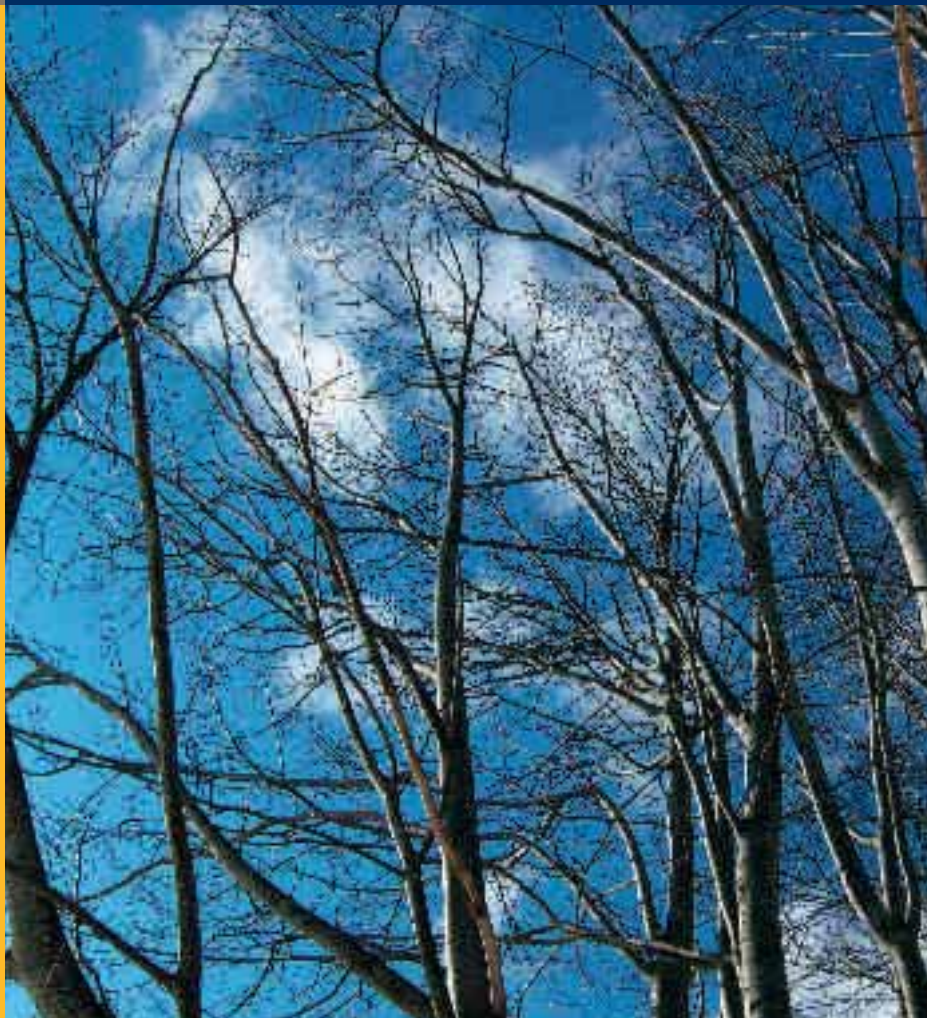


Självskadebeteende

– forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga

Rigmor Stain (red.)



STIFTELSEN
Allmänna Barnhuset

2008:1

Självskadebeteende – forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga

Rigmor Stain (red.)

Självskadebeteende –
forskning, behandling och
metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga
Redaktör Rigmor Stain

ISBN 91-86678-95-7
© Stiftelsen Allmänna Barnhuset och författarna
Tryck: Edita Västra Aros, 2008
Omslagsbild: Lars Mattsson

Förord

Under åren 2004–2007 genomförde Barnhuset i samarbete med BRIS (Barnens Rätt i Samhället) ett tjugotal konferenser runt om i landet på temat ”Hur man upptäcker, stödjer och hjälper sårbara barn och ungdomar”. Konferenserna riktades till de som arbetar professionellt med barn och ungdomar t.ex. lärare och övrig skolpersonal, personal vid ungdomsmottagningar och barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänstens individ- och familjenhet, fritidsverksamheter, kyrka, kommuner och landsting.

En inspirationskälla till konferenserna var det behov som unga gav uttryck för i boken ”Rapport från mitt hjärta”, där ungdomar i åren 6 och 7 i sina noveller och dikter skriver om sina liv och där många uttrycker en önskan att få fler och mer närvarande och öppna vuxna i sin omgivning.¹

Denna antologi är dels baserad på de föredrag som hölls vid konferensen, dels på ytterligare ett antal artiklar med stark anknytning till problematiken. Rigmor Stain är docent och forskare i biologisk psykiatri med lång erfarenhet inom området och knuten till NASP (Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet). Rigmor var en av föreläsarna vid konferenserna och har sedan på ett mycket förtjänstfullt sätt varit skribent och redaktör för denna antologi där vi samlat experter på området som generöst bidragit med sina kunskaper och erfarenheter.

Ungdomar kan skada sig själva på många olika sätt exempelvis genom drogmissbruk, att lockas till att sälja sex och att vara ovarsamma med sig själva och låta sig utnyttjas av andra jämnåriga eller vuxna. I den här skriften har vi koncentrerat oss på det självskadande beteende som sker när man på olika sätt tillfogar sin kropp fysisk skada och som ibland även leder till att man tar sitt eget liv. Vi tar upp både vad forskning och läkare

¹ Boken togs fram genom en skrivaktivitet anordnad av Barnsäkerhetsdelegationen BRIS (Barnens Rätt i Samhället) och SPES (Riksförbundet för Suicid-Prevention och Efterlevandes Stöd) under våren 2004.

med långvarig erfarenhet av kliniskt arbete med unga har att säga. Tänkbara orsaker till fenomenet som sådant diskuteras, vad ett självskadande beteende kan vara uttryck för och hur det kan upplevas av den unge själv. Vi tar också upp olika strategier för behandling samt vad man som professionell eller medmänniska kan göra om man möter en ung människa som skadar sig själv.

Ett par angränsande former av självdestruktivitet och riskbeteende behandlas. Ätstörningar kan finnas samtidigt med annan självskadeproblematik. Utåtagerande och normbrytande beteende, vilket kan innebära att den unge försätter sig i farliga situationer, har vi velat ta upp eftersom det är ett sätt att skada sig själv, som främst visas av pojkar. Avslutningsvis delar några professioner, som i sin yrkesutövning möter unga människor, med sig av sina tankar och erfarenheter av ungas livsvillkor i dag. Vad som kan vara skyddande faktorer och bidra till en hälsosam utveckling för barn och unga, behandlas i den sista artikeln.

Det är Barnhusets förhoppning att denna antologi ska bidra till att höja kompetensnivån hos personer som arbetar professionellt med barn och ungdom och att den ska stimulera till ökad kunskap och förståelse om avsiktligt självdestruktivt beteende hos unga. Ökad kunskap underlättar också för den samverkan som krävs mellan skola, ungdomsmottagningar, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri för att med större effektivitet stödja och hjälpa barn och ungdom i riskzonen för psykisk ohälsa.

För Stiftelsen Allmänna Barnhuset

Bodil Långberg

Åsa Lundström Mattsson

Innehåll

Sammanfattning	7
Från självskadebeteende till självmord	11
Rigmor Stain	
Känslorna och jag	29
Filippa	
”Skära för livet”	37
Stig Söderberg	
Ätstörningar	49
Karin Nilsson,	
Barn som bråar och stör	63
Ulf Axberg	
Behandling av självskadebeteende och självmordsförsök	77
Göran Högberg	
Skyddande faktorer i praktiken	91
Tommy Waad	
Att se och möta barn och ungdomar i sårbara livssituationer	101
Margaretha Åhlén intervjuas av Rigmor Stain	

Ungdomar och deras värld – erfarenheter från en ungdomsmottagning.....	109
---	------------

Eva Wendt

Vilka ringer och skriver till BRIS?	117
--	------------

Jenny Ingårda

Sammanfattning

De flesta barn och ungdomar i vårt land mår bra, men det talas allt oftare om den psykiska ohälsan bland unga människor. För inte så länge sedan var det skrämmande och skamligt att må psykiskt dåligt, men detta synsätt har på många sätt förändrats. När vi talar om psykisk ohälsa i dag har gränserna mellan vad som är sjukt och friskt suddats ut och begreppet psykisk ohälsa kan omfatta allt ifrån nedsatt psykiskt välbefinnande till allvarliga psykiska störningar och psykisk sjukdom. Symptomen vid psykisk sjukdom kännetecknas bland annat av nedstämdhet, oro, ångest och sömnrubbningar, tillstånd som vi alla råkar ut för då och då. Det är när dessa tillstånd når en sådan omfattning och intensitet att det blir svårt för den drabbade att handskas med sitt liv och sin vardag, som man kan tala om psykisk sjukdom.

I Socialstyrelsens undersökning 2004 beräknade man att minst en procent av svenska flickor mellan 13–18 år någon gång skurit sig själva. Självskadandet är ofta en handling som sker i hemlighet, merparten av ungdomarna söker inte vård och mörkertalet är stort. Antalet unga människor i Sverige, som vårdats inom slutenvården för avsiktlig självdestruktiv handling, har ökat kraftigt under de senaste åren. Majoriteten av dessa är flickor och unga kvinnor mellan 15–24 år. Den gradvisa försämringen under de senaste åren av unga kvinnors psykiska hälsa är oroande och kan karaktäriseras av ett ökande antal unga som lider av lätta eller svåra besvär av ångest, oro och sömnrubbningar. Självordsförsök och självmord minskar för andra åldersgrupper, men inte för unga människor. Nästan tre gånger så många flickor som pojkar vårdas på sjukhus för självmordsförsök, medan förhållandet är det omvända när det gäller pojkar och således dör nära tre gånger så många pojkar som flickor genom fullbordat självmord. I Socialstyrelsens Lågesrapport 2005 konstateras att många av unga vuxnas hälsoproblem grundläggs i

barn – och ungdomsåren och det är därför viktigt att dessa åldersgrupper blir föremål för förebyggande åtgärder.

I denna antologi har vi samlat ett antal artiklar som alla har anknytning till barns och ungdomars psykiska hälsotillstånd. I kapitlet *Från självskaðebeteende till självmord* skriver Rigmor Stain om det aktuella forskningsläget för psykisk ohälsa hos barn och ungdom. Hon understryker att avgränsningen mellan avsiktligt självtillfogad kroppsskada utan medveten avsikt att vara dödlig och ett självmordsförsök inte alltid är klar. Det händer att personer med självmordsplaner tillfogar sig själva skador som inte är livshotande och att personer med självskaðebeteende berättar att de skurit sig för att de velat dö.

Under rubriken *Känslorna och jag* skriver en ung flicka från en vardaglig familj och omgivning om sina erfarenheter av att komma bort från ångestladdade situationer genom att skära sig själv och hur ett upprepanð av detta beteende blev till ett slags livsmönster, som kulminerade i ett självmordsförsök. Med stöd av dialektisk beteendeterapi har hon nu sedan ett par år lært sig att hantera och bli fri ifrån sitt behov av att skära sig.

Stig Söderberg skriver i sitt kapitel *Skära för livet* om en klinikers syn på unga kvinnor som skadar sig själva. Han frågar sig om det kan finnas en koppling till samhällsutvecklingen under de senaste decennierna med ökad individualisering och ökande tempo, som starkt påverkar vår upplevelse av oss själva och vår identitetsbildning, särskilt när vi är unga.

Det finns ett visst samband mellan självskaðebeteende och ätstörningar skriver Karin Nilsson i kapitlet *Ätstörningar*. Ätstörningar ses ofta som en sjukdom som främst drabbar flickor och unga kvinnor, men den förekommer även hos pojkar och unga män. För båda könen utgör psykiska symtom en riskfaktor för att utveckla ätstörningar och sådana kan också förekomma samtidigt som ätstörningen.

I kapitlet *Barn som bråkar och stör* ger Ulf Axberg beskrivningar på olika beteenden som går emot sociala normer och förväntningar och där ett tidigt ingripande underlättar framtiden för barnet. Barn, särskilt pojkar, som växer upp under otrygga och påfrestande yttre förhållanden reagerar inte sällan aggressivt utagerande beteende och bristande impuls kontroll. I motsvarande

situation reagerar flickor med ångest, nedstämdhet och psykosomatiska symptom. I puberteten utvecklar de ofta ett riskbetende genom att försätta sig i farliga situationer med möjlig dödlig utgång. I kapitlet ges exempel på negativa samspelsmönster mellan barn och föräldrar och de tillvägagångssätt man kan tillämpa för att bryta ickekonstruktiva uppfostningsbeteenden.

Göran Högberg skriver i sitt kapitel om *Behandling av självskadebeteende och självmordsförsök* hur de ungas självmordstankar och självmordsimpulser ofta är växlande, och utgör en del av ett tillstånd av självmordsnärhet som ibland tar överhand och ibland finns i skymundan. Därför är det svårt att bedöma verklig självmordsrisk och hitta fungerande behandling. Det viktigaste med vården är att man i behandlingen lyckas eliminera, försvaga eller omvandla närheten till självmord så att detta inte längre utgör en farlig okontrollerbar del av patientens personlighet.

I kapitlet *Skyddande faktorer i praktiken* diskuterar Tommy Waad begreppet salutogenes och vikten av känslan av sammanhang, KASAM, någonting som de sårbara barnen ofta saknar och som byggs upp av begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Barn som lever under otrygga förhållanden under sin uppväxt är inte sällan sårbara barn som behöver mer bekräftelse, omtanke och struktur än andra. Att vara dålig på att knyta sociala kontakter, att ha dåligt självförtroende och att inte våga be om hjälp kan skapa ångest och dödstankar. I det salutogena perspektivet lägger man tonvikt vid hälsobringande faktorer.

I kapitlet *Att se och möta barn i sårbara livssituationer* delar Margareta Åhlén med sig av sin långa praktiska erfarenhet som kurator och uppmanar alla som i sin omgivning möter ungdomar som ser ut att ha åtstörningar eller kanske ha skadat sig själva att våga fråga. Hon talar också om att orka bli avvisad om man erbjuder hjälp, det är inte alltid lätt att ta emot hjälp vare sig man är barn eller vuxen.

Eva Wendt skriver om *Ungdomar och deras värld – erfarenheter från en ungdomsmottagning*. Genom helhetssyn och engagemang försöker man fånga upp de ungdomar som är i riskzonen för psykisk ohälsa, i samband med att de vill ha hjälp med någon sexualrelaterad fråga.

Slutligen i Jenny Ingårdas artikel *Vilka ringer och skriver till BRIS* får vi några exempel på vad ungdomar själva skriver eller ringer till BRIS om. Ofta handlar det om konflikter i relationer till föräldrar eller kamrater, om ensamhet, psykisk ohälsa och självmordstankar.

Faktarutor

Psykiatriska sjukdomstillstånd klassificeras genom manualen DSM-IVR (Diagnostic Manual of Mental Disorders) en handbok för psykiatri som beskriver kraven för standarddiagnoser. Den romerska siffran IV anger att det är fjärde upplagan och bokstaven R talar om att texten är omarbetad. År 2011 beräknas upplagan DSM-V vara klar. En diagnos bestämd efter DMS-IV-reglerna har en multiaxial omfattning och denna bedömning anses ge fördelar framför ICD-10-systemet. De fem olika axlarna i DSM-IV är

1. Klinisk bedömning
2. Personlighetsstörning och utvecklingsstörning
3. Somatisk sjukdom
4. Psykosociala problem
5. GAF, Global skattning av funktionsförmågan

ICD-10 (International Classification of Diagnoses) är WHO:s klassificeringssystem för olika sjukdomar och diagnoser.

Den svenska versionen heter Klassifikation av Sjukdomar och Hälsoproblem (KSH97) och ges ut av Socialstyrelsen.

Evidensbaserad medicin innebär att man genom att finna, granska och kvalitetsgradera relevanta vetenskapliga studier fattar beslut om den bäst fungerande behandlingen för patienten. En behandlingsstudie kvalitet grundar sig på en bedömning av undersökningens utformning och lämplighet för frågeställningen, storlek, genomförande och bortfall. En studie med högt bevisvärde är en stor, randomiserad (slumpmässig behandling med aktiv substans/placebo) och kontrollerad studie. Medelhögt bevisvärde ges åt studier av behandlingseffekter med kontroller från andra geografiska områden eller matchade grupper, medan retrospektiva studier med utvalda grupper som inte fått behandling, har lågt bevisvärde.

Genom att gå igenom medicinska databaser gör man en systematisk översikt av publicerade, peer-granskade vetenskapliga artiklar inom området. Finner man minst två studier med högt bevisvärde, som visar samma goda behandlingseffekt har man ett starkt vetenskapligt stöd för att en viss behandling fungerar. Finns bara en studie med högt bevisvärde, medan resten har medelhögt bevisvärde, anser man att behandlingen fungerar med måttligt vetenskapligt stöd. Finns endast studier med medelhögt eller lågt bevisvärde, eller visar studierna motsägelsefulla resultat anser man att det finns ett begränsat vetenskapligt stöd eller inget stöd alls.

Eliasson M. (2000). Läkartidningen 97;2726-2728

Britton M. (2000). Läkartidningen 97; 4414-4415

Från självskadebeteende till självmord

Rigmor Stain, dr.med.sci., docent, har 30 års erfarenhet som forskare inom biologisk psykiatri och är sedan sekelskiftet knuten till Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa, NASP, Karolinska Institutet. Solna.

Ungdomar och läkemedel

Det har det blivit allt vanligare med rapporter om att ungdomar är nedstämda, oroliga, har svårt att sova och känner sig stressade. När Kilen (Konsumentinstitutet Läkemedel och Hälsa) för några år sedan genomförde en undersökning av gymnasieungdomars erfarenheter av läkemedel, fann man att mellan 5–7 procent av ungdomarna var högfrekventa, dagliga användare av värktabletter, ångstdämpande medel och sömnmedicin (KILEN, 2003). Sammanlagt 3 468 elever mellan 16 och 19 år från gymnasieskolor i Stockholm och tre städer i Dalarna deltog och det var en jämn fördelning mellan könen. Man fann ingen skillnad mellan storstad och landsbygd avseende ungdomarnas användning av läkemedel, men flickorna dominerade som användare och var cirka 30 procent fler än pojkarna oavsett typ av läkemedel. Upp till 78 procent av de högfrekventa användarna anger stress, oro och ångest som orsak. I runt 40 procent av fallen har eleverna fått sin medicin utskrivna av läkare, men anmärkningsvärt nog har upp emot 25 procent fått sin ångstdämpande medicin och/eller sömnmedel från föräldrarnas apotek i hemmet och 25 procent får sina tabletter från kompisar eller köper på Internet. 7 procent (242 st) av eleverna anger att man även tagit läkemedel i berusningssyfte. De mest frekventa varumärken som omnämnts är Alvedon, Rohypnol och Ipren. Pojkarna använde i högre utsträckning bensodiazepiner i berusningssyfte, medan flickorna använde smärtstillande.

En något mindre andel av eleverna (3 procent) har använt antidepressiva läkemedel under året och de vanligast använda har varit SSRI-preparaten Zoloft och Cipramil. 63 procent har fått antidepressiva föreskrivet av läkare, 8 procent har fått det hemma, 19 procent har fått genom kompisar och 7 procent anger att man köpt antidepressiva på Internet.

Psykiska problem bland ungdomar

har ökat och blivit allt vanligare under de senaste decennierna (Socialstyrelsen, 2008). I Statistiska Centralbyråns (SCB) Undersökningar av LevnadsFörhållanden (ULF) kan man läsa att 1989 bevärades 9 procent av kvinnor i åldrarna 16–24 år av ängslan, oro eller ångest. Sexton år senare, år 2005, är det 30 procent av de unga kvinnorna som anser sig ha sådana problem. Samma utveckling ser man hos unga män, men på en något lägre nivå. Andelen unga män som upplevde oro, ängslan och ångest var 1989 5,3 procent, en siffra som har ökat till 16 procent år 2005. År 1989 uppgav 8,8 procent unga kvinnor och 10,6 procent unga män att de hade sömnsvårigheter. Den andel som uppgav problem med sömnen hade år 2005 ökat till 25,5 procent bland de unga männen och 30,2 procent år hos unga kvinnor.

Avsiktlig självdestruktiv handling

För barn under 12 år eller yngre är självskadande en mycket sällsynt handling. När det gäller barn mellan 13–17 år skriver Socialstyrelsen att det mellan 2001–2005 vårdades i genomsnitt 1 070 barn/år i slutenvård till följd av avsiktlig självdestruktiv handling, en beteckning som här omfattar självmordsförsök inklusive skador med oklar avsikt. I ungefär 90 procent av fallen har handlingen varit avsiktlig läkemedelsförgiftning och tre fjärdedelar av fallen som vårdades var flickor (Socialstyrelsen, 2008). Antalet flickor, som vårdats i slutenvård till följd av avsiktlig självdestruktiv handling har varit stigande sedan slutet av 1990-talet. Även för åldersgruppen 15–24 år ser man att det från

1990-talets början och fram till aktuella data (2006) har skett en kontinuerlig ökning av unga kvinnor som vårdats inom slutenvård för avsiktlig självdestruktiv handling. Man finner inte motsvarande trend hos unga män. År 1991 vårdades 187 unga kvinnor/100 000 invånare medan motsvarande antal för år 2006 var 329. Ökningen är således mer än 75 procent. I majoriteten av dessa fall (85 procent) har orsaken varit förgiftning, i huvudsak med användning av läkemedel, men även alkoholförgiftning förekommer.

Det är stora skillnader mellan könen i självmordsbeteende och annan självskadande handling. Män utför dubbelt så många fullbordade självmord som kvinnor, medan kvinnor utför dubbelt så många självmordsförsök som män. Det dominerande tillvägagångssättet för dem som dör till följd av avsiktlig självdestruktiv handling är hängning, strypning eller kvävning. Något mer än 10 procent har avlidit genom självtillfogad förgiftning.

Självskadebeteende

Det har hävdats att självskadebeteende bör betraktas som ett eget psykiatriskt syndrom och beskriva ett beteende där individen skadar sig själv utan avsikt att dö (Kahan och Pattison, 1984) exempelvis genom hudskärning (Winchel och Stanley, 1992) eller hudbränning (Sonnenborn och Vanstraelen, 1992). Ingen sådan kategori ingår i de vanligaste diagnostiska manualerna (DSM-IV¹ och ICD10²) för närvarande, däremot ingår dessa former av självskadande som ett av symptomen vid borderline personlighetsstörning. Under senare år har begreppet självskadebeteende utvidgats och i Storbritannien och WHO inkluderas numer alla former av självdestruktivt beteende i beteckningen Deliberate Self-Harm (DSH) och man avstår från att bedöma med vilken avsikt handlingen utförts. DSH blir här ett samlingsnamn på självskador omfattande alltifrån icke livshotande för-

¹ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 4th edition*. Se information i särskild ruta, s. 10.

² *The international classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines, 10th edition*. Se information i särskild ruta, s. 10.

giftningsförsök och självtillfogade kroppsskador till avsiktligt livshotande handlingar (Hawton, m.fl., 2003).

Det finns en klinisk koppling mellan riskbeteende i unga år och självmord (Afifi 2007) och självskaadehandlingar och självmordsförsök: Vissa personer med självmordsplaner tillfogar sig själva skador som inte är livshotande, medan en del personer som skär sig, själva berättar om självmordsavsikter (Pattison och Kahan, 1983, Hawton, 2006). Omkring en femtedel av dem som utfört en självskaadehandling upprepar handlingen inom ett år och det finns ett starkt samband mellan ett repetetivt självskaadebeteende och fullbordat självmord (Haw, m.fl., 2007)

Ungdomarna är ofta själva tveksamma inför avsikten med självskaadehandling. I en studie där frågor om självskaadebeteende besvarats av 30 000 elever mellan 14–17 år (51,3 procent pojkar och 48,7 flickor) från 6 europeiska länder och Australien, har man använts sig av en strikt definition av självskaadebegreppet och eleverna har själva fått ange på vilket sätt man skadat sig, exempelvis: skurit eller bränt sig, överdos av läkemedel, hoppa från höjd eller kasta sig, elektrifiering, strypning eller kvävning. 2 670 (8,9 procent) av flickorna och 780 (2,6 procent) av pojkarna uppgav att man skadat sig själv under det gångna året. 4 050 (13,5 procent) av flickorna och 1 290 (4,3 procent) av pojkarna hade tidigare utfört en självskaadehandling. Att skära sig var den vanligaste metoden (55,9 procent) följt av överdosering (23,3 procent). Många ungdomar uppgav flera orsaker som motiv för sin handling och upp emot 70 procent av ungdomarna uppgav att ”De ville uppnå en slags en befrielse från en svår-uthärdlig känsloupplevelse” medan 59 procent av ungdomarna uppgav att de ”velat dö” och 43,6 procent att man velat straffa sig själva. Det framkom i studien att många ungdomar skadar sig själva i hemmet och informerar ingen, inte ens närmaste vänner och söker ingen sjukhushjälp (Madge, m.fl., 2008).

Forskningsläget

Studier av barn och ungdom med ett avgränsat självskadebeteende utan avsikt att ta livet av sig saknas i stor utsträckning. Några av de orsaker som hämmat forskningen är de etiska och praktiska svårigheter som finns för att definiera och särskilja icke-suicidalt självskadebeteende ifrån självskadehandlingar med avsikt att ta sitt liv (Prinstein, 2008). Det finns således mycket få studier som kan ge underlag för en framgångsrik behandlingspolicy. I de studier som är gjorda kan det ibland vara svårt att särskilja självmordsförsök ifrån annat självskadebeteende hos de undersökta patienterna. Många forskare anser att för att bättre kunna förstå vad som specifikt utmärker ungdomar med självskadebeteende och kunna utarbeta fungerande behandlingsmetoder, är det helt nödvändigt att särskilja självskadebeteende utan avsikt att dö, från självmordsbeteende med önskan att ta sitt liv (Socialstyrelsen, 2004).

Olika former av terapier har prövats, men med dagens höga krav på evidensbaserad medicin³ (Britton, 2000) finns det få studier, som med starkt bevisvärde kunnat visa en behandlingsform som förhindrar ett upprepat självdestruktivt beteende. Ett undantag utgörs av dialektisk beteendeterapi (DBT), som är en omfattande och avancerad form av kognitiv beteendeterapi, specifikt utvecklad för personer med repetitivt självskadebeteende och borderlineproblematik (Verheul, et al, 2003). SBU (Statens Beredning för medicinsk Utvärdering) skriver i en rapport att det finns ett visst vetenskapligt stöd (Evidensstyrka 3) för att metoden förhindrar upprepat självskadebeteende och minskar självmordsförsök (SBU Alert 2005). För övriga psykoterapiformer exempelvis kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell Terapi (IPT) och problemlösande terapi finner man endast svagt eller obefintligt vetenskapligt stöd. För den senare terapiformen har man funnit att den gav säkerställda förbättringar i depressionssymptom, hopplöshetsgrad och problemlösning hos ungdomar med DSH jämfört med sedvanlig psykiatrisk eftervård, däremot misslyckades man med att finna förbättringar i själv-

³ Se särskild informationsruta i början av boken.

destruktivt beteende (Townsend, m.fl., 2001). I en senare utförd Cochrane översikt (Soler och Weatherall, 2005) anger man goda behandlingsresultat när det gäller kognitiv beteendeterapi för barn och ungdomar med ångestsyndrom, en av riskfaktorerna vid självdestruktivt beteende.

Depression

Man anser allmänt att självskadebeteende och självmordshandlingar uppträder som komplikation vid psykisk sjukdom, den vanligaste diagnosen som omnämns är depression. Men ångest är ett vanligt förekommande symtom vid depression, samsjukligheten är upp emot 60 procent, och ökar suicidrisken flerfaldigt (Sareen et al, 2005, SBU, 2005). Ångest är en försummad komponent vid självmordsproblematik, men personer som utfört självmordsförsök har ofta haft en stark ångestupplevelse för själva handlingen (Fawcett 2001). Vid en litteraturgenomgång av FHI fann man statistiskt signifikanta samband mellan ångest/oro och självmordsförsök/självmord, vilket ger stöd för uppfattningen att ångest/oro ökar risken för senare självmordshandlingar (ten Berg m.fl., 2007).

Depression förekommer hos barn och ungdom med en omfattning av 0,4–2,5 procent hos barn och 4–8 procent hos tonåringar vid varje given tidpunkt (Birmaher, m.fl., 1996). Den lika fördelningen mellan deprimerade pojkar och flickor under barnåren, förskjuts till att vara dubbelt så många deprimerade flickor som pojkar under tonåren. Risken för depression ökar med en faktor på 2–4 under puberteten, speciellt hos flickor. Om och hur depression skall behandlas hos barn och ungdomar har länge varit kontroversiellt.

