bemötandet bör utmärkas av (1) respektfull nyfikenhet och vilja att lyssna, utan någon dömande attityd, för att få veta mer om självskadebeteendet och för att förstå motiven bakom det utifrån personens perspektiv, kombinerat med (2) en förmåga att behålla lugnet, utan att bli upprörd, irriterad, stressad, rädd eller orolig. Inställningen bör vara att man vill veta mer om beteendet, och inte att man vill ha bort det – behandlaren bör i detta läge inte heller ha några förväntningar om att beteendet ska minska eller upphöra. En lugn och tålmodig inställning av detta slag leder, skriver hon, ”till att man kan få mer korrekt information för att göra en bedömning av beteendets funktioner samt till att en positiv behandlingsprocess som kan ge resultat på lång sikt kan komma igång.”

Här är hon kritisk till en del former av bemötande som förekommer inom vården, som kan ha direkt skadliga effekter. Som exempel nämner hon vårdpersonal som blir irriterade, upprörda eller rädda och vill få bort beteendet så fort som möjligt, bland annat genom övervakning eller olika typer av bestraffningar – reaktioner som försvårar skapandet av en god terapirelation och riskerar att förstärka självskadebeteendet ytterligare. Hon anger på olika ställen i texten åtminstone tre skäl till sådana reaktioner från personalens sida: (1) bristande kunskaper om självskadebeteende; (2) personliga reaktionsmönster hos vårdpersonalen som de behöver komma till klarhet med; och (3) egenskaper hos själva sjukvårdssystemet som innebär att inställningen att SSB snabbt ska reduceras ”är inbyggd i systemet” och leder till att man agerar mer utifrån kortsiktig säkerhet än en långsiktig vilja att förstå självskadebeteendets funktion och de bakomliggande problemen.

Här förespråkar Sterner ett förhållningssätt som innebär ett minimum av övervakning och bestraffning, och att den självskadande individen ses som en person med eget ansvar. I stället för att ge patienten en upplevelse av att vara bevakad av vårdpersonal som har till uppgift att förhindra självskadebeteende, bör patienten ges vetskap om att det finns vårdpersonal tillgänglig som man kan vända sig till och be om hjälp av i stället för att skada sig själv. Risken för självskadebeteende ”ska minimeras men genom andra åtgärder än att ta ansvaret från personen.” Målsättningen ska vara långsiktig och det ska finnas en tolerans för att det kommer att ta tid innan SSB upphör, och att det inte finns några snabba lösningar.

Utredning, diagnostik och analys

Therese Sterner framhåller vikten av korrekt bedömning och diagnostisering, och är kritisk till brister inom vården i detta avseende. Bland annat menar hon att borderline-personlighetsstörning är överdiagnosticerat bland självskadande patienter. Hon hävdar att den grundläggande problematiken hos många av de flickor med svårt SSB som hon behandlat är en autismspektrumstörning ofta i kombination med ADHD; här är det möjligt att hon pekar på samband som ännu inte uppmärksamats tillräckligt i forskningen. För att ställa rätt diagnos menar Sterner att det ofta krävs att man observerar och lär känna klienten över en längre tid, och även inhämtar information från omgivningen – i annat fall är det lätt att t.ex. misstolka autism i kombination med ADHD som borderline-personlighetsstörning eller bipolaritet.

På det behandlingshem där Sterner är verksam ägnar man inte bara betydande tid åt att hitta rätt diagnos utan gör också en grundlig utredning av typ beteendeanalys eller funktionell analys. Utgångspunkten är att även om det ofta finns gemensamma orsaker så är utvecklingen av beteendet alltid individuell och tar tid att analysera, vilket är nödvändigt för att lägga grunden till en framgångsrik behandling. Det grundliga arbetet med beteendeanalysen visar klienten att hon tas på allvar, och bidrar samtidigt till att bygga upp en samarbetsrelation. Inte minst viktigt är att denna analys också presenteras för klienten (vanligtvis skriftligt), så att hon kan ta ställning till den. Sterner skriver att beteendeanalysen bör vara en ”aha-upplevelse” för klienten som hon känner igen sig i, och som också ger henne en ny förståelse för hur problemen utvecklats och varför hon hanterar sina problem som hon gör.

Sterner hävdar att man inom vården ofta alltför snabbt och utifrån ett otillräckligt underlag ställer diagnos och påbörjar behandling, med resultat att det blir inkorrekta diagnoser och en mindre bra behandling. Hon beskriver också erfarenheter av hur långa och grundliga utredningar som hon varit med om att göra ignorerats inom andra delar av vården, samt att diagnoser som ställts utifrån en noggrann utredning plockats bort, utan någon ny kompletterande utredning, och att patienter i stället återfått en borderline-diagnos.

Behandling

Therese Sterner har erfarenhet av att SSB kan minska när klienten känner att det finns ett genuint intresse, engagemang och kompetens hos behandlaren. Behovet av att skada sig för att visa omgivningen hur man mår och få hjälp kan då minska omgående. Samtidigt varnar hon för tron på snabba, enkla lösningar. En framgångsrik behandling kräver utvecklingen av

en långsiktig samarbetsrelation där terapeuten lyssnar, är närvarande i stunden, nyfiken på vad klienten tänker och känner, och får henne att beskriva vad som händer just nu. Längre fram i behandlingen kan man arbeta med färdighetsträning och tillämpning av dessa för att hantera t.ex. ångest. Sterners beskrivning ligger här klart i linje med de slutsatser om vikten av struktur i behandlingen, samt av ett empatiskt-validerande förhållningssätt och ett fokus på emotion och emotionsreglering som drogs utifrån forskningsöversikten i föregående avsnitt.

Även de risker för iatrogena effekter av behandling som uppmärksammats i forskningslitteraturen återkommer i Sterners beskrivning. Hon varnar t.ex. för risken med ”att vara för engagerad på ett omhändertagande sätt”, vilket riskerar att förstärka självskadebeteendet samt att få behandlaren att reagera med trötthet och irritation och slå över i användning av bestraffningsmetoder eller uppgivenhet, vilket ytterligare bekräftar klientens upplevelse av att vara ensam, övergiven och att ingen orkar med henne. Detta är, enligt Sterner, mycket vanligt förekommande.

Sterner påpekar också att självskadande personer ofta har en komplicerad anknytningsprocess, vilket ställer stora krav på att terapeuten kan hantera de känslomässiga problem som kommer fram i den terapeutiska relationen. ”När relationen intensifieras kommer problem i relation till klienten att öka.” De anknytningsmönster klienten har behöver synliggöras i relationen till terapeuten så att de kan medvetandegöras och klienten kan lära sig andra mer funktionella sätt att hantera känslor och relationer. Detta är en stor del av behandlingen. Enligt Sterners erfarenhet är det många behandlare som undviker denna process eftersom det är svårt och krävande att hantera. Att ta sig igenom kriser i den terapeutiska relationen genom att undersöka det som händer mellan terapeut och klient kan så småningom göra att relationen blir stark och att klienten kan lära sig nya strategier för att hantera relationer. Här är beteendeterapeuten Sterner inne på liknande tankegångar som företrädare för MBT och schemafokuserad terapi försöker närma sig med olika strategier som ”mentaliserings av överföringen” (MBT) och ”limited reparenting” (schemafokuserad terapi).

Sterner varnar också för uppfattningen att klienten saknar motivation. Inställningen hos behandlaren måste, skriver hon, vara att ”dessa personer gör så gott de kan, att de vill må bättre men att sätten de har lärt sig att hantera sitt mående på är kortsiktiga och därför inte fungerar långsiktigt”. Det är viktigt att vara klar över att det som kan tolkas som bristande motivation ofta är en rädsla för att lämna trygga men destruktiva strategier, samt en inställning att smärtan och lidandet ska försvinna snabbt och utan några större ansträngningar.

Bland mycket annat pekar Sterner också på det kontraproduktiva i terapeutiska attityder av typ ”jag vet vad som är bäst för dig, gör som jag säger så blir det bra”. Klienten behöver, skriver hon, arbeta i riktning mot egna målsättningar, men behöver hjälp med att ta fram dessa. ”Klienterna har någonstans mål och vetskap vad de vill göra med sina liv. En stor del av terapin handlar om att hjälpa klienten att medvetandegöra och tydliggöra hennes livsvärderingar och mål och rikta in behandlingen mot dessa.” Detta ligger nära det arbeta med ”värderade riktningar i livet” som ingår i den avslutande fasen av Kim Gratz Emotion Regulation Group Therapy (se ovan).

Även det behov av en tydlig och förutsägbar struktur för terapin som nämndes i föregående avsnitt finns med som en självklar del i Sterners beskrivning. Det terapeutiska förhållningssätten måste, skriver hon, präglas av tydliga ramar och struktur och av att våga ställa krav och ge ansvaret till klienten. ”Att ha byggt upp en relation innebär att jag som terapeut kan vara tydlig, sätta gränser och även att jag kan använda mig av mina känslor för att på ett tydligt sätt visa henne att de sätt hon påverkar mig inte är acceptabla. Jag har många gånger agerat med tydlighet och visat hur jag reagerar känslomässigt på de sätt klienten hanterat mig. Klienten har då börjat förstå hur hon påverkar mig och sin omgivning och kommit till insikt om att hon måste förändra sina dysfunktionella beteenden. Detta har enbart varit möjligt på grund av att jag haft en mycket god relation med henne.”

Behov av kompetenshöjning och nya behandlingsenheter

Sterner beskriver sin erfarenhet av att ”flertalet av de unga kvinnor jag möter har försämrats inom vården på grund av ett invaliderande bemötande, felaktiga diagnosticeringar och behandlingar. De hade inte behövt bli så dåliga som de tyvärr har blivit.” Till problemen hör bristande kompetens vad gäller bemötande, utredning och behandling, samt bristande kontinuitet vad gäller behandlande läkare, psykologer och terapeuter (t.ex. i form av övergången från BUP till vuxenpsykiatri vid 18 års ålder).

För att åtgärda situationen föreslår hon en satsning på utbildning och kompetenshöjning vad gäller såväl bemötande som utredning och behandling, samt skapandet av nya typer av behandlingsenheter som är uppbyggda och organiserade på ett annat sätt än idag. Hon tänker sig mindre enheter med inriktning på omfattande funktionsutredning, beteendeanalys, samt evidensbaserad screening och behandling, där det också finns möjligheter till sysselsättning och stimulans för klienterna. Av väsentlig betydelse är kontinuitet i behandlingen, och att behandlande läkare, psykologer, terapeuter och handledare ska finnas till hands i det dagliga arbetet. Behovet av kompetenshöjning gäller även skola och hälsovård, så att den personal som först möter självskadande ungdomar kan ge dem ett bra bemötande och vet vart de ska vända sig för vidare hjälp.

Referenser

Sterner, T. (2006) Självskadande beteende. I L. G. Öst (red), *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur.

Sterner, T. (2010). Självskadande beteende. I L. G. Öst (red), *KBT inom barn- och ungdomspsykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur.

ORANA AB

Behandling av Självskadande beteende hos unga kvinnor

Samlade erfarenheter av 25 års arbete med unga kvinnor med självskadebeteende och omfattande psykiatrisk problematik

Therese Sterner

2012-07-15

Författaren är leg. psykoterapeut och handledare i psykoterapi och har under många år arbetat med svårt självskadande unga kvinnor. Syftet med detta dokument är att utifrån egen erfarenhet beskriva hur unga kvinnor med självskadebeteende och svår psykiatrisk problematik bör bemötas och hur deras problematik ska analyseras och behandlas. Förslag på åtgärder innehåller b.la. utbildning vad gäller bemötande, beteende analys, utredning, behandling, diagnosticering samt omorganisation av utredande och behandlande enheter.

Innehåll

Inledning.....	3
Bakgrund	3
Definition av självskadebeteende	8
Hur särskilja självskadebeteende från självmordsförsök?	8
Vikten av så korrekt diagnosticering som möjligt.	8
Konsekvenser av att bemöta SSB som självmordsförsök.....	8
Orsaker till självskadebeteende	14
Bemötande av självskadande beteende och betydelsen av att skapa en förtroendefull relation.	16
Åtgärder och behandling av allvarliga och riskfyllda självskadebeteenden.....	17
Bemötande	19
Motivation	22
Manipulation	23
Personalsplittring	24
Beteendeanalys/Problemanalys.....	24
”Behandlarfallgropar”	26
Diagnosticering, neuropsykiatrisk utredning, funktionsbeskrivning.....	27
Vikten av att familj och nätverk är delaktiga i behandlingen.....	31
Utslussning från behandlingshem samt vidmakthållande av de framsteg som gjorts – hur ska detta gå till på mest lämpliga sätt?	32
Förslag på åtgärder för att förbättra vård och behandling av Självskadande klienter med svår psykisk problematik.	34

Inledning

Avsikten med detta uppdrag är att utifrån egna erfarenheter beskriva vad som fungerar och vad som inte fungerar i vården och behandlingen av självskadande unga kvinnor. Jag kommer även att utifrån sammanfattande slutsatser ge förslag till vilka förändringar som krävs för att dessa klienter ska erhålla en mer adekvat vård och behandling.

Jag är mycket tacksam för att ha fått detta uppdrag då jag länge upplevt att kommuner och landsting i många fall saknar kompetens och de resurser som behövs för att kunna behandla och stödja dessa klienter på det sätt de behöver.

Eftersom mycket av det jag skriver och har åsikter om kommer från egna erfarenheter anser jag det vara viktigt att först beskriva varifrån jag hämtar mina kunskaper.

Bakgrund

Här följer en presentation av mig själv, min teoretiska inriktning, utbildning och yrkesmässiga erfarenhet.

Jag läste psykologi på Uppsala universitet åren 1982-86 och genomförde samtidigt min steg I-utbildning i kognitiv beteendeterapi (KBT). Jag gjorde min praktik med psykiskt funktionshandikappade barn och ungdomar under handledning av en KBT-psykolog och jag fortsatte att vikariera där under min utbildningstid i Uppsala. Jag lärde mig då grunderna i beteendeanalys och hur viktigt det är att analysera funktionen av ett problembeteende i dess kontext för att förstå och behandla det. Jag kom i kontakt med självskadebeteende (hädanefter förkortat SSB) då flertalet av dessa barn och ungdomar skadade sig själva. Jag lärde mig att bemöta SSB och andra utagerande och självdestruktiva beteenden på ett lugnt och tålmodigt sätt samt att observera hur dessa beteenden påverkade omgivningen. Jag lade märke till hur de som vårdade ungdomarna omedvetet och pga. okunskap genom sitt förhållningssätt förstärkte beteendet. De som arbetade med ungdomarna blev irriterade och upprörda, ibland rädda och ville få bort beteendet så fort som möjligt vilket ledde till att de hanterade beteendet med olika former av bestraffningar. Personalen blev trötta och oengagerade vilket påverkade ungdomarna negativt och till att självskadandet ökade! Jag använde mig av beteendeanalys för att förstå funktionen av beteendet och vad som förstärkte det och jag observerade att personalens sätt att bemöta barnen på ledde till ökat SSB, frustration och sämre mående hos alla. Jag fick möjlighet att handleda personalen och lärde dem att istället förstärka annat beteende och att inte försöka förhindra SSB fysiskt och/eller med bestraffningar. Resultatet blev att SSB minskade och både barnen/ungdomarna och personalen mådde bättre. Funktionen av SSB var för dessa barn/ungdomar inte riktigt detsamma som hos de unga kvinnor jag senare arbetade med, men jag lärde mig att observera och analysera beteenden i

dess kontext och att vi kan påverka dessa beteenden i en positiv riktning genom att förändra vårt förhållningssätt. Dessa erfarenheter hade jag senare mycket god nytta av när jag i mitt arbete i slutet på åttiotalet mötte unga kvinnor som självskadade. Jag blev inte rädd och upprörd utan snarare nyfiken; ”varför skadar de sig själva, vad ligger bakom att de börjar skada sig på ett så allvarligt sätt och vilken funktion fyllde det”? Att tänka funktionellt över hur jag själv och andra fungerar fick jag träning i under utbildningen och mitt arbete i Uppsala, sedan dess har jag fortsatt att förkovra mig i beteendeanalys vilket utvecklade mig både som terapeut och person.

