

# Selvskading hos ungdom

*Hva slags forhold kan foreldrestil, relasjoner og kroppsbilde ha til selvskading?*

Hon Ting Leung



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2017

# **Selvskading hos ungdom**

## **Hva slags forhold kan foreldrestil, relasjoner og kroppsbilde ha til selvskading?**

Hon Ting Leung

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

Universitetet i Oslo

Oktober 2017

© Forfatter Hon Ting Leung

År 2017

Selvskading hos ungdom - Hva slags forhold kan foreldrestil, relasjoner og kroppsbilde ha til selvskading?

Forfatter: Hon Ting Leung

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Forfatter:** Hon Ting Leung

**Tittel:** Selvskading hos ungdom - Hva slags forhold kan foreldrestil, relasjoner og kroppsbilde ha til selvskading?

**Veileder:** Svein Mossige

**Forskningsspørsmål:** Selvskading er et svært aktuelt tema som etter hvert har fått mye oppmerksomhet. Mye av litteraturen på selvskading fremhever hvilken viktig rolle barnets oppvekstmiljø kan ha i utviklingen av selvskading, men mye av forskningen på dette området har fokusert på effekten av barndomstraumer. Forholdet mellom selvskading og andre, mindre alvorlige sider ved barnets oppvekst synes derfor å være noe mer uklart. I denne oppgaven har jeg derfor ønsket å undersøke om det er noen forskjeller mellom ungdom som har selvskadet, og ungdom som ikke har selvskadet, når det kommer til opplevd foreldrestil. I tillegg vil det bli sett på betingelsene familiesamhold, antall venner, kroppsbilde og psykiske vansker. Disse har blitt valgt på bakgrunn av at de både kan ha teoretisk sammenheng med opplevd foreldrestil, og at de tidligere har vært assosiert med selvskading. Til slutt har jeg ønsket å se om hver av betingelsene ville ha et unikt bidrag i å predikere selvskading, når effekten av de andre betingelsene blir kontrollert for.

**Studien:** Oppgaven bygger på tidligere innsamlet data fra Longitudinell ungdomsundersøkelse om vold og overgrep (LUVVO), som ble gjennomført av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) i 2007. Utvalget bestod av 7033 avangselever fra 67 forskjellige videregående skoler i Norge. Det ble foretatt en *t*-test-analyse for å undersøke gruppeforskjeller, og en logistisk regresjonsanalyse for å undersøke det unike bidraget hver av betingelsene har når det kommer til å predikere selvskading.

**Resultater:** Resultatene av *t*-test-analysen viser at ungdom som har selvskadet har opplevd en høyere grad av overbeskyttelse i oppveksten, og at de opplever en høyere grad av psykiske vansker sammenlignet med ungdom som ikke har selvskadet. Den siste gruppen har derimot opplevd en høyere grad av omsorg, i tillegg til at de opplever bedre familiesamhold, har et høyere antall betroede venner, og har et mer positivt kroppsbilde. Resultatene av den logistiske regresjonsanalysen tyder på at et sterkere familiesamhold, høyere antall betroede venner og et mer positivt kroppsbilde kan virke beskyttende mot selvskading, mens psykiske vansker på den annen side kan øke oddsen for selvskading.

**Konklusjon:** Opplevd foreldrestil kan ha et indirekte forhold til selvskading, ved at den

påvirker sannsynligheten for mer generelle vansker, som i sin tur kan øke sannsynligheten for selvskading. Den beskyttende effekten av de relasjonelle betingelsene kan komme av hvordan de relaterer seg til aleksitymi, men også at de kan være en buffer mot emosjonelt ubehag, eller at de representerer et fravær av risikofaktorer. Et positivt kroppsbilde kan være beskyttende ved at den hever terskelen for å skade egen kropp, men den beskyttende effekten kan også forstås gjennom hva slags forhold kroppsbilde kan ha til selvstraff.

# Forord

Først og fremst vil jeg gi en takk til Svein Mossige for den veiledningen han har gitt meg i arbeidet med oppgaven, og til NOVA, som har stilt dataene til disposisjon. Jeg vil også takke Anne-Marie Halberg, for å ha bistått meg i metode og brukt tid på å undersøke de mange spørsmålene jeg har hatt. En takk også til min venn Peder, som jeg har kunnet diskutere resultatene mine med, og til Malin, for gode tilbakemeldinger på oppgaven. Til slutt vil jeg takke Ruspoliklinikken Ullevål, for å ha gitt meg muligheten til å ha en sommerjobb som jeg i så stor grad kunne kombinere med hovedoppgaveskriving.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Definisjon av selvskading.....	2
1.2	Prevalens og demografi .....	3
1.3	Selvskadingsmetoder .....	5
1.4	Empiriske funn og teori .....	6
1.4.1	Faktorer assosiert med selvskading.....	6
1.4.2	Forståelse av selvskading .....	12
1.5	Forskningsspørsmål.....	20
2	Metode.....	22
2.1	Utvalg og demografi .....	22
2.2	Selvskading.....	22
2.3	Opplevd foreldrestil .....	22
2.4	Familiesamhold .....	23
2.5	Vennskap .....	23
2.6	Kroppsbilde .....	24
2.7	Psykiske vansker.....	24
2.8	Dataanalyse.....	24
3	Resultater.....	26
3.1	Deskriptiv statistikk.....	26
3.2	T-test .....	27
3.3	Logistisk regresjonsanalyse .....	27
4	Diskusjon.....	29
4.1	Opplevd foreldrestil .....	30
4.2	Relasjoner .....	34
4.2.1	Relasjoner til andre kan gi emosjonell kontakt .....	34
4.2.2	Gode relasjoner kan fungere som en buffer mot emosjonelt ubehag .....	37
4.2.3	Gode relasjoner kan representere et fravær av risikofaktorer .....	37
4.2.4	Ungdom som selvskader kan være motvillige til å søke hjelp.....	38
4.2.5	Forskjellen i styrken mellom familiesamhold og antall betrodde venner .....	39
4.3	Kroppsbilde .....	39
4.4	Begrensninger ved oppgaven.....	41

4.4.1	Funnene støtter korrelasjonelle, men ikke kausale, sammenhenger .....	41
4.4.2	"Recall bias" .....	43
4.4.3	Reliabilitet, validitet og bruk av skalaene .....	44
4.4.4	Begrensninger ved utvalg .....	45
4.5	Videre forskning .....	45
4.5.1	Operasjonalisering av faktorene .....	45
4.5.2	Hypotesetesting og å undersøke videre hva slags mekanismer som ligger bak forholdene.....	46
4.6	Konklusjon.....	47
	Litteraturliste .....	49
5	Vedlegg .....	59
	Vedlegg 1: Versjonen av Parental Bonding Instrument som ble brukt i LUVO.....	59
	Vedlegg 2: Resilience Scale for Adolescents.....	60
	Vedlegg 3: Norsk oversatt versjon av "Physical Appearance"-subskalaen i Self-Perception Profile for Adolescents, slik den ble brukt i LUVO.....	61
	Vedlegg 4: Versjonen av Hopkins Symptom Checklist som ble brukt i LUVO.....	62



# 1 Innledning

Selv om man ofte finner forbindelser mellom selvskading og en rekke psykiatriske diagnoser og vansker (Hawton, Saunders, Topiwala, & Haw, 2013), er ikke dette en atferd man bare ser i kliniske populasjoner, men også i ikke-kliniske grupper (Gratz, 2003). Fremfor å forstå selvskading som et symptom på noen spesifikke diagnoser, har det blitt foreslått at atferden kan bli sett på som et uspesifikt tegn på stress (Baetens et al., 2014; Christoffersen, Møhl, DePanfilis, & Vammen, 2015; Yates, 2004). Fordi det ikke er noen universal enighet om definisjonen av selvskading og hva som inngår i begrepet, er det noe uvisst hvor prevalent atferden faktisk er (Madge et al., 2008). Funn fra en rekke studier viser allikevel at livstidsprevalensen hos ungdom kan ligge på rundt 16.1-18 % (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012), og det er støtte for at forekomsten av selvskading har økt de siste tiårene (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). Selvskading virker derfor å være et høyst aktuelt tema.

Det har blitt gjort en del studier på temaet, og man har forsøkt å forklare atferden ut fra en rekke forskjellige omstendigheter og betingelser (Stanford, Jones, & Hudson, 2017). Fokuset i forklaringene har ikke bare vært på hva slags mekanismer som kan bidra til å utviklingen av selvskadingsatferd, men det har også vært interesse i å forstå hva slags funksjoner selvskading kan ha (Edmondson, Brennan, & House, 2016; Klonsky, 2007). Jeg vil i denne oppgaven både gi en generell oversikt over de betingelsene som tidligere har blitt undersøkt, men også gjennomgå noen av de måtene man har forsøkt å forstå selvskadingsatferd på. Ved å gå gjennom dette siste, redegjøres det for det som er hovedmålet i denne oppgaven: Å undersøke om det er noen forskjell mellom ungdom som har selvskadet, og ungdom som ikke har selvskadet når det gjelder familie og sosiale betingelser som opplevd foreldrestil, familiesamhold og antall venner. I tillegg vil det bli sett på intrapsykiske betingelser som kroppsbilde og psykiske vansker. Det blir også foretatt en logistisk regresjonsanalyse, for å undersøke om hver av betingelsene ville ha et unikt bidrag i å predikere selvskading, når effekten av de andre betingelsene blir kontrollert for. Datamaterialet som danner grunnlaget for oppgaven ble innhentet som en del av Longitudinell ungdomsundersøkelse om vold og overgrep (LUVO), som ble gjennomført av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) i 2007.

## 1.1 Definisjon av selvskading

Begrepet selvskading kan man definere som å forsettlig påføre seg skade på egen kropp (Fliege, Lee, Grimm, & Klapp, 2009). På engelsk kan man finne rekke forskjellige navn på begrepet selvskading, som for eksempel "deliberate self-harm", "parasuicide", "self-injury", "self-mutilation" (Gratz, 2003), "self-harm", "self-injurious behavior" (Messer & Fremouw, 2008), "non-suicidal self-injury" (Ougrin, Tranah, Stahl, Moran, & Asarnow, 2015) og "self-mutilative behavior" (Nock & Prinstein, 2004), hvor da "deliberate self-harm" er det mest aksepterte begrepet man finner i litteraturen (Fliege et al., 2009). Noen ganger beskriver disse begrepene samme type atferd, som for eksempel at "deliberate self-harm" i Storbritannia kan bli sett på som synonymt med bruken av "self-mutilation" i Nord-Amerika (Skegg, 2005). Andre ganger kan derimot samme begrep betegne forskjellig atferd i forskjellig land, for eksempel at "deliberate self-harm" i Storbritannia generelt betegner selvskadingsatferd uten hensyn til suicidal intensjon, mens i Nord-Amerika er det vanligst at samme begrep bare betegner selvpåført skade uten suicidal intensjon (Fliege et al., 2009; Skegg, 2005). Definisjoner kan også variere på tvers av forskjellige utvalg (Madge et al., 2008).

Det er altså variasjon i hvordan begrepet selvskading defineres i forskningslitteraturen, og en problemstilling er hvorvidt man skal ta hensyn til om det foreligger suicidal intensjon. Det er både fordeler og ulemper med begge måtene å definere selvskading på. På den ene siden har forskere trukket fram flere forhold som kan være forskjellige mellom personer som selvskader med intensjonen om å dø, og de som skader seg selv uten slike intensjoner (Fliege et al., 2009). For eksempel ser det ut til at de som bare selvskader har en annerledes demografisk profil enn de som begår selvmord (Skegg, 2005). Videre virker det som at selvskading med suicidal intensjon har en annen psykologisk funksjon enn selvskading uten suicidal intensjon (Brown, Comtois, & Linehan, 2002). Dette kan tale for at mangel på hensyn til intensjonen bak atferden vil gi en for bred definisjon. Å ikke skille mellom disse to gruppene kan dessuten føre til en sammenblanding av funn når det gjelder atferdens funksjon (Messer & Fremouw, 2008). På den annen side er suicidal intensjon vanskelig å måle (Fliege et al., 2009), og klinikerens vurdering av pasientens intensjon kan være annerledes enn hva pasienten opplever selv (Hawton et al., 2012). Skegg (2005) foreslår at man i første omgang kan beskrive selvskading deskriptivt for så å redegjøre for intensjonen senere. Dette gjenspeiler hvordan klinikere pleier å referere til selvskading, og det ser da ut til at mange forfattere har tatt i bruk denne tilnærmingen med å ikke ta hensyn til intensjonen bak atferden (Fliege et al., 2009).

Allikevel er det en utfordring når man gjennomgår litteraturen på temaet at begrepet ikke har en allmenn akseptert definisjon, og som kan gjøre det vanskelig å trekke sammenligninger på tvers av studier.

## 1.2 Prevalens og demografi

Selvskading er et vanlig problem både i kliniske og ikke-kliniske grupper (Gratz, 2003), og er ofte en impulsiv handling (Rodham, Hawton, & Evans, 2004). For mange individer som selvskader er dette en skjult atferd som de ikke engang forteller til andre i sin omgangskrets (Madge et al., 2008). Om man måler prevalensen gjennom antall registrerte tilfeller hos helsevesenet, kan dette gi misvisende tall fordi det bare er en liten andel av de som selvskader som i det hele tatt kommer i kontakt med helsevesenet (Madge et al., 2008). I tillegg har ulike land og sykehus forskjellige rutiner for hvordan de registrerer selvpåførte skader (Øverland, 2006, p. 28), som kan gjøre det vanskelig å sammenligne på tvers av institusjoner. En årsak til hvorfor så få oppsøker helsevesenet i etterkant av selvskading kan være at mange ungdommer uttrykker en bekymring for å bli stigmatisert eller å bli diagnostisert med en psykisk lidelse om de søker hjelp (Hawton et al., 2012), samt at atferden kan vekke ambivalente følelser hos helsepersonell (Gratz, 2003). Prevalensen er også påvirket av at forskjellen i definisjoner og bruk av metode på tvers av studier gjør det vanskeligere å sammenligne forskjellige studier (Muehlenkamp et al., 2012). Allikevel viser funn fra en rekke studier at livstidsprevalensen hos ungdom kan ligge på rundt 16.1-18 % (Muehlenkamp et al., 2012). I en norsk undersøkelse har man tidligere funnet en livstidsprevalens på 10.7% (Øverland, 2006, p. 29). Prevalensen kan være enda høyere hvis man inkluderer de som har tenkt på å skade seg selv, uten at dette har resultert i handling (Madge et al., 2008).

Når det gjelder demografiske karakteristikk som man har sett har en sammenheng med høyere forekomst av selvskading, er en av disse det å ha en bakgrunn med en lav sosioøkonomisk status (Mossige, Huang, Straiton, & Roen, 2014; Sourander et al., 2006). Blant annet kan dette være det å ha et lavt utdanningsnivå (Fliege et al., 2009), det å være bosteds- eller arbeidsløs (Steeg et al., 2016), å ha en lav inntekt og det å leve i fattigdom (Skegg, 2005). I tillegg er det å ha en homofil eller bifil legning også assosiert med en høyere risiko for selvskading (Hawton & Fortune, 2008). Det er et vanlig funn at selvskading er vanligere hos jenter enn hos gutter (Hawton & Fortune, 2008; Hawton et al., 2012; Madge et al., 2008). Resultater fra Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study, en

omfattende undersøkelse som så på skolebarn i alderen 15-16 år i syv europeiske land, deriblant Norge, fant en livstidsprevalens på 13.5 % hos jenter og 4.3 % hos gutter (Madge et al., 2008). Noen studier finner derimot ikke en slik kjønnsforskjell (Gratz & Chapman, 2007; Gratz, Conrad, & Roemer, 2002; Nock & Prinstein, 2004).

En forklaring på denne diskrepansen kan være at oppstarten av selvskading kan ha sammenheng med puberteten fremfor kronologisk alder (Patton et al., 2007), slik at man ser en økt forekomst av selvskading hos jenter fordi de som gruppe kommer i pubertet tidligere enn gutter (Hawton et al., 2012). Denne forklaringen kan være støttet av at selvskading er sjeldent å finne før puberteten (Yates, 2004), men ofte har sin debut tidlig i ungdomsårene (Muehlenkamp et al., 2012). Tilfeller av selvskading blir vanligere fra rundt 12 år av og opp gjennom ungdomstiden, og dette gjelder spesielt for jenter (Hawton et al., 2012).

