

Självskada och berättelser om psykiatrin

ANNA JOHANSSON är fil.dr i etnologi och verksam vid Umeå universitet. Hennes avhandling heter *Självskada. En etnologisk studie av mening och identitet i berättelser om skärande* (h:ström, 2010).



i en studie av människor som har mått psykiskt dåligt och som har hanterat detta genom att skära sig själva har jag undersökt menings- och identitetskapande (Johansson 2010). Ett återkommande tema i materialet (intervjuer, mejlintervjuer och discussionsforum på nätet) har varit informanternas komplexa förhållningssätt till vården, och i synnerhet till psykiatrin. Identiteten som självskadare och som patient skapas på många sätt i relation till specifika konstruktioner av psykiatrin. Hur kan då detta ta sig uttryck i berättelser om självskada?

MED SÅREN SOM BEVIS

Det finns förstås många olika skäl till att en person skadar sig själv, och skärandet beskrivs också på delvis olika sätt av informanterna. Det som emellertid förenar de flesta berättelser är att skärandehandlingen sägs transformera abstrakta och kaotiska känslor, som ångest, till något konkret och synligt – ett sår på kroppen. Genom visualiseringen blir det hotfulla mindre hotfullt och möjligt att kontrollera.

Men skärandet tillskrivs inte bara denna direkta ångestdämpande eller ordningsskapande funktion. Det kan också begripliggöras som ett sätt att förmedla sig med omgivningen. Och det är just denna kommunikativa aspekt av skärandehandlingen som framhålls då informanterna berättar om sina möten med vården. De flesta personer som jag intervjuat har inte bara skurit sig själva utan också tillgripit andra former av självdestruktivitet. Flera har haft ätstörningar, vissa har missbrukat och överdoserat.¹ Även om det finns skillnader mellan hur

dessas olika former av självdestruktivitet begripliggörs, är det även i dessa fall den kommunikativa dimensionen som tydliggörs i berättelser om vården. Samtliga slag av självdestruktiva handlingar förstås och förklaras i någon mån som ett sätt att uttrycka att man mår psykiskt dåligt, ett slags rop på hjälp.

När någon mår dåligt på detta sätt är psykiatrien den vårdinstans som förväntas hjälpa. På diskussionsforumen uppmunttrar skribenterna ofta varandra att söka professionell hjälp, och de allra flesta personer jag har intervjuat har åtminstone vid något tillfälle varit i kontakt med den psykiatriska vården. Men tilltron till psykiatrien är inte på något sätt entydig och de erfarenheter som berättas är många gånger kritiska. Även om en stor del av forumskribenterna uttrycker en vilja att få hjälp, handlar många av berättelserna om svårigheterna i att få just den hjälp och det stöd man behöver från psykiatrien. Ett återkommande problem är att såväl forumskribenter som de personer jag intervjuat inte menar sig bli tagna på allvar. En tjej skriver exempelvis till mig:

BUP var aldrig någon hjälp för mig, jag kände inte att de tog mig på allvar. Jag förklarade hur jag kände det men ändå så sa de något helt annat. Så jag sa till dem att jag mätte bra och inte behövde deras hjälp längre. (Tjej, 21 år.)

Svårigheten att bli tagen på allvar relateras ibland till personalens inkompetens eller brist på förståelse, men allt som oftast också till en uppfattning om psykiatrien som överbelastad, med stor resursbrist och långa väntetider.²

De otillräckliga resurserna anses tvinga fram prioriteringar som gör att bara de allra sjukaste patienterna kan erbjudas vård och behandling, och det blir patientens

eget ansvar att kräva sin rätt till vård (jfr Hansson 2006:16).

Att ställa den typen av krav tycks vara svårt för många av informanterna och inte minst forumskribenterna. De självdestruktiva handlingarna beskrivs många gånger som något man tar till därför att man inte förmår uttrycka sig på andra sätt, och det omöjliga i att prata om hur man mår, att i ord berätta om hur man känner, är ett återkommande tema på de diskussionsforum som jag har följt.³ Många av informanterna formulerar också en stor oro för att ta plats och vara till besvär. Att då försöka verbalisera sitt mående och strida för rätten till professionell hjälp tycks vara oöverstigligt – då avslutar man hellre behandlingen, som tjejen ovan.