Jag och min man som är psykolog och leg psykoterapeut med inriktning KBT träffades i Uppsala under min studietid. Han var då verksam som psykolog på Bärby ungdomsvårdsskola och arbetade även som psykolog inom socialtjänsten. Han uttryckte ofta en känsla av otillräcklighet inom sitt arbete med dessa ungdomar. Eftersom vi båda hade ett stort intresse och engagemang för att arbeta med unga människor och även ett djurintresse köpte vi en gård i Skåne 1986. Syftet var att bygga upp en behandlingsverksamhet för ungdomar med psykisk problematik och att ha djur som en del i sysselsättningen på gården. Vi såg hur stort behovet var och att den psykiatriska och sociala vården oftast inte räckte till. Vi startade verksamheten som ett HVB hem januari 1987 och de första två pojkarna kom samtidigt. Vi hade från början 4 platser för både flickor och pojkar. Vi bodde i verksamheten tillsammans med våra barn fram till år 2000 då vi flyttade därifrån. Vi kände att det i längden var för tröttsamt att ha sitt hem som arbetsplats. De ungdomar som kom till oss fick även svårare och svårare psykiatrisk problematik. Ingen av oss skulle dock ha velat ha dessa åren ogjorda då det har gett oss en unik erfarenhet och kunskap som vi inte skulle ha kunnat få på något annat sätt. Verksamheten har utökats successivt under åren till att idag bestå av två enheter med plats för totalt 16 (samt 6 utslussplatser och fritt antal eftervårdsplatser) unga kvinnor i åldrarna 15-25 år med psykiatrisk problematik (se www.orana.se). Sedan 1993 har vi enbart flickor placerade pga. att det var svårt att hantera flickor och pojkar samtidigt och vi såg även att behovet av vård och behandling för unga kvinnor med självskadabeteende och psykisk problematik var mycket stort.

Våra platser har under åren alltid varit fullbelagda och behovet av kvalificerad behandling för unga kvinnor med självskadabeteende och multimodal psykisk problematik har varit och är fortfarande stort. Vi kom tidigt i kontakt med flickor som självskadade och det har blivit mer vanligt. Den första flickan som var placerad hos oss och som självskadade var i slutet på åttiotalet. Det fanns då ingen generell kunskap om detta beteende i Sverige förutom hos funktionshandikappade. Det fanns inte mycket litteratur att söka inom området, ingen beskriven behandlingsmetod och mycket få personer som kunde ge oss handledning. Vi var utbildade inom KBT och förlitade oss därför på beteendeanalysen för att förstå bakomliggande orsaker och funktionen av beteendet. Beteendeanalysen gav oss riktlinjer för hur vi skulle behandla SSB och de bakomliggande problemen. Vi lärde oss att detta var ett beteende som dessa personer slumpmässigt lärt sig i desperation över hur de mådde och att det var både ångestreducerande och kommunikativt. Beteendeanalysen visade att flertalet av dessa flickor var svårt traumatiserade och även att de saknade färdigheter att hantera känslor, relationer, hade en mycket negativ uppfattning om sig själva, saknade tillit till vuxna och omvärlden och att de inte kunde kommunicera om sitt mående så att de blev förstådda. Detta grundade sig även i att de tidigare blivit felaktigt bemötta. Då fanns inte Internet och de hade inte börjat skada sig genom att ha kontakt med andra självskadade på samma sätt som numera är mer vanligt förekommande.

De flickor vi hade placerade var svårt traumatiserade och de självskadade för att hantera ångest, flashbacks, för att straffa sig själva på olika sätt och för att kommunicera med omgivningen om att de hade det svårt. Vi har aldrig haft någon pojke som självskadat (vi slutade med pojkar tidigt och det är säkert därför). Med åren har antalet placerade flickor med självskadebeteende ökat kraftigt. I mitten på nittiotalet fick vi två svårt traumatiserade flickor med mycket allvarligt SSB placerade hos oss. Bägge flickorna skar sig så illa att nerver skadades och armarna var total förstörda. De överdoserade även tableter. Den ena av flickorna finns beskriven som en fallbeskrivning i det kapitel jag skrivit i "KBT inom psykiatri" (Sterners, 2006). Dessa unga kvinnor lärde oss mycket om vad som fungerar och vad som inte fungerar i bemötande och behandling av SSB. Vi lärde oss vikten av att noggrant analysera funktionen av beteendet samt att göra en omfattande beteendeanalys för att förstå de bakomliggande orsakerna till beteendet. Båda flickorna kom från långvarig slutenvård på Bup kliniker och behandlingen för deras SSB hade dessförinnan bestått av medicinering och övervakning. De förhindrades att självskada av personalen och det hade varit ofta förekommande med fasthållning, bältesläggning, genomsökning och kontroll av deras saker på rummet. Allt som de kunde skada sig med plockades bort och ansvaret för deras SSB överfördes till behandlare och vårdare. Personalen var mer övervakare än behandlare och detta skapade en "vi och dem" inställning mellan de inlagda och personalen. Det skapade även en konkurrens situation emellan de barn och ungdomar som var inskrivna. Eftersom personalen skulle ansvara för att de inte skadade sig fick de som skadade sig mer uppmärksamhet och stöd av personal. Detta ledde till ökat självskadebeteende och smittoeffekter bland de inlagda barnen och ungdomarna. I samtalen beskrev flickorna att de lärt sig på Bup hur de skulle gömma rakblad och olika sätt att skada sig på utan personalens vetskap. De beskrev att det var på Bup de verkligen befäste sitt SSB och att SSB där blev mer allvarligt. Syftet var att de skulle minska sitt SSB men effekten blev den motsatta! De benämnde det som en "katt och råttas lek" som även fyllde funktionen av att fly och undvika att tänka på sina problem. Under denna period skapade Bup genom sina behandlingsmetoder starka smittoeffekter av SSB och att SSB hos dessa unga befästes och ökade. Orsaken till att vi förstod dessa samband och hur det påverkade flickorna var att vi analyserade problemen funktionellt och rättade bemötandet och behandlingsmetoderna efter vad analysen visade. Detta var innan KBT och dialektisk beteendeterapi (DBT) mer erkändes och accepterades som effektiva behandlingsmetoder i Sverige. Flickorna kände sig även missförstådda, hopplösa, trodde inte på att de någonsin skulle få hjälp och de hade ingen tillit till vården och de personer som skulle hjälpa dem.

Vi sökte kunskaper om beteendet framför allt genom att lyssna på vad flickorna hade att berätta samt observationer i vardagen, provade oss fram för att se vad som fungerade och vad som inte fungerade. Vi märkte att vårt sätt att bemöta och behandla SSB skilde sig mot vården i övrigt där behandlingen mest bestod av att försöka förhindra det, göra kontrakt, bestraffa SSB och medicinera. Självskadande personer ansågs som svåra och "jobbiga". Vi såg att detta bemötande ledde till försämring och stigmatisering och vi utvecklade utifrån beteendeanalys individuella behandlingar. Vi gav ansvaret för SSB till flickorna själva och i kombination med ett engagerat och accepterande förhållningssätt samt KBT behandling av de bakomliggande problemen märkte vi att deras SSB minskade avsevärt. Vi fick goda resultat och flickorna sa att de för första gången kände sig förstådda och tagna på allvar.

Vi fick dock strida för detta sätt att bemöta beteendet pga. att både psykiatri och anhöriga ansåg att vi borde förhindra och kontrollera SSB mer än vad vi gjorde. De kunde inte förstå varför vi inte

hade knivar inlåsta och varför vi inte genomsökte väskor och flickornas rum! Detta förhållningsätt har under senare år lyckligtvis minskat i takt med att det kommit mer forskning och kunskaper om funktioner av SSB samt mer effektiva behandlingsmetoder. Tyvärr lever detta förhållningsättet på vissa håll inom vården kvar. De förhållningsätt och behandlingsmetoder vi utvecklade är nu mer allmänt vedertagna och accepterade. Nu finns forskningsstudier och flertalet böcker om SSB som beskriver vikten av ett accepterande och engagerat bemötande samt att beteendet ska analyseras funktionellt i dess kontext för att kunna behandlas.

Erfarenheten av att under många år ha bott och levt tillsammans med ungdomar med svåra SSB, självmordsförsök, ätstörningar, ångeststörningar, PTSD, relationsproblem, personlighetstörningar, psykosor, utagerande beteende, drogmissbruk, neuropsykiatriska störningar såsom ADHD och autism m.m. har gett mig en ovärderlig kunskap och förståelse för hur man ska bemöta dem och vikten av att jag till fullo behöver förstå den person jag ska behandla.

Jag har lärt mig vad som fungerar och vad som inte fungerar och hur viktigt det är att hela tiden söka ny kunskap och använda sig själv som ett redskap i behandlingen.

Jag har genom åren lärt mig mycket om mig själv genom mitt arbete med dessa flickor och hur viktigt det är att hela tiden funktionellt analysera sig själv i förhållande till den person jag relaterar till. Personer med SSB har oftast svårigheter i nära relationer som grundar sig i trauma och olika former av negligerande. De psykoanalytiska termerna överföring och motöverföring är väl kända för oss, men vi benämner det inte med dessa termer. Vi analyserar dessa beteenden funktionellt och utifrån inlärningsteoretisk grund. Beteenden som i barndomen ger bekräftelse, närhet, beskydd, trygghet och tillgodoser våra grundläggande behov ytttrar sig senare som omedvetna beteendemönster i relation till omgivningen. Dessa beteenden visar sig i relationen till mig som behandlare och behöver i de fall de är dysfunktionella, medvetandegöras. Detta är en stor del i behandlingen av personer med SSB. I texten nedan benämner jag det som relations och anknytningsproblem.

Att ständigt söka ny kunskap har alltid varit viktigt och nödvändigt för mig. 1998-99 gick jag en utbildning som Linköpings Universitet anordnade om symtom och behandling av sexuella övergrepp. Jag gjorde som uppsats en sammanfattning och svensk översättning av boken; "Treating Sexually Abused Children and their Nonaffending Parents" (Deblinger & Heflin, 1996). Denna behandlings manual har jag haft mycket god nytta av i arbetet med de flickor och deras anhöriga som varit utsatta för sexuella övergrepp. Jag gick specialistutbildningen i KBT (steg II) 1999-2002 och gjorde då en litteraturstudie och fallbeskrivning inom området SSB. Jag utgick då ifrån det som beskrivs som "Deliberate Self -harm Syndrome" (DSH) definierat och beskrivet av Favazza, 1998 och Pattison & Kahan, 1983.

Frågeställningarna var:

- Epidemiologiska faktorer bakom DSH, skillnader i ålder och kön, debutålder.
- Vad utlöser att man börjar skada sig själv?
- Finns sambandsfaktorer i uppväxt, miljö, familjebakgrund och DSH?

- Finns det gemensamma psykiska faktorer som har samband med det självskadande beteendet? Finns det andra psykiska problem/diagnoser som är vanligt förekommande hos personer med DSH?
- Vilka yttre och inre faktorer vidmakthåller det självskadande beteendet?
- Finns det behandlingar som är effektiva och som kan rekommenderas?

Jag gjorde en sammanställning av den kunskap som fanns inom området och en modell för att förstå hur beteendet kan utvecklas och vidmakthållas. (se uppsats vid specialistutbildningen i KBT i Växjö HT 2002). Sedan dess har mycket mera forskning bedrivits inom området och nya kunskaper har därigenom utvecklats.

Under min steg II utbildning läste vi DBT och Linehans (1993) bok "CBT Treatment for Borderline Personality Disorder" ingick i kurslitteraturen. Det var med stor glädje som jag lärde mig DBT. Det Linehan skrev om bemötande av SSB, vikten av funktionell analys och hur behandlingen var upplagd kände jag igen i det vi själva utvecklat i våra behandlingar. Linehan är beteendeterapeut och grundar sin behandlingsmodell på inlärningsteori vilket naturligtvis låg till grund för att vi förstod hur behandlingsmetoderna var utformade. Vi fick bekräftat att vi tänkte och gjorde "rätt" i behandlingen av våra SSB klienter och det var nu mycket mera accepterat i Sverige att arbeta utifrån en inlärningsteoretisk grund. Jag fick även bekräftat det vi länge ansett; att EIPS (Emotionell Instabil Personlighetsstörning även kallat Borderline Personlighets Störning) var överdiagnostiserat och att långt ifrån alla personer med SSB har EIPS. Jag kommer att i texten återkomma till en mer korrekt diagnosticering av personer med SSB. De flesta personer vi har behandlat har *inte* haft EIPS även om de ofta haft den diagnosen när de blivit placerade. Enligt vår erfarenhet har många unga kvinnor med SSB andra diagnoser. Det är vanligt i kombination med t.ex. social fobi, depression, Post Traumatisk Stressyndrom (PTSD) och ätstörning. Många har Asperger syndrom i kombination med ADHD. Detta finns inte så väl beskrivet i litteraturen och än så länge finns ej heller någon större kunskap om korrekt diagnosticering och framför allt ingen behandling av flickor med autismspektrumstörning och SSB.

Jag har fortsatt att kontinuerligt söka nya kunskaper och hålla mig a jour med den forskning som nu ökar inom området. Vi åker på workshops och föreläsningar kontinuerligt och vi har även utbildat oss inom det neuropsykiatriska området. Vi har skaffat oss kompetens att utreda och behandla neuropsykiatriska störningar, detta har varit mycket viktigt då vi sista 7-8 åren får allt fler unga kvinnor med kognitiva funktionshandikapp. Dessa är oftast inte diagnosticerade när de kommer till oss. Vi gör omfattande funktionsbeskrivningar utifrån vardagsobservationer och vi ser därför deras svårigheter ganska snabbt och kan då initiera en utredning. Vi har varit på flertalet kongresser i USA och jag har där bl.a. gått en flerdagars utbildning av Marsha Linehan. Jag har i USA kommit i kontakt med Nock och Prinstein och tagit del av deras forskning om självskadebeteendets funktioner. Jag har även gått en intensiv utbildning under en vecka för Edna B. Foa som är en av världens främsta terapeuter, forskare och författare inom KBT behandling av PTSD.

Jag fick även förtroendet att skriva om självskadebeteende i Lars Göran Östs två böcker, KBT inom psykiatri (2006) och KBT inom barn och ungdomspsykiatri (2010).

Jag föreläser på psykoterapi och psykologutbildningar samt för andra som arbetar med SSB och PTSD. Att föreläsa och skriva i fackböcker gör att jag hela tiden försöker bredda och förnya mina kunskaper.

Jag har gått Beteende Terapeutiska Föreningens handledarutbildning och handleder förutom på våra enheter även på steg I och Steg II utbildningar.

Jag tar del av andra teorier och behandlingsmetoder såsom ACT (Acceptance and Commitment Therapy), DBT, Motiverande samtal, Functional Analytic Psychotherapy samt Anknnytningsteori. Jag har införlivat dessa i mitt sätt att arbeta med svårt självskadande unga kvinnor för att bättre förstå, bemöta och behandla dem.

Nedanstående text ska ses som en sammanfattning av de kunskaper och erfarenheter jag har och inte som en utförlig behandlingsmanual. Jag kommer inte att beskriva SSB:s alla olika funktioner och dess behandling . För detta ändamål hänvisar jag till det jag skrivit innan och till en förhoppningsvis kommande bok i ämnet!

I denna text skriver jag om det som jag anser vara de viktigaste delarna och grunden för behandlingen av svårt självskadande unga kvinnor; hur vi definierar SSB och skillnader jämfört med självmord, hur vi bäst bemöter personer med SSB, den terapeutiska relationen, terapeut färdigheter, beteendeanalys, diagnosticering, vikten av individuellt upplagd behandling samt de svårigheter som finns med att behandla dessa personer och hur vi ska hantera dessa.

Jag avslutar med att ge förslag till åtgärder för att förbättra vården och behandlingen av personer med SSB och psykiatrisk problematik.