Det framkom i en rad studier under 1990-talet att behandling av barn och ungdomar med antidepressiva läkemedel av typ SSRI (Serotonin Specific Reuptake Inhibitor) ökade förekomsten av suicidal tankar och handlingar jämfört med placebo (Whittington, m.fl., 2004). Amerikanska (*FDA, Food and Drug Administration*) och europeiska (*EMA, European Medicines Agency Home*) läkemedelsmyndigheter gav 2003–2004 ut varningar för att behand-

ling med antidepressiva läkemedel skulle kunna medföra ökad risk för fördjupad depression och självdestruktiva handlingar. Då suicidalitet är ett ofta förekommande symptom vid psykisk sjukdom kan det vara svårt att avgöra om intensifierade självmordstankar eller självmordshandlingar tillhör själva sjukdomsbilden, eller kan ha alstrats av den farmakologiska behandlingen. De systematiska genomgångar av randomiserade, kontrollerade studier som sedermera har genomförts, har inte givit något entydigt svar på den frågan. I en meta-analys av tjugotalet behandlingsstudier rörande ungdomar där majoriteten hade diagnosen egentlig depression, fann man att antidepressiv behandling med SSRI fördubblade risken för suicidala tankar och handlingar (Hammad, m.fl., 2006). Men Bridge och hans medarbetare (Bridge, m.fl., 2007) anser att den något ökade risken för självska-dehandlingar och suicidförsök uppvägs av den goda behandlingseffekten. Emellertid är placeboeffekten mycket hög hos barn och ungdomar och mellan 30–60 procent, jämfört med en läkemedelseffekt på 40 till 70 procent. Man ifrågasätter därför, i en Cochrane-översikt, om den marginella förbättring i skattningsscores (CDRS-R, Children's Depression Rating Scales-Revised), som man uppnådde med det antidepressiva läkemedlet och SSRI-preparatet fluoxetin jämfört med placebo, egentligen har någon klinisk betydelse (Hetrick, m.fl., 2007). FDA förnyade också i maj 2007 sin varning angående ökad risk för suicidala handlingar vid antidepressiv medicinering av personer under 24 år. EMEA har emellertid nu godkänt fluoxetin, och i Sverige rekommenderar Läkemedelsverket att om man vid svår depression beslutar att behandla en patient under 18 år med antidepressiva bör fluoxetin användas tillsammans med psykosociala åtgärder. Vidare fastslår man att det är nödvändigt med en tät kontroll och uppföljning under behandlingens första veckor när risken för självdestruktiva handlingar är som störst.

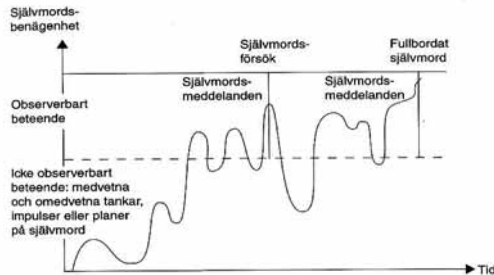
Själv mord

Den allvarligaste konsekvensen av psykisk ohälsa är självmord. Även om en långsam uppluckring av synsättet på självmord skett, har naturligtvis flera hundra år av samhälleligt skamstämplande och avståndstagande satt sin prägling på den moderna människans attityder till självmordsförsök och självmord. Döden är hotfull och skrämmer oss, och tanken på att någon frivilligt söker döden är för många ofattbart skräckfyllt. För att skydda oss tar vi avstånd ifrån problemet bland annat genom att återuppliva de gamla myterna och tabuföreställningarna om brott, synd, skam och skuld.

Myter som bör avlivas

En viktig del i självmordsförebyggande arbete är att därför att öka medvetenheten om självmord och självmordsproblematik och ogiltiggöra de hämmande vanföreställningarna från äldre tider. Gång efter annan hör man folk påstå att – Ja, men har någon bestämt sig för ”att ta livet av sig” kan man ingenting göra. – Det är alldeles fel. De flesta självmordsprocesser är långvariga, där individen stegvis närmar sig själva självmordshandlingen (Bild 1). Det gör det möjligt att finna åtgärder för att bryta den negativa utvecklingen. Det är en vanföreställning att självmord är en rationell handling, som grundas på genomtänkta tankar om livets värde. Här visar forskningen att det sannolikt bara är några procent av fallen där självmordet skett efter mer eller mindre rationella överväganden. Numer är man ense om att de flesta självmordsförsök och självmord är impulsiva handlingar, som sker under starkt inflytande av psykiska störningar och utlöses av intensiva emotionella krafter eller påfrestningar som den sårbara individen inte orkar hantera och avvärja själv. De bakomliggande och de utlösande faktorerna är olika från fall till fall (Wasserman, 2001).

Självordsprocessen



Figur 2.1 Självordsprocess.

Källa: Socialstyrelsen – Vårdprogramnämnden 1983, Beskow 1979.

Bild 1

En vanlig föreställning är att det är farligt att tala eller att skriva om självmord. Fraser som ”Väck inte den björn som sover” eller ”..när man talar om trollen...” ger uttryck för rädslan att om och när man talar om självmord, väcker man lusten till självmord hos åhöraren och läsaren. Man tror att man kan suggerera fram handlingen. Inställningen är felaktig, det är inte fel att tala och skriva om självmord. Men man måste veta hur man skall tala och skriva om självmord (Wasserman, 2006). Man skall varken förfasa sig över, glorifiera eller romantisera handlingen. Det är direkt olämpligt, men sker inte sällan i dags – och veckopress, att kända personers självmord omskrivs på ett glorifierande sätt. Det är sant att det finns en viss smittorisk bland ungdomsgrupper och för vissa känsliga personer. Men andelen personer, som tar sina liv som följd av en outhärdlig psykisk smärta och psykosocial misär är många, många fler än det fåtal som gjort det

för att det skrivits eller talats om självmord. Grunden för våra rädslor att skildra självmord utan omskrivelser är mycket en följd av bristande kunskaper på området. Vi måste inse att för att kunna förhindra självmord måste vi själva ha ett noga avvägt förhållningssätt till självmord som innebär att inte förtiga problemet, inte ta avstånd, inte vara ambivalenta och heller inte utan vidare acceptera självmord som en rättighet.

I Sverige är självmord den vanligaste dödsorsaken i åldrarna mellan 15–44 år (Bild 2). Dubbelt så många pojkar som flickor dör genom självmord i åldrarna 15–19 år. I åldrarna 20–24 år sker tre gånger så många självmord bland pojkar som flickor (SCB). En av orsakerna till den större dödligheten bland pojkarna är deras val av metoder, som oftast ger mycket litet utrymme för överlevnad till skillnad från flickorna, som oftast väljer någon form av förgiftning. Olyckligtvis blir det allt vanligare att även flickor använder sig av våldsamma metoder.

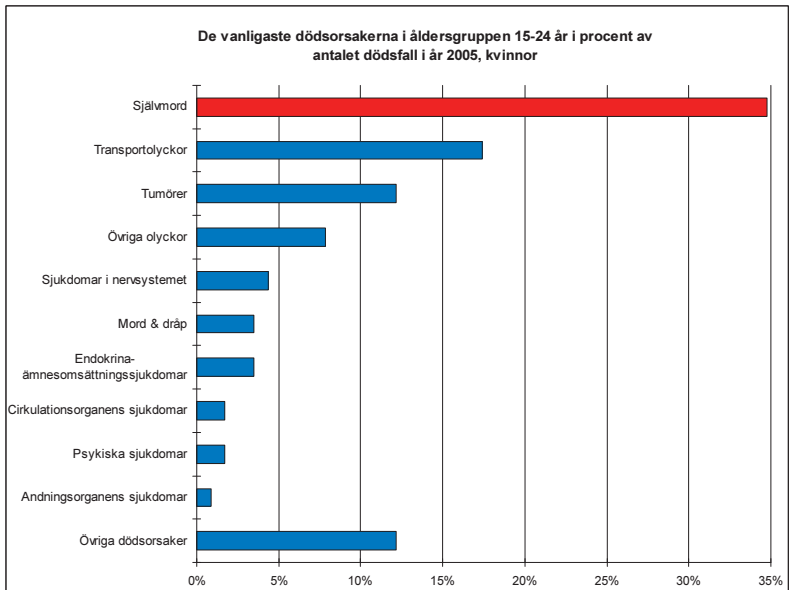
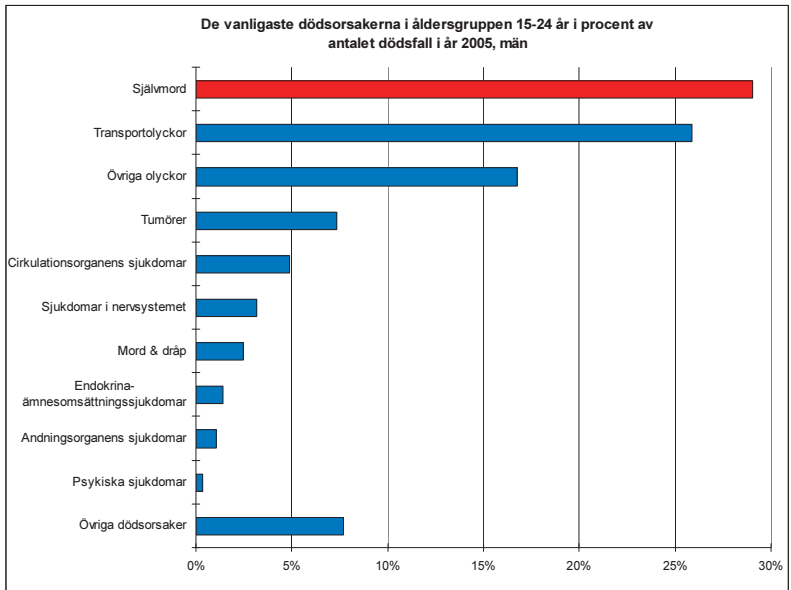


Bild 2

Självordsförebyggande åtgärder

Att förebygga psykisk ohälsa, självmordsförsök och självmord hos barn och ungdomar har av naturliga skäl hög prioritet. Eftersom barn och ungdomar tillbringar sin mesta tid i skolan, är skolan den plats som WHO rekommenderar att man använder sig av. WHO har gett ut en skrift, som översatts till svenska förhållanden, till stöd för lärare och övrig skolpersonal med anvisningar på hur man kan bedriva suicidpreventivt arbete i skolan (NASP, 2003). Av avgörande betydelse i detta arbete är tidig upptäckt av barn och ungdomar som befinner sig i kris och uppvisar självmordsbeteende. I detta avseende rekommenderar WHO att man bildar samlarbetsgrupper inom skolan bestående av lärare, skolläkare, skolsköterska, kurator, skolpsykolog och annan skolpersonal. Man uppmanar också till att upprätta ett kontaktnät och nära samarbete med barn – och ungdomspsykiatri (BUP), ungdomsmottagningar, socialtjänst, räddningstjänst.

Om man saknar de specialkunskaper och erfarenheter som krävs, kan det vara mycket ångestfyllt och obehagligt att möta en ung människa i psykisk obalans och med självmordstankar, att man undviker att se problemet. Nationellt centrum för prevention av suicid och psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska Institutet, Solna, ger regelbundet kurser i psykisk hälsovård, kris- och konflikt- hantering samt i hur man bemöter självmordsnära ungdomar (www.ki/suicid). Kurserna är utformade och avsedda för dem som arbetar professionellt bland barn och ungdomar.

Identifiering av ungdomar i riskzonen

Men hur identifierar man elever som befinner sig i riskzonen för självmordshandlingar? I Bild 3 finns en rad riskbeteenden uppräknade, som alla har det gemensamma att de beskriver plötsliga eller dramatiska förändringar i en ung människas uppförande, som man bör ge akt på. Ett av de första problemen man stöter på när man upptäcker en ung människa, som ger intryck av självmordsnärlighet, är svårigheten att få igång ett samtal. Dessa ung-

domar är ofta ambivalenta och både vill och inte vill ta emot någon hjälp. Som vuxen får man inte vara rädd för att bli bortstött utan inse att den avvisande attityden ofta är tecken på en djup misstro mot alla vuxna. Här kan skolpersonals utbildning i förmågan att diskutera existentiella frågor kring liv och död, och kunskaper om vilket typ av hjälp som finns att tillgå vara till stor hjälp och ha livsavgörande betydelse.

Identifiering av riskbeteende

Alla plötsliga eller dramatiska förändringar i en ung människas uppförande och beteende bör tas på största allvar:

- Bristande intresse för vardagliga aktiviteter t.ex. ingen lust att träffa kompisar; går inte längre på fotbollsträningen; isolerar sig
- Upprepade tillfällen av ogiltig frånvaro och skolk
- Minskade ansträngningar
- Sämre resultat än vanligt på prov och en genomgående sänkning av betyg
- Kraftigt drickande och rökande, missbruk av läkemedel t.ex. smärtstillande tabletter, sömnmedel och lugnande medel och droger (narkotika)
- Dåligt uppförande i klassrummet och i skolan
- Våld mellan elever
- Händelser som leder till polisinblandning

Bild 3

Krisgrupper och rutiner

Det bör vid varje skola finnas en krisgrupp och utarbetade rutiner för hur man informerar elever, skolpersonal och föräldrar om det inträffat ett självmordsförsök eller självmord. Men hittills har intresset för att föra in kunskaper om suicidprevention och krishantering efter självmordsförsök och självmord varit lågt hos landets gymnasie – och högskolerektorer. När NASP i en enkät frågade 837 rektorer från 500 gymnasieskolor och 500 högskolor, medgav 42 procent av högskolerektorerna och 51 procent av gymnasierektorerna att man hade erfarenhet av självmords-

försök vid skolan och 9 procent av högskolerektorerna och 30 procent av gymnasierektorerna att man hade erfarenhet av självmord vid skolan. Men i endast en tredjedel av skolorna fanns en skriftlig plan över hur lärare och övrig skolpersonal skulle hantera och agera i händelse av självmordsförsök eller självmord. Endast en tredjedel av skolorna hade någon form av elevhälsoprogram som omfattade självmordsprevention och lika få rektorer hade planer på att i framtiden föra in en sådana program i skolan (NASP 2003a). Men i detta avseende arbetar en rad myndigheter för att få en förändring till stånd inom en snar framtid. I samband med att regeringen tillstyrkt utformandet av ett *Nationellt program i suicidprevention* har man gett Statens Folkhälsoinstitut i uppdrag att tillsammans med Myndigheten för skolutveckling och NASP, utarbeta ett informationsmaterial i suicidprevention för skolor och en strategi för hur materialet kan spridas till lärare och annan skolpersonal. (www.regeringskansliet.se *En förnyad folkhälsopolitik* 2007/08:110).

Stöd vid självmord

Om ett självmord skulle inträffa, finns stöd för anhöriga, vänner och arbetskamrater att få hos efterlevandeföreningen SPES (Suicidprevention och Efterlevandes stöd). Representanter för SPES finns i hela landet och alla medlemmar i SPES har det gemensamt att de förlorat en närstående genom självmord. Alla har alltså stor erfarenhet av de omtumlande känslor av sorg, skuld och skam, som ofta drabbar efterlevande och som dessa har svårt att redogöra för och hantera tillsammans med personer utan erfarenhet av självmord. Det händer inte sällan att syskon och andra jämnåriga glöms bort när familjen drabbas av ett självmord. Då kan man vända sig till SPES och få möjligheten att träffa andra unga människor i samma situation. På SPES hemsida www.spes.nu finns även en webb-ansluten gästbok, där man skriva om sin sorg, få kontakt med efterlevande i andra delar av landet och få hjälp och stöd att komma vidare i livet.

Att läsa mera

www.ki.se/suicid
www.folkhalsoguiden.se
www.spes.nu
www.sbu.se

Referenser

- Affifi, T.O., Cox, B.J. & Katz, L.Y. (2007). The associations between health risk behaviours and suicidal ideation and attempts in a nationally representative sample of young adolescents. *Can J Psychiatry* 52(10);666–674.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, DE, m.fl. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(11):1427–39. Review
- Bridge, J.A., Iyengar, S., Salary, C.B., et al. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment. A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, 297(15);1683–1696.
- Britton, M. (2000). Så graderas en studies vetenskapliga bevisvärde och slutsatsernas styrka. *Läkartidningen* 97;4414–4415
- Fawcett, J. The anxiety disorders, anxiety symptoms, and suicide. In: Wasserman D. (Ed) *Suicide, an unnecessary death*, London: Martin Dunitz, 2001; 59–63.
- Haw, C., Bergen, H., Casey, D. & Hawton K. (2007). Repetition of Deliberate Self Harm: A study of the characteristics and subsequent deaths in patients presenting to a general hospital according to extent of repetition. *Suicide and Life-threatening Behavior* 37(4);379–396,
- Hawton, K., Harriss, L., Hall S., m.fl. (2003). Deliberate self-harm i Oxford, 1990–2000; a time of change in patient characteristics. *Psychol Med* 33;987–996.
- Hawton, K., Harriss, L. & Zahl, D. (2006). Deaths from all causes in a longterm follow-up study of 11 583 deliberate self-harm patients. *Psychological Med* 36;397–405.
- Hammad, T.A., Laughren, T. & Racoosin, J. (2006). Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry* 63;332–339.
- Hetrick, S.E., Merry, S., McKenzie, J., et al. (2007). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) for depressive disorders in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic reviews*, Issue 3. Art. No.: CD004851. DOI:10.002/14651858.CD004851. pub2.

- Kahan, J. & Pattison, E.M. (1984). Proposal for distinctive diagnosis: the deliberate self-harm syndrome (DSH). *Suicide Life Treat Behav.* 14(1);17–35.
- KILEN. Ungdom och läkemedel. www.kilen.org
- Madge, N., Hewett, A., Hawton, K., et al. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Selfharm in Europe (CASE) study. *Child Psychology Psychiatry*.
- NASP (2003a). Självmordsprevention i skolor – Hur ser det ut i dag? www.folkhalsoguiden.se
- NASP (2003). Att förebygga självmord och självmordsförsök hos skol elever. WHO:s stödmaterial för lärare och annan personal anpassad till svenska förhållanden, 2003. www.folkhalsoguiden.se
- Prinstein, M.J. (2008). Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal self-injury: A review of unique challenges and important directions for self-injury science. *J Consulting Clin Psych* 76(1)1–8.
- Sareen J., Cox B.J. & Afifi T.O. et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicid attempts. A population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005;1249–1257.
- SBU. (2005) Behandling av ångestsyndrom. Statens beredning för medicinsk utvärdering, Rapport.
- SBU. (2004) Behandling av depressionssjukdomar. Statens beredning för medicinsk utvärdering, Rapport.
- SBU, Alert (2005). Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning. Utvärdering av nya metoder inom hälso- och sjukvården, Rapport.
- Socialstyrelsen, (2004) Vad vet vi om flickor som skär sig. Stockholm 2004. www.sos.se
- Socialstyrelsen, (2008) Skador och förgiftningar i slutenvård 2006. Stockholm. www.sos.se
- Soler, JA, Wetherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Database and Systemic Reviews* 12005, Issue 4, No CD004690.pub2.
- Sonneborn, C.K. & Vanstraelen, PM. (1992). A retrospective study of self-inflicted burns. *Gen Hosp Psychiatry* 14(6);404–407.
- ten Berg, H., Eriksson, L. & Bremberg, S. Ågestsymptom – ökar det risken för suicid ochsuicidförsök. En systematisk litteraturöversikt. Nedladdningsbar från www.fhi.se
- Townsend, E. Hawton, K, Altman, DG. et al. (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvements with problems. *Psychol Med.* 52:828–33.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L.M., Koeter, M.W. et al. (2003). Dialectal behavior therapy for women with borderline personality disorder.

- Monthly, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br j Psychiatry* 182;135–140.
- Wasserman, D. (2001). *Suicide – An unnecessary death*. Biddles Ltd, Guilford and King's Lynn, London, GB.
- Wasserman D. Till er som rapporterar om självmord i media. Informationsmaterial. www.folkhalsoguiden.se
- Whittington, C.J., Kendall T., Fonagy, P. et al. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. 363:1341–1345.
- Winchel, R.M. & Stanley, M. (1991). Self-Injurious Behavior; a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry* 1991;148(3);306–17.

Känslorna och jag

Filippa

Inledning

Jag kommer ihåg allra första gången jag självskadade. Det var så enkelt, och befriande. Året var 1997, jag var 16 år och jag hade precis börjat gymnasiet. Allt var nytt och jag minns att jag inte kunde bestämma mig för om det var skrämmande eller spännande. Just den dagen jag självskadade var en typisk höstdag. En tonårsförälskelse, som inte gick min väg. För att inte visa mig sårad och ledsen gick jag från skolan, ut i skogen. Och där hängde mitt första vapen mot mig själv. En orienteringskontroll, som hjälpte mig att ta bort smärtan inuti min kropp.

Min uppväxt

Min uppväxt har varit vad många skulle kalla normal. Yngst i en familj med 4 äldre syskon. Min mamma var fysiskt sjuk till och från större delen av min uppväxt. Vissa dagar var bättre än andra, och jag hade alltid resten av min familj runt mig. Alla ställde upp på varandra. Ibland fick jag känslan av att vara ”den udda”. Mina två äldsta systrar var ett par och min bror och yngsta storasyster var ett annat par. Sen var det jag, ”den udda”, som inte passade in någonstans. Jag har fått för mig att jag oftast ville vara själv, men jag minns inte om det var självvalt eller inte.

Under skolåren var jag den typiska mobbaren, för att jag själv blev mobbad. När jag blev kallad fula saker, gjorde jag det ännu värre för någon annan. Den onda cirkeln var sluten. Men jag visade aldrig att jag blev sårad. Eller att jag skämdes för att jag gjorde någon annan illa. Ingen fick se mig ledsen, för då kunde de göra mig illa. Utåt sett var jag den som vågade allt. Visade

aldrig rädsla för nya saker eller att trotsa någon eller något. Detta var min blivande mur, min mask som hade börjat växa.

Högstadiet och gymnasiet

Sommaren mellan åk 6 och 7 började jag paddla kanot. Detta intresse var något som skulle följa mig långt upp i åren. Högstadiet innebar en ny skola. Nya saker gjorde mig rädd, men ingen fick se. Jag ville så gärna vara en i gänget, en av ”de coola tjejerna”. Någonstans här började jag tappa bort mig själv rejält. ”Masken” var på, så fort jag lämnade mitt rum och jag krympte mer och mer inuti. Det var inget jag märkte, inget jag reflekterade över, det var ”normalt” för mig. Visst anade jag att många av de tankar jag tänkte eller fantiserade om, inte dök upp i mina vänners huvud. Min fantasi var livlig och hade alltid varit. Det var något jag ofta fick höra. Jag var ju ”udda”. På högstadiet kom jag upp i den ålder då killar började bli intressant. Redan här kände jag att jag var tvungen att vara först. Känslan att bli sedd, att bli bekräftad, blev allt starkare. Genom att få någon annan intresserad av mig, skulle jag få den bekräftelsen, trodde jag. Det var bara det att jag lät mig utnyttjas i detta sökande av bekräftelse. När utnyttjandet väl hade börjat så blev det som en drog. Jag spelade mitt spel, ”den farliga, extrema och lätta tjejen”, som inte var rädd för att göra någonting, som inte tog åt sig. Så här i efterhand blir jag rädd när jag tänker på hur det egentligen var. Men att vara mitt i det just då, blev min verklighet. Det var verkligheten som jag ansåg att jag förtjänade. Det var mitt värde som människa. Med denna inställning började jag gymnasiet. Det kändes som en ny start. Jag skulle kunna visa en annan sida av mig själv. Spela vilket spel jag än ville, för ingen skulle veta hur och vem jag var. Men ”autopiloten” bryter man inte så lätt. Det finns ingen som kan ”byta ut” sitt gamla liv över en natt. Så min tanke att jag var ”den udda”, dumma, idiotiska tjejen, som vem som helst skulle kunna göra vad som helst med, stannade kvar. Så kom första självskadnan.

Den första gången

Det var en typisk höstdag. En tonårsförälskelse, som inte gick min väg. För att inte visa mig sårad och ledsen gick jag från skolan och ut i skogen. Och där hängde mitt första vapen mot mig själv. En orienteringskontroll, som hjälpte mig att ta bort smärtan inuti min kropp. Känslan av befrielse kom och gjorde att jag orkade hålla ihop mig själv. Befrielsen från alla känslor tog mig tillbaka till skolan, med masken hårt runt ansikte och kropp. När frågorna haglade mot mig hur jag tog nedslaget log jag och sa

– Jag mår bra, behövde bara vara lite själv. Jag var egentligen inte förälskad, utan tyckte mest att han var snygg. Så...

Min första kille

I och med gymnasiet hade jag mer eller mindre valt att kanoten skulle ta den största delen av min fritid. Det var träning så fort jag hade tid. Ibland gick jag upp 05:30 för att hinna springa en runda innan skolan började, bara för att få ihop mina tre pass/dag. Planering var mitt liv. Om planeringen inte följdes, var jag tvungen att på något sätt straffa mig. Det kunde till exempel vara att jag inte åt, när jag hade tränat. Ingen såg någonting. Jag var riktigt ”duktig” på att dölja. Redan från det att jag var liten, hade jag en nätt kropp. Så att jag var smal och höll mig smal, kanske till och med blev smalare, var inget någon tänkte på. Många sa bara:

– Du som tränar så mycket, har en helt otrolig ämnesomsättning. Och om du ska lyckas få i dig tillräckligt med mat varje dag, skulle du vara tvungen att äta dygnet runt.

Detta gjorde att det var så enkelt att ”straffa” mig själv. Med kanoten kom mitt första ”riktiga” förhållande. Jag var på ett träningsläger i Italien. Killen, som blev mitt ”offer” (det var så jag såg på killar), var en kanotist från Vaxholm. Egentligen var jag kär i en annan på lägret, men han var ”en av de coola, snygga

killarna”, vilket gjorde att fula dumma jag inte hade en chans. Mitt offer och jag var tillsammans i sex år. Han var min biljett bort från Växjö. Jag ville bli anonym. Flytten gick av stapeln två dagar efter att jag tagit studenten. Då hade jag varit otrogen fem gånger mot min blivande sambo. Jag flyttade upp till Vaxholm, in i en sommarstuga utan vatten. Vi hade ingen toalett, utan ett utedass.

Alla offer

Bråken avlöste varandra och jag var livrädd för att bli lämnad och då vara tvungen att flytta tillbaka till Växjö. Hanteringen av rädslan och alla andra känslor var enkel. Antingen en liten rispa med en kniv, leta reda på ett ”offer” ute på krogen, äta ännu mindre mat eller vråka i mig massor. Jag såg inget av dessa saker som problem, utan snarare som hjälpmedel för att jag skulle klara av att leva. Då, efter sex år och många ”offer” och när min sambo och jag bråkade för sista gången, gjorde jag ingen rispa. Det blev ett ”fint hack”, som sved varje gång jag tränade. Tomhetskänslan, att vara lämnad, klarade jag inte av, utan hittade snabbt ett nytt ”offer”, en ny pojkvän. Det tog två dagar. Annorlunda denna gång var att ”Offer nr 2” hade en positiv inställning till terapi. Han hjälpte mig till och med att ta kontakt med öppenvården. Jag kom till en samtalsterapeut. Första frågan var

– Så vad är det för problem du har och vad kan jag hjälpa dig med?

Kaos

Jag gissar att hon bara menade väl, men det blev så fel. Hela muren runt mig drog ihop sig, leendet på mina läppar blev större. Inte en enda sak av det jag verkligen behövde hjälp med, pratade jag om. Jag berättade inte om hur det kändes inuti mig, hur känslorna levde sitt eget liv. Det som terapeuten fick höra, var det jag trodde att hon ville höra. Vi träffades varannan vecka i tre månaders tid. Sen ansågs jag vara som vem som helst. Jag

hade fått min hjälp, att prata av mig. ”Offer nr 2” talade snabbt om för mig att han skulle lämna mig om jag fortsatte att bete mig som jag gjorde. Även här är jag övertygad att han menade väl. Det var ett sätt att försöka få mig att må bättre. Men så blev inte fallet. Visst, jag slöt mig, tryckte undan känslorna ännu mer och visade inget negativt överhuvudtaget. Ibland blev det för svårt, de starkaste impulserna smet ur mig och jag blev då en elak människa. Jag sårade så mycket jag bara kunde, för att i andra sekunden vara skuldfylld och försöka göra allt bra i förhållandet. Parallellt med förhållandet jobbade jag som personlig assistent. Det var ett jobb som var som klippt och skuret för mig. Jag kunde inte tänka på mig själv, vad jag kände eller tyckte. Mitt jobb gick ut på att vara någon annan. Det blev inte 8 timmar/dag fem dagar i veckan. Det blev det ungefär det dubbla. Plus detta tränade jag två-tre pass/dag. Tiden att känna efter vem jag var, vad jag ville, den fanns helt enkelt inte. Allt detta höll till hösten 2004. Jobbet flyttade långt från Stockholm, så jag var tvungen att söka nytt. Hamnade som resursassistent på ett dagis. Arbetsuppgifterna och tiderna var helt annorlunda mot det jag var van vid. Helt plötsligt fanns det tid över att bara vara. ”Offer nr 2” orkade inte med mig och mitt beteende längre, och det tog slut.