Kjønnsforskjellen minker derimot i de senere tenåringsårene, ettersom atferden blir vanligere blant gutter, men jevner seg ut hos jenter (Hawton et al., 2012). I en rekke studier hvor man så på unge voksne, samt voksne innenfor et større aldersspenn fant man ingen kjønnsforskjeller (Fliege et al., 2009). I noen tilfeller kan også kjønnsforskjellen i prevalens forklares av hva det er man definerer som selvskadingsatferd, og hvordan spørsmål i undersøkelser om selvskading formuleres (Øverland, 2006, p. 39). Noen undersøkelser finner en ganske lik kjønnsbalanse når det kommer til frekvensen av selvskading, men at menn og kvinner gjør det på forskjellige måter (Baetens et al., 2014; Møhl, 2015, p. 83). For eksempel kan det å slå seg til blods mot veggen være en relativ vanlig måte å regulere ubehagelige følelser på blant gutter, uten at dette nødvendigvis blir oppfattet som selvskading (Øverland, 2006, p. 39).

Statistisk sett har forekomsten av selvskading hos ungdom økt de siste tiårene, og det er uklart hva som er årsaken til denne økningen (Hawton et al., 2012). Foreslåtte medvirkende faktorer til økning kan være økt tilgjengelighet til medikamenter, økt stress blant ungdom, større forbruk av alkohol og narkotika, samt at selvskadingsatferd kan spre seg sosialt (Hawton et al., 2012). Nock (2009) peker derimot ut at mye av støtten for at forekomsten tilsynelatende har økt, kommer fra anekdotiske rapporter og estimer man har gjort fra mindre tverrsnittsundersøkelser. I tillegg skriver Muehlenkamp et al. (2012) at prevalensen ser ut til å ha stabilisert seg i årene 2005-2011, og at måten man spør om selvskading på har en signifikant påvirkning på prevalensen man får. Gjentakende selvskading er vanlig blant ungdom (Madge et al., 2008), og Øverland (2006, p. 32) påstår i sin bok at uten behandling ser det ikke ut til at disse pleier å slutte. Andre skriver derimot at antall selvskadingstilfeller

når en topp i aldersgruppen 15-18 år, men at det er en markant nedgang etter dette (Hawton et al., 2012; Sourander et al., 2006). Selvskading som derimot vedvarer inn i voksen alder er assosiert med selvskading over lengre tid i ungdomsalder, og jenter er mer utsatt for at atferden består inn i voksen alder enn det gutter er (Hawton et al., 2012).

### 1.3 Selvskadingsmetoder

Det er variasjon i selvskadingsmetoder. Flertallet synes å bruke en fast metode, selv om mange også kan benytte seg av flere metoder (Øverland, 2006, p. 30), og de som selvskader seg gjentatte ganger kan bytte metoder mellom episodene (Edmondson et al., 2016). To vanlige metoder er kutting og overdose av medikamenter (Madge et al., 2008), hvor kutting virker å være den vanligste (Berger, Hasking, & Martin, 2013; Polk & Liss, 2007; Rodham et al., 2004). Ved gjentatt selvskading er det også vanlig at dette skjer ved kutting (Madge et al., 2008). I kontrast til dette finner man derimot i noen studier at selvforgiftning er den vanligste metoden når ungdom som følge av selvskading kommer i kontakt med helsevesenet (Hawton et al., 2012). Dette kan være en konsekvens av at det kan være en mer skadelig handling (Madge et al., 2008), og at suicidal intensjon oftere kan være indikert ved selvforgiftning enn for kutting (Rodham et al., 2004). Det synes også å være gruppeforskjeller mellom de som kutter og de som tar overdose av medikamenter (Madge et al., 2008; Rodham et al., 2004).

Klonsky (2007) støtter opp at kutting er den vanligste formen for selvskading, som studier tyder på at man kan finne igjen blant 70-97% av individer som selvskader. Han skriver videre at de nest vanligste metodene er å slå seg selv og å brenne seg selv, som man kan finne igjen hos henholdsvis 21-44% og 15-35% av individer som selvskader. Overdose av medikamenter blir derimot ikke nevnt som en hyppig brukt metode. Diskrepansen kan komme av at Klonsky referer til studier som alle er gjort på 90-tallet, og at tilgjengeligheten av medikamenter kan ha økt siden den gangen, med de konsekvensene at muligheten for å ta overdose av medikamenter også har økt. Alternativt kan det være at Klonsky i likhet med Yates (2004), ikke inkluderer selvforgiftning under sin definisjon av selvskading. Dette kan reflektere mangelen på enighet rundt definisjonen av atferden, og at dette inkluderer uenighet om hvilke metoder man skal anse som selvskading.

## 1.4 Empiriske funn og teori

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å starte med å gi en generell oversikt over hvilke faktorer man har sett har en assosiasjon til selvskading, basert på tilgjengelig empiri. De funnene som blir gjennomgått vil ikke nødvendigvis være med som et fokus senere i oppgaven, men hensikten er først og fremst å gi en gjennomgang som reflekterer de empiriske dataene man har på selvskading som helhet. Jeg vil deretter gå gjennom ulike måter man har forsøkt å forstå selvskading på. Her vil fokuset være på den teorien som er viktig for, og som danner grunnlaget for de faktorene jeg selv vil undersøke senere i oppgaven.

### 1.4.1 Faktorer assosiert med selvskading

Kraemer et al. (1997) har argumentert for at noe av det sentrale ved definisjonen av en risikofaktor, er at det er en karakteristikk som er målt i forkant av et utfall. For de karakteristikkene som er målt samtidig som, eller i etterkant av utfallet, burde man heller bruke betegnelsen korrelat, ettersom karakteristikken i visse tilfeller kan være en ledsagende tilstand eller en konsekvens av utfallet (Kraemer et al., 1997). Det synes allikevel å være en inkonsistent og upresis bruk av begrepet risikofaktor i litteratur (Kraemer et al., 1997). Ettersom det faller utenfor denne oppgavens rammer å gjøre en grundig gjennomgang av hvordan tidligere litteratur har brukt begrepet og om det faller innenfor Kraemer et al. sin definisjon av risikofaktor, har jeg for enkelhets skyld valgt å bruke betegnelsen "faktorer", selv hvis litteraturen jeg referer til omtaler dem som risikofaktorer. Jeg vil da gå gjennom disse faktorene uten å vise til om de ble målt i forkant av, eller samtidig som selvskadingsatferden ble undersøkt. Selv om betegnelsen korrelat ville vært mer presis, i og med at de fleste faktorene som blir omtalt i denne oppgaven faller inn under den definisjonen, ble "faktorer" valgt av hensyn til språkflyten.

Ofte kan det være en interaksjon av forskjellige faktorer som øker sannsynligheten for selvskading (Gratz, 2003; Sourander et al., 2006). Blant annet kan selvskading forklares ved å se på atferden som et resultat av en interaksjon mellom predisponerende faktorer som øker sannsynligheten for selvskading, og utløsende faktorer som setter den i gang (Nock, 2009). Denne interaksjonen kan også omfatte beskyttende faktorer som minker sannsynligheten for selvskadingsatferd, som for eksempel autoritativ foreldrestil og høy selvkontroll (Hay & Meldrum, 2010). Det virker også å være en kjønnsforskjell i hvordan faktorene relaterer seg

til selvskading (Gratz & Chapman, 2007; Gratz et al., 2002; Swannell et al., 2012). Jeg har her forsøkt å dele de forskjellige faktorene man assosierer med selvskading inn i psykologiske faktorer, familie og sosiale faktorer og negative livshendelser.

## **Psykologiske faktorer**

Psykopatologi hos barn kan predikere senere selvskading (Sourander et al., 2006). Vanlige plager og komorbide diagnoser man ser i forbindelse med selvskading er depresjon (Hawton et al., 2013; Hay & Meldrum, 2010; Polk & Liss, 2007; Stanford et al., 2017), angst (Hawton et al., 2013; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Messer & Fremouw, 2008; Stanford et al., 2017) og rusmisbruk (Evans, Hawton, & Rodham, 2004; Hawton et al., 2013). Andre diagnoser som også opptrer ved selvskading er ADHD, atferdsforstyrrelse (Hawton et al., 2012), dissosiasjon (Gratz et al., 2002; Polk & Liss, 2007; Zlotnick et al., 1996), somatoforme og kroppsdysmorfiske lidelser (Fliege et al., 2009), PTSD, kompleks PTSD (Dyer et al., 2009), spiseforstyrrelser (Anderson, Carter, McIntosh, Joyce, & Bulik, 2002), schizofreni (Fliege et al., 2009), og personlighetsforstyrrelser (Fliege et al., 2009; Hawton et al., 2013), og da kanskje mer spesifikt de personlighetsforstyrrelsene preget av impulsiv aggressivitet (Øverland, 2006, p. 35). Som følge av assosiasjonene som selvskading har til en rekke diagnoser mener noen at selvskading ikke bør bli sett på som et symptom på noen spesifikke diagnoser (Nock, 2009), og det har blitt foreslått at atferden kan bli sett på som et uspesifikt tegn på stress (Baetens et al., 2014; Christoffersen et al., 2015; Yates, 2004).

Det er støtte for en assosiasjon mellom selvskading og perfektjonisme (Nock & Prinstein, 2005) og til selvkritikk (Hawton et al., 2012). Spesielt kan et individs antagelse om at andre har urealistiske forventninger til dem være viktig fordi den kan senke terskelen for når negative livshendelser fører til stress hos vedkommende (Hawton et al., 2012). Videre har man identifisert en assosiasjon mellom selvskading og skolevansker (Hawton & Fortune, 2008; Sourander et al., 2006), lav selvfølelse (Evans et al., 2004; Hay & Meldrum, 2010; Stanford et al., 2017), negativ selvopplevelse (Dyer et al., 2009), negativt kroppsbilde (Hawton & Fortune, 2008; Messer & Fremouw, 2008; Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017a), håpløshet (Nock & Prinstein, 2004; Steeg et al., 2016), nevrotisisme (Skegg, 2005) og aleksitymi (Lüdtke, In-Albon, Michel, & Schmid, 2016; Messer & Fremouw, 2008; Paivio & McCulloch, 2004; Zlotnick et al., 1996). Individer som selvskader synes å oppleve negative emosjoner mer enn individer som ikke selvskader (Polk & Liss, 2007), samt en høyere grad

av emosjonell dysregulering (Christoffersen et al., 2015). Flere studier har også utpekt trekk som impulsivitet (Hay & Meldrum, 2010; Madge et al., 2008; Stanford et al., 2017), og det å være risikotakende (Messer & Fremouw, 2008; Nock & Prinstein, 2004) og spenningssøkende (Skegg, 2005).

Andre psykologiske faktorer kan være nedsatt evne til beslutningstaking (Skegg, 2005) og problemløsning, hvor individer som selvskader virker å bruke mer unnvikelsesstrategier enn individer som ikke selvskader (Andover, Pepper, & Gibb, 2007). Evne til problemløsning kan ytterligere bli utfordret ved tilstedeværelsen av impulsivitet, infleksibel tenkning, håpløshet, motvilje til selvavsløring, mangel på positiv og fremtidsrettet tenkning, samt en tendens til å huske tidligere hendelser på en overordnet måte fremfor å huske spesifikke hendelser (Skegg, 2005). Lav mestringstillit synes også å være en faktor assosiert med personer som selvskader (Fliege et al., 2009).

## **Familie og sosiale faktorer**

Å vokse opp i et miljø hvor det er utfordrende å danne seg tillitsfulle og omsorgsfulle relasjoner kan være en prediktor for senere selvdestruktive mønstre (Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017b). Man har sett at vansker i barndom og familie som ekteskapelige konflikter (Evans et al., 2004), psykopatologi hos foreldrene (Sourander et al., 2006) og maladaptiv foreldrestil i form av for eksempel mye kritikk (Yates, Tracy, & Luthar, 2008), lite omsorg og støtte (Tschan, Schmid, & In-Albon, 2015) og dårlig grensesetting (Evans et al., 2004), er faktorer assosiert med selvskading. I tillegg har man støtte for faktorene dårlig tilknytning (Gratz, 2003; Gratz & Chapman, 2007) eller dårlig relasjon til foreldrene (Bureau et al., 2010; Sourander et al., 2006), tidlig eller forlenget separasjon fra foreldrene (Gratz, 2003; Messer & Fremouw, 2008), det å bo med bare én forelder (Sourander et al., 2006) og lite familiesamhold (Brausch & Gutierrez, 2010). Interpersonlig konflikt er en faktor man har assosiert med selvskading i studier gjort i både europeiske og ikke-europeiske land, og man har for eksempel sett i en svensk studie at blant individer som hadde selvskadet var det få som hadde velfungerende relasjoner (Skegg, 2005). I tillegg har man knyttet sosial isolasjon (Nock & Prinstein, 2004) og ensomhet (Messer & Fremouw, 2008) opp mot selvskading. I noen tilfeller kan assosiasjonen komme av at selvskading ofte vekker negative reaksjoner hos andre mennesker, slik at det faktisk kan bidra til at individet blir isolert (Gratz, 2003). Samtidig har man sett at tilstedeværelsen av selvskadingsatferd kan opptre i grupper av individer (Skegg,



2005), og at det å bli eksponert for andre sin selvskadingsadferd er assosiert med selvskading blant ungdom (Nock & Prinstein, 2005). En sterk predikerende faktor for om ungdom selvskader, er faktisk at jevnaldrende nylig har skadet seg selv (Øverland, 2006, p. 33).

En forklaring på dette kan være at sårbare individer trekker seg til hverandre, og dermed har felles stressorer slik at selvskading blir en respons til en felles stressende hendelse (Hawton et al., 2012). En annen forklaring tar utgangspunkt i Banduras sosiale læringsteori, hvor andre sin selvskadingsatferd fungerer som en atferdsmodell for sårbare individer (Nock, 2009), og dermed øker sannsynligheten for at selvskadingstanker blir oversatt til handling (Hawton et al., 2012). Det at mange individer som selvskader forteller at de først lærte om selvskading fra venner, familie og media kan gi støtte til denne forklaringen (Nock, 2009). I tillegg har man funnet at rapportering av selvmordsatferd i media kan ha assosiasjoner til suicid og selvskading (Hawton et al., 2012). Samtidig har det vært en økning i fremstilling av selvskading i filmer, sanger, trykte medier og internett i de senere tiår som kan forklare hvorfor atferden tilsynelatende har fått økt utbredelse (Nock, 2009). Et viktig spørsmål blir da hvilken potensiell effekt nye medier kan ha (Hawton et al., 2012), og da kanskje spesielt med tanke på sosiale medier som Facebook, Snapchat og Instagram hvor et hvilket som helst individ i utgangspunktet kan spre informasjon raskt og i et stort omfang. Når selvskadingsatferden først har debutert hos et individ, kan den bli opprettholdt gjennom operant betingning ved at atferden blir negativt eller positivt forsterket (Nock, 2009).

## **Negative livshendelser**

Å bli eksponert for negative livshendelser er en nøkkelfaktor assosiert med selvskading (Hawton et al., 2012). I tillegg har man funn som viser at individer som selvskader rapporterer om flere stressende livshendelser enn de som opplever selvdestruktive tanker, men uten å handle på dem (Hawton et al., 2012). Et eksempel på slike hendelser kan være interpersonlige konflikter eller relasjonsbrudd (Skegg, 2005). I tillegg er hendelser som seksuelle overgrep (Mossige et al., 2014), fysisk mishandling (Evans et al., 2004; Polk & Liss, 2007), emosjonell mishandling (Fliege et al., 2009; Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock, 2007; Polk & Liss, 2007) og andre konflikter i hjemmet som at moren blir utsatt for vold, assosiert med forekomsten av selvskading (Skegg, 2005).

Mishandling opptrer vanligvis ikke som en isolert faktor, men observeres ofte sammen med andre vanskeligheter (Jones, 2008). Derfor skriver Skegg (2005) at det kan være utfordrende å

isolere de viktigste faktorene assosiert med selvskading. For eksempel ble det funnet i en studie at å være vitne til fysisk mishandling hos foreldrene var noe som forekom oftere hos ungdom som selvskadet sammenlignet med ungdom som ikke gjorde det. Når det derimot ble kontrollert for psykiske vansker og kontekstuelle variabler, som for eksempel den økonomiske statusen hjemme, var ikke lenger det å være vitne til fysisk mishandling hos foreldrene et signifikant funn (Mossige et al., 2014). Forholdet mellom barndomstraumer og selvskading har allikevel vært et gjennomgående funn i litteraturen, og av de forskjellige typene barndomstraumer er det kanskje seksuelle overgrep i barndommen som har et sterkest forhold til selvskading (Gratz, 2003; Yates, 2004). Det sterke forholdet har man kunnet finne i en rekke forskjellige land (Huang & Mossige, 2015), og kan muligens komme av at opplevelsen øker sårbarheten for psykiske lidelser og livshendelser (Skegg, 2005). Dette er i samsvar med Mossige et al. (2014) sin studie at selv etter å ha kontrollert for psykiske vansker og kontekstuelle variabler var det å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep assosiert med selvskading. Fliege et al. (2009) påpeker derimot en annen svakhet ved litteraturen at mange studier undersøker disse episodene retrospektivt, og derfor er sårbare for "recall bias", slik at de biografiske hendelsene blir under- eller overrapportert. Dette kan da by på utfordringer når det kommer til å vurdere hvor sterk relasjonen mellom selvskading og forskjellige former for barndomstraumer faktisk er. I tillegg virker det å være en kjønnsforskjell i hvordan forskjellige former for barndomstraumer kan predisponere for selvskading (Gratz & Chapman, 2007).