Men en återkommande uppfattning i materialet är också att det inte räcker med att bara beskriva hur dåligt man mår. Psykiatrien kräver betydligt mer drastiska uttryck för att ta en potentiell patient på allvar, menar informanterna. Bristen på resurser leder till prioriteringar som gör att bara de riktigt sjuka kan erbjudas hjälp, och i ljuset av detta framstår skärande som ett sätt att vinna tillträde till psykiatrien, att bevisa att man mår dåligt och förtjänar att tas på allvar:

Om man kommer till nån som ska hjälpa så kan dom fråga såhär "skadar du dig?" "Nä." "Men vill du skada dig?" "Nä", liksom, "jag mår väldigt dåligt men nä, det vill jag inte". "Nämen då mår du inte så dåligt".

Julia⁴, som berättar det ovanstående, menar att detta i förlängningen kan tvinga fram självskadande handlingar hos den som vill ha psykiatrisk hjälp. Självskadan blir ett mått på hur dåligt man mår – vilket är något som de allra flesta skribenter och informanter är mycket kritiska till. "Kan inte en som inte skär sig må lika då-

ligt som en som skär sig? (överdoserar m.m.) Ska den som skär sig gå före i vårdkön?”, frågar en tjej retoriskt i en forumdiskussion. Hon har själv lyckats sluta skära sig men upplever att detta gör att hon inte längre tas på samma allvar som tidigare. Utan det konkreta och påtagliga sjukdomstecken som självskadandet utgör, riskerar hon att hamna sist i kön.

Den bild av psykiatrin som förmedlas här är alltså den av en överbelastad institution som inte har möjlighet att hjälpa vem som helst. Snarast råder en form av konkurrens om vårdplatserna, eller en kamp om att definieras som patient. I detta avseende åläggs den potentiella patienten också en form av *bevisbörda* – det är upp till den hjälpsökande att själv kunna påvisa att han eller hon verkligen är sjuk och i behov av hjälp (Winroth 2004:154).

Och i detta avseende tillskrivs skärandet en mycket viktig funktion. Genom uppmärksamhet i media, på internetforum och på andra arenor har självskada blivit ett identifierbart uttryck för psykisk ohälsa. Detta är förstås en förutsättning för att handlingen ska vara kommunikativt funktionell – att den iscensätter en redan etablerad symptombild eller modell för sjukdomsgestaltning (Johannisson 2006).

En viktig aspekt när det gäller just skärande är dessutom att det är ett objektivt verifierbart tecken, på ett helt annat sätt än det subjektiva och svårbedömda måendet. De självåsamkade skadorna på kroppen är konkreta och synliga – och det är just sådana mätbara sjukdomstecken som psykiatrin föreställs vilja ha, eller prioritera.

Att sjukdom måste synas på kroppen för att tas på allvar är dock inte något unikt i relation till psykiatrin, eller i fallet med självskada. Även i studier av andra

typer av ohälsa har vikten av synlighet diskuterats. Antropologen Jean E. Jackson (1994; jfr Scheper-Hughes & Lock 1987:8 ff) visar exempelvis hur kroniska smärttillstånd begripliggörs genom en indelning i riktig smärta (organiskt påvisbar) respektive ”mindre riktig” eller psykiskt betingad smärta. Den senare associeras med inbillning och simulering, medan den förra uppfattas som ett legitimt tecken på sjukdom. Detta kan också sägas anknyta till en hierarki mellan sjukdomstillstånd, där fysiska åkommor ofta tillskrivs en högre status än psykiska sjukdomar (Hammarlin 2008:212).

På många sätt är det liknande föreställningar som upprepas i självskadares berättelser om möten med psykiatrin. Den upplevda bevisbördan tolkas som att man som patient måste iscensätta sitt mående med hjälp av kroppen, för att på så sätt visa att det finns på riktigt och att det måste tas på allvar.⁵ Som Julia antydde ovan, skulle detta i förlängningen kunna leda till att självskadandet eskalerar och sprider sig. Flera forumskribenter berättar dessutom om sin rädsla för att sluta skära sig under pågående behandling, eftersom det då skulle kunna tolkas som ett tecken på att de börjat må bra och att de inte längre behöver terapin.

