

---

# Självskadebeteende & Borderline- personlighetssyndrom

Intervjustudie utifrån två DBT-terapeuters perspektiv på hur det är att jobba med tonårsflickor som har en emotionell instabilitet.

Författare: Emma Wall  
Handledare: Alexander Platon

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Bakgrund</b> .....	<b>6</b>
2.1 Känslor och emotioner .....	7
2.2 Borderline personlighetssyndrom (BPS) .....	8
2.3 Självskaдебeteende (SSB) .....	9
2.4 Dialektisk beteendeterapi (DBT) .....	10
2.5 Tidigare forskning .....	11
<b>3. Syfte och frågeställning</b> .....	<b>13</b>
<b>4. Metod</b> .....	<b>13</b>
4.1 Tillvägagångssätt .....	14
4.2 Urvalskriterier .....	15
4.3 Etiska aspekter .....	15
<b>5. Resultat</b> .....	<b>15</b>
<b>6. Analys och diskussion</b> .....	<b>20</b>
6.1 Resultat, tidigare presenterad forskning och teori .....	20
6.2 Reflektioner av metodval och fortsatt forskning .....	22
6.3 Slutsats .....	23
<b>7. Källförteckning</b> .....	<b>24</b>
<b>Bilaga 1.</b> .....	<b>25</b>
Informationsbrev till respondenter	

**Bilaga 2.** ..... 26  
Samtyckesblankett

**Bilaga 3.** ..... 27  
Intervjuguide

## Sammanfattning

Arbetets syfte är att undersöka och beskriva två DBT-terapeuters perspektiv på hur de jobbar med tonårsflickor som har en emotionell instabilitet såsom självskadebeteende och/eller Borderline personlighetssyndrom. För att nå fram till svar i arbetets syfte och frågeställning har kvalitativ metod i form av semistrukturerade intervjuer använts. Frågan som arbetet utgår ifrån lyder: Hur jobbar två DBT-terapeuter för att stärka tonårsflickor emotionellt som har ett självskadebeteende och Borderline personlighetssyndrom? Resultatet visar likheter med tidigare forskning och teori på området. Respondenterna beskriver sitt arbete likvärdigt med vad forskning och teori säger om hur man inom DBT och som DBT-terapeut bör jobba med målgruppen. Det visar sig b.l.a. genom de olika metoder som respondenterna använder sig av i behandlingen för att lära målgruppen färdigheter i känsloreglering och impuls kontroll, för att öka den emotionella stabiliteten. Under arbetets gång har det reflekteras kring om det kan vara så att klienter som bor på ett DBT-hem med stöd från personal dygnet runt på så vis kan ha lättare för att ta till sig av DBT-behandlingen.

## Tack

Jag vill rikta ett stort tack till de två DBT-terapeuter jag har fått möjligheten att intervjua och som därför gjort detta fördjupningsarbete möjligt att genomföra. Ett stort tack vill jag även ge till min handledare Alexander Platon för all vägledning, feedback och tankeutbyte som präglat en stor del av processen och som lett fram till denna slutprodukt. Det tar inte slut här... Ett varmt tack vill jag också rikta till min korrekturläsare som tagit sig tiden att läsa igenom arbetet noggrant. Slutligen skulle jag också vilja tacka övriga lärare, klasskamrater samt vänner och familj som stöttat och peppat längs vägen i denna lärorika och utvecklande process.

Albins folkhögskola, 2021

Emma Wall

## 1. Inledning

Behandlingshem eller med andra ord HVB som betyder hem för vård eller boende finns i olika former i Sverige idag. Olika typer av verksamheter erbjuder olika behandlingsmetoder beroende på vilken problematik klienten har eller vilken klientgrupp boendet har för syfte att rikta sig till. Syftet med HVB är b.l.a. att barn och unga som lider av något syndrom eller diagnos och som till ev. följd av det hamnat i en destruktiv livssituation med t.e.x. missbruk, kriminalitet eller självskadebeteende ska komma till en trygg miljö där de kan få stöd och hjälp för att kunna ta till sig av behandling. HVB går under socialtjänstlagen och det är socialtjänsten som placerar ungdomen utifrån antingen SOL, Socialtjänstlagen (frivillig placering), eller LVU, Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (tvångsplacering), för att bryta ett visst problematiskt beteende (*Socialstyrelsen 2019*).

Tonårstjejer världen över lever idag i stor utsträckning med självskadebeteende och Borderline personlighetssyndrom (BPS). BPS räknas som en personlighetsstörning och benämns numera kliniskt även Emotionellt instabilt personlighetssyndrom, (EIPS). Då målgruppen ofta inom vården anses vara en svårbehandlad patientgrupp och att det i många fall blir så pass allvarligt att det leder till döden, främst via självmord (suicid), finner jag ämnet högaktuellt att forska mer om (*Dsm-5 2013, 663-666*). Som blivande Socialpedagog kan det vara relevant att lära sig mer om självskadebeteende och BPS då man sannolikt kommer att ha nytta av det i den framtida yrkesrollen som innebär möte med människor och olika personlighetstyper. För att få möjlighet till fördjupning i ämnet utgår arbetet från ett HVB-DBT-hem i södra Sverige som genom DBT, Dialektisk beteendeterapi, som främsta behandlingsmetod och DBT-terapeuter på plats, jobbar med att behandla flickor i åldrarna 16-20.

## 2. Bakgrund

Detta avsnitt kommer att beskriva vad känslor och emotioner är och vilken påverkan de kan ha på målgruppen. Avsnittet kommer även beröra vad som kännetecknar ett självskadebeteende och Borderline personlighetssyndrom eller Emotionellt instabilt personlighetssyndrom. Slutligen kommer Dialektisk beteendeterapi (DBT) att beröras med en beskrivning på hur man jobbar utifrån behandlingsmetoden med den aktuella målgruppen.

Teorier som behandlingsmetoden utgår ifrån kommer att beskrivas samt även DBT-terapeutens roll. Utöver det kommer aktuell forskning inom ämnet att belysas.

## 2.1 Känslor och emotioner

*“Ur ett evolutionärt perspektiv kan känslor ses som strategier för att hantera utmaningar alla levande varelser ställs inför” (Kåver & Nilsonne 2017, 39).*

Känslor har som ursprungssyfte att påverka individen att agera och åstadkomma saker. Man kan se det som en slags drivkraft i att uppfylla sina livsmål (Kåver & Nilsonne 2017, 36-50). För att människan skall kunna bli hjälpt av sina känslor behöver hon lära sig att reglera och anpassa dem i mötet med en “utmaning”. Med det menas ex. en fara som kommer nära och gör henne rädd. Grundkänslan som infinner sig här är “rädsla” och det är också den som hjälper henne att prioritera och fatta rätt beslut. I en sådan situation är det mest troligt att hon antingen fäktar eller flyr och att aktiviteter som att äta eller sova istället tillfälligt bortprioriteras (*ibid*). Det finns också komplexa känslor. De kan liknas vid en slags efterkonstruktion av grundkänslan och präglas av en större kognitiv medvetenhet samt påverkas av den kultur människan lever i. Dessa känslor kan få henne att ta destruktiva beslut (*ibid*).

