



LUNDS
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI

*Självskadebeteende hos flickor i åttonde och nionde klass
- en uppföljande klusteranalys*

Thérèse Eriksson

Kandidatuppsats ht 2010

Handledare: Margit Wångby-Lundh

Sammanfattning

Studien genomfördes som en del av projektet *Självkänsla och Livssituation* vid institutionen för psykologi vid Lunds universitet. Studiens syfte var att undersöka (1) vilka mönster av självskadebeteende som kunde identifieras bland flickor i 14-16 års ålder och (2) hur strukturellt stabila dessa mönster var. Självdestruktivt beteende mättes med en reviderad version av frågeformuläret *Deliberate Self Harm Inventory*, DSHI-9r. 501 flickor deltog i studien varav 243 (48,5 procent) uppgav att de avsiktligt hade skadat sig själva vid minst ett tillfälle under de senaste sex månaderna. Med hjälp av en avancerad hierarkisk klusteranalys identifierades nio kluster, baserade på självdestruktiv metod och frekvens. Mönstren jämfördes med de mönster som identifierats hos samma grupp flickor ett år tidigare. Det antogs att liknande mönster som identifierats vid mättillfälle ett även skulle kunna identifieras vid mättillfälle två. Hypotesen bekräftades då sex kluster identifierades vid båda mättillfällena. Både andelen flickor som uppgav någon sorts självskada, och andelen flickor som uppgav ett allvarligt självskaadebeteende, ökade från det första till det andra mättillfället.

Nyckelord: Självskadebeteende, självdestruktivt beteende, ungdomar, klusteranalys, DSHI

Abstract

The study was conducted as a part of the project “*Självkänsla och Livssituation*” at the Department of Psychology, Lund University. The purpose of the study was to (1) examine what patterns of deliberate self-harm that could be identified among 14-16 year-old girls and (2) analyze the structural stability of these patterns. Self-harm was measured by a modified version of the *Deliberate Self Harm Inventory*, DSHI-9r. 501 girls participated in the study, of which 243 (48,5 %) reported at least one incident of deliberate self-harm during the past six months. An advanced form of hierarchical cluster analysis identified nine clusters, based on the form and frequency of self-harm. These patterns were compared to a different set of patterns that had been identified in the same group of girls, one year earlier. It was hypothesized that similar patterns to those identified at the first measurement also would be identified at the second measurement. This hypothesis was confirmed as six of the clusters were identified in both measurements. The amount of girls reporting self-harm in general, as well as those reporting severe form of self-harm, increased from the first to the second measurement.

Nyckelord: Deliberate self-harm, self-injury, adolescents, cluster analysis, DSHI

Innehållsförteckning

INLEDNING	5
DEFINITION OCH KLASSIFIKATION	5
PREVALENS	7
SJÄLVSKADEBETEENDETS FUNKTION.....	9
SUB-GRUPPER	10
FÖRELIGGANDE STUDIE	12
Syfte.	12
Hypotes.....	12
FÖRFÖRSTÅELSE.....	12
METOD	13
DELTAGARE.....	13
MATERIAL	13
PROCEDUR.....	14
ETIK	15
DATANALYS	15
RESULTAT	16
KLUSTERANALYS	16
Klusterprofiler.	16
Klusterhomogenitet.	17
Strukturell stabilitet.	17
DISKUSSION	17
KLUSTERLÖSNINGAR	18
SKILLNAD I PREVALENS	19
SLUTSATSER	19
BEGRÄNSNINGAR	19
FORTSATT FORSKNING.....	20
TACK	21
REFERENSER	22
APPENDIX	26
FIGUR 1.	27
FIGUR 2.	29
TABELL 1.....	30
TABELL 2.....	31

Inledning

Under 1900-talets senare del har självskadebeteende fått en allt mer framträdande roll i den vetenskapliga litteraturen (Suyemoto, 1998). Från en i det närmaste absolut tystnad om de självförvållade skadorna, skrivs det idag kontinuerligt vetenskapliga artiklar, rapporter och böcker i ämnet. Vid en enkel sökning i sökmotorn Elin vid Lunds universitets bibliotek kan det konstateras att antalet publicerade artiklar i ämnet femfaldigats på tio år (från 122 träffar år 1999 till 620 träffar år 2009 med söktermerna "self injury", "self harm" och "self mutilation"). Unga kvinnor som skadar sig själva har även blivit ett intressant nyhetsstoff för både populärvetenskapen och kvällstidningarna, och prevalensen av självtillfogade skador är oroväckande hög särskilt bland tonåringar och unga vuxna.

Självd destruktivt beteende är trots detta inte något nytt fenomen. Historiska berättelser återfinns exempelvis i den grekiska mytologin där det berättas om kung Oidipus som sticker ut sina egna ögon, och i ett av Bibelns två tusen år gamla evangelier där en man besatt av demoner sargar sig själv med stenar. Ända fram i modern tid betraktades dock självtillfogade skador nästan uteslutande som misslyckade självmordsförsök. År 1935 var psykiatern Karl Menninger den förste att beskriva självskadehandlingar som ett eget fenomen, separerat från självmordshandlingar och fullbordade suicid. Under 1960-talet ökade antalet sjukhusinläggningar till följd av självmordsförsök markant, och sjukvården tvingades nu inse att de patienter man tidigare betraktat som suicidala inte nödvändigtvis behövde vara det (Skegg, 2005). I stället sökte de, företrädesvis unga kvinnorna, sjukvård för skador som de uppsåtligt tillfogat sig själva, utan att varken ha som önskan eller syfte att dö (Kessel, 1965a; Kessel 1965b).

Definition och klassifikation

Det är svårt att dra en tydlig gräns mellan självskadehandlingar och självmordsförsök. Socialstyrelsen (2004b) menar att det finns tre faktorer som främst skiljer dessa två: dödlighet, upprepning och avsikt. En självskadehandling är oftast relativt lindrig, men kan däremot uppträda flera gånger varje vecka. Självmordsintention saknas, snarast kan skadan fylla en copingliknande funktion genom att minska ångest- eller skuld känslor och nedstämdhet, eller att bryta ett dissociativt tillstånd.

Självs skadebeteende är inte en psykiatrisk diagnos, utan ett beteende som i sin tur kan vara symtom på annan sjukdom. Det medför också att det saknas konsensus kring vad som bör inkluderas i begreppet självskadebeteende och vad som bör exkluderas. *Diagnostic and*

Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, är jämte världshälsoorganisationens diagnosmanual ICD-10, den manual som används i Sverige vid diagnosticering av psykisk sjukdom. Den diagnos som kanske vanligtvis förknippas med självskadebeteende är emotionell instabil personlighetsstörning, fortsättningsvis förkortat IPS. Frånsett impuls kontrollstörningen trichotillomani (där den drabbade tvångsmässigt rycker bort sitt eget kroppshår) och rörelsestereotyper hos barn och ungdomar (till synes meningslösa rörelser som kan resultera i självskada) är IPS den enda diagnos där självdestruktivt beteende anges som ett av flera symtom (APA, 2000; Socialstyrelsen, 2004). Längre förknippades självskadebeteende enbart med IPS, och avsaknaden av en särskild diagnos för självskadebeteende har skapat en tendens att i stället diagnosticera personer med självdestruktivt beteende med IPS i brist på bättre alternativ (Favazza 1996; Muehlenkamp, 2005). Det har därför hävdats att en separat diagnos med självskadande beteende som primärt symtom borde skapas (Muehlenkamp, 2005; Socialstyrelsen, 2004b). DSM är under revidering och inför den kommande femte versionen föreslås icke-suicidalt självskadebeteende ("*non-suicidal self injury*") som ny diagnos. För att uppfylla diagnoskriterierna¹ ska personen vid fem eller fler dagar det senaste året avsiktligt ha skadat sig själv på ett sätt som sannolikt orsakat en blödning eller blånad, exempelvis genom att skära eller bränna sig själv. Skadan ska inte vara kulturellt sanktionerad, så som exempelvis tatueringar eller piercings är, och den ska ha förväntats orsaka en mild eller måttlig fysisk skada. Skadan relateras till minst två av följande:

- a) *Negativa känslor eller tankar, så som depression, ångest, spänning, ilska, generell oro eller självkritik, som föregår självskadebeteendet.*
- b) *Inför självskadehandlingen finns en upptagenhet vid beteendet som är svår att motstå.*
- c) *Behovet att skada sig själv uppstår ofta, även om det inte alltid leder till en självskada.*
- d) *Självskadan genomförs med ett specifikt syfte: det kan vara att lindra negativa känslor, att lösa mellanmänskliga problem eller att inducera positiva känslor. Patienten förväntar sig att detta ska uppstå i anslutning till självskadehandlingen.*

¹ De föreslagna kriterierna för *non-suicidal self-injury* finns än så länge bara publicerade på engelska: återgivningen är därmed fritt översatt till svenska av uppsatsens författare.

Självordssyfte förnekas antingen uttryckligen av personen som skadat sig själv, eller kan uteslutas med hänsyn till skadans karaktär (APA, 2010a). DSM-V, med den nya diagnosen icke-suicidalt självskadebeteende, kommer att publiceras i maj 2013 (APA, 2010b).