Samtidigt bör det påpekas att många skribenter och informanter säger sig ha blivit avfärdade trots att de skär sig själva, eller med andra medel har försökt synliggöra att de behöver hjälp. I intervjun med Matilda berättar hon exempelvis om hur hon vid ett tillfälle kom in på sjukhus efter att ha tagit en överdos Alvedon, men hur detta inte betraktades som särskilt allvarligt av den läkare hon mötte. Han sa att hon kunde få ont i magen; sedan skickade han hem henne med tipset att hon kunde slå upp numret till ungdomsmot-

tagningen om hon ville, berättar Matilda. Efteråt har hon blivit upprörd över bemötandet:

För att sen i efterhand har jag ju insett att det där var ju ändå ett, alltså där gjorde jag ju ändå nånting, även ifall det inte var nån stor överdos eller nåt dödligt eller så, så var det ju ändå nåt jag gjorde för och skada mig själv, eller liksom ett rop på hjälp eller whatever, det är ju inte så att man tar en överdos bara för att det är kul.

I Matildas tolkning tycks alltså omfattningen på själva skadan också bli ett mått på hur pass dåligt hon ansågs må eller hur mycket fortsatt hjälp hon ansågs behöva. Tolv Alvedon var inte tillräckligt för att berättiga henne omedelbar psykiatrisk hjälp. På liknande sätt berättar skribenter om att de blivit avfärdade då de sökt hjälp därför att de "bara" har skurit sig ytligt. Detta tolkas följaktligen som att man måste skada sig ännu mer för att vara värd att tas på allvar. Här blir det tydligt att de självskadande praktikerna inte bara uppfattas som bevis på att man mår dåligt, utan också att skärandets omfattning betraktas som ett mått på graden av ohälsa.

"MAN ÄR JU INTE BARA
ETT BETEENDE"

När informanterna söker hjälp är det för att de av olika skäl mår psykiskt dåligt. Det är vanligen just detta mående, känslorna, som de vill bli hjälpta med. Men som framgått menar de flesta att psykiatrin istället tenderar att fokusera på de fysiska sjukdomstecknen och själva beteendet att skada sig. Detta gäller inte enbart vid bedömningen då man söker vård för första gången, utan det beskrivs också få effekter för den fortsatta behandlingen.

Då en del av informanterna har haft problem med ätstörningar vid sidan av skärandet har de ofta fått vård för båda delarna, och berättelserna är mycket likartade när det gäller båda dessa uttryck för psykisk ohälsa. Helen berättar exempelvis om hur ätbeteendet hamnade i fokus i den behandling hon fick för sin anorexia:

I vissa perioder fick jag sondnäring så att jag liksom gick upp väldigt fort i vikt... Så blev jag liksom bättre och så sa man "äh, Helen äter!" Fast jag åt bara för att slippa få sondnäring, liksom "äh, nu är det bra!" Det var verkligen så, jag frågade "kommer allting bli bra bara jag äter?" "Ja, det kommer det, allt kommer bli bra, bara du äter, åt våra mål så kommer allt bli bra". Och jag frågade igen "är det verkligen så?" och jag var verkligen så: "det ska jag komma ihåg att ni sa såhär, för så kommer det *absolut* inte att vara" liksom.

Helen trodde inte riktigt på personalen när de försökte övertyga henne om att allting skulle bli bra bara hon åt enligt deras riktlinjer. De tenderade hela tiden att rikta fokus mot *vad* hon åt, *hur* hon åt och att hon inte skadade sig själv på andra sätt, och det fanns väldigt lite utrymme för att prata om hur hon kände sig och hur hon egentligen mädde.

Behandlarna var så inriktade på att förändra hennes beteende att de glömde bort vem *personen* Helen var, menar hon. Också Matilda berättar om liknande erfarenheter i relation till skärande, och hon är kritisk till att det så ofta är just detta beteende som hamnar i fokus för behandlingen. Även om det är förstäligt så är det förödande för den som skadar sig själv, säger hon:

Jag kan tänka mig att rent somatiskt så tycker man, man vill titta på det. För det vill man ju med andra sår. Ifall nån har skadat sig, alltså inte skadat sig själv utan trillat, så vill man ju titta på det för att se vad man ska göra. Det

blir ju en ren automatisk reaktion. Och det är väl det som blir så omvänt då med självskadebeteende, för samtidigt som du vill somatiskt kunna titta på det, så är det negativt psykiatriskt eller psykiskt att ge någon uppmärksamhet alls till såret. Så det är väl det jag kan tänka, det krockar där på nåt sätt.