Kraschen

Det blev november och dagen kom då jag kraschade. Min husläkare tog emot mig på en akuttid. En hel syndafloed kom genom mina ögon, vilket fick mig sjukskriven. Remissen till öppenvården gick iväg och snart gick jag på antidepressiva. I min kropp hade en stor cirkus flyttat in. Dag som natt visste jag verken ut eller in. Jag ville inget hellre än att dö, ta slut på allt oväsen, allt som var smärtsamt. Rädslan för mig själv växte och jag vågade inte göra annat än att berätta för läkaren på öppenvården. Det var en fredag i december 2004 då jag kördes till slutenvården på Danderyds sjukhus. Lördag förmiddag kom min

bror och yngsta storasyster upp. För första gången fick jag höra det jag kände. Min syster sa:

– Älskade lilla syster, när jag såg dig genom glasdörren, såg jag en rädd liten flicka. Hela din kropp skrek, ta mig härifrån!

Just då sa jag inte hur rätt hon hade, utan förnekade allt. Att jag faktiskt inte mådde så dåligt, som läkarna ville få det till. En vecka efter att jag blivit inlagd flyttades jag ner en våning till en så kallad ”öppen avdelning” (dörren ut var låst dygnet runt). När första middagen skulle serveras fick jag panik. Jag ville inte vara där, jag ville upp igen till den första avdelningen. Känslan av att vara vilsen tryckte sig upp i halsen. En jourläkare kom för att prata med mig. Och det var just det, han pratade och jag skulle lyssna. Ingen ville höra på vad jag hade att säga, för jag var ju sjuk. Känslorna fick mig att lämna rummet ganska snabbt med ännu mer kaos inombords än tidigare. Jag gick ner till ”lugna hörnan” med de stora fönstren. Det var skönt att kunna krypa ihop, att sluta mig som en snäcka. Det blev att jag satte mig ner på golvet och började rita på de papper jag hade med mig. Stormen i mig ville inte ge sig. Lösningen fanns i en el-ljustake. Jag skruvade ur en av de fem lamporna och kastade den i golvet. Den perfekta skärvan för uppdraget fanns där mitt i allt ihop. Blodet, som rann ur såret tog med sig alla känslor. Känslan av befrielse infann sig direkt. Personalen blev upprörd. Mitt agerande fick mig att uppnå två saker: Att kortvarit bli av med mina obehagliga känslor och att samtidigt jävlas med personalen. Den personal som skulle vara där för mig, men som inte ville, inte hade intresse av att lyssna. Ingen på avdelningen orkade med mig och mina känslostormar. Det fanns ingen där som gav mig tillit, ingen som såg mig! Varenda lampa på el-ljustaken krossade jag och gömde på alla ställen jag kunde komma på. Det var mina räddningar, mitt sätt att överleva. Jag skar mig dag som natt, och aldrig avslöjade jag var jag hade mina gömmor. Och även om många av personalen letade länge och väl hittades mina skärvor heller aldrig. Detta gav mig känsla av hopp och en gnutta stolthet. Efter många misslyckanden på den öppna avdelningen flyttades jag åter upp till den låsta avdelningen. Min första vistelse inom slutna psykiatrin varade i 3,5 månader.

Självmondsplaner

Rädslan hade mig i sitt grepp den dagen jag blev utskreven. Det gick några veckor. Jag åkte in och ut på sjukhusets psykiatriavdelningar. Under den här tiden tappade jag modet mer och mer och kände att planeringen för att dö, att slippa allt, hade etsats sig fast i mitt huvud. Jag genomförde min plan tisdagen innan påsk år 2005. Min vän fick mitt samtal, när jag sa hej då. Hon var klok, hon förstod vad som höll på att hända. Ambulansen kom, och det sista minnet innan jag totalslocknade på grund av de tabletter och alkoholen jag svalt, var att jag blev arg på britsen i ambulansen. Den hade inget fotstöd.

Åter igen blev jag utskreven, fast denna gång gick det riktigt snabbt. Tre veckor efter ambulansfärden satt jag åter i min lägenhet och funderade. Jag hade ett papper i min hand, som beskrev en diagnos som hette Borderline. Pappret var min räddning. En utredning om mig, för mig, drogs igång. Jag träffade både läkare och en psykolog. Från början tyckte jag att allt var en enda idiotisk idé. Varför skulle de hjälpa mig, när det enda jag ville var att dö? Jag ville ge min plats till någon som förtjänade den. Men psykologen jag träffade var ihärdig. Hon fick mig att förstå att jag behövde platsen precis lika väl som någon annan. Ibland var jag så fruktansvärt arg och frustrerad på dessa möten att det enda jag ville var att slå ner psykologen. Men någonstans hade jag börjat förstå att det hon hjälpte mig med, gjorde det lättare för mig att hjälpa mig själv. Jag var på rätt väg. Hela terapin gick ut på att sluta skada mig själv, lära mig nya saker jag kunde använda mig av de gånger när jag kände att världen höll på att rasa. Dessa kallade vi färdigheter. En gång i veckan gick jag till ett speciellt möte, just bara för att lära mig färdigheter. Allt var svårt och nytt och det tog över ett år innan jag förstod hur färdigheterna skulle kunna hjälpa mig i mitt liv. När allt började falla på plats blev behovet av att skada mig själv mindre. Det kunde gå veckor utan att jag gjorde mig själv illa. Hela terapiköret hjälpte mig att komma framåt i min strävan att ha ett liv värt att leva. Många dagar var svåra och jag ville helst bränna alla papper jag hade och bara sätta mig ner och skära i min kropp.

Jag är någon jag vill vara

Ofta skrek det i huvudet:

Vågar du inte, Filippa? Är du en sådan fegis, att du inte vågar skära dig? Vilken stor idiot du är.

Under hela den här tiden hade jag enormt stöd av min pojkvän. Han var aldrig ett offer, eller gjorde mig till ett offer. Det fanns stunder jag gissar att han bara ville springa från mig, men stannade ändå kvar. Han ville lära sig hur han på bästa sätt kunde hjälpa mig igenom de svåra dagarna. Även detta var nytt för mig och ibland testade jag honom, bara för att se om han verkligen stannade kvar. Och det gjorde han. När jag skriver det här är året 2008 och jag har gått i terapi i 2,5 år. Jag har lärt mig mycket och klarar av att leva med mig själv. Senast jag skar mig själv var i december 2006. Varje dag från det datumet ger mig stolthet, att jag har klarat ännu en dag utan att göra mig själv illa. Många gånger har det varit nära, många gånger har jag suttit med kniven mot armen, men lyckats övertala mig själv att jag är värd mer. Att jag är någon jag vill vara, att jag klarar av att leva. Genom mitt beteende har jag tappat många vänner och även gett upp min största dröm, kanoten. Visst gör det mig fortfarande ledsen och vissa drömmar om natten vill inte släppa taget. Jag har gått igenom en period av mitt liv, en svår och tuff period. Inte bara för mig utan även för mina nära. Men denna period har lärt och format mig till den jag är i dag. Än är inte formen helt gjuten och jag vet inte än om den någonsin kommer bli det under min livstid. Det jag där i mot vet, är att jag i dag är stolt över att vara jag: Filippa!

”Skära för livet”

Stig Söderberg, psykiater, leg psykoterapeut, med dr. Överläkare vid psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå. Tillsynsläkare, Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet, Umeå.

Att skära är ett universalmedel. Det är en bot för 1 000 år av ensamhet, och lindrar ilska och sorg. Smärtan flyttar ut och blir synlig. Ängsten minskar, maktlösheten släpper tillfalligt. Jag vaknar upp till här och nu.

– E. H.

”Att skära är ett universalmedel” säger Emma till mig. Hon är en av många unga kvinnor jag mött inom psykiatrin till följd av självskadande beteende. Denna gång har hon skurit sig allvarligt, och är inlagd. Tvångsvårdad. ”Tvångsvård den här gången – förra veckan räckte det med att jag talade med skolkuratoren! Jag har inte mer tankar på självmord nu än då. Vad håller ni på med egentligen?”

Ja vad håller vi på med egentligen? Individualiserar vi ett samhällsproblem?

Lite fakta

Flickor som skadar sig själva finns inte bara i Sverige. Under de senaste 20 åren har självskadande beteende bland flickor och unga kvinnor blivit alltmer vanligt i hela västvärlden, och börjar också märkas i urbaniserade delar av utvecklingsländerna. Inom såväl somatisk som psykiatrisk sjukvård, liksom inom skolhälsovård, ungdomsmottagningar och socialtjänst, möter vi allt oftare unga kvinnor som skadat sig själva, oftast genom att skära sig. Bilden bekräftas i Socialstyrelsens kartläggning (Socialstyrelsen, 2004a). Eftersom det självskadande beteendet vanligtvis inte

leder till kontakt med sjukvården är det svårt att få en tillförlitlig bild av omfattningen. Det finns också anledning att tro att självskadande beteende underrapporteras i enkätstudier, så att det också där finns ett mörkertal.

En större enkätstudie i England (Hawton m.fl., 2002) som besvarades av drygt 6 000 ungdomar ger en uppfattning om omfattningen. I undersökningen beskrev 11 procent av flickorna och 3 procent av pojkarna att de genomfört någon form av självskadande beteende under det senaste året, medan knappt 13 procent av dem som gjort en självskadande handling beskrev att de sökt sjukvård efteråt. Vissa undersökningar tyder på att omfattningen kan vara likartad i Sverige (10 procent av flickorna, 5 procent av pojkarna) (Marklund, 2001). Socialstyrelsens begränsade kartläggning av vad som är känt inom verksamheter som kan komma i kontakt med flickor med självskadebeteende (barn- och ungdomspsykiatri, skolhälsovård, socialtjänst etc.) anger att minst en procent av flickor mellan 13–18 år någon gång skurit sig själva (Socialstyrelsen, 2004a). Avsiktlig självdestruktiv handling fortsätter enligt Socialstyrelsens senaste rapport att öka i de flesta åldersgrupper, och den kraftigaste ökningen ser man bland unga kvinnor (Socialstyrelsen, 2008).

Självskadande beteende hos unga kvinnor är därmed inte ett sjuk- eller hälsovårdsproblem, utan ett problem som berör hela det svenska samhället – ett samhälle där omkring 30 procent av ungdomarna upplever psykisk ohälsa då och då (Starrin, 2003). Vad kan vi göra? Kan vi göra något? Vart ska vi vända oss?

Ett samhällsperspektiv

Hur kommer det sig att en ökande andel unga kvinnor skadar sig själva? Finns det en koppling till samhällsutvecklingen under de senaste decennierna? Inom sociologin menar man att den ökande individualiseringen och det alltmer ökande tempo som kännetecknar det moderna samhället starkt påverkar vår upplevelse av oss själva och vår identitetsbildning, särskilt när vi är unga (Giddens, 1997). Sådant som tidigare var självklart är i dag ifrågasatt. Individerna förväntas ta självständig ställning till en

alltmer ökande mängd information på en mängd områden i livet, innefattande allt från val av teleoperatör till sexuell inriktning. Nära direktkontakt i relationer tenderar att trängas ut av virtuella kontakter via chatt, SMS eller andra tekniska media. Fysiskt avstånd begränsar inte som tidigare – samtidigt som den enskilda människan på många sätt är lösgjord från en nära gemenskap med gemensamma värderingar. Millon (2000) menar att det moderna samhället ger mycket dåliga förutsättningar för unga människor att utveckla en stabil och samlad identitet.

I samtal med unga kvinnor med självskadande beteende framkommer ofta en stark känsla av att vuxenlivet är meningslöst, ett avståndstagande från det etablerade samhället och en önskan att finna en alldeles egen väg i livet. För många verkar vuxensamhället inte erbjuda modeller som man vill efterlikna, modellerna finner man istället via media. Media tar också i ökande grad över formuleringen av unga människors drömmar. Samhället förmedlar inte heller som tidigare traditionella värderingar från generation till generation, utan var och en måste välja sin egen väg i relation till ett mycket omfattande utbud av praktiska och moraliska möjligheter. Dessutom ställer det moderna samhället krav på autenticitet, att ”förverkliga sig själv”, satsa på sig själv, på ett helt annat sätt än tidigare. Att lyckas – eller misslyckas – med livsprojektet blir helt och hållet individens ansvar. På så vis ställs mycket höga krav på unga människor att själva konstruera sin bild av sig själva och sitt jag, i det Giddens (1997) kallar ”en reflexiv process”. Pressen kan bli oerhört stor – och självdestruktivitet kanske kan räknas bland de sätt unga kvinnor använder för att försöka lindra den stress och ångest som detta ger upphov till?

Orsakerna till den tydliga könsskillnaden i självdestruktivt beteende bland unga människor är oklar – men det finns anledning att fundera över om det kan vara ett uttryck för hur de samlade förväntningarna på unga män och unga kvinnor skiljer sig från varandra.

Självskadande beteende som livslösning

För vuxenvärlden ter sig skärandet ofta egendomligt och obegripligt. Har hon inte medvetet skaffat sig rakblad att skära sig med? Har hon inte dolt det för oss en längre tid, genom att vara noga med att inte lämna blodspår? Är det inte absurt att skära sig gång på gång? Kan hon inte bara sluta med det, skärpa sig?

Att skära sig är oftast skamfyllt, och en flicka som skär sig försöker oftast dölja vad hon gjort. För det mesta är sårskadorna ytliga, men ibland blir det djupt, med omfattande blodförlust, och ibland behöver skadorna sys. För en del unga kvinnor som skär sig ofta kan det utveckla sig till en närmast ritualiserad handling, med olika sätt att samla upp blod – och ibland också att spara blodet. En återkommande beskrivning är att smärtan och blodet gör att en oformlig, oartikulerad och outhärdlig inre smärta kan fokuseras till såret, till blodflödet – och därigenom lindras. Äntligen lättar det inre kaoset, äntligen blir smärtan synlig, påtaglig, mätbar. Så här djupt den här gången. Så här många sår denna gång. Så här mycket smärta. Inte bara armarna, utan också benen, bröstet... Att skära sig blir en lösning, i någon mening en livsbejakande handling – en möjlighet att uthärda, att fortsätta leva, att gå vidare ytterligare ett tag. Samtidigt konkretiserar och tydliggör skärandet den tröst som finns i möjligheten att själv avsluta sitt liv, att slippa ifrån all ångest och smärta. ”Down the highway, not across the road”. Någon gång...

Mamma sjunker till golvet med ett förtvivlat skrik. Tårarna rinner ner för hennes kinder. Hennes tårfyllda ögon kollar på mig, fyllda av förebåelse. Jag hör ännu ett skrik, om det är från henne eller från mig vet jag inte, men jag vet att det inte ”bara går att sluta med”!

Det sitter djupare än så!

Så sluta tjata. Säg inte att jag bara ska sluta för det GÅR INTE!!!

– Anonym författare, Rapport från mitt hjärta, s. 39.

Förstå? eller lyssna...

När vuxenvärlden får kännedom om att en flicka eller ung kvinna medvetet skurit sig själv är reaktionen ofta förfäran, efterföljt av försök att förstå. Hon avkrävs en förklaring: *"varför gör du så här?"* Vad är rimligt att begära av en flicka i den situationen? Är det alls möjligt att förklara handlingen? I samtal med unga kvinnor med erfarenhet av att skära sig framkommer ofta en besvikelse över vuxenvärldens fokusering på symptomet och att förstå (och eliminera) det – som om *"största problemet med den här människan är att hon skadar sig själv"* (Teatermaskinen, 2007, s. 8). I sådana samtal beskrivs skärandet närmast som uttryck för en existentiell problematik – och ett existentiellt gensvar på en livssituation som upplevs känslomässigt outhärdlig, där skärandet är *"en bot för 1000 år av ensamhet"*. Skärandet beskrivs som en del i en sammanhängande livsstrategi, som inte enkelt kan förklaras.

I försöken att förstå ligger en distansering, ett försök att avgränsa problematiken så att den blir hanterbar för den vuxne. Av försöken till förståelse uppkommer reducerande kategorier såsom *"uttryck för självhat och självförakt"*, *"bottnar i traumatiserande upplevelser"*, *"svårigheter att reglera känslor"* och liknande. Självskadande beteende beskrivs också ofta på detta sätt i litteraturen (Socialstyrelsen 2004b). Men det som är generellt tillämpligt för en grupp skiljer sig från vad som är tillämpligt på den enskilda individen (Bateson, 1998), och det finns stora risker med att med hjälp av generaliserande resonemang närma sig den enskilda människans upplevelse. Genom generaliseringen försvinner nyanserna, det som faktiskt hänt reduceras till ett *"typiskt"* beteende för en grupp människor, istället för ett uttryck för en flickas försök att hantera sin livssituation. En klassificering av hennes upplevelser i generaliserade kategorier ger därför inte en genuin förståelse.

I samtal med unga kvinnor som skadar sig själva framkommer istället nyanserade beskrivningar som *"jag skadar inte mig själv för att jag hatar mig, utan jag hatar mig för att jag skadar mig"*. Självskadebeteende och självhat beskrivs som oberoende men samtidigt sammanlänkade variabler utan något

enkelt linjärt samband. Kopplingen ter sig snarare cirkulär, utan tydlig början eller slut, utan tydligt urskiljbar orsak och verkan, sammanvävd med hela livssituationen. Och kanske är det i samtalet om det sammanhanget, den livsväven, i tydliggörandet av det cirkulära samspelet, som möjligheten till förändring ligger? Och den enda som känner alla trådar är den unga kvinnan själv...

Att finnas där...

För en ung kvinna som kommit att använda sig av självskadande handlingar för att hantera sin livssituation är den vuxnes försök till linjär ”förståelse” av orsak-verkan sällan till någon hjälp. Däremot beskriver unga kvinnor med erfarenhet av att skära sig ofta att de haft hjälp av att någon lyssnat, inte för att de förstår utan *för att de inte förstår*. Att någon vann ens förtroende genom att visa en beredskap att finnas tillgänglig för att lyssna, ställa frågor, försöka få en bild av situationen samt respektera och i någon mån solidariserar sig med henne och hennes sätt att hantera sina svårigheter, beskrivs upprepade gånger som en hjälp att komma vidare (Söderberg, 2004). Ärlighet, uppriktighet och förutsägbarhet har visat sig vara den grundläggande förutsättningen för att vinna och fortsätta förtjäna förtroende från människor som av olika skäl har svårt att känna tillit (Livesley, 2005, Oldham, 2006). I detta ingår att inte lova mer än man kan hålla – men också att hålla det man lovar!

Har psykiatrin lösningen?

Vuxenvärldens förfäran och förtvivlan och misslyckade försök att förstå leder inte sällan till att psykiatrin kontaktas för att få hjälp med att kontrollera det självskadande beteendet. Psykiatrin, med sina begränsade resurser och sin fokusering på diagnostik och behandling, tenderar att utifrån den bild som ofta framkommer av känslomässig instabilitet, impulsivitet, identitetsosäkerhet och intensiva men instabila relationer att uppfatta

beteendet som uttryck för en personlighetsproblematik, en s.k. borderlinestörning. Diagnostiken har en tendens att bli självförstärkande, eftersom den unga kvinnan i sitt alldeles normala identitetssökande inte sällan tar till sig bilden av sig själv som ”borderline” – och läser in i sig själv aspekter av borderlinebegreppet som hon inte alls motsvarar. Borderlinebegreppet börjar i dag betraktas som en överförenklad reduktion av en komplex dimension och vi står inför en omfattande och grundläggande revision i arbetet med att finna användbara diagnostiska begrepp (Livesley, 2007).

Diagnostiken tenderar alltså att utifrån ett kategoriserande utsnitt i tiden låsa fast människan vid det aktuella tillståndet, och förhålla sig till henne utifrån detta. Erfarenheten från kontakten med självskadande ungdomar inom Teatermaskinens fleråriga projekt ”Jag skär” är att vården inte kunnat leverera tillräckligt starka alternativ till skärandet, så att det skulle löna sig att sluta (Teatermaskinen, 2007).

Det dramatiska i det självskadande beteendet leder inte sällan till inläggning på psykiatrisk vårdavdelning ”för säkerhets skull”. Det finns dock internationell konsensus om att slutna psykiatrisk vård inte är någon lösning och att sådana perioder skall vara mycket korta, eftersom de annars kan leda till accentuerad självdestruktivitet (Paris, 2003, Oldham, 2006; Fonagy och Bateman, 2006), och att det är väsentligt att inte lägga in någon ”för säkerhets skull” utan respektera den enskildes egen värdering av sin förmåga att hantera situationen (Gunderson och Ridolfi, 2001).

Det har också visat sig att traditionella psykoterapeutiska samtalsmodeller ofta inte är fruktbara (Fonagy och Bateman, 2006), och ett misslyckande i den terapeutiska kontakten är vanligt. Den individuella problematiken tenderar att förstärkas av upplevelsen av att inte få någon hjälp trots professionell kontakt (Söderberg, 2004, Fonagy och Bateman, 2006). Dessutom ses de självskadande handlingarna ofta som manipulativa inom psykiatrin och attityden mot patientgruppen ter sig ibland närmast avfärdande, med kommentarer som: *”Hon behöver inte berätta – jag vet redan vad hon har att säga”*. *”Hon är så typiskt borderline”*. Så beskriver också många med självskadande beteende, att livs-

förändringen inte kom förrän man lämnade sina förväntningar på att psykiatrin skulle ha någon lösning, bakom sig (Söderberg, 2004).

För majoriteten av de unga kvinnorna med självskadande beteende förefaller psykiatrin i nuläget inte erbjuda någon lösning. Dock finns det bland dem med självskadande beteende, människor som har en djupgående och omfattande problematik, ofta till följd av upplevelse av djup otrygghet och smärtsamma erfarenheter i form av övergivenhet eller fysisk eller psykisk misshandel, ibland med inslag av sexuell traumatisering. För dem krävs ofta omfattande insatser från psykiatrin. Det är därför viktigt att den som vill hjälpa en ung kvinna med självskadande beteende, förmår ta in vidden av problematiken och de livserfarenheter som ligger bakom. Det är väsentligt att tidigt ta ställning till hur omfattande stöd hon kan behöva och påbörja arbetet med att finna ett sådant stöd.

Vägar framåt

Unga kvinnor med självskadande beteende är en mycket heterogen grupp. Vi har en lång tradition av att se avvikelser från det normala som uttryck för individuella problem, och erbjuda diagnostisering och behandling av individen. När ett problem får en sådan omfattning som det självskadande beteendet börjar få i västvärlden, och beteendet ter sig tydligt kopplat till samhällsutvecklingen, finns det dock anledning att betrakta problematiken som ett uttryck för ett strukturellt problem i samhället, och söka efter möjligheter till åtgärder på en strukturell nivå.

Bakom självdestruktiviteten finns oftast en upplevelse av hopplöshet, maktlöshet och utsatthet, en upplevelse av att sakna kontroll över sitt liv (Paris, 2003, Söderberg, 2004), och det självdestruktiva beteendet kan ses som ett sätt att hantera denna maktlöshet. Många har beskrivit att självdestruktiviteten avtar när maktlösheten avtar (Paris, 2003, Söderberg, 2004). Ändå finns mycket lite dokumenterat kring arbete på det strukturella planet. Från USA rapporteras positiva resultat av program som på ett allmänt plan lär unga problemlösningstrategier och kog-

nitiva färdigheter i syfte att på ett konstruktivt sätt kunna hantera svårigheter (Gould, m.fl., 2004). Sådana program har också påverkat och minskat risken för drogmissbruk och depression. Därutöver har man i praktiskt ungdomsarbete i Sverige funnit positiva effekter av att öka unga kvinnors möjlighet till engagemang, inflytande och ansvarstagande i angelägenheter som berör dem (Teatermaskinen, 2007).

Parallellt med strukturellt arbete är det väsentligt att hitta riktlinjer för ett bärande förhållningssätt till unga kvinnor med någon grad av självskadande beteende. Här kan man kanske dra lärdom av erfarenheten från de två terapiformer, dialektisk beteendeterapi (DBT) (Kåver och Nilsson, 2002) och mentaliseringsbaserad terapi (Fonagy och Bateman, 2006) som har visat sig fruktbara i arbete med människor med omfattande och upprepat självskadande beteende. Bägge karaktäriseras av tät och nära kontakt, långsiktighet och delat ansvar, samt förutsägbarhet i struktur och roller som grund för att skapa tillitsfulla relationer.

Det grundläggande i mötet med en flicka eller ung kvinna som skär sig är att förtjäna förtroende (Livesley, 2005, Oldham 2006) – en kontinuerlig och skör process som kräver uppriktighet och förutsägbarhet i kontakten (Gunderson och Ridolfi 2001). För att förtjäna förtroende krävs en respektfull ömsesidig dialog. I den senaste utvecklingen på det systemteoretiska/familjeterapeutiska området har ett förhållningssätt som tar avstånd från en traditionell tolkande hållning utvecklats, ett förhållningssätt som ställer hjälparens förståelse åt sidan till förmån för den levande dialogen (Anderson, 2006). Förhållningssättet grundar sig i en vetenskapsteoretisk, filosofisk och metodologisk utveckling som tar avstånd från expertrollen och från tolkningar – det handlar om att enbart ta hänsyn till vad människor berättar, och hur de berättar. Man intresserar sig för observerbart beteende, inte vad som eventuellt ligger bakom eller under det. Det handlar om att lyssna noggrant och uppmärksam och inte tro att man vet något om en annan människa innan man tillsammans i dialog utvecklat en gemensam förståelse för hur hon uppfattar sin situation. Förhållningssättet har visat sig fruktbart i mötet med unga människor med uppväxtmiljö, livsmål och livsvärderingar som väsentligt skiljer sig från den vuxnes.

Därutöver kan det förhållningssätt som är känt som ”empowerment” (Askheim och Starrin, 2007) ge vägledning. Grundläggande i *Empowerment* är att stötta självförtroende och självkänsla utifrån en människas egen upplevelse och beskrivning av sin situation, och att utgå från hennes egen uppfattning om sina aktuella och långsiktiga behov och styrkor, resurser och intressen. *Empowerment* kännetecknas av ett aktivt lyssnande och en djup respekt för människan som subjekt och huvudrollsinnehavare i sitt eget liv. Förhållningssättet innefattar ett förtroende för människans förmåga att finna sin egen lösning och strategi – och beredskap att stödja henne i genomförandet.

Med andra ord – *expertisen finns hos den flicka som skurit sig. Det är till henne vi måste vända oss för att förstå, och det är med hjälp av hennes perspektiv vi behöver finna vägarna framåt.*

Och för det mötet krävs mod, engagemang och närvaro:

Okej, du har gjort det här... och vad smärtsamt att du har behövt göra det, vad ont det gör i mig att se dig som jag älskar göra så här mot dig själv. Men vad vackert det är! Och vilken... Det sätter mig i kontakt med all min sorg och all min smärta och du gör det här med dig själv och nu sitter vi här tillsammans... Och vi kanske kan göra det på något annat sätt men det här sättet har du gjort nu. Och du kanske inte behöver göra det igen om vi tar tillvara på det.

– Emanuel Söderberg, Teatermaskinen, 2007, s. 24.

Att läsa mera

www.sos.se *Vad vet vi om flickor som skär sig?* 2004.

www.sos.se *Flickor som skadar sig själva. En kartläggning av problemets omfattning och karaktär.*

Referenser

- Akheim, O.P. & Starrin, B. (red) (2007). *Empowerment i teori och praktik*. Gleerups, Malmö.
- Anderson, H. (2006). *Samtal, språk och möjligheter. Psykoterapi och konsultation ur postmodern synvinkel*. Mareld, Stockholm.
- Bateson, G. (1998.) *Mönstret som förbinder*. Mareld, Stockholm.

- Fonagy, P. & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188;1–3.
- Giddens, A. (1997). *Modernitet och självidentitet*. Daidalos, Göteborg.
- Gould, M., Greenberg, T., Velting, D.M. & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42;386–405.
- Gunderson, J.G. & Ridolfi, M.E. (2001). *Borderline* personality disorder: suicidality and self-mutilation. *Annals of the New York Academy of Sciences* 932;61–73.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. & Wetherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325;1207–1211.
- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2002). Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning. *Natur och Kultur*, Stockholm.
- Livesley, W.J. (2005). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 50;433–434.
- Livesley, W.J. (2007). A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 21;199–224.
- Marklund, B. (2001). *Ungdomars liv och hälsa i Halland*. FoU-enheten, Primärvården i Halland. Report No. 4.
- Millon, T. (2000). Sociocultural conceptions of the borderline personality disorder. *Psychiatric clinics of North America* 23, s. 123–136.
- Oldham, J.M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry* 163;20–26.
- Paris, J. (2003). *Personality Disorders Over Time. Precursors, Course, and Outcome*. American Psychiatric Publishing, Washington DC.
- Rapport från mitt hjärta (2004). Stiftelsen Allmänna Barnhuset, Stockholm.
- Socialstyrelsen (2004a). Flickor som skadar sig själva. En kartläggning av problemets omfattning och karaktär. Art nr 2004-107-1.
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2004/3026/2004-107-1.htm>
- Socialstyrelsen (2004b) Vad vet vi om flickor som skär sig? Art nr 2004-123-41.
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2004/8592/2004-123-41.htm>
- Socialstyrelsen (2008) Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2006. Art nr 2008-42-2.
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/9892/2008-42-2.htm>
- Starrin, B. (2003). Psykisk ohälsa bland unga. De kallar oss unga. Ungdomsstyrelsens attityd- och värderingsstudie 2003. Ungdomsstyrelsen, Stockholm, s. 243–257.