De kriterier som APA föreslagit för diagnosen icke-suicidalt självskadebeteende överensstämmer med flera tidigare forskares föreslagna definitioner av problematiken, och med definitionen som ligger till grund för denna studie. I sin bok *Bodies under siege* definierar Favazza (1996) självskadande som: "the direct, deliberate destruction or alteration of one's own body tissue without conscious suicidal intent" (s. 225). Även Klonsky och Muehlenkamp använder sig av en liknande definition i en artikel från 2007: "Non-suicidal self-injury [...] is the intentional destruction of body tissue without suicidal intent and for purposes not socially sanctioned" (s. 1045). I denna uppsats kommer med självskada fortsättningsvis att avses en skada som är direkt, avsiktlig, självtillfogad och som på något sätt förstör kroppsvävnad och som inte är kulturellt sanktionerad. Vanliga former av denna sorts icke-suicidala självskadebeteenden är att skära, rispa, bita, nypa, bränna och slå sig själv. Självdestruktiva handlingar som exkluderas från denna definition är exempelvis intoxikationer av läkemedel eller narkotika, och de mer passiva formerna som självsvält eller hetsätning. Att exkludera intoxikationer som ett självdestruktivt beteende kan dock vara problematiskt eftersom förgiftning är den vanligaste formen av självtillfogad skada som behandlas inom sjukvården (Hawton, Fagg, Simkin, Bale & Bond, 1997; Wilhelm, Schnieden & Kotze, 2000). Socialstyrelsen skriver att nästan nio av tio som vårdas inlagda på sjukhus för någon form av avsiktlig självdestruktiv handling har skadat sig själv genom förgiftning, framför allt av läkemedel (2010a). Denna typ av självdestruktivitet tenderar dock fortfarande att betraktas som misslyckade suicidförsök, trots att uttalad suicidintention många gånger saknas (James & Hawton, 1985; Kessel 1965a; Kessel 1965b; Morgan, Burns-Cøx, Pocock & Pottle, 1975).

Prevalens

Många forskare hävdar att självskadebeteende är vanligare hos flickor och kvinnor än hos pojkar och män (Evans, Hawton & Rodham, 2005; Favazza & Conterio, 1989; Favazza, 2006; Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006). Även Socialstyrelsen har tagit fasta på detta redan i titlarna på sina rapporter "Flickor som skadar sig själva" och "Vad vet vi om flickor som skär sig?" (2004a; 2004b). Förhållandet står dock inte oemotsagt då andra studier endast kunnat uppvisa en begränsad eller obefintlig könsskillnad (Bjärehed & Lundh 2008; Gollust, Eisenberg & Golberstein, 2008; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker & Kelley, 2007). Något

som däremot står relativt klart är att de självdestruktiva metoderna och frekvensen av skadorna skiljer sig åt mellan könen (Bjärehed & Lundh 2008; Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006). Beteendet yttrar sig ofta för första gången under tonåren och det är även i denna åldersgrupp som beteendet är som vanligast (Favazza & Conterio, 1989; Nixon, Cloutier & Jansson, 2008). Prevalensen i ungdomspopulationen kan tangeras femtio procent: 46 procent av de högstadieungdomar som ingår i en studie av Lloyd-Richardson et al. (2007) rapporterar någon form av självskadebehandling under det senaste året. Enligt Bjärehed & Lundh (2008) har 40 procent av ungdomarna i sjunde och åttonde klass i en sydsvensk kommun skadat sig själva vid minst ett tillfälle under de senaste sex månaderna. Samma studie konstaterar att andelen ungdomar som skadat sig själva vid fem tillfällen eller fler under det senaste halvåret uppgick till 12 procent. Flera studier visar att mellan 6 och 13 procent av tonårspopulationen har skadat sig själva någon gång under det senaste året (Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002; Socialstyrelsen, 2004a). Internationella mätningar över totalpopulationer visar att omkring fyra procent av ett lands befolkning har skadat sig under det senaste året (Briere & Gil 1998; Favazza, 1996). Det finns stora skillnader i prevalensen av självskadebeteende mellan olika studier, vilket kan förklaras på flera sätt. Många studier görs på kliniska populationer, exempelvis patienter inom den slutna psykiatriska vården. I dessa studier är självskadebeteende mycket vanligare än i de studier som genomförs i så kallade *community sample* – där exempelvis en hel skola eller en hel stad omfattas av undersökningen. Vidare kan en del av skillnaderna i prevalens förklaras med att olika forskare använder olika definitioner av självskadande beteende. Som tidigare nämnts saknas ännu konsensus kring vad självskadebeteende är, varför det är upp till varje enskild forskare att välja sin definition. En tydlig skiljepunkt är huruvida läkemedelsöverdoser eller andra typer av avsiktliga förgiftningar inkluderas i definitionen eller ej. Andra beteenden som ibland exkluderas om forskarna valt en snäv definition kan vara att riva sig själv eller att nypa sig själv. Även deltagarnas ålder är av betydelse för prevalensen. De exakta siffrorna varierar visserligen mellan studier, bland annat beroende på nu nämnda faktorer, med det tycks relativt klart att självskadebeteende är vanligare förekommande bland tonåringar och unga vuxna, än bland vuxna och äldre individer. En studie i en ungdomspopulation (t ex. Lloyd-Richardson et al., 2007) genererar således vanligen avsevärt högre prevalens än en studie i en totalpopulation (t ex. Briere & Gil, 1998).

Mycket tyder på att självskadebeteende och avsiktliga självdestruktiva handlingar har ökat. Socialstyrelsen publicerar varje år statistik över skador och förgiftningar som behandlats i offentlig slutenvård i Sverige. Vid en jämförelse av rapporterna som publicerats under

2000-talet framkommer att antalet personer som vårdats på sjukhus till följd av en avsiktlig självdestruktiv handling har ökat från år 2000 till år 2008. Unga kvinnor i åldern 15-24 år är starkt överrepresenterade och ökningen bland dessa har också varit särskilt stor. Motsvarande ökning av självdestruktivt beteende hos män har dock inte kunnat styrkas. År 2009 kunde för första gången ett trendbrott noteras då antalet destruktiva handlingar hade minskat jämfört med år 2008 (Socialstyrelsen, 2010a). Viktigt att påpeka är att majoriteten av dem som skadar sig själva varken tar kontakt med sjukvården när skadan är tillfogad, eller har någon kontinuerlig behandling eller vårdkontakt. I en studie av Gollust et al. (2008) uppgav endast var fjärde individ som uppgivit att hon skadade sig själv, att hon även fick kontinuerlig psykologisk eller medicinsk hjälp.

Ett antal olika former av självdestruktivt beteende kan urskiljas. Att riva upp sår med naglarna, förhindra redan befintliga sår från att läka samt att slå eller bita sig själv förekommer ofta hos personer som skadat sig vid något enstaka tillfälle. Denna typ av beteende är oftast de mest frekvent omnämnda i icke-kliniska studier, där exempelvis skolelever studerats. Läkemedelsöverdoser och andra intoxicationer är vanligast förekommande i kliniska studier där patienter inläggande på psykiatriska avdelningar har deltagit. Samtliga former av självskadebeteende står dock att finna hos personer både i kliniska och icke-kliniska urval.

Självskaдебeteendets funktion

Ett antal förklaringsmodeller till varför självskadebeteende uppstår och vidmakthålls står att finna i litteraturen, men konsensus saknas även i denna fråga. Klonsky och Muehlenkamp (2007) visar på sju övergripande funktioner av självskadebeteende, däribland att reglera känslor, att undvika självmord, för att påverka människor i sin omgivning ("ett rop på hjälp") och som självbestraffning. I äldre litteratur är freudianska förklaringsmodeller vanliga, där självskadebeteende (främst skärande) kan ses som ett substitut för masturbation, kastration eller menstruation (Suyemoto, 1998; Wallroth & Åkerlund, 2002). Denna förklaringsmodell har idag mycket begränsat inflytande över den kliniska verksamheten. Nock (2009) använder sig av en funktionell ansats där han menar att ett specifikt beteende bestäms av vad som sker direkt innan handlingen, och vilka konsekvenser beteendet kan förväntas att få. Enligt detta synsätt befästs och kvarhålls beteendet genom positiv och negativ förstärkning: en självskadeepisod kan tillfälligt minska negativa tankar och känslor, leda till mer önskvärda känslor av sinnesro, underlätta att söka hjälp eller skapa en flyktväg från en obekväm eller svårlöst social situation. Efter åtskilliga intervjuer med personer som drabbats menar Klonsky

och Muehlenkamp (2007) att självskadebeteende främst är en strategi för att hantera känslor. De två vanligaste anledningarna till att en person skadar sig själv är att man vill minska negativa känslor och för att man vill straffa sig själv. Deras studie visar att en självdestruktiv handling är förknippad med ett lättare stämningsläge och en minskad känslointensitet. Deltagarna beskriver att de före en självskada känner sig överväldigade, ledsna och frustrerade men att de efter en självskada i stället upplever känslor av lättnad och lugn. Lloyd-Richardson et al. (2007) finner liknande resultat. De vanligaste orsakerna till en självdestruktiv handling är för att känna någonting (även om det är smärta), för att försöka få en reaktion från någon i sin omgivning, för att få kontroll över situationen och för att bryta dåliga eller negativa känslor. Stanford och Jones (2009) kopplar självskadebeteende till begreppet coping. I sin studie fann de att 29,9 procent av de tillfrågade ungdomarna som rapporterat minst en självskada de senaste sex månaderna, *alltid* eller *ofta* uppgav att de använt självskadan som en copingstrategi. Sammanfattningsvis kan därmed sägas att självskadebeteende fyller en rad olika funktioner av både intra- och interpersonell karaktär.