Matildas syn på att självskadandet inte alls bör ges någon uppmärksamhet knyter på många sätt an till behavioristiska och inlärningsteoretiska teorier om förstärkning (se Kåver & Nilsson 2005). Det som också sker när beteendet eller uttryckssättet hamnar i fokus, på bekostnad av det som uppfattas vara de underliggande känslorna, är att informanterna upplever sig reducerade till att enbart vara sina symptom, eller till att enbart vara typiska "självskadetjejer".

Helen Malson m.fl. (2004) visar på

liknande tendenser i en diskursanalys av intervjuer med anorektiker. När behandlarna riktar alltför stor uppmärksamhet mot de specifika sjukdomstecknen, leder detta också till att patienten avpersonifieras och i längden också förlorar en position att tala utifrån, menar de. Den ensidiga betoningen av sjukdomssymptomen kan i förlängningen också begränsa möjligheterna för patienten att ses som eller att uppfatta sig själv som något annat än ett typiskt "sjukdomsfall".

"Man är ju inte bara ett beteende", säger Julia, som även hon poängterar vikten av att sjukvårdspersonal och behandlare tar hänsyn till patienten som en komplex person med flera sidor. När psykiatrikern behandlar patienterna som typiska fall, på bekostnad av en större förståelse för vad det självdestruktiva uttrycket betecknar

hos varje enskild patient, förstärks dessutom det psykiatriska tolkningsföreträdet. Att helt identifieras utifrån sin sjukdom – det vill säga sina beteenden – kan då tänkas lägga hinder i vägen för andra identifikationsmöjligheter, på så sätt att allt man gör riskerar att tolkas som bekräftelse på sjukdomsidentiteten (jfr Malson m.fl. 2004).

Ett belysande exempel är Matilda, som berättar om hur hon känner idag då hon slutat skära sig och även har börjat få kontroll över sina problem med maten. Hon går fortfarande regelbundet till en psykolog, men tycker inte att det ger henne så mycket eftersom samtalen framför allt kretsar kring vad och hur hon äter:

Jag känner att det [maten] är ingenting som jag behöver fokusera på. För jag kan liksom äta lagad mat igen och jag kan hålla mig från och kräkas om jag har ätit för mycket och sådär. Så att då är det inget problem. Det är mer ifall jag är lite lat nån dag och inte pallar kaka riktig lunch utan kăkar fil istället, så vill jag tycka att det är okej också, för det vet jag att alla mina klasskompisar kan göra och jag kan göra det. Men ifall jag blir påmind hela tiden om att "men du borde äta riktig mat" så mår jag ju dåligt över att jag en gång skippar det liksom. Och det är väl det jag känner också att det är så himla mycket i identiteten, om jag nu är ätstörd så – allting jag gör som inte är perfekt med maten, då är det ätstört liksom. Och det är ju verkligen inte, då behåller man ju bara ätstörningen på ett annat sätt tycker jag, bara det att man förändrar den.

Även detta utdrag kan sägas belysa det problematiska i att identifiera sig – och bli identifierad – som sjuk eller att befinna sig i en typ av behandling där alltför stor tonvikt läggs vid själva tecknet, uttrycket för att man mår dåligt. När Matilda slarvar med maten, precis som hennes friska kompisar gör, riskerar det att tolkas som ett uttryck för hennes ätstörning – trots

att hon själv ser sitt förhållande till mat som oproblematiskt.

SKÄRANDE SOM SJÄLVBESTÄMMANDE?

Att bli definierad enbart utifrån sina symptom framställs alltså som begränsande, men bilden av psykiatrin som fokuserad på skador och beteenden kan också ge upphov till andra tolkningar. Helen berättar att hon till en början faktiskt inte sågs som en typisk patient eller ett typiskt "ätstörningsfall". Trots att hon kände sig väldigt arg på allt och alla, uppfattades hon av personalen som en lugn och stillsam person. Hon återberättar med tillgjord röst vad en skötare sagt till henne:

Ja, Helen, du är ju inte riktigt som dom andra patienterna vi brukar ha [...] vi har ju aldrig sett att du har varit arg eller du är ju inte otrevlig mot oss, och en del blir ju *jätteaggressiva* när dom ska bli sondmatade, dom blir ju *jättearga* liksom och gör motstånd och vill inte komma med hemifrån och är sura mot oss och griniga och arga och liksom fräser, men så gör ju aldrig du, jag tror att du är en väldigt lugn person.