- Söderberg, S. (2004) To leave it all behind. Factors behind parasuicide – Roads towards stability. Dissertation, Umeå universitet, Umeå.
<http://www.diva-portal.org/umu/abstract.xsql?dbid=362>
- Teatermaskinen (2007). Perspektiv på ungas självdestruktivitet. Redovisning av erfarenheter från projekt JAG SKÅR 2003-2007. Resande seminarium om ungas psykiska ohälsa. Maskinen förlag, Ridderhyttan.

Ätstörningar

Karin Nilsson, leg psykolog, leg psykoterapeut, med.dr., har arbetat inom barn – och ungdomspsykiatri under många år, arbetar för närvarande med utbildning, forskning, utvärdering och behandling vid Barn – och ungdomspsykiatriska kliniken, Institutionen för klinisk vetenskap, Umeå universitet, Umeå.

Historik

Under alla tider har det funnits individer som har utsatt sig själva för svält eller haft svårt för att upprätthålla normal kroppsvikt, trots att det har funnits god tillgång på mat. Förklaringarna till detta har växlat och egentligen kan man säga att det har funnits beskrivningar av individer som haft ätstörningar långt innan dessa ansågs vara sjuka (Vandereycken och Deth, 1994). Det har funnits förklaringsmodeller där den som avstod från mat exempelvis kunde bli helgonförklarad eller ansågs besatt av onda andar. Senare har fysiologiska och psykologiska förklaringsmodeller växlat, vilket också haft inverkan på de behandlingsmetoder som använts. William Gull och Charles Lasège gjorde 1874 den första moderna beskrivningen av anorexia nervosa (Palmer, 2003). Bulimia nervosa (BN) beskrevs som ett eget syndrom av Russell (1979).

Definitioner

Ätstörningar kan definieras som ”en ihållande störning i ätbeteende eller viktkontrollerande beteende, som påtagligt försämrar fysisk hälsa eller psykosocialt fungerande. Störningen ska inte vara sekundär till någon känd allmän medicinsk åkomma eller någon annan psykisk störning.” (DSM-IVR)

I det psykiatriska diagnossystemet DSM-IV⁴ (APA, 1994) identifieras tre huvudgrupper av ätstörningar: Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN), och ätstörning utan närmare specifikation (UNS).

Kriterierna för Anorexia nervosa inkluderar en oförmåga att upprätthålla normal kroppsvikt, en intensiv rädsla att öka i vikt, störd kroppsuppfattning och menstruationsbortfall under 3 cykler. Sjukdomen kännetecknas av en intensiv önskan att gå ner i vikt, trots att kroppsvikten är lägre än den förväntade. Det viktigaste kriteriet är en vikt som är 85 procent lägre än den vikt som förväntas utifrån ålder, kön och längd. Den låga vikten kan vara ett resultat av viktnedgång, men den kan också vara ett resultat av utebliven eller minskad viktuppgång. Vid bedömning av vikt-nedgången kan man ha hjälp av tillväxtdiagram, som vanligtvis används inom skolhälsovården, där också längd och tillväxt för det individuella barnet finns dokumenterat över tid. För barn och ungdomar finns speciella tillväxtkurvor för body mass index (BMI) med referens värden för svenska barn i olika åldrar, dessa värden skiljer sig från vuxna (Karlberg och Albertsson-Wikland, 2001).

Huvudsymptomen för Bulimia nervosa är bantning följt av kraftiga impulser att äta mycket stora mängder mat (hetsättning i genomsnitt två gånger per vecka) och olika typer av kompensatoriska metoder, exempelvis kräkning, för att undvika viktökning. Båda diagnoserna utmärks speciellt av en störning i kroppsuppfattning, rädsla för att gå upp i vikt, störning i uppfattning av vikt och orimligt stor inverkan av kroppsvikt och utseende på självkänsla.

Utöver Anorexia nervosa och Bulimia nervosa finns det flera allvarliga ätstörningstillstånd som också kan försämra både den fysiska hälsan och det sociala livet.

Ätstörning utan närmare specifikation (UNS) ingår i DSM systemet. Denna diagnos är en uteslutningsdiagnos och används när man har många, men inte alla kännetecken för Anorexia nervosa eller Bulimia nervosa. Hit hör exempelvis patienter som uppfyller samtliga kriterier för Anorexia nervosa, men som har

⁴ *Diagnostic and statistical manual of mental disorder 4th edition*. Förklaring se särskild ruta.

kvar sin menstruation, och patienter som uppfyller samtliga kriterier för Bulimia nervosa, men som hetsäter och kräks mindre frekvent än vad som anges i kriterierna. Så många som mellan 30 och 60 procent av de personer, som söker hjälp för en ätstörning, hamnar i UNS kategorin.

Ortorexi är en tvångsmässig strävan efter att vara hälsosam, som blir så överdriven att den i stället leder till ohälsa. Ortorexi är ingen vedertagen medicinsk diagnos, men sjukligheten kan leda till eller ses som en variant av anorexi. I stället för att drivas av en stark strävan att bli smal, drivs man av att få kontroll över kroppen och uppnå en viss livsstil. Idrotts-anorexi är en annan variant på anorexi, som kan drabba idrottare som utvecklar symptom på anorexi, till exempel kraftig undervikt i sina försök att uppnå högre prestationer.

Fetma innebär att man har en mycket kraftig övervikt. Det betraktas ofta som ett medicinskt problem och inte som en ätstörning, men det finns många överlappningar.

Hur man tidigt kan upptäcka signaler på att en ätstörning kan vara på gång

De flesta ätstörningar börjar med bantning. Ofta har bantningen föregåtts av en kris. En kraftig bantning kan resultera i låg kroppsvikt, utebliven menstruation, insjunkna kinder, mage och bröst-korg, förstoppning och ont i magen, kall och torr hud, psykiska problem som depression, ångest, tvångstankar och tvångshandlingar. Trots en viktnedgång och medföljande symptom kan det ta tid för den drabbade personen att komma till behandling, eftersom denne är obenägen att söka hjälp själv och därför är beroende av att någon i omgivningen reagerar och hjälper till. Ofta kan kompisar reagera och kanske talar med en skol-sköterska. Kanske har de försökt prata med sin kompis, som avvisat deras oro och sagt att hon mår jättebra, bara hon får fortsätta att banta. Föräldrar brukar reagera men, då vikt-nedgången sker successivt kan det vara svårt att bedöma när det gått för långt. En vikt-nedgång kan initialt ses som positiv om flickan/pojken upplevts vara överviktigt. Vid hetsätning och

kräkning är viktnedgången och den psykiska ohälsan inte lika tydlig och kan därför döljas längre, vilket kan resultera i ett för kroppen allvarligt tillstånd innan man kommer till behandling.

Omfattning av ätstörningar

Ätstörningar karakteriserats ofta som en sjukdom som främst drabbar flickor och unga kvinnor, men den förekommer även hos pojkar och unga män. När det gäller anorexia nervosa anses fördelningen vara en pojke på tio flickor i länder med västerländsk livsstil, men hur vanligt förekommande anorexi och ätstörningar är hos pojkar är oklart.

(Doyle och Bryant-Waugh, 2000). Råstam och hans medarbetare (1989) fann i sin studie av skolungdomar födda 1970 i Göteborg att vid 18 års ålder var förekomsten av anorexi 1,08 procent för flickor och 0,09 procent för pojkar (0,58 procent totalt). Men, det förekommer sannolikt en underrapportering utifrån risken att det kan upplevas som skamligt att drabbas av en typisk kvinnosjukdom (Svensk Psykiatri, 2005). När det gäller andra typer av ätstörningar, som exempelvis ätstörning UNS, är skillnaden mellan könen mindre (Eliot och Baker, 2001; Muise, m.fl., 2003). Likaså är det en jämnare könsfördelning när det gäller yngre barn med ätstörning.

Vanligaste debutålder för Anorexia nervosa är i mitten eller slutet av tonårstiden (15–19 år), men sjukdomen kan också debutera hos barn redan i 8-årsåldern (Bryant-Waugh och Kaminski, 1993). Anorexi ökade i västvärlden under 1970 och 1980-talen, men en stabilisering inträdde under 1990-talet (Hoek, 2006) bortsett från en ökad förekomst i högriskgruppen 15–19-åriga kvinnor (van Sonm, m.fl., 2006).

Ungefär 2 av 100 kvinnor i åldrarna 13–30 år drabbas av bulimia nervosa. Tidigare har antalet fall med bulimia ökat, men en stabilisering av förekomsten har konstaterats under senare år (Hoek, 2006). Bulimi hos män anses vara ytterst ovanligt. När det gäller andra typer av ätstörningar förekommer en stor osäkerhet angående förekomst.

När det gäller riskfaktorer har man funnit att både tidig och sen pubertet kan utgöra riskfaktorer för pojkar att utveckla en ätstörning. Homosexualitet och identitetsbekymmer har föreslagits vara specifika riskfaktorer för ätstörning hos unga män, men andra forskare har inte funnit ett sådant samband (Harvey och Robinson, 2003). En skillnad mellan könen är också att unga kvinnor bantar mera kanske på grund av samhällets kroppsideal. Bantningen i sig är en riskfaktor för att utveckla ätstörning. Unga män håller oftare på med överdriven träning och vill till skillnad från unga kvinnor ofta gå upp i vikt och få stora muskler. En stor andel av de manliga fallen av ätstörningar kan döljas bakom ett överdrivet tränande och idrottande. Idrotter där prestationen blir bättre om man är smal kan öka risken för att pojkar kan utveckla en ätstörning (Harvey och Robinson, 2003; Hatmaker, 2005).

Det finns många likheter i hur ätstörningar yttrar sig hos båda könen och samma behandlingsmetoder används. För båda könen utgör psykiska symtom en riskfaktor för att utveckla ätstörningar och sådana kan också förekomma samtidigt som ätstörningen. Det finns inte några större skillnader mellan pojkar och flickor med ätstörningar när det gäller förekomst av samsjuklighet, hälsorisker och somatiska komplikationer. Pojkar och yngre män söker dock inte behandling för sina problem i samma utsträckning som flickor.

I en svensk studie av tonårsflickor fann Swenne (2001) att de som fått ätstörning hade ökat mera i vikt än sina jämnåriga innan ätstörningen debuterat. Ökad vikt kunde enligt studien påverka kroppsuppfattningen negativt och medföra beslut om att banta, vilket i sin tur kunde vara början till utveckling av ätstörning även om det också fanns andra förutsättningar för en sådan utveckling. Däremot fann Swenne och Thurfsjell (2003) att flickor i förpuberteten som fick ätstörning, hade lägre vikt och längdtillväxt än sina jämnåriga, före ätstörningen. Alltså finns skillnader jämfört med dem som inte får ätstörningar, men skillnaderna såg olika ut för barn i förpuberteten jämfört med tonåringar. Avvikelse i vikt kurvorna kan därför utgöra ett observandum och ett tidigt tecken på risk för ätstörning.

Vilka riskerar att drabbas av ätstörningar?

Ätstörningar anses vara orsakade genom komplicerade samspel mellan biologiska, genetiska, individuella, grupp, familj och socio-kulturella faktorer (Polivy och Herman, 2002). Eftersom ingen enkel orsak går att finna till ätstörningar har man i stället studerat vad som kan öka risken för att en ätstörning ska utvecklas. Ett flertal belastningsfaktorer som till exempel kriser och övergrepp är gemensamma med risken att utveckla andra typer av psykiska symptom

Största riskfaktorer för alla typer av ätstörningar är att vara kvinna, samt att bo i ett land med västerländsk livsstil (Jacobi, m.fl., 2004). Detta kan tolkas som att det finns ett sociokulturellt inflytande där t.ex. ideal som att vara smal påverkar. Man har även identifierat riskfaktorer för olika typer av ätstörningsdiagnoser, vilka involverar individspecifika faktorer och premorbida upplevelser och karakteristika (Fairburn, m.fl., 1999).

Riskfaktorer Anorexia nervosa

Inflytande av biologiska faktorer och interaktion med genetiska faktorer anses kunna öka risken för att utveckla anorexia nervosa. Jacobi och hans medarbetare (2004) fann dessutom att oro, sömnbekymmer och uppfödningssproblem under spädbarnsåren samt överdriven motion under tonåren var riskfaktorer. Man har även funnit att tvångssyndrom, perfektionism och negativ självkänsla sannolikt är riskfaktorer för att utveckla anorexi. Perfektionism definieras som tendensen att sätta och försöka uppnå orealistiska höga mål trots att det medför negativa konsekvenser (Cassin och Ranson, 2005). Perfektionism kan föregå, upprätthålla eller vara en effekt av anorexia, och kan ibland även finnas kvar efter det att anorexin upphört. (Lilienfeld, m.fl., 2006, Nilsson, m.fl., 2008). Graden av perfektionism kan beräknas med hjälp av självskattningsskalor och man har funnit att det finns ett samband mellan graden av perfektionism och svårigheten av anorexin. En lägre perfektionismnivå vid sjukdomsdebut har konstaterats kunna medföra bättre respons på behand-

ling och därmed bättre behandlingsresultat (Sutandar-Pinnock, m.fl., 2003).

I en svensk registerstudie (Lindberg och Hjern, 2003) fann man att de mest betydelsefulla riskfaktorerna för att behöva vårdas i slutenvård för anorexi huvudsakligen var relaterade till individens sociala och kulturella sammanhang. De personer som löpte störst risk att behöva vårdas i slutenvård för anorexi var de som hade psykiskt sjuka föräldrar, var fosterbarn eller var adopterade.

Riskfaktorer för Bulimia nervosa

Det har visats att för att utveckla Bulimia nervosa var bantning i tidiga tonåren och negativ självkänsla de största riskfaktorerna. Övervikt som barn, sexuella övergrepp och andra svåra livshändelser, missbruk eller övervikt hos föräldrarna eller kritiska kommentarer om vikt och höga förväntningar kunde också bidra till ökad risk för att senare utveckla bulimia nervosa (Jacobi, m.fl., 2004).

Självrapporterade orsaker till ätstörningar

Nilsson och medarbetare (2007) undersökte självrapporterade orsaker till anorexia nervosa. Orsakerna kategoriserades i de tre huvudkategorier själv, familj och sociokulturella faktorer utanför familjen. Den mest vanliga självrapporterade orsaken var höga egna krav och perfektionism.

Familj och anhörigas roll

Familjens roll har växlat från att ha ansetts vara orsaken till ätstörningar (Bruch, 1972) till att ses som det viktigaste stödet för tillfrisknande (Lock, m.fl., 2006). Under 50 och 60 talen hade man förklaringsmodeller som involverade kyliga mödrar som orsak till anorexi. I en behandling kunde därför ingå att man

skulle separera barn och föräldrar från varandra. Andra teorier har handlat om den psykosomatiska familjen där barnet ansetts få symptom på grund av föräldrarnas konflikter utifrån en känslighet hos barnet. Man har också talat om specifika familjemönster som involverat rigiditet, svårigheter med konflikter, insnrjdhhet samt överbeskydd. Senare studier tar avstånd från detta synsätt. Vad som tycks påverka är om det finns mycket negativ kritik och klander och mycket konflikter (beskrivs med uttrycket Expressed Emotion, EE). Studier har visat att det kan vara svårare att tillfriskna från ätstörning om man lever i en familj med hög EE (Eisler, m.fl., 2007). Anknyningsmönster tycks också kunna ha betydelse för hur sjukdomen hanteras (Zachrisson och Kulbotten, 2006). Dessutom har familjens resurser en betydelse för hur man kan stödja och hjälpa ett barn som drabbas av ätstörning.

Sociala omständigheter

Anorexia nervosa ansågs tidigare som en sjukdom som främst drabbade barn från välbeställda familjer. Numera anses den förekomma i alla typer av familjer och gäller även andra former av ätstörningar. Det kan dock bli en svårare sjukdomsutveckling om det saknas socialt stöd och hjälp med att hantera ätstörningssymtomen. Det kan vara risk för en allvarligare sjukdomsutveckling och ett större behov av slutenvård om stödet saknas eller är svagt (Lindberg och Hjern, 2003).

Professionell behandling

I Sverige utförs behandling av ätstörningar vid barn och ungdomspsykiatriska och vuxenpsykiatriska kliniker, samt vid ett flertal privata institut. Specialiserade ätstörningsteam finns i de flesta landsting. Liksom i andra länder finns också i Sverige riktlinjer för hur ätstörningsbehandling bör gå till (Svenska Psykiatriska föreningen, 2005). Riktlinjerna skiljer sig åt för de olika diagnosgrupperna. En naturlig orsak till detta kan vara att Anorexia

nervosa ofta drabbar yngre barn och tonåringar som bor hemma, medan Bulimia nervosa oftare drabbar något äldre personer, som kan ha flyttat hemifrån. Gemensamt för olika ätstörningar är vikten av somatisk undersökning samt diagnostisering. Andra tillstånd än ätstörningar kan också ge viktnedgång och minskad aptit. Exempelvis kan en hjärntumör ge kraftig viktnedgång, varför sådana skäl till viktnedgång måste uteslutas. En speciell svårighet kan också vara att kombination av olika symptom blivit allt vanligare. Självskadebeteende kan uppträda tillsammans med ätstörning och depression. Då man numera ofta har specialiserade team är det ändå viktigt att se till helheten och inte ”fastna” alltför snabbt i ett spår då flera saker kan behöva bearbetas. Ett riktmärke kan vara att tänka på att svält kan ge följsymptom, som i många fall förbättras vid en viktuppgång.

Behandling av anorexia nervosa

Den rekommenderade metoden för nyinsjuknade patienter under 18 år med Anorexia nervosa är öppenvårdsbehandling med familjeterapi (Russell, 1987; Eisler och Dare, 1997). Den metod som används i Sverige är inspirerad av Madsleymodellen; en metod som också har mest forskningsmässigt stöd och också finns beskriven i en manual (Lock, m.fl., 2001). Modellen består av tre faser, där den första delen fokuserar på ätande och viktuppgång och där föräldrarna under en period får stöd för att ta över ansvaret för maten. De övriga faserna handlar om att arbeta med relationsmönster och att hantera vanliga tonårsfrågor t.ex. autonomi och relationer till föräldrarna. Vid hög grad av Expressed Emotion rekommenderas att barn och föräldrar träffas var för sig (Eisler, m.fl., 2007).

Behandling av bulimia nervosa

Mer forskning har gjorts på behandling av Bulimia nervosa. Ofta rör det sig om patienter över 18 år som flyttat hemifrån. Huvudinriktningen är individuell behandling i öppenvård där fokus i

första hand ligger på att normalisera matintag och bryta kompensatoriska beteenden. Ett första steg kan vara självhjälpshandboken. Initialt används i regel psykopedagogiska interventioner och hjälp för att få struktur. Forskningsmässigt stöd finns för behandling med kognitiv beteendeterapi ibland i kombination med antidepressiv medicinering. Det är också viktigt med remiss till tandläkare eftersom tandemaljen kan ha skadats av kräkningar.

Behandling av ätstörningar UNS

Ätstörning UNS är en blandad grupp där man följer riktlinjer för anorexi eller bulimi beroende på hur problematiken yttrar sig. Eftersom man initialt inte vet hur ätstörningen kommer att utvecklas bör ändå symptomen tas på allvar.

Kan man bli frisk från ätstörningar?

Anorexia nervosa kan vara livshotande och innebära ett långdraget sjukdomsförlopp men tillfrisknande kan också ske inom 1–2 år. Initialt kan det vara svårt att förutsäga det individuella sjukdomsförloppet. Tidig diagnostik och behandling rekommenderas.

Kroppsvikt och ätbeteende är förändrat vid en ätstörning, men även kroppsupplevelse och andra känslor liksom det sociala livet. I forskning beskrivs ofta tillfrisknade utifrån diagnostiska kriterier. Men man har även gjort undersökningar där patienter själva beskriver sitt tillfrisknande och det framkommer då, att det är möjligt att beskriva när man upplever sig tillfrisknad samt även beskriva olika delar som är involverade i känslan av tillfrisknande (Noordenbos och Seubring, 2006). I Nilsson och Hägglöfs studie (2006) kunde alla som tillfrisknat beskriva en speciell vändpunkt när tillfrisknandet startade och 62 procent beskrev sig själva som aktiva för att bli friska. Utöver den professionella behandlingen är det av stor vikt att närstående och vänner finns med för stöd och hjälp på olika sätt. Bland annat

kan man störa sjukdomen, finnas kvar, locka med det roliga utanför, bryta isolering. Patienter, som haft anorexi har beskrivit att vänner, behandling, aktiviteter, ursprungsfamilj och egen familj varit mycket betydelsefulla för tillfrisknandet (Nilsson och Hägglöf, 2006).

Hur går det sedan?

Dödligheten har minskat, men ätstörningar bör fortfarande ses som ett allvarligt sjukdomstillstånd. De flesta som kommer till behandling tillfrisknar inom ett par år men enligt många studier riskerar cirka 30 procent att få ett långdraget sjukdomsförlopp. Resultatet efter 16 års uppföljning (Nilsson och Hägglöf, 2005) visade att alla utom en fortfarande levde och att 85 procent av de tidigare patienterna inte längre hade någon ätstörning. De som inte hade haft svåra kroppsliga problem och inte hade vårdats vid barnmedicinsk klinik hade större chans att tillfriskna än de som haft svåra kroppsliga problem eller vårdats vid barnmedicinsk klinik. De flesta hade välfungerande socialt liv beträffande familj och arbete. De som tillfrisknat snabbast hade en lägre nivå av perfektionism än de som var sjuka under längre tid. Minst 20 procent hade ett långdraget sjukdomsförlopp, ofta i kombination med andra psykiska problem. För att tillfriskna var både egen aktivitet, behandling och sociala kontakter av stor betydelse.

Förebyggande arbete

Metoder för att förebygga ätstörningar, där man fokuserar på mat, kropp och vikt, har inte varit framgångsrika utan har snarare visats kunna bidra till att öka ätstörningar. Om man vill arbeta förebyggande bör man fokusera på både risk- och skyddande faktorer (Steiner, m.fl., 2003). Aktiviteter, som medför ett bättre mående generellt kan medföra mindre risk att utveckla ätstörningar. Genom att t.ex. stärka självkänsla med kreativa aktiviteter som musik, teater och dans kan ungdomar må bra och kanske bli

mindre sårbara. Det kan också vara bra för barn och ungdomarna med bra förebilder från vuxna när det gäller inställning till kropp och mat.

Att läsa mera

www.sjukvårdsrådgivningen.se

www.kunskapscentrum.com

www.abkontakt.se

Referenser

- APA (American Psychiatric Association.) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington DC.
- Bruch, H. (1972). *Eating disorders: obesity, anorexia and the person within*. Basic Books, New York.
- Bryant-Waugh, R. & Kaminski, Z. (1993). Eating disorders in children: an overview. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Editors) *Childhood Onset anorexia Nervosa and Related Eating Disorders*. Psychology Press, Hove.
- Doyle, J. & Bryant-Waugh, R. (2000). Epidemiology. In *Anorexia Nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*, 2nd ed. (eds. B. Lask and R. Bryant-Waugh), pp. 41–61. Psychology Press Ltd, East Sussex, BN3 2 FA.
- Eisler, I., Simic, M., Russell, G.F. M. & Dare, C. (2007) A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48:6, 552–560).
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H.A., & Welch, S.L. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa. Three Integrated Case-control Comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468–476.
- Hoek, H.W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 389–394.
- Jacobi, C, Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H.C., & Agras, W.S. (2004). Coming to Terms with Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychol Bull*, 130, 19–65.
- Karlberg, L.Z., and Albertsson-Wikland, K. (2001). Body mass index reference values (mean and SD) for Swedish children. *Acta Paediatrica*, 90, 1427–1434.

- Lilienfeld, L.R.R, Wonderlich, S., Riso, L.P, et al. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26, 299–320.
- Lindberg, L. & Hjern, A., (2003). Risk Factors for Anorexia Nervosa: A National Cohort Study. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 397–408.
- Lock, J., le Grange, D., Agras, W. et al. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family based approach*. Guilford Press.
- Lock, J., Couturier, J. & Agras, W.S. (2006). Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *J Am Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 666–672.
- Loeb, K.L. Walsh, T., Lock, J. et al. (2007). Open Trial of Family-Based Treatment for Full and Partial Anorexia Nervosa in Adolescence: Evidence of Successful Dissemination. *J Am Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46:7, 792–800.
- Noordenbos, G. & Scubring, A. (2006). Criteria for Recovery from Eating Disorders According to Patients and Therapists. *Eating Disorders*, 14, 41–54.
- Nilsson, K. & Hägglöf, B., (2005). Long-Term Follow-up of Adolescent Onset Anorexia Nervosa in Northern Sweden. *European Eating disorders Review*, 13, 89–100.
- Nilsson, K. & Hägglöf, B. (2006). Patient Perspectives of Recovery in Adolescent Onset Anorexia Nervosa. *Eating Disorders: the Journal of Treatment and Prevention*, 14, 305–311.
- Nilsson, K., Abrahamsson, E., Torbiörnsson, A. et al. (2007). Causes of Adolescent Onset Anorexia Nervosa: Patient Perspectives. *Eating Disorders: the Journal of Treatment and Prevention*, 15, 125–133.
- Nilsson, K., Sundbom, E. & Hägglöf, B. (2008). A Longitudinal Study of Perfectionism in Adolescent Onset Anorexia Nervosa, *European Eating Disorders Review*, in press.
- Palmer, B. (2003). *Helping People with Eating Disorders*. Wiley, Chichester, England.
- Polivy, J. & Herman, C.P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187–213.
- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa? *Psychological Medicine*, 9, 429–448.
- Russell, G.F.M., Szmukler, G.I., Dare, C., et al. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 565–571.
- Råstam, M., Gillberg, C. & Garton, M. (1989). Anorexia nervosa in a Swedish urban region. A population-based study. *Br J Psychiatry*, 155, 642–646.

- Schmidt, U. (2003). Aetiology of eating disorders in the 21st century, New answers to old questions. *European Child and Adolescent Psychiatry*, suppl 1, 12, 30–37.
- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T.G. et al. (2003). Risk and Protective Factors for Juvenile Eating Disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry* (suppl 1) 12, 38–46.
- Sutandar-Pinnock, K., Woodside, D.B., Carter, J.C. et al. (2003). Perfectionism in Anorexia Nervosa: A 6-24 Month follow-up Study. *International Journal of Eating Disorder*, 33, 225–229.
- Svenska Psykiatriska Föreningen. (2005). *Ätstörningar-kliniska riktlinjer för utredning och behandling*, Svensk Psykiatri, 8. Växjö: Gothia. (in Swedish)
- Swenne, I. (2001). Changes in body weight and body mass index (BMI) in teenage girls prior to the onset and diagnosis of an eating disorder. *Acta paediatrica*, 90, 677–681.
- Swenne, I. & Thurffjell, B. (2003). Clinical onset and diagnosis of eating disorders in premenarcheal girls is preceded by inadequate weight gain and growth retardation. *Acta Paediatrica*, 92, 1132–1137.
- Vandereycken, W. & van Deth, R. (1994). *From Fasting Saints to Anorexic Girls: The History of Self-Starvation*. Athlone Press: London.
- van Son, G.E., van Hoeken, D., Bartelds, A.I.M. et al. (2006). Time Trends in the Incidence of Eating Disorders: A Primary Care Study in the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 565–569.
- Zachrisson, H.D. & Kulbotten, G.R. (2006). Attachment in anorexia nervosa: an exploration of associations with eating disorder psychopathology and psychiatric symptoms. *Eating and Weight Disorders*, 11, 163–170.

Barn som bråkar och stör

Ulf Axberg, leg. Psykolog, leg psykoterapeut, fil.dr, universitetslektor, Psykologiska Institutionen, Göteborgs universitet, Göteborg.

Barn (2-12år), som har ett ihållande bråkigt och störande uppförande i form av olydnad, trots, stökighet, aggressivitet och skolk, utgör en stor grupp i samhället och en avsevärd andel av dem som söker hjälp hos socialtjänst och Barn – och ungdomspsykiatri. Förutom det stora lidande, som dessa problem förorsakar barnen själva, syskon föräldrar och andra i den närmaste omgivningen, så medför uppförandeproblemen också stora ekonomiska kostnader för samhället (Axberg, 2007). Riksdagens revisorer uppskattade 2001 att enbart socialtjänstens kostnader för barn i familjehemsvård under 2000, uppgick till cirka 8 miljarder kronor. I en brittisk studie konstaterades att samhällets kostnad för en person, vid 28 års ålder, med uppförandestörning under barndomen var 10 gånger högre än för dem som inte haft några registrerade problem under barndomen (Scott, m.fl., 2001). Även om samhällets kostnader är stora så är det trots allt de enskilda familjerna som bär den största ekonomiska bördan i form av sjukskrivningar, utebliven inkomst etc.