Jag kommer inte att skriva ut referenser (även om sådana finns för det som jag skriver om) då övriga i detta projekt kommer att sammanfatta stora delar av forskningen och den litteratur som finns inom området. I min uppsats och i de kapitel jag skrivit finns en mängd referenser som jag även hänvisar till.

Det finns dock två författare (förutom Marsha Linehan som är välkänd inom området) som jag vill rekommendera och som beskriver behandlingen och bemötandet av svårt självskadande personer på ett likvärdigt sätt som jag gör och dessa är:

TreatingSelf – Injury, Barent W.Walsh, 2006.

Adolescent Self- Injury, Amelio A. D` Onofrio, 2007.

Definition av självskadebeteende .

Hur särskilja självskadebeteende från självmordsförsök?

Vikten av så korrekt diagnosticering som möjligt.

Konsekvenser av att bemöta SSB som självmordsförsök.

För att kunna förstå och behandla SSB behövs en gemensam och tydlig benämning och definition av beteendet. I den internationella litteraturen har SSB under många år benämnts på flera olika sätt och ofta med en koppling till självmord. Ordet *parasuicidal behaviour* har t.ex. frekvent använts vilket har lett till svårigheter att förstå beteendets funktioner och till sammanblandning med självmordsförsök.

Under senare år har en gemensam benämning för beteendet börjat att användas inom forskningen och i litteraturen och man betonar att SSB *inte* ska sammanblandas med självmordsförsök. Beteendet benämns som "*self- Injury*", dvs självskadande beteende.

Den mer internationellt erkända definitionen som nu används är: " Självskadabeteende är en avsiktlig, självförvårdad mindre allvarlig form av kroppsskada som inte är accepterad i sociala sammanhang, vilken utförs för att reducera psykologisk stress"(Walsh 2006). *Min översättning.*

Det är numera allmänt vedertaget att SSB inte är ett sätt att försöka ta livet av sig utan att det fyller funktionen av att hantera negativa känslor och tankar samt att kommunicera till omgivningen att man inte mår bra . *Beteendet syftar till att reglera sitt mående till det bättre, inte till att avsluta livet.*

I nya DSM-5 finns ett förslag på benämning och definition. Benämningen är *Non-Suicidal Selfinjury*. Om jag förstått definitionen rätt är innebörden ungefär densamma som i Walshs definition. De lägger dock till kriterie E; att det ska vara uttalat av klienten att det inte finns någon avsikt att dö eller att hon/han har lärt sig genom att ha utfört beteendet många gånger att det inte leder till döden.

Simeon och Favazza (2001) har klassificerat och definierat SSB och delar upp det i fyra olika grupper för att beteendet bättre ska förstås och kunna behandlas. Även Connors (1996) delar in olika förekommande SSB i fyra olika förekommande kategorier. Det SSB som vi avser här är enligt Simeon & Favazza ett impulsivt självskade beteende som avgränsas från indirekta, mer långsamma SSB (svälta sig, ta droger, överkonsumera alkohol, missköta sin kropp så den tar skada på lång sikt) samt från Stereotypa som är vanligt hos förståndshandikappade. Det avgränsas även från *Major Self-Injurious Behaviours* som avser mer dramatiska SSB såsom att kastrera sig själv, amputera kroppsdelar, trycka in ögon, dessa är mer vanligt förekommande vid psykos. Beteendet är även avgränsat från så kallat tvångsmässigt SSB som är vanligt vid tvångssyndrom, t.ex. tricotillomani, även nagelbitning eller skrapa och plocka i sitt skinn ingår i denna grupp.

Simeon & Favazza föreslår två undergrupper av impulsiva självskadare; de som självskadar ibland och inte så frekvent (episodiska) och de som gör det frekvent och vanemässigt. De senare kan utveckla ett beroende av det och det kallas även för *Deliberate Self-harm Syndrome* (Favazza, 1998; Pattison & Kahan, 1983).

De personer med SSB jag har behandlat är inom *båda grupperna av impulsiva självskadare*. De har som regel även mer indirekta former av att skada sig själva såsom ätstörningar, drogmissbruk, röka för mycket, dricka alkohol, etc. De missköter sin hälsa vilket leder till skada och sjukdom på längre sikt. De utsätter sig för fara och risker på olika sätt, t.ex. genom oskyddat och våldsamt sex, missköta sin diabetes eller någon annan sjukdom. Det kan även förekomma mer tvångsmässiga SSB som att dra loss hår, skrapa och plocka i skinnen och i sår. De flickor som har autismstörning och SSB blandar

impulsivt SSB med tvångsmässiga beteenden. Många av de flickor jag har träffat självskadar utan avsikten att ta livet av sig på mycket farliga sätt, t.ex. genom att strypa sig själva tills de svimmar, ställa sig på tågrälsen, gå på motorvägen, svälja vassa föremål, ta stora mängder tabletter, skära sig mycket djupt.

För att förstå alla dessa olika former av självskadebeteenden och lägga upp en individuell behandling behöver det göras en omfattande beteendeanalys. SSB har många olika funktioner och det kan vara komplicerat och ta lång tid att förstå funktionen och den bakomliggande problematiken.

Kategoriseringar och indelningar blir mindre intressant, *det är funktionen av varje enskilt beteende som är viktigt.*

Enligt min erfarenhet är inte heller Walshs definition fullständig. Många SSB är allvarliga och gränsar till självmords handlingar och tolkas därför som det trots att detta inte varit avsikten. Om den person som gör bedömningen inte har kunskaper om SSB och dess funktioner och heller ej ger sig tid och har den kompetens som krävs för att få information av personen om avsikten med beteendet är risken stor för feldiagnosticering och därmed felbehandling.

Definitionen blir alltför snäv då SSB som kan ge allvarlig fysisk skada och där det föreligger en risk för självmord inte ingår. Det betyder att t.ex. överdosera tabletter, strypa sig, skära sig djupt, ställa sig på tågrälsen med funktionen att reducera ångest och kommunicera om sitt lidande automatiskt inte definieras som ett SSB och istället tolkas och bemöts som ett självmordsbeteende. *Självordsförsök och SSB har skilda funktioner och avsikter och ska bemötas och behandlas på helt olika sätt.*

DSM-5 definitionen är något vidare men där står att personen ska veta, eller ha lärt sig genom upprepade handlingar att beteendet inte leder till döden. Hur ska då de första gångerna som individen utför beteendet definieras om hon inte ännu lärt sig genom upprepade handlingar att det inte ledde till döden? När ska en person anses vara medveten om konsekvenserna av SSB? Hur många gånger ska beteendet upprepas för att en person ska sägas ha lärt sig och då vara medveten om funktionen? Hur ska vi definiera de beteenden där klienten säger att det var ett självmordförsök fast det inte var det (vilket är vanligt förekommande)? Det kan vara så att första gången en person självskadar är det en desperat, impulsiv handling med avsikt att ta livet av sig men det kan lika gärna vara en handling som inte har den avsikten. Hur ska vi definiera de SSB som personen utför och som av en slump och olyckshändelse blir mycket allvarliga och kan leda till döden? Dessa klienter vet inte alltid vad de gör, de är irrationella och handlar i impuls och många gånger under drog och alkoholpåverkan.

Följden av detta kan bli att många SSB bemöts och behandlas som att personen försöker att ta sitt liv. Flertalet SSB kan gränsa till allvarliga fysiska men, t.ex. att skära sig så djupt att senor och nerver skadas, svälja vassa föremål, bränna sig så mycket att det innebär lång läkningstid och infektionsrisk, att strypa sig i ångestreducerande syfte kan leda till hjärnskador och döden. Att ta tabletter med avsikt att sova och slippa allt jobbigt kan leda till fysiska skador och till döden utan att det var avsikten. En person som annars skär sig ytligt kan under stark stress, drog och alkoholpåverkan skära sig djupare och på ställen där det finns risk för förblödning. Så ja, risken finns att SSB leder till men för livet och även till döden. Men det är likväldigt ett SSB därför att personen *inte hade för avsikt att ta sitt liv!*

De flickor vi behandlat som haft svår SSB problematik har i de flesta fall flertalet gånger skadat sig allvarligt och/ eller riskerat sina liv.

Jag menar att definitionen av SSB ska vara: alla självskadande och andra riskfyllda beteenden som fyller funktionen av att reglera sitt psykiska mående till det bättre, dvs. att reducera olika former av psykologisk stress samt att kommunicera till omgivningen om hur man mår är ett SSB oavsett om de innebär risk för allvarlig skada och/eller död.

Detta innebär givetvis att man mer noggrant måste ta reda på beteendets funktioner innan det definieras som SSB eller självmordsförsök.

Om den definitionen användes och fler hade kompetens att bedöma funktionen med beteendet skulle statistiken för självmordsförsök minska avsevärt. Det skulle även leda till bättre behandlingar och färre självmord.

Varför definieras ett beteende som ett självmordsförsök om avsikten inte är att dö? - Bedömningen av handlingen grundas mer på att *risken finns* att personen dör eller att hon/han tar allvarlig skada av sitt beteende. Man stannar där och går därmed inte vidare i att undersöka avsikten närmare.

Självmordsförsök är att till hundra procent ha bestämt sig för att avsluta sitt liv och misslyckats med detta.

Det finns stora skillnader i tillvägagångssätt mellan SSB och verkliga självmordsförsök.

Självskadare utför beteendet oftare och tillvägagångssätten innebär mindre risk att dö på. De flesta som tar livet av sig gör det på sätt som direkt kommer att leda till döden; dvs. att skjuta sig, hänga sig, dränka sig, hoppa från höga höjder och ta stora överdoser. Personer som vill ta livet av sig gör det inte många gånger, de ser till att inte misslyckas. *Om de misslyckas mår de dåligt efteråt, självskadare mår tillfälligt bättre .*

De självskadare som överdoserar med funktionen att reglera sitt mående vet hur många tabletter de ska ta och de tar oftast kontakt med omgivningen på något sätt om de är oroliga över att de tagit för många eller känner att de tappar kontrollen. De kan givetvis råka ta mer än avsett och inte hinna larma omgivningen.

Jag har mött många personer som enligt journaler har gjort allvarliga självmordsförsök. De flesta av dessa personer har i samtal beskrivit det som ett sätt att hantera sitt mående på och att de inte helt och fullt ville ta livet av sig. En del beskriver att det var en impuls och slumpmässigt och att det inte var avsiktligt att de var nära döden. Ytterst få av dem har varit helt bestämda att de skulle ta livet av sig.

Min övertygelse utifrån erfarenhet och forskning är att personer med SSB inte har för avsikt att ta livet av sig men att det givetvis finns en risk eftersom de är självdestruktiva, impulsiva och de kan därför utan att det var avsiktligt ta för många tabletter eller dra åt snaran runt halsen för hårt. De kan även i impuls och i kraftig känsla i stunden vilja ta livet av sig. När en person är i en kris, är ensam, är alkohol och drogpåverkad och inte har någon som hon kan prata med som lyssnar och bemöter på

ett professionellt sätt, kan denna situation utgöra en risk för självmord. Detta måste man alltid ta i beaktande.

Det är svårt att i ett fåtal samtal och utan att ha en djupare relation till personen få fram korrekt information om avsikten med beteendet. Självskadande personen har oftast sedan tidigare svårt att sätta ord på sitt mående och förklara orsaker till sitt beteende. Många självskadare har lärt sig under uppväxten att vuxna inte lyssnar till deras behov och att det bara är när de gör något drastiskt och ”synligt” som omgivningen reagerar. De kan därför automatiserat svara att de ville ta livet av sig fast funktionen mer är att bli sedd och få hjälp, oavsett hur hjälpen ser ut, bara någon bryr sig om dem. Avsikten med SSB och självmordsförsök kan man få fram men det krävs en kombination av kompetens om SSB, engagemang, envishet, förmåga att lyssna vad som finns bakom beteendet samt, att kunna skapa förtroende och mer tid än ett par samtal.

Det vi vet med säkerhet utifrån forskning och erfarenhet är att personer med ett SSB som inte får adekvat hjälp med de bakomliggande problemen löper större risk att senare ta livet av sig. Det betyder att det finns ett stort ”moment 22” i behandlingen av självskadande personer. *Tar vi ansvaret för deras liv och handlingar och därmed bemöter dem som suicidala blir de missförstådda, vi skapar ingen tillitsfull relation med dem, SSB ökar och även risken för sjukdomsidentitet och att övriga psykiska svårigheter kompliceras och befästs. Därmed kommer det att finnas en reell risk för självmord längre fram.*

Läkare, psykologer och andra professionella som arbetar med denna grupp står inför svåra bedömningar. Hur ska vi gå tillväga för att göra så korrekta diagnosticeringar och bedömningar som möjligt?

- Första mötet oerhört viktigt. Ett bemötande där det finns kompetens, viljan att vilja veta mer om beteendet, vad som döljer sig bakom beteendet, att lyssna, vara lugn och helt fri från känslor som att vara upprörd, irriterad, stressad, orolig. Förmågan att inge förtroende, vilja och engagemang att förstå motiven till beteendet utifrån personens perspektiv - ingen dömande attityd.
- Det krävs tid för att göra en så korrekt bedömning som möjligt. 20-30 minuters samtal räcker inte. Hämta in information även från omgivningen för att göra en så bred bedömning som möjligt.
- Kunskaper i vad som skiljer självmordsförsök från SSB.
- Att det finns många fler läkare, psykologer och terapeuter med kompetens inom detta område så att självskadande (och suicidala) personer direkt, utan långa väntetider kan få professionell behandling.
- Öka kunskapen inom skola och hälsovård så att de personer som först möter dessa personer ger dem korrekt bemötande och även vet vart de ska vända sig om de möter någon med SSB. *Icke professionella ska inte försöka att behandla självskadande personer!*

Att behandla en person som är suicidal innebär b.l.a. att hon inte ska vara ensam och övervakas tills krisen har gått över. En person med SSB ska inte tas ifrån ansvaret för sina handlingar. Risken att då istället förstärka beteendet är stor. Inom sjukvården råder en stark rädsla för att personligen få ta ansvaret för att en person självskadar allvarligt eller tar livet av sig. Detta leder till en inställning att man agerar mer utifrån säkerhet och att man vill ha bort beteendet mer än att vilja förstå funktionen

och de bakomliggande problemen. Det blir viktigare att personen inte skadar sig än att ta reda på och behandla de bakomliggande orsakerna. Att ta bort ansvaret för SSB skapar en grogrund till en försämrade allians med de personer som ska behandla personen och hos unga människor finns även en tendens till att vilja göra det som "man inte får". SSB och hot om självmord skapar starka känslor hos omgivningen, framför allt hos närstående. Det är ofta gentemot sina föräldrar som självskadare känner besvikelse, ilska och andra svåra känslor. När anhöriga reagerar starkt känslomässigt blir det en kraftig förstärkare för SSB och hot om självmord. Ungdomen kan finna det tillfredsställande att styra omgivningen med sitt beteende och ju mer ansvar omgivningen tar för beteendet desto mer förstärks det. Många av de personer jag träffat beskriver att funktionen med SSB var från början att det reducerade stress och ångest, men när omgivningen började reagera med rädsla och kontroll blev funktionen även att de kunde styra sin omgivning och att de blev mer sedda. Beteendet trappades upp och ökade. Det betyder att om beteendet är ett SSB och inte självmordsförsök kan detta felaktiga bemötande leda till så kraftiga upptrappningar att SSB blir farligare och mer risktagande. Till slut har det blivit så farligt att det är oerhört viktigt att inte bevaka personen! Jag har lärt känna ett flertal flickor där de beskriver att SSB trappats upp så allvarligt att de blivit LPT omhändertagna och slutligen hamnat inom slutenvården. De känner sig hopplösa och mår allt sämre då de även isoleras från det normala livet. De beskriver att de känt sig missförstådda och desperat sökt efter hjälp men inte känt att de fått någon, därför har de ökat sina SSB och hotat om självmord då det varit deras enda sätt att bli sedda och försöka bli tagna på allvar. Tyvärr är det så att detta leder till en ond cirkel där personen till slut anses som "svårbehandlad, manipulativ och hopplös" och då ofta blir mer övervakad, felaktigt bemött och ges mer mediciner med stigmatisering som följd.