Man har funnet en assosiasjon mellom selvskading og mobbing (Huang & Mossige, 2015), og at det gjelder både ved tradisjonell mobbing og nettmobbing (Hay & Meldrum, 2010). I en studie som så på relasjonen mellom selvskading og forskjellige former for overgrep og mishandling, var et av funnene at det å bli verbalt mobbet av jevnaldrende var den formen for mishandling som hadde sterkest relasjon til selvskading (Mossige et al., 2014). Dette kan ha sammenheng med at relasjoner til jevnaldrende er svært viktig for ungdom (Fortune, Sinclair, & Hawton, 2008; Hay & Meldrum, 2010).

## **Beskyttelsesfaktorer**

Et beslektet begrep til beskyttelsesfaktorer kan være resiliens, som betegner prosesser som gjør at et barns utvikling får et positivt utfall, tross erfaringer som innebærer en risiko for utviklingen av problemer eller avvik (Borge, 2010). Resiliens innebærer altså mer enn

egenskapene man finner hos barnet eller i miljøet, men legger også vekt på det komplekse samspillet mellom mennesket og omgivelsene (Borge, 2010). Fordi jeg fokuserer mer på egenskapene fremfor prosessen, har jeg derfor valgt å bruke begrepet beskyttelsesfaktorer fremfor resiliens. Sammenlignet med faktorer man assosierer med forekomsten av selvskading, har man i mindre grad sett på beskyttelsesfaktorer (Huang & Mossige, 2015). Noen ganger er en beskyttelsesfaktor det omvendte av en risikofaktor (Møhl, 2015, p. 123), mens andre ganger er ikke dette tilfellet (Skegg, 2005). Et eksempel på det førstnevnte er at en sårbar og ustabil mentaliseringsevne kan øke risikoen for selvskading, mens en god og stabil mentaliseringsevne kan være beskyttende (Møhl, 2015, p. 123). Et eksempel på det sistnevnte kan være at sammenlignet med individer som ikke selvskader, bruker individer som selvskader oftere maladaptive håndteringsstrategier som unnvikelse (Andover et al., 2007). I den samme studien fant de allikevel at for menn, var det ingen forskjeller mellom de som hadde selvskadet og de som ikke hadde selvskadet når det gjaldt bruken av adaptive håndteringsstrategier som å søke sosial støtte.

For barn, kan intrapsyriske beskyttelsesfaktorer være at det føler seg nyttig, får og tar ansvar og har en evne til å mestre motgang (Øverland, 2006, p. 44). Noen viktige karakteristikk kan være selvkontroll (Hay & Meldrum, 2010), ferdigheter i problemløsning, samt selvtillit ettersom det kan gi trygghet til å lære og prøve ut nye ferdigheter (Øverland, 2006, p. 44). I tillegg har man sett at karakteristikk som kan redusere effekten av negative hendelser kan beskytte mot selvskading, som for eksempel høy selvfølelse (Fliege et al., 2009) og optimisme (Skegg, 2005). Det sistnevnte kan gjelde spesielt for jenter (Hawton et al., 2012).

Blant beskyttende faktorer man finner i omgivelsene er det godt dokumentert at en trygg omsorgsperson er avgjørende for et barns psykiske modning og trygghet (Øverland, 2006, p. 44). For ungdom kan det å ha minst en fortrolig person i livet sitt, enten det er en slektning eller annen trygg voksen, være en beskyttelsesfaktor, ettersom en slik person både kan skape trygghet og være en rollemodell for hvordan en kan møte på utfordringer (Øverland, 2006). Det har blitt fremhevet at relasjonene til familie, men også jevnaldrende, er svært viktig for ungdom, og at gode relasjoner til nettopp foreldre, jevnaldrende og venner kan fungere som beskyttende mot selvskading (Hay & Meldrum, 2010; Yip, 2005). Som støtte til dette har man funnet at god kommunikasjon blant familiemedlemmer og det å bli forstått av dem, og det å involvere seg i familieaktiviteter kan fungere som beskyttende (Evans et al., 2004). Det er funnet støtte for at en autoritativ foreldrestil kjennetegnet ved involvering i barnets liv,

rimelig grensesetting og varmt og respekterende samspill kan beskytte mot selvskading (Hay & Meldrum, 2010). Derimot har man ikke funnet en beskyttende effekt av å ha en god relasjon til jevnaldrende (Evans et al., 2004).

## 1.4.2 Forståelse av selvskading

### Affektregulering, selvstraff og dissosiasjon

Individer som selvskader rapporterer ofte om flere funksjoner for selvskading som gjeldende for dem (Madge et al., 2008). Dette gjelder både i kvantitative og kvalitative studier (Edmondson et al., 2016). Fordi individer som selvskader er en heterogen gruppe kan det være vanskelig å trekke konklusjoner som kan generaliseres til hele gruppen (Zlotnick et al., 1996). Når det gjelder selvskadingens funksjon har man allikevel et mønster av funn som ofte går igjen i selvrapporteringsstudier (Klonsky, 2007). Funksjoner som ofte blir beskrevet er affektregulering, selvstraff, dissosiasjon, interpersonlig påvirkning, interpersonlige grenser, forhindring av selvmord og spenningssøking (Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017a). Styrken på den empiriske støtten for hver av disse syv funksjonene synes å være konsistent uavhengig av type utvalg (Klonsky, 2007). Det vil si at man ser samme type mønster enten utvalget for eksempel har vært klinisk/ikke-klinisk, menn/kvinner eller ungdom/voksen (Klonsky, 2007). For eksempel har selvskading som en måte å forhindre selvmord, eller som en form for spenningssøking konsistent hatt lite støtte i empiriske funn (Edmondson et al., 2016; Klonsky, 2007).

En funksjon som derimot har fått mye empirisk støtte både i kvantitative og kvalitative studier har vært affektregulering (Edmondson et al., 2016; Klonsky, 2007; Madge et al., 2008; Polk & Liss, 2007). Nøyaktig hva slags mekanismer som ligger bak en slik funksjon er ikke kjent, men det er noe støtte for at individer opplever negativ affekt i forkant av selvskadingen, og at handlingen er assosiert med en reduksjon av denne (Andover et al., 2007). For noen kan denne effekten være til stede selv om de bare forestiller seg handlingen (Nock & Prinstein, 2004). Selvskading kan da ses på som en strategi for å lette på negativ affekt, som så blir opprettholdt gjennom operant betinging ved at reduksjon av psykisk smerte gir en negativ forsterkning av handlingen (Nock, 2009; Yates, 2004). Eksempler på affektregulering kan være når individene oppgir et ønske om å "kontrollere tankekjør", "å føle seg avslappet" og "å føle seg mindre deprimert" (Klonsky, 2007). En vanlig side ved denne funksjonen er

preferansen for å håndtere fysisk fremfor emosjonell smerte (Edmondson et al., 2016; Paivio & McCulloch, 2004) eller det å kunne distrahere seg (Paivio & McCulloch, 2004).

Selvskading som en form for selvstraff kan tyde på at atferden er et uttrykk for sinne (Polk & Liss, 2007) eller selvhat (Gratz, 2003), som er karakteristikk man ofte ser hos individer som selvskader (Klonsky, 2007). Selvskading kan være noe de "fortjener", fordi individet opplever seg selv som verdiløs eller "defekt" (Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017a). Dette er en funksjon som har fått moderat empirisk støtte (Edmondson et al., 2016), men det er en diskrepans i at noen studier har sterke funn, mens andre studier finner svakere støtte for funksjonen (Klonsky, 2007). Diskrepansen kan reflektere at individer som selvskader kan rangere de ulike funksjonene som primære og sekundære, slik at selv om mange bekrefter selvstraff som funksjon er det færre som tenker på det som en primærfunksjon (Klonsky, 2007). Som nevnt melder individer som selvskader ofte om at de opplever at selvskadingen har flere ulike funksjoner.

Selvskading har noen ganger blitt karakterisert som et forsøk på å gjenvinne en opplevelse av et selv, eller å være levende, etter perioder med dissosiasjon eller depersonalisering (Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017b). Episoder med dissosiative eller depersonaliserende symptomer kan komme som følge av den intense affekten som individer som selvskader opplever, og det kan tenkes at selvskading, gjennom sjokket fra handlingen, kan bidra til å avbryte slike episoder (Klonsky, 2007). For eksempel har det i noen kvalitative studier blitt rapportert påstander som "I feel numb – physically and emotionally. I can't feel my own skin. [after self-harming] I can physically feel again. My senses come back. I get a surge of energy and regain sensation." (Edmondson et al., 2016, p. 112) En slik funksjon har også blitt karakterisert som følellesproduksjon ("feeling generation"), hvor individer som ikke føler noe, eller har en uvirkelighetsfølelse, bruker selvskading for å produsere affekt, og dermed føle seg levende eller virkelig igjen (Klonsky, 2007; Polk & Liss, 2007). Studier som har sett på selvskading som et tiltak mot dissosiative symptomer har gitt blandede resultater, og ved en studie ble det rapportert at dissosiative symptomer økte under selvskadingen fremfor i forkant (Klonsky, 2007). Dette kan derimot støtte opp en annen måte å se på selvskading og dissosiasjon på, hvor målet er å fremkalle dissosiative symptomer fremfor å redusere dem. Noen ungdommer forteller for eksempel at de kutter seg selv for å oppnå en annen sinnstilstand, gjennom påstander som "produce a feeling of numbness when my feelings are too strong" (Edmondson et al., 2016, p. 112), og det er typisk at selvskading kan

ledsages av eller forårsake en endret virkelighetsoppfattelse (Øverland, 2006, pp. 74-75). Forholdet selvskading har til dissosiasjon kan da være flere, og tilsynelatende motstridende ved at man kan selvskade både for å fremme eller redusere en dissosiativ tilstand. Når man inkluderte selvskading som en måte å fremme dissosiative symptomer, fant Edmondson et al. (2016) i deres litteraturgjennomgang at det var støtte for en sammenheng mellom dissosiasjon og selvskading i 48% av de kvantitative studiene og 38% av de kvalitative studiene.

Selv om funksjonene ved selvskading så langt har blitt presentert som separate fra hverandre, reflekterer ikke dette nødvendigvis virkeligheten. Ikke bare kan forskjellige funksjoner forekomme sammen, men ved noen tilfeller kan det i noe grad være et konseptuelt overlapp, og at funksjonene beskriver forskjellige sider av samme fenomen (Klonsky, 2007). For eksempel argumenterer Edmondson et al. (2016, p. 113) for en egen funksjon hvor selvskading i noen tilfeller handler om å beskytte andre mennesker, gjennom rapporterte utsagn som "It's like I can get angry at times, and when I do it [self-harm], it releases that anger a little bit. I'd rather do it to myself than hurting somebody else." I mange studier ses allikevel dette på som en form for affektregulering, og å være sint på andre mennesker er en affekttilstand som ofte er rapportert i forkant av selvskading (Klonsky, 2007). På samme måte kan selvstraff være en måte å regulere sinne mot seg selv på, samtidig som selvfokusert sinne bare er ett aspekt ved denne funksjonen. En annen affekttilstand som ofte er beskrevet i forkant av selvskading er "tomhet" (Klonsky, 2007). Selvskading og affektregulering ser ut til å ofte komme av et ønske om å nedregulere uønskede følelser, men følelserproduksjon kan kanskje være en annen side ved dette, hvor ønsket heller handler om å oppregulere ønskede følelser. Sett på den måten vil det også være overlapp mellom dissosiasjon og affektregulering. Ettersom funksjonene muligens kan overlappe med hverandre, er det kanskje heller ikke alltid hensiktsmessig å trekke klare grenser mellom dem i klinisk praksis, samtidig som det å separere dem kan gjøre det enklere å undersøke dem empirisk. En annen måte å se overlappet mellom funksjonene på kan være at de på et mer overordnet nivå kan ses på som samme type funksjon. Nock og Prinstein (2004) har foreslått en funksjonell modell hvor selvskadingen har fire hovedfunksjoner som går langs to dimensjoner: automatisk/sosial og positiv/negativ forsterkning, hvor man med automatisk mener intrapersonlige funksjoner. Ifølge denne modellen vil da for eksempel både affektregulering og selvstraff grupperes sammen som en funksjon med automatisk-negativ forsterkning, fordi begge innebærer å fjerne eller redusere en uønsket indre tilstand.

## Et utviklingspsykopatologisk perspektiv

Det at affektregulering kan overlape med selvstraff og dissosiasjon kan muligens ha sammenheng med hvordan disse funksjonene kan forstås å springe ut fra samme etiologiske faktorer. En vanlig måte å forstå utviklingen av selvskading på er gjennom bruken av en sårbarhets-stress-modell (Evans et al., 2004). Man tenker da at risikoen for selvskading er forhøyet hos noen individer pga. tilstedeværelsen av sårbarhetsfaktorer, som kan deles videre i distale og proksimale faktorer (Møhl, 2015, p. 110). Inndelingen blir ofte forklart gjennom bruken av en tidslinje, hvor distale faktorer er de som oppstår tidligere i livet hos et individ, mens proksimale faktorer ligger nærmere nåtiden og tidsmessig nærmere de utfordringene man er interessert i (Fliege et al., 2009). I dette tilfellet er utfordringene selvskading. Videre er det tenkt at distale faktorer har en mer indirekte påvirkning på utfordringene, mens de proksimale faktorene har en mer direkte påvirkning (Fliege et al., 2009). For eksempel kan det være tilfellet at distale faktorer som genetisk disposisjon fører til tilstedeværelsen av proksimale faktorer, i form av mer generelle psykiske vansker som lav stressterskel (Nock, 2009). Når individet så opplever en utløsende faktor i form av for eksempel en negativ livshendelse, vil dette i samspill med proksimale sårbarhetsfaktorer som lav stressterskel, og mer selvskadingsspesifikke faktorer som for eksempel sosial læring, gjøre individene mer tilbøyelig for å håndtere hendelsen på en uhensiktsmessig måte, som for eksempel selvskading (Nock, 2009). Med selvskadingsspesifikke faktorer mener man de faktorene som kan forklare hvorfor sårbare individer tyr til akkurat selvskading (Nock, 2009).

En form for en sårbarhets-stress-modell som kan være spesielt nyttig for å forstå selvskading, kan være å vektlegge et utviklingspsykopatologisk perspektiv<sup>1</sup>, hvor man forsøker å forklare psykopatologi ut fra utviklingshistorien til et individ (Tetzchner, 2012, p. 38). Innenfor et slikt perspektiv tenker man at gode omsorgsgivere vil kunne spille en sentral rolle i å hjelpe barnet med å regulere både affekt og atferd (Paivio & McCulloch, 2004). Foreldrestil blir derfor et viktig tema, og kan bli ansett som en distal faktor i forbindelse med utviklingen av selvskading. Hvordan barnet blir møtt av sine omsorgsgivere, vil kunne danne en ramme for barnets utvikling av sin egen selvopplevelse, forventninger til andre, evne til å danne seg gode relasjoner, samt evne til selvregulering av affekt (Yates, 2004). I et oppvekstmiljø preget av varme, støtte og responderende omsorgsgivere vil barnet kunne danne seg positive bilder av både andre og til selvet, og hvor barnet opplever at det er verdt andres omsorg og støtte, og er

---

<sup>1</sup> S. Mossige: Utviklingspsykopatologi. Forelesning ved Psykologisk institutt, Universitet i Oslo (17.08.2017).

i stand til å fremkalle dette hos andre (Yates, 2004). Derimot kan et barn som vokser opp i et invaderende, fiendtlig, avvissende eller lite responderende oppvekstmiljø utvikle proksimale sårbarhetsfaktorer som et negativt bilde av andre og til selvet ved at barnet over tid kan lære å møte seg selv med nettopp fiendtlighet og kritikk, og at det ikke er verdt andres omsorg (Yates, 2004). Dette kan være grunnlaget for selvhatet man kan se hos individer som selvskader, og bidra til å forklare den selvstraffende funksjonen selvskading kan ha. I tillegg kan de dissosiative symptomene man ofte finner i forbindelse med selvskading, være en forsvarsmekanisme barnet har hatt i møte med vonde opplevelser i barndommen (Yates, 2004), som har vedvart.