Ju yngre barnen är när de börjar uppföra sig ihållande bråkigt och störande, desto större är risken att barnet får problem senare i livet (Moffitt, 1993). Ungefär hälften av dessa barn har även uppförandeproblem i ungdomen och för många fortsätter dessa problem in i vuxen ålder. I en longitudinell studie fann man att 85 procent av de pojkar, som tidigt visat sig ha svåra uppförandeproblem, hade olika former av sociala och psykiska problem i vuxenålder (Rutter m.fl. 1998, Andershed, H. och Andershed, A-K., 2005). Då handlade det förutom problem med aggressivitet och asocialitet även om ångest, depression, missbruk, arbetslöshet, instabila parrelationer etc. Vidare så finns även en ökad risk för

suicid och olyckor med dödlig utgång. Förutom att barn med dessa uppförandeproblem utgör en risk för sig själva, så utgör de också en risk för kommande generationer i och med att dessa problem kan komma att påverka deras föräldraförmåga.

Sammanfattningsvis kan man alltså konstatera att det finns flera goda skäl till att tidigt försöka identifiera och hjälpa barn och föräldrar där barnen uppvisar ett ihållande bråkigt och störande beteende. För att kunna göra detta behöver man dock ha mer kunskap kring fenomenet som sådant: Hur vanligt är det barn bråkar? När blir det ett problem? Varför har vissa barn ett ihållande bråkigt och störande beteende? Kan man hjälpa dessa barn och deras omgivning?

Är det vanligt att barn bråkar och när blir det ett problem?

Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI) är ett amerikanskt skattningsinstrument där föräldrar skattar hur ofta deras barn uppvisar bråkigt och störande beteende och om de upplever beteendet som ett problem eller ej. I en svensk studie, som dels syftade till att ta fram svenska normer på ECBI, dels att få en beskrivning av hur föräldrar i allmänhet uppfattar sina barn, ombads 1 500 föräldrar till barn i åldern 3–10 år i Skaraborg att fylla i formuläret (Axberg, m.fl., 2008). Det visade sig att det hos mer än 60 procent av barnen fanns flera bråkiga och störande beteenden, som föräldrarna i allmänhet inte betraktade som så speciellt problematiska. Exempel på sådana beteenden var: *Blir arg om hon/han inte får sin vilja fram. Retar sina syskon. Drar ut på tiden vid sänggåendet* och *Drar ut på tiden när hon/han skall klä på sig*. Samtidigt fanns det ett antal beteenden, som inte var så vanliga men som föräldrarna upplevde som mycket problematiska. Exempel på sådana beteenden var: *Stjäl. Slår föräldrarna. Vägrar lyda tills jag hotar henne/honom med bestraffning* och *Får raseriutbrott*. För att få en bild av när bråkigt och störande beteende blir ett problem behöver man ta hänsyn till det specifika beteendet som sådant, hur ofta det förekommer, hur ihållande det är samt i vilka sammanhang det förekommer.

Det finns olika sätt att beskriva beteenden som går emot sociala normer och förväntningar och som kan skada andra och vara störande. Inom de vanligaste psykiatriska diagnosystemen DSM-IV⁵ och ICD-10⁶, ryms barn med dessa beteenden i huvudsak inom diagnoserna Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning (ADHD), Uppmärksamhetsstörning (ADD), Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning - utan närmare specifikation (UNS), Uppförande störning (CD), Trotsyndrom (ODD) och Utagerande stört beteende – (UNS)⁷. Diagnosystemen är så kallade kategori system – antingen har man diagnosen eller så har man den inte. I kriterierna finns i regel flera olika typer av beteenden beskrivna, varav ett visst antal skall vara uppfyllda under en viss tidsperiod för att diagnosen skall vara aktuell. I regel finns också ett antal exkluderingskriterier, dvs. tillstånd som inte skall finnas, för att diagnoskriterierna skall betraktas som uppfyllda. Vidare så skall beteendena medföra en kliniskt signifikant nedsättning av vissa funktioner (t.ex. förmågan att fungera socialt, i skolan, i hemmet etc.). Ett annat sätt att beskriva ett bråkigt och störande beteende är dimensionella beskrivningar. De dimensionella beskrivningarna bygger på forskning kring olika beteenden som alla har mer eller mindre av. Barnets beteende skattas på olika skalor och utifrån undersökningar som gjorts i befolkningen i allmänhet. På detta sätt finns uppgifter om hur mycket av ett visst beteende som kan förväntas av barn och när nivån på det aktuella beteendet avviker så mycket från det ”normala” att man kan anta att det finns en risk för att barnet har vissa problem. Några vanliga sådana skalor är SDQ⁸ [7] och ASEBA⁹ [8]. Child Behaviour Checklist (CBCL) är ett ASEBA instrument, som har använts mycket inom såväl forskning som klinik. Såväl SDQ som CBCL är s.k. ”generiska” eller ”bredbandsformulär”, som ger ett visst mått på en rad enskilda olika problem, som sedan slås samman till större

⁵ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 4th edition*. Förklaring se särskild ruta.

⁶ *The international classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines, 10th edition*. Förklaring se särskild ruta.

⁸ *The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)*.

⁹ *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*.

dimensioner som t.ex. Emotionella problem och Uppförande-
problem (SDQ), eller Internaliserade respektive Externaliserade
syndrom (CBCL). Det finns även mer ”specifika” eller ”smal-
bands formulär” som framförallt syftar till att fånga upp ett
specifikt område som t.ex. bråkigt och störande beteende eller
ångest. Exempel på sådana skattningsskalor är ECBI, eller Multi-
dimensional Anxiety Scale for Children (MASC) (Ivarsson, 2006).
Utifrån olika dimensionella skalor beskrivs barnens beteende
som utåtriktat, utagerande antisocialt etc. Unders senare år har
begreppet ”Normbrytande beteende” kommit att användas mer
frekvent. I mångt och mycket täcker det in det som det som i
forskningslitteraturen beskrivs som antisocialt beteende eller
uppförandestörning. En fördel med begreppet normbrytande
beteende är att det även fångar upp icke-aggressivt norm-
brytande beteende. Med bråkigt och störande beteende avses i
det här kapitlet beteenden som är (i) utåtriktade, (ii) går emot
sociala normer och förväntningar och (iii) är störande, eller kan
vålla andra skada.

Skillnader och likheter mellan pojkar och flickor

Sammantaget verkar förekomsten av ihållande bråkigt och
störande beteende vara tre–fyra gånger vanligare hos pojkar än
hos flickor (Axberg, 2007). Granskar man de diagnostiska under-
grupperna så ser fördelningen något annorlunda ut. Medan det
är minst dubbelt så vanligt med uppförandestörning hos pojkar
som hos flickor, så verkar det inte finnas någon skillnad mellan
könen när det gäller trotsyndrom, åtminstone inte om man går
efter föräldrarnas skattningar. Om man går efter hur läraren
bedömt barnet, så verkar även trots vara dubbelt så vanligt hos
pojkar som hos flickor. En förklaring till detta är kanske att
flickor tenderar att uppvisa mer av trotsbeteenden i hemmet än i
skolan, jämfört med pojkar. Ser man till ADHD-problematik så
tycks den vara tre till sex gånger vanligare hos pojkar än hos
flickor. I det här sammanhanget är det värt att notera att före-
komsten av ihållande bråkigt och störande beteende kan ha blivit

underskattat när de gäller flickor, då det i de flesta studier använts mått där öppet aggressivt beteende haft stor betydelse för utfallet, medan flickor i större utsträckning tycks uppvisa en mer indirekt relationsinriktad aggressivitet (Andershed, H. och Andershed, A-K., 2005).

Varför är vissa barn ständigt bråkiga och störande

Genom åren har flera olika modeller presenterats för att förklara uppkomsten av ett ständigt bråkigt och störande beteende. I de biologiska modellerna ses aggressivitet som en medfödd drift, som barnet behöver lära sig att kontrollera, medan det inom den sociala inlärningsteorin betraktas som ett beteende, som barnet har lärt sig genom att observera och imitera andra. Dessa beteenden har sedan i sin tur blivit förstärkta av omgivningen. I dag råder det dock en stor enighet om att utvecklingen av ett ihållande bråkigt och störande beteende bäst förstås utifrån en transaktionell modell. Det betyder att utvecklingen sker utifrån ett samspel över tid mellan såväl genetiska, som psykologiska och sociala faktorer. I en sådan modell tar man hänsyn till såväl sårbarhetsfaktorer (medfödda eller tidigt förvärvade egenskaper), riskfaktorer (finns i omgivningen), som barnets motståndskraft (faktorer hos barnet) och skyddande faktorer (finns i omgivningen) (Broberg, m.fl., 2003).

Under andra halvan av nittonhundratalet så har synen på genernas inflytande över vårt beteende genomgått stora förändringar. Vid 50-talet fanns en i det närmaste total tilltro till att det var miljön som påverkade vårt beteende medan genernas inflytande sågs som mycket begränsat. Till skillnad från detta växte det runt 1980-talet fram en mycket stark tro på genernas betydelse och miljöns inflytande ansågs mycket begränsat. Under 1990-talet började samspelet mellan gener och miljö betonas allt mer tack vare en nyskapande forskning, som på ett mycket övertygande sätt visade hur olika psykiska problem ofta har en multifaktoriell bakgrund och att såväl genernas som miljöns betydelse snarare är probabilistisk (ökar eller minskar sannolikheten för ett

beteende), än deterministisk (helt avgörande för beteendets förekomst). Det har föreslagits att om ett barns genetiska makeup kan påverka ett barns beteende i en riktning, så kan den också bidra till att "lösa ut" olika beteenden från sin närmaste omgivning och barnet kan också komma att söka upp miljöer, som utsätter henne/honom för ytterligare risk (Rutter, m.fl., 2006).

Individuella riskfaktorer, som kan lyftas fram när det gäller utvecklandet av ihållande bråkigt och störande beteende är temperamentsfaktorer, låg begåvning, svaga skolprestationer, bristande sociala färdigheter och att barnet som foster utsatts för olika former av gifter som tobak, alkohol, narkotika och bly (Farrington, 2005).

En av de faktorer, som på tydligast förutspår utvecklandet av ihållande störande och bråkigt beteende och ett senare asocialt beteende, är en ständigt hög aggressivitet hos barnet. Aggressivt beteende hos små barn är normalt och hjälper barnet att skydda sig och göra sig själv gällande. Pro-social aggressivitet kan i många sammanhang fungera som en positiv drivkraft. Aggressivt beteende mot andra är vanligt hos småbarn och når i regel sin kulmen vid tvåårsåldern (Alink, m.fl., 2006). En förklaring till detta kan vara att vid denna tid har barnets motorik utvecklats och hon/han börjar uttrycka allt mer av autonomi samtidigt som föräldrarna börjar ställa högre krav på barnet och sätta mer gränser. Vid fyraårsåldern så sker dock en minskning av öppen fysisk aggressivitet hos de flesta barn och fler uttryck av verbal och indirekt aggressivitet blir märkbara. En hög nivå av aggressivitet under de tidiga åren som avtar, medför ingen ökad risk för svårigheter, medan det för de barn, som tidigt uppvisar höga nivåer av ihållande aggressivitet som inte sjunker vid fyraårsåldern, finns en ökad risk för uppförandeproblem senare i livet (Nagin och Tremblay, 1999).

Såväl inom anknytningsteori, som inom social inlärningsteori har man visat hur dagliga samspelsmönster på mikronivå mellan barnet och den vuxne formar mönster av samspel som över längre tid kan bidra till uppkomsten av ihållande bråkigt och störande beteende. En otrygg eller desorganiserad anknytning har t.ex. visat sig vara en riskfaktor för att barnet skall utveckla ett ihållande bråkigt och störande beteende, även om den inte är

en direkt orsak (Greenberg, m.fl., 2001). Patterson med kollegor vid Oregon Social Learning Center (OSLC) i USA har visat hur barn och föräldrar kan fastna i en ömsesidig ”förstärkningsfälla” som leder till en ökat destruktivt samspel (Patterson och Bank, 1989). Denna process, som kallas ”The coercive circle”, beskriver i korthet såväl barnets som föräldrarnas negativa uppförande, då föräldern hotar och grälar på barnet, när barnet är trotsigt och olydigt. Den uppmärksamhet som barnet får, även om det är en negativ uppmärksamhet, fungerar som en positiv förstärkare, dvs. sannolikheten för att det beteende som uppmärksammas ökar, vilket i sin tur leder till att föräldern visar upp ett mer auktoritärt föräldrabetende, vilket ger upphov till att barnet blir ännu mer aggressivt och trotsigt. Upprappningen bryts ofta av att föräldern till slut ger efter, vilket medför att barnets negativa beteende förstärks (barnet märker att det får som det vill). Även föräldrarnas ickekonstruktiva uppfostringsbeteende förstärks, genom att det till sist blir lugn och ro. På detta sätt ökar risken för att det destruktiva samspelet återkommer. Genom att denna process blivit förstärkt i vissa specifika situationer som t.ex. måltider, sänggående, när man skall till eller från skolan etc. kan dessa situationer komma att fungera som en ”trigger” som löser ut beteendet såväl hos barn som hos förälder. Det finns också en stor risk att det trotsiga beteendet generaliseras till andra situationer och sammanhang, t.ex. skolan.

Andra riskfaktorer i den närmaste omgivningen är en hård och/eller inkonsekvent uppfostringsstil, föräldrars brist på värme och lyhördhet för barnet och dess behov samt utvecklingsmässigt orealistiska förväntningar på barnet. Eventuellt missbruk, kriminalitet, psykisk ohälsa hos föräldrarna, våld och kraftfulla konflikter mellan föräldrarna ökar också risken. Emellertid är det sannolikt inte föräldrarnas missbruk, psykiska ohälsa eller kriminalitet som ökar risken, utan det är först om föräldrarnas psykosociala handikapp sänker hans/hennes förmåga att fungera i sitt föräldraskap, som risken ökar (Rutter och Quinton, 1994). Att växa upp under svåra ekonomiska och sociala förhållande i så kallade högriskmiljöer ökar också risken, men även här kan effekterna vara mer indirekta och medieras av föräldraförmåga. Även det dagliga samspelet med jämnåriga har stor betydelse för

utvecklingen och svårare uppförandeproblem Snyder, m.fl., 2008). Redan i förskoleåldern finns det en risk för att ett bråkigt och störande beteende förstärks genom den process där de aktuella barnen utlöser aggressivitet och avvisande beteende från jämnåriga. Detta genererar i sin tur ett mer aggressivt beteende hos dem själva, vilket i förlängningen leder till att de ofta hamnar i ett destruktivt samspel med andra barn. En annan förstärkande process är att de bråkiga och störande barnen ofta blir avvisade av jämnåriga vid lek och aktiviteter. På detta sätt hänvisas barnen i mångt och mycket till att vara tillsammans med andra barn som har en liknande problematik. Det finns också en risk för beteendet förstärks och ökar tack vare den uppmärksamhet (skratt och kommentarer) de drar till sig från jämnåriga, när de ägnar sig åt ”avvikande” prat om sex, att gå emot regler och att trotsa vuxna. Även i relation till syskon finns det en risk att barnets uppförandeproblem vidmakthålls och kan bli såväl negativt förstärkt genom att syskonen undviker att ställa krav och sätta gränser, för då blir det bråk, som positivt förstärks genom den uppmärksamhet och den makt över syskonet som barnet får, när det uppträder aggressivt.

En enskild riskfaktor i sig medför inte så stor ökad risk att barnet utvecklar problem, men om flera riskfaktorer finns och på olika nivåer (individuellt, i familjen och i omgivningen) så är effekten inte additiv utan risken ökar flerfald, kanske 10–20 ggr (Broberg, m.fl., 2003).

Motståndskraft och skyddande faktorer kan balansera påverkan från olika riskfaktorer. Trygg anknytning, väl utvecklad problemlösningsförmåga, god förmåga att kommunicera med andra, en hälsosam androgynitet (känsloutveckling), förmåga att utlösa positiv uppmärksamhet från andra, en känsla av autonomi i kombination med en förmåga att be om hjälp när det behövs, är några av de faktorer som man i olika studier funnit hos barn med hög motståndskraft (Axberg, 2007). Det är åter på sin plats att konstatera att man behöver beakta samspelet mellan såväl ”risk-” som ”frisk-” faktorer. En skyddande faktor kan ha liten betydelse då ingen risk föreligger, men få stor betydelse då flera riskfaktorer finns närvarande

Behandling

Synen på behandling och hjälp till barn som uppvisar ett ihållande bråkigt och störande beteende har förändrat påtagligt genom åren. Tidigare under nittonhundratalet trodde man att man genom ett bra bemötande och olika behandlingsinsatser skulle man kunna hjälpa barnen och deras familjer. Allteftersom de kliniska framgångarna uteblev och utvärdering av behandlingarna gav nedslående resultat, spred sig en pessimism bland såväl kliniker som forskare om möjligheten att kunna hjälpa. Under de senaste decennierna har dock ett antal olika metoder utvecklats, som syftar till att förbättra samspelet mellan föräldrar och barn och som med hög vetenskaplig evidens har visats vara effektiva. I Folkhälsoinstitutets skrift *"Nya verktyg för föräldrar"* lyfts några olika program upp som COPE¹⁰, De otroliga åren, Komet för föräldrar, Aktiva småbarnsföräldrar, Aktivt föräldraskap i dag 2–12 år och Föräldrakraft. (Bremberg, 2004).

*De otroliga åren (DOÅ)*¹¹ har ett starkt vetenskaplig stöd för att metoden fungerar. Det är den internationellt mest studerade föräldraträningssmodellen och har i flera olika studier visat prov på stora effekter i såväl minskning av barnens trots och uppförande-problem, som ökning av positivt föräldrabetende. DOÅ har även prövats i Sverige, med lovande resultat (Axberg, m.fl., 2007, Broberg och Axberg, 2008). I DOÅ träffas föräldrar till sex–åtta barn cirka 2 timmar/gång under 12–14 veckor. Under gruppträffarna går man igenom olika teman och tränar olika färdigheter. Förutom att samtala om ett aktuellt tema, så används videoklipp och man utför rollspel och övningar under träffarna. Vidare så får föräldrarna hemuppgifter, som skall genomföras mellan de olika träffarna. Liksom i de flesta andra föräldraträningssmodeller så bygger DOÅ på att man inledningsvis arbetar kring hur föräldern, genom att ändra sitt förhållningssätt, kan stärka relationen med barnet, öva upp sin förmåga till att visa mer empati, samt att lyssna på och följa barnet. När väl detta är på plats så går man vidare och arbetar kring olika sätt att berömma och belöna barnet. Nästa steg innebär ett arbete kring

¹⁰ The Community Parent Education Program.

¹¹ *The Incredible years.*

hur man kan sätta gränser för barnet och utöva olika former av konsekvenser då barnet uppför sig illa. Det är dock viktigt och en förutsättning för att gränssättandet och konsekvenserna skall fungera, att de första delarna finns ”på plats”, dvs. den varma och empatiska relationen samt förmågan att bekräfta, uppmuntra och belöna barnet på ett bra sätt. Förutom att undersöka om metoden fungerar även för föräldrar, så har ett speciellt intresse riktats till vad föräldrarna tycker om metoden. Det visade sig att föräldrarna var mycket nöjda. Nittiosju procent av de föräldrar som deltagit var positiva eller mycket positiva till metoden. Åttioåtta procent upplevde att de problem de sökt hjälp för hade förbättrats och hela nittioåtta procent skulle rekommendera en vän eller släkting att gå i föräldraträningsgrupp (Axberg, m.fl., 2007).

Även om föräldraträning visat sig vara en effektiv hjälp för många barn och föräldrar, så är det fortfarande många som är i behov av ytterligare och/eller annan hjälp. Hur vi betar oss är ofta beroende av vilket sammanhang vi befinner oss i. En konsekvens av detta är att det inte är säkert att de goda effekter man uppnått när det gäller ett barns beteende t.ex. i hemmet, också märks i t.ex. skolan. Detta medför att insatser för att hjälpa barn med ihållande störande och bråkigt beteende ofta behöver riktas mot flera olika områden av barnets livsområden (Webster-Stratton och Taylor, 2001). Ett annat dilemma är att avhopp från behandling är förhållandevis vanligt, varför det behövs utvecklas interventioner som kan erbjudas i andra sammanhang än där behandling traditionellt brukar bedrivas. En sådan arena är skolan. I programmet *De otroliga åren* finns t.ex. även ett lärarträningsprogram, där lärare utbildas och tränas i hur de kan möta barn med uppförandeproblem, så att dessa problem minskar i klassrumssituationen. Även inom det svenska KOMET-programmet har man utvecklat en klassrumsintervention (Forster, m.fl., 2005). I en svensk studie användes en modell där *Marte meo*, en videobaserad intervention, kombinerades med samordnings-samtal (Axberg m.fl. 2006). Elever, som uppträtt bråkigt och/eller störande i klassrummet inbjöds att delta i projektet. En *Marte meo* vägledare filmade en kort sekvens av samspelet mellan lärare och en specifik elev. Efter att vägledaren analyserat filmen och

studerat samspelet utifrån ett antal olika s.k. dialogprinciper (Hedenbro och Wirtberg, 2000) träffades vägledaren och läraren (ibland lärarlaget) för en återgivning. Vid denna visade vägledaren på utvecklingsbara aspekter av samspelet och läraren uppmuntrades att pröva mer av detta beteende. I samordningsmötet träffades barnets föräldrar, läraren, *Marte meo* vägledaren och eventuellt andra personer, som var viktiga för barnet, för att samtala om och samordna arbetet kring barnet utifrån vilket stöd barnet behövde för att utvecklas i positiv riktning (Wirtberg och Axberg, 2006). Även denna metod visade upp lovande resultat. Det visade sig vara möjligt att erbjuda dessa barn och deras närmaste omgivning hjälp även utanför en traditionell behandlingssituation.

När det gäller äldre barn och ungdomar med sociala problem så har Funktionell familjeterapi (FFT) i internationella studier visat sig vara framgångsrik metod. Den har också prövats i Sverige med lovande resultat (Wirtberg och Axberg, 2006). Exempel på andra metoder som har ett gott forskningsstöd i andra länder och som nu prövas i Sverige för ungdomar i denna åldersgrupp med antisociala problem, kriminalitet och missbruk är Multidimensional Treatment Foster Care och Multisystemisk terapi (MST) (Hansson, 2001).

Att läsa mera

www.sjukvardsradgivningen.se

www.fhi.se *Nya verktyg för föräldrar 2004*

Referenser

- Achenbach, T.M. & Rescoria L.A. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families: Burlington VT.
- Alink, L.R., Mesman, J., van Zeijl J. et al. (2006). The early childhood aggression curve: development of physical aggression in 10–50-month-old children. *Child development*, 77(4);954–966.
- Andershed, H. & Andershed, A-K. (2005). Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen? Förlagshuset Gothia, Stockholm.

- Axberg, U. & Broberg, A.G. (2006). The development of a systematic school-based intervention: Marte Meo and coordination meetings. *Family process*, 45;375–389.
- Axberg, U. (2007). Assessing and treating three to twelve-year-olds displaying disruptive behaviour problems. Dissertation. Department of Psychology, University of Gothenburg, Gothenburg.
- Axberg, U., Hansson, K. & Broberg A.G. (2007). Evaluation of the Incredible Years Series – An open study of its effects when first introduced in Sweden. *Nordic J Psych*, 61(2);143–151.
- Axberg U., Johansson Hanse J. & Broberg A.G. (2007). Parents' description of conduct problems in their children – A test of Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI) in a Swedish sample aged 3-10. *Scand J Psychology*, In press
- Bremberg S. Ed. (2004). Nya verktyg för föräldrar. Statens folkhälsoinstitut Nerladdningsbar från www.fhi.se
- Broberg, A.G. & Axberg, U. (2008). “De otroliga åren” utvärdering av föräldrautvecklingsgrupper enligt Webster-Stratton-metoden – Vetenskaplig redovisning till Riksbankens Jubileumsfond
- Broberg, A.G., Almqvist, K., Tjus. (2003). T. Klinisk barnpsykologi – Utveckling på avvägar.. Natur och Kultur, Stockholm.
- Farrington, D.P. (2005). Childhood origins of antisocial behaviour. *Clin Psychology and Psychotherapy*, 12;177–190.
- Forster, M. (2005). Charlie and Komet. Utvärdering av två lärarprogram för elever med beteendeproblem. Forsknings – och utvecklingsenheten, Stockholms Stadsledningskontor, , Stockholm.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequence burden. *J Child Psychology Psychiatry*; 40(5);791–799.
- Greenberg, M.T., Domitrovich C. & Bumbarger B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children. Current state of the field. *Prevention and Treatment*, 4(1).
- Hansson, K. (2001). Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt, Växjö, Förlagshuset Gothia.
- Hedenbro, M. & Wirtberg, I. (2000). Samspelets kraft, Marte Meo – möjlighet till utveckling. , Liber, Stockholm.
- Ivarsson, T. (2006). Normative data for the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) in Swedish adolescents. *Nordic J Psychiatry* 60(3);220-226.
- Moffitt, T.E. (1993) Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychol Review*, 100; 674–701.
- Nagin, D.S. & Tremblay, R. (1999). Trajectories of boys' physical aggression, opposition and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child development*., 70(5);1181–1196.

- Patterson, G.R. & Bank, C.L. (1989). Some amplifying mechanisms for pathologic processes in families. In: Minnesota Symposia on Child Psychology, Systems and development. Gunnar M and Thelen E, eds. Earlbaum: Hillersdale, NJ, 167–209.
- Rutter, M., Giller, H. & Hagell, A. (1998). Antisocial behavior by young people. Cambridge University Press.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J. & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychology Psychiatry*, 47(3-4);276-295.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1994). Parental psychiatric disorders: Effects on children. *Psychol Med*, 14;853–880.
- Scott, S., Knapp, M., Henderson J. et al. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323;1–5.
- Snyder, J., Schrepfman, L., McEachern, A. et al. (2008). Peer deviancy training and peer coercion: Dual processes associated with early-onset conduct problems. *Child development*, 79(2);252–268.
- Webster-Stratton, CH and Taylor, T.(2001). Nipping early risk factors in the bud:preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0–8 years). *Prevention Science*, 2(3);165–192.
- Wirtberg, I. & Axberg, U. (2006). Samordning mellan föräldrar och lärare med hjälp av det reflekterande samtalet. In: Reflekterende prosesser i praksis. Eliasson, H. & Seikkula, Eds. Universitetsförlaget, Oslo.

Behandling av självskadebeteende och självmordsförsök

Göran Högberg, med dr., specialist i barn- och ungdomspsykiatri, specialist i allmän psykiatri, leg. psykoterapeut, BUP, Huddinge sjukhus, Stockholm.

Det är vanlig med självmordstankar under ungdomsåren och sådan tankar är ofta kopplade till ensamhet, svårigheter i relationer och svårighet att klara de ökade krav som ställs i skolan och i socialt umgänge. De, som då och då har självmordstankar, kan räknas i flera per hundra. De, som skadar sig själva på olika sätt är färre och kan räknas i antal per tusen, men mörkertalet är stort, då många med lindringare självskador inte söker sjukhusvård. Självskadandet i denna grupp spänner från ångestreducerande handlingar, till allvarliga självmordsförsök och på sikt finns en allvarlig risk för fullbordat självmord (Hawton och Harris, 2007). Allvarliga självskador som kräver inläggning kan räknas i antal per 10 000. Fullbordade självmord kan räknas i antal per 100 000. Denna artikel om behandling är giltig både för självskadebeteende och allvarliga självmordsförsök.

Upptäckt av ökad risk

Efter självmord så kan vi ibland identifiera signaler som skickades ut innan, men det är inte alltid det går att finna något budskap som talade om att det fanns en hög risk för självmord. Bra system för att fånga upp tidiga signaler är viktiga. En god skolhälsovård är av stor vikt därför att där kan den unge hitta vuxna som finns nära tillhands och där kan ett förtroende byggas upp. Inte sällan är det en kamrat som först känner på sig att det är en farlig situation och då kanske kamraten kommer ensam eller med den självmordsbenägne till skolsyster eller kurator. Sedan

sitter den personalen med ett tungt ansvar och svåra övervägande. Huvudregeln är naturligtvis att föräldrarna informeras och att överföring till barnpsykiatri sker. Eller att samtal med den unge sker ihop med föräldrar. Men detta kan kompliceras om den unge berättar att en outhärdlig situation finns i hemmet och att ett brytande av sekretessen mot den unges vilja kan öka risken för genomfört självmord. Viktigt är att personalen som hamnar i sådana situationer har kanaler för konsultation med chefer, socialtjänst och barnpsykiatri.