Emotioner är ett samlat begrepp för människans reaktioner på inre eller yttre stimuli, d.v.s. kroppens fysiologiska reaktioner (Karterud, Wahlberg & Urnes 2014, 26). Medan känslor istället är upplevelserna av de emotionella reaktionerna såsom b.l.a. glädje, ilska, rädsla och sorg (*ibid*). Det händer att människan misstolkar sina emotioner eller inte klarar av att sätta ord på sina känslor (*ibid*). Ur ett historiskt perspektiv och för människans ständiga utveckling har det och är det av fortsatt stor vikt att kunna förstå sina emotionella reaktioner för att passa in i den kultur hon lever i (*ibid*).

Känslor utgörs också av positiva och negativa känslor såsom: nyfikenhet, glädje, upphetsning/ rädsla, skam, skuld och ilska. När människan känner att hon är på väg att nå ett uppsatt mål uppstår positiva känslor medan tvärtom negativa om hon istället misslyckas med det (Kåver & Nilsonne 2017, 40). I boken beskriver också författarna att människan i huvudsak lär sig att tolka sina känslor genom interaktion med omgivningen i ett tidigt skede i livet (*ibid*, 44).

## 2.2 Borderline Personlighetssyndrom (BPS)

Borderline personlighetssyndrom (BPS) är en personlighetsstörning som fick sitt namn av den amerikanske psykiatern Adolf Stern 1938. Han refererade till en grupp av människor som b.l.a. var känsloladdade, instabila, dramatiska och “som varken hörde hemma i den psykotiska eller i den psykoneurotiska gruppen, de befann sig på gränsen” (*Karterud, Wahlberg & Urnes 2014, 244*). Enligt studier lever ca 1.2 % av befolkningen med Borderline personlighetssyndrom och troligen förekommer det minst lika ofta hos män som hos kvinnor även om studier från behandling som gjorts på BPS-klienter visar att 80% är kvinnor (*Karterud, Wahlberg & Urnes 2014, 244-247*). Åldersgränsen för att sätta en BPS-diagnos är 18 år. Man ser att förekomsten av BPS ökar allt mer bland befolkningen och då särskilt bland ungdomar vilket tyder på sociokulturella förändringar efter andra världskriget. Detta har ökat intresset för att forska på interventionsprogram för tidiga insatser då BPS leder till hög dödlighet genom suicid (själv mord) (*ibid*).

Borderline personlighetssyndrom kännetecknas av ett genomgående mönster av impulsivitet samt instabilitet inom områden såsom kronisk tomhetskänsla, svårt att reglera känslor, svårt att kontrollera aggressiva impulser och en störd självbild. Gruppen visar också på större suicidbenägenhet än övriga befolkningen. Personer med BPS har ofta en tendens att involvera sig i intensiva och instabila relationer och gör stora ansträngningar för att undvika att bli övergivna. Detta skapar på sikt upprepade kriser känslomässigt till följd av destruktivitet vilket ofta leder till självskadebeteende och återkommande suicidförsök (*Karterud, Wahlberg & Urnes 2014, 244-247*).

Inom psykiatri utgår man ifrån två olika diagnossystem när man pratar om BPS det finns därför två olika benämningar på diagnosen. I DSM- IV benämns den som Borderline personlighetsstörning medan i ICD-10 Emotionellt instabil personlighetsstörning EIPS (*ibid, 245*). Numera används det sistnämnda begreppet oftare bland professionella som jobbar med behandling av patientgruppen då man upplever att den bäst belyser den centrala svårigheten i diagnosen, nämligen instabilitet i känslor. Beteckningen Borderline är till viss del också stigmatiserad eftersom man länge inte vetat hur man skulle behandla patientgruppen (*DBT-teamet, Örebro 2010*).



## 2.3 Självskadebeteende (SSB)

Med självskadande beteende eller självskadebeteende (SSB) som det ofta benämns i kliniskt syfte pratar man om olika saker men där alla räknas till självdestruktiva beteenden. Den vanligaste innebörden av begreppet är att individen avsiktligt tillfogar sig själv smärta. Ofta genom att t.e.x. skära sig, slå sig eller att överdosera tabletter/droger utan att ha för avsikt att ta livet av sig (*Öst 2010, 213-214*). Övergripande är beteendet ett sätt för individen att hantera och minska psykisk stress och ångest som hen får genom b.l.a. smärtsamma tankar, känslor eller situationer. Genom att skada sig själv upplever individen en känsla av kontroll på livet och det innebär för stunden ett tillstånd av välbefinnande (*Overland 2010, 20*). Utlösande faktorer av beteendet är psykiska karaktärsdrag som b.l.a. negativa tankar om sig själv, låg självkänsla, färdighetsbrister i att kommunicera sina behov och känslor samt att få nära och fungerande relationer (*ibid*).

Studier på området visar på samband med självskadebeteende och händelser eller trauman från barndomen såsom långvariga psykiska eller fysiska övergrepp, vanvård i form av bristande fysisk och emotionell kontakt samt tidiga separationer. Det kan också finnas en genetisk emotionellt högre sårbarhet hos dessa individer som då i kombination med miljöfaktorerna ovan ökar trycket för att börja skada sig själv. Forskning visar också på ett samband med självskadebeteende och grupstryck mellan ungdomar på behandlingshem, där ungdomar som tidigare inte visat sig ha problem med beteendet börjar att skada sig själva (*Öst 2010, 214-216*).

Självskadebeteende är ett sätt för individen att ropa på uppmärksamhet och engagemang från omgivningen i form av en extrem åtgärd för att kommunicera ut sin svåra situation. Negativa följder uppstår om omgivningen i större utsträckning uppmärksammar personen i samband med beteendet då detta i sin tur kan trigga till ett ökat självskadebeteende. Man ser positiva effekter inom forskningen när det gäller behandling av personer med självskadebeteende i samband med att de får lära sig färdigheter i att kommunicera ut sina känslor på andra sätt än att skära sig (*Öst 2010, 214-216*).

## 2.4 Dialektisk beteendeterapi (DBT)

Dialektisk beteendeterapi (DBT) utvecklades som en gren av Kognitiv beteendeterapi (KBT) av den amerikanske psykologen Marsha Linehan under 1990 talet och började 1998 användas i studier vid karolinska institutet i Sverige (*Socialstyrelsen 2019*). Behandlingsformen är speciellt anpassad för personer med Borderline personlighetssyndrom, självskadebeteende samt suicidproblematik men har på senare tid också anpassats till andra problemområden hos målgruppen såsom missbruk, ätstörningar eller posttraumatisk stress (*Socialstyrelsen 2019; Karterud, Wihlberg & Urnes 2014, 477*).