Når det kommer til affektregulering har det blitt løftet fram at måten omsorgsgivere er oppmerksomme på og responderer på barnets emosjonelle behov, er viktig for at barnet skal lære seg hvordan det kan trøste og regulere seg selv affektivt (Paivio & McCulloch, 2004). Når barn er i den tidlige spedbarnsalderen, er ikke de kognitive og nevrologiske forutsetningene til stede for at de skal kunne klare å regulere sine emosjoner på egenhånd (Tetzchner, 2012, p. 475). Ettersom det er i familien at barn får sine første emosjonelle erfaringer, har derfor familiens emosjonelle klima og den måten foreldre forholder seg emosjonelt til hverandre, til barnet og til andre på, betydning for barnets emosjonelle utvikling (Roberts & Strayer, 1987; Tetzchner, 2012, p. 488). Barn trenger hjelp både med å roe seg ned, men etter hvert også lære seg hvordan de kan gjøre dette på egenhånd (Paivio & McCulloch, 2004; Tetzchner, 2012, p. 475). Dette er en prosess som allerede begynner ved fødselen, ved at foreldrene er sensitive til barnas signaler og gir dem trøst (Tetzchner, 2012, p. 475). Et barns første emosjonsregulering er derfor i stor grad et samarbeid med voksne, og det er antatt at foreldrenes sensitivitet og reaksjoner på barnets emosjonelle uttrykk har betydning for hvordan barna håndterer sine emosjoner, og former deres følelser for seg selv og andre (Tetzchner, 2012, pp. 483, 488).

I miljøer som kan bli betegnet som invalidiserende, hvor barnets følelser og opplevelser ikke blir tilstrekkelig speilet eller validert, men i stedet blir mistolket, trivialisert, straffet eller latterliggjort, kan dette øke risikoen for en mistilpasning som fører til proksimale sårbarhetsfaktorer som svekkede kognitive, interpersonlige og affektive ferdigheter, som i sin tur kan øke risikoen for selvskading (Gratz, 2006; Møhl, 2015, pp. 117, 163-164; Swannell et al., 2012). Om barnet blir møtt med slike upassende reaksjoner, kan konsekvensen være at det ikke gjenkjenner seg selv i omgivelsenes reaksjoner (Møhl, 2015, pp. 163-164). Det kan



derfor være at det ikke lærer å stole på egne følelser, slik at det verken klarer å gi uttrykk for dem, regulere dem på en hensiktsmessig måte (Møhl, 2015, pp. 163-164), eller i det hele tatt ha kapasiteten til å være oppmerksomme på og å kunne identifisere emosjonelle opplevelser (Paivio & McCulloch, 2004). En konsekvens av at barn ikke får hjelp fra voksne til å regulere affekt, kan derfor være at barnet opplever ubehag og blir emosjonelt desorganisert (Tetzchner, 2012, p. 475). Selvskading kan i en slik kontekst forstås som en måte å regulere affekt på fordi individet ikke har lært noen andre strategier (Polk & Liss, 2007). Med andre ord kan selvskading ses på som en kompenseringstrategi for svekkede affektive ferdigheter.

## **Relasjonsvansker**

I en utviklingspsykopatologisk modell løftes det fram at en positiv utvikling og tilpasning tidligere i barndommen øker sjansen for at påfølgende utviklingsprosesser fortsetter i en normal og positiv retning (Yates, 2004). Ved en mistilpasning derimot, altså et avvik fra normal tilpasning, vil dette kunne føre til at de påfølgende utviklingsprosessene blir forstyrret (Yates, 2004). Om barnet som en følge av oppveksten har utviklet negative bilder av andre, kan det tenkes at det vil minke sannsynligheten for senere gode relasjoner for eksempel ved at barnet generelt vil føle mistillit til andre mennesker. En annen konsekvens av ugunstige oppvekstbetingelser, kan være at barnet som følge av den negative interaksjonen med omsorgsgiver, utvikler svekkede relasjonelle ferdigheter fordi det ikke får noen erfaring med hvordan man effektivt samhandler med andre mennesker. For eksempel har man sett at barn som tidligere har opplevd mishandling selv ofte kan være invaderende, aggressive og lite sensitive til sosiale normer i relasjoner med jevnaldrende (Yates, 2004). Den lave relasjonelle kompetansen kan belyse tilstedeværelsen av sosial isolasjon og ensomhet hos individer som selvskader. I tillegg kan lav relasjonell kompetanse bidra til forståelsen av selvskading som en kompenseringstrategi, hvor en av mekanismene bak kan bli forklart av sosial signaliseringshypotesen. Ifølge denne hypotesen blir selvskading brukt som en form for kommunikasjon når mindre intense kommunikasjonsformer som å snakke eller skrike, ikke har gitt en ønsket respons (Nock, 2009). Hos dyr har man sett at signaliserende atferd som er kostbar å gjennomføre, har en større overbevisende effekt på andre dyr (Nock, 2009). Hvis man oversetter dette til å gjelde menneskelig atferd, kan det tenkes at selvskading, som er kostbar for individet å utføre, vil øke sannsynligheten for at vedkommende får en ønsket respons (Nock, 2009). Dette kan danne noe av det teoretiske grunnlaget for interpersonlig

påvirkning som en av selvskadingens funksjoner, som historisk sett er den funksjonen som er mest assosiert med selvskading (Gratz, 2003).

Samtidig kan det virke som det ikke er så mye empirisk støtte som underbygger interpersonlig påvirkning som en viktig funksjon ved selvskading. I Klonsky (2007) sin gjennomgåelse av ni studier som hadde sett på interpersonlig påvirkning som funksjon var det bare én studie det ble funnet sterk støtte. Forhold som kan tale mot en slik funksjon kan være at nettopp fordi individer som selvskader som nevnt kan oppleve en høyere grad av sosial isolasjon, vil de dermed ha mindre muligheter for interpersonlig påvirkning (Nock & Prinstein, 2004). I tillegg er det mange individer som selvskader som velger å skjule dette for andre mennesker (Gratz, 2003). Derimot fant Edmondson et al. (2016) i sin gjennomgang av litteraturen støtte for interpersonlig påvirkning i 87% av de kvantitative studiene, og 56% av de kvalitative studiene de gjennomgikk. Den tilsynelatende diskrepansen kan komme av at Edmondson et al. bare rapporterte om det ble funnet støtte for interpersonlig påvirkning, uten at de skriver noe om hva styrken på funnene var i studiene. Interpersonlig påvirkning kan da være en funksjon som man ofte kan finne noe støtte for i et utvalg, uten at styrken på funnene nødvendigvis er så sterke. Allikevel, ved at det er noe støtte for interpersonlige funksjoner, gir dette grunn til at venneforholdene til de som selvskader er noe som kan bli sett på videre.

### **Interpersonlige grenser og opplevelse av kropp**

Fordi selvskading innebærer skade på egen kropp, har det vært interesse i litteraturen knyttet til sammenhengen mellom selvskading og en patologisk kroppsopplevelse (Brausch & Muehlenkamp, 2007; Muehlenkamp & Brausch, 2012; Orbach, 1996; Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017b). Et eksempel på dette kan være når man har forsøkt å forstå selvskading som en måte for individet å trekke interpersonlige grenser. Denne forståelsen bygger på at individer som selvskader kan tenkes å ha et forvridd kroppsilde (Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017b), hvor de har vansker med å trekke en grense mellom selvet og andre (Suyemoto, 1998). Når de opplever en avvisning fra eller tap av andre, vil denne mangelen på interpersonlige grenser bli opplevd som et tap av selvet (Suyemoto, 1998). Dette tapet av selvet kan så bli håndtert ved at individet gjennom selvskading bekrefter selvet, fordi huden er den mest grunnleggende grensen mellom en selv og andre (Suyemoto, 1998). Akkurat som ved de andre funksjonene ved selvskading, kan disse utfordringene med kroppsilde og manglende følelse av selvet stamme fra barndommen.

Utfordringene med å skille mellom selvet og andre kan for eksempel komme som en følge av at tilknytningen til omsorgspersonen ikke var trygg nok, eller som følge av en mangel på empati hos foreldrene (Suyemoto, 1998). Det har allikevel vært lite empirisk støtte til at selvskading har som funksjon å trekke interpersonlige grenser (Edmondson et al., 2016; Klonsky, 2007). Det kan derimot være at denne funksjonen til dels overlapper med selvskading som et tiltak mot dissosiasjon, ettersom selvskading da også forstås som en måte å gjenvinne en selvopplevelse på.

En annen tilnærming til selvskading og kroppen legger større fokus på utviklingen av et godt kroppsbilde under ungdomstiden. Ungdom er i en utviklingsfase hvor nettopp kroppen blir et fokus, og utseende blir viktig (Muehlenkamp & Brausch, 2012; Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017b). Utfordringer knyttet til pubertet og seksualitet påvirker hvordan man opplever ens kropp, og å akseptere dens naturlige forandringer er viktig for å bygge opp et stabilt kroppsbilde (Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017b). Akkurat som ved dannelsen av relasjonsferdigheter, kan det å akseptere kroppens forandringer være en utviklingsprosess som blir forstyrret av tidligere mistilpasning. For eksempel kan det tenkes at et barn som allerede har lært å møte seg selv med fiendtlighet og kritikk vil ha større utfordringer med å akseptere de kroppslige forandringene. Et negativt selvbilde som stammer fra barndommen trenger ikke nødvendigvis å være begrenset til opplevelsen av de psykologiske sidene ved en selv, men kan i en slik forståelse også innebære det fysiske. Samtidig kan påvirkningen gå motsatt vei; at et individs selvfølelse i stor grad blir påvirket av hvordan de opplever sin egen kropp (Brausch & Muehlenkamp, 2007), slik at kroppsbilde og deres opplevelse av selvet er i et gjensidig påvirkende forhold. Støtte for at kroppsbilde er en faktor som er verdt å rette mer oppmerksomhet mot finner man blant annet i en studie som undersøkte korrelasjonen mellom negativt kroppsbilde og forskjellige funksjoner for selvskading. I den assosiasjonen man så mellom kroppsbilde og selvstraff, ble dette satt i sammenheng med at negative følelser mot kroppen rettferdiggjør å straffe den (Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017a). I tillegg var et funn fra en studie som undersøkte pasienter med bulimia nervosa at mindre kroppstilfredshet var en faktor som skilte mellom de som selvskadet og ikke selvskadet (Anderson et al., 2002). Samtidig pekte forfatterne ut at en mulig forklaring for dette var tilstedeværelsen av en komorbid depresjon, som kan ha bidratt til høyere grad av negative følelser mot en selv. På den annen side så Muehlenkamp og Brausch (2012) i deres studie at det derimot var kroppsbilde som medierte forholdet mellom negativ affekt og selvskading, i et blandet utvalg som bestod av både kliniske og ikke-kliniske deltagere. Basert på de få studiene som har

inkludert kroppsbilde som en variabel, virker det derfor som at dette er en faktor som er verdt å undersøke videre.

## 1.5 Forskningsspørsmål

I de ulike måtene å forstå selvskading på som denne oppgaven har gjennomgått, har en rød tråd vært negative oppvekstbetingelser og hvordan de mulige konsekvensene av dette kan være opplevde mangler eller utfordringer hos individet. Selvskading kan da forstås å være strategier for kompensering eller håndtering. Dette kan reflektere hvordan mye av den empiriske litteraturen legger vekt på hvordan barndomsopplevelser kan være assosiert med utviklingen av selvskading (Gratz, 2003). I den teoretiske litteraturen har det blitt løftet fram mer spesifikt at det er barndomsopplevelser knyttet til familie som har en større sannsynlighet for å være assosiert med selvskading, som det å ha en dysfunksjonell familiebakgrunn (Gratz, 2006). Empirisk har dette blitt støttet opp av at familiefaktorer som vansker i forelder-barnrelasjonen (Gratz et al., 2002; Sourander et al., 2006), maladaptiv foreldrestil (Evans et al., 2004; Tschan et al., 2015; Yates et al., 2008) og lite familiesamhold (Brausch & Gutierrez, 2010) er assosiert med selvskading. Når man har vendt oppmerksomheten mot barndomsopplevelser, virker det allikevel som at fokuset har vært på barndomstraumer som seksuelle overgrep, fysisk og emosjonell mishandling (Gratz, 2006). Det synes derfor å være noe mindre klart hvor sterk forbindelsen mellom selvskading og negative oppvekstbetingelser er, når dette ikke involverer mer traumatiske opplevelser. Dette kan spesielt være tilfellet i normalpopulasjonen, ettersom mye av den tilgjengelige empirien på selvskading kommer fra psykiatriske utvalg (Gratz, 2006; Polk & Liss, 2007), hvor kvinner i tillegg enten har vært et fokus (Gratz, 2003; Gratz & Chapman, 2007) eller vært overrepresentert (Yates, 2004). En konsekvens av dette kan være at vår forståelse av selvskading blir begrenset. Et av spørsmålene som har blitt valgt som fokus i denne oppgaven, er derfor om det er noen forskjell mellom ungdom som har selvskadet og ungdom som ikke har selvskadet, når det kommer til opplevd foreldrestil, når begge gruppene tilhører normalpopulasjonen. Oppgaven vil derfor også se på faktoren familiesamhold. Dette sistnevnte er i tillegg en beskyttelsesfaktor, som er noe det har vært mindre fokus på i empirien, sammenlignet med fokuset det har vært på risikofaktorer (Huang & Mossige, 2015).

I oppgaven ønsker jeg også å se på noen faktorer som kan være en mulig konsekvens av negative oppvekstbetingelser. En av disse er om det er noen gruppeforskjeller på størrelsen av

vennekretsen. Dette fokuset er valgt på bakgrunn av at i tillegg til relasjoner til familie, er relasjoner til jevnaldrende noe som har blitt fremhevet som viktige for ungdom (Fortune et al., 2008; Hay & Meldrum, 2010; Øverland, 2006, p. 44). Samtidig tyder empiriske funn på at nettopp relasjoner til andre er noe som ungdom som selvskader har utfordringer med, ved at de ofte har interpersonlige vansker (Nock, 2009), med blant annet sosial isolasjon (Nock & Prinstein, 2004) og ensomhet (Messer & Fremouw, 2008) som eksempler. Det kan også være at selv når de har venner, er ikke det nødvendigvis snakk om en nær kontakt. En annen faktor jeg har valgt som kan ha sammenheng med oppveksten er kroppsbilde. Selv om det har vært skrevet noe om hvordan individer som selvskader kan oppleve ens fysiske seg, for eksempel gjennom hvordan en oppfatter ens eget utseende og kropp (Orbach, 1996; Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017b; Yates, 2004), virker dette å være et område hvor det har vært nokså lite empirisk fokus (Brausch & Gutierrez, 2010; Muehlenkamp & Brausch, 2012) på tross av at den tilgjengelige empirien tyder på at dette kan være en viktig faktor. Til slutt ønsker jeg å se på faktoren psykiske vansker, mer spesifikt angst og depressive plager. Selv om disse plagene ikke har blitt løftet fram eksplisitt i gjennomgangen av forståelsesmåter, kan slike vansker være en måte negative oppvekstbetingelser oversettes til selvskading på. Det virker dessuten å være et konsistent funn at individer som selvskader opplever en høyere grad av psykiske vansker.

Selv om dette alle er faktorer som allerede har blitt undersøkt tidligere, kan det være nytteverdi i å undersøke dem på nytt, på grunnlag av at utvalget som oppgaven baserer seg på er en normalpopulasjon. Ettersom utvalget er omfattende og inkluderer deltagere fra hele landet, kan det tenkes å være en god representasjon av ungdom på videregående skole. Så vidt jeg vet, har heller ikke alle de valgte faktorene og forholdene mellom dem blitt sett under ett før. Oppsummert ønsker jeg i første omgang å undersøke i en normalpopulasjon om det er gruppeforskjeller mellom ungdom som har selvskadet og som ikke har selvskadet, på faktorene opplevd foreldrestil, familiesamhold, antall venner, kroppsbilde og psykiske vansker. Ettersom disse faktorene teoretisk kan ha sammenheng med hverandre, ønsker jeg så å undersøke om hver av faktorene vil ha et unikt bidrag i å predikere selvskading, når effekten av de andre faktorene kontrolleres for.

## 2 Metode

### 2.1 Utvalg og demografi

Datagrunnlaget som denne oppgaven bygger på ble innhentet som en del av Longitudinell ungdomsundersøkelse om vold og overgrep (LUVO), som ble gjennomført av NOVA i 2007 på norske videregående skoler. Målet med undersøkelsen var å kartlegge omfanget av volds- og overgrepserfaringer hos barn og unge (Mossige & Stefansen, 2007). Av de 9085 avgangselevne som ble valgt ut til å delta i skoleundersøkelsen, deltok 7033, som ga en responsrate på 77.4 % (Mossige & Stefansen, 2007). Elevene kom fra 67 forskjellige videregående skoler i Norge, og utvalget var stratifisert for at det skulle være landsrepresentativt (Mossige & Stefansen, 2007). Spørreskjemaet ble fylt ut anonymt av elevene under skoletiden hvor de fikk to skoletimer til rådighet, og for de som var fraværende den dagen dette ble gjennomført fikk de mulighet til å besvare skjemaet på skolen ved et senere tidspunkt (Mossige & Stefansen, 2007). Majoriteten av elevene var 18-19 år, og 58.5 % var jenter.