Sub-grupper

Det kan konstateras att individer med självskadebeteende inte låter sig klumpas samman till en homogen grupp. Tvärtom förekommer problematiken hos både kvinnor och män, hos ungdomar och vuxna och metoderna för och anledningarna till att göra sig själv illa är mångtaliga. På senare tid har forskare börjat undersöka denna heterogena grupp genom att identifiera subgrupper av självskadande individer, bland annat med utgångspunkt i destruktiv metod och bakomliggande psykopatologi.

Klonsky och Olin (2008) använde en latent klassanalys för att identifiera subgrupper av individer med självskadebeteende bland 205 collegestudenter som alla hade skadat sig själva vid minst ett tillfälle. Formandet av subgrupper utgick från metod (skära, bita, bränna etc.), deskriptiva drag (om man skadade sig ensam eller tillsammans med andra; frånvaro av smärta; tid från tanke på självskada till handling) samt överordnad funktion (om beteendet var socialt eller automatiskt förstärkt) hos det destruktiva beteendet. Fyra distinkta subgrupper med olika mönster av självdestruktivt beteende kunde urskiljas, där de två första grupperna representerade milda och experimenterande former, och de två sista utgjordes av allvarigare former av självskadebeteende. Den första och största gruppen betraktades som den *experimentella gruppen* och karaktäriserades av relativt få icke-suicidala självdestruktiva beteenden med få kliniska symtom (61 procent av deltagarna). Den andra gruppen (17 procent

av deltagarna) ansågs ha ett *milt icke-suicidalt självskadebeteende* men hade testat fler destruktiva metoder än individerna i den första gruppen och ansågs därför vara mer än bara tillfälligt experimenterande. Också i denna grupp var de kliniska symtomen mindre framträdande, även om deltagarna uppvisade något fler symtom på IPS än i den första gruppen. Den tredje gruppen (omfattande elva procent av deltagarna) tillämpade ett större antal destruktiva metoder i sitt självskadebeteende än grupp ett och två. De hade högre ångestnivåer än samtliga övriga grupper och skadade sig både av kommunikativa och känsloreglerande skäl. I den fjärde och sista gruppen (tio procent av deltagarna) var kvinnliga deltagare kraftigt överrepresenterade. Självskadebeteendet verkade mindre impulsivt i denna grupp och deltagarna skadade sig nästan uteslutande i ensamhet, i syfte att reglera känslor. Deltagarna i denna grupp uppvisade många symtom på ångest, depression och IPS.

Även Whitlock, Muehlenkamp och Eckenrode (2008) använde sig av en latent klassanalys för att finna subgrupper bland 2101 universitetsstudenter med minst två självskadeepisoder. Analysen grundade sig på antal självskadeepisoder, antal tillämpade självskademetoder samt den potentiella graden av vävnadsskada och resulterade i tre grupper med distinkta kvantitativa och kvalitativa skillnader. Den första gruppen, *ytligt icke-suicidalt självskadebeteende*, utgjordes främst av kvinnor som skadat sig själva vid färre än elva tillfällen, och som bara använde en form av ytligt självskadande beteende. Den andra gruppen, *måttligt icke-suicidalt självskadebeteende*, utgjordes främst av män som använde mellan en och tre metoder av självmisshandel, med liten vävnadsskada och låg incidens (mellan två och tio tillfällen totalt genom livet). Den tredje och sista gruppen, *allvarligt icke-suicidalt självskadebeteende*, bestod främst av kvinnor som använde sig av fler än tre självdestruktiva metoder med potentiellt hög risk för vävnadsskada. 81 procent av individerna i den tredje gruppen hade skadat sig själva vid mer än elva tillfällen i livet.

Bjärehed, Wångby-Lundh & Lundh (2010) undersökte mönster av självskadebeteende hos unga och analyserade dess koppling till psykopatologi. Ett representativt urval av ungdomar i ålder 13-15 år studerades (varav 50,5 procent var flickor). 991 av de 1052 ungdomarna i urvalet deltog i studien (94 procent). Mer än 40 procent av deltagarna rapporterade minst en självdestruktiv handling de senaste sex månaderna, men trots det förelåg för de flesta av dessa ingen signifikant ökad risk för psykopatologi. Subgrupper skapades med hjälp av hierarkisk klusteranalys, baserat på typ och frekvens av självskador. Åtta kluster identifierades, med olika mönster av självskadebeteende. Sex kluster var i hög grad gemensamma för båda könen, två kluster var könsspecifika. Bland annat identifierades ett

lågfrekvent kluster som karaktäriserades av enstaka självdestruktiva handlingar. Detta kluster var, precis som det högfrekventa klustret med upprepade självskadehandlingar av olika typer, gemensamt för både flickor och pojkar. De ungdomar som uppgivit en generell hög frekvens av självskadebeteende uppvisade problem av både internaliserande och externaliserande karaktär, medan flickor som främst skadade sig själva genom att skära sig företrädevis hade internaliserande problem. Fler flickor än pojkar uppvisade mönster av självskadebeteende som var associerat till en ökad risk av psykopatologi. Studien indikerar att mönstret av självskadebeteende har betydelse för omfattningen av den kliniska problematiken.

Föreliggande studie

Studien är en del av projektet *Självkänsla och Livssituation* som bedrivs vid institutionen för psykologi vid Lunds universitet. Projektet undersöker ungdomars känslor och upplevelser och vilka olika faktorer som inverkar positivt och negativt på ungdomars upplevelse av sin egen tillvaro, samt olika åtgärder som kan främja psykisk hälsa.

Syfte. Föreliggande studie syftar till att undersöka (1) vilka mönster av självskadebeteende som kan identifieras bland flickor i 14-16 års ålder och (2) hur strukturellt stabila dessa mönster är. Mönstren kommer att jämföras med de mönster som identifierats hos samma grupp flickor ett år tidigare.

Hypotes. De kluster som identifierats av Bjärehed et al. (2010) har flera beröringspunkter med tidigare forskning kring subgrupper (Klonsky & Olino, 2008; Whitlock et al. 2008). Mot denna bakgrund kan antas att liknande mönster som identifierades vid mättillfälle ett också kommer att kunna identifieras vid mättillfälle två.

Förförståelse

Förförståelse är ett begrepp inom hermeneutiken som syftar till de kunskaper en uttolkare (exempelvis en forskare) redan har och som ligger till grund för dennes tolkning av ett fenomen. Inom hermeneutiken är det som tolkas vanligtvis en text. Gadamer, en känd hermeneutiker, menar att man bör sträva efter att förstå den text som ska tolkas förutsättningslöst och att släppa taget om den egna förförståelsen (Dowling, 2004). Ur detta perspektiv är förförståelse inte någonting en forskare kan undvika, av intresse är snarare hur förförståelsen hanteras. Författaren till innevarande studie har personlig erfarenhet av självskadebeteende, och har under ett par års tid drivit en ideell förening som arbetar med självskadebeteende och ätstörningar. Arbetet innebär bland annat frekventa kontakter med

drabbade och anhöriga, men också föreläsningsarbete och opinionsbildande arbete. Då samtliga data till innevarande studie har samlats in av forskningsassistenter vid Lunds Universitet, och alltså inte av författaren själv, har författarens förförståelse inte kunnat påverka respondenternas svar. Genom ett kritiskt förhållningssätt och en medvetenhet om den egna förförståelsen är förhoppningen att objektiviteten i innevarande studie ska kunna värnas.

Metod

Deltagare

Data till studien inhämtades under våren 2008 till det longitudinella forskningsprojekt SoL. Deltagarna i studien omfattade samtliga ungdomar som gick i årskurs åtta och nio i en sydsvensk kommun (n=1069), med undantag för tre specialskolor med plats för ca 25 elever med stora skolsvårigheter. Totalt fyllde 987 (92 procent) elever vid de fem skolorna i frågeformuläret. Sjuttiotre elever (7 procent) var frånvarande vid datainsamlingen och 9 (1 procent) avstod från att delta i studien. 51 procent av deltagarna var flickor (n=501). För en majoritet av ungdomarna (n = 905, eller 92 procent av de som fyllde i formuläret) var undersökningen en uppföljning av en liknande undersökning som genomförts bland alla ungdomar som gick i årskurs 7 och 8 i samma kommun ett år tidigare. Av dessa var 461 (51 procent) flickor. Kommunen var representativ för Sverige i övrigt med hänsyn till antal barn som bor med båda sina föräldrar och etnisk bakgrund. Däremot var kommunen något mer rural och inkomst- och utbildningsnivån något lägre än vad som är representativt (Bjärehed et al., 2010). För ytterligare detaljer, se Lundh, Wångby-Lundh och Bjärehed (2008).