De känner sig inte förstådda och den känslan i kombination med behandling enligt ovan beskrivning leder till att de så småningom ger upp och verkligen vill ta livet av sig. Dessa kvinnor har blivit sämre och ofta utvecklat en stark sjukdomsidentitet. De vågar inte släppa tryggheten i att vara "sjuk" därför att det har pågått för länge. De beskriver att de är rädda för att bli friska för att de inte klarar det normala livet. De tänker att om de slutar att självskada kommer de inte att få någon hjälp mer och ingen kommer att bry sig om dem. De kommer att bli helt övergivna vilket är deras största rädsla.

Dessa personer anser jag vara de mest svårbehandlade. Jag är säker på att om rätt bemötande, diagnosticering och behandling satts in från början hade de inte blivit så dåliga. Jag är även övertygad om att många personer som tar livet av sig har denna behandlingshistoria.

Jag kommer att beskriva mer om vikten av bemötandet under rubriken *bemötande*.

De flickor jag haft i behandling som har gjort självmordsförsök med avsikten att avsluta sitt liv har varit annorlunda i sitt beteende. De hotar inte med att ta livet av sig, pratar inte om det om man inte envisas med att "tränga sig på" och vägrar att låta dem vara ifred, de drar sig undan, är depressiva och har ett uttalat svart- och - vitt tänkande. Ofta kan de uppge att SSB inte fungerar längre. De känner total hopplöshet och att ingenting kan leda till bättre mående eller förbättring av deras situation.

I beteendeanalysen kan man se att det är en kedja av händelser och invanda beteende och tanke mönster som leder till ett svart-och- vitt tänkande och tunnelseende där självmord till slut är enda lösningen. Att häva en självmordskris innebär att noggrant ta reda på vad som orsakar krisen, hur hela händelsekedjan ser ut, samt hjälpa personen att se att det kan finnas andra möjliga lösningar på

problemet. Att det finns någon som lyssnar och förstår kan vara början till att komma ur krisen. Beteendeanalysen visar ofta att självmordstankar fyller funktionen av att det för stunden känns bättre, man känner att man i alla fall har en lösning på problemet, det blir en "trösttanke". Flertalet personer jag behandlat blir lättade när de får hjälp att medvetandegöra funktionen med tankarna, de blir då mindre rädda för dem och förstår även att de kan ha en tanke utan att handla efter den.

Orsaker till självskadebeteende

Jag avser inte att i denna text göra en omfattande beskrivning av bakgrundsorsaker till SSB. Jag hänvisar till de kapitel (Sternen, 2006 och 2010) jag skrivit för en mer utförlig beskrivning. Det jag beskriver är utifrån egen erfarenhet av personer med svårt SSB. Även om det ofta finns gemensamma orsaker är utvecklingen av beteendet alltid individuell och den tar tid att få fram och förstå. För en framgångsrik behandling är det enligt min erfarenhet nödvändigt att lägga tid på att förstå utvecklingen av varje persons problematik. I de beteendeanalysen vi gör läggs stor vikt vid att förstå utvecklingen av problemen och inlärningshistorien som ligger bakom de problem personen har idag. Grundläggande för behandlingen och om den når framgång eller ej ligger i att förstå den kontext som personen växt upp i. *Jag som behandlare behöver ha kunskaperna för att sätta ihop problemen i ett sammanhang och göra dem begripliga för den jag ska behandla.* Personen det handlar om behöver få en förståelse för varför hon fungerar som hon gör.

De självskadande personer som vi har placerade har ofta varit med om trauma och neglekt i uppväxten. Det är vanligt förekommande att föräldrar eller andra viktiga vuxna har negligerat dem på olika sätt. Relationen till de vuxna de har växt upp med är oftast dåligt fungerande och de har saknat trygghet och bekräftelse. Det kan vara skilsmässor, alkoholism, missbruk, psykiskt sjuka föräldrar, mycket bråk i familjen och/eller föräldrar som av olika skäl inte har kunnat ge barnet den trygghet och stabilitet de behöver. Barnet/den unge har känt sig övergivet, ej sedd och bekräftad för den de är. Deras grundläggande behov av trygghet och omsorg har på olika sätt försumrats. Detta ger sig senare uttryck i en mycket negativ uppfattning om sig själv, att de inte tycker om sin kropp och utseende, låg tillit till omgivningen och omvärlden. De utvecklar inga färdigheter i att hantera känslor och andra svårigheter man möter i livet, t.ex. att be om hjälp när det är svårt. Tonårstiden blir ofta ett startskott för SSB och annan självdestruktivitet. Många kan inte uttrycka sina behov och känslor och de saknar färdigheter för att kommunicera om sitt mående på ett adekvat sätt. Flertalet har växt upp i familjer där de inte blivit sedda om de inte tar till mer kraftfulla uttryck som att bråka, "vara till besvär" eller senare att självskada. De har lärt sig det emotionella uttryckssätt som finns i familjen och det kan vara föräldrar som själva har SSB, gjort självmordsförsök och/eller hotar med att ta livet av sig samt har kraftfulla emotionella sätt att kommunicera med varandra.

En blyg och tillbaka dragen person som växer upp i ett sådant hem kan även bli den "perfekta" som inte vill vara till besvär och skapa bråk och konflikter. Även hon eller han får stora svårigheter i livet och utvecklar psykisk problematik där SSB blir ett sätt att hantera sitt dåliga mående på. Självskadande personer har även ofta upplevt mobbing i skolan och bland kompisar vilket ger starka negativa effekter. Självskadande ungdomar känner sig ensamma, övergivna, har svårt att skapa nära relationer, har olika former av ångest, har få nära relationer, känner sig annorlunda och konstiga. De

känner hopplöshet och har en negativ uppfattning om sig själva och omvärlden. I desperation och/eller pga. att de hört, läst eller har kontakt med andra som självskadar provar de att skada sig själva och upplever en förstärkande effekt av att de blir lugna, ångesten och stressande tankar minskar, eventuella tomhetskänslor försvinner för stunden, de känner någon form av inre tillfredsställelse av att skada sig. En del kan känna en stark euforisk känsla, liknande att ta en drog. Många upplever även att omgivningen reagerar på ett emotionellt sätt, t.ex. med omhändertagande, upprördhet, rädsla och sorg vilket kan vara förstärkande för beteendet. Unga personer som inte känt sig sedda, är ensamma och har svårt att be om hjälp och sätta ord på det de känner upplever att omgivningen reagerar och verkar förstå att de inte mår bra när de självskadar. Den primära förstärkaren är vanligtvis att beteendet har en stressreducerande effekt och den sekundära är omgivningens reaktioner.

Det jag beskriver om orsaksfaktorer är utifrån den erfarenhet jag har och den kommer från unga kvinnor med svår och långvarig psykiatrisk problematik. SSB hos unga har ökat under senare år och numera är SSB även vanligt förekommande bland "normala" tonåringar som inte har den bakgrund jag beskriver. Forskning har visat att de flesta av dessa ungdomar inte har den omfattande psykiatriska problematik vi arbetar med och att SSB i dessa fall oftast är ett övergående fenomen.

En del av de flickor vi har i behandling har dock inte upplevt den traumatiska uppväxt jag beskriver ovan. De har haft en trygg uppväxt hemma och har kärleksfulla, väl fungerande och engagerade föräldrar och familj. Vad är det då som leder till SSB, ätstörning, ångest, depression, m.m.?

I en del fall har de utvecklat PTSD som en följd av våldtäkt och/eller mobbing. De har social fobi, panikångest, tvångssyndrom, ätstörning och sekundära depressioner. Problematiken är inte alltid orsakad av dåliga familjerelationer. Det kan ha hänt andra saker utanför familjen och i kombination med en sårbarhet utvecklas ångest och depression.

De självskadar utifrån samma funktioner som ovan är beskrivet. Då ångestproblematiken har varit långvarig är SSB ofta en av många ångesthanteringsstrategier. De känner hopplöshet, har en negativ självuppfattning och saknar tillit till omgivningen. De har inte blivit korrekt diagnosticerade och inte heller fått rätt behandling från början.

Vanligt förekommande är även flickor med en genetisk sårbarhet där föräldrarna har gjort vad de kunnat för att hantera detta men flickorna har likväl utvecklat t.ex. personlighetsstörning, psykos, missbruk, tvångssyndrom m.m. De har haft en svår tonårstid och som ett sätt att hantera sin känslighet och de påfrestningar de inte klarar av har de tagit droger, alkohol, börjat självskada och de har ofta hamnat i en negativ ungdomskultur där de utsatts för trauma och grupstryck vilket påverkat dem negativt.

Många av de flickor som blir placerade hos oss har ADHD och/eller autismspektrumstörning. En del av dem är diagnosticerade när de kommer men långt ifrån alla. De har känt sig annorlunda, missförstådda och har utvecklat ångest, SSB och depression. De flickor med ADHD i kombination med autismspektrumstörning har ofta svåra ätstörningar och allvarligt SSB. De kan även i perioder vara suicidala. Om de har självskadat och haft ätstörning under flera år är de pga. sin rigiditet och tvångsmässighet mycket svårbehandlade. Vi har haft flera unga kvinnor som behandlats i slutenvården i många år, b.la. på rättspsykiatrin innan de kommit till oss. En av dem visade sig ha

odiagnosticerad svår ADHD och obehandlad panikångest sen 11-12 års åldern. Den andra flickan hade Asperger syndrom i kombination med ADHD. Denna flicka självskadade svårt utifrån tvångstankar om att hon på detta sätt skulle kunna förhindra olyckor och sjukdom hos andra som hon tänkte hon annars skulle bli skuld till. Flickor med ADHD och hög fungerande autism är en grupp som det inte finns tillräckliga kunskaper om och som därför många gånger inte blir korrekt diagnosticerade. De går alltför länge med sina svårigheter utan att få hjälp och utvecklar svår psykiatrisk problematik. Jag kommer att beskriva detta problem och vad som bör göras åt det närmare under rubrik *Diagnosticering*.

För att få fram all den information som krävs för en mer korrekt diagnosticering och behandling måste det finnas en bred kompetens, att behandlare har de färdigheter som krävs för att bemöta personen och skapa en mycket god relation samt att det finns möjligheter att umgås och observera personen i det dagliga livet under en längre tid.

Bemötande av självskadande beteende och betydelsen av att skapa en förtroendefull relation.

Som jag beskrivit har personer med SSB få färdigheter att uttrycka hur de känner samt mycket liten tillit till omgivningen . Att vid första mötet med en person som de inte har träffat förut få frågor om orsaker till sitt SSB och om de har för avsikt att ta livet av sig är för dem mycket svårt, ofta kan de inte svara alls. Det ställer stora krav på den person som ska göra första bedömningen och/eller den terapeut som ska arbeta med personen. Självskadande personer har ofta lärt sig att kommunicera med SSB och andra beteenden därför att de inte kan förklara med ord hur de känner. De känner sig missförstådda, konstiga och de är rädda för att prata om sig själva för att de tänker att de ska bli negativt värderade . De har ångest och ett väl inlärt undvikandesystem för att slippa vidröra det som väcker ångest och obehag. De är svåra att inledningsvis förstå och många gånger säger de att de velat ta livet av sig för att de lärt sig att det får en effekt på omgivningen som de i många fall eftersträvar. Många jag träffat berättar att om de säger att de ville ta livet av sig (även om det inte var avsikten) får de ett mer förstående och omhändertagande bemötande. Det är därför sällan man får ett tydligt svar på självskadebeteendets funktioner vid de första samtalen. De första samtalen ska istället fokusera på ett bemötande som inger förtroende, kompetens, intresse och acceptans och som kan bli starten på en långsiktig behandlingsprocess. Det ska lugna både klient och eventuellt stressade familjemedlemmar. Första bemötandet är lika viktigt även om det är ett bedömningssamtal med en person som sen inte ska vara behandlande terapeut. Om det första mötet med en person med SSB blir "fel" kan det få långtgående negativa konsekvenser som det tar lång tid att reparera. Om personen upplever ointresse och en dömande attityd kan det leda till att hon inte berättar något om sig själv och bestämmer sig för att det inte finns någon hjälp att få. Ett felaktigt bemötande kan även förstärka beteendet samt leda till fel diagnos och felbehandling. Jag har påtalat hur viktigt det är att skilja på SSB och självmord och man ska därför inte använda ordet självmord eller ord som associeras till självmord när man pratar om SSB. Man ska vara så säker som möjligt att det är ett självmords försök om man ska använda dessa termer.

SSB har en tendens att sätta igång mycket starka känslor hos omgivningen, även inom vården och hos behandlare.

Exempel på dessa är.

- Känslor av beskydd och omhändertagande, känslor som leder till att vilja hjälpa och ta hand om personen och att få bort beteendet så fort som möjligt. Ju större dessa emotionella uttryck är av omgivningen desto större risk för att de förstärker beteendet med följd att det ökar.
- Rädsla, chock, stress, avsky, ilska, känslor som leder till fördömanden, avståndstagande, bestraffningar och andra beteenden som inte är funktionella i bemötandet av SSB.

Närstående kan associera beteendet till att barnet vill ta livet av sig och det är viktigt att familjen snabbt får en förklaring till beteendes funktioner så att de lugnar sig. För barn som har blivit negligerade och bestraffade kan detta beteende bli mycket positivt förstärkande. Om omgivningen reagerar med ilska, hot etc. kan följden även bli att personen får mycket svårt att senare prata om sitt SSB och hon kommer att dölja det mer. Hos många ungdomar är det positivt förstärkande att de bemöts av starka reaktioner hos omgivningen oavsett vilken reaktion det än är, bara det är en reaktion.

Sammanfattningsvis så är det viktigt att inte reagera med för mycket känslor och att ge akt på att man inte förstärker beteendet.

Bemötandet ska präglas av en respektfull nyfikenhet och en inställning av att man vill veta mer om beteendet istället för att man vill ha bort det. Behandlaren ska vara engagerad, ha en icke dömande attityd och inte ha några förväntningar om förändring eller att beteendet ska minska eller upphöra. Har man denna inställning från början leder det till att man kan få mer korrekt information för att göra en bedömning av beteendets funktioner samt till att en positiv behandlingsprocess som kan ge resultat på lång sikt kan komma igång.

Åtgärder och behandling av allvarliga och riskfyllda självskadebeteenden

Ovanstående beskrivning av bemötande och förhållningssätt betyder *inte* att man inte har som målsättning att från början minska SSB samt andra destruktiva och terapistörande beteenden.

Min erfarenhet är att SSB minskar om personen känner att det finns ett genuint intresse, engagemang och kompetens hos behandlaren. Många flickor jag haft säger att behovet av att självskada för att visa omgivningen hur de mår och få hjälp då har minskat omgående. I kombination med att ansvaret för SSB förläggs hos personen och inte hos omgivningen tas även eventuella sociala förstärkare för beteendet bort. *Att enbart ta bort sociala förstärkare fungerar inte, det leder till*

upptrappning av beteendet. Det kan endast göras i kombination med intensiv terapi enligt de riktlinjer jag beskriver. I de fall personen har allvarliga SSB måste man givetvis påbörja behandling av dessa omgående i terapin. Det är då nödvändigt att personen vistas på ett behandlingshem eller psykiatrisk klinik där personalen har hög kompetens. Den självskadande personen ska ha eget ansvar men under kontroll av personal. Det betyder att hon erbjuds samvaro och att hon inte ska vara ensam för långa stunder. Det ska finnas en viss kontroll av personen men som inte ska märkas för mycket eller uppfattas som bevakning. Det är en stor skillnad att veta att en person är utsedd att bevaka mig hela tiden och den personen kommer att förhindra att jag skadar mig mot att veta att personal finns men det är mitt ansvar att be om hjälp istället för att skada mig. Det innebär att man måste ta risken att personen kommer att skada sig, speciellt i början av behandlingen. Risken ska minimeras men genom andra åtgärder än att ta ansvaret från personen.