Själv mordstillståndet

Oftast är själv mordstankar och själv mordsimpulser hos unga växlande, det vill säga att de utgör en del av ett tillstånd som ibland tar överhand och ibland finns i skymundan. Denna växling är ett skäl till att det är svårt att bedöma verklig själv mordsrisk och hitta fungerande behandling. I en kris kan själv mords tillståndet vara öppet och tydligt, men i vardagen kan det vara dolt och förnekat. Själv mords tillståndet kan ses som en själv mordsnära sinnesstämning som kan innehålla sinnesintryck som smärta, annat kroppsligt obehag eller skrämmande minnesbilder. Impulsgenombrotten kan komma som en blixtnedslag från klar himmel, på så sätt att tillståndet kan vara väl undanstoppat, men sedan utlösas med full kraft. De kan även komma efter en tids stigande okontrollerbart obehag. Tillståndet kan innehålla en förändrad verklighetsuppfattning med överklighets och avlägsenhetskänsla; kroppsliga reaktioner som hjärtklappning, svettning, smärta och andningssvårigheter; ”flashbackelement” som hallucinationer, minnessyner från gammalt; samt tankar som: Det finns ingen framtid; Jag är inte värd att leva; Det är mitt eget fel; Jag är en börda för andra. Slutligen finns det ofta i själv mords tillståndet destruktiva handlingsimpulser, ofta tvångsmässiga och repeterande, som kan bli tvingande och svåra att motstå.

Yttre symptom som självdestruktivitet, missbruk eller aggressivitet kan ofta vara den unges egna sätt att försöka få kontroll över själv mords tillståndet. Vid själv mords närhet är personen förändrad, saknar tidsuppfattning och framtidshopp, känner en

inre desperation, smärta, ensamhet och ser självmordet som en lösning. Alla delar i detta självmordskomplex hänger samman och innefattar upplevelser, tankar och handlingsimpulser. Vid den första kontakten är det därför viktigt att få en känsla för hur regleringen av självmordstillståndet fungerar och diskutera med den unge hur han/hon kan få ökad kontroll samt hjälp och skydd när tillståndet är starkt. Vid de första samtalen är det viktigt att veta att det kan komma en efterreaktion med självmordsnärlighet efter cirka 24 timmar och då kan behandlaren tala om hur ungdomen kan hantera en eventuell sådan efterreaktion.

Den första vården; Huvudsyftet

Vi vet att det viktigaste förebudet om ett fullbordat självmord är tidigare självskadebeteende och självmordsförsök. När vi tänker på det förstår vi hur viktigt det är med bra vård vid första tillfället. Det kanske är så att det viktigaste självmordsförebyggande arbetet är att se till att den unge får en bra vård vid det första självmordstillfället. Att ha överlevt ett självmordsförsök är en traumatisk och självdestruktiv erfarenhet, som den som överlevt måste förhålla sig till för all framtid. Om det första vårdtillfället inte upplevs som meningsfullt av den unge, så ökar risken för att hon/han inte söker vård vid senare tillfällen och då ökar risken för fullbordat självmord i ett längre tidsperspektiv. Det viktigaste med vården är att patienter hittar sätt att öka kontrollen över självmordstillståndet och att man i behandlingen lyckas försvaga, eliminera eller omvandla närheten till självmord så att detta inte längre utgör en farlig okontrollerbar del av patientens personlighet.

Kontinuiteten

Det är ofta svårt för självmordsbenägna unga människor att dra nytta av alltför intensiva och långa behandlingar. Inte sällan kan det vara så, att en kortare behandling, som blir framgångsrik kring ett problem, leder till ett förtroende som gör att ungdomen

kan återkomma vid ett senare tillfälle, när hon/han känner sig mogen för att ta itu med en ny del av sin problematik. En sådan kontinuitet över tid med åtskilda vårdperioder är vanliga för ungdomar med självmordsproblematik och kan senare leda till en fungerande längre behandling. Det är en stor sak för dessa ungdomar att komma över sin rädsla för bortstötning, sin brist på tilltro till vården och sina gamla metoder att gömma undan självmordstillståndet. Det är viktigt att det byggs möjlighet för denna typ av kontinuitet, helst med samma behandlare om det fungerat bra vid första vårdtillfället, och det är även viktigt att inte konstlade gränser, som exempelvis 18-årsgränser, förhindrar denna kontinuitet. Det vill säga att dessa patienter bör kunna fortsätta inom barnpsykiatrin efter 18-årsdagen, eller kunna börja inom vuxenpsykiatrin innan 18 årsdagen, om det fungerar bättre för den unge.

Överföring till annan vård

När en första vårdinstans överför den unge till fortsatt vård så finns det stor risk att det blir glapp och att den nya vården inte kommer igång. Detta problem hänger ihop med att självmordstillståndet växlar och den unge avböjer fortsatt vård när hon/han har stängt av självmordstillståndet. För att minska den risken är det vid självmordsrisk viktigt med ett personligt överlämnande, det vill säga att den första vårdgivaren är med och träffar den nya vid överföringen, så att en del av kunskapen, engagemanget och förtroendet från den första vårdkontakten överförs till den nya vårdgivaren.

Humörkartan

Ett verktyg som jag utvecklat, för att identifiera och i behandlingen komma åt självmordstillståndet, är humörkartan (Spirito, m.fl., 1994; Högberg och Hällström, 2008). Denna humörkarta ritar ungdomen oftast själv, ibland ritar jag den under behandlingssessionen efter en intervju med ungdomen. I humörkartan

placerar ungdomen först ut sig själv i mitten och sedan de aktuella humör och känslotillstånd, som ungdomen identifierat under den senaste veckan. Där kan finnas glädje, sorg, vrede och rädsla. Det är viktigt att i intervjun och humörkartan försöka undersöka om det finns situationer av lugn, trygghet och stilla glädje. Sedan är det viktigt att hitta och rita in själva självmordstillståndet. Ibland finns det som en ett särskilt paniktillstånd, ibland som en stark förening av vrede och sorg. Varje ungdom ritat humörkartan på sitt eget sätt och där finns inga regler för hur den skall se ut rent grafiskt. En del ritat den med figurer, en del med ringar och känslor skrivna i och en del kanske väljer att enbart rita färger. Nästa steg i arbetet med humörkartan är att grafiskt visa hur humörregleringen fungerar och vad som behövs för att humören skall växla. Här kan ungdomen rita in pilar och kommentarer och det kan visa sig hur exempelvis en känsla av bortstötning från en partner kan utlösa en rädsla, som via sorg och vrede hamnar i ett okontrollerbart panikartat självmordstillstånd. Det är också viktigt att titta på vilka vägar det finns för ungdomen att komma ur självmordstillståndet. Ofta finns det destruktiva sätt för att komma bort från självmordsnärheten som att skära sig, att bli aggressiv, dricka alkohol eller ta tabletter för berusning eller bortdomning. I arbetet med humörkartan kan alternativa sätt att bryta självmordstillståndet introduceras och diskuteras.

När den aktuella humörkartan är gjord, så uppmanas den unge att rita en liknande karta i en tänkt framtid, när humöret fungerar som hon/han önskar. I denna framtidsbild brukar den unge ha kvar sina viktiga känslor, men med en ny grad av kontroll och fri från självmordstillståndet. När den aktuella humörkartan och den önskade framtidskartan är gjorda så placeras de ut med ett tomt papper mellan sig och ungdomen tillfrågas vad som behövs för att komma från den nuvarande humörregleringen till den hon/han önskar i framtiden. Ibland kommer ungdomen med konkreta uppslag och ibland bara med ett frågetecken. Syftet med denna tredje bild är att väcka tanken att förändring är möjlig.

Må bra-tillståndet

Unga med självmordstankar måste använda mycket kraft åt att hålla självmordstillståndet borta och de har därför för liten ork, ro och förmåga att njuta av livet och att slappna av. Innan behandling kan närma sig självmordstillståndet så är det nödvändigt att stärka ungdomens förmåga att må bra. Detta kan göras genom att arbeta med andnings- och avspänningstekniker, genom att stimulera intressen och aktiviteter där ungdomen har kompetens och genom att ha med föräldrar, syskon och ibland kamrater och utveckla förmågan till lugn, glädje och kompetens. Ibland kan massage ha en förmåga att hjälpa ungdomarna att må bra. Ibland är det nödvändigt att direkt arbeta för att förbättra familjeklimatet från ett negativt kritik-klimat till ett positivt stödjande klimat.

Föräldramedverkan

Det är viktigt att ha med föräldrarna så mycket som möjligt och att de ofta kan vara med vid behandlingssessionerna. Detta blir då ett sätt för föräldrarna att bättre förstå vad som rör sig i deras barns medvetanden och det kan även ge trygghet för ungdomen att veta att föräldrarna vet och att det är tillåtet och möjligt att visa sina mörka sidor. När självmordstillståndet är så starkt att ungdomen är rädd för att tappa kontrollen, men sjukhusvård inte är aktuell, kan föräldrarna med stöd av läkarintyg vara hemma för vård av sjukt barn ända tills barnet är arton. Tillsammans med vården kan då värdefulla gemensamma aktiviteter planeras. Ibland kan föräldrarna behöva eget stöd i form av en kort egen psykoterapi.

Trauma och självmordstillstånd

Självmordstillståndet kan nås genom olika aktiva tekniker som kombinerar inre bildskapande med kroppsliga sensationer. Exempel på sådana tekniker är hypnos och hypnodrama (en inre

mental form av psykodrama) och kognitiva tekniker. Eftersom det rör sig om ett hopkopplat inre nätverk, ett komplex av intryck och impulser så kan utgångspunkten lika väl vara ett minne, ett sinnestillstånd, eller ett obehag i kroppen. Genom de gemensamma associationer som finns i komplexet, aktiveras helheten genom att en del aktiveras. Ofta visar det sig sedan att det finns svåra traumatiska upplevelser som en kärna i självmordstillståndet. Det kan vara händelser som överfall, våldtäkt och svår mobbning. Dessa minnen och de reaktioner som hänger ihop med händelsen återkommer gång på gång för den unge. Vi kan tala om ett traumarelaterat självmordstillstånd, där självmordet kan bli en utväg ur den hopplöshet som det föder att gång på gång återuppleva ett kusligt trauma. Självmordstillståndet kan också vara ett sätt att försöka komma ur en stark smärta som fanns vid själva traumatillfället och som återkommer i kroppen och huvudet om och om igen. När dessa känslor har kommit fram i en behandlingssession så gäller det att göra dem svagare genom att kombinera dem med trygghet och må bra-känslor, så att ungdomen kan lära sig nya reaktioner istället för de plågsamma tidigare återupprepningarna. Det är sedan viktigt att arbeta aktivt med framtidsfantasier och framtidsplanering, så att ungdomen får hjälp till hopp om en bättre framtid. En session där en traumareaktion har varit aktiverad avslutas med må bra-tekniker som andning och avspänning.

Ångest, vrede och förvirring

Ibland kan ungdomarna tala om ”det blev bara svart” eller ”allt började snurra och jag stod inte ut”. Det är då viktigt att veta att ångeststillståndet hos unga med självmordstillstånd ofta är komprimerat och bestående av flera starka känslor som växlar blixtnsnabbt och utan kontroll. Oftast är det frågan om sorg, smärta och vrede som kommer fram starkt men växlande, så att det blir ett svårstyrt inre kaos. Det starka vreden är en aktiverande känsla som är farlig vid självmordsnärlighet, för den kan skapa kraft och energi som leder till självmordsförsök. Det viktiga i behandlingen är att dela upp ångeststillståndet i sina känslokomponenter,

att göra dem tydliga, åtskilda, mindre starka och att försöka göra växlingarna mellan dem långsammare och med bättre kontroll från den unge.

Skam och utanförskap

Barn och ungdomar har en tendens att ta på sig skulden för olyckliga situationer och särskilt starkt kan detta bli i skamreaktioner. Stark skam innebär en känsla av att vara värdelös, oduglig och av att vara utesluten ur sitt sociala sammanhang. Sådana reaktioner kan bli aktuella som delar av ett självmordstillstånd exempelvis vid negativa sexuella erfarenheter som blir offentliga, vid kontakt med polis och domstolsväsende och vid mobbning. Här saknar ungdomarna ibland möjlighet att minska proportionerna och det blir då viktigt att minska skammen genom att kunna prata och jämföra erfarenheten, så att den blir en del av allmän mänsklig erfarenhet och inte en fördömselse som leder till utstötning. Kronisk sjukdom och handikapp kan även skapa en känsla av utanförskap som bidrar till självmordstankar och samma problem kan uppstå när ungdomar kämpar med aspekter av sin sexuella identitet.

Att inte hitta en lösning

Ungdomar söker aktivt olika lösningar på sina självmordstillstånd och sin livssituation, men de kan komma i en position där de upplever att det inte finns någon lösning utan deras positiva framtid är förlorad. I desperation över denna upplevda maktlöshet kan det uppkomma självmordstankar. Konkret hjälp med översikt, planering och steg mot en lösning kan vara viktiga delar av en behandling.

Drömmen om förening

Det är väl känt att barn, vilka som små förlorat en förälder speciellt mamman, i dödlig sjukdom, självmord eller annan plötslig och definitiv separation, löper större risk att ta sitt liv senare under ungdomen eller tidig vuxenålder (Palmstierna och Hencz, 2006; Wasserman och Cullberg, 1989). Hos dessa ungdomar kan det i självmordstillståndet finnas en oerhörd längtan efter den förlorade föräldern och även en fantasi om att i döden få återförening med den älskade. I behandlingen ingår då mycket arbete med att bearbeta sorgen och att skapa en inre kontakt och relation med den försvunna föräldern. Här kan det ingå konkret sorgarbete som att se på bilder, tala med dem som känt den försvunne och andra sätt att skapa sig en bild och historia att relatera till.

Relationer

Ungdomar med självmordstillstånd kan ha svårigheter med relationer, de kan ha svårt att fungera normalt på grund av sina svårigheter att hantera självmordstillståndet, som kan aktiveras av besvikelser i relationer. Om självmordstillståndet har sin grund i mobbning är det naturligtvis extra svårt att fungera med jämnåriga och i skolan. Gruppbehandling är ofta ett värdefullt element i behandlingen. Där kan ungdomarna känna igen sig i andra, de kan lära sig om sina reaktioner och de kan träna på att fungera ihop med andra ungdomar.

Självbilsreparation

Ungdomar med självmordstillstånd har en trasig självbild där de upplever att de inte har kontroll över sina negativa känslor och humör, självmordstillstånd, relationer, prestationer och framtid. Som ett genomgående tema under behandlingen är stärkande av självbilden vad gäller kontroll, relationer och kompetens. Det gäller då att lyfta fram det ungdomen kan och är nöjd med och

hjälpa ungdomen att utveckla detta och att bryta sin negativa självbild och foga in allt fler positiva delar i självbilden allteftersom behandlingen utvecklas.

Droger

Ungdomar använder ibland droger för att försöka få bort självmordstillståndet. Detta är mycket farligt och många självmord och svåra självmordsförsök sker under alkoholpåverkan. Alkoholen minskar impulskontrollen och det kan även fungera så att traumarelaterade upplevelser förstärks och även förmågan till aktsamhet och då kan fullbordade självmord ske som kan ha karaktären av oåterkalleliga misstag.

Riskminskning

Ungdomar är mer impulsiva än äldre och de löper risk att exempelvis vårdslöst ta farliga mediciner. Det är därför mycket viktigt att inte rakblad, mediciner och alkohol finns tillgängligt i hemmet. Receptbelagda värktabletter kan tillsammans med alkohol vara mycket farliga. Det är viktigt att veta att även receptfria mediciner som koffein, acetylsalicylsyra och paracetamol kan vara dödande. Sömnbrist är också en riskfaktor eftersom sömnbrist minskar impuls och humörkontroll. Det kan krävas stort arbete med hela familjen för att få ordning på kvällen, natten och sömnen. I ensamheten vid mobil och dator, när föräldrarna sover, kan ungdomens självmordstillstånd, som hållits undan av dagens stök, aktiveras.

Mardrömmar

Ungdomar med många och svåra mardrömmar har ofta självmordstankar under dagtid (Christoffersen, m.fl., 2003; Parellada, m.fl., 2008). Mardrömmarna förstör sömnen och speglar också själva självmordstillståndet som då är aktiverat även under

natten. Det går att bearbeta och förändra självmordstillståndet genom att arbeta direkt med mardrömmarna och lära ungdomarna att släppa rädslan och att ändra sitt dröminnehåll (Spirito, m.fl., 1994). Det är viktigt att omedelbart och konkret ta sig an mardrömmar och förbättra den unges förmåga att ha kontroll under natten. Genom att ändra och kontrollera dröminnehållet så blir det lättare att somna, att sova och att vakna utan mardrömsångest.

Mediciner och självmordstillstånd

Den vanligaste medicinen som ges är till hjälp för att sova med läkemedel som prometazin (Lergigan) och alimemazin (Theralen). Serotoninpåverkande mediciner, så kallade SSRI, är utprovade vid lättare och medelsvåra depressioner hos barn och unga och bedöms där vara till nytta i vart tionde fall (Christoffersen, m.fl., 2003)). De är inte utprovade vid svårare depressioner hos barn och unga, det vill säga vid självmordstillstånd, och den internationella sammanställningen av forskningsresultat har hittills inte gett övertygande belegg för att dessa medel är till nytta vid självmordstillstånd (Bridge, m.fl., 2007; Townsend, m.fl., 1999). De serotoninpåverkande medlen framkallar även ibland en viss ökning av självmordsimpulserna, vilket kräver en skärpt uppmärksamhet. De påverkar även sömnen negativt genom att försämra drömsömnen (Xianchen, 2004) och de kan skapa hallucinationer och överklighetskänslor, som försämrar ungdomens kontroll över sitt sinnestillstånd. Försämrat minne på grund av SSRI kan minska ungdomarnas känsla av kontroll (Vasar, m.fl., 1994; Parra, 2003).

Vilken behandling är bäst?

Behandlingsutvecklingen och forskningen har inte kommit så långt att det går att entydigt rekommendera någon viss slags behandling. Vid svåra tillstånd används ofta en kombination av olika behandlingar. Det absolut avgörande är att behandlingen är

till nytta, att ungdomen uppskattar och kommer till behandlingen, och att behandlingen minskar självmordsimpulserna och försvagar det inre självmordstillståndet. 'The proof of the pudding is in the eating' som ett engelskt uttryck formulerar det. Det är viktigt att vara kritisk och våga ställa krav och be att få byta behandling eller behandlare om behandlingen inte hjälper.

För att kunna komma åt att behandla självmordstillståndet i behandlingen är det värdefullt med tekniker som arbetar med andning, avspänning och andra må bra tekniker samt att kunna kombinera dessa med aktiva tekniker som ger tillgång till inre bilder. Sådana tekniker kan till exempel vara hypnos, hypnodrama, symboldrama, psykodrama och "ögonrörelseterapi" (*Eye movement desensitization and reprocessing, EMDR*).

I familjeterapin är det viktigt att ungdomen känner att hon/han blir lyssnad på, får ta plats och lär sig uttrycka sig vad gäller både att säga ja och säga nej, att familjeklimatet förändras åt det positiva hållet och att ungdomen vågar be om hjälp och kan få hjälp i familjen. Viktigt är att tillhörigheten och det positiva känslöflödet i familjen utvecklas.

I individualterapin är det viktigt att det sker konkreta framsteg vad gäller kontrollen av självmordsimpulser, minskning av självmordstillståndets styrka, förstärkning av självförtroendet och problemlösningsförmågan samt ökat förmåga till glädje.

I gruppterapi är viktiga framstegsfaktorer förbättrad förmåga att ta emot hjälp av andra, ökad förmåga till att uthärda och hitta sätt att hantera ångest samt ökad känsla av gemenskap, lekfullhet, samspel och glädje.

Många aktuella utvecklingsprojekt inom psykoterapi kombinerar både familj, individuell och gruppbehandling.

Referenser

- Hawton, K. & Harris L. Deliberate self-harm in young people: characteristics and subsequent mortality in a 20-year cohort of patients presenting to hospital. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(10):1574–1583.
- Spirito, A., Lewander, W. & Levy S. Emergency department assessment of adolescent suicide attempters: factors related to short-term follow-up outcome. *Pediatr Emerg Care*. 1994;10:6–1.

- Palmstierna, K. & Hencz M. Barn och ungdomars självmordsförsök, en journalstudie på två barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar. Intellecta DocuSys AB, Västra Frölunda; 2006.
- Högberg, G. & Hällström, T. Active multimodal psychotherapy in children and adolescents with suicidality: description, evaluation and their clinical profil. *Clin Child Psychol Psychiatry*. In press.
- Christoffersen, M.N., Poulsen, H.D. & Nielsen, A. Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;108:350–358.
- Wasserman, D. & Cullberg, J. Early separation and suicidal behaviour in the parental homes of 40 consecutive suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79(3):296–302.
- Parellada, M., Saiz, P., Moreno, D., Vidal, J., Llorente, C., Álvarez, M. et al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Research*. 2008;157(1-3):131–137.
- Xianchen, L. Sleep and adolescent suicidal behaviour. *Sleep* 2004; 27(7):1351–1358.
- Bridge, J.A., Iyengar, S., Salary, C.B., Barbe, R.P., Birmaher, B., Pincus, H.A. et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment. *JAMA*. 2007;297(15):1683–1696.
- Townsend, H.K., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P. & House, A. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, issue 4. Art. No.: CD001764.DOI: 10.1002/14651858.CD001764.
- Vasar, V., Appelberg, B., Rimón, R. & Selvaratnam, J. The effect of fluoxetine on sleep: a longitudinal, double-blind polysomnographic study of healthy volunteers. *Int Clin Psychopharmacol*. 1994;9(3):203–206.
- Parra, A. A common role for psychotropic medications: memory impairment. *Med Hypotheses*. 2003;60(1):133–142.

Skyddande faktorer i praktiken

Tommy Waad, leg psykoterapeut, arbetar vid familjerådgivningen i Malmö

De sårbara barnen behöver mer av det som vi alla behöver, bekräftelse, omtanke och struktur. Det gör att vi, aktivt och medvetet, behöver arbeta för att ge dem detta.

Tommy Waad

Skyddande faktorer balanserar risken för att det ska gå dåligt för ett barn när det finns riskfaktorer i barnets liv. Skyddande faktorer är i sig ett ospecifikt uttryck. Det kan handla om lagar som reglerar trafiksäkerheten, där själva lagen blir något som gör att vi undviker att bli skadade. Det kan också handla om olika konkreta råd, som exempelvis de råd om kost och motion som socialstyrelsen ger. De skyddande faktorer jag kommer att beskriva är de som genereras när man aktivt ger sårbara barn ett bättre bemötande, genom att ha ett mer genomtänkt förhållningssätt. Det innebär att man utgår från begrepp, som man i forskningssammanhang visat har stor betydelse för barn.

Som sårbara barn avses här barn som på olika sätt har omständigheter under sin uppväxt, som gör att de får större svårigheter i sin utveckling än andra barn. Svårigheterna kan ha en biologisk förklaring, som hos barn med ADHD, men det kan också handla om olika former av brister i relationen mellan föräldrar och barn. Även andra uppväxtförhållanden kan påverka barn som gör att de får sämre förutsättningar.

De områden jag tänker ta upp är begreppet salutogenes (orsak till hälsa), självkänsla, inre kontroll samt föräldrarollen. Det finns i dag väl inarbetade institutioner, som fångar upp de sårbara barnen. Exempel på dessa är barnavårdscentral (BVC), fritidsgårdar, socialtjänst, barnpsykiatri och skola.

Ett barn, som växer upp med en biologisk disposition som gör att han/hon har svårt att koncentrera sig och en dålig inlärningsförmåga får svårare när det gäller både skolprestationer och kamratrelationer. Skulle barnet dessutom ha växt upp med en ensamstående förälder, som lider av depression eller annan psykisk sjukdom, får barnet också mindre vägledning i hur de ska reglera känslor och beteende. Ett sådant barn är ett sårbart barn. Därmed är det inte sagt att det automatiskt kommer att gå dåligt i framtiden. Men risken är större och vi behöver ge de sårbara barnen så mycket skydd, resurser och förmågor som möjligt.

Fokus

Fokus bör röra sig mellan nivåerna individ, familj och sammanhang. Om vi utesluter någon av dessa nivåer så riskerar vi att missa delar att arbeta med. Det betyder inte att vi ska arbeta med alla delarna, men vi ska ha med dessa perspektiv när vi arbetar med individen. Genom att ha blicken på de olika nivåerna minimerar vi också risken att någon del inte beaktas eller att vi riskerar att olika aktörer gör samma sak. Med sammanhang menar jag den plats utanför familjen som är av betydelse för ett barn. Det handlar oftast om skolan och fritiden, en plats som underlättar för att skapa andra relationer utanför familjen. Dessa relationer kan vara av avgörande betydelse för hur bra det ska gå.

Salutogenes

Begreppet salutogenes syftar på hälsans ursprung och myntades av Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi i Israel (Antonovsky, 1991) Han ställde sig frågan vad det är som gör att vissa människor är vid god hälsa trots hårda påfrestningar i livet. Antonovskys teori om salutogenes har medfört ett nytt perspektiv på hälsa, där fokus ligger på hälsobringande faktorer i motsats till den medicinska och samhällsvetenskapliga forskningen, som fokuserar på orsaken till sjukdom. Denna fokus på

hälsobringande faktorer innebär inte bara frånvaro av sjukdom utan har en bredare hållning till begreppet hälsa. Fokus ligger mer på resurser och förmågor när det gäller hälsa och där hälsa kan samexistera med sjukdom. Antonovsky menar att salutogenes är ett komplement till sjukdomskunskap, som vidgar fokus från den avvikande delen, till den hela människan. Utgångspunkten är att påfrestningar i livet inte kan undvikas, men genom att individen har förståelse för och lär sig hantera dem, kan hälsan upprätthållas. Antonovsky menar att salutogenes styrs av KASAM, Känslan Av SAMmanhang. Känslan av sammanhang består i sin tur av tre begrepp nämligen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Dessa delar kan tjäna som ständigt närvarande rubriker när vi arbetar med sårbara barn.

”Meningsfullhet”

– är den komponent som hänvisar till vikten av att vara delaktig, att livet har en känslomässig värdefull innebörd som det är värt att investera energi och engagemang i, även när det gäller problemlösning. (Antonovsky, 1991)

Det finns en del begrepp som har med meningsfullhet att göra. Syfte är ett sådant begrepp som innebär att anledningen till, och varför vi gör det vi gör, bör vara klar för oss innan vi gör något i vårt arbete. Detta kan gälla på olika nivåer. Exempelvis bör man som personal veta vilket syfte verksamheten har. Vi behöver också veta vad syftet med olika interventioner är, vad dom ska leda till och vem som ska göra vad, i vårt direkta arbete med barn. Om ett barn frågar ”Varför ställer du den frågan?” Så bör man kunna svara. Som hjälp i sitt arbete kan man aktivt, inför sig själv eller direkt mot den det gäller, inleda med frasen ”Syftet med det vi gör är att...”. Om du gör detta kommer du sannolikt att få ett mer meningsfullt möte. Om man inte kan svara på vad syftet, är riskerar man alltid att göra något som är meningslöst.

Ett annat viktigt begrepp är delaktighet. När någon känner att de är delaktiga i det som sker, känns det ofta mer meningsfullt att göra något. Det som styr delaktigheten är ålder och samman-

hang. Även små barn kan göras delaktiga inom ramen för vad åldern tillåter. När det gäller sammanhang så styr det både vuxna och barn. En trafikerad gata är ett sammanhang, en omständighet som avgör om ett litet barn ska vara delaktig eller inte. Mycket trafik och en låg ålder hos barnet innebär liten delaktighet. För en vuxen, som exempelvis arbetar inom socialtjänsten, är lagar, tid och ekonomi sammanhang som reglerar inom vilken ram man kan vara delaktig. En bra fråga, som leder till större delaktighet är ”Hur tycker Du att Vi ska göra?”. Frågan rymmer respekt för den andres åsikt, men bjuder också in till ett samtal där barnets åsikt också har ett värde.

Begriplighet

Syftar på i vilken utsträckning inre och yttre stimuli är gripbara, det vill säga om information upplevs som ordnad och tydlig, snarare än kaotisk och oförklarlig. När informationen inte är förutsägbar utan kommer som en överraskning så krävs det att den i alla fall skall gå att ordna och förklara. (Antonovsky, 1991)

Begriplighet har mycket med förutsägbarhet att göra. Förutsägbara situationer kring barnen skapar trygghet. De finns ofta som en naturlig del i förälder – barnrelationen framförallt genom kommunikation. Det tydligaste exemplet är när föräldrar matar sina barn och ofta talar om vad som sker och vad de önskar, exempelvis ”Här kommer maten – gapa”. Förutsägbarheten gör att små barn successivt kan få en känsla av en begriplig värld och på så sätt också känner sig trygga. När man är trygg ökar i sin tur möjligheten att tillgodogöra sig nya förmågor och att utforska världen. Förutsägbarhet innebär bland annat att man sätter ord på det som sker. För sårbara barn kan detta göra att det blir lättare att fokusera, eftersom de vet vad som kommer att ske och att man har gjort sig tydlig inför dem. De måste förstå vilket sammanhang som råder.