Material

Avsiktligt självdestruktivt beteende mättes med hjälp av en förkortad och modifierad version av Deliberate Self-Harm Inventory, DSHI (Gratz, 2001). DSHI har god konstruktvaliditet, då det vid en jämförelse korrelerar väl med andra frågeformulär som mäter självdestruktivt beteende. DSHI korrelerar även högre med självskador och IPS än med suicidförsök (Gratz, 2001). Test-retest reliabilitet har visat sig vara god (Bjärehed & Lundh, 2008; Gratz, 2001). Den interna konsistensen för DSHI-9r var $\alpha = 0,90$ i en studie av Bjärehed et al. (2010).

I det reviderade frågeformuläret ombads respondenterna att ta ställning till om de avsiktligt hade skadat sig själva på något av nio specifika sätt under de senaste sex månaderna. Respondenterna uppmanades att skatta hur många gånger de hade skadat sig själva med var

och en av de nio olika metoderna, från 0 till 5 tillfällen, eller ”fler än 5” vilket angavs med en 6:a. De nio specifika självskadande beteenden som efterfrågades var följande:

- (1) skära sig i handlederna, armarna eller i någon annan del av kroppen
- (2) rispa sig med vasst föremål så att det börjar blöda
- (3) bränna sig med cigarett, tändare eller tändstickor
- (4) rista in ord, bilder, symboler eller liknande i huden
- (5) riva sig själv så det blir ett sår eller börjar blöda
- (6) bita sig så att det går hål på huden
- (7) sticka vassa föremål i huden (ej tatueringar, piercings, nålar för medicinskt bruk)
- (8) slå sig själv eller banka huvudet mot något så att ett blåmärke uppstår
- (9) förhindra sår från att läka

En total självskadepoäng räknades ut för varje individ genom att summera poängen på DSHI-9r. Var och en av de nio frågorna kunde ge mellan 0 och 6 poäng, vilket gav en möjlig totalpoäng på mellan 0 och 54 poäng. Frågeformuläret som delades ut till eleverna omfattade elva sidor och innehöll även frågor om exempelvis styrkor och svagheter, känslor, kroppen och framtiden. DSHI-9r fanns på sidan tio i frågeformuläret och omfattade de nio frågorna om olika destruktiva beteenden. Ytterligare två frågor riktades till de respondenter som bekräftat någon form av självskada och handlade om huruvida man behövt uppsöka sjukvård till följd av självskadan eller ej, samt när respondenten senast skadat sig själv.

Procedur

Studien genomfördes i samarbete med skolförvaltningen i den valda kommunen och dess skolor. Rektorer på varje skola kontaktades och alla valde att låta sina skolelever delta i studien. Information om studiens övergripande syfte sändes ut till samtliga föräldrar, och delades även ut direkt till eleverna i klassrummet. Frågeformuläret delades ut och besvarades under lektionstid en vanlig skoldag. Elevernas integritet värnades genom att bänkarna drogs isär och att eleverna spreds ut i klassrummet. Skolans lärare var närvarande vid undersökningen men hade ingen aktiv roll i själva genomförandet, som i stället utfördes av forskningsassistenter från Lunds Universitet. Varje skola erbjöds ett andra uppsamlingstillfälle för de elever som varit frånvarande vid det ordinarie tillfället. Eleverna instruerades att svara så uppriktigt som möjligt och att inte skriva sitt namn någonstans på frågeformuläret för att garantera deras konfidentialitet.

Etik

Studiens design och procedur granskades och godkändes av etikprövningsnämnden vid Lunds universitet. I det fall att någon av eleverna skulle behöva hjälp eller stöd efter deltagandet i studien, etablerades kontakt med skolhälsovården i kommunen. Genom att skicka ut skriftlig information både till elevernas föräldrar och direkt till eleverna inhämtades passivt informerat samtycke. Informationen beskrev studien och slog fast att deltagande var frivilligt: föräldrar eller elever kunde avstå från deltagande antingen genom att meddela sin lärare eller genom att ta direktkontakt med forskarna.

Datanalys

En hierarkisk klusteranalys enligt Ward's metod genomfördes med hjälp av statistikprogrammet SLEIPNER 2.1 (Bergman & El-Khoury, 2002). Initialt skapades en individuell profil för var och en av de 243 deltagande flickorna som rapporterat minst en självskada, baserat på deras svar på DSHI-9r. Därefter jämfördes samtliga individuella profilers euklidiska avstånd med varandra, för att finna vilken sammanslagning som gav den minsta ökningen av *error sum of squares* (ESS). Individuella profiler slogs samman och bildade kluster som i sin tur slogs samman antingen med en individuell profil eller med ett befintligt kluster. Profilerna och klustren slogs samman steg för steg, med minsta möjliga ökning av ESS som kriterium. Sammanslagningarna fortsatte till dess att samtliga individers profiler fanns i ett och samma kluster, vilket gjorde analysen hierarkisk. ESS syftar till variationen *inom* klustret, vilken man vill ha så låg som möjligt. Förklarad ESS syftar däremot till variationen *mellan* klustren som man därmed vill ha så hög som möjligt. För att hitta den optimala klusterlösningen användes följande tre kriterier (Bergman, 1998, refererad i Bjärehed et al. 2010): (a) om det sker ett tydligt hopp i ökningen av ESS när en klusterlösning extraheras kan det betyda att två kluster som slagits samman inte varit tillräckligt lika, och därför skapat en icke-optimal klusterlösning; (b) antalet kluster bör inte vara fler än femton och ska inte förväntas vara färre än fem; och (c) storleken på förklarad ESS för den valda klusterlösningen ska helst inte vara mindre än 67 procent, och som allra minst 50 procent. Detta indikerar att klustren i klusterlösningen är rimligt homogena, det vill säga att individerna *inom* ett kluster liknar varandra mer än vad de liknar individer i något annat kluster (Bergman, Magnusson & El-Khoury, 2003, refererad i Isacson & Lind, 2010).

Resultat

Sammanlagt deltog 501 flickor i studien. När individernas totala poäng på DSHI-9r räknades samman ersattes saknade data (dvs. en obesvarad fråga) med värdet 0 för individer som lämnat som mest 3 frågor obesvarade. Detta resulterade i fler kompletta enkäter utan att förekomsten av självskadebeteende i urvalsgruppen ökade.

Antalet flickor som rapporterade någon form av självskada vid minst ett tillfälle de senaste sex månaderna var 243 (48,5 procent). Den självrapporterade totala DSHI-9r-poängen varierade mellan 0 och 54 och medelvärdet var 4,7 (SD = 9,36). Samtliga nio metoder var relativt vanliga och var i fallande ordning; *rispa sig* (n = 121), *slå sig* (n = 119), *förhindra sår från att läka* (n = 117), *skära sig* (n = 98), *rista in ord och bilder* (n = 93), *riva sig* (n = 92), *sticka vassa föremål i huden* (n = 75), *bita sig* (n = 58) och att *bränna sig* (n = 56). Prevalensen för de olika formerna av självdestruktiva beteenden presenteras översiktligt i Tabell 1.

Klusteranalys

Med hjälp av Bergmans (1998, refererad i Bjärehed et al., 2010) tre kriterier valdes en nioklusterlösning för flickorna som förklarade 64,3 procent av den totala ESS. Klustren namngavs från A till I i stigande ordning med hänsyn till självskadefrekvensen (medelvärdet av den totala poängen på DSHI-9r i varje kluster). I klusteranalysen inkluderades endast de flickor som uppgivit någon form av självskada de senaste sex månaderna.

Klusterprofiler. Det största klustret, A, rymde 125 flickor (25,0 procent av det totala urvalet) och karaktäriserades av lågfrekventa självskador. Kluster B innehöll 21 flickor (4,2 procent av det totala urvalet) och karaktäriserades likt kluster A av lågfrekventa självskador, undantaget att slå sig själv som var medelhögt. Kluster C (n = 19) liknade kluster A och B, men karaktäriserades av ett medelhögt värde på beteendet att avsiktligt förhindra sår från att läka (M = 3,79; SD = 1,92). Tre kluster karaktäriserades av främst två beteenden vardera; kluster D (n = 28), att skära i kombination med rispa; kluster E (n = 10), att riva i kombination med att slå samt kluster F (n = 10), att rispa i kombination med att bränna. Kluster G (n = 8) hade förhöjda frekvenser avseende att rista in ord och bilder, sticka sig samt att förhindra sår från att läka. Kluster H (n = 9) hade mycket höga värden för att skära, rispa och förhindra sår från att läka, och förhöjda värden för att riva sig själv. Klustret med de mest högfrekventa självskadorna, I, bestod av 13 flickor (2,6 procent av det totala urvalet). Detta kluster karaktäriserades av högfrekventa självskador där fem av de nio självdestruktiva metoderna

hade ett medelvärde över fem. Individerna i detta kluster har därmed använt fem av de efterfrågade metoderna vid fler än fem tillfällen under det senaste halvåret. Samtliga nio klusterprofiler finns presenterade i Figur 1 samt Tabell 2.