### 2.2 Selvskading

Selvskading ble målt gjennom spørsmålene "Har du noen gang med vilje tatt en overdose av piller eller annen medisin?" og "Har du noen gang forsøkt å skade deg selv f.eks. ved å kutte eller skjære deg?" Svarene ble skåret på en skala fra 0-2 hvor 0 = "Nei, aldri", 1 = "Ja, en gang" og 2 = "Ja, flere ganger". Selvskading er operasjonalisert som alle deltagerne som ga et bekreftende svar på minst ett av de to spørsmålene.

### 2.3 Opplevd foreldrestil

Opplevd foreldrestil ble målt gjennom 11 utsagn hentet fra "Parental Bonding Instrument" (PBI) (Mossige & Stefansen, 2007), som er en skala som måler i hvor stor grad barnet oppfatter at deres foreldre innehar to grunnleggende foreldrestiler (Wilhelm & Parker, 1990). Svarene ble skåret på en skala fra 0-3 hvor 0 = "Stemmer svært godt", 1 = "Stemmer ganske godt", 2 = "Stemmer ganske dårlig" og 3 = "Stemmer svært dårlig". Fullversjonen av skalaen med 25 utsagn har vist seg å ha god reliabilitet og validitet (Wilhelm, Niven, Parker, &

Hadzi-Pavlovic, 2005; Wilhelm & Parker, 1990), og en kortversjon med 8 utsagn har vist seg å ha samme faktorstruktur, god intern konsistens og konstruktvaliditet (Klimidis, Minas, & Ata, 1992; Klimidis, Minas, Ata, & Stuart, 1992). Det er derimot noen begrensninger knyttet til bruken av disse studiene som et mål på de psykometriske egenskapene ved versjonen som er brukt i LUVU, som blir diskutert senere i oppgaven. Skalaen gir to gjennomsnittsskårer, hvor ett er et mål for overbeskyttelse og det andre er et mål for omsorg. I analysene har disse to skårene blitt behandlet som separate variabler. Chronbachs alfa var henholdsvis  $\alpha = .74$  og  $\alpha = .76$ .

## 2.4 Familiesamhold

Variabelen familiesamhold ble målt gjennom i hvor stor grad ungdommene kjenner seg igjen i de syv utsagnene som utgjør faktoren familiesamhold i "Resilience Scale for Adolescents" (READ), som måler totalt fem forskjellige resiliensfaktorer hos barn og unge (Hjemdal, Friberg, Stiles, Martinussen, & Rosenvinge, 2006; von Soest, Mossige, Stefansen, & Hjemdal, 2010). Skalaen har vist seg å ha akseptabel reliabilitet og validitet (Hjemdal et al., 2006; von Soest et al., 2010). Svarene ble skåret på en skala fra 1-5 hvor 1 = "Helt enig", 2 = "Litt enig", 3 = "Middels", 4 = "Litt uenig" og 5 = "Helt uenig", og det ble regnet ut en gjennomsnittsskåre basert på svarene. Subskalaen hadde Chronbachs alfa  $\alpha = .89$ .

## 2.5 Vennskap

Vennskap ble målt gjennom spørsmålene "Hvor mange venner har du som du kan stole på og kan betro deg til?" og "Hvor mange venner har du som du kan gjøre ting sammen med, men som du ikke kan betro deg til?" På det første spørsmålet ble svarene skåret på en skala fra 0-4 hvor 0 = "Ingen", 1 = "1", 2 = "2-3", 3 = "4-5" og 4 = "Mer enn 5". På det andre spørsmålet ble svarene også skåret på en skala fra 0-4, men hvor 0 = "Ingen", 1 = "1-5", 2 = "6-10", 3 = "11-20" og 4 = "Mer enn 20". Skårene fra spørsmålene ble ikke slått sammen, men ble behandlet som to separate kategorier i analysene. Videre valgte jeg å behandle dem som kontinuerlige variabler, ettersom det jeg var interessert i var å undersøke om det ville være en beskyttende effekt som økte med antallet venner ungdommen hadde.

## 2.6 Kroppsbilde

For å måle opplevd kroppsbilde ble ungdommene spurt i hvor stor grad de kjenner seg igjen i fem utsagn som ble hentet fra "The Self-Perception Profile for Adolescents" (SPPA) (Mossige & Stefansen, 2007). Dette er en skala som måler selvopplevelse ved å spørre ungdom hvordan de opplever seg selv på åtte forskjellige domener, som blant annet sosial kompetanse og romantisk appell (Harter, 2012). Skalaen har blitt vist å ha god reliabilitet og validitet (Harter, 2012). De fem utsagnene som er brukt i LUVO er de fem som måler "Physical Appearance" i SPPA. Svarene ble skåret på en skala fra 1-4 hvor 1 = "Stemmer svært godt", 2 = "Stemmer nokså godt", 3 = "Stemmer nokså dårlig" og 4 = "Stemmer svært dårlig". Basert på svarene ble det så beregnet en gjennomsnittsskåre, hvor en høy verdi indikerte et godt kroppsbilde. Chronbachs alfa var  $\alpha = .90$ .

## 2.7 Psykiske vansker

Psykiske vansker ble målt gjennom 13 utsagn hentet fra "The Hopkins Symptom Checklist" (HSCL) (Mossige & Stefansen, 2007), som hovedsakelig fokuserer på angst og depressive plager. Fullversjonen av HSCL har vist seg å ha god reliabilitet og validitet (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974), men studier har vist at også kortversjoner med 10 utsagn med samme fokus på angst og depressive plager har gode psykometriske egenskaper (Haavet, Sirpal, Haugen, & Christensen, 2010; Strand, Dalgard, Tambs, & Rognerud, 2003). Også her vil begrensningene rundt reliabilitet og validitet rundt versjonen som er brukt i LUVO bli diskutert senere i oppgaven. Svarene ble skåret på en skala fra 1-4 hvor 1 = "Ikke plaget i det hele tatt", 2 = "Litt plaget", 3 = "Ganske mye plaget" og 4 = "Veldig mye plaget. På grunnlag av svarene ble det beregnet en gjennomsnittsskåre hvor en høy verdi indikerte høyere grad av plager. Chronbachs alfa var  $\alpha = .91$ .

## 2.8 Dataanalyse

Dataanalysene ble gjort i to trinn. Det første trinnet bestod av å undersøke om det er noen forskjell mellom gruppene gjennom en "independent sample *t*-test". Ettersom et stort utvalg kan gi statistisk signifikante forskjeller selv når effekten av den avhengige variabelen i praksis er veldig liten (Field, 2013, p. 73), ble Cohen's *d* utregnet for hver av variablene for å gi et mål på effektstørrelsen. Denne sier noe om graden av sammenhengen mellom variablene



(Field, 2013, p. 79). Alle de uavhengige variablene hadde en signifikant  $p$ -verdi på Levene's test for equality of variances. Dette kan bety at det ikke er homogen varians for begge gruppene i analysene, og dette kan påvirke resultatene av  $t$ -testen (Field, 2013, p. 175). Field (2013, pp. 194-195) argumenterer derimot at det ved større utvalg vil være mer sannsynlig for at Levene's test gir signifikante  $p$ -verdier, selv når variansen i gruppene ikke er så annerledes fra hverandre. Han skriver videre at det er nettopp ved slike større utvalg at man ikke trenger å ta så mye hensyn til at det er homogen varians. For å korrigere for en mulig bias i analysen gjennomførte jeg allikevel en "bootstrapping", som Field (2013, p. 198) skriver er den beste måten å korrigere for et datasett som kan bryte med antagelsene som ligger til grunn for en statistisk test. Det ble brukt en "bias corrected and accelerated confidence interval bootstrap", fordi denne er noe mer nøyaktig (Field, 2013, p. 199).

Det andre trinnet i analysene var å bruke en logistisk regresjonsanalyse for å undersøke om de uavhengige variablene fortsatt ville ha et unikt bidrag i å predikere selvskading, når effekten av de andre uavhengige variablene ble kontrollert for. Jeg brukte en "forced entry" logistisk regresjonsanalyse hvor alle variablene ble satt inn i modellen samtidig (Field, 2013, pp. 322, 768). Eventuelle variabler som ikke hadde noen signifikante funn i  $t$ -testen ble utelatt. Ettersom bruken av en robust metode ville gjøre at jeg med mer sikkerhet kunne stole på resultatene, ble det også i forbindelse med den logistiske regresjonsanalysen brukt "bias corrected and accelerated confidence interval bootstrap".

### 3 Resultater

Tabell 1

Gjennomsnitt (*M*) og standardavvik (*SD*) for hele utvalget. For gruppene ungdom som ikke har selvskadet og ungdom som har selvskadet, er det oppgitt gjennomsnitt og standardavvik og i tillegg standardfeil (*SE*) etter gjennomføringen av 95% *BCa* bootstrap.

	Hele utvalget <sup>a</sup>		Ungdom som ikke har selvskadet <sup>b</sup>			Ungdom som har selvskadet <sup>c</sup>		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
Overbeskyttelse	0.94	0.54	0.90	0.52	0.007	1.07	0.62	0.018
Omsorg	2.38	0.54	2.43	0.49	0.007	2.18	0.65	0.019
Familiesamhold	3.91	0.79	4.01	0.72	0.010	3.50	0.93	0.026
Antall betrodde venner	2.92	1.02	3.00	0.98	0.013	2.59	1.06	0.030
Antall ikke-betrodde venner	2.47	1.20	2.48	1.21	0.016	2.47	1.15	0.033
Kroppsbilde	2.73	0.74	2.83	0.69	0.009	2.29	0.76	0.022
Psykiske vansker	1.60	0.57	1.49	0.48	0.006	2.08	0.67	0.019

<sup>a</sup> *N* (%) = 7033 (100). <sup>b</sup> *n* = 5658 (80.4). <sup>c</sup> *n* = 1262 (17.9).

#### 3.1 Deskriptiv statistikk

Tabell 1 gir en oversikt over gjennomsnittet til hele utvalget og til gruppene med ikke-selvskading og selvskading. Av det totale utvalget var det 1262 (17.9%) ungdommer som bekreftet at de hadde selvskadet, mens 5658 (80.4%) avkreftet dette. Ungdom som har selvskadet hadde de høyeste skårene på overbeskyttelse og psykiske vansker, samtidig som de også skåret lavest på omsorg, familiesamhold, antall betrodde venner og kroppsbilde.

Ungdom som ikke har selvskadet viste et omvendt mønster, og skåret lavest på overbeskyttelse og psykiske vansker, men høyest på omsorg, familiesamhold, antall betrodde venner og kroppsbilde. Utvalget som helhet hadde skårer som lå mellom de to gruppene på alle variabler, med unntak av antallet ikke-betrodde venner. Her skåret de det samme som ungdom som har selvskadet, og forskjellen mellom ungdom som har selvskadet og ungdom som ikke har selvskadet var marginal.

## 3.2 T-test

Tabell 2 viser resultatene fra *t*-testen, samt oversikt over effektstørrelsene som ble utregnet. Her ble det funnet statistisk signifikante forskjeller på alle de målte variablene, med unntaket av antallet ikke-betrodde venner ( $p = .868$ ). Denne variabelen ga også den laveste effektstørrelsen ( $d = 0.008$ ), som kan betegnes som meget liten. For variablene overbeskyttelse ( $d = -0.30$ ), omsorg ( $d = 0.43$ ) og antall betrodde venner ( $d = 0.40$ ) fant analysene en liten effektstørrelse. Det ble funnet en moderat effektstørrelse for familiesamhold ( $d = 0.61$ ) og kroppsbilde ( $d = 0.74$ ). Den høyeste effektstørrelsen så man på psykiske vansker ( $d = -1.01$ ), som kan betegnes som sterk. For overbeskyttelse og psykiske vansker var effekten negativ, som betyr at for de ungdommene som ikke selvskadet fremfor selvskadet, ville dette føre til en lavere skåre på disse to variablene.

Tabell 2

Resultater fra en 95% BCa bootstrap independent sample *t*-test med ungdom som ikke har selvskadet og ungdom som har selvskadet som gruppevariabler, samt effektstørrelse.

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Overbeskyttelse <sup>a</sup>	-8.91	1634	<.001	-0.30
Omsorg <sup>b</sup>	12.58	1545	<.001	0.43
Familiesamhold <sup>c</sup>	17.88	1572	<.001	0.61
Antall betrodde venner <sup>d</sup>	12.37	1731	<.001	0.40
Antall ikke-betrodde venner <sup>e</sup>	0.17	1885	.868	0.008
Kroppsbilde <sup>f</sup>	22.77	1712	<.001	0.74
Psykiske vansker <sup>g</sup>	-29.17	1511	<.001	-1.01

Note. *d* = Cohen's *d*. Som følge av at alle variablene hadde en signifikant *p*-verdi på Levene's test for equality of variances ble *df* rundet av til nærmeste hele tall (Evergreen Valley College).

<sup>a</sup> *n* = 6885. <sup>b</sup> *n* = 6886. <sup>c</sup> *n* = 6846. <sup>d</sup> *n* = 6864. <sup>e</sup> *n* = 6854. <sup>f</sup> *n* = 6862. <sup>g</sup> *n* = 6867.

## 3.3 Logistisk regresjonsanalyse

Før jeg gjennomførte den logistiske regresjonsanalysen undersøkte jeg om det var multikollinearitetsproblemer. Ingen av de uavhengige variablene hadde en toleranse-verdi under 0.56. Ettersom det er først når denne verdien er lavere enn 0.1 at det kan være et problem med multikollinearitet (Field, 2013, p. 795), ble det konkludert med at de uavhengige variablene lite sannsynlig var for høyt korrelert med hverandre. Tabell 3 viser resultatene fra den logistiske regresjonsanalysen. Kontrollert for de andre variablene, var ikke lenger overbeskyttelse ( $p = .938$ ) og omsorg ( $p = .989$ ) signifikant assosiert med selvskading. Konfidensintervallene deres for oddsratioen inneholdt også verdien 1, mens dette ikke var tilfellet med de andre variablene. Dette er viktig fordi det er ved denne verdien at retningen til effekten forandrer seg (Field, 2013, p. 786). For verdier under 1 vil dette bety at en økning i

den uavhengige variabelen fører til at oddsen for selvskading reduseres, og omvendt for verdier over 1 (Field, 2013, p. 786). Om konfidensintervallet inneholder verdien 1, betyr dette at det er like sannsynlig for at den uavhengige variabelen reduserer oddsen, som det er for at den øker oddsen (Field, 2013, p. 786). Etersom konfidensintervallene til de fire andre variablene ikke inneholdt verdien 1, kan man derfor være mer sikker på at resultatene viser den riktige retningen av effekten disse variablene har på selvskading (Field, 2013, p. 786). Samme tankegang gjelder for konfidensintervallet for *b*-koeffisienten, men da med verdien 0 i stedet for 1. Når konfidensintervallet ikke inneholder verdien 0, som er tilfellet med familiesamhold, antall betrodde venner, kroppsbylde og psykiske vansker, kan man med større sikkerhet stole på at det er et faktisk forhold mellom variabelen og selvskading (Field, 2013, p. 785). Resultatene viser at for relasjonsvariablene familiesamhold og antall betrodde venner, vil en økning i enhet i den uavhengige variabelen redusere oddsen for selvskading med henholdsvis 23% og 12%. De intrapsykiske variablene kroppsbylde og psykiske vansker virker å ha en sterkere assosiasjon. Et positivt kroppsbylde reduserte oddsen for selvskading med 42% for hver økning i enhet, mens en enhets økning i psykiske vansker økte oddsen for selvskading med tre og halv ganger så mye.

Tabell 3

*Resultater fra en logistisk regresjonsanalyse med ungdom som ikke har selvskadet og ungdom som har selvskadet som gruppevariabler, og hvor de uavhengige variablene blir kontrollert for hverandre.*

	<i>b</i>	95% KI <sup>a</sup>	Oddsratio (Exp( <i>B</i> ))	95% KI for oddsratio
Overbeskyttelse	0.005	[-0.143, 0,155]	1.005	[0.878, 1.151]
Omsorg	0.002	[-0.172, 0.173]	1.002	[0.849, 1.181]
Familiesamhold	-0.26*	[-0.38, -0.14]	0.770**	[0.689, 0.859]
Antall betrodde venner	-0.13*	[-0.20, -0,07]	0.875**	[0.816, 0.938]
Kroppsbylde	-0.54*	[-0.65, -0.44]	0.582**	[0.526, 0.644]
Psykiske vansker	1.27*	[1.14, 1.40]	3.542**	[3.118, 4.022]

Note.  $-2LL = 5222.377$ .  $R^2 = .18$  (Hosmer & Lemeshow), .16 (Cox & Snell), .26 (Nagelkerke). Modell  $\chi^2 = 1176.08$ ,  $p < .001$ . 83.4% korrekt predikert.