"Du kan ju tänka dig att få höra sånt liksom", fortsätter Helen och upprepar återigen att problemet var att ingen frågade henne själv hur hon kände eller hur hon tänkte. Istället drog de förhastade slutsatser utifrån vad de såg, och det var denna förenklade bild som Helen inte riktigt kunde identifiera sig med. Men i slutändan kom hon ändå att anpassa sig till den modell för en typisk ätstörningspatient som hon upplevde fanns inom psykiatrin:

Sen *blev* jag ju sån liksom. Aggressiv mot dom och gjorde motstånd och sådär, för jag trodde det var det som – alltså, det är inget som man gör medvetet så, men det var ändå det som förväntades.

Detta skulle kunna ses som att Helen, i förlängningen, helt och hållet kom att agera ut sin sjukdom och identifiera sig med just den position som psykiatri tillhandahöll. Samtidigt möjliggjorde denna identifikation också en viss typ av motstånd: Helen blev aggressiv och betedde sig på sätt som inte var förenliga med vårdens normsystem.

I intervjun med Matilda berättar hon om en episod som inträffade efter det att hon slutat skära sig. Hon kom till sin behandlare med ett synligt sår som hon fått genom en olyckshändelse, men som såg ut som om det vore självåsamkat. Behandlaren frågade henne om hon hade skadat sig själv och Matilda ljög och sa att det var just det hon hade gjort, bara för att få se behandlaren reaktion:

Jag tycker fortfarande det är jättekul. Men jag gjorde det som ett litet experiment också. Just för att jag inte hade skadat mig så kände jag att det här är ingenting som jag kan ta skada av eller jo, visst, om jag fortsätter skada mig kommer hon fortsätta fråga och fortsätta titta. Och så sa hon nånting om att "åh, det måste ha gjort ont" och jag bara "ja, ja, det gjorde det", sådär liksom. Och det hade ju inte gjort ont nånstans för jag hade kliat på det typ i sömnen och sådär, så att det var verkligen [fnissar] en rålögn. Men det var väldigt roligt. Men jag tänkte ändå när hon frågade att nu kanske jag ska testa och säga som att "jo, det är som jag har skadat mig" och se hur hon reagerar. Alltså, hon jobbar ju inte aktivt med självskadebeteende, hur hon är van och reagera vid det liksom, vad hon lägger vikt vid och vad hon säger. Och så kan jag spekulera kring det sen. Och just att hon frågade om jag hade skadat mig, bara det, och sen då att hon sa "åh, det måste ha gjort ont" och att hon ville titta på det. Direkt var det för mycket fokus på skadan, och jag tyckte det var väldigt komiskt att hon ville titta på det för jag kände att, eller det har jag väl känt tidigare att det är så viktigt att inte fokusera på skadorna och det säger alla, men när nån har skadat sig så är det så "åh, jag får se".

Matilda pratar om det hela som "ett litet experiment". Men syftet, som jag tolkar det, är inte bara att testa behandlaren för skojs skull eller att avslöja henne som lätt-duperad. Genom berättelsen om "experimentet" synliggör Matilda något som hon menar är problematiskt i hanterandet av självskadande patienter, nämligen det stora fokus som läggs på själva skadorna, de fysiska uttrycken. Effekten blir också att hon omdefinierar självskadandet till något som patienten själv kan förfoga över och iscensätta, för att på så sätt skapa sig en viss autonomi i relation till behandlare och psykiatri.

Nu var det inte frågan om en avsiktlig självskada i Matildas fall, även om hon lät psykologen tro det. Men Julia berättar på ett liknande sätt om hur hon avsiktligt kunde använda sig av just sitt självskadande och av sin ätstörning i relation till psykiatri:

När jag inte hade skadat mig på ett tag så liksom [med tillgjord röst] "åh, Julia har inte skadat sig på flera veckor, det är jättebra, nu mår Julia jättebra, vad roligt, vad duktig du är som äter" liksom och så skrev dom upp i sina små listor såhär, ja, "nu har Julia ätit lunch där" och "åh vad bra, nu mår Julia bra, åh vad bra" liksom. Så gick dom igenom det, varje vecka hade jag kroppsundersökning: "jaha, nej, du har inga sår här, vad roligt" liksom. Och så gick dom igenom och skulle kolla hela kroppen. "Ja, jag ser på onsdagen så åt du, vad bra". Och då blev jag, alltså jag blev ju jätterädd, jag kunde ju inte, alltså jag tänkte verkligen efter sådär: "om jag äter på onsdag så kan jag inte äta sen ikväll för då kommer dom tycka att det blir för bra idag", för det kommer dom gå igenom sen på läkar-samtalet. Så jag var verkligen sådär att jag tänkte "jag måste ha nån dag som jag inte äter nånting för annars kommer dom tycka att det har gått för bra" liksom.