Klusterhomogenitet. Klustren varierade i homogenitetskoefficient (*hc*), där ett lågt värde innebär hög homogenitet. De mest homogena klustren var det lågfrekventa självskadeklustret samt det lågfrekventa självskadeklustret karaktäriserat av att slå sig själv (kluster A, $n = 125$, $hc = 1,02$; kluster B, $n = 21$, $hc = 1,03$). Det mest heterogena klustret var kluster H ($n = 9$) som låg högt på skära, rispa, riva och förhindra sår från att läka samt medelhögt på att sticka och att slå sig själv ($hc = 7,49$). Samtliga homogenitetskoefficienter finns sammanställda i Tabell 2.

Strukturell stabilitet. För att undersöka om de mönster som identifierats vid mättillfälle två liknade de som identifierats vid det första mättillfället, användes funktionen CENTROID i statistikprogrammet SLEIPNER 2.1. Centroid är en annan benämning på klustrets medelvärdesprofil. Funktionen CENTROID jämför två klusterlösningar och matchar centroiden i den ena lösningen med den centroid som den liknade mest i den andra lösningen (Bergman & El-Khoury, 2002). De åtta klustren med flickor från första mättillfället (M1) jämfördes med de nio klustren från innevarande studie (M2). Sex av de nio kluster som identifierades kunde kopplas till ett motsvarande kluster vid det första mättillfället. De kluster som återfanns vid båda mättillfällena var: ett lågfrekvent självskadekluster, kluster A (M1 $n = 140$; M2 $n = 125$) och ett högfrekvent självskadekluster, kluster I (M1 $n = 6$; M2 $n = 13$). Vidare ett kluster som karaktäriserades av att förhindra sår från att läka, kluster C (M1 $n = 11$; M2 $n = 19$), samt ett kluster som karaktäriserades av att skära/rispa, kluster D (M1 $n = 22$; M2 $n = 28$), kluster E med att riva och slå som gemensam nämnare (M1 $n = 16$; M2 $n = 10$), samt kluster H, karaktäriserat av att skära/rispa/sticka sig/förhindra sår från att läka (M1 $n = 5$; M2 $n = 9$). Kluster B, F och G var unika för det andra mättillfället och kunde inte kopplas med något kluster från det första mättillfället. Samtliga sex gemensamma kluster återfinns i Figur 2.

Diskussion

Självskadebeteende är i denna studie vanligt förekommande: 48,5 procent av de deltagande flickorna rapporterade minst en självskada under de senaste sex månaderna. Detta ligger i linje med tidigare forskning som visar att förekomsten av självskadebeteende är hög i ungdomspopulationer (Bjärehed, et al., 2010; Bjärehed & Lundh, 2008; Lloyd-Richardsson, et

al., 2007). Studien fördjupar tidigare forskning som studerat subgrupper av personer med självskadebeteende (tex. Klonsky och Olino, 2008; Whitlock et al., 2008) genom att tillämpa en avancerad form av hierarkisk klusteranalys. I tidigare studier har deltagarna delats in i tre till fyra subgrupper (Klonsky och Olino, 2008; Stanford and Jones, 2009; Whitlock et al., 2008). Ett allt för litet antal subgrupper riskerar dock att leda till att homogeniteten i grupperna blir låg (Bergman 1998, refererad i Bjärehed, et al., 2010).

Klusterlösningar

Syftet med föreliggande studie var dels att undersöka vilka mönster av självskadebeteende som kunde identifieras bland flickor i 14-16 års ålder, och dels att undersöka hur strukturellt stabila dessa mönster var i jämförelse med tidigare mätning. Det antogs att liknande mönster som identifierades vid det första mättillfället också skulle komma att kunna identifieras vid detta andra mättillfälle. Vid det första mättillfället valdes en åttaklusterlösning för flickorna, och i föreliggande studie valdes en nioklusterlösning. Om en åttaklusterlösning hade valts även vid detta andra mättillfälle hade kluster A (lågfrekvent självskadekluster) och kluster B (lågfrekvent självskadekluster karakteriserat av att slå sig själv) slagits samman till ett gemensamt kluster. Kluster B saknar motsvarighet vid det första mättillfället, men då det mellan nio och åttaklusterlösningen inträffade ett tydligt hopp i ökningen av *error sum of squares* valdes en nioklusterlösning i enlighet med Bergmans kriterier (1998, refererad i Bjärehed et al., 2010). Detta trots att de båda klustren hade mycket lika resultat på åtta av de nio frågorna i DHSI-9r. Den förklarade ESS för nioklusterlösningen var 64,3 procent och uppnådde därmed inte riktigt till de 67 procent som teorin föreslår som optimalt. Den översteg däremot vida miniminivån om 50 procent och får därmed anses vara fullt tillfredsställande.

De åtta kluster som identifierats vid det första mättillfället jämfördes med de nio kluster som innevarande studie genererat. I linje med hypotesen framkom att sex kluster från det första mättillfället återfanns vid det andra mättillfället. Två av dessa sex kluster, det låg- och det högfrekventa, var i princip helt identiska vid båda mättillfällena. Personerna i det lågfrekventa klustret har skadat sig själva vid ett fåtal tillfällen. Vid första mättillfället korstabulerade Bjärehed et al. (2010) varje kluster med dess poäng på *Strenghts and Difficulties Questionnaire* (SDQ) och fann då att det lågfrekventa klustret hade den lägsta andelen ungdomar med hög risk för psykopatologi, och att de inte heller var överrepresenterade på någon av SDQ-skalorna. Detta kluster liknar den experimentella grupp av självskadande personer som Klonsky och Olino (2008) fann i sin studie. Det andra klustret som återkom i princip oförändrat vid det

andra mättillfället var det högfrekventa klustret. Deltagarna i detta kluster skadade sig själva på många olika sätt och vid upprepade tillfällen. Bjärehed et al. (2010) fann att det högfrekventa självskadeklustret var det kluster som associerades till svårast psykopatologi. Detta kluster kan jämföras vid den grupp som Whitlock et al., (2008) kallar *allvarligt icke-suicidalt självskadebeteende*, där deltagarna främst var kvinnor som använde sig av fler än tre självdestruktiva metoder med potentiellt hög risk för vävnadsskada.

Skillnad i prevalens

Vid det första mättillfället uppgav 45,1 procent av de deltagande flickorna att de skadat sig själva någon gång under de senaste sex månaderna. Vid mättillfälle två hade denna andel stigit till 48,5 procent av samtliga flickor. Vid en jämförelse av de två kluster som var som mest identiska mellan de två mätningarna, det låg- och det högfrekventa klustret, kunde en liknande trend anas. Vid det första mättillfället omfattade det lågfrekventa klustret 140 flickor, och vid andra mättillfället hade det minskat något till 125 flickor. Antalet flickor i det högfrekventa klustret hade däremot mer än dubblats mellan de båda mätningarna: vid det första tillfället omfattade klustret endast 6 flickor och vid det andra tillfället 13 flickor. Det innebär att 1,2 procent av samtliga flickor (n=485) vid det första mättillfället uppgivit ett allvarligt självskadebeteende. Motsvarande andel vid det andra mättillfället är 2,6 procent (n=501).

Slutsatser

Studiens resultat går i linje med tidigare forskning i flera avseenden. Dels bekräftas att självskadebeteende är ett mycket vanligt förekommande problem bland unga flickor, och dels identifieras kluster som har flera likheter med de subgrupper som andra forskare presenterat. Klusteranalysen bidrar till en förståelse för att självskadebeteende inte är ett homogent problem som tillgrips på samma sätt av alla individer, utan att det tvärtom kan variera mycket gällande frekvens och val av metod. Dessa skillnader i hur ofta och i vilka former som självskadebeteendet uppträder, kan sannolikt också ha betydelse för vilken typ av hjälp som är behövlig. Med ytterligare kunskap om subgrupper av personer med självskadebeteende, kan förhoppningsvis hjälpen i högre grad individanpassas.

Begränsningar

Föreliggande studie har flera begränsningar. Då det för en kandidatuppsats skulle bli allt för omfattande att i sin helhet replikera Bjärehed et al. (2010) har studien begränsats till att endast omfatta flickorna i urvalet, samt till analys av kluster. Detta omöjliggör jämförelse mellan kön

och att göra några uttalanden om pojkars självskademönster. Vid det första mättillfället identifierades dels kluster som var gemensamma för flickor och pojkar, och dels kluster som var könsspecifika. Om även pojkar inkluderats i innevarande studie hade ytterligare säkerhet kring klustrens stabilitet kunnat tillföras. Det har inte gjorts någon analys på individnivå för att undersöka den individuella stabiliteten. Studien visar att det lågfrekventa klustret hade minskat från det första till det andra mättillfället, medan det högfrekventa klustret mer än dubblats i storlek. Det vore av intresse att se hur individerna i studien förflyttat sig från det första till det andra mättillfället – om individer som vid första mättillfället tillhört ett lågfrekvent kluster helt upphört med sitt självskadebeteende till det andra mättillfället, kvarstannat i samma kluster eller avancerat till något annat kluster. Har de individer som tillkommit till det högfrekventa klustret förflyttat sig från ett mer lågfrekvent kluster, eller har de utvecklat ett omfattande självskadebeteende under så pass kort tid att de inte alls omfattades av något självskadekluster vid det första mättillfället? Vidare har inte heller den koppling till *Strengths and Difficulties Questionnaire* som gjordes vid det första mättillfället genomförts, varför det inte är möjligt att dra några slutsatser om kopplingen mellan självskadebeteende och psykisk hälsa/ohälsa.