Jag vill dock påtala att det finns en gräns för vilka SSB som kan tolereras inom öppenvård och en behandlingshemsverksamhet. Dels av etiska skäl men även av hänsyn till övriga inskrivna.

Det är då viktigt att tydliggöra för personen vilka konsekvenser det kan få om hon t.ex. skär sig så djupt att ambulans måste tillkallas och det finns risk för förblödning och att nerver skadas. En beteendeanalys över beteendets funktioner måste snabbt göras och åtgärder sättas in. Till att börja med innan någon relation har skapats till personen och mer intensiv behandling kommit igång kan åtgärder då vara att man gör ett belöningsystem för självskadefria dagar och veckor, strukturerat schema så att personen är sysselsatt, ökat antal samtal med terapeut och insatser i vardagen t.ex. i form av möjligheter att utöva intressen och få fysisk och mental stimulans. Medicinering kan till att börja med vara nödvändig. Kontrakt fungerar enligt min erfarenhet sällan. Man kan prova det, men förväntningarna ska dock inte vara för höga om att detta ska fungera. I takt med att terapin kommer igång kan man även börja öka kraven och då förklara att om hon skadar sig så allvarligt kan hon inte vara kvar i denna form av behandling. I kombination med intensiva terapeutiska åtgärder är min erfarenhet att dessa SSB minskar. Det kräver givetvis att personen vill vara kvar i behandlingen och tror på att det kan hjälpa. I en del fall har åtgärden varit att de för en kortare period blivit skickade till psykiatrin som ett sätt att markera att dessa beteenden inte är ok. De har fått fundera över om de vill tillbaka och börja arbeta med att lära sig alternativa sätt att hantera det som utlöser SSB. De flesta flickor jag lärt känna vill heller inte bli tillbaka skickade till psykiatrin. Att ställa saker "på sin spets" i behandlingen, ställa krav och tydliggöra vad som krävs, tydliga konsekvenser, ifrågasätta det hon gör och ställa det i relation till de mål hon har med sitt liv är en nödvändig del i behandlingen. Min erfarenhet är att det är just dessa åtgärder, i kombination med en mycket god terapeutisk relation, som leder till ett "genombrott" i behandlingen. Det ger personen nya insikter om sig själv och vad hon behöver göra för att i framtiden må bättre och nå sina målsättningar. Det ger henne kraft och motivation till att göra de svåra förändringar hon behöver göra för att förändra sin situation och sitt liv. Vi brukar kalla det för att "gå in i behandlingen" fullt ut. För detta krävs en mycket god terapeutisk relation, hög kompetens hos behandlare, en noggrant gjord beteendeanalys, att personen bor där hon känner sig trygg och att det finns personal dygnet runt som kan hantera hennes problematik på ett sätt som följer den behandlingsinriktning som lagts upp. Det kräver en mycket "tight" personalgrupp och att terapeuten finns tillgänglig för handledning i den dagliga verksamheten. Det kräver även en nära kontakt med familj och anhöriga och att de är delaktiga i behandlingen och förstår de åtgärder som görs.

Bemötande

Skillnaden kan vara hårfin men ett bemötande där det finns en outtalad underton av att terapeuten vill ta hand om och minska SSB snabbt kommer att uppfattas av klienten och det leder enbart till att det antingen förstärker beteendet och/eller till att klienten känner sig invaliderad. *Målsättningen måste vara långsiktig och det ska finnas en tolerans för att SSB inte kommer att upphöra snabbt, att det kommer att ta tid och att det inte finns ngn "quick fix" behandling.* När en sådan inställning blir styrande i en behandling är funktionen av det att behandlare av olika anledningar tycker det är jobbigt att hantera SSB. **Behandlingen tenderar att riktas in på symtomreduktion och inte till att behandla de bakomliggande orsakerna.**

De behandlare som reagerar för mycket känslomässigt och/eller agerar för att få bort beteendet så fort som möjligt när de möter självskadande personer behöver analysera funktionen med sitt beteende och lära sig att reglera dessa känslor på ett mer funktionellt sätt. De behöver lära sig mer om beteendets komplicerade bakgrundsorsaker och om hur viktigt bemötandet är för att skapa en bra relation vilket är mycket viktigare än att snabbt få bort beteendet.

Min erfarenhet är att det alltför ofta finns en inställning hos de som arbetar inom vården, både skötare, psykologer, m.m. att vi ska ha lösningarna på klientens problem, helst ska de dessutom vara snabba, enkla att utföra och generella. Ja, visst ska vi ha kunskaperna, men om den inställningen tar över förhindrar det oss från att i stunden lyssna till klienten. Förlorar vi förmågan att lyssna har vi ingen användning för teknikerna och lösningarna! När jag handleder får jag ofta frågan: vad ska jag göra för att hon ska må bättre, vad ska jag göra för att hon inte ska självskada? De tänker inte på att de behöver förstå orsaken till problemet för att kunna erbjuda en fungerande, långsiktig lösning. Med sitt bemötande förmedlar de ett budskap till klienten om att det är kortsiktiga, snabba lösningar som är det som fungerar och erbjuds. De vill ha ett svar för att lösa problemet med en gång, sällan handlar frågan om någon form av långsiktig lösning. I den frågan ligger dessutom ansvaret mer hos vårdaren att lösa problemet. Detta bemötande blir invaliderande för klienten och leder inte till en långsiktig positiv förändring. Det blir en besvikelse både för behandlare och klient eftersom det inte leder någonstans. Jag lär istället ut att de ska lyssna, vara närvarande i stunden, vara nyfikna på vad personen tänker och känner, få henne att beskriva vad som händer just nu -stället för att jag som behandlare ska lösa problemet åt henne! Att lyssna och försöka förstå och vara där i stunden helt och fullt när hon har det svårt är en mycket bättre "hjälp" än att komma med något råd. Har personen kommit en bit i sin behandling och börjat lära sig nya färdigheter är det givetvis lättare att påminna om vilken färdighet hon kan använda. Det kräver dock fortfarande att behandlaren först lyssnar!

Att ha snabba lösningar ger ett budskap om att jag vill att du ska må bättre mer utifrån mina behov, t.ex. "jag tycker det är jobbigt med dig just nu, jag är trött eller jag vill vara duktig behandlare och måste därför säga något som låter bra och som gör att klienten inte självskadar". Detta blir invaliderande och fungerar därför inte. Jag kan bara lära personen något om jag först till fullo har förstått vad hennes problem består av. Personer som självskadar hanterar sina problem med

kortsiktiga lösningar, vi måste lära dem att det är långsiktiga sätt att hantera t.ex. ångest på som kommer att leda till ett bättre mående. Att lyssna, försöka förstå, ha tålmod och se det ur hennes perspektiv, visa att jag bryr mig om hur hon har det kan många gånger lugna mycket bättre i en stressad situation. Genom att vara tålmodig visar jag att behandlingen får ta tid och att det är långsiktiga lösningar som kommer att leda till bättre psykiskt mående.

Inställningen av att SSB snabbt ska reduceras och att personal inte kan hantera det på ett adekvat sätt möter jag ofta inom sjukvården och den speglar av sig i bemötandet av självskadande personer. Den är inbyggd inom systemet och många gånger omedveten. Vi arbetar med "sjuka personer", vi ska därför ta ansvaret, vi ska vara duktiga och effektiva (gärna kostnadseffektiva också!) och patienterna ska så snabbt som möjligt bli friska. Med att bli frisk menas oftast med självskadande personer att symtomet är borta, d.v.s. att de slutat att självskada, med ätstörda att de gått upp i vikt, äter och inte kräks. Inom den somatiska vården fungerar det att ha denna målsättning och inställning men för dessa självskadande personer blir effekten att de blir sämre och det är helt kontraindicerat till en fungerande psykoterapeutisk behandling. Ett skrämmande exempel på denna inställning och bemötande är en läkare som uttryckte sig på detta sätt till en flicka jag hade i behandling, hon sa till henne: "tänk på något riktigt tråkigt istället för att självskada, tänk på staden Borås, det är en riktigt tråkig stad". Denna flicka kände sig invaliderad och helt missförstådd.

Jag skulle kunna ge många exempel på olämpliga, invaliderande former av bemötande av professionella inom vården.

SBB är ett beteende som under lång tid förstärks av biologiska, psykologiska och sociala faktorer och att skapa förväntningar om att detta beteende snabbt ska försvinna skapar besvikelser hos både klient och behandlare.

Konsekvensen av att vara för engagerad på ett omhändertagande sätt är att det förstärker beteendet och inte hjälper klienten långsiktigt. När behandlaren som vill hjälpa märker att beteendet inte minskar utan ökar trots deras engagemang blir de trötta, irriterade och börjar ofta med olika bestraffningsmetoder istället. Detta gör att klienten känner sig missförstådd och hopplös. Om den person som har försökt hjälpa ger upp får klienten det bekräftat det hon redan känner; att hon är ensam, övergiven och att ingen orkar med henne. SBB kommer inte att minska och personen försämras ytterligare med stigmatisering som följd. Detta är mycket vanligt förekommande.

Flertalet svårt självskadande personer har stora svårigheter att relatera till sin omgivning och de kan inte skapa nära relationer på ett normalt sätt. Orsakerna är oftast att de har en komplicerad anknytningsprocess. Detta ställer stora krav på att terapeuten kan hantera de känslomässiga problem som kommer fram i den terapeutiska relationen. De anknytningsmönster klienten har måste bli synliga och tydliggöras i relationen till terapeuten för att de ska kunna medvetande göras och klienten ska lära sig andra mer funktionella sätt att hantera känslor och relationer. Detta är en stor del av behandlingen. Enligt min erfarenhet är det många behandlare som undviker denna process (många gånger omedvetet) eftersom det är svårt och krävande att hantera. Det kan vara enklare att se SSB som ett symptom och enbart behandla symtomet istället för att verkligen skapa den nära relationen som krävs för att förstå dessa personer och därigenom tillåta att dessa komplicerade beteendemönster kommer fram och tydliggörs. Det är en jobbig process men den är nödvändig! Då måste vi också ha en accepterande inställning till SSB och andra destruktiva beteenden och inte

förvänta oss att dessa kommer att försvinna. Min inställning är att när personen självskadar är det ett tillfälle för både mig och klienten att lära oss mer om funktionerna med det och vilka färdigheter hon behöver lära sig. När terapin går in i en intensiv behandlingsprocess ökar eller återkommer ofta SSB. Personer med anknytningsproblematik och trauma i barndomen behöver förstå på ett djupare plan hur hennes tidiga anknytning, trauma och andra orsaksfaktorer i uppväxten har lett fram till de svårigheter hon har. Hon behöver förstå detta för att kunna ta till sig nya färdigheter d.v.s. vad hon ska göra istället för att b.l.a. självskada. För detta krävs en intensiv och långvarig terapi. Många av de klienter vi nu får har gått i DBT men inte blivit bättre. Denna behandling har inte räckt till pga. av att den individuella terapin inte har fokuserat tillräckligt mycket på de bakomliggande problemen och ej gjort en noggrann beteendeanalys, relationen till terapeuten har inte varit helt fungerande och klienten har därför inte tagit till sig färdighetsträningen. DBT är en mycket bra behandlingsmetod men enligt min erfarenhet är inte alltid terapeuten tillräckligt erfaren och kompetent och behandlingstiden kan även vara för kortvarig. Många flickor säger till mig att de lärt sig alla färdigheter utantill men de använder dem inte.

Anknytningsmönstren visar sig genom att klienten söker en nära relation för att få bekräftelse och närhet. Sätten hon lärt sig att få sina behov av närhet och bekräftelse på är dysfunktionella. När hon kommer i kontakt med närhet kan det i sig bli en trigger för ångest och rädsla för att bli övergiven vilket gör att klienten beter sig irrationellt och på olika sätt flyr relationen. Dessa beteenden är mycket svåra att hantera för den person de försöker att knyta an till och därför är deras relationer turbulenta och de blir oftast övergivna. Förstår man inte de underliggande processerna och kan analysera funktionerna av dessa beteenden blir den terapeutiska relationen mycket ansträngd och terapin kommer inte att leda någonstans. Att ta sig igenom dessa kriser i den terapeutiska relationen och kunna medvetande göra det som händer är det som så småningom gör att relationen blir stark och att klienten kan lära sig nya strategier för att hantera relationer. Terapeuten måste hela tiden bibehålla sitt engagemang, lyssna och observera vad som händer i relationen, analysera och sätta in det i ett sammanhang och göra detta begripligt för klienten. Terapeuten måste även kunna vara ärlig och tydlig med det hon känner och upplever i relation med klienten. Att vara för tolkande och "luddig" fungerar inte. Det terapeutiska förhållningssätten måste även präglas av tydliga ramar och struktur och att våga ställa krav och ge ansvaret till klienten. Att vara accepterande och förstående innebär inte att allt som händer i relationen och alla beteenden klienten har är ok, tvärtom! Att ha byggt upp en relation innebär att jag som terapeut kan vara tydlig, sätta gränser och även att jag kan använda mig av mina känslor för att på ett tydligt sätt visa henne att de sätt hon påverkar mig inte är acceptabla. Jag har många gånger agerat med tydlighet och visat hur jag reagerar känslomässigt på de sätt klienten hanterat mig. Klienten har då börjat att förstå hur hon påverkar mig och sin omgivning och kommit till insikt om att hon måste förändra sina dysfunktionella beteenden. Detta har enbart varit möjligt pga. att jag haft en mycket god relation med henne. Att ha ett accepterande, engagerat förhållningssätt innebär att vad personen än har gjort och gör är det *begripligt* utifrån hennes synvinkel men de behöver inte vara acceptabla.

Svårigheter som visar sig i relation till dessa klienter är b.l.a. när deras sätt att söka bekräftelse tar sig uttryck i att fungera bättre när de får vara med den person de har valt ut, (t.ex. terapeuten eller någon annan viktig) fungera sämre när den personen inte är i närheten eller ägnar sig åt någon annan, de kräver hela tiden mer tid och bekräftelse och beter sig gränslöst. Detta kan vara tröttsamt

och frustrerande för behandlaren och det är nödvändigt att man då kan analysera funktionerna av dessa beteenden samt att man får stöttning och handledning av kolleger.

Ett annat beteende som är vanligt förekommande är att klienten idealiserar terapeuten så mycket att terapeuten känner sig "utvald" och då börjar agera utifrån att det bara är han/hon som förstår och kan hjälpa klienten. Terapeuten förlorar sin professionalitet och terapin kommer med största sannolikhet att haverera.

När klientens sätt att relatera till terapeuten tar sig dessa uttryck är det viktigt att du som terapeut:

- Är ärlig om dina egna känslor och reaktioner i relation till klienten.
- Är medveten om att när relationen intensifieras kommer problem i relation till klienten att öka.
- Är medveten om dina reaktioner och analysera dem. Diskutera dem med klienten på ett sätt som inte ger skuld eller kritik. Medvetandegör för klienten var dessa känslor och sätt att relatera kommer ifrån, vilken funktion de fyller och vilka mer funktionella beteenden hon ska ersätta dessa med.
- Reagera inte med ilska och irritation även om klienten riktar ilska mot dig, analysera och förstå istället funktionen med beteendet. Det kan även vara så att klienten har rätt i att rikta ilska och besvikelse mot dig! Var ärlig med dina egna fel och brister i relation till klienten. Uppstår ett missförstånd eller om du som terapeut gör en felbedömning och därmed fel intervention, säg att det var fel och be om ursäkt. Var mänsklig!

En annan fallgrop i det terapeutiska förhållningssättet är att ha en attityd av att "jag vet vad som är bäst för dig, gör som jag säger så blir det bra". Det är klientens egna målsättningar som hon ska arbeta mot och vilka de är behöver hon hjälp att ta fram. Klienterna har någonstans mål och vetskap vad de vill göra med sina liv. En stor del av terapin handlar om att hjälpa klienten att medvetandegöra och tydliggöra hennes livsvärderingar och mål och rikta in behandlingen mot dessa. Att vid SSB och andra dysfunktionella beteenden ställa frågan; "Hur fungerar det du gör just nu i relation till dina målsättningar och till hur du vill ha ditt liv?" är ett effektivt sätt att lära personen ta eget ansvar och förstå funktionen med sitt beteende och börja förändra det.