Syftet med att välja att inte äta eller att välja att skära sig tycks i det här samman-

hanget ha varit att undvika missförstånd. Julia visste att personalen tenderade att fokusera på just dessa uttryck och inte på hur hon kände sig. Det är tydligt att skärandet här får betydelse som en form av kommunikationsmedel, och det framställs dessutom som ett medel som patienten själv kan förfoga över och aktivt använda sig av.

I detta avseende kan man tolka Julias berättelse som att hon, genom att skada sig själv, kunde skapa sig ett visst manöverutrymme och styra psykiatrins tolkning och bedömning av henne. Samtidigt kan man tänka sig att detta i förlängningen innebar ett mer begränsat handlingsutrymme och att det fortsatta självskadandet bidrog till att ännu mer befästa Julias position som sjuk – både inför henne själv och i personalens ögon.

Diskussionstrådar där skribenterna beskriver mer explicita former av motstånd mot såväl psykiatrins normer som mot enskilda behandlare förekommer då och då på forumen. Det kan handla om berättelser om hur rakblad och vassa föremål smugglats in på låsta avdelningar, men också om rymningar eller vägran att samarbeta med terapeuter. Genom sådana kollektiva motståndsberättelser skapas en bild av psykiatrin som en form av fiende, och detta bidrar i viss mån till att etablera gemenskap mellan skribenterna.

Men berättelser om motstånd tillskriver också den självskadande patienten en form av aktörskap och självbestämmande (jfr Jönsson 1998:178f). Relationen mellan patient och psykiatri rymmer alltid en viss maktasymmetri, för i kraft av sin institutionaliserade position kan psykiatrin utöva makt genom diagnostisering och beslut om åtgärder och behandling, genom frihetsberövande och genom mediciner.

Insmugglandet av rakblad, valet att skada sig själv eller att inte äta framstår emellanåt som medel för att försöka utjämna denna maktasymmetri till patienternas fördel. Att använda skärande på det sätt som exempelvis Julia beskriver, innebär att man också förskjuter tolkningsföreträdet och definitionen av sjukdom: från att vara i händerna på den psykiatriska expertisen till att bli något som patienten själv kan påverka. I någon mån kan detta sägas rubba de institutionaliserade positionerna patient och psykiatri, i och med att det tillskriver patienten ett visst manöverutrymme och en möjlighet att styra över hur hon kommer att uppfattas.

Det kan alltså tolkas som ett sätt att upprätta en form av självbestämmande, samtidigt som det i längden också torde bidra till att förstärka de befintliga maktrelationerna (Foucault 2002:105f). Inte minst kan det bidra till att ännu tydligare positionera självskadaren som sjuk och därmed försvåra chanserna för tillfrisknande.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Så som psykiatrin framställs i berättelserna, tycks man fokusera på synliga skador och beteenden snarare än att intressera sig för patienternas tankar och känslor. Denna konstruktion av psykiatrin möjliggör olika identifikationer för informanterna. Å ena sidan menar de sig bli definierade helt i termer av sina symptom, som rakt igenom patologiska och delvis utan möjlighet att göra sig hörda. Å andra sidan kan konstruktionen också möjliggöra motstånd mot psykiatrins maktutövning i och med att patienten tillskrivs ett visst handlingsutrymme, även om mot-

ståndet i förlängningen ofta tenderar att slå tillbaka på patienten själv.

Vad som är gemensamt för samtliga berättelser är att psykiatri fungerar som en konstituerande utsida, vilken tydliggör identiteten som självskadare. Psykiatri är visserligen nödvändig, eftersom man behöver den för att få hjälp. Men psykiatri utgör också ett hot mot patienternas självbestämmande – och dessutom mot själva identiteten som självskadare, eftersom de psykiatriska interventionerna ofta syftar till att eliminera självskadehandlingarna. Man skulle kunna tänka sig att denna förståelse av psykiatri också påverkar de konkreta mötena mellan patient och vårdpersonal, på så sätt att det blir svårare för patienten att få hjälp och att må bättre.