Fortsatt forskning

Den psykiska ohälsan hos barn och ungdomar ökar (Socialstyrelsen, 2009) och studien bekräftar att självskadebeteende är ett allvarligt problem i ungdomspopulationen (Bjärehed et al., 2010; Bjärehed & Lundh, 2008; Socialstyrelsen, 2004a, Socialstyrelsen 2004b). Studien omfattar flickor på högstadiet, men i Sverige råder det stor osäkerhet kring vem som bär ansvaret för stödjande insatser åt dessa, då skolhälsovården inte har något behandlande ansvar (Socialstyrelsen, 2010b). I den här studien har nästan var annan flicka i åttonde och nionde klass avsiktligt skadat sig själv under det senaste halvåret. Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning har 28 procent av flickorna i årskurs nio uppgivit att de någon gång rökt en cigarett (Hvitfeldt & Gripe, 2010). Det är alltså mycket vanligare att en flicka på högstadiet någon gång skadat sig själv än att hon rökt en cigarett, och behovet av ytterligare kunskap om självskadebeteende kan inte nog understrykas. Tidigare forskning har visat att självskadebeteende inte behöver vara kopplad till psykopatologi eller exempelvis emotionell instabil personlighetsstörning (Bjärehed et al., 2010; Ljunggren, 2010). Innevarande studie har inte undersökt kopplingen till psykisk ohälsa, men det kan trots allt antas osannolikt att hälften av dessa flickor skulle lida av allvarlig psykisk ohälsa. Det vore därför av intresse att undersöka om och i så fall hur självskadebeteendets funktion skiljer sig åt mellan olika kluster

eller subgrupper av drabbade individer. Kanske fyller självskadebeteende olika funktion beroende på om den drabbade också lider av annan psykisk ohälsa, kontra om beteendet bara uppstår vid något enstaka tillfälle? Ytterligare kunskap kan öka förståelsen för ett stort problem bland ungdomar, och förhoppningsvis också kunna bidra till preventiva och stödjande insatser.

Tack

Varm tack Margit Wångby-Lundh för handledning, tillgång till data och pedagogisk undervisning i SLEIPNER 2.1. Tack även till Lars-Gunnar Lundh för inbjudan till mitt uppsatsarbete inom projektet och till Jonas Bjärehed för lärorika samtal och tillgång till ännu opublicerat material.

Referenser

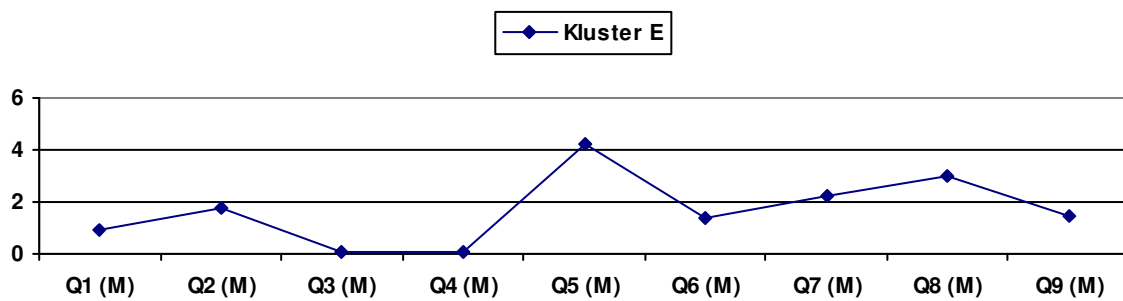
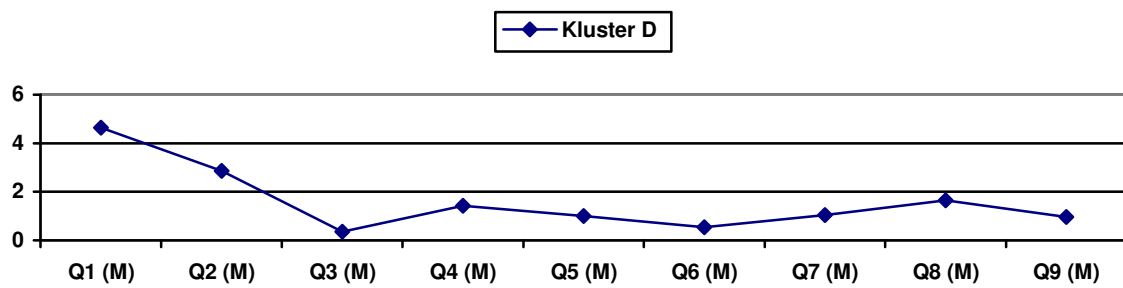
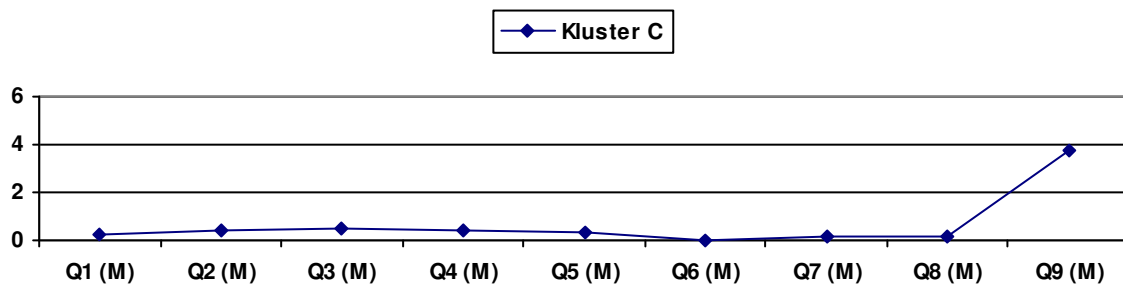
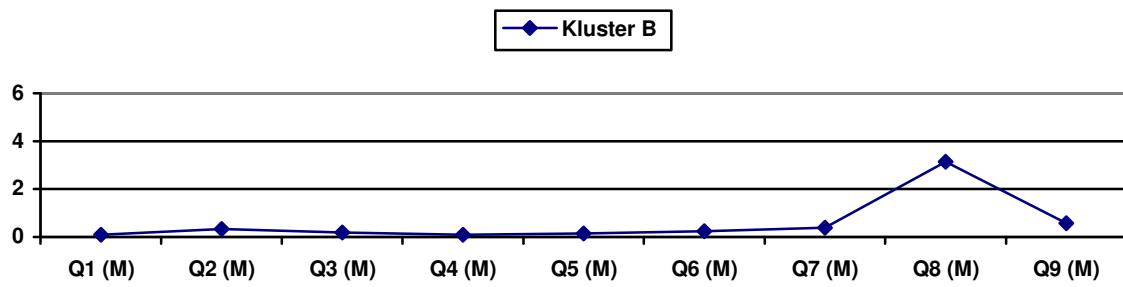
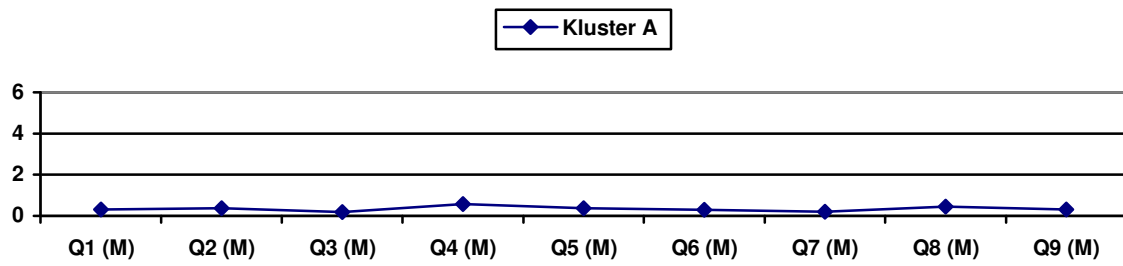
- American Psychological Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. uppl., textreviderad). Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association (2010a). DSM-5 Development. Proposed revisions. Non-suicidal self-injury. Hämtad 2010-12-13 från:
<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=443#>
- American Psychiatric Association (2010b). DSM-5 Development. About DSM-5. Timeline. Hämtad 2010-12-13 från: <http://www.dsm5.org/about/Pages/Timeline.aspx>
- Bergman, L. R., & El-Khoury, B., M. (2002). *SLEIPNER. A statistical package for pattern-oriented analyses. Version 2.1*. Stockholm: Stockholms universitet, psykologiska institutionen. Tillgänglig via: <http://www.psychology.su.se/sleipner/>
- Bjärhed, J., & Lundh, L-G. (2008). Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cognitive behaviour therapy*, 37(1), 26-37.
- Bjärhed, J., Wångby-Lundh, M. & Lundh, L-G. (2010) Deliberate self-harm in a community sample of adolescents: subgroups and associations with psychopathology. Submitted for publication.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
- Dowling, M. (2004). Hermeneutics: an exploration. *Nurse Researcher*, 11(4), 30-39.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2005). In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies? *Journal of Adolescence*, 28(4), 573-587.
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 283-289.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies Under Siege*. Baltimore: The Johns Hopkins University press.
- Favazza, A., R. (2006). Self-injurious behavior in college students. *Pediatrics*, 117(6), 2283-2284.
- Gollust, S. E., Eisenberg, D., & Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *Journal of American College Health*, 56(5), 491-499.