Ju mer vi försöker tvinga på en annan person våra mål och lösningar desto mer motstånd inbjuder det till vilket givetvis får motsatt effekt. Klienten kommer istället att hålla fast ännu mer vid sina sätt att hantera sina problem på, vare sig de är bra eller dåliga.

Motivation

Självskadande personer får ofta höra (även om det inte sägs det till dem rakt ut är attityden sådan) att de saknar motivation, att de är manipulativa och besvärliga. Detta beror på att behandlare inte tar sig tid och/eller inte har kunskaper att förstå och behandla dem. Inställningen hos terapeuter och

behandlare måste vara att dessa personer gör så gott de kan, att de vill må bättre men att sätten de har lärt sig att hantera sitt mående på är kortsiktiga och därför inte fungerar långsiktigt. Klienter kan inte misslyckas i terapi - det är vi som behandlar som inte förstår, inte har kompetens och färdigheter att behandla dem. Det är oftast rädslan för att lämna sina trygga om än destruktiva strategier som vi tolkar som att de inte vill och är omotiverade. Det som vi även tolkar som brist på motivation kan vara att klienten har en inställning till terapin om att smärtan och lidandet ska försvinna snabbt och utan några större ansträngningar. De har inte tänkt att de själva ska göra förändringar som innebär ökad ångest, rädsla och att det innebär att de ska lämna trygga invanda beteendemönster. När de förstår att de själva ska ta ansvar för processen och att det inte finns någon enkel väg till bättre mående blir de rädda och de tror inte att de kommer att klara av det. Det kan vara en lång process att stötta dem i att våga tro på att det ska fungera för att de ska påbörja ett förändringsarbete.

Manipulation

Manipulation betyder och avser de sätt som personen använder för att få sina grundläggande behov tillgodosedda. Klienten har inte lärt sig att få dessa tillgodosedda på ett normalt sätt och de beteenden de använder är ofta frustrerande för omgivningen. Man kan känna sig utnyttjad vilket skapar ilska, trötthet och avståndstagande (se ovan anknytnings och relations problem som uppstår i relation till terapeut och omgivningen). Det är viktigt att komma ihåg att detta inte är personligt utan istället förstå att det är personens anknytning och inlärningshistoria som orsakar dessa beteenden. Är man medveten om detta är det lättare att bemöta det på ett sätt som lär klienten något om sig själv istället för att bli frustrerad, trött och ta avstånd.

Linehan (1993) beskriver hur viktig den terapeutiska relationen är. Hon menar att den ska präglas av en balans mellan att förstå och acceptera klienten där hon är samtidigt som att det är klienten som har ansvaret för att börja lösa sina problem. Linehan sammanfattar detta på ett utmärkt sätt när hon beskriver det dialektiska förhållningssättet: *"pushing the client forward with one hand while supporting her with the other"* (Linehan, 1993). Balansgången däremellan är svår och kräver erfarenhet och fingertoppskänsla hos terapeuten. Förutsättning för att klienten kommer att förändra sig i terapin bygger på att hon känner sig förstådd, att terapeuten kan ta klientens perspektiv och att hon/han har kunskaper att analysera klientens historia och upplevelser och därigenom göra det begripligt för henne hur hon fungerar, varför hon har de problem hon har (se beteendeanalys) och därefter kan en mer manualbaserad, teknisk del av behandlingen påbörjas såsom exponering och färdighetsträning.

"It is more important for the clinician to understand people than to master specific treatment techniques" (Nancy Mc Williams, 1999).

"Can I let myself enter fully into the world of his feelings and personal meanings and see these as he does? Can I step into his private world so completely that I lose all desire to evaluate and judge it?" (Carl Rogers, 1961).

Dessa två meningar tycker jag sammanfattar på ett mycket bra sätt den inställning som man måste ha i relation till svårt självskadande klienter. Det är viktigare att till fullo förstå och skapa en relation med klienten än att du kan olika manualer och tekniker, finns det ingen bärande terapeutisk relation kommer dessa ändå inte att vara till någon användning!

Personalsplittring

Självskadande personer med emotionell instabilitet och svårigheter att relatera till sin omgivning har en tendens att skapa splittring och konflikter i personalgrupper. De säger olika saker och betar sig olika till personalen utifrån funktionen av vem som bäst kan tillgodose deras behov och skapar därmed olika åsikter om bemötande och behandling. Vid ökade krav i behandlingen är detta speciellt vanligt. Att personalgruppen har ett gemensamt förhållningssätt, ett tydligt målinriktat behandlingsarbete med en gemensam teoretisk grund samt klara och tydliga roller är av största vikt. Personalen ska vara välutbildad och ha kontinuerlig handledning. För att skapa bästa förutsättningar för en framgångsrik behandling ska personalen erhålla daglig handledning av mycket god kvalitet och hög kompetens. För att detta ska vara möjligt krävs att terapeuterna och handledaren arbetar i verksamheten d.v.s. att de ser klienten och personalen i vardagen och kan vara med i de problematiska situationerna. Personalen har då möjlighet att få hjälp och omedelbar handledning vilket är en stor skillnad till att enbart ha handledning var 14:e dag vilket är det som är mest vanligt förekommande. Det skapar en stor trygghet hos personal och även klienter att veta att terapeuten och handledaren finns till hands varje dag. Det ger även ovärderliga kunskaper för terapeuten hur klienten fungerar och hur hennes problematik yttrar sig i vardagen. Det ger även mycket större möjligheter att skapa en nära relation med klienten.

Beteendeanalys/Problemanalys

Grunden till en framgångsrik behandling ligger i att göra en omfattande beteendeanalys (även kallat problemanalys). Jag beskriver inte här alla delar i en beteendeanalys ingående utan mer det övergripande syftet. För en mer utförlig beskrivning hänvisar jag till de kapitel om Beteendeanalys och till de jag skrivit i KBT inom psykiatri samt KBT inom Barn och Ungdoms Psykiatri (Sternes, 2006 och 2010). Det tar ca 3-6 månader (ibland längre tid) att samla in den information som behövs för att göra en så korrekt beteendeanalys som möjligt om de klienter vi har. Detta beror på att de har en mycket komplicerad problematik. Beteendeanalysen är ett ovärderligt instrument för att kunna förstå och bygga upp en relation med dessa klienter samt att lägga upp en behandling. Beteendeanalysen är en inlärningsteoretisk analys av hur klienten utvecklat sina problem, hur problemen ser ut idag, funktionell analys över hur de vidmakthålls och utifrån denna analys lägga upp en individuell behandling. Beteendeanalysen ska ses som ett fortlöpande instrument som kan

komma att revideras efter hand. Om behandlingen inte fungerar kan det bero på att det är beteendeanalysen som inte är fullständig eller felaktig. Det blir därför en självkorrigerande process där det automatiskt inte blir klienten som skuldbeläggs om behandlingen inte fungerar. Detta hjälper behandlaren att bibehålla inställningen att i första hand förstå klienten, ta hennes perspektiv och stå emot tankar och känslor om att klienten är omotiverad när behandlingen är inne i en svår process. När det gäller de klienter vi har med allvarligt SSB och en omfattande, långvarig och svår psykiatrisk problematik måste beteendeanalysen vara mycket grundligt gjord och alla områden i klientens liv analyseras. Risken är annars stor att man missar viktiga orsakssamband och vidmakthållande faktorer i klientens problembild. I normala fall behöver inte beteendeanalysen vara skriftlig och så omfattande men med dessa klienter är min erfarenhet att detta krävs för att det ska vara möjligt att förstå klientens problematik, göra en så korrekt diagnosticering som möjligt och lägga upp en adekvat behandling. *Beteendeanalysen ska vara en "aha upplevelse" för klienten där hon dels känner igen sig och tycker beskrivningen stämmer in, dels att hon får en förståelse för hur problemen utvecklats och varför hon hanterat sina problem som hon gör.* Terapeuten ska ha kompetens att analysera den information som inhämtas om klienten, sammanställa denna och därigenom göra det begripligt för klienten hur det "blivit som det blivit". Den ska beskriva vad hon omedvetet gör som orsakar att problemen vidmakthålls, vad behandlingen ska innehålla och hur den ska utföras för att nå de målsättningar klienten har. *Självskadande personer försöker må bättre och terapeutens uppgift är att analysera vad klienten gör som istället vidmakthåller och befäster problematiken.* Att ingående analysera funktionen med SSB upplevs som mycket positivt av personer med SSB. De känner att man är genuint intresserad och de blir på detta sätt medvetna om funktionen med beteendet på ett sätt de inte varit tidigare.

När klienten börjar förstå beteendeanalysen och därmed hur hennes olika undvikande och kontrollsystem hon lärt sig genom åren är kortsiktiga lösningar, inte leder till bättre mående långsiktigt och de målsättningar hon har, kommer behandlingsprocessen att komma igång på ett helt annat sätt än om hon inte fått denna förståelse. Dessa nya insikter om henne själv leder till att hon känner hopp om förbättring, hon får mindre skuld känslor över att allt är hennes fel, upplevelsen av att hon i grunden är konstig och annorlunda minskar. Det leder även till att hon förstår hur behandlingen ser ut, varför hon t.ex. behöver använda sig av de färdigheter som ingår i DBT, bearbeta de trauman hon varit med om, börja aktivera sig, gå i skolan, etc. Klienten känner även att hon är delaktig i behandlingsprocessen och att hon därigenom har någon form av kontroll över det som sker och att det inte bestäms saker "över huvudet" på henne. Behandlingen inriktas mot hennes egna målsättningar vilket leder till att hon börjar ta ansvar för behandlingen på ett annat sätt än tidigare. Hon förstår på ett helt annat sätt att det är hon själv som har ansvaret för att terapin ska lyckas. Jag brukar säga att *"jag kan inte driva din behandling, du måste vara den som driver dig själv mot de mål du har".* Jag kan lära dig vad du ska göra för att förändra ditt liv men du måste göra det själv". Beteendeanalysen blir det incitament som ofta leder till att klienten blir så motiverad att hon vågar gå in i behandlingen fullt ut och göra det svåra förändringsarbete som krävs för att hon bl.a. ska använda sig av andra strategier än att självskada.

Min erfarenhet är att man alldeles för snabbt och utan grundlig beteendeanalys och utredning diagnosticerar och påbörjar behandling. Risken är då stor att det blir inkorrekta diagnoser och därmed fel behandling. Traditionellt är man inom psykiatrin mycket diagnosbunden och sätter därför ofta feldiagnoser pga. av att det ska ställas en diagnos snabbt och då tyvärr ofta med otillräckligt

underlag. Inom KBT är det viktigare att beskriva problemen korrekt och att funktionellt analysera dem och därefter diagnosticera och lägga upp behandling. De klienter vi har är ibland svåra att diagnosticera, och det händer att det inte finns en diagnos som stämmer till 100 %. Det kan vara att de t.ex. passar in delvis på personlighetstörning men inte helt, eller på Asperger syndrom men inte uppfyller alla kriterier. *Beteendeanalysen ska beskriva klientens problem och ge riktlinjer om behandling, det krävs då inte alltid en diagnos utan beskrivningen och analysen blir instrumentet och inte diagnosen.* Behandlingen blir individuellt utformad och kan förändras utifrån om den fungerar eller ej. Stämmer informationen in på en diagnos är det bra men det är inte avgörande. Min erfarenhet är att genom beteendeanalysen kan jag förstå alla psykiatriska problem, hur svåra och knepiga de än ser ut från början! *Utän att ha så grundliga kunskaper i beteendeanalys hade jag aldrig kunnat förstå dessa klienter, ta deras perspektiv på det sätt som krävs för att bygga relation och lägga upp en fungerande behandling.*

Jag vill tillägga att det är av största vikt att göra vardagsobservationer för att få ihop "pusslet" i beteendeanalysen kring dessa klienter. Att det finns en kompetens hos de personer som arbetar med klienterna i vardagen för att göra dessa viktiga observationer kan inte nog understrykas. Som exempel kan nämnas en klient där vardagsobservationer gjordes som ledde till att vi började misstänka neuropsykiatrisk problematik. Denna flicka kunde bara handla två saker i taget och förberedde sig alltid genom att ha jämna pengar. Om det blev fel i kassan, något inte stämde blev hon stressad därför att hon inte klarade av att hantera mer än två saker samtidigt. Denna observation i vardagen var otroligt viktig för att vi skulle börja förstå hur hon fungerade och vilka svårigheter hon hade som låg bakom det allvarliga självskadebeteende hon utvecklat. Det kan även ses som ett exempel på hur viktigt det är att inte ha "färgade glasögon" (se nedan) vid bedömning och utredning av dessa klienter. Det kan tyckas enkelt med dessa till synes mindre observationer men det är det inte, denna flicka hade vistats i flera år inom psykiatri och andra behandlingshem tidigare, ingen hade observerat detta och/eller inte förstått betydelsen av det. Man hade tolkat hennes beteende som symtom på sexuella övergrepp vilket var helt felaktigt. Att observera och vara nyfiken samt ha kunskaper om hur t.ex. ADHD och autism yttrar sig i vardagliga funktioner är nödvändigt.

"Behandlarfallgropar"

Att från början låsa sig vid en diagnos eller att ett visst symtom (t.ex. att ätstörning och självskadebeteende beror på sexuella övergrepp i barndomen) beror på vissa orsaksfaktorer hindrar terapeuten från att analysera problematiken med "ofärgade glasögon" och därmed ställa nya hypoteser. Detta leder till att man missar väsentlig information om klientens problematik. Vi måste titta på klientens problematik med "nya ögon" och inte låsa oss vid vissa diagnoser och hypoteser. Detta blir speciellt viktigt för dessa klienter eftersom att de insatser som gjorts inte har varit tillräckliga. Dessa klienter har i stort sett alla långa behandlingstider både inom slutna -och öppna vård, -institutioner, familjehem, de är kraftigt medicinerade och har oftast ett flertal diagnoser.

Att funktionellt analysera problematiken ur ett brett och förutsättningslöst perspektiv hjälper oss att inte söka enkla lösningar och symtom som stämmer in i den teori och/eller diagnos som vi av någon anledning tror är "rätt". Vi måste vara medvetna om att det finns mänskliga "fallgropar" som vi lätt hamnar i om vi inte ständigt gör oss påmind om dem.

Dessa "fallgropar" är:

Vi har en tendens att förklara problem och symtom utifrån enkla orsakssamband som stämmer in i det vi tror att problemen beror på och/eller den teori vi förklarar dem utifrån. Detta är mycket vanligt vid t.ex. självskadebeteende och ätstörningar. Även om klienten varit utsatt för trauma behöver det inte vara så att det är förklaringen till alla symtomen. De vidmakthållande faktorerna kan vara helt olika även om symtomen ser lika ut. Nöjer man sig med den enkla kausala förklaringen kan man missa övrig väsentlig information. Det finns en övertro på att vissa symtom beror på sexuella övergrepp vilket enligt forskning inte stämmer. Vi söker enkla förklaringar på de problem vi ser, förlitar oss på den information som finns och som vi själva tycker stämmer. Detta leder till att vi inte söker alternativa förklaringar och hypoteser.

Vi tar till oss den information som stämmer överens med våra uppfattningar och bortser från information eller är kritiska till det som inte stämmer överens. Vi generaliserar och gör därför bedömningar att t.ex. en person som varit utsatt för sexuella övergrepp påverkas på ett liknande sätt som andra som varit utsatta för samma sorts trauma. En grundlig och effektiv analys måste innehålla mycket mera än att enbart göra en symtomprofil utifrån klientens bakgrundshistoria.

Alla som arbetar med psykisk problematik måste vara medvetna om dessa "fällor" och motarbeta dem genom att ständigt söka alternativa hypoteser och förklaringar för klientens problem. Vi måste pröva våra hypoteser och vara öppna för information som visar att vi kan ha fel. Funktionell analys hjälper oss att eliminera eller minska dessa "fällor" eftersom det är en självkorrigerande process. Funktionell analys gör oss naturligtvis inte immuna mot att förenkla och generalisera men det gör oss ständigt medvetna om att söka alternativa hypoteser och att alla problem har olika förklaringar och vidmakthållande faktorer.