Marsha Linehan gjorde ett antal studier som visade att klassisk KBT-behandling inte gav goda resultat på klientgruppen eftersom metoden i huvudsak bygger på förändringsstrategier vilket blev för krävande för den redan emotionellt sårbara Borderline-klienten som istället tolkade detta som kritik och brist på empati. Ur detta perspektiv adderade Marsha Linehan emotionsteorin som tillägg till inlärningsteorin och den kognitiva teorin som KBT grundar sig i och DBT kunde växa fram (*ibid*). Emotionsteorin syftar till att klienten får lära sig olika färdigheter från behandlingen som stärker den emotionella regleringen d.v.s. förmågan att känsloreglera (*Kåver & Nilsonne 2017, 46-47*). Inlärningsteorin i kognitiv teori grundar sig i att det antas finnas ett starkt samband mellan tanke, känsla och handling. Med det menas att om en individ förändrar sina beteenden så förändras mest troligt också tankarna och känslorna och vice versa (*Socialstyrelsen 2019*). I DBT fokuserar man framförallt på att det är sambandet mellan tanke och känsla, d.v.s. den rationella förmågan kontra den emotionella även kallat "det dialektiska radarparet", som styr våra liv (*Kåver & Nilsonne 2017, 46-47*).

För att bättre förstå vilka behov som finns och kunna behandla klientgruppen utifrån en kliniskt användbar modell utgår man i DBT från den biosociala teorin (*Kåver & Nilsonne 2017, 52-55*). Modellen presenteras för klienten initialt i behandlingen och man återkommer till den löpande. Den biosociala teorin bygger på att individen antas ha en medfödd känslomässig sårbarhet (bio), som i samspel av en invaliderande (ickebekräftande och kränkande) uppväxtmiljö (social), utlöser en emotionell instabilitet (*ibid*). Man kan med andra ord beskriva det som att den invaliderande miljön leder till att personen blir utlämnad till sig själv att hantera sina starka och svåra känslor. Istället för att hen blir mött (validerad) i sina känslor och därmed hjälpt i att lära sig att hantera dem. Detta leder ofta till ett självförakt hos

målgruppen som bidrar till självdestruktivitet i form av självskadebeteende och suicidbenägenhet (*Kåver & Nilsonne 2017, 52*).

Dialektik står för balans mellan acceptans och förändring. Det s.k. "dialektiska dilemma" en DBT-terapeut ofta står inför under behandlingen är att få klienten att acceptera sig själv som hen är men samtidigt också peka på de förändringar som behöver göras (*Karterud, Wahlberg & Urnes 2014, 477-478*). Behandlingens utformning består av individualterapi och färdighetsträning i grupp där viktiga moment b.l.a. är inslagen av Zenbuddhismen och Mindfulness som härstammar från den Österländska filosofin. Genom olika övningar får klienten träna upp sin förmåga att vara medvetet närvarande eftersom det är en av de färdigheter klientgruppen ofta saknar och anses vara i behov av. Ur ett behandlingsperspektiv är syftet att klienten ska lära sig att observera, beskriva och delta i stunden utan att döma och genom att rikta fokus bara mot det som är "här och nu". På sikt är målet att klienten bättre ska klara av att hantera och bära på den emotionella smärtan på ett funktionellt vis i vardagen. I den dialektiska behandlingen ingår också b.l.a. träning i färdigheter kring emotionell reglering och impuls kontroll, stresstolerans och interpersonell effektivitet d.v.s. hur man hanterar sociala relationer. I tillägg till detta ges klienten även möjlighet till telefonkontakt med sin terapeut mellan terapisessionerna (*ibid*).

## **2.5 Tidigare forskning**

Lars-Gunnar Lundh vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet gjorde 2012 (*uppdaterad version 2013*) en forskningsöversikt genom en s.k. metastudie med titeln "Behandlingseffekter på självskadebeteende". De flesta av studierna i rapporten grundar sig på patienter med Borderline personlighetsstörning och ett mindre antal på ungdomar med självskadebeteende utan speciell diagnos. En av studierna som tas upp i denna översikt är den första RCT- (randomized controlled trial) jämförelsestudien som gjorts i DBT och som genomfördes av Linehan, Armstrong och Heard (1991-1993) där standardbehandling, i detta fall psykodynamisk terapi, jämförs mot DBT-behandling på målgruppen. I DBT-behandlingen som man hade för avsikt att mäta i studien, ingick ett års individualterapi i kombination med färdighetsträning i grupp, möjlighet till telefonkontakt med terapeut mellan sessionerna samt ett konsultationsteam för DBT-terapeuterna. Deltagarna i studien bestod av 44 kvinnor i

åldrarna 18-45 år med Borderline-personlighetsstörning, självskadebeteende och/eller självmordsbenägenhet. Kontrollgruppen som bestod av 13 utav de samtliga deltagarna gick i individuell psykoterapi medan resten av deltagarna ingick i DBT-gruppen som innefattade både individualterapi och gruppterapi och visade på betydligt fler timmar terapi totalt sett. Mätning av självskadebeteende hos deltagarna gjordes utifrån kvalitativ metod som en semistrukturerad intervju dels före behandling och dels med uppföljning efter 4, 8 och 12-månaders intervaller under behandlingen. Resultatet som presenterades av Linehan (1991) visade att avhoppet var färre i DBT-gruppen än i kontrollgruppen 16,7% vs. 50%, siffrorna inkluderar också ett fall av suicid i DBT-gruppen. Förekomsten av självskadebeteende och/eller suicidbenägenhet minskade i högre grad i DBT-gruppen jämfört med i kontrollgruppen. Resultatet visade även att antalet inläggningar på sjukhus var mindre frekventa för DBT-gruppen. DBT-gruppen visade som helhet av resultatet generellt sett på flest positiva effekter av behandlingen även om kontrollgruppen visade på lika goda effekter vad innefattade depression, självmordstankar och hopplöshet. Studien har dock visat på vissa brister som t.e.x. att antalet terapitimmar inte redovisats. Förutom det anses resultaten mycket goda då det för första gången visat på att psykoterapi har goda effekter i behandling av klientgruppen (Lundh 2012, 9-18, 25-29).