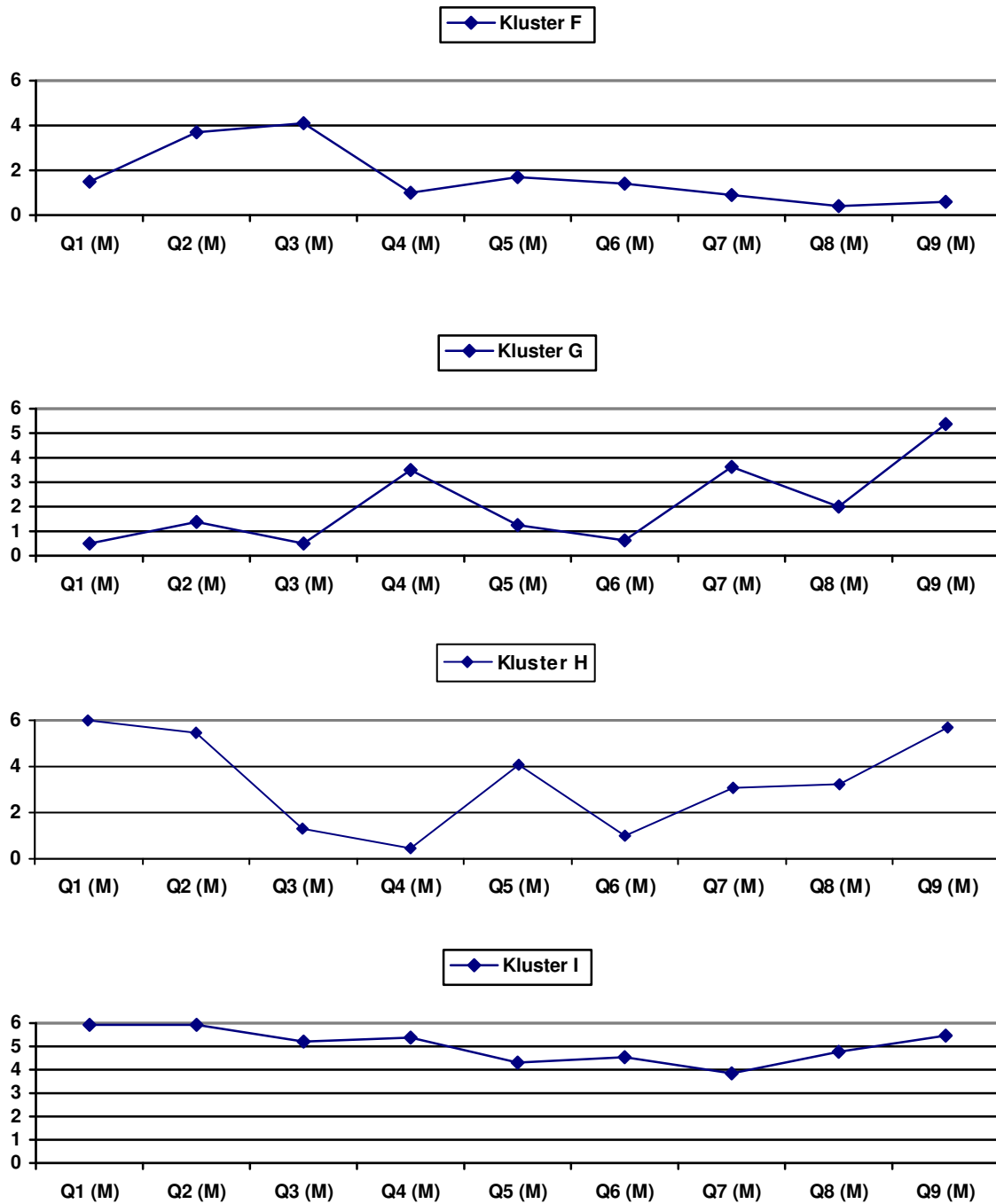
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (1997). Trends in deliberate self-harm in Oxford 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide. *British Journal of Psychiatry*, 171(12), 556-560.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: Self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325(7374), 1207-1212.
- Hvitfeldt, T. & Gripe, I. (2010). *CAN Rapport 124. Skolelevers drogvanor 2010*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Isacsson, C., & Lind, M. (2010). *Katastroftänkande som vidmakthållande process – en studie av social ångest och samsjuklighet hos ungdomar*. Psykologexamensuppsats, Örebro universitet, Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete.
- James, D., & Hawton, K. (1985). Overdoses: Explanations and attitudes in self-poisoners and significant others. *British Journal of Psychiatry*, 146, 481-485.
- Kessel, N. (1965a). Self-poisoning - Part I. *British Medical Journal*, 2, 1265-1270.
- Kessel, N. (1965b). Self-poisoning - Part II. *British Medical Journal*, 2, 1336-1340.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-Injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056.
- Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 22-27.
- Ljunggren, S. (2010). *Klusteranalys av 14- och 15-åriga svenska flickors SDQ-profiler och dess samband med självskadande beteende*. Kandidatuppsats, Lunds Universitet, Institutionen för psykologi.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183-1192.
- Lundh, L-G., Wångby-Lundh, M., & Bjärehed, J. (2008). Self-reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15-year-old adolescents: A study with the self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(6), 523-532.

- Morgan, H. G., Burns-Cøx, C. J., Pocock, H., & Pottle, S. (1975). Deliberate self-harm: clinical and socio-economic characteristics of 368 patients. *The British Journal of Psychiatry*, 127, 564-574.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behaviour as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333.
- Nixon, M. K., Cloutier, P., & Jansson, S. M., (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178(3), 306-312.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366(9495), 1471-1483.
- Socialstyrelsen. (2004a). *Flickor som skadar sig själva*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2010-12-13 från Socialstyrelsen:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10291/2004-107-1_20041071.pdf
- Socialstyrelsen. (2004b). *Vad vet vi om flickor som skär sig?* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2010-12-13 från Socialstyrelsen:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10427/2004-123-41_200412341.pdf
- Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2011-01-05 från Socialstyrelsen:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf
- Socialstyrelsen (2010a). *Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2010-12-13 från Socialstyrelsen:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18150/2010-10-18.pdf>
- Socialstyrelsen (2010b). *Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – Vem tar hand om dem?* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2011-01-05 från Socialstyrelsen:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18200/2010-12-13.pdf>
- Stanford, S., & Jones, M. P. (2009). Psychological subtyping finds pathological, impulsive, and 'normal' groups among adolescents who self-harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(7), 807-815.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.

- Wallroth, P., & Åkerlund, S. (2002). *Hål i huden – flickor som skär sig*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behavior in a college population. *Pediatrics*, *117*(6), 1939-1948.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in nonsuicidal self-injury: identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*(4), 725-735.
- Wilhelm, K., Schnieden, V., & Kotze, B. (2000). Selecting your options: A pilot study of short interventions with patients who deliberately self harm. *Australasian psychiatry*, *8*(4), 349-354.

Appendix

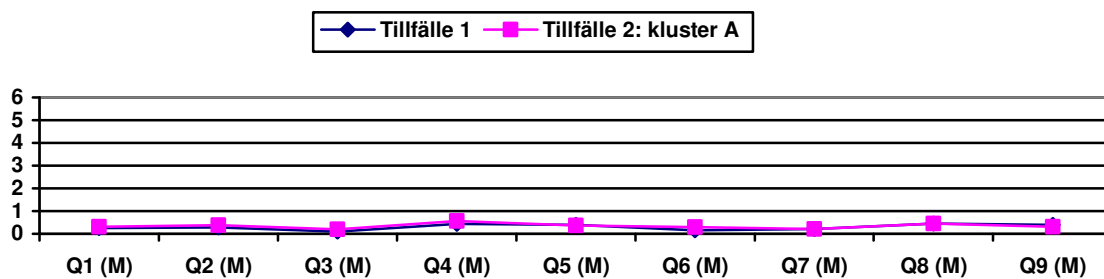




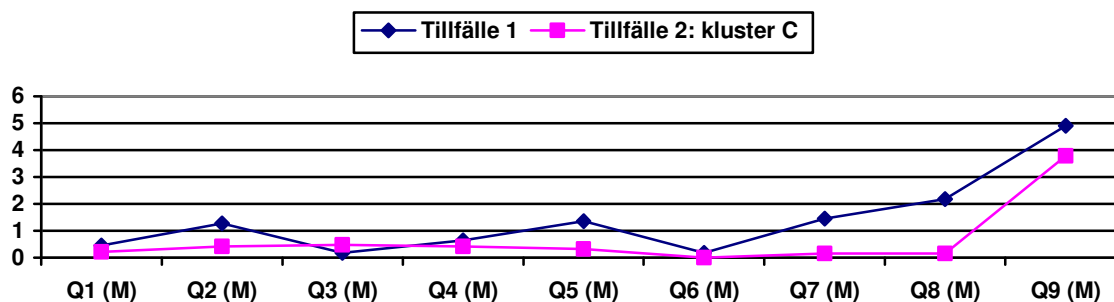
Figur 1.