Jag ser ofta att läkare, psykologer m.fl. som fastnar i en viss förklaring och diagnos och febrilt söker bevis för att det de bestämt sig för stämmer in. Problemet är att det går alltid att hitta något i människors beteende som ger oss de svar vi vill ha! Det finns diagnoser som blir "populära" bland framför allt läkare. Nästan alla klienter med SSB hade tidigare borderline diagnos. Det som är populärt nu är bipolaritet. Vi har arbetat så länge med detta att vi märker hur det svänger och att klienter från vissa Bup kliniker och läkare vi känner till har speciella "favoritdiagnoser".

Diagnosticering, neuropsykiatrisk utredning, funktionsbeskrivning.

Som jag redan påtalat är min erfarenhet att man inom psykiatrin ställer diagnoser för snabbt och utan en föreliggande grundlig utredning. De utredningar som görs på SIS institutioner är mer omfattande men de som utreder saknar kompetens att utreda svårare problematik och därför är innehållet i dessa utredningar oftast skrivna på ett sådant sätt att det är mycket text men utan meningsfullt innehåll. Vi får flickor som kommer från SIS och som där utreds på uppdrag av socialförvaltningarna. Som regel kommer vi fram till en annan diagnos och det mesta av innehållet i dessa utredningar har vi ingen nytta av. Effekterna blir att klienterna blir felbehandlade med stigmatisering som följd.

Som jag ovan nämnt går det trender i vissa diagnoser;, t.ex. Emotionell Instabil Personlighetsstörning och numera Bipolär sjukdom. Min erfarenhet är att dessa diagnoser i många fall är felaktiga. I de fall de ej är korrekta är de ställda utan grundlig utredning och av personer med för låg kompetens och/eller att man förbiser viktig information.

Unga människor som har en bakgrund av trauma och neglekt får svårt att reglera känslor och hantera relationer. De uppfyller ofta flera av kriterierna för EIPS och samtliga har "drag" av denna diagnos men mycket sällan uppfyller de kriterier som krävs för att få diagnosen. Man ställer diagnosen utifrån de symtom man ser; exempelvis självskadebeteende, impulsivitet, svårt reglera och uttrycka känslor, ätstörning och fyller i resten för att det ska passa in i det som man bestämt sig för (se ovan fallgropar).

Jag pratade nyligen med en överläkare som arbetar i Uppland. De har omorganiserat den del av psykiatrien där han arbetar och höjt kompetensen avsevärt vad gäller utredning och behandling. De gör numera en mycket mer grundlig utredning innan diagnosticering med intervjuer och evidensbaseradeskattningsformulär. Utredning och behandling görs av utbildade KBT psykologer. Utefter diagnostik skickas klienterna vidare för behandling. De klienter där man misstänker funktionshinder skickas till neuropsykiatrisk utredning. De hade tidigare inom detta landsting lång kö till DBT teamet pga. av att så många hade EIPS diagnos. När de nu gör mer grundliga utredningar innan diagnos ställes har EIPS klient antalet sjunkit så mycket att de inte längre har någon kö till DBT-behandling. De har även fått bättre resultat och kortare behandlingstider. Vi diskuterade även det faktum att en del klienter inte alltid passar in i en diagnos och att det är viktigt att man då inte försöker ställa en diagnos för att det "ska vara en diagnos" utan att man istället beskriver deras problematik och utifrån funktionsbeskrivning och beteendeanalys lägger upp behandling.

Epidemiologiska studier har visat att vanligt förekommande bakgrundsorsaker till SSB är trauma och neglekt under uppväxten. Det finns även vanliga komorbida diagnoser med SSB (se forskning). Litteraturen och forskningen beskriver dock inte (vad jag har kunnat finna) att impulsivt SSB är vanligt förekommande hos personer med autismspektrumstörning och eller i kombination med ADHD. Dessa klienter kan utveckla svåra psykiatriska problem och de skadar sig utifrån samma funktioner som övriga (se min definition av SSB). Jag vet att man inom barn och ungdomspsykiatrien har erfarenhet av att vårda och behandla dessa ungdomars SSB men det finns inte beskrivet som att det är vanligt förekommande diagnoser vid SSB. Vi vet även att man inom LSS och socialtjänsten har stora problem med att hitta lämpliga boende och vårdformer för dessa klienter då LSS inte tar emot personer med SSB och/eller annan svår problematik som t.ex. ätstörning. Erfarenheten finns att detta är en mycket svår grupp att behandla och finna lämpliga vårdformer för. Vi har flera gånger försökt att hjälpa LSS och kommunen att bygga upp specifika vårdinsatser kring personer med dessa diagnoser med svårt SSB och ätstörning pga. att stödet och de boendeformer som finns inte räcker till.

Vi får numera (jag är säker på att vi har haft dem tidigare men att vi då missat det pga. att vi då inte hade den kompetens vi har idag inom det området) många flickor med svårt SSB vars grundläggande problematik är autismspektrumstörning ofta i kombination med ADHD. De har dessa diagnoser när de placeras eller visar sig ha det under behandlingstiden. Dessa flickor har oftast inte varit utsatta för trauma och neglekt (även om det förekommer). I de flesta fall är det vi som under behandlingstiden ser att de har svårigheter inom de områden som indikerar neuropsykiatrisk störning. De har mycket

ångest pga. av den stress det innebär att inte förstå omgivningen och att känna sig annorlunda. Kraven som ställs på dem socialt och i skolan är för höga vilket gör att de utvecklar ångest, negativ självbild, de känner sig konstiga och de försöker passa in och vara som andra men misslyckas. Som ett sätt att försöka få kontroll över sin tillvaro och pga. av medfödda svårigheter med mat utvecklar de ofta ätstörning. För att hantera ångest och att kommunicera med omgivningen skadar de sig själva. De skadar sig ofta mycket allvarligt och de kan även svälta sig hårt. Många av dem har i långa perioder varit inlagda med LPT pga. av anorexi och allvarligt SSB. De är rigida och tvångsmässiga pga. att de inte kan tänka långsiktigt och/eller se alternativ. Traditionell behandling som går ut på att resonera och få insikter om sig själv och även DBT är för svårt för dem och fungerar inte. Eftersom de har ätstörning och SSB tolkas deras symtom som ätstörning, EIPS eller andra vanligt förekommande orsakssamband t.ex. att de varit utsatta för sexuella övergrepp. Orsakerna till dessa feldiagnosticeringar är bl.a. att man diagnosticerar på de sätt som jag beskrivit. De bygger på förenklingar och på att man mer ser enbart symtomen och behandlar dessa utan att lägga vikt vid att förstå bakgrundsproblematiken. Man analyserar inte problematiken funktionellt och i utredningarna ingår inte funktionsbeskrivningar och sällan fullständig arbetsterapeutisk utredning. Därför är det svårt att förstå hur personen tänker och fungerar.

Vi gör utförliga funktionsbeskrivningar på alla flickor och observationerna börjar från den dag de placeras. Alla flickor gör första veckan olika skattningsskalor, bl.a. AQ test och i vissa fall RADS som kan indikera eventuell autism. Skattningarna ingår även i en fortlöpande utvärderingsstudie. De gör IVA test för att så fort som möjligt fånga upp ADHD problematik. Behandlingspedagogerna är utbildade och har erfarenhet av hur autism och ADHD yttrar sig i vardagsfärdigheter. De gör även utförlig ADL bedömning och där framkommer oftast mycket snabbt om det finns ett funktionshandikapp. Därför kan vi nu fånga upp dessa flickor tidigare och initiera en neuropsykiatrisk utredning när vi ser att behovet finns.

Det kan vara svårt att se funktionsbristerna hos dessa flickor om man inte har kompetens och har möjlighet att göra vardagsobservationer. De är ofta högfungerande och pga. sin begåvning kan de kompensera för sina brister. Det kan även vara så att flickor blir tränade socialt på ett annat sätt än pojkar. De lär sig det sociala samspelet och om man inte lär känna dem väl kan det tyckas som att de förstår hur andra tänker och känner. Deras handikapp har inte syns tydligt under barndomen. Jag har flera gånger varit med om att föräldrarna uppger att barnet lekt låtstaslekar men när man frågar mer ingående visar det sig att barnet alltid haft en lekroll och inte velat byta denna roll. De har varit avvaktande i lekar för att sen kopiera och härma andra barns beteenden. De har lekt med dockor men då monotont och utan att byta roller. Många gånger kan det även vara så att dessa flickor har föräldrar som inte har velat/kunnat se att deras barn inte fungerar som andra. Föräldrarna förnekar då ofta problematiken under anhörigintervjun vilket leder till att diagnosen inte kan ställas. I vissa fall har familjen anpassat sig till flickans svårigheter och gjort "rätt" utan att de tänkt på varför. Hon har därför fungerat så bra att omgivningen inte märkt bristerna. När dessa flickor kommer i tonåren börjar de må dåligt pga. av den stress de upplever socialt och med ökade krav i skolan, familjen och på fritiden. De upplever och förstår att de är annorlunda. Flickor med autismspektrumstörning visar svårigheterna på annorlunda sätt än pojkar, de är inte lika tydliga i motoriken (jag har träffat flickor med Asperger som har god balans och motorik), deras tal är inte alltid monotont, de kan ha viss ansiktsmimik och gester, de har inte lika uttalade specialintressen (intressena varierar). Flickor med

ADHD är inte lika motoriskt rastlösa som pojkar, har t.ex. suttit stilla i skolan enligt läraren men frågar man flickan säger hon att hon snurrade på fötter och händer och fick kämpa hårt för att sitta stilla.

Flickor med autismsstörning har ofta ett stort djurintresse och är mycket omhändertagande och ansvarsfulla med dem. De har och har haft kompisar även om det är en till en relationer. Det som istället blir tydligt är att de tänker konkret och bokstavligt. De kan ha svårt att tänka i alternativ och i flera led och har därför svårt att göra det som fungerar långsiktigt. De vill ha social kontakt men de har svårt för ömsesidigheten och nyanserna i det sociala samspelet. Detta blir tydligt först när man lärt känna dem närmare och de har ofta en skenbar social kompetens. De har en mindre påfallande social interaktionsstörning vilket troligtvis beror på att de blivit socialt tränade på ett annat sätt än pojkar. De brukar säga att de har lärt sig att vara omtänksamma och att man t.ex. ska gråta vid en begravning eller trösta om någon är ledsen men egentligen känner de inte så mycket känslomässigt själva. De har svårt med förändringar och är rutinstyrda och vill ha saker på sitt sätt och det diagnosticeras ofta som tvångssyndrom. De har svårt att umgås i grupp och tycker bättre om att umgås med få personer. De har social ångest vilket tolkas som social fobi. De är "av eller på" vilket tolkas som bipolaritet. De har olika personligheter och kan vara både tillbakadragna och blyga men även utåtriktade och styrande.

Många av dessa flickor säger att de hör röster och de kan även se figurer, skepnader m.m. och ha vanföreställningar. Detta beror på deras konkreta tänkande och att det de upplever både inom sig själva och utanför blir verkligt för dem. Det finns inga andra alternativa tolkningar till vad de tänker, känner och upplever och det blir därmed "sanningen" och deras verklighet.

Sammanfattningsvis är det lätt att misstolka autism i kombination med ADHD som att det är EIPS eller bipolaritet om man inte observerar och lär känna dem över en längre tid, gör noggranna funktionsbeskrivningar och är öppen för alternativa hypoteser.

De utredningar vi gör tar längre tid än sedvanliga utredningar inom psykiatri eftersom de sker under behandlingstiden. Vi samlar hela tiden in ny information som ingår i funktionsbeskrivningen. Vi lär känna flickorna på ett djupare plan än vad man gör på 4-5 intervjuer och test tillfällen. Utredningarna är noggrant gjorda och väl underbyggda. Trots detta märker vi att flera av de flickor vi diagnosticerat och framgångsrikt behandlat och som sedan flyttat ut och åter får kontakt med psykiatri, (vilket de behöver av medicinska skäl) så tas diagnosen bort och de får istället en EIPS diagnos. Detta har hänt i tre fall (vad jag känner till). Ansvarig läkare har heller inte tagit kontakt med oss och begärt att få in utredningsmaterialet. Diagnoserna vi ställt har plockats bort utan ny kompletterande utredning. I andra fall (två st. som är aktuella just nu) där vi initierat utredningen och denna görs av psykiatri har de inte lyssnat till den information vi har om flickan och de observationer vi gjort som är orsaken till utredningen. Vi skickar en omfattande funktionsbeskrivning som de oftast inte läser. De har inte varit intresserade av att lyssna till oss och diskutera den information vi har kring flickan. Bägge dessa flickor har nu fått en EIPS diagnos.

Givetvis kan det vara så att flickan faktiskt inte kan få diagnosen pga. att hon inte uppfyller kriterierna. De kan ha drag av autism men man kan inte ställa diagnosen. I dessa fall använder vi oss av funktionsbeskrivning och beteendeanalys som ger riktlinjer för behandling och vardagligt stöd vilket fungerar bra. Problemet är att psykiatri insisterar på att de ska ha en eller flera diagnoser. De grundar personlighetsdiagnoser på personlighetstester vilket vi inte gör och som inte är ett säkert

instrument för att ställa en personlighets diagnos. Man gör som jag beskrivit, man ställer en diagnos för att "det ska" vara en diagnos istället för att beskriva de problem personen har och lägga upp behandling och stöd efter funktionsbeskrivning och beteendeanalys. Detta leder till stora svårigheter för flickan som kommer att bemötas och behandlas på olika sätt. I de fall där hon borde haft en autismdiagnos är det dessutom så att hon inte får det stöd hon har rätt till och den behandling som vi har gett och ger ifrågasätts och ändras när hon skrivs ut från oss. Dessa flickor mår mycket dåligt av detta och de återfaller i SSB och andra problem beteenden när de flyttat från oss. Flera av dessa fall jag beskriver ovan har efter behandlingstiden hos oss blivit så dåliga att de vårdats b.la. på rättspsykiatri. Jag vill tillägga att de har fungerat väl inom ramen för vår behandling men när diagnos och därmed behandlingen ändrats har de försämrats avsevärt.

De fall jag ovan beskriver är de där samarbetet med psykiatri fungerat dåligt pga. att de, enligt min bedömning har för låg kompetens. Jag vill påtala att det naturligtvis inte alltid förhåller sig på detta sätt men det är tyvärr vanligt förekommande med denna klientgrupp.

Vid intresse kan oidentifierade beteendeanalys samt funktionsbeskrivningar och neuropsykiatriska utredningar lämnas som exemplifierar det jag beskriver.

Vikten av att familj och nätverk är delaktiga i behandlingen

För att behandlingen ska vara framgångsrik och för att öka förutsättningarna att framstegen vidmakthålls över tid ska familjen, anhöriga och andra viktiga personer, i de fall där det är möjligt, delta i behandlingsprocessen. Familj och nätverk behöver få en förståelse för klientens bakomliggande problematik, hur problemen uppkommit och hur de vidmakthålls. Relationen till föräldrar och andra viktiga närstående samt upplevelser och trauma inom familjen är ofta en del av den bakomliggande problematiken. Hur relationerna i familjen ser ut och hur klienten påverkats av dessa ska analyseras och beskrivas för klienten och även för de berörda familjemedlemmarna. Stor vikt skall läggas vid hur de relaterar till varandra och hur familjen bemöter klientens SSB och annan problematik. Familjen behöver få en förståelse för SSB funktioner och hur deras bemötande påverkar klienten. De anhöriga behöver även de lära sig känsloreglering och hur de ska hantera olika problem som uppstår dem emellan. I de fall klienten ska flytta hem igen ska familjesamtalen vara en stor del av behandlingsprocessen och föräldrarna ska känna sig säkra på hur de ska hantera sitt barns problematik. Samtalen ska fokusera på att klienten ska känna sig förstådd av de anhöriga, att de tillsammans kan prata om de problem som har varit och även kommer att uppstå, samt att de har färdigheter att hantera dessa på ett funktionellt sätt.