Struktur är viktigt när man arbetar med de sårbara barnen. Om det är oroliga barn, så behöver de mer struktur än de barn som är lugna. Det innebär att man är mer aktiv och tydlig samt

att man ser till att fånga deras uppmärksamhet. Man kan tala om situationsanpassad struktur. Det innebär helt enkelt att man anpassar strukturen efter de förhållanden som råder. Om man har att göra med en lugn reflektiv grupp så behöver man inte hålla så hårt i strukturen, medan en orolig grupp kan kräva en fastare struktur och ledning för att skapa ett lugn.

En annan viktig del är att barn, som är sårbara utifrån en biologisk disposition, behöver förstå sitt handikapp. Om de inte får den hjälpen/förståelsen får de också svårigheter att hitta strategier för att hantera sitt handikapp. Att förstå handikappet är också viktigt för omgivningen, framför allt i skolan. Om ett barn har koncentrationssvårigheter, som kan ha organiska orsaker blir bemött som om det handlade om dålig uppfostran, så får barnet ett felaktigt bemötande och lärarna riskerar att känna sig frustrerade. Det kan leda till ständiga utvecklingssamtal, där föräldrarna känner sig som dåliga föräldrar och barnet känner sig ännu mer misslyckad.

Hanterbarhet

Handlar om att kunna möta utmaningar, att ha vissa resurser under kontroll vare sig det är egna eller andras som man kan lita på. Om man har en hög känsla av hanterbarhet riskerar man inte att känna sig som ett offer för omständigheterna. (Antonovsky, 1991)

Att ha upplevelsen av att ha förmåga att hantera olika situationer, är något som är bra för oss alla. Det som kan vara naturligt för de flesta att hantera, kan vålla större svårigheter för de sårbara. För att hantera svåra situationer krävs olika förmågor. Det kan handla om att träna olika moment eller att finna hjälpmedel och/eller hjälp för att hantera olika situationer. Det är ganska vanligt att en person använder sig av en dominerande strategi för att hantera svåra situationer eller problem. Det kan vara bra att medvetandegöra, dels för att se vilken strategi det är, men också för att se om det kan finnas fler hanterbarhetsstrategier som ger fler alternativ. Vi behöver aktivt träna de sårbara barnen att hantera olika situationer. Vi behöver också

precis som dem, bli medvetna om vilka situationer som vi behöver bli bättre på att hantera, i förhållande till dessa barn. Sårbara barn kan ibland vara barn som har sämre koncentration. Då kan det krävas att vi hjälper dem och ser till att vi har deras fulla uppmärksamhet när vi behöver prata om viktiga saker.

När det gäller skyddande faktorer så är teorin kring salutogenes en del men det finns också andra begrepp som kan vara användbara att arbeta med i arbetet med sårbara barn.

Självkänsla

Att ha en god självkänsla är av avgörande betydelse för att hantera eller ta itu med svårigheter. Självkänslan utvecklas genom att man får mycket bekräftelse för vad man gör och får veta vem man är. Ett sårbart barn har ofta dålig självkänsla och det blir lätt mycket fokus på det som barnet inte klarar av (Goldstein och Brooks, 2005). De sårbara barnen behöver av den anledningen mer uppmärksamhet på de delar som har betydelse för självkänslan. Vi behöver positivt bekräfta dem utifrån vilka de är och vad de gör. Det blir ett viktigt arbete att vi tränar upp vår blick och medvetenhet så att vi både uppmärksammar och faktiskt säger något som kan fylla på självkänslan. Om ett barn har låg självkänsla kan detta göra att hon/han får en mer pessimistisk hållning till mycket och det märks ofta genom sättet som de uttrycker sig på. Ett barn med pessimistisk läggning använder gärna orden alltid och aldrig i för stor utsträckning och får på så sätt också svårt att faktiskt ta itu med en del av sina svårigheter. Om vi träffar ett barn som vi upplever som mer än nödvändigt pessimistisk, så kan det bero på att barnet har tankar om sig själv att inte kunna någonting, vilket i sin tur kan göra att han/hon förklarar sig med att säga ”Jag har svårt med det här”. Vi behöver ibland hjälpa till att nyansera den negativa självbild som barnet ofta uttrycker på detta sätt.

En annan viktig del kan vara att aktivt styra in och uppmuntra områden där de har sina talanger. Handlar sårbarheten om olika former av inlärningssvårigheter, kan självkänslan balanseras upp genom att barnet får utveckla de områden där man har

sina talanger (Ingelsson, 2007). Att styra in ett barn i en fritidsaktivitet kan innebära att denna aktivitet blir en skyddsfaktor där barnet finner kamrater att dela sitt intresse med. Aktiviteten bör vara sådan att barnet kan lyckas, något som barnet är bra på. Det kan också finnas ledare som kan få stor betydelse för hur barnet mår under sin uppväxt. Självkänslan påverkas också av att ha vuxna omkring sig som tror på att barnet kommer att hantera de svårigheter de har och att de har ett värde. Kommentarer som drar ner självkänslan för dessa barn kan vålla stor skada som kan sitta i under en stor del av uppväxten.

Känslomässigt språk

Barn, som växer upp i en familj med missbruk eller psykiskt sjuka föräldrar kan få svårigheter med sitt känslomässiga språk. Om vi är mer observanta på vilka känslor dessa barn visar och tar alla dessa tillfällen att känslomässigt bekräfta dem, kommer barnet att få en upplevelse av att bli lyssnad på. Känslomässig bekräftelse innebär att vi benämner den känsla vi ser och sen frågar om den, exempelvis ”Blev du ledsen när det gick dåligt på provet?” Det gör att de lär sig att sätta ord på den känsla de känner. Genom att bekräfta i frågande form kan också barnen få en möjlighet att berätta om det är en annan känsla de har. (Gottman, 1997)

Alla barn behöver lära sig att hantera sina känslor. Vi, i vuxen världen behöver förhålla oss till känslor utifrån att alla känslor alltid är rätt. Barnen behöver lära sig att hantera sina känslor och händelser som kan vara svåra att hantera känslomässigt till exempel när de blir avvisade av kamrater och inte vet hur de ska våga att ta kontakt med sina kamrater igen.

Inre kontroll

Inre kontroll handlar om att känna att man kan styra över de omständigheter som råder. Om ett barn tror sig vara styrd av yttre omständigheter finns det risk för att han/hon blir uppgiven

och nedstämd och kan tänka att omständigheterna först måste förändras innan det kan bli bra (Ryden och Stenström, 2008). En diagnos kan få olika mening utifrån detta perspektiv. Om barn har ADHD kan de uttrycka sig olika kring diagnosen. Dels kan de säga ”Jag har ADHD och därför kan jag inte göra något” och dels kan de säga ”Jag har ADHD och därför försöker jag göra så här”. Om de har en upplevelse att de inte kan göra något utan att det är diagnosen som har ”kontrollen” kan det leda till en passiv hållning till sitt tillstånd. En central fråga i förhållande till sårbara barn, som ofta kan ha en föreställning av att de inget kan göra, är ”Vad kan du göra för att hantera detta?” En annan viktig del i bemötandet är att barnen får en upplevelse av att de svårigheter de har, inte beror på deras personlighet. Om svårigheten innebär att de har svårt att styra sin ilska kan man så att säga externalisera ilskan och fråga ”Kan du på något sätt styra över din ilska?”. Det indikerar att svårigheten bara är en del av individen och inte hela individen. Det gäller att få en känsla av att äga sitt tillstånd.

Familjen

Det kan också finnas sårbara barn som på olika sätt har sårbara föräldrar. Lika viktigt som det är att vi har en aktiv medveten strategi där vi utgår från vad som är skyddande för de sårbara barnen, så är det också viktigt att vi kommer ihåg föräldrarna. Hållningen till föräldrarna är att normalisera. Föräldrarna kan vara mycket skuldtyngda och skamsna och ha en känsla av att vara dåliga föräldrar. De behöver bli bemötta med förståelsen att de har haft en svårare situation än de flesta föräldrar, de har en sårbar situation och/eller ett sårbart barn, vilket gör att det är svårare att hantera den situation de har. Vidare så behöver vi tänka på att ge föräldrarna kunskaper som gör att de i större utsträckning kan hantera situationen bättre än tidigare. Det finns stöd för att olika familjeåtgärder gör nytta. Det kan exempelvis gälla olika föräldrautbildningsprogram och familjeterapier. En familj består också av ett par. Parrelationen kan behöva inven-

teras. Om den är dålig så påverkar den på ett signifikant sätt förmågan hos föräldrarna att hantera sitt barn.

Sammanhang

När det gäller arbetet med sårbara barn så är det många faktorer som avgör hur utvecklingen kommer att gå, hur framtiden blir. Utan samverkan mellan de olika systemen i vårt samhälle och familjen försämras resultatet för den enskilde. När det gäller sammanhangen som barnen befinner sig i, behövs det ofta en samordning så att varje vuxen vet sin roll i förhållande till barnet. Det är också viktigt att vi tar ut en gemensam riktning, runt barnet, så att vi går åt samma håll i samma takt. Om vi inte gör det finns risken att vi skapar en omgivning som motverkar den positiva förändring som är möjlig.

Att läsa mera

www.salutogenes.se

Referenser

- Antonovsky (1991) Hälsans mysterium. Natur och kultur. Stockholm
- Goldstein, S. & Brooks, B.R. (2005) Handbook of resilience in children. Kluwer Academic. New York.
- Gottman, MJ, (1997) Meta Emotion. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. New Jersey
- Engelsson, G.S. (2007) Growing up with Dyslexia. Dissertation. Department of Psychology. Lunds Universitet.
- Rydén, O. & Stenström, U. (2008) Hälsopsykologi. Bonnier utbildning. Stockholm.

Att se och möta barn och ungdomar i sårbara livssituationer

Margaretha Åhlén intervjuas av Rigmor Stain

Margaretha Åhlén är socionom och har mer än 45 års erfarenhet av arbete med barn, ungdomar och familjer, bl.a. som kurator inom Barn och ungdomspsykiatriens olika verksamheter. Hon gav vid konferenserna "Hur man upptäcker, stödjer och hjälper sårbara barn och ungdomar" ett uppskattat föredrag om hur man kan ge "Aktivt stöd vid tidiga signaler". Här återges, genom en intervju, de råd och anvisningar hon vill ge dem som i sitt dagliga arbete möter barn och ungdomar som befinner sig i svåra livssituationer.

Självska debeteende – Att VÅGA FRÅGA

Tre fjärdedelar av unga tonåringar som skadar sig själva är flickor och att skada sig själv genom att rispa /skära sig är vanligast. Ofta rör det sig om väl synligt placerade skador på armar-na, men de kan även förekomma på andra delar av kroppen, som inte är lika lätta att upptäcka (Socialstyrelsen 2004).

Margaretha säger att den form av självska debeteende, som brukar vara lättast att komma tillrätta med är den hon kallar "gängsolidariteten". Med det menar hon ett scenario som innehåller följande: Några flickor i nedre tonåren träffas en kväll. En av flickorna brukar rispa eller skära sig och mår den här kvällen inte bra. Hon pratar om att skära sig och så småningom börjar flickorna rispa eller skära sig allesammans. Det utbreder sig en känsla i gruppen av att man är osolidarisk om man inte "följer med" i självska dandet.

När Du som vuxen träffar på en sådan här flicka, gäller förstås först och främst att VÅGA FRÅGA. Här har du sedan en möjlighet att tala med flickan om det medmänskligt mycket fina i att vilja hjälpa. Det är viktigt att du verkligen framhåller att du förstår och uppskattar det fina i gesten, men att du också hjälper till med frågor i stil med ”Är din kompis verkligen hjälpt av att någon annan skär sig?” ”Behöver inte kompiserna vid sin sida i stället en stark och frisk tjej, som orkar stötta och lyssna?” Genom en ganska begränsad insats av tid och kraft kan du på så sätt hjälpa den här flickan att inte rispa/skära sig mer. Det är viktigt att komma ihåg att uppskatta flickans vilja att hjälpa och bygga på den.

En annan form av självskadebeteende i grupp är när man med webbkamerans hjälp kan fotografera sitt självskadebeteende och jämföra sina ärr med andras. I detta sammanhang vill *Margaretha framhålla* vikten av att barn och ungdomar har datorn så placerad i bostaden att man ständigt riskerar att uppmärksammas av en förälder. Användandet av webbkameran för självskadande och mer eller mindre pornografiska bilder måste minimeras.

Pojkar använder sig ofta av andra metoder som att bränna sig, att på olika sätt gnida sönder huden eller att sticka blyertsuddar in under huden.

Margaretha uppmanar att till att VÅGA FRÅGA om du skulle upptäcka att någon har ärr eller färska skärsår. Se till att du så snart du kan får flickan eller pojken i enrum och fråga om skadan är självtillfogad.. Fråga hur ofta det sker och om det sker enskilt eller i sällskap. Fråga om flickan/pojken får någon hjälp och i så fall vilken hjälp. Fråga om föräldrarna känner till det. Om föräldrarna är ovetande, tala om att du avser att kontakta föräldrarna och berätta vad som händer.

Margaretha framhåller ofta vikten av att använda rätt ord – att säga rispa sig och inte säga skära sig, om det är rispa sig det handlar om. En förälder som kan förmås att säga och tänka ”min dotter rispar sig” istället för ”min dotter skär sig” har bara genom den enkla åtgärden sänkt ångestnivån och kanske blivit mer handlingskraftig.

I det här sammanhanget känns det oerhört viktigt att utfärda en varning. Gå aldrig, aldrig i fällan att ge ett tystnadslöfte. Det händer att både flickor och pojkar vill berätta något, under förutsättning att du lovar att du inte skall berätta för någon vad du får höra. Tala om att du naturligtvis inte kommer att berätta för någon i onödan, men att du har skyldighet att vidarebefordra hjälpbehovet om det är nödvändigt. Uppmana också ungdomar att aldrig någonsin avge ett dylikt tysthetslöfte!

Det kan vara svårt för flickan eller pojken att ta emot hjälp och du måste vara beredd på att du kanske blir bortstött den första gången du tar kontakt. Nästa gång du försöker kanske flickan eller pojken är mer mottaglig. Det kan bli mycket tungt att ensam ta emot och bära det en självskadande ung människa anförtrot åt dig. Det skall du heller inte göra utan du skall tala om för flickan eller pojken att du kommer att dela denna information med en eller ett par av dina kollegor så att ni tillsammans kan bli en fungerande hjälpresurs.

Margaretha anser att även ätstörningar ingår i begreppet självskadebeteende: Att spåka sig själv fram till ett livshotande tillstånd är ett tecken på att man inte mår psykiskt bra. Självsvält är vanligast hos flickor. Ett av tecknen på att det inte står rätt till är när en flicka börjar visa ett extremt intresse för sin egen kropp och är överdrivet fixerad vid den egna kroppsvikten. Dessa ungdomar talar gärna och ofta om hälsosam mat; mat med rätt fett, vitaminer och näringsämnen och är mycket insatta i olika matvarors kaloriinnehåll. De startar inte sällan ett extremt motionsutövande. Kalla händer och fötter, håravfall utebliven mens är andra kännetecken. Om du möter en ung människa som du känner oro inför i detta avseende, VÅGA FRÅGA och tala om för flickan/pojken att du funderar kring ätstörningar. Tala om att du tänker kontakta föräldrarna och rekommendera föräldrarna att ta kontakt med Barn och ungdomspsykiatriens Ätstörningsteam.

Självordstankar, självordplaner och självordshandlingar

Språkbruket har förändrats. Barn och ungdomar använder ofta uttryck som ”det är lika bra att jag tar självord”, ”det är lika bra att jag dör”, ”jag vill inte leva”. Om du kommer i kontakt med någon flicka eller pojke, som slänger ur sig någonting av det här slaget så tag honom/henne genast avsidet och fråga: ”Vad är det du säger?” ”Vill du dö?”. Ofta får du till svar att det inte handlar om att vilja dö. Det är snarare så att när du fortsätter samtalet så förstår du att den unga har en allvarlig och problemfylld situation, som han/hon behöver hjälp med att lösa, men att det inte handlar om en önskan att dö. Ofta är flickor mer öppna än pojkar. Tala med föräldrarna och släpp inte taget utan tag regelbundna kontakter med flickan/pojken för att höra om hur det står till.

Men ibland kanske du får svaret att ”Ja, jag tänker på det ibland”. Det är vanligt att ungdomar har självordstankar (NASP 2003). De kan dyka upp när man förlorat sin älskling till en annan, vid en upplevd orättvis behandling, vid kränkningar och mobbning. Hos de allra flesta stannar det med tankar på självord. De bakomliggande orsakerna till självordplaner och självordshandlingar är hos ungdomar är många och varierande. Det kan handla om en svår depression, ångest, sorg, en känsla av otillräcklighet eller oförmåga att hentera en kris eller en svår förlust. I slutänden är självordet ofta en impulshandling. Därför, om du får kännedom om att någon går och funderar på självord **VÅGA FRÅGA**, och försök under samtalets gång ta reda på hur länge flickan/pojken har haft allvarliga självordstankar och hur han/hon tänkt bära sig åt, vet föräldrarna? Ofta säger dessa ungdomar att de inte velat berätta för sina föräldrar för de blir så ledsna. Vet, att det kan vara oerhört svårt att avgöra om och när självordstankar övergår i konkreta självordplaner, även för en specialist inom området. Tala genast med föräldrarna och rekommendera att man direkt tar kontakt med Barn och ungdomspsykiatrien. Om du inte får fatt i föräldrarna ta själv med dig pojken/flickan till BUP och underrätta föräldrarna så snabbt du kan. Hur mycket vet bästa kompisens?

Han/hon kanske har lovat att ingen säga, men nu är rätta tillfället att berätta, om man vill rädda livet på sin kompis. Lova aldrig att tiga med förtroenden av denna art.

Margaretha framhåller att det är viktigt att Du som vuxen vid olika tillfällen talar om för barn och tonåringar att man i vissa sammanhang inte ska lova att hålla tyst med ett förtroende. Får man ett förtroende som gäller att en kompis mår så dåligt att självmordstankar/självmordsförsök är aktuellt, ska man omgående tillkalla hjälp av en vuxen.

Att orka att bli avvisad – att orka komma igen

Det är inte alltid lätt att ta emot hjälp – vare sig man är barn/ungdom eller vuxen. När du som vuxen ser hjälpbehov och erbjuder hjälp, måste du vara beredd på och stå ut med att bli avvisad. Ditt erbjudande om hjälp får inte bli en ytterligare belastning för den du vill hjälpa. Tala istället om att du respekterar avvisandet, finns kvar att vända sig till, samt att du återkommer. Försök att inte känna dig kränkt eller mindre dugande. Du har erbjudit en medmänniska hjälp. Det kan för stunden vara hjälp nog.

Efter ett självmord

När en tonåring tar sitt liv utlöser händelsen ofta en krisreaktion hos jämnåriga. Det kan hända att både den döda och själva handlingen glorifieras. Hos labila ungdomar kan tanken väckas på att de också ska ta sitt liv. Tonåringen kan ”kittlas” av att få bli så här begråten och glorifierad. Självmord kan på så sätt vara ”smittsamt”. Här behövs insatser av trygga, sansade och erfarna vuxna. Råd och vägledning kan man få genom det dokument som WHO har sammanställt som stöd till lärare och annan skolpersonal i självmordsfrågor (NASP 2003b). Var aktsam, gråtscener vid dödsplatsen med tända ljus och nerlagda blommor måste vara av övergående karaktär. Försök att så snart som möjligt länka över tankar från döden till livet och hur vi bäst

skall kunna ta hand om varandra i livet. Stöd och hjälp finns att få hos anhörigföreningen SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES) www.spes.nu

Hur förmedlar man vidare hjälp?

Om du som t.ex. lärare, fritidsledare, barnmorska på ungdomsmottagningen eller privatperson får förtroendet att höra en berättelse som den här flickan/pojken inte tidigare vågat berätta för någon – hur ska du handskas med den informationen?. Om du känner att flickan/pojken behöver mer kvalificerad hjälp, hur medverkar du bäst till att den hjälpen kommer till stånd. Erfarenheten visar att om du genast erbjuder dig att förmedla kontakt med någon annan tappas ofta det hela bort.

Till exempel händer det kanske på ungdomsmottagningen att en flicka i samband med den gynekologiska undersökningen berättar om ett sexuellt övergrepp hon varit utsatt för. Själva atmosfären hos barnmorskan väcker mycket till liv. Barnmorskan erbjuder sig omgående att ordna en snabb tid hos en bra kurator på ungdomsmottagningen. Flickan lämnar mottagningen med en tid i övermorgon hos kurator, men hon uteblir. Varför? Det kan hända att flickan upplevt att det hon berättat är så hemskt att barnmorskan inte orkar eller vill hantera det själv. Flickan kan ha uppfattat att barnmorskan, som hon fattat förtroende för, i själva verket avvisar henne. Hon har berättat för en människa, blivit avvisad och drar sig därför tillbaka. Så, vad kan man göra för att behålla flickans tilltro till och förtroende för hjälpare? Oftast är det mycket bra att erbjuda sig att följa med på kuratorsbesöket, eller säga att nu träffas vi snabbt igen och fortsätter att prata om det här så att vi sedan tillsammans kan hitta en bra väg till hjälp.

Att läsa mera

www.scb.se *Barn och deras familjer 2005.*

www.sos.se *Vad vet vi om flickor som skär sig? 2004.*

www.folkhalsoguiden.se *Nationella riktlinjer. Vård av suicidala barn och ungdomar med familjer.*

www.folkhalsoguiden.se *Att förebygga självmord och självmordsförsök hos skolelever.* WHO:s stödmaterial för lärare och annan personal anpassad till svenska förhållanden.

Ungdomar och deras värld – erfarenheter från en ungdomsmottagning

Eva Wendt, Barnmorska Ungdomsmottagningen Halmstad, Ordförande FSUM, Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar. Forskarstuderande, Närsjukvårdens FoUU enhet, Halland.

Historik

Den första ungdomsmottagningen startade redan 1970 i Borlänge. Det var en barn- och ungdomsläkare, Gustav Högberg, som ansåg att ungdomar har ett stort behov av att diskutera olika livsfrågor (FSUM, 2002). Han såg ungdomars behov i sin dagliga verksamhet och hans tanke var att förena frågor om kropp och själ med frågor om sexualitet. Utifrån denna modell startade ett antal ungdomsmottagningar under 1970-talet. Under 1980-talet startade fler och fler mottagningar och sedan början på 2000-talet finns närmare 230 ungdomsmottagningar över hela Sverige. Ungdomsmottagningarna i Sverige har som gemensamt mål:

Att främja ungdomars fysiska och psykiska hälsa, stärka dem i identitetsutvecklingen så att de kan hantera sin sexualitet samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner. (Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar [FSUM], 2002)

Vad kan ungdomar påverkas av?

Att vara tonåring på 2000-talet skiljer sig sannolikt inte så mycket känslomässigt från hur det var för deras far- och morföräldrar när de var i samma ålder. Men samhället och världen

ser förstås annorlunda ut och förändras i snabb takt hela tiden. Ungdomar i dag har långt fler kontakter, fler möjligheter och mycket större tillgång till information om omvärlden än tidigare generationer, vilket är övervägande positivt. Men att ta emot och ta in stora mängder information, att ha många valmöjligheter och många kontakter kan påverka människors hälsa negativt. Det kan vara svårt att sortera alla intryck. Ur detta perspektiv kan vi reflektera över att redan ett litet barn på dagis kan träffa fler människor under en vecka, än vad en människa på landet gjorde under hela sin livstid, för 100–150 år sedan,

När barnet är nyfött börjar omgivningen behandla pojkar respektive flickor på olika sätt. Flickor får rosa grattiskort och pojkar får blå. I leksakskatalogerna är det olika sidor för många av ”pojke”- respektive ”flickleksaker”. Barnmodet är lika tydligt könsuppdelat och många kläder för spädbarn ser ut att vara för 6-åringar, fast i mindre format. Kanske är det så att vi vuxna ibland inte låter barn vara barn? Ska vi uppmuntra 3-åriga flickor att ha små bh-toppar med leopardmönster? Kanske ska vi våga reagera när 11-åriga flickor, som knappt börjat få behåring, rakar sig och hävdar att de måste ha stringtrosor (i alla fall de dagar de har idrott på skolschemat). För pojkar är modet annorlunda och tuffare med tuffa hjältar och monster på tröjorna. Tillåter vi att barn är barn, när vi bjuder in till ”Party med välkomstdrink” istället för ”Barnkalas med saftbål” när barnet fyller 6 år? Disco istället för lekar?

Barn och ungdomar utsätts dagligen för ett massivt informationsflöde i TV, kvällspress och på Internet. Det är inte alltid lätt att hantera, varken för oss vuxna eller för barn och ungdomar. Dessutom påverkas vi på olika sätt, positivt eller negativt, av det vi ser och läser. Barn och ungdomar vill gärna göra som ”alla andra” – många menar att det är ett ”måste” att följa med i de TV-serier och såpor som för tillfället är populära i barn- och ungdomskretsar. Gårdagens avsnitt är det stora samtalsämnet på skolan. Har man inte sett det, ja då kan man inte vara med i diskussionen med kompisarna. En annan sak som ungdomar uppger som orsak till varför de tittar på ”såpor” är att ”man lär sig hur man kan lösa konflikter”.

Barn och ungdomar vill helt naturligt ha svar på sina frågor om livet och de griper alla tillfällen. Inte minst Internet har utvecklat denna möjlighet de senaste åren. I tonåren ökar mängden frågor om kroppen och sexualiteten. Är jag normal? Duger jag? Hur är det egentligen, det här med sex? Många 12-åringar har tittat på porr och i gymnasieåldern har 96 procent av pojkarna och 71 procent av flickorna läst eller sett pornografi (Häggström-Nordin m.fl., 2005). Det finns ett stort antal TV-kanaler som visar porrfilm och dessa går att spela in i hemlighet och titta på när ingen annan är hemma. På Internet finns gott om porr ”men där kan ju föräldrarna kolla vilka sidor man varit inne på”. Samtidigt som nyfikenheten är stor över vad sex handlar om, så ger många ungdomar uttryck för frustration över de kluvna känslor de får när de tittar på porr. De möts av bilder som de har svårt att hantera och de kan börja undra över ”vilket hål är det egentligen man har samlat i”? De beskriver att det är förvirrande att känna både lust och äckel och undrar: ”Är det så det ska vara?”. Och eftersom de inser att till och med mamma och pappa ”gör det” så känns det ännu värre!

När det gäller sexualitet i tidningar finns det mer eller mindre seriösa inslag. Exempel på detta är ungdomstidningar, som framförallt läses av 7–2-åriga flickor. Där kan de få allehanda ”sex-tips”. Ibland finns ganska bra information och berättelser om förälskelse och hur det är att vara ung när det gäller sexualitet. Men det finns också direkt avancerade och spektakulära instruktioner. De tidningar som läses av lite äldre ungdomar är i samma stil. Texterna har ofta dubbla budskap. De handlar dels om att du ska tro på dig själv och att du duger som du är, dels om att livet går ut på att festa, vara snygg, lyckad, populär, duktig och allra helst rik. Det är också vanligt med reportage om hur du utvecklar din sensualitet, hur du blir sexig, vilka ”krav” du ska ställa på din partner och inte minst hur alla kändisar har det och vad de gör. Är det konstigt att ungdomar känner stress för att duga även inom sexualitetens område?

Många ungdomar utsätts för sexkontakter på Internet. Det gäller både pojkar och flickor. Nästan 40 procent av flickorna och 12 procent av pojkarna har fått sexuella förslag från okända vuxna på nätet (Datainspektionen, 2008). Ofta stannar det vid

sexuellt ofredande genom samtal eller frågor om sex, men även uppmaningar att visa upp sig via en webbkamera eller att den vuxna personen visar upp sig för barnet eller ungdomen förekommer. Ett inte obetydligt antal kontakter går vidare till sexualbrott utanför nätet. De känslor som uppkommer när ungdomar tittar på porr är motsägelsefulla och därför är det mycket viktigt att personalen på skolor och ungdomsmottagningar tar upp och diskuterar detta med ungdomarna (Häggström-Nordin m.fl., 2006; Löfgren-Mårtensson och Månsson, 2006)

Våld är också något som ungdomar tittar på och läser om, utöver de filmer som finns på olika TV kanaler. Det finns webbplatser på Internet som är specialiserade på grovt våld i kombination med hårdporr. Det är framförallt pojkar i yngre tonåren som besöker dessa sites, extremt våld blir alltså vardag för många av pojkarna som gärna tittar på detta i grupp vilket kan betraktas som ett slags mandomsprov. Webbplatserna utgör också forum för fria diskussioner om t.ex. datorer, droger, krig, politik, kriminalitet och pornografi (Björnstad, Ellingsen, 2003).