Klusterlösningar, mättillfälle två. Här redovisas medelvärdet (M) per fråga på DSHI-9r för individerna i respektive kluster. Q1 – Skära, Q2 – Rispa, Q3 – Bränna, Q4 – Rista in ord och bilder, Q5 – Riva, Q6 – Bitar, Q7 – Sticka, Q8 – Slå, Q9 – Förhindra sår från att läka.

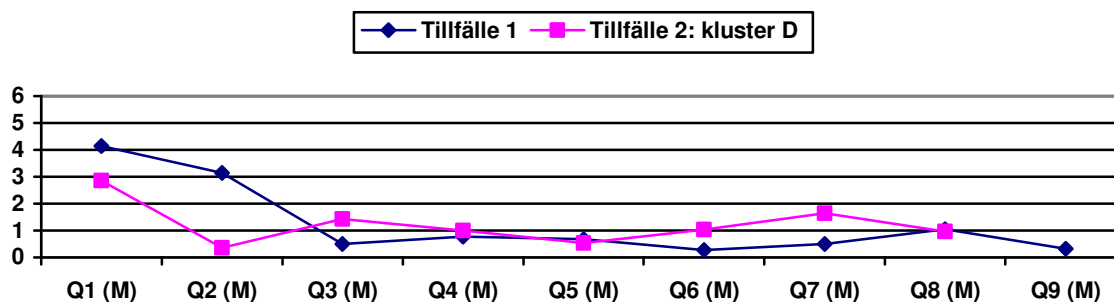
Lågfrekvent självskadebeteende



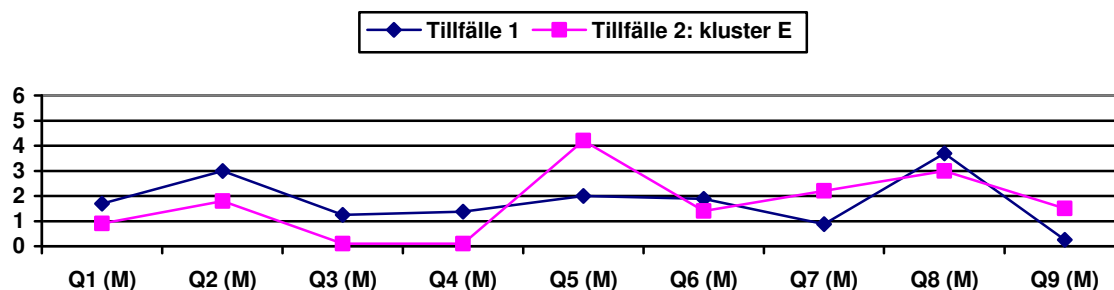
Hindra sår från att läka

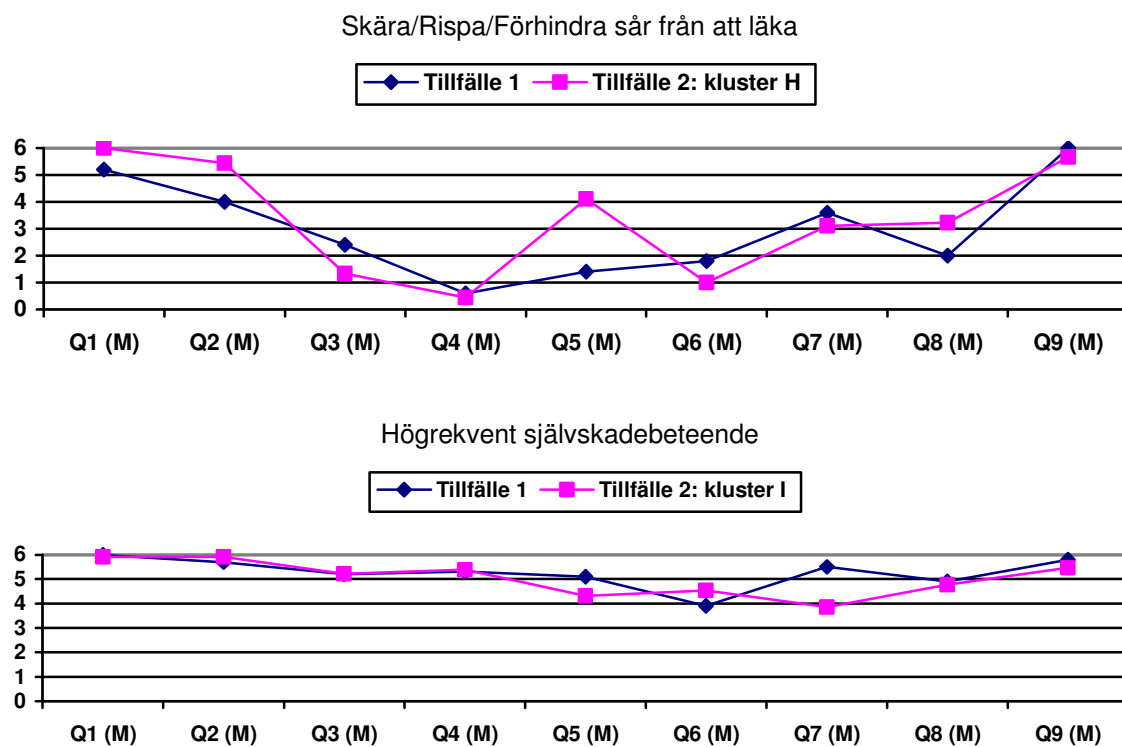


Skära/Rispa



Riva/Slå





Figur 2.

Klusterlösningar, jämförelse mättillfälle ett och två. Här redovisas medelvärdet (M) per fråga på DSHI-9r för individerna i respektive kluster. Q1 – Skära, Q2 – Rispa, Q3 – Bränna, Q4 – Rista in ord och bilder, Q5 – Riva, Q6 – Bitar, Q7 – Sticka, Q8 – Slå, Q9 – Förhindra sår från att läka.

Tabell 1.

Prevalens i fallande ordning för olika typer av självskadebeteende bland flickor i åttonde och nionde årskursen (n =501).

Beteende	n =	%
Rispa sig	121	24,2
Slå sig	119	23,8
Förhindra sår från att läka	117	23,3
Skära sig	98	19,6
Rista in ord, bilder symboler eller liknande	93	18,6
Riva sig	92	18,4
Sticka vassa föremål i huden	75	15,0
Bitar sig	58	11,6
Bränna sig	56	11,2

Tabell 2.

Klusterstorlek, homogenitetskoefficient samt medelvärde på DSHI-9r per fråga för nio kluster av självskadebeteende bland flickor i åttonde och nionde årskursen (n=243).

Kluster	N=	Hc	Q1 (M)	Q2 (M)	Q3 (M)	Q4 (M)	Q5 (M)	Q6 (M)	Q7 (M)	Q8 (M)	Q9 (M)
A	125	1,02	0,30	0,38	0,19	0,57	0,37	0,30	0,21	0,45	0,31
B	21	1,03	0,10	0,33	0,19	0,10	0,14	0,24	0,38	3,14	0,57
C	19	1,50	0,21	0,42	0,47	0,42	0,32	0,00	0,16	0,16	3,79
D	28	4,79	4,64	2,86	0,36	1,43	1,00	0,54	1,04	1,64	0,96
E	10	4,26	0,90	1,80	0,10	0,10	4,20	1,40	2,20	3,00	1,50
F	10	5,33	1,50	3,70	4,10	1,00	1,70	1,40	0,90	0,40	0,60
G	8	6,70	0,50	1,38	0,50	3,50	1,25	0,63	3,63	2,00	5,38
H	9	7,50	6,00	5,44	1,33	0,44	4,11	1,00	3,11	3,22	5,67
I	13	6,39	5,92	5,92	5,21	5,38	4,31	4,54	3,85	4,77	5,46

A, lågfrekvent

B, lågfrekvent + slå sig

C, förhindra sår från att läka

D, skära + rispa

E, riva + slå

F, rispa + bränna

G, rista in ord och bilder + sticka sig +
förhindra sår att läka

H, skära + rispa + förhindra sår att läka

I, högfrekvent

Q1 – Skära

Q2 – Rispa

Q3 – Bränna

Q4 – Rista in ord och bilder

Q5 – Riva

Q6 – Bitar

Q7 – Sticka

Q8 – Slå

Q9 – Förhindra sår från att läka