Det är av största vikt för klientens psykiska mående att familjen får hjälp att prata om hur det varit under barnets uppväxt och vad som orsakat hennes problematik. Förutsättningen är givetvis att det inledningsvis görs en noggrann, professionell bedömning av om det är möjligt att ha familjesamtalen, vad som ska ingå i dessa och vad målsättningen är. Om familjesamtalen ska ingå i behandlingen ska de bidra till en positiv utveckling av klientens psykiska problematik. Det finns fall där detta givetvis inte är möjligt. I de fall klienten är myndig ska hon givetvis själv vilja ha familje samtal. Min erfarenhet är att de flesta så småningom vill ha familjesamtal även om de är vuxna. De vill uttrycka det som inte har varit bra, de vill känna sig förstådda och lyssnade till. Förutsättningen för att

relationerna ska förbättras är att föräldrarna lyssnar, tar ansvar för sitt beteende, ber om förlåtelse för det de eventuellt gjort som klienten upplevt som traumatiskt och invaliderande och att de visar att de försöker att förändra sig. Föräldrarna behöver enskilda samtal för att själva kunna bearbeta det som hänt, hur det påverkat barnet och hur de ska förhålla sig till detta. De behöver hjälp att ta ansvar för sitt beteende och hur de ska förändra sig i relation till barnet. Relationerna inom familjen måste förbättras och de ska vara delaktiga i behandlingen för att den unge ska kunna flytta hem igen. I behandlingen måste stor vikt läggas vid att förbättra relationen till viktiga anhöriga och nätverk. I de fall detta inte är möjligt ska behandlingen fokusera på acceptans och att förbättra andra relationer som finns och/eller att finna nya "friska" relationer. *Förmågan att skapa och ha kvar nära relationer är avgörande för att klienten i framtiden ska erhålla ett stabilt psykiskt mående.*

Utslussning från behandlingshem samt vidmakthållande av de framsteg som gjorts – hur ska detta gå till på mest lämpliga sätt?

Det är av största vikt att behandlingen är strukturerad, sker stegvis och är fokuserad mot de mål klienten själv samt placerare satt upp i vårdplanen. Den ska hela tiden utvärderas och nya målsättningar måste tas i beaktande när ny information om klientens problematik insamlas. Kraven och målsättningarna måste vara rimliga och det är viktigt med ett tätt samarbete mellan alla berörda personer i behandlingsprocessen samt med olika myndigheter såsom psykiatrin, skola, sociala myndigheter. Behandlingen ska utöver den psykoterapeutiska behandlingen innehålla en noggrann kartläggning av alla vardagliga färdigheter samt träning i dessa med målsättning att klienten ska uppnå en så hög grad av livskvalitet och självständighet som är möjligt. Därför är det viktigt att det görs en omfattande funktionsbeskrivning och att behandlingen även innebär träning inom alla de vardagliga färdigheter som behövs. Att observera personen i vardagen; hur hon utför t.ex. städning, tvätt, matlagning, handling, hur hon klarar av att sköta sin ekonomi, hälsa, hur hon fungerar i det sociala samspelet m.m. skall sammanfattas i en funktionsbeskrivning. Detta är en del av behandlingspedagogernas arbetsuppgifter. Funktionsbeskrivningen ligger till grund för den vardagliga funktionsträningen och eventuell neuropsykiatrisk utredning. Den är även ett viktigt dokument för klientens framtida vård och behandling. Funktionsbeskrivningen säkerställer att all nödvändig information om klienten överförs till de personer och behandlare som, i de fall det behövs, ska överta vården och stödet för klienten på hemmaplan. Erfarenheten visar att samarbetet kring utslussning och utflytt med berörda personer och myndigheter är av stor betydelse för att framsteg ska vidmakthållas och risken för bakslag minska. All nödvändig information måste överföras både skriftligt och muntligt och utskrivningen skall vara väl planerad och ske i den takt som klienten behöver.

Det är mycket viktigt att klientens behandling sker stegvis och med successivt ökade krav. I de fall klienten är så pass vuxen att hon ska bo mer självständigt sker detta genom att hon först flyttar till utslussboende. Detta inleds när hon kommit så långt i sin behandling att hon bedöms klara av en annan boendeform och mer eget ansvar. Nästa steg är eftervård, klienten har då fortsatt samtalsterapi men klarar det mesta i sin vardag själv. När klienten flyttar från ett boende med

haldygnsvård blir de vardagliga svårigheterna mer tydliga och förutsättningarna för att arbeta med dessa ökar. Klienten blir mer medveten om de problem hon har och ofta även mer motiverad till att ta mer eget ansvar för sin behandling. Självskadande, suicidala klienter med svår bakomliggande problematik behöver en lång behandlingstid och möjlighet att successivt tränas till ökad självständighet. Att detta sker med samma terapeut och behandlingspersonal samt med en kontinuitet i behandlingen är av helt avgörande betydelse för att behandlingen ska nå framgång över tid och klienten ska nå en så hög funktionsnivå som möjligt. Eftersom behandlingen bygger på att en nära relation skapas med behandlare behöver dessa vara med under hela behandlingsprocessen. Att utslussboende och eftervård ingår i behandlingen, att de olika stegen inte sker för snabbt och med samma behandlare under hela processen ökar förutsättningen för att de klienter som i sin problematik har en stark rädsla för att bli övergivna om de blir "friska", ska klara av att leva och bo mer självständigt.

I de fall där behandlingen avbryts för tidigt ser vi att de framsteg som uppnåtts snabbt raseras.

Vi har även erfarenhet av att om behandlingen och förhållningssättet ändras efter avslutad placering sker en markant försämring av det psykiska måendet hos klienten och de återfaller ofta i SSB. Vi har tyvärr sett flera fall där de inledningsvis fungerat ganska väl men när sen stödet runt omkring klienten minskat och/eller förändrats har deras tillstånd försämrats så mycket att de har placerats inom slutenvården.

Jag vill även betona att vi givetvis *inte* klarar att behandla alla de klienter som placeras. Ett mindre antal av dem avslutas, då oftast efter en kortare tid hos oss beroende på att de b.l.a. har ett för stort drogmissbruk som inte informerades om innan placeringen, de avviker för ofta, de vill inte fortsätta sin behandling, de visar sig ha så stora problem att vi inte kan ta ansvar för dem, t.ex. psykos, begynnande schizofreni, de är så socialt dysfunktionella att det inte fungerar med övriga placerade, de har uttryckt allvarliga hot mot andra flickor eller personal, de har varit våldsamma, deras SSB och/eller andra självdestruktiva beteenden har varit så allvarliga att vi ej kunnat garantera säkerheten samt allvarliga självmordsförsök. I en del fall har vi inte fått information om den problematik som förelegat och den har inte heller framkommit vid bedömningsamtalet. I de flesta fall har vi och placerare varit överens om att placeringen ska avslutas därför att den inte passar klienten.

Behandlingseffekter och utvärdering

Det har gjorts två stycken utvärderingsstudier av behandlingen på Orana, den ena 2007 och den andra 2011. Den senare är en examensuppsats av Johan Wetterlöv (*Utvärdering av behandlingen på två behandlingshem för unga kvinnor med psykiatrisk problematik och självskadebeteende*) på psykoterapeutbildningen vid Stockholms universitet.

De flickor som skrivs in på Orana gör kontinuerligt skattningar för att vi ska kunna utvärdera behandlingseffekterna. De fyller i samma skattningsskalor vid inskrivning, vid flytt till utsluss och vid utskrivning samt ett år efter utskrivning. Vi gör även en ADIS intervju inom tre månader efter inskrivning och beroende på vad denna visar för problemområde får klienterna individuella skattningsskalor. Detta är en kontinuerligt pågående studie i samarbete med Stockholms Universitet. För mer information kring studiens upplägg se studien som gjordes 2011.

Förslag på åtgärder för att förbättra vård och behandling av Självskadande klienter med svår psykisk problematik.

Jag har utifrån min kompetens och erfarenhet av att ha arbetat med svårt självskadande unga kvinnor beskrivit vad som fungerar och vad som inte fungerar vid bemötandet och behandlingen av dessa klienter. Jag ser stora brister inom vården och psykiatrin vad gäller kunskaper om SSB; beteendets funktioner och bakomliggande orsaker, hur problemen ska analyseras, förstås och behandlas, samt hur SSB klienter ska bemötas. Det finns även bristande kompetens och meningsskiljaktigheter inom psykiatrin om hur en diagnosutredning ska utföras både vad gäller metoder och symtombeskrivning för olika diagnoser. Vissa beteenden tolkas som symtom på speciella orsakssamband, några ytterligare hypoteser ställs inte, vilket leder till att utredning och analys blir felaktig och bristfällig. *Det finns stora kunskapsbrister vad gäller beteende analys vilket bidrar till felaktiga tolkningar av symtom, generaliseringar och att teorier och personliga åsikter får styra mer än vetenskap och beprövad erfarenhet.* Det råder brist på kontinuitet vad gäller framför allt behandlande läkare, men även psykologer och terapeuter. När klienten t.ex. har fyllt 18 år går hon över till vuxenpsykiatrin och ska då byta behandlare. Många av de unga kvinnor jag möter beskriver att detta var mycket svårt för dem och att de möttes av en helt annan inställning till deras problematik, de beskriver stora skillnader mellan Bup och vuxenpsykiatrin vad gäller bemötande och behandling. De upplevde att de försämrades av denna förändring. De har även fått vänta länge på att träffa ny läkare och psykolog och har i övergångsperioden varit helt utan stöd och behandling. Samarbetet och övergången mellan dessa enheter fungerar inte alltid på det sätt man skulle önska. Klienterna bemöts, behandlas och diagnosticeras olika beroende på vem de träffar och var de befinner sig vilket leder till att de försämras och stigmatiseras. Jag är naturligtvis även mycket kritisk till den vård och behandling som bedrivs för SSB klienter inom rättspsykiatrin och slutenvården. Ingenting av det jag beskriver som fungerande i bemötande och behandling av dessa klienter bedrivs, vad jag vet, inom slutenvården. Snarare är det så att det finns många exempel på det som jag beskriver som *icke fungerande* och som istället ökar och befäster problematiken. Vi har framgångsrikt behandlat två personer som har vårdats ca ett år inom rättspsykiatrin innan de kom till oss, båda hade utvecklat svår PTSD som en följd av behandlingen där. Deras grundläggande problematik fanns kvar och hade förvärrats. Det enda som skett var en symtomreduktion och att de lärt sig att kontrollera sina känslor och tankar ännu mer. Ingen av dem var korrekt diagnosticerad. Jag har respekt för att det i vissa fall kan vara nödvändigt med denna typ av vård men jag är övertygad om att det i de flesta fall hade kunnat gå att undvika.

Det hade kunnat undvikas om dessa flickor diagnosticerats rätt och fått adekvat behandling när de och familjen sökte vård för första gången i 13-14 årsåldern. Då hade de även känt sig mer förstådda och erhållit stöd och medicinering för sina funktionshinder. Istället kände de sig mer och mer konstiga och annorlunda, utvecklade ångest och svåra SSB och ätstörningar. När de placeras på rättspsykiatrin får de ingen psykoterapeutisk behandling för de bakomliggande problemen och de lär sig att stänga av och kontrollera ångest, tankar och känslor för att komma därifrån. Alla de fall av unga kvinnor med SSB och psykisk problematik som placeras på rättspsykiatrin är ett stort

misslyckande och ett bevis för att vården och behandlingen inte har fungerat. Slutenvård som den bedrivs inom rättspsykiatri för den målgrupp jag beskriver behöver förändras från grunden. Dessa kvinnor ska inte blandas med den klientgrupp som är placerad på rättspsykiatri och de måste få ett bemötande där de behandlas med respekt och en inställning av att försöka förstå deras problematik. Behandlingsenheter för dessa kvinnor skall finnas men de ska vara uppbyggda och organiserade på ett helt annat sätt. Enheterna ska vara mindre och med inriktning på omfattande funktionsutredning, evidensbaserat screeningmaterial, beteendeanalys och evidensbaserad behandling. Bemötande och behandling ska vara inriktade efter de riktlinjer jag beskrivit. Det måste finnas möjligheter för klienterna till sysselsättning och stimulans. Låsta enheter tenderar att enbart bli förvaring och isolering från samhället i stort. Det behöver finnas andra alternativ till placering än på dessa låsta avdelningar där det råder en mycket föråldrad och bristfällig behandling. Klienterna blir hospitaliserade och "vågar" tills slut inte tro på att de ska kunna klara något annat liv än det som finns inom ett sjukhus. Det måste finnas kontinuitet i behandlingen och behandlande läkare, psykologer, terapeuter och handledare som arbetar på enheten ska finnas till hands på ett annat sätt i det dagliga arbetet.

Vi får klienter direkt från slutenvård som inte har förbättrats där. De placeras inte hos oss för att de har uppnått en högre funktionsnivå, snarare tvärtom. Vi klarar att hantera och behandla de flesta av dem under helt andra vårdformer och deras SSB och andra destruktiva beteenden ökar inte, utan de minskar. *Detta visar att det går att vårda och behandla denna svåra klientgrupp i mer öppna vårdformer och att slutenvården i många fall inte är nödvändig.*

Psykiatri och vården behöver höja kompetensen och erhålla utbildning inom alla de områden jag beskrivit. Samverkan mellan alla enheter och behandlande personer måste ske på ett smidigare sätt. Diagnostisering och behandling ska föregås av mycket grundligare utredning och beteendeanalys, risken är annars stor för feldiagnostiseringar och därmed felriktade behandlingar. Vad gäller de svåra klienter vi arbetar med är det nödvändigt att göra så omfattande utredningar som vi gör. Behandlingen måste bygga på att det finns utrymme att skapa nära relationer och ett helt annat bemötande än vad som sker idag. Barn och ungdomar och familjer behöver få rätt hjälp, behandling och stöd från första början. Risken är annars stor att problematiken förvärras och till slut blir så befäst att den i en del fall tyvärr, inte går att behandla. Risken för självmord ökar.

Bup och vuxenpsykiatri måste börja införa evidensbaserad behandling och utvärdera resultaten. Diagnostisering skall göras med de bäst evidensbaserade screeninginstrumenten. Behandlingarna inom psykiatri behöver utvärderas så att varje individ får möjlighet till att få den bästa behandling som erbjuds. Anders Milton beskriver detta i ett inlägg i Läkartidningen (läkartidningen nr 26-28 2012 volym 109). Han påtalar att enbart genom att mäta resultat och följa upp hur behandlingar fungerar kan behandlingarna utvecklas och bli bättre. Terapier och behandlingar som inte är effektiva fortsätter att användas trots att detta leder till att klienter inte förbättras.

Vi försöker att utvärdera resultaten av våra behandlingar även om det är svårt pga. av att den interna och externa validiteten är låg. Vi arbetar med de klienter som har de allra svåraste psykiatriska problemen vilket gör att resultatet av behandlingarna troligtvis blir lägre än för mer "måttlig" psykisk problematik. Vi ser även stora problem att slussa ut en del av våra klienter därför att det inte finns

vård och boendeformer att tillgå som möter deras behov . De försämras därför ganska omgående efter utskrivning.

Min erfarenhet är att flertalet av de unga kvinnor jag möter har försämrats inom vården pga. ett invaliderande bemötande, felaktiga diagnosticeringar och behandlingar. De hade inte behövt bli så dåliga som de tyvärr har blivit.

Bristerna i den psykiatriska vården kostar i förlängningen enorma summor pengar och ett stort mänskligt lidande. Satsa på utbildning, kompetenshöjning, evidensbaserad psykoterapeutisk behandling och diagnosticering. Bygg upp fungerande psykiatriska enheter och behandlingshem, dessa finns - ta lärdom av dem! Det går att förebygga att svåra psykiatriska tillstånd utvecklas om adekvat behandling sätts in från början.

Kristianstad juli 2012

Therese Sterner

Leg. Psykoterapeut, Handledare i Psykoterapi

Behandlingsansvarig Orana AB