En annan studie som rapporten innehåller är den australiensiska studien som genomfördes av Carter et al. (2010), där syftet var att undersöka effekterna av en modifierad variant av DBT-modellen. Där gavs det en 6-månaders behandling istället för 12-månaders som Linehans ursprungsmodell är. Den andra skillnaden jämfört med ursprungsmodellen var att klienterna inte hade möjlighet till telefonkontakt med terapeuterna mellan terapisessionerna. Deltagarna bestod av 73 kvinnor i åldrarna 18-65 år med Borderline-diagnos samt bakgrund av ett utpräglat självskadebeteende. Kontrollgruppen genomgick standardbehandling medan de stod på kö för att få genomgå DBT-behandling. Mätningen av självskadebeteendet genomfördes som en intervju genom "The lifetime parasuicide count" (LPC; Comtois & Linehan 1999). Resultatet från studien visade att båda grupperna uppvisade förbättringar. Inga tydliga skillnader kunde mätas grupperna emellan gällande självskadebeteende. Däremot visade DBT-gruppen på större framsteg i livskvalitet och antal dagar de inte var sängliggandes jämfört med kontrollgruppen. Det var dock ett mindre antal i kontrollgruppen (67%) som skadade sig själv under 6 månaders-perioden jämfört med i DBT-gruppen (75%) (Lundh 2012, 9-18, 25-29).

Sammanfattningsvis visar denna forskarrapport att DBT är den behandlingsform som det gjorts flest studier på av ovan nämnd klientgrupp följt av mentaliseringsbaserad terapi (MBT), kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykodynamisk terapi (PDT). Jämförelserna mellan behandlingsmetoderna visar att det skiljer sig åt både i teori och metod men visar på betydelsefulla gemensamma nämnare som visat sig viktiga för att uppnå goda resultat på b.l.a. självskadebeteende. Till dessa punkter hör: En tydlig struktur i behandlingen som skapar trygghet hos klienten, ett empatiskt och validerande bemötande från terapeuten samt att terapeuten fokuserar på att öka den emotionella medvetenheten och förmågan till känsloreglering hos klienten. Rapporten visar på att det finns evidens, d.v.s. empirisk data, på att DBT och MBT som långtidsbehandling ger goda effekter på självskadebeteende hos klienter med Borderline personlighetsstörning även om det ännu inte finns evidens för vilka komponenter i behandlingen som ger denna effekt (Lundh 2012, 9-18, 25-29).

### **3. Syfte och frågeställning**

Syftet med fördjupningsarbetet är att studera två DBT-terapeuters perspektiv av hur det är att jobba med DBT som behandlingsmetod för tonårsflickor som har ett självskadebeteende och/eller Borderline personlighetssyndrom och som är boende på DBT-hem.

#### **Frågeställning:**

Hur jobbar två DBT-terapeuter för att stärka tonårsflickor emotionellt som har ett självskadebeteende och Borderline personlighetssyndrom?

### **4. Metod**

Eftersom målet med studien varit att undersöka samt förstå på djupet hur en DBT-terapeut arbetar med målgruppen genomfördes den utifrån kvalitativ metod. Det hade varit svårt att få svar på arbetets syfte och frågeställning utifrån en kvantitativ metodstudie då målet inte varit att få fram statistik d.v.s. antal eller hur vanligt förekommande något är inom ämnet.

Kvalitativ metod används då man vill få fram beskrivningar och tolkningar av

intervjumaterial och därmed samla in en så stor variation av djup i data snarare än en bredd (Trost 2010, 32, 137-145). Valet av semistrukturerad intervjuform gjordes utifrån att fasta frågor samt spontana följdfrågor passade för att samla svar i intervjuerna. Fördelarna med en semistrukturerad intervju är att den är strukturerad i sitt upplägg gällande ämne, men att den också är tillåtande genom att frågorna är öppna samt att det finns utrymme för följdfrågor. Detta möjliggör på så vis en utveckling i svaren eftersom både intervjuaren och respondenten ges tillfälle att komma in på intressanta sidospår som hade varit omöjligt i en strukturerad intervju. En semistrukturerad intervju kan på så vis bidra med ett djupare innehåll till studiens resultat (Trost 2010, 42).

#### **4.1 Tillvägagångssätt**

För att komma i kontakt med respondenter kontaktades ett DBT-team från ett HVB-hem via telefon och mejl där det gavs information om syftet med fördjupningsarbetet samt med en förfrågan om intervju (Bilaga 1). Två DBT-terapeuter återkopplade med möjlighet att ställa upp och därefter bokades datum och plats för intervjuerna. En av intervjuerna har hållits digitalt via Google Meet och den andra som ett personligt möte utifrån vad som passat respondenterna bäst. Intervjuerna tog i snitt 45 min och bestod av 25 frågor vardera. Upplägget bestod av en intervjuguide med fasta huvudfrågor och delvis olika följdfrågor, givetvis beroende på att respondenternas svar såg lite olika ut och att samtalen tedde sig annorlunda. I samband med introduktionen av intervjun fick respondenterna ta del av och skriva under samtyckesblanketten (Bilaga 2). För att få med allt som sagts i intervjun gjordes inga anteckningar under tiden, istället spelades intervjun in via en röstapp i mobiltelefonen. Detta gjorde datainsamlingen lättare att utvärdera efteråt eftersom det möjliggjort att gå fram och tillbaka för att lyssna efter små detaljer såsom tonfall eller ordval som är av stor betydelse för helheten i en kvalitativ studie (Trost 2010, 74-75). Materialet transkriberades därefter till i snitt ca. 10 sidor text vardera och analyserades genom tekniken kodning av kvalitativa data. Det innebär att texten noga lästs igenom och där ord samt meningar som återkommande dykt upp, markerats och skrivits upp separat som s.k. huvudfynd som varit viktiga för resultatet. Relevanta citat utifrån arbetets syfte och frågeställning har gjorts om till skrivspråk med hänsyn till de etiska aspekter gentemot respondenten som författaren Trost (2010, 155-157) beskriver. Det samlade materialet har därefter lett fram till studiens resultat.

## 4.2 Urvalskriterier

Det har inte gjorts några speciella urval gällande kön, ålder eller specifik utbildningsbakgrund. Det relevanta i urvalet har varit att samtliga respondenter skulle innefattas av titeln DBT-terapeut och jobba på ett DBT-HVB-hem.

## 4.3 Etiska aspekter

Som framgår av informationsbrevet (*bilaga 1*) har respondenterna tagit del av informationen om att intervjun är frivillig och att den närsomhelst kan avbrytas utan att skäl behöver anges. Information har även delgivits respondenterna om att samtlig intervjudata kommer att hanteras på ett konfidentiellt vis som innebär att respondenterna förblir anonyma, att datainsamlingen endast kommer att hanteras av mig och min handledare samt att raderas när fördjupningsarbetet är färdigskrivet. Det har tagits hänsyn till dessa aspekter eftersom det enligt författaren Trost (2010, 123-130) är av stor vikt att se till etiken när det kommer till intervjuer. Syftet är att respondenten ska känna sig så trygg som möjligt med intervjusituationen dels för att hen ska kunna prata fritt men också för att undvika att hen på något sätt blir lidande efter att studien är genomförd (*ibid*).