<sup>a</sup>Konfidensintervallet for *b*-koeffisienten ble utregnet når det ble valgt å gjennomføre en BCa bootstrap.

\* $p < .01$ , \*\*  $p < .001$ .

## 4 Diskusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke om det var gruppeforskjeller mellom ungdom som har selvskadet og ungdom som ikke har selvskadet, på faktorene opplevd foreldrestil, familiesamhold, antall venner, kroppsbilde og psykiske vansker. I tillegg ønsket jeg å se om hver av faktorene ville ha et unikt bidrag i å predikere selvskading, når effekten av de andre faktorene ble kontrollert for. Resultatene fra analysene stemmer i stor grad overens med tidligere forskning. Mens ungdom som har selvskadet hadde opplevd en høyere grad av overbeskyttelse i barndommen sammenlignet med de som ikke har selvskadet, hadde de som ikke har selvskadet opplevd en høyere grad av omsorg. Den siste gruppen opplevde også en høyere grad av familiesamhold, som ble funnet å ha en beskyttende effekt. Dette samsvarer med tidligere empiriske funn om at en maladaptiv foreldrestil (Evans et al., 2004; Tschan et al., 2015; Yates et al., 2008), en dårlig relasjon til foreldre (Bureau et al., 2010; Sourander et al., 2006), og lite familiesamhold var assosiert med tilstedeværelsen av selvskading (Brausch & Gutierrez, 2010), men at et godt familiemiljø kan fungere beskyttende (Evans et al., 2004; Hay & Meldrum, 2010). I den logistiske regresjonsanalysen så man derimot at kontrollert for de andre faktorene, var ikke omsorg og overbeskyttelse signifikante prediktorer. Dette vil bli diskutert senere.

Det ble ikke funnet noen gruppeforskjeller på antallet venner ungdommen hadde som de ikke kunne betro seg til, men det var gruppeforskjeller på antallet venner som de kunne betro seg til. Dette kan tyde på at det som skiller gruppene ikke nødvendigvis er antallet venner de har, men at det er antallet venner som de kan snakke med om viktige temaer. Funnet at det å ha et høyere antall betrode venner hadde en beskyttende effekt var noe overraskende, fordi mens man tidligere har sett at dårlige relasjoner til jevnaldrende kan bli ansett som en risikofaktor til selvskading, har man ikke funnet at gode relasjoner nødvendigvis er beskyttende (Evans et al., 2004). Ut fra resultatene kan dette tyde på at et vennskap alene ikke er tilstrekkelig for at det skal være beskyttende. Det må i tillegg inneha visse karakteristikk, som at ungdommen må kunne være i stand til å betro seg til vennen. Samtidig var effektstørrelsen for antall betrode venner betegnet som svak, og faktoren reduserte heller ikke risikoen for selvskading i spesielt høy grad. Til sammenligning var den beskyttende effekten av familiesamhold noe høyere. Dette kan være mer i tråd med litteraturen at gode familierelasjoner har en mer tydelig beskyttende effekt enn relasjoner til jevnaldrende, ved at det har vært mer konsistent støtte for det førstnevnte.

Ungdom som ikke har selvskadet hadde et mer positivt kroppsbilde enn de som har selvskadet, og det ble funnet å ha en beskyttende effekt, som er i tråd med tidligere funn om at et negativt kroppsbilde er assosiert med selvskading (Anderson et al., 2002; Brausch & Gutierrez, 2010; Brausch & Muehlenkamp, 2007; Hawton & Fortune, 2008; Messer & Fremouw, 2008; Muehlenkamp & Brausch, 2012; Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017a). Dette kan gi noe støtte til at det eksisterer en sammenheng mellom selvskading og hvordan en opplever ens kropp.

Psykiske vansker var den faktoren som hadde sterkest påvirkning på selvskading, noe som ikke var overraskende med tanke på hvor konsistent assosiasjonen mellom selvskading og ulike psykiske vansker har vært i andre studier (Hawton & Fortune, 2008; Nock, 2009; Sourander et al., 2006). Dessuten har affektregulering vært den mest empirisk støttede funksjonen knyttet til selvskading, og som tidligere drøftet kan denne funksjonen overlape med funksjonene knyttet til dissosiasjon og selvstraff, som er de nest mest støttede funksjonene i litteraturen. Disse tre funksjonene kan igjen falle inn under automatisk-negativ forsterkning innenfor Nock og Prinstein (2004) sin funksjonelle modell. For at en slik funksjon hvis hensikt er å fjerne eller redusere en uønsket indre tilstand i det hele tatt skal gi mening, er det en forutsetning at negativ affekt må være til stede. En måte å forklare at forholdet mellom psykiske vansker og selvskading var det sterkeste funnet i analysene, kan derfor være at dette reflekterer at psykiske vansker kan utløse selvskading.

## 4.1 Opplevd foreldrestil

### **Høy overbeskyttelse og lav omsorg kan føre til mer generelle vansker**

Som nevnt så man i den logistiske regresjonsanalysen at når det ble kontrollert for de andre faktorene, fremkom ikke overbeskyttelse og omsorg som signifikante prediktive faktorer. Dette betyr at de ikke har noe unikt bidrag i å predikere selvskading. De forklarer ikke noe ytterligere av variansen som ikke allerede blir forklart av de andre faktorene. Resultatene kan da gi støtte til hvordan negative oppvekstbetingelser har vært å anse som distale faktorer (Fliege et al., 2009; Nock, 2009), ved at forklaringsverdien til overbeskyttelse og omsorg ligger i korrelasjonen de har til de andre faktorene. De har en indirekte påvirkning på selvskading, ved at de kan predikere verdien på de andre faktorene, som i sin tur kan predikere selvskading. Innenfor rammene av en sårbarhets-stress-modell, kan tolkningen av

resultatene være at assosiasjonen høy overbeskyttelse og høy omsorg har til selvskading, kommer av at de henholdsvis forhøyer eller reduserer risikoen for mer generelle intra- eller interpersonlige vansker. De to faktorene øker eller minker altså risikoen for selvskading, ved at de gjør det mer eller mindre sannsynlig at det oppstår generelle psykiske vansker. Eksempler på slike generelle vansker kan være de andre faktorene som har blitt undersøkt i analysen, som relasjonsvansker, opplevelse av kropp og utfordringer med angst og depresjon. Disse vanskene vil ikke nødvendigvis lede til selvskading, men kan i samspill med mer selvskadingsspesifikke faktorer som sosial læring, øke sannsynligheten for det. En slik tolkning av resultatene er ikke ulik hvordan man har omtalt forholdet mellom negative oppvekstbetingelser og selvskading i litteraturen (Glassman et al., 2007; Lüdtke et al., 2016; Møhl, 2015, pp. 110, 117; Nock, 2009; Swannell et al., 2012).

Det har blitt påstått at ingenting er viktigere for et barns utvikling, enn hvordan de blir behandlet av sine foreldre i de første leveår (Møhl, 2015, p. 131). Dermed kan foreldrestilen, for eksempel den graden av omsorg og overbeskyttelse barnet opplever, spille en høyst viktig rolle. Den indirekte effekten av høy omsorg kan komme av at den bidrar til en utvikling hvor barnet erverver tilstrekkelig gode kognitive, interpersonlige og affektive ferdigheter, slik at sannsynligheten for selvskading minker. Når det gjelder overbeskyttelse, kan man merke seg at et invalidiserende miljø kan foregå på forskjellige måter. Det trenger ikke nødvendigvis å være brutalt eller ufølsomt, men at foreldrene mislykkes med å romme og speile barnets følelsesmessige reaksjoner (Møhl, 2015, p. 164). Essensen i et invalidiserende miljø er at barnet mer eller mindre eksplisitt får opplevelsen at dets private følelser ikke er legitime eller verdt å legge merke til (Møhl, 2015, p. 164), og hvor det å gi uttrykk for negative emosjoner generelt ikke blir tolerert, mens kontroll av emosjonell opplevelse og uttrykk er forventet (Gratz, 2006). Forstått på denne måten, er ikke invalidisering bare mangel på omsorg i barndommen, men det kan også være et overbeskyttende miljø, hvor foreldrene i utgangspunktet ønsker barnets beste, men lar det gå på bekostning av å ikke anerkjenne barnets behov og grenser (Gratz, 2006). Dermed kan det være at den indirekte effekten høy overbeskyttelse har på selvskading, komme av hvordan den negativt påvirker utviklingen av barnets kognitive, interpersonlige og affektive ferdigheter. Tetzchner (2012, p. 488) skriver at erfaring med negative emosjoner kan være nødvendig for at man skal kunne mestre emosjonelt vanskelige situasjoner. Når barn ikke får vise negative emosjoner, får de heller ikke lært hvordan de skal regulere dem og de blir derfor usikre i situasjoner hvor slike emosjoner kan forventes å komme (Tetzchner, 2012, p. 488).

## Eksempler på indirekte forhold

Det er flere eksempler i forskningslitteraturen på hvordan negative oppvekstbetingelser har et indirekte forhold til forskjellige vansker. For eksempel så Hay og Meldrum (2010) at assosiasjonen mellom mobbing og selvskading var delvis mediert av negativ affekt. I en annen studie som så på forholdet mellom depresjon og omsorgsmangel og overbeskyttelse i barndommen, var et funn at forholdet mellom depresjon og de to negative oppvekstbetingelsene var mediert av selvkritikk (Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus, & Palmer, 2006). Mer spesifikt så de at overbeskyttelse og mangel på omsorg var knyttet til forskjellige former for selvkritikk. Overbeskyttelse var mer knyttet til en selvkritikk som handlet om utilstrekkelighet, mens mangel på omsorg var mer knyttet til et selvhat. Teoretisk gir dette mening ved at foreldre som er overbeskyttende, kan gi barnet et selvilde av at det ikke kan ta vare på seg selv (Irons et al., 2006). Når barnet opplever at dets interesser og muligheter ikke samsvarer med foreldrenes forventninger, kan det tro at foreldrene er utilfredse med dets prestasjoner, med lav selvvurdering som en konsekvens (Tetzchner, 2012, p. 581). Om foreldrene på den annen side ikke viser omsorg, kan barnet utvikle et selvilde av at det ikke er verdt omsorg (Yates, 2004), noe som kan øke sannsynligheten for selvhat. I studien til Irons et al. (2006) fant de også støtte for at opplevd omsorg økte individets evne til selvomsorg, som kunne fungere beskyttende mot depresjon.

Forfatterne av studien konkluderte med at en måte negativ foreldrestil kunne påvirke depresjon på, kunne ligge i hvordan det påvirker barnets utvikling av deres måte å relatere til seg selv på; om de blir selvkritiske eller blir i stand til å vise selvomsorg (Irons et al., 2006). I studien til Irons et al. (2006) var ikke selvskading noe som ble undersøkt, men i andre studier har man sett at selvkritikk er en faktor som kan være assosiert med selvskading (Hawton et al., 2012). Selvkritikk kan da være en måte overbeskyttelse og omsorg kan påvirke depresjon på, som i sin tur kan påvirke selvskading. I studier som har sett på assosiasjonen mellom barndomstraumer og selvskading, har noen av funnene nettopp vært at det forholdet kan være mediert av selvbebreidelse (Swannell et al., 2012) og selvkritikk (Glassman et al., 2007). En forklaring på hvordan dette skjer kan være at yngre barn bruker omgivelsenes reaksjoner som grunnlag for sine vurderinger (Tetzchner, 2012, p. 581). Ved at barnet kan bruke foreldrene som rollemodeller når det kommer til å lære seg hvordan de skal forholde seg til seg selv (Glassman et al., 2007), kan barnet internalisere det negative bildet foreldrene har av dem (Swannell et al., 2012). Resultatene av analysene kan da kanskje også belyse assosiasjonen



selvskading har til andre utfordringer knyttet til hvordan en relaterer til seg selv på, som lav selvfølelse (Evans et al., 2004; Hay & Meldrum, 2010), lav selvopplevelse (Dyer et al., 2009) og at individer som selvskader har et mer negativt syn på seg selv (Møhl, 2015, p. 22).

En annen måte overbeskyttelse og omsorg kan ha et indirekte forhold til selvskading på, kan være hvordan foreldrestil kan påvirke den nevrologiske utviklingen til barnet. Flere forfattere peker på den rollen et tidlig invalidiserende miljø kan spille i utviklingen av selvskading, ved at det i en interaksjon med biologiske sårbarhetsfaktorer kan øke sannsynligheten for emosjonell dysregulering, som i sin tur kan lede til selvskading (Christoffersen et al., 2015; Gratz, 2003, 2006; Møhl, 2015, p. 191; Yates, 2004). Mer spesifikt handler de biologiske sårbarhetene om en emosjonell sårbarhet, for eksempel i form av en høyere emosjonell reaktivitet hvor individet har en lavere terskel for å reagere på stressende hendelser, i tillegg til at disse reaksjonene også er mer intense (Gratz, 2003; Møhl, 2015, p. 191). Støtte for dette har man i funn om at individer som selvskader har en høyere opplevelse av negativ affekt, sammenlignet med de som ikke selvskader (Fliege et al., 2009; Nock & Mendes, 2008). I tillegg er det støtte for en sammenheng mellom høyere emosjonell reaktivitet og frekvensen av selvskading (Najmi, Wegner, & Nock, 2007). Forskning gjort i nevropsykologien har vist hvordan barnets omgivelser kan påvirke hjernens utvikling. Det er støtte for at sensitiv, responsiv og trygg omsorg kan fungere som en buffer som bidrar til å hindre forhøyede nivåer av stresshormoner hos spedbarn, slik at dette muligens kan redusere den negative effekten av medfødte sårbarheter (Gunnar, 1998). På den annen side kan utviklingen av barnets egne "buffersystemer" hemmes om det som spedbarn ikke fikk hjelp til å roe seg ned ved ubehag, slik at barnet senere også som voksen vil bli lettere emosjonelt aktivert, og det tar lenger tid før det klarer å roe seg ned (Moe & Ribe, 2007, p. 154). Ved overveldende stress i barndommen, kan dette dessuten føre til endringer i stress-systemer som så kan påvirke barnets utviklingen negativt (De Bellis et al., 1999). En konsekvens av eksponering for tidlig stress, kan være at det senere vil forsterke barnets responsivitet til stress, og at sårbarheten for utfordringer knyttet til angst og depresjon øker (Teicher et al., 2003). Når barnet i tillegg ikke har lært gode strategier for affektregulering fra omgivelsene sine, kan det måtte ty til andre strategier som for eksempel selvskading (Moe & Ribe, 2007, p. 154; Yates, 2004).

Det stresset som ofte har blitt sett på i denne type forskning har vært stress knyttet til mer alvorlige former for barnemishandling, slik at det ikke nødvendigvis kan sammenlignes med den type negative oppvekstbetingelser som har blitt sett på i denne oppgaven. På den annen

side ble ikke barndomstraumer kontrollert for i analysene, slik at dette kan være opplevelser som flere av deltagerne har hatt. Dermed kan kanskje forskning gjort på barndomstraumer bli brukt for å forklare funnene i denne oppgaven allikevel. Som tidligere nevnt har også slike vanskelige opplevelser en tendens til å opptre sammen med andre vanskeligheter (Jones, 2008), slik at det kan være vanskelig å isolere de viktigste faktorene i slike erfaringer (Skegg, 2005). For eksempel kan intrafamiære seksuelle overgrep ofte opptre sammen med neglekt av foreldrene, som hindrer den type kompenserende prosesser som kunne ha begrenset de negative konsekvensene av slike erfaringer (Yates, 2004). Ifølge Gratz et al. (2002) skrev Tantam og Whittaker at det heller ikke bare er mishandling, men mishandling i en kontekst med patologiske familieforhold som øker risikoen for selvskading.

## **4.2 Relasjoner**

### **4.2.1 Relasjoner til andre kan gi emosjonell kontakt**

Aleksitymi er definert som en manglende evne til å identifisere, beskrive og uttrykke emosjonelle opplevelser, den manglende evnen til å skille mellom emosjoner og kroppslige sansninger, og en eksternt orientert tenkning (Lüdtke et al., 2016; Paivio & McCulloch, 2004). Det er et trekk man ofte har knyttet til selvskading (Lüdtke et al., 2016; Messer & Fremouw, 2008; Paivio & McCulloch, 2004; Zlotnick et al., 1996). I litteraturen er det tenkt at aleksitymi oppstår i perioden der barnet er i en emosjonell utvikling, og hvor denne prosessen som følge av et invalidiserende miljø blir forstyrret (Lüdtke et al., 2016; Paivio & McCulloch, 2004). Et av konsekvensene av dette kan være at når barnet ikke klarer å utvikle evnen til å verbalisere og bruke språk til å uttrykke følelser, ser de seg nødt til å prosessere emosjonelt ubehag på et ikke-verbalt nivå, som for eksempel gjennom kroppen (Swannell et al., 2012) og gjennom handling. Dette kan blant annet skje gjennom selvskading, som i mangel på et verbalt språk for emosjoner, også blir individets måte å kommunisere emosjoner på (Gratz, 2006; Moe & Ribe, 2007, pp. 80, 156). Dessuten er det som nevnt tidligere, at en vanlig side ved selvskading som affektregulering at individet har en preferanse for å håndtere fysisk fremfor emosjonell smerte (Edmondson et al., 2016; Paivio & McCulloch, 2004). Aleksitymi kan derfor representere en annen måte hvor negative oppvekstbetingelser indirekte kan påvirke selvskading, noe som er støttet opp av empiriske funn (Paivio & McCulloch,

2004), men det kan i tillegg bidra til å forklare den beskyttende effekten av relasjonsfaktorene i analysene.