NOTER

- ¹ Sådana handlingar brukar vanligtvis inte räknas in i den medicinska definitionen av självskada, vilken i första hand inkluderar avsiktliga yttre vävnadsskador (Favazza 1996:225).
- ² Till viss del stämmer detta överens med kritiken mot psykiatri (och i synnerhet barn- och ungdomspsykiatri) bristande tillgänglighet som också framförts från andra håll (se t.ex. Barnpsykiatrikommittén 1998:224 ff; Socialstyrelsen 2009).
- ³ Här bör påpekas att skribenterna gör en åtskillnad mellan att berätta om sitt mående för närstående eller vårdpersonal och att skriva om det i skydd av anonymitet på internetforum. Medan det förra ofta beskrivs som omöjligt är det sällan så att skrivandet på nätet problematiseras i någon större omfattning.
- ⁴ Namnen på informanterna är fingerade.
- ⁵ Samtidigt är det en stigmatiserad position att vara självskadare och må psykiskt dåligt, och det är inget som man gärna skyltar med. Här hamnar förväntningarna på de unga tjejerna att vara tillbakadragna och inte till besvär i konflikt med en vårdapparat som ställer krav på tydlighet och förmåga att artikulera sina problem.

REFERENSER

- Barnpsykiatrikommittén, 1998. *Det gäller livet – stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*. (Elektronisk.) Statens offentliga utredningar 1998:31. Tillgänglig: <http://riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=3281&dok_id=GMB331> (2010-01-29).
- Favazza, Armando R., 1996 (1987). *Bodies Under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press.
- Foucault, Michel, 2002 (1976). *Sexualitetens historia, band 1: Viljan att veta*. Göteborg: Daidalos.
- Hansson, Kristofer, 2006. "Introduktion: Etiska utmaningar i en föränderlig hälso- och sjukvård", i Hansson, Kristofer (red.), *Etiska utmaningar i hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Jackson, Jean E., 1994 (1992). "‘After a while no one believes you:’ Real and unreal pain", in DelVecchio Good, Mary-Jo; Brodwin, Paul E.; Good, Byron J. & Kleinman, Arthur (eds.), *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Johannisson, Karin, 2006. "Sjukdomsetetik och kultur: Exempler hysteri, anorexi och apati", i *Att se det osedda: Vänbok till Ann-Sofie Ohlander*. Stockholm: Hjalmarson & Högberg Bokförlag.
- Johansson, Anna, 2010. *Självskada: En etnologisk studie av mening och identitet i berättelser om skärande*. Umeå: Bokförlaget h:ström – Text & Kultur.
- Jönsson, Lars-Eric, 1998. *Det terapeutiska rummet: Rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850–1970*. Stockholm: Carlssons.
- Kåver, Anna & Nilsson, Åsa, 2005 (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning: teori, strategi och teknik*. Stockholm: Natur och kultur.
- Malson, Helen; Finn, D.M.; Treasure, J.; Clarke S. & Anderson, G., 2004. "Constructing 'the eating disordered patient': A discourse analysis of accounts of treatment experiences", in *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 14(6):473–489.
- Scheper-Hughes, Nancy & Lock, Margaret M., 1987. "The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology", in *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1):6–41.

Socialstyrelsen, 2009. *Barn- och ungdomspsykiatri – vård på olika villkor: Rapport från nationell tillsyn.* (Elektronisk.) Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8373/2009-126-151_2009126151_rev2.pdf (2010-02-01).

Winroth, AnnCristin, 2004. *Boteberättelser: En etnologisk studie av boteprocesser och det omprövande patientskapet.* Umeå: Institutionen för kultur och medier, Umeå universitet.

SUMMARY

*Self-harm and Accounts of Psychiatry
(Självskada och berättelser om psykiatri)*

The aim of this article is to examine the construction of psychiatry and patienthood in personal accounts of self-harm. Drawing on interviews and

dialogues from Internet message boards, I show that the relationship between psychiatry and the self-harming patient is often critically framed. Psychiatry is said to pay too much attention to acts of self-harm instead of trying to understand the patient's thoughts and feelings. This particular construction of psychiatry enables different identities for the patients. On the one hand, they are defined in terms of their problematic behaviours and thus positioned as entirely pathological. On the other hand, this also opens up for agency and acts of resistance against the asymmetrical power relations in psychiatric care.

Keywords: cutting, patienthood, psychiatry, self-harm.

Anna Johansson, Ethnology, Department of Culture and Media Studies, Umeå university, Umeå, Sweden.