## 5. Resultat

I det här avsnittet kommer en sammanfattning av det insamlade resultatet från intervjuerna att presenteras med arbetets syfte och frågeställning i fokus, samt respondenternas (R1 & R2) roll att beskrivas. Materialet utgår från respondenternas egna svar på hur de jobbar med målgruppen på DBT-hemmet och kommer att tas upp som citat som det sedan redogörs för i den löpande texten. Det samlade materialet kommer att leda fram till svar i arbetets fråga.

Respondenterna har haft yrkesrollen som DBT-terapeut olika länge, men mellan 2-3 år inom den aktuella verksamheten. Deras bakgrund som DBT-terapeut ser lite olika ut. R2 har jobbat som DBT-terapeut i ca. 30 år inom olika typer av verksamheter. Idag jobbar hen både som "flygande" DBT-terapeut och samordnare för DBT-teamet. Det innebär att hen även har flickor från ett annat DBT-hem, stödboende samt familjehem (inom samma koncern) i terapi

och ansvarar för DBT-teamets upplägg och arbete gentemot målgruppen. R1 har haft yrkesrollen i ca. 3 år och endast inom den undersökta verksamheten. Hens roll är förutom DBT-terapeut även att jobba skift som behandlare på DBT-hemmet. Det som förenar dem i yrkesrollen är att de båda i grunden har en skötarutbildning och med lång erfarenhet och intresse av att jobba med människor som har psykiatriska störningar, diagnoser och andra svårigheter. Under tiden för intervjuerna hade R1 ansvar för två flickor i individualterapi och samtliga på DBT-hemmet (upp till sju flickor) i färdighetsträningen i grupp. R2 hade åtta flickor från de beskrivna verksamheterna ovan i individualterapi och samtliga på det undersökta DBT-hemmet i färdighetsträningen i grupp. Individualterapi består av ca. ett samtal i veckan medan färdighetsträningen i grupp ca. två-tre gånger i veckan.

*“Det handlar väldigt mycket om att få en relation och att få en tillit, de här flickorna har många gånger varit i myndigheternas händer, flyttat mycket, blivit ickebekräftade och en del har varit med om trauma”. (R2)*

Respondenterna pratar båda om hur viktigt det är att bygga en relation till flickorna, där det är viktigt att visa att man har tillit till dem eftersom det ofta är något de saknat från sin omgivning. R1 upplever att flickorna mår bra redan av att det är en tillåtande miljö, där de blir sedda och lyssnade på. Man strävar därför hela tiden efter att jobba utifrån ett validerande och icke värderande förhållningssätt. Respondenterna lyfter här också dialektiken som en viktig del för Borderline-klienter, att balansera fram och tillbaka mellan bekräftelse och förändring. Man anpassar på så sätt efter klientens behov och märker man att relationen påverkar då behöver man bekräfta mer och om klienten inte går framåt trycka mer på förändring, detta är ett viktigt inslag för att de ska kunna ta till sig av och komma vidare i behandlingen (R2). Respondenterna pratar också om hur viktigt det är med struktur och säkerhet som en del i DBT-behandlingen. Man jobbar därför efter en hierarki d.v.s. prioritering där säkerhet alltid kommer som nummer ett. Det handlar om att börja jobba med klientens självskadebeteende eller suicidplaner eller annat som innebär livsfara, för att ha möjlighet att komma vidare till nästa steg i behandlingen. Nästa steg kan innebära att prata om e.x. hur de kan jobba i sina relationer, ibland kan de gå väldigt mycket fram och tillbaka mellan dessa (R1).



*“Vi försöker lära dem färdigheter för att klara av att stå ut i den känslighet de har och speciellt försöker vi då lära dem primära och sekundära känslor, lära dem att gå tillbaka till det de kunde från början som de hade naturligt i sig”. (R1)*

Respondenterna beskriver att ett av de mest effektiva verktygen att jobba med i behandlingen är olika färdigheter. Framförallt handlar det för Borderline-klienter om att lära sig att hitta färdigheter i b.l.a. känsloreglering, impuls kontroll och relationer. De har ett speciellt behov av att lära sig alternativa strategier i detta för att kunna leva ett så gott liv som möjligt med den känslighet de har och alltid kommer att ha (R1).

För att lära sig att reglera sina känslor behöver de initialt lära sig vilka känslor som finns och hur de känns i kroppen. Vilken primär känsla (grundkänsla) som utlöses av en viss händelse och träna på att våga: “surfa på den” (vara i den), gå tvärt emot den, uttrycka den, inte agera på den eller att be om hjälp istället för att direkt hamna i en sekundär känsla (komplex känsla) och kanske känna sig arg när man egentligen är ledsen, men inte har förmågan att känna in det. Genom att de får träna på dessa färdigheter blir det lättare för dem att lära sig känna igen signaler i kroppen. Det gör det då också lättare att hantera sin känslomässiga instabilitet och impulsivitet (R1).

Mindfulness eller medveten närvaro är den färdighet som båda respondenterna pratar om som mest effektiv på klientgruppen när det handlar om känsloreglering. Eftersom den lär dem att uppmärksamma hur det känns här och nu, dömande tankar och att ta sig tillbaka till nuet. Den tränar dem också i att ha acceptans för saker och ting som de är. Detta är ofta något klientgruppen behöver lära sig att träna upp för att slippa onödigt lidande och kunna lägga energin på ett effektivare sätt som gör att de jobbar framåt med sig själva istället (R1). När de tränar upp denna förmåga hamnar de inte heller lika ofta i svåra situationer och därför händer det inte lika allvarliga saker. Detta skapar en balans i deras liv och balans är något som är extra viktigt för Borderline-klienter menar R1. Hen upplever också att det hjälper att förklara den biosociala teorin för flickorna i behandlingen. De får ofta lättare att reglera sig bara genom en ökad förståelse i varför de reagerar så starkt på saker som de gör.

Respondenterna beskriver också en färdighet som kallas “wise mind” som de använder sig av frekvent. Syftet är att den ska öka målgruppens färdigheter i att få samt behålla nära

relationer. Den innebär att klienten ska hitta en slags balans mellan förnuftet (jag bör) och känslan (jag vill). Att de på så vis ska lära sig att se en viss situation utifrån de s.k. gråzonerna som ofta finns istället för att bara se det ur det svart och vita perspektivet som är vanligt för Borderline-klienter. Genom att de övar upp färdigheter i att se situationer ur olika perspektiv kan det hjälpa dem att inte agera direkt på första känslan som dyker upp (R1).