Ungdomars psykiska hälsa

Hälsa formas genom ett positivt samspel mellan de egna förutsättningarna och omgivningen . De flesta ungdomar i dag har många möjligheter och stor frihet. Detta är positivt men ställer också stora krav, vilket kan ge osäkerhet och innebära stora påfrestningar (Statistiska centralbyrån, 2005; Ungdomars stress och psykiska ohälsa, SoU 2006). Men skolbarn i Sverige har det förhållandevis bra. De trivs med livet och har goda kamrat- och vuxenrelationer. Den fysiska hälsan är ur ett internationellt perspektiv en av de bästa i världen, men den psykiska hälsan, ger anledning till oro. Under 2006 genomfördes en ungdomsstudie i Halland bland elever i årskurs 7, 9 och årskurs 2 på gymnasiet (Marklund, 2006). Denna studie kan i stora drag betraktas som representativ för Sverige. När det gäller epidemiologiska undersökningar i Sverige, så är Halland som ett Sverige i miniatyr. Här finns storstadsregion, småstad och landsbygd.

Det finns barn som redan i tidig ålder är stressade över sina fulltecknade almanackor och över att försöka nå upp till de höga mål som de själva eller andra har satt upp. Det finns också de som är stressade över att inte veta vad de har för mål och mening med sitt liv. Men härligt nog mår majoriteten av alla ungdomar bra! De upplever att deras föräldrar visar dem förståelse och behandlar dem rättvist. De flesta tycker att de kan prata med sina föräldrar men ändå anser nästan en av tio att de inte har någon vuxen att prata med när de skulle behöva det (Marklund, 2006). Det finns tydliga budskap från ungdomar att de vill ha mer närvarande och öppna vuxna. Detta kan bland annat läsas i boken ”Rapport från mitt hjärta”, där elever i årskurs 7 och 8 skrivit egna texter om sin livssituation; glädjeämnen, sorger, svårigheter, vad som stödjer ungdomar och vad som uppmuntrar dem.

Under 1990-talet och de första åren på 2000-talet har det blivit än vanligare att ungdomar har psykologiska och psykosociala frågeställningar. Ungdomarnas problem och frågor kan handla om allmän oro, ångest, depressioner, sömnproblem, identitetsutveckling, dåligt självförtroende, självskadebeteende, relationer, stress- och krisreaktioner och ätstörningar. Självmod har minskat i den vuxna befolkningen, men inte bland ungdomar. Utöver egna bekymmer är det inte ovanligt att ungdomar är oroliga för någon förälder eller ett syskon (Marklund, 2006). Många ungdomar, som känner att de mår dåligt söker direkt till kurator eller psykolog på ungdomsmottagningen när de behöver samtalskontakt med en vuxen. Men genom helhetssyn och engagemang försöker personalen fånga upp de ungdomar, som är i riskzonen för psykisk ohälsa, i samband med att de vill ha hjälp med någon mer medicinskt fråga som exempelvis kan gälla preventivmedel, när de vill testa sig för könssjukdomar eller ta en graviditetstest. Detta hälsofrämjande arbete är betydelsefullt, med ett stöd som fungerar väl kan risken för uppkomst och fördjupad psykisk ohälsa minska.

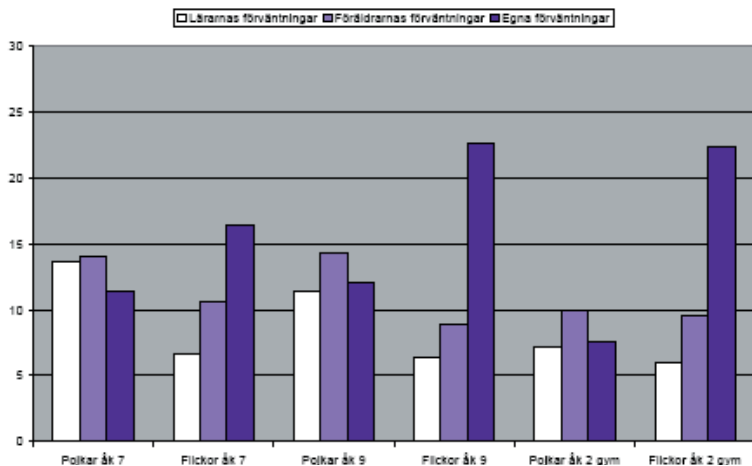
Ohälsa kostar mycket individuellt lidande och mycket pengar. Vem leder unga till ett bra liv? Där borde vi vuxna börja med oss själva, oavsett var vi arbetar och hur våra egna liv ser ut. Vi påverkar de människor vi möter, våra egna barn och andras barn. Livet går upp och ned för alla, men det är viktigt att visa

barn och ungdomar att det finns mycket som är positivt med att vara vuxen! Hur känns det att som barn vara på väg in tonårstiden mot vuxenlivet om man tror att det mest är tråkigt, jobbigt och ledsamt att vara vuxen? Om man inte har några vuxna förebilder som visar på det positiva?

Livet i skolan

De flesta ungdomar är nöjda med sin skola och 80–90 procent av högstadie- och gymnasieelever trivs (Marklund, 2006). Skolan är ungdomarnas arbetsplats och här tillbringar majoriteten nio år i grundskolan och tre år på gymnasiet, vilket blir långt mer än 10 000 timmar. Majoriteten av ungdomarna, 92 procent av pojkarna och 91 procent av flickorna, känner sig trygga i sin skolsituation. (Marklund, 2006). Men det är ändå många ungdomar som upplever problem under sin skoltid. Att ta upp samtal om ungdomars skolsituation är därför en viktig del i hälsofrämjande arbete.

Många skolelever är stressade, detta har blivit ett vardagsproblem som kan orsakas av olika faktorer såsom upplevelse av krav på ett negativt sätt, hög ljudnivå och dåliga relationer till skolkamrater och lärare. Nästan hälften av flickorna och knappt en tredjedel av pojkarna är stressade av skolarbetet och ju äldre de är, ju större stress upplever de (Marklund, 2006). Tvärtom är det fler pojkar än flickor som upplever höga krav från sina föräldrar. Pojkarna känner också i högre utsträckning höga förväntningar och krav från sina lärare.



Andel (%) ungdomar i Hallands kommuner som upplever för höga krav från lärarna, föräldrarna och sig själva

Mobbning är ett problem som inte har minskat med åren. Fortfarande är det så gott som en elev i varje klass som regelbundet blir mobbad av sina skolkamrater. Detta visar hur viktigt det är med lyhörda vuxna, som vågar se vad som händer och att skolorna förebygger och motverkar diskriminering och annan kränkande behandling i skolan.

Drygt hälften av både pojkar och flickor tycker att ljudnivån på skolan är för hög och det upplever att det är bråkigt både på rasterna och på skollunchen. Ändå känner sig tre fjärdedelar hemma på sin skola och de tycker att skolan är ett trevligt ställe att vara på. Men det finns en grupp elever som skolkar och detta ökar med stigande ålder, på gymnasiet skolkar nästan en av tio elever minst ett par gånger i veckan (Marklund, 2006).

Det är viktigt att vi som arbetar med ungdomar känner till ungdomarnas egen värld. Hur ser miljöerna ut som de vistas i? Vilka problem kan uppstå? Kunskap kring hur samspelet ser ut mellan människor och samhälle gör det enklare att förstå ungdomars frågor, funderingar och problem. Då blir det också mer begripligt varför en del ungdomar uppvisar destruktiva beten-

den och psykosomatiska symtom. Ungdomar i allmänhet har stort förtroende för personalen på ungdomsmottagningarna (Fors, 2005). Ungdomarna själva ger ständigt personalen på mottagningarna en inblick i hur det är att vara ung.

Att läsa mera

<http://www.fsum.org>

Referenser

- Björnstad, T.L. & Ellingsen, T. (2003). Nettsvermerne. En rapport om ungdom og Internet. Statens Filmtillsyn.
Datainspektionen. (2008). *Ungdomar och integritet*. Stockholm: Datainspektionen
- FSUM (2002). Policyprogram för Sveriges ungdomsmottagningar. <http://fsum.org/policysv.pdf>
- Häggström-Nordin, E., Hanson, U. & Tydén, T. (2005). Associations between pornography consumptions and sexual practices among adolescents in Sweden. *International Journal of STD & AIDS*, 16– (2), 102–107.
- Häggström-Nordin, E., Sandberg, J., Hanson, U. & Tydén, T. (2006). "It's everywhere!" young Swedish people's thoughts and reflections about pornography. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20– (4), 386–393.
- Löfgren-Mårtensson, L. & Månsson, S.A. (2006). *"Sex överallt, typ?!" Om unga och pornografi*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Marklund, B. (red.). (2006). *Ung i Halland*. (Rapport 9). Falkenberg: FoU-enheten Primärvården Halland.
- SOU 2006:77. *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa: Analyser och förslag till åtgärder*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Statistiska centralbyrån. (2005). *Ungdomars etablering: Generationsklyftan 1980–2003*. (Rapport 108). Stockholm: Statistiska centralbyrån.

Vilka ringer och skriver till BRIS?

Jenny Ingårda, fil.mag i psykologi, informations – och utbildningssamordnare hos BRIS.

BRIS (Barnens Rätt I Samhället) är en ideell organisation som bildades 1971. BRIS huvudsakliga uppgift är att bedriva *Barnens Hjälptelefon*, *BRIS-mejlen* samt *BRIS Vuxentelefon – om barn*. År 2007 startade också BRIS-chatten som ett pilotprojekt.

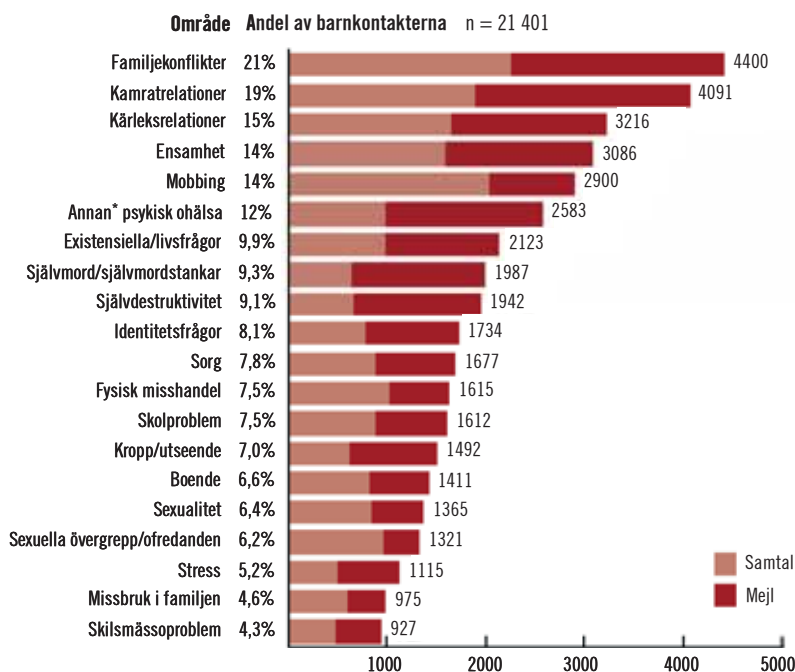
Under 2007 hörde sammanlagt 21 401 barn av sig till BRIS för en stödjande kontakt.

Det är främst flickor som kontaktar BRIS och under 2007 handlade det om 79 procent av kontakterna i *Barnens Hjälptelefon* och 88 procent av kontakterna i *BRIS-mejlen*. På *BRIS Vuxentelefon – om barn*, är fördelningen dock mera jämn, där hör vuxna i 56 procent av samtalen av sig om flickor och i 44 procent i samtalen hör de av sig om pojkar. Till BRIS är alla under 18 år välkomna att ringa, men närmare hälften av alla kontakter tas av 13–15-åringar. Medelåldern är i princip densamma för pojkar och flickor, i genomsnitt 14,1 år.

Utöver dessa 21 401 stödjande kontakter, tog BRIS emot ytterligare 78 000 uppringningar i form av test- eller bussamtal samt tysta uppringningar. Dessa kontakter kan för en del barn ha sin grund i att de saknar erfarenhet av bra vuxenkontakter. För andra barn kan det handla om att samla mod för att till slut våga berätta något jobbigt, som man aldrig har berättat för någon annan. Om så är fallet, är det fullt förståeligt att de vill testa om den vuxna i hjälptelefonen klarar av att höra det som kommer att berättas. Det kan vara intressant att veta att majoriteten av dessa samtal kommer från pojkar, närmare bestämt sju av tio. Det är också denna grupp av pojkar som står för den största delen av provocativa tilltal. Detta leder till funderingar om hur vi på BRIS, men också hur vuxna i samhället i stort, möter just

pojkar. På vilken arena kan vi möta dem? Vad krävs det för att nå dem? Att de behöver prata råder det ingen tvekan om. Tittar man på de problem som tas upp av pojkar i de test- och busamtal som BRIS får, så handlar det om samma slags problem som flickorna tar upp, men pojkarna närmar sig dem på ett helt annat sätt. Mer om detta går att läsa i BRIS-tidningens tem nummer om pojkar, som kan beställas på www.bris.se

De 20 vanligaste kontaktområdena



* Annan = Annan psykisk ohälsa än Själv mord/själv mordstankar, Självdestruktivitet, eller Åtstörningar

Figuren visar de 20 vanligaste kontaktområdena till BRIS. Observera att varje samtal/mejl kan beröra mer än ett område och alla dessa dokumenteras, vilket gör att den sammanlagda procentsiffran överstiger 100 procent. Tittar man närmare på figuren så kan man se att de största områdena handlar alla om

relationer – i familjen eller med jämnåriga. Områdena Kamratrelationer och Ensamhet har ökat tydligt sedan 2006. Ökar gör också områdena inom Psykisk ohälsa, en fortsatt trend sedan flera år, samt området Stress. Även livsfrågor och frågor kring existens samt frågor kring sorg och kring kropp och utseende har ökat under de senaste åren.

Till BRIS kan man ringa och skriva om allt. Det kan handla om obesvarad kärlek, kamratproblem och familjekonflikter till mobbning, övergrepp och psykisk ohälsa. Det kan också handla om att man bara vill prata, att man vill ha hjälp med läxan eller att man ringer och berättar att man är tillsammans med den snyggaste killen i världen. Kontakterna visar med tydlighet att ett barns värld består av två – en inre och en yttre värld. Den yttre i form av de yttre miljöer de måste befinna sig i; *familjen, skolan och Internet*. Mejl som berör den yttre miljön kan se ut på följande sätt:

Jag vet inte om min pappa dricker mer än normalt eller oftare än normalt men jag har i alla fall märkt att han dricker mer än han vill att vi ska veta, för jag har kommit på att han gömmer ölburkar och dricker i smyg. Plus att han väldigt ofta dricker till maten och framför TV:n. Jag är alltid rädd att det ska bli pinsamt om jag tar hem kompisar, så när jag är ute på helgerna så brukar jag ringa hem och fråga om det går bra att vi går hem till mig, bara för att höra hur han låter, om han låter full eller inte. (pojke)

Jag har blivit retad i 3 1/2 år. Nu har dom skrivit i min gästbok att jag är tjockis, fitta, hora. Det slutar aldrig. Dom har också tagit en massa bilder på mig när jag var full och skickat till typ alla på skolan. Jag längtar till jag får flytta ifrån den här skitstan. (flicka)

Den inre miljön handlar om barnets *personliga och psykologiska perspektiv*, som tankar, drömmar och känslor. Mejl, som berör detta kan se ut på följande sätt:

Hej! Det är många år sen vi lämnade vårt hemland, men jag har många släktingar kvar där. Min pappa blev dödad innan vi flydde till Sverige och jag tänker ofta på honom och på alla andra i min släkt som också blivit dödade. Jag längtar efter honom så mycket och jag tänker ofta på att han ser mig från himlen och det känns som en tröst. Ibland pratar jag med honom på vårt språk och då känns han så nära. Det känns jobbigt att inte kunna prata med

någon om detta. Alla tycker att det var så länge sedan och att jag borde vara glad nu. Men jag kommer aldrig bli glad. (pojke)

Jag är en tjock 13-åring som aldrig kommer få någon kille. Alla söta killar kollar ju bara på de populära tjejerna. Hjälp mig snälla, jag vill se bättre ut så att jag kan få bättre självförtroende. Jag äter inte så mycket längre. Vissa dagar äter och dricker jag ingenting och ibland hetsäter jag och sen försöker jag spy upp alltihop. Jag vet att det kan vara farligt men det är värt det. Just nu väger jag 45 kilo men jag ska gå ner lite till. Då kommer jag nog att duga. När jag känner mig som mest deprimerad händer det att jag skär mig. Jag har skurit mig i armarna och i hälarna. (flicka)

Kan man se någon skillnad på innehållet i samtal och mejl?

Sammantaget återspeglar mejlandet i högre utsträckning en problematik som har med barnets inre upplevelse att göra. Exempelvis avhandlas frågor om självmord och självdestruktivitet nästan tre gånger så ofta på mejlen som i telefon. När barn utsätts för olika former av grova kränkningar från omvärlden, från den yttre miljön, vill de däremot hellre ha någon att tala med. Det är närmare tre gånger så vanligt att barn berättar om mobbning på telefon jämfört med via mejl, liksom det är i det närmaste dubbelt så vanligt när det gäller fysisk misshandel.

Sedan *BRIS-mejlen* startade år 2001 kan vi se en tydlig ökning av kontakter som rör psykisk ohälsa, självskadebeteende samt självmordstankar. Ofta handlar det om långa mejl som inkommer sent på kvällen eller på natten. Dessa kan se ut på följande sätt:

Hur ska jag få livslust? Allt suger. Allt är totalt värdelöst, Jag tog just ett beslut. Jag måste försvinna. Jag tänker ta en kniv och skära mig i magen. Ni behöver inte dra åt helvete, för det gör jag. (flicka)

Hej! Jag orkar inte leva längre. Jag pratade med en person på "Lunarstorm" och hon sa att hon hade gått in på någon sida för att få reda på hur man dödar sig själv. så jag tänkte bara fråga om ni vet någon sida? (pojke)

Barns egna erfarenheter av elevhälsan

I våra möten med barn och ungdomar försöker vi få dem att också se möjligheter i sin närmiljö. Vi vill få dem att hitta vuxna att prata med, som finns där de själva befinner sig. Här har Elevhälsan en mycket viktig roll och som en följd av detta tittade vi under 2007 närmare på vad barn berättar om sina erfarenheter av Elevhälsan. Undersökningen bygger på 256 barnkontakter från 2006. De problem som de i första hand har tagit upp i sin kontakt med BRIS har handlat om ätstörningar, självdestruktivitet, självmord/självmordstankar, annan psykisk ohälsa eller mobbning och som refererar till Elevhälsan och dess olika personalkategorier.

Barn med ätstörningar och elevvården:

Sammanlagt 34 av kontakterna kommer från barn och ungdomar som beskriver att de lider av olika former av ätstörningar och detta är det primära skälet till att de har fångats upp av Elevhälsan, främst av skolsköterskan med vilken de har regelbunden kontakt. Enligt vad som framkommer av barnens beskrivningar, upplever barnen att det är lättare att få stöd av Elevhälsan om man lider av ätstörningar, än om man lider av självdestruktivitet och annan psykisk ohälsa.

Barnen med ätstörningar beskriver en omgivning som försöker hjälpa dem, samtidigt som de själva uppfattar hjälpförsöken som hotfulla. Barnen är ofta medvetna om det motsägelsefulla i att gå till Elevhälsan för att få hjälp, trots att man inte vill det. För att skydda sig mot att få hjälp berättar de hur de undviker att tala sanning när kuratorn, psykologen eller skolsköterskan frågar om deras ätvanor.

Det är inte i första hand barnen med ätstörningsproblematik som ger uttryck för brister i Elevhälsan. Ofta uttrycker barnen en oro över sekretessfrågor, de vill inte att den de pratar med ska rapportera vidare. Det är ett av skälen till att de håller masken, vilket de själva skriver att de är bra på.

Barn med annat självdestruktivt beteende, självmordstankar, barn med annan psykisk ohälsa samt mobbning och Elevvården:

Barn som *skadar sig själva* förefaller oftare mer medvetna om att de gör det som ett rop på hjälp, än dem som har ätstörningar. Många av dessa, totalt 222 kontakter, vill ha samtalskontakt och flera beskriver bra stöd från kuratorer med vilka de ofta har haft en längre kontakt. Ett problem uppstår när de byter skola och börjar på gymnasiet. Då får de inte behålla sin kurator utan tvingas byta, vilket ofta inte fungerar eftersom dessa barn är sårbara när det gäller separationer. Ofta finns en separationsproblematik i familjens historia som barnen berättar om i mejl till BRIS. Har de öppnat sig och fått förtroende för en person, vare sig det är en lärare, sköterska, kurator eller psykolog, så klarar de sällan av att börja om igen med en ny person. Det är då deras psykiska hälsa riskerar att försämrats igen efter att ha varit bättre medan den positiva kontakten fanns kvar. Vissa barn har hänvisats runt bland ett flertal professionella och inte landat någonstans.

I kontakterna om *annat självdestruktivt beteende (än ätstörningar), självmordstankar, annan psykisk ohälsa samt mobbning* återfinns många uttryck för besvikelse över Elevhälsan. I dessa kontakter ges 30 exempel på oprofessionellt bemötande. Flera barn beskriver också sin oro över att bli oprofessionellt bemötta. Framför allt rör det sig om kuratorer som efter att barnen anförtrott sig till dem, ringer till föräldrarna och berättar. Kontakten tas inte i samråd med barnen, vilket leder till att barnen känner sig svikna och bestämmer sig för att inte berätta mer för någon. Flera barn skriver också att det de berättat om i förtroende för kuratorn plötsligt dyker upp hos skolsköterskan, rektorn eller läraren, vilket ger barnet en känsla av att nu vet alla.

Av de barn som utsatts för *mobbning* har några fått stödsamtal hos kurator, men mobbningen fortsätter som förut. Det finns flera exempel på kuratorer och sköterskor som försöker avdramatisera eller normalisera mobbningen eller lägga skulden på den mobbade.

Generellt:

Barns erfarenheter av Elevhälsan skiljer sig åt beroende på vilken typ av psykisk ohälsa de lider av, vilket beskrivits ovan. Men några saker är gemensamt.

- Det är vanligt att känna motstånd mot att söka hjälp. Några efterlyser möjligheten att få psykologkontakt via mail, eftersom det känns jobbigt att behöva möta någon. Men det finns också de som inte vill söka hjälp hos Elevhälsan på grund av egna eller andras erfarenheter. Dåliga erfarenheter av Elevhälsan handlar ofta om personer och inte funktioner, dvs. just den här kuratorn/sköterskan förstod inte barnet, uttryckte sig klumpigt eller betedde sig avvisande. Samtal med skolsköterskan kan vara av varierande kvalitet. Ibland tycker barnen att det är ett bra stöd, men oftast har de blivit hänvisade vidare när de vill prata. Endast ett fåtal barn har mött en skolpsykolog, sannolikt för att det inte finns så många och att de som finns inte är tillgängliga för samtal med barnen.
- I samtliga tre kategorier finns flera barn som skriver att de skulle vilja gå till BUP eller få en psykologkontakt, bara inte föräldrarna blandas in. Dessa barn beskriver dåliga relationer till föräldrarna. Det framgår i många fall att deras psykiska ohälsa uppstått efter föräldrars skilsmässa, mycket bråk hemma, föräldrars missbruk eller fysisk, psykisk och sexuell misshandel.
- Anmälningsskyldigheten blir ett hinder för barn som vill berätta om sin situation. De vågar inte ta kontakt med Elevhälsan av rädsla för att en anmälan till socialtjänsten ska göras bakom deras rygg, vilket också sker i många fall. Det vore så mycket bättre för barnens tilltro till vuxna, om kontakter togs först efter samråd med barnet. Frågan är om inte Socialtjänstlagen behöver kompletteras med just detta?
- När det gäller mobbning, så skriver barn och berättar om hur dåligt de mår långt efter det att mobbningen upphört. Omgivningen förväntar sig att barnet ska må bra eftersom det inte utsätts längre. I själva verket ger barnen uttryck för att de behöver stöd länge, ibland i flera år.

Exempel på oprofessionellt bemötande:

Min kurator såg att jag skurit mig så hon ringde till mina föräldrar.
Kan ingen tala med mig innan! (flicka)

Jag mår dåligt efter skilsmässan. Kuratorn sa att jag va stressad och borde lyssna på avslappnande musik. Rätt knasigt tycker jag. (flicka)

Jag fick panik-ångest attack i skolan när kuratorn ringt soc och hem utan att fråga mig först. (pojke)

På vår skola måste man säga till en lärare om man vill ha tid hos kuratorn och det gör jag bara inte. (pojke)

Jag gick till skolsyster men hon sa att det nog går över och kanske jag inbillar mig, men jag ljuger inte!!! (flicka)

Barns positiva krafter

Trots att många av de kontakter som BRIS har tar upp jobbiga och allvarliga problem, så finns det en otrolig styrka och kraft hos de barn som kontaktar BRIS. De vill ta tag i sina problem, testa olika lösningar med vuxna, få idéer om hur de kan gå vidare och på så sätt komma bort från det som är jobbigt. Hopp är något som genomsyrar de flesta kontakterna, liksom vilja att förändra sin egen eller andras situation. För många är det första gången som de berättar sin historia och för det krävs mod.

På www.bris.se finns en avdelning som heter "För dig som är ung". Här kan barn och ungdomar på ett säkert sätt diskutera olika områden med varandra. Här ger man varandra förslag på lösningar och delar med sig av sina egna erfarenheter. Som vuxna har vi mycket att lära av deras rättframma sätt och tydliga råd. Nedan följer några exempel från Diskussionsforum och Glädjekällan:

Avsändare: lesden värför mej?

Varför e de ja som inte har några kompisar, varför e de ja som e tjock o ful o inte passar in. Alla andra sminkar sej o dricker öl m.m. Värför e de ja som måste vara lesden var därför att ja e ensam o utanför, varför. ja e inte mobbad, ja passar bara inte in,. E ja den ända som e ensam o vill inget mer än bli sed o hörd o älskad...

SV: varför mej?

vad jag vet är du inte alls ensam. här sitter en och skriver tillexempel.

jag vet inte vad man ska göra för att känna sej sedd. men det finns en vän för dej därute någonstans också, även om det inte känns så och även om det kan dröja ett tag innan du hittar vännen. jag tycker man ska se det som positivt att man inte passar in. varför ska man bli likadan som dom människorna som inte vågar vara sej själva? som bara måste spela en annan roll, bara för att passa in.

Alla citat i texten är till viss del omgjorda för att skydda barnets identitet.

Vill du veta mer om organisationen BRIS, går det bra att läsa om detta i BRIS-rapporten på www.bris.se

I Barnhusets serie har tidigare utgivits

Familjecentralen – integrerad verksamhet för barnens bästa (2006:1).

Barnet mellan två föräldrar – insatsen kontaktperson i umgänges-
tvister (2006:2).

Satsa på barnens vardagsmiljöer – mottagande och introduktion
av flyktingbarn och ungdomar (2006:3).

Sexuell exploatering av barn i Sverige (2006:4).

Mångsidiga intensiva insatser för små barn med autism (2006:5).

Barn i kläm – hur uppmärksammas barn i mål om verkställighet
av umgänge (2007:1).

Föräldrars röster – hur är det att ha sina barn placerade i foster-
hem? Brukare och forskare samverkar (2007:2).

Gränsöverskridande ledarskap. Prevention, gränser och resurser
i arbetet med barn och ungdomar (2007:3).

Våld mot barn. En nationell kartläggning (2007:4).

Barnhuset har gett ut följande rapporter

(Kan laddas ner från Barnhusets hemsida)

Barns psykosociala utveckling – riskbedömningar i asylärenden
(2006).

Internetrelaterat sexuellt utnyttjande av barn och ungdomar.
Utmaningar för forskning, förebyggande arbete och behandling
(2007). Finns även på engelska.

Skrifter utgivna före 2006 se vår hemsida www.allmannabarnhuset.se

Antologin vänder sig till dem som i sitt arbete möter barn och ungdomar, men även andra som kommer i kontakt med unga som skadar sig själva. Tänkbara orsaker till självskadebeteende och hur det kan upplevas av den unge diskuteras. Aktuell forskning och strategier för behandling och förebyggande åtgärder beskrivs. Ett par angränsande former av självdestruktivitet och riskbeteende behandlas också; ätstörningar samt utåtagerande och normbrytande beteende. Rigmor Stain, docent och forskare i biologisk psykiatri är redaktör och skribent. Experter på området bidrar med sina kunskaper och erfarenheter. Antologin har inspirerats av de konferenser, som genomfördes under åren 2004–2007 av Barnhuset i samarbete med BRIS på temat "Hur man upptäcker, stödjer och hjälper sårbara barn och ungdomar".

Allmänna Barnhuset är en statlig stiftelse med uppdrag att stödja metod- och kunskapsutveckling inom den sociala barnvården. Barnhuset ger anslag till socialt inriktad barn- och ungdomsforskning, anordnar konferenser och seminarier samt ger ut 4–5 böcker per år med anknytning till aktuella frågor.

Böcker kan beställas från Stiftelsen Allmänna Barnhusets hemsida
www.allmannabarnhuset.se

Tel 08-679 60 78 Fax 08-611 38 41

ISBN 91-86678-95-7