Det at faktoren antall ikke-betrodde venner ikke var et signifikant funn i *t*-test-analysen, men at faktoren antall betrodde venner var det, kan tyde på at ungdom som har selvskadet ikke nødvendigvis har en mindre omgangskrets med venner de kan være med, men at de har færre venner som de kan snakke med om viktige temaer. Det at antallet betrodde venner viste seg å ha en beskyttende effekt i den logistiske regresjonsanalysen, kan tyde på at muligheten til å kunne betro seg til noen er noe av det som gjør dette til en beskyttelsesfaktor. En måte å forklare den beskyttende effekten på, kan være at de gjennom å ha venner de kan betro seg til og å snakke med om viktige temaer, kan få et større rom for følelser og mulighet til å øve på å verbalisere følelser. Dermed kan det være at ved å ha et høyere antall betrodde venner, bidrar dette til å redusere graden av aleksitymi man ofte finner hos ungdom som selvskader, og dermed indirekte kan beskytte mot selvskading. Ved å uttrykke emosjonene verbalt fremfor gjennom selvskading, blir dette en alternativ måte å regulere affekt.

Moe og Ribe (2007, p. 161) skriver om viktigheten av å bruke ord som en måte å mestre selvskading på, fordi de i større grad kan reflektere indre tilstander, samt bearbeide smerte fremfor å bare midlertidig redusere den. En viktig del av veien mot det å kutte seg mindre, er å kunne gjenkjenne, tåle og kunne gi uttrykk for negative følelser (Moe & Ribe, 2007, p. 172). Det har også blitt løftet fram i annen litteratur at når individer som selvskader lærer å uttrykke deres følelser verbalt, vil selvskadingsatferden minke (Gratz, 2006). For noen har det som har fremmet overgangen fra selvskading som en måte å håndtere emosjoner på, til verbalisering av disse emosjonene, vært relasjoner hvor individet som har selvskadet har blitt forstått og fått hjelp med å finne ord for deres emosjoner (Moe & Ribe, 2007, p. 164). Den beskyttende effekten av faktoren antall betrodde venner kan komme av at det er noen av disse egenskapene som operasjonaliseringen av den faktoren har fanget opp. Grunnen til at tidligere studier ikke har funnet noen beskyttende effekt av gode relasjoner til jevnaldrende, kan komme av at operasjonaliseringene deres ikke fanget opp det beskyttende ved relasjonen i stor nok grad. For eksempel har det tidligere blitt sett på "peer acceptance" (Evans et al., 2004). At en ungdom som har selvskadet seg har jevnaldrende som aksepterer dette og ikke avviser dem, er ikke nødvendigvis det samme som at de jevnaldrende gir dem en mulighet til å snakke om emosjoner. I en undersøkelse hvor det ble undersøkt hva det var ungdom oppfattet kunne forhindre utviklingen av selvskadingsatferd, pekte de fleste på sosial støtte i

form av noen å snakke med (Møhl, 2015, p. 125). Dette innebar noen som kunne lytte til deres problemer, gi dem tillit, være der for dem, ikke ydmyker dem, men viser dem at de kan like dem og hjelpe dem (Møhl, 2015, p. 125).

Forståelsen at det er muligheten til å kunne snakke med noen om viktige temaer som er beskyttende kan også nyansere tidligere funn at det er en assosiasjon mellom ensomhet og selvskading. En måte å se på aleksitymi er at det handler om en manglende emosjonell kontakt med seg selv. På lignende vis trenger ikke ensomhet i forhold til andre mennesker nødvendigvis være en faktisk mangel på venner, men i noen tilfeller kan ensomhetsfølelsen først og fremst være knyttet til en mangel på emosjonell kontakt med andre. Selv om individet kan ha venner de kan være med, og dermed teknisk sett ikke er sosialt isolert, kan det allikevel føle på ensomhet fordi det er emosjonelt isolert og ikke opplever emosjonell nærhet med noen. Dermed strider kanskje ikke funnene i analysen mot tidligere funn at selvskading er assosiert med ensomhet, men kan støtte opp en antagelse at selv når individer som selvskader har venner, er det kanskje ikke snakk om en nær kontakt. Den beskyttende effekten av betrodde venner kan forklares av at det ikke bare bidrar til å øke emosjonell kontakt med seg selv mtp. aleksitymi, men at den også kan øke den emosjonelle kontakten med og nærheten til andre, og dermed reduseres følelsen av ensomhet.

Det kan være de samme beskyttende mekanismene som ligger til grunn for hvorfor familiesamhold hadde en beskyttende effekt i den logistiske regresjonsanalysen. Med et godt familiesamhold kan det følge med en mulighet for å få rom til emosjoner, å bli forstått og opplevelsen av et fellesskap. Noen av de aspektene ved et godt familiemiljø som man har funnet støtte for er beskyttende, er nettopp god kommunikasjon blant familiemedlemmer og det å bli forstått av dem (Evans et al., 2004). Samtidig var både faktoren antall betrodde venner og familiesamhold signifikante prediktorer i regresjonsanalysen, selv etter at de ble kontrollert for hverandre. Dette tyder på at selv hvis de har noen felles beskyttelsesmekanismer, må også hver av faktorene ha noen beskyttelsesmekanismer som er spesifikke for dem, ettersom de begge fortsatt har et unikt bidrag som ikke kan forklares helt av hverandre. I videre forskning kan det derfor være hensiktsmessig å undersøke mer spesifikt hva slags mekanismer det er som gjør at sosial støtte kan være beskyttende mot selvskading, og hvordan det er den beskyttende effekten av sosial støtte fra familie skiller seg fra den effekten man finner i sosial støtte fra jevnaldrende. Dette temaet har også blitt tatt opp av Brausch og Gutierrez (2010), som skriver at mens det er klart at sosial støtte er positivt for

ungdommens generelle utvikling, er det mer uklart hva slags spesifikt forhold det har til selvskading, og spesielt når man undersøker sosial støtte fra jevnaldrende og foreldre separat.

#### **4.2.2 Gode relasjoner kan fungere som en buffer mot emosjonelt ubehag**

En annen tolkning av resultatene hvor gode relasjoner kan ha en indirekte beskyttende effekt, kan være at muligheten for sosial støtte hos familie og venner fungerer som en buffer som i stedet for å beskytte mot selvskading direkte, gjør det ved at de beskytter mot mer generelle vansker som stress, angst og depressive plager (Christoffersen et al., 2015) og negative livshendelser (Brausch & Gutierrez, 2010). Slik som for eksempel at perfektjonisme sin assosiasjon til selvskading kan forklares ved at den kan senke terskelen for når negative livshendelser fører til stress hos et individ (Hawton et al., 2012), kan gode relasjoner i stedet ha omvendt effekt og heve denne terskelen for når negative livshendelser får faktiske konsekvenser (Stegg et al., 2016). Gode relasjoner kan da i tillegg til å være et alternativ til selvskading når det kommer til affektregulering, heve terskelen for når ubehaget blir intenst nok til at man trenger slike strategier. Den beskyttende mekanismen blir da den samme som den man tenker kan gjøre karakteristikker som høy selvfølelse (Fliege et al., 2009) og optimisme beskyttende mot selvskading (Skegg, 2005). Samtidig var både antall betrodde venner og familiesamhold fortsatt signifikante prediktorer når det ble kontrollert for psykiske vansker som angst og depressive plager, som tyder på at den beskyttende effekten ikke kan forklares helt av det forholdet sosial støtte kan ha til psykiske vansker heller.

#### **4.2.3 Gode relasjoner kan representere et fravær av risikofaktorer**

Ifølge Møhl (2015, p. 124) har Kowalski gjort undersøkelser som tyder på at interpersonlige relasjoner kan være det mest meningsfulle og livgivende ved et individs liv, men også den største kilden til stress og skuffelser. Relasjoner til andre kan fungere både beskyttende mot konsekvensene av stress og belastninger, samtidig som det i seg selv kan føre til stress og belastninger om relasjonene ikke fungerer på et tilfredsstillende nivå (Møhl, 2015, p. 124). En annen måte å tolke den beskyttende effekten av antall betrodde venner og familiesamhold, kan være at de reflekterer et fravær av faktorer man ofte assosierer med selvskading, som en dysfunksjonell familie (Brausch & Gutierrez, 2010; Gratz, 2006), et splittet familiemiljø (Gratz, 2003; Messer & Fremouw, 2008; Sourander et al., 2006) og dårlig fungerende

interpersonlige relasjoner (Skegg, 2005). Noe støtte for dette kan være at da Berger et al. (2013) spurte ungdommer om hva som kunne hjelpe unge individer som selvskadet, var en vanlig respons å redusere familiekonflikt og øke familiesamholdet. At ungdommen har et godt nåværende familiemiljø, kan dessuten tyde på at oppvekstmiljøet også tidligere var positivt, slik at det er mer sannsynlig at hen utviklet seg på en normal og positiv måte. Å tolke den beskyttende effekten delvis som et fravær av risikofaktorer, kan i tillegg være noe av det som forklarer hva det er som kan skille de to relasjonsfaktorene fra hverandre. Om familiemiljøet ikke hadde fungert tilfredsstillende, kan dette være assosiert med andre type vansker, enn de man hadde sett ved dårlig fungerende relasjoner med jevnaldrende.

#### **4.2.4 Ungdom som selvskader kan være motvillige til å søke hjelp**

Fortune et al. (2008) skriver at flere studier har identifisert at ungdom som selvskader kan ha flere holdningsmessige hindringer mot å søke hjelp til selvskading, enten det gjelder å søke hjelp fra helsevesenet eller fra bekjente. I deres egen undersøkelse fant de at den mest rapporterte grunnen til at hjelp ikke ble oppsøkt var at ungdommen tenkte at de kunne klare seg på egenhånd, og at de ikke trengte hjelp fra noen. Et mindretall var av den oppfatning at andre ikke ville høre på dem eller bry seg om deres problemer, men noen fortalte også at de var bekymret for å ikke bli tatt seriøst eller forstått. Noen av respondentene i undersøkelsen deres svarte også at de ikke oppsøkte hjelp fordi det kunne forverre situasjonen, eller at det kunne såre andre som de var glad i (Fortune et al., 2008). I en annen studie ble det rapportert av et mindretall av deltagerne at de var usikre på, eller var av den oppfatning at foreldre og lærere ikke var i stand til å hjelpe dem med å håndtere selvskading (Berger et al., 2013). Basert på disse funnene, kan en annen tolkning av resultatene i *t*-test-analysen være at det verken er reelle gruppeforskjeller mellom ungdom som har selvskadet og ungdom som ikke har selvskadet, når det kommer til antall ikke-betrodde og antall betrodde venner. Det kan være at ungdom som har selvskadet faktisk har relasjoner som de kunne ha betrodd seg til, men at den tilsynelatende gruppeforskjellen i *t*-test-analysen kom av en motvilje til å faktisk gjøre dette. Om ungdommen ikke prøver å betro seg til noen, vil de kanskje heller ikke kunne se at dette er en mulighet de faktisk har. En negativ holdning til å oppsøke hjelp hos andre kan ha sammenheng med ungdommens oppvekst og hvilke indre arbeidsmodeller de har som følge av den (Tetzchner, 2012, pp. 554-555). Om ungdommen ikke fikk hjelp og støtte som barn, men ble møtt med avvisning, kan en mulig konsekvens være et ønske om å klare seg selv, og at man ikke kan forvente hjelp av andre.

## **4.2.5 Forskjellen i styrken mellom familiesamhold og antall betrodde venner**

I den logistiske regresjonsanalysen hadde familiesamhold en sterkere beskyttende effekt mot selvskading enn det antall betrodde venner hadde. Som nevnt, kan dette være i tråd med litteraturen at gode familierelasjoner har en mer tydelig beskyttende effekt enn relasjoner, ved at det har vært mer konsistent støtte for det førstnevnte. Det synes derfor å være en diskrepans i hvordan det har blitt påpekt at ungdommer i større grad søker støtte hos venner enn hos familie (Berger et al., 2013; Tetzchner, 2012, p. 484). I Fortune et al. (2008) sin undersøkelse ble det også rapportert at ungdommen var fire ganger så sannsynlig å søke hjelp fra venner etter en selvskadingsepisode, enn at de ville søke hjelp fra familiemedlemmer. Mulige måter å forklare denne diskrepansen på kan være at selv om ungdommen oftere søker hjelp hos venner, kan det være at kvaliteten på hjelpen de får fra foreldre er bedre. For eksempel kan det være at voksne er bedre på å hjelpe ungdommen til å verbalisere emosjoner enn det andre jevnaldrende er. Ettersom ungdommen som deltok i LUVU er i en alder hvor de fleste ennå ikke har flyttet ut og familiemiljøet fortsatt er et miljø de i stor grad må ta del i, kan det også være at familiemiljøet derfor fortsatt vil ha større påvirkning på ungdommens mentale helse enn det vennemiljøet vil ha. Samtidig var det heller ikke så stor forskjell i styrken på hva slags forhold de to faktorene hadde til selvskading, slik at selv hvis det er slik at det er snakk om en reell forskjell, kan det være at denne forskjellen ikke har noen klinisk betydning i praksis.

## **4.3 Kroppsbilde**

### **Et negativt kroppsbilde kan senke terskelen for selvskading**

Selv om det har vært interesse for kropp i selvskadingslitteraturen, virker det allikevel å ha vært skrevet nokså lite om dette som kan bidra til å forklare den beskyttende effekten av kroppsbilde i analysene. Noen forfattere (Brausch & Gutierrez, 2010; Brausch & Muehlenkamp, 2007) peker derimot ut Orbach sin teori om sammenhengen mellom negativ kroppsbilde og selvdestruktiv atferd. Orbach (1996) legger også vekt på viktigheten av tidlig barndom. Han skriver at tidligere negative erfaringer i oppveksten kan bli internalisert av individet, og føre til en forvridd opplevelse av, så vel som en grunnleggende negativ holdning mot ens egen kropp. Et viktig poeng Orbach tar opp synes å være at individer som har hatt en negativ oppvekst i mindre grad kan være opptatt av å beskytte eller ta vare på kroppen. Denne

negative kroppsholdningen er ikke nødvendigvis en årsak til selvskading, men kan i samspill med stress og emosjonelt ubehag fasilitere selvdestruktiv atferd (Orbach, 1996). En måte å forklare den beskyttende effekten av et positivt kroppsbilde som man så i den logistiske regresjonsanalysen kan da være at den øker terskelen for å skade sin egen kropp, fordi med et positivt kroppsbilde kan det følge med en større interesse for å beskytte og å ta vare på kroppen. Selv ved en mangel på mer hensiktsmessig strategier for å håndtere affekt ved intenst ubehag, kan det da være at ungdom som kunne ha selvskadet, heller tyr til andre strategier som for eksempel rusbruk, fordi terskelen for å aktivt skade kroppen er høyere.

Orbach (1996) skriver videre at en mangel på hjelp til å tolke og skille mellom kroppslige signaler og behov under oppveksten ikke bare kan hemme utviklingen av selvopplevelsen, men kan også være en vei inn til en forvridd kroppsopplevelse, og bidra til en splittelse mellom selvopplevelsen og kropp. Denne manglende kontakten mellom selvet og kroppen kan bli sett på som en form for dissosiasjon, og kan øke sannsynligheten for selvskading ved at kroppen blir lettere å skade når individet anser den som et objekt separat fra en selv, blant annet fordi dette kan senke opplevelsen av kroppslig smerte (Muehlenkamp & Brausch, 2012). Det kan være at den beskyttende effekten av et positivt kroppsbilde er mer indirekte, ved at den representerer tilstedeværelsen av en kontakt mellom individet og kroppen, at denne kontakten til en viss grad reduserer dissosiative plager, som i sin tur reduserer sannsynligheten for selvskading.