*“Kedjeanalyserna är helt klart det mest effektiva verktyget att jobba med i kombination med färdigheter; vad de skulle kunna gjort istället för att ex. självskada och göra som ett litet “färdighets recept” som en kris lista på fyra, fem saker som de kan göra när det är som allra värst nästa gång”. (R2)*

Förutom träning i olika färdigheter beskriver respondenterna kedjeanalyser som ett av de effektivaste verktygen de använder sig av i individualterapi. Där kartlägger de olika problembeteenden och tittar på vilka utlösande “triggers” såsom fysiska eller psykiska sårbarheter. Respondenterna beskriver också hur de här parallellt jobbar med att ha klientens “targets” d.v.s. mål och drömmar i sikte och hur de ska göra för att nå dit. Detta är ett viktigt inslag att alltid ha med sig för att försöka hålla dem i samma spår (R1). R2 tar upp ett exempel: När en klient t.e.x. skurit sig “kedjar” vi situationen genom att titta på vilka fysiska eller känslomässiga sårbarheter som påverkade händelseförloppet. Det kan handla om droganvändning, sömnrutiner, matrutiner men också vilka tankar och känslor klienten hade. Sen tittar de på om hen kunde gjort något annorlunda t.e.x. använt någon färdighet. R2 beskriver att de därefter övar på olika färdigheter som klienten sedan får med sig för att träna på att använda när de är högt uppe i ångest nästa gång. Klienten får också i läxa att fylla i sitt “dagbokskort”, som är ett verktyg de jobbar med i kedjeanalyserna. Verktyget innebär att klienten får i uppgift att fylla i kortet genom att skatta på en skala hur ett visst händelseförlopp/situation sett ut. Detta följs sedan upp vid nästa tillfälle man ses (R2).

Respondenterna beskriver också olika krisfärdigheter som klienten ska använda sig av i akuta fall som när de är så högt uppe i ångest att de är nära att självskada. Det handlar då om att bryta kroppens känsla genom att chocka den med t.e.x. en iskall dusch eller äta en stark krydda. I dessa fall kan de ringa sin terapeut, även om det inte ingår telefonkontakt mellan terapisesionerna som en del i DBT-behandlingen (R1). Tanken är att de har personal på boendet som de ska vända sig till i första hand (R1). Hen menar också att målet är att sträva

efter en slags balans för att kunna komma vidare i behandling. Flickorna behöver därför lära sig att våga stå ut i smärtan samt använda sig av de färdigheter som de fått med sig från terapin. Respondenterna påpekar också hur viktigt det är att aldrig förstärka klientens problembeteenden. Om en flicka skurit sig så ger man det så lite uppmärksamhet som möjligt eftersom man inte vill uppmuntra till ett vidmakthållande av beteendet. Det kallar respondenterna för att "släcka ut" ett beteende. Däremot är de båda överens om hur viktigt det är att ge bekräftelse till flickan om hen istället visar på färdigheter som i situationen t.e.x. kan vara förmåga i att uttrycka sina känslor eller behov av hjälp. Vilket är målet att de ska lyckas med.

*"Att lära dem hur man ska självvalidera och att hitta dem (sic) där självinvalidierande tankarna tidigt och balansera upp dem med vad de faktiskt gör och vad de faktiskt kan genom t.e.x. att skriva validerande tankar om sig själv, mycket är att upptäcka och börja göra det".*  
(R2)

R2 beskriver att hen upplever att det är mycket självinvalidierande tankar hos klienterna som bidrar till de destruktiva känslor och beteenden som visar sig i dagboks-korten under kedjeanalyserna. Medan R1 också upplever mycket självinvalidiering hos klienterna i vardagen på boendet. För att öka flickornas förmåga att självvalidera jobbar de aktivt med olika färdigheter. R2 berättar om en övning som hen brukar använda sig av och som innebär att de ska skriva tre validerande tankar om sig själva i veckan. Detta gör att de blir mer medvetna om sina styrkor som de då kan balansera upp sina negativa tankarna med, vilket också hjälper dem att lättare undvika att hamna i destruktiva mönster (R2). De uttrycker begreppet validering som ett slags grundläggande verktyg i behandlingen och som man gör i olika steg. Det absolut mest grundläggande är att bara lyssna och visa empati för klienten även fast man inte alltid håller med det som sägs (R1). Det kan t.e.x. röra sig om att validera det "giltiga" i en situation d.v.s. klientens känsla samtidigt som man ignorerar det dåliga beteendet. Validering handlar om att de ska känna att de blir tagna på allvar och lära sig att deras känslor inte är något som är fel, men också att lära sig att träna på att validera andra människor i sin omgivning (R1).

## 6. Analys och diskussion

I detta avslutande avsnitt kommer huvudfynd från resultatet att diskuteras och analyseras utifrån forskning och teori. Liknelser och skillnader kommer att beröras. Reflektioner kring studiens metodval och vilken påverkan den haft i att intervjuerna utmynnade i de svar de gjorde kommer att diskuteras samt ideer om fortsatt forskning. Avlutningsvis kommer slutsatser som dragits under arbetets gång att lyftas fram.

### 6.1 Resultat, tidigare presenterad forskning och teori

Från den tidigare presenterade forskningen "Behandlingseffekter på självskadebeteende" visar författaren Lars-Gunnar Lundh (2012) på olika punkter som är särskilt viktiga i behandlingen för att uppnå goda resultat med målgruppen. Det som framgår är b.l.a. att en tydlig struktur i behandlingen och ett empatiskt samt validerande bemötande från terapeuten skapar trygghet hos klienten. DBT-terapeuterna beskriver specifikt hur de grundläggande och kontinuerligt i behandlingen jobbar med att bygga relationer där tillit har en central roll. De försöker därför hela tiden jobba utifrån ett validerande och icke värderande förhållningssätt för att skapa en så tillåtande miljö som möjligt. De anpassar också behandlingen utifrån klientens behov genom att de hela tiden jobbar fram och tillbaka med att å ena sidan bekräfta klienten å andra sidan peka på de förändringar som behöver göras. DBT-terapeuterna pratar i resultatet om att struktur är en viktig del i behandlingen och hur de b.l.a. därför jobbar utifrån hierarki d.v.s. prioriteringar. Där det i första hand handlar om klientens säkerhet. I resultatet framkommer det hur de tillsammans med klienten använder sig av verktyget "Kedjeanalys" för att kartlägga och förebygga de problembeteenden som kan innebära livsfara för klienten. I tillägg till detta anpassas också olika "färdighetsrecept" d.v.s. färdigheter som klienten får med sig i läxa att träna på mellan sessionerna.

Den tidigare presenterade forskningen visar också på att det är önskvärt att terapeuten fokuserar på att öka den emotionella medvetenheten hos klienten samt förmågan till känsloreglering (Lundh 2012, 9-18, 25-29). I resultatet beskriver DBT-terapeuterna hur de i individualterapi samt i färdighetsträningen i grupp jobbar med att lära klienten olika färdigheter för att träna upp dessa egenskaper. Det kan handla om att klienten får lära sig vilka

de primära och sekundära känslorna är och hur de känns i kroppen. Den mest hjälpsamma övningen för målgruppen är mindfulness enligt de båda som menar att de genom den får lättare att lära sig att identifiera och reglera sina känslor.

Linehans, Armstrong & Heards RCT-jämförelsestudie som presenterades (1991-1993) visar att för ursprungsmodellen i DBT bör individualterapi, färdighetsträning i grupp, telefonkontakt med terapeut mellan terapisessionerna samt ett konsultationsteam ingå. Från respondenternas svar framkommer det att de har ett DBT-team med en samordnare liknat ett konsultationsteam och att de jobbar med klienterna i individualterapi samt färdighetsträning i grupp. Det som däremot skiljer sig åt är deras svar om telefonkontakten mellan terapisessionerna. DBT-terapeuterna beskriver det som att de har en anpassad variant. Eftersom klienterna bor på ett DBT-hem med tillgänglig personal dygnet runt, har de alltid någon att vända sig till när de mår dåligt. Samtidigt pratar DBT-terapeuterna om en balans i behandlingen, där de också vill att klienten ska lära sig att använda sig av de färdigheter de fått med sig från terapin. I svar från Respondent 1 framkommer det dock att klienten i akuta fall som t.e.x. för att förebygga självskadebeteende får lov att ringa sin terapeut.

Som författarna Kåver & Nilsonne (2017, 52-55) beskriver i boken utgår man i DBT från den biosociala teorin för att lättare förstå klientens behov i behandlingen. Modellen utgår från att målgruppen anses ha en biologisk känslomässig sårbarhet och att det tillsammans med en invaliderande uppväxtmiljö utvecklar en emotionell instabilitet. Det framkommer i resultatet att DBT-terapeuterna använder modellen i behandlingen genom att utgå ifrån den samt förklara vad den innebär för klienterna. Respondenterna beskriver hur de upplever att det har en positiv effekt på klienterna genom att de får lättare att förstå sig själva genom teorin. I resultatet framkommer det också hur DBT-terapeuterna aktivt jobbar med verktygen validering och invalidering både i terapin men även i den dagliga miljön på boendet. DBT-terapeuterna beskriver också hur de i behandlingen lär ut färdigheter för att öka målgruppens förmåga i känsloreglering och i att hantera sin impuls kontroll, för att kunna få fungerande nära relationer.

## 6.2 Reflektioner av metodval och fortsatt forskning

Valet av kvalitativ metod anses mest lämpad för det studien haft avsikt att undersöka. Eftersom studien gett en tydlig formulering av syfte, fråga och metod skyddar den sig på så vis mot eventuell svarsbias. Kvalitativ metod bygger dock på slumpinfltelser, som innebär att man mäter på djupet, vilket gör studien svår att återskapa på samma sätt vid ett annat tillfälle. När man pratar om en studies tillförlitlighet eller reliabilitet syftar man snarare på statistiska förhållanden som endast kan uppnås genom en kvantitativ studie. För att öka studiens tillförlitlighet hade den därför kunnat byggas ut med en enkätundersökning (*Trost 2010, 132*). Intervjuguiden (*bilaga 3*) är endast framtagen för denna studie vilket innebär att den inte är validerad i andra sammanhang.

En styrka i studien är att respondenterna har olika roller som DBT-terapeut inom verksamheten samt att båda har lång erfarenhet och kunskap inom området. Detta har bidragit med ett kompletterande djup till resultatet. Därför kan de två respondenterna anses vara tillräckliga, också med tanke på arbetets tidsomfattning, för att få ett resultat som svarar på arbetets fråga. Ett sätt att stärka studien ytterligare hade dock kunnat vara att fler HVB-hem med DBT-team kontaktats och som inte var via personliga kontakter. Det går inte att utesluta att de två respondenterna som valde att tacka ja, i detta sammanhanget utgjorde en homogen grupp som därmed kan ha haft påverkan på studiens resultat. Eftersom intervjuerna tedde sig olika, där en hölls digitalt och den andra som ett personligt möte, går det inte heller att utesluta att detta kan ha haft påverkan på resultatet. För att öka validiteten i studien skulle likvärdiga intervjusituationer hållits samt fler respondenter och HVB/DBT-hem, som ej är kopplade till detta, undersökts.

Intressant fortsatt forskning inom ämnet hade kunnat vara att göra en undersökning utifrån klientens perspektiv för att se vilka metoder/verktyg de anser att DBT-terapeuterna använder som fungerar bra. Förutom det skulle studien även kunna byggas ut, som ovan nämnts, genom att undersöka fler oberoende HVB-hem med DBT-team och DBT-terapeuter som jobbar med liknande målgrupp för att på så vis jämföra likheter och olikheter i resultaten. Ytterligare intressant framtida forskning hade varit att göra en jämförelsestudie av klienter som är boende på DBT/HVB-hem och klienter som går i vanlig klassisk DBT-behandling för att på så vis

mäta eventuella skillnader av effektiviteten i behandlingen. Denna studie är gjord som en grund till att forska vidare på.

### 6.3 Slutsats

Respondenternas arbete stämmer väl överens med forskning och teori i ämnet. Utifrån vad som framkommit i resultatet från intervjuerna och som också besvarar arbetets frågeställning är det trovärdigt att respondenterna jobbar efter alla mål och medel för att stärka flickorna emotionellt. Det visar sig b.l.a. genom deras validerande förhållningssätt, i hur de värnar om att bygga en relation och en tillit till flickorna samt hur de i behandlingen jobbar med olika färdigheter för att stärka klientens emotionella förmåga. Detta för att förebygga självskaðebeteende och andra beteenden som kan innebära livsfara för klienten.

Under arbetets gång har intressanta reflektioner gjorts b.l.a. kring den skillnad som framkommit under intervjuerna om att klienterna inte erbjuds klassisk telefonkontakt mellan terapisesionerna, men att de istället har personal dygnet runt på DBT-hemmet som de kan ta hjälp och stöd från. Reflektioner har dragits till den fakta som finns gällande att målgruppen länge ansetts vara en svårbehandlad patientgrupp. Kan det vara så att Emotionellt instabila / Borderline-klienter som bor på ett DBT-hem på så vis har en fördel i att på ett mer effektivt sätt kunna ta till sig av DBT-behandlingen jämfört med om de endast gått i vanlig DBT-behandling. DBT-hemmets miljö, som dels innefattas av DBT-terapeuter och dels övrig behandlingspersonal, genomsyras av ett DBT-tänk. Eftersom att en del av DBT-terapeuterna även jobbar som behandlingspersonal kan det kanske bidra till att de bygger en närmre relation med klienten som kan påverka behandlingen positivt. De har även större möjligheter att motivera målgruppen under dygnets alla timmar och det kan tänkas skapa fler tillfällen för klienten att på egen hand och tillsammans med personal öva på färdigheterna mellan terapisesionerna. Ur ett suicid och självskaðe-perspektiv, där klienter med Borderline personlighetssyndrom som ofta har svårt att be om hjälp eller uttrycka sina behov, blir tröskeln kanske inte heller lika hög att kontakta personalen som finns nära till hands. Detta till skillnad mot om de endast haft tillgång till telefonkontakt som klassisk DBT-behandling erbjuder. Slutsatsen som kan dras är att dessa faktorer tillsammans kan tänkas bidra till att klienter med självskaðebeteende och/eller BPS som bor på ett DBT/HVB-hem i större

utsträckning klarar av att ta till sig av DBT-behandlingen bättre vilket också kan öka den emotionella stabiliteten. Som avslutande ord är förhoppningen att beskrivningen av DBT-terapeuternas arbete i denna studie ger en rättvis bild.

## 7. Källförteckning

### Litteratur

*Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5. ed. (2013). Arlington, Va.: American Psychiatric Association

Karterud, Sigmund, Wilberg, Theresa & Urnes, Öyvind (2014). *Personlighetspsykiatri*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur

Kåver, Anna & Nilsson, Åsa (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning: teori, strategi och teknik*. Stockholm: Natur och kultur

Trost, Jan (2010). *Kvalitativa intervjuer*. 4., [omarb.] uppl. Lund: Studentlitteratur

Öst, Lars-Göran (red.) (2010). *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur & kultur

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

### Elektroniska sidor

DBT-teamet Örebro. 2010. *Vad är emotionellt instabil / Borderline personlighetssyndrom?* <https://DBTsverige.se/vad-ar-emotionellt-instabilborderline-personlighetssyndrom/> (Hämtad 2021-03-01).

Lundh, Lars-Gunnar. 2012. *Behandlingseffekter på självskadebeteende: Vad visar forskningen?* Lund: Institutionen för psykologi, Lunds universitet. <https://nationellasjlvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2016/06/LundhForsknings%C3%B6versiktbehandlingsj%C3%A4lvskadebeteende2.pdf> (Hämtad 2021-02-07).

Socialstyrelsen. 2019. *Barn och unga placerade i hem för vård eller boende*. <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/barn-och-unga/barn-och-unga-i-socialtjansten/placerade-barn-och-unga/HVB/> (Hämtad 2021-02-02).



## Bilaga 1. Informationsbrev

Hej,

Mitt namn är Emma Wall och jag vill gärna komma i kontakt med dig/er verksamhet för att fråga om två DBT-terapeuter ifrån ert DBT-team har möjlighet att delta i varsin intervju med mig. Intervjuerna är ett underlag till mitt fördjupningsarbete där jag vill undersöka hur en DBT-terapeut (på ett DBT-HVB hem) arbetar med tonårsflickor som har ett självskadebeteende och/eller Emotionellt instabilt personlighetssyndrom/Borderline personlighetssyndrom.

Intervjuerna kommer att ta ca. 1 timme per intervju och planeras att göras mellan vecka 7-8 antingen digitalt eller var som passar er bäst. Intervjuerna kommer att spelas in och transkriberas. Intervjun är frivillig och kan närsomhelst avbrytas. Intervjumaterialet kommer att vara anonymt och raderas efter att fördjupningsarbetet är färdigskrivet. Resultatet kommer att presenteras så att det inte går att koppla till enskilda individer eller verksamheter. Vidare information kring villkor för deltagande och samtycke ges i samband med intervjutillfället.

Om du är intresserad av att delta i intervjun är jag tacksam om du vill återkomma med förslag på dag och tid när det finns möjlighet för dig/er att ses.

Vänliga hälsningar

Emma Wall  
073-7347194  
[emma.wall.stud@albins.nu](mailto:emma.wall.stud@albins.nu)  
Albins Folkhögskola  
Socialpedagogutbildningen  
Landskrona

Handledare: Alexander Platon  
0418-332446  
[Alexander.platon@albins.nu](mailto:Alexander.platon@albins.nu)  
Albins Folkhögskola  
Socialpedagogutbildningen  
Landskrona

## **Bilaga 2. Samtyckesblankett**

### **Samtyckesblankett**

Jag har tagit emot information om arbetets syfte och min medverkan i denna intervju. Jag ger mitt samtycke till att intervjun spelas in med ljud och är införstådd i att materialet hanteras konfidentiellt och därför inte kommer att kunna härledas till enskild person eller verksamhet och raderas efter arbetets slut. Jag ger mitt samtycke att materialet hanteras av studenterna och av handledaren. Jag ger mitt samtycke till att delta i denna intervju.

Datum:.....

Underskrift:.....

Namnförtydligande:.....

## **Bilaga 3. Intervjuguide**

### **Intervjuguide - DBT-terapeut**

Inleder intervjun med en kort presentation av mig själv samt utbildningen. Går igenom samtyckesblankett som respondenten får skriva under.

#### **1. Kan du berätta lite om dig själv, utbildningsbakgrund och yrkeserfarenhet?**

- a) Har du en formell utbildning?
- b) Har du tidigare haft någon tidigare anställning som DBT-terapeut med aktuell målgrupp och isåfall inom vilken typ av verksamhet?

#### **2. Hur ser din nuvarande arbetsroll som DBT-terapeut ut?**

a) Vem/vilka samarbetar du med? b) Hur länge har du arbetat som DBT-terapeut med aktuell målgrupp där du är anställd idag?

#### **3. Vilka kännetecken tycker du är viktiga att uppmärksamma hos tonårsflickor som har Borderline personlighetsyndrom eller EIPS?**

- a) Vill du berätta lite om hur du som DBT-terapeut jobbar med flickorna du behandlar?
- b) Vilka verktyg upplever du fungerar bäst/effektivast att jobba med/efter?

#### **4. Vilka kännetecken tycker du är viktiga att uppmärksamma gällande självskadebeteende hos tonårsflickor?**

- a) Vill du berätta lite om hur du som DBT-terapeut jobbar med de flickor du behandlar?
- b) Vilka verktyg upplever du fungerar bäst/effektivast att jobba med/efter?

#### **5. Vad i känslor/emotioner upplever du är extra viktigt för målgruppen att uppmärksamma och jobba med och varför?**

- a) Vilka verktyg upplever du fungerar bäst att jobba med för att lära flickorna att hantera svåra känslor och situationer?

#### **6. Hur tycker du att DBT påverkar målgruppens mående på sikt?**

- a) Vilken/a insats/er upplever du fungerar allra effektivast för målgruppen?

#### **7. Avslutningsvis är det något som du tycker är viktigt att tillägga som vi missat?**