Muehlenkamp og Brausch (2012) løfter derimot fram forholdet selvskading har til kroppsbilde i noe større grad. De skriver at mens en affektreguleringsmodell for selvskading kan være en måte å forstå prosessen som ligger til grunn for selvskading, er modellen utilstrekkelig hvis man skal forklare all selvskadingsatferd. Det er for eksempel mange ungdommer som opplever en høy grad av negativ affekt uten at de noen gang selvskader (Muehlenkamp & Brausch, 2012). De peker altså ut det Nock (2009) også skriver om at det må noen selvskadingsspesifikke faktorer til for å forklare hvorfor noen akkurat velger å bruke selvskading som en måte å regulere affekt. Mens Nock foreslår flere faktorer som for eksempel sosial læring og et ønske om selvstraff, mener Muehlenkamp og Brausch at et negativt kroppsbilde også kan være en viktig faktor i denne sammenhengen, og at dette i så fall kan bidra til å forklare hvorfor det akkurat er hos ungdom at atferden er mest prevalent. At kroppsbilde innehar en slik viktig rolle, kan derfor være en måte å forstå hvorfor forholdet mellom kroppsbilde og selvskading var et av de sterkeste funnene i analysene.



Et eksempel på hvordan et negativt kroppsbilde kan predisponere noen mer spesifikt for selvskading kan være dets forhold til selvstraff. En konsekvens av at kroppen oppleves som atskilt fra en selv, er at fordi måten man opplever kroppen påvirker hvilken holdning man har til den (Orbach, 1996), kan opplevelsen av en fremmed kropp lede til følelsen av engstelse (Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017a). Noe støtte for dette kan man finne i en studie som observerte et forhold mellom negative følelser mot kroppen og dissosiasjon, og en sterk korrelasjon mellom en selvstraffende funksjon ved selvskading, og følelser av avsky og engstelse knyttet til egen kropp (Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017a). Korrelasjonen mellom selvstraff og negative følelser for egen kropp kan som nevnt i innledningsdelen av oppgaven, forklares med at disse følelsene rettferdiggjør å straffe kroppen, og at det kanskje til og med er noe den kan fortjene (Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017a). Et positivt kroppsbilde kan beskytte mot dette ved at individet ikke vil ha noe ønske om å straffe og skade kroppen. Samtidig kan det tenkes at de negative følelsene knyttet til kropp fører til en lav selvfølelse hos individet. Assosiasjonen til selvstraff kan da forklares med at det er denne lave selvfølelsen som får individet til å tenke at hen fortjener å bli straffet. Selvskadingen kan da komme av at det kan være en lett tilgjengelig metode, spesielt når man handler i impuls, og at på grunn av det negative kroppsbildet er det også en lavere terskel for å skade kroppen.

## **4.4 Begrensninger ved oppgaven**

### **4.4.1 Funnene støtter korrelasjonelle, men ikke kausale, sammenhenger**

Datagrunnlaget som analysene i denne oppgaven baserer seg på er korrelasjonelle, og gir dermed ikke grunnlag for å trekke noen kausale forhold. Det er derfor ikke grunnlag for å si at noen av de undersøkte faktorene faktisk leder til selvskading. Det at det ble funnet en sammenheng mellom faktorene og selvskading, betyr bare at de ungdommene som har opplevd det ene fenomenet statistisk har en høyere sjanse for også å ha opplevd det andre fenomenet (Mossige & Stefansen, 2007). Teoretisk kan det derimot gi mening å tenke seg at de undersøkte faktorene kan bidra til å øke sannsynligheten for selvskading, som har ligget til grunn for måten resultatene ble gjennomgått i diskusjonen. Etersom både faktorene og selvskading ble målt på samme tidspunkt og man ikke vet hvilket fenomen som opptrådte først, kan det allikevel tenkes at årsaksretningen er omvendt. Med andre ord kan det være at

det var tilstedeværelsen av daværende eller tidligere selvskadingsatferd som førte til høyere verdier på de målte faktorene. Noen eksempler på dette kan være:

1. Ungdom som ikke har selvskadet opplever bedre relasjonskvalitet, fordi selvskadingsatferd i seg selv kan vekke negative reaksjoner hos andre, drive andre mennesker bort og bidra til sosial isolasjon (Gratz, 2003).
2. Fremfor at et positivt kroppsbilde er beskyttende, kan det være at ungdom som har selvskadet har et negativt kroppsbilde nettopp pga. de arrene som selvskading kan medføre. I stedet for at selvskading blir en konsekvens av et negativt kroppsbilde, kan det være at det er negativt kroppsbilde som blir en konsekvens av selvskading.
3. Selvskading kan gjennom den skammen som atferden vekker, føre til økte psykiske vansker.

Når det gjelder faktorene overbeskyttelse og omsorg virker det noe mindre sannsynlig at retningen er det omvendte av det som har vært antatt i diskusjonen. Etersom disse faktorene betegner erfaringer som strekker seg tilbake såpass tidlig i ungdommens liv virker det usannsynlig at selvskadingsatferden forekom før tilstedeværelsen av høy overbeskyttelse eller lav omsorg hos foreldrene. Det kan allikevel tenkes at fordi PBI spør om oppveksten generelt, og på den måten spør om et ganske bredt tidsrom, at om selvskadingen skjedde tidlig i barnets liv kan det være at dette fikk konsekvenser for foreldrestilen i årene som fulgte. For eksempel i form av økt overbeskyttelse. Faktisk fant Baetens et al. (2014) i deres studie at når foreldre ble klar over selvskadingsatferden til barnet deres, opplevde ungdommene at foreldrene begynte å sette flere regler. Forfatterne forklarte dette med at det kunne være en måte for foreldrene å få kontroll over situasjonen på. Baetens et al. (2014) viser også til studier gjort på oppdragelse, som viser at det er ungdommers problematferd som påvirker det opplevde familiemiljøet, fremfor omvendt.

Etersom slike vanskelige betingelser vanligvis ikke opptrer som isolerte faktorer, men observeres ofte sammen med andre vanskeligheter (Jones, 2008), gjør dette som nevnt tidligere at det kan være utfordrende å isolere de viktigste faktorene som bidrar til selvskading (Skegg, 2005). Det er da mulighet for at man har et tredjevariabelsproblem (Bordens & Abbott, 2011, p. 106; Fostervold, 2010, p. 40). Man kan da ha en ikke-observert faktor som har sammenheng med, og bidrar til foreldrestilen hos omsorgspersonene, samt til utviklingen

av selvskadingsatferd, uten at det faktisk foreligger en sammenheng mellom foreldrestil og senere selvskading. I tillegg ble det ikke kontrollert for effekten av barndomstraumer i analysene, slik at effekten av barndomstraumer og foreldrestil kan ha blitt sammenblandet.

I forbindelse med at selvskading og faktorene ble målt på samme tid, løfter Evans et al. (2004) fram et viktig poeng. De skriver at når selvskading og de psykologiske karakteristikene måles på samme tid, er det sannsynlig at karakteristikene vil være annerledes enn hva de var da selvskadingen tok sted. En konsekvens kan da være at sammenhengen mellom selvskading og faktorene blir over- eller underestimert. Spesielt kan dette gjelde for faktoren psykiske vansker, ettersom HSCL bare spurte ungdommene om de hadde opplevd angst og depressive plager i den siste uka som hadde vært.

#### **4.4.2 "Recall bias"**

Som nevnt i innledningen, kan studier som undersøker barndomstraumer i ettertid av hendelsen være utsatt for "recall bias". En konsekvens av dette kan være at de biografiske hendelsene blir under- eller overrapportert, som i sin tur kan påvirke styrken på relasjonen man ser mellom selvskading og de biografiske hendelsene. Ettersom PBI spurte ungdommen om hvordan de oppfattet foreldrene sine i oppveksten, kan faktorene overbeskyttelse og omsorg slik de ble målt i analysene, også være sårbar for "recall bias". For eksempel kan en slik bias komme i form av at hukommelsen kan være stemningskongruent, slik at individer som er nedstemte vil ha det lettere for å huske negative hendelser (Mayer, McCormick, & Strong, 1995). Noe støtte for dette har man i en studie som undersøkte hukommelsen til individer kort tid etter at de hadde forsøkt å begå selvmord (Williams & Broadbent, 1986). Et funn var da at sammenlignet med kontrollgruppen, var de som hadde forsøkt å begå selvmord mye tregere på å hente fram positive minner. På den annen side har man sett at hvert fall når det kommer til barnemishandling, har man blant annet ved å hente inn komparentopplysninger som sykehusjournal og opplysninger fra andre familiemedlemmer, funnet støtte for at barns hukommelse av barndomserfaringer er nøyaktige (Paivio & McCulloch, 2004). Gratz og Chapman (2007) viser også til at når det gjelder fullversjonen av PBI, har denne god konstruktvaliditet ved at man har funnet samsvar mellom hvordan respondenter skårer på måleinstrumentet, og hvordan deres søsken også opplever foreldrene. I tillegg samsvarer respondentenes skårer med hvordan foreldrene opplever seg selv, og med

kliniske mål som er basert på intervjuer med respondentene og deres foreldre (Gratz & Chapman, 2007).

#### **4.4.3 Reliabilitet, validitet og bruk av skalaene**

Når det gjelder de versjonene av HSCL og PBI som ble brukt i LUVO, medfører disse noen utfordringer når det kommer til reliabilitet og validitet. Ettersom kortversjonene av skalaene viser at de i likhet med fullversjonene har gode psykometriske egenskaper (Haavet et al., 2010; Klimidis, Minas, & Ata, 1992; Klimidis, Minas, Ata, et al., 1992; Strand et al., 2003), gir dette grunn til å tro at kortversjonene av HSCL og PBI som ble brukt i LUVO også er psykometrisk gode. Det ligger derimot en begrensning i at kortversjonene av skalaene som har blitt undersøkt er noe ulik LUVO-versjonene, og at disse kortversjonene ikke er fullstendig innlemmet i versjonene som LUVO har brukt. Dette avviket kan derfor påvirke muligheten for å generalisere funnene fra valideringsstudiene til å gjelde for LUVO-versjonene. For HSCL er det ett spørsmål som Strand et al. (2003) og Haavet et al. (2010) undersøkte som ikke er inkludert i versjonen som er i LUVO. For PBI er det derimot hele tre av de åtte spørsmålene i kortversjonen (Klimidis, Minas, & Ata, 1992; Klimidis, Minas, Ata, et al., 1992) som ikke er å gjenfinne i LUVO-versjonen. To av de tre spørsmålene som ikke er å gjenfinne bærer allikevel en stor likhet til noen av de andre spørsmålene i versjonen av PBI som LUVO bruker. Andre faktorer som begrenser muligheten for generalisering av funnene til valideringsstudiene er at hvert fall når det kommer til studiene gjort på PBI, ble disse gjennomført på et annet språk enn norsk. I tillegg er det en forskjell på hvilket tidsrom respondentene blir spurt om i skalaene. For eksempel spør PBI-versjonen som har blitt validert bare om hvordan barnet har oppfattet omsorgspersonenes foreldrestil de siste tre månedene, mens LUVO-versjonen spør generelt om oppveksten.

I tilfellet med SPPA var svarformatet som ble brukt i LUVO en Likert-skala. Dette er noe Harter (2012) selv advarer mot i manualen hennes for bruken av måleinstrumentet. Hun skriver at Likert-skalaer er sårbare for sosialt ønskede svar, som er grunnen til at SPPA opprinnelig blir besvart gjennom et svarformat hun kaller "structured alternative format". Harter skriver videre at det er viktig at ved bruken av SPPA at svarformatet ikke endres, og at konsekvensene i tillegg til at man kan få mer sosialt ønskede svar, også kan være at de psykometriske egenskapene ved instrumentet endres. Jeg har forsøkt å undersøke hvorfor endringene på HSCL, PBI og SPPA ble gjort, og om reliabiliteten og validiteten til LUVO-

versjonene av skalaene har blitt undersøkt, men ikke lykkes med å finne noe dokumentasjon på dette.

#### **4.4.4 Begrensninger ved utvalg**

En styrke med utvalget som har blitt brukt i analysene er at det har et høyt antall deltagere, i tillegg til at det er stratifisert for at det skulle være landsrepresentativt. Dette øker da generaliserbarheten av funnene. Madge et al. (2008) påpeker at hvilke svar man får knyttet til selvskading kan være påvirket av om undersøkelsen er anonym eller ikke. Det at LUVO ble besvart anonymt kan derfor ha gitt mer nøyaktige svar om prevalensen av selvskading. Selv om det er flere styrker ved utvalget, følger det allikevel også med noen begrensninger. En av de er at ved å velge deltagere blant avgangselevne på videregående skole, mister man flere elever på grunn av frafall om utvalget hadde hentet deltagere fra første årstrinn (Mossige & Stefansen, 2007). Dette frafallet kan være problematisk, blant annet fordi tidligere forskning viser at frafallet fra videregående skole er skjevt når det gjelder sosiale bakgrunnsfaktorer, slik at noen grupper blir underrepresentert (Mossige & Stefansen, 2007). Ettersom man har sett at selvskading kan ha en assosiasjon til sosioøkonomisk status (Mossige et al., 2014; Sourander et al., 2006), kan det være at prevalensen av selvskading blir underestimert. Noe annet som også påvirker representativiteten er at særlig gutter på yrkesfaglige studieretninger er ute på praksis i store deler av tredje klasse på videregående skole, og dermed ikke hadde mulighet til å delta i LUVO (Mossige & Stefansen, 2007). For en nøyere gjennomgang av utvalgets representativitet, se Mossige og Stefansen (2007).

## **4.5 Videre forskning**

### **4.5.1 Operasjonalisering av faktorene**

En begrensning ved oppgaven, som også kan vise hva som kan være hensiktsmessig å forske på videre, er hvordan flere av faktorene har blitt operasjonalisert i analysene. Med for eksempel selvskading er ikke de ungdommene som bare har selvskadet én eller bare noen få ganger, skilt fra de som har gjort det over lenger tid. Det har blitt løftet fram at det sannsynligvis er forskjeller mellom de som selvskader kronisk, og de som bare har selvskadet en eller to ganger (Gratz et al., 2002). I tillegg fant Stanford et al. (2017) at mange av de som selvskader faktisk kan være psykologisk "normale", ved at de gjennomsnittlig ikke skiller seg

fra individer som ikke selvskader på karakteristikker som depresjon, angst, selvfølelse og impulsivitet. I studien deres var det denne gruppen som hadde det høyest rapporterte tilfellet av enkeltepisoder av selvskading, samtidig som de hadde det laveste antallet av ungdommer som hadde selvskadet mer enn 11 ganger. Som nevnt i innledningen kan det å ikke skille mellom de som selvskader med eller uten suicidal intensjon føre til en sammenblanding av funn når det gjelder atferdens funksjon (Messer & Fremouw, 2008). På lignende vis kan det å ikke skille mellom de som har selvskadet lite fra de som har selvskadet mye føre til en sammenblanding av funn når det gjelder hva slags forhold faktorene har til selvskading, samt styrken på disse forholdene.

Ettersom andre studier har vist at det kan være en kjønnsforskjell i hvordan faktorene relaterer seg til selvskading (Gratz & Chapman, 2007; Gratz et al., 2002; Swannell et al., 2012), kan det også være hensiktsmessig å skille mellom kjønnene i fremtidige analyser. Noe relatert til dette er at det er støtte for at mor og far kan ha ulik påvirkning på utviklingen av selvskadingsatferd. I en studie så man for eksempel at fars manglende fysiske tilstedeværelse i barndommen kunne øke risikoen for selvskading hos menn, men ikke hos kvinner (Gratz et al., 2002). Dermed kan det være nytteverdi i å undersøke hvilken effekt mor kan ha på utviklingen av selvskadingsatferd hos barn, kontra hvilken effekt en far kan ha. Dette forslaget har også blitt fremmet av andre forfattere (Baetens et al., 2014).

Når det gjelder måten psykiske vansker ble operasjonalisert inkluderte denne faktoren plager knyttet til både angst og depresjon. I en studie gjort av Klonsky et al. (2003) ga funnene deres støtte til at angst hadde et sterkere forhold til selvskading enn det depresjon hadde. Dette tyder på at det kan være hensiktsmessig å differensiere effekten angst og depresjon har på selvskading. En slik differensiering kan være spesielt nyttig med tanke på behandling av selvskadingsatferd.

#### **4.5.2 Hypotesetesting og å undersøke videre hva slags mekanismer som ligger bak forholdene**

Denne oppgaven har fokusert mer på å utforske hva slags forhold det kan være mellom de ulike faktorene og selvskading. En vei videre kan derfor være å teste ut mer spesifikke hypoteser basert på de ulike tolkningene av resultatene som har blitt lagt frem, og å undersøke videre hva slags mekanismer det er som faktisk gjør at en faktor enten bidrar til, eller reduserer sannsynligheten for selvskading. Dette kan være spesielt viktig med tanke på

faktoren kroppsbilde, ettersom de nåværende empiriske funnene tyder på at det kan være en viktig sammenheng mellom kroppsbilde og selvskading. Sammenlignet med de andre faktorene som har blitt undersøkt, finnes det allikevel lite litteratur og empiri som kan forklare hvilke mekanismer som ligger i denne sammenhengen. Som nevnt i diskusjonen av resultatene, kan det også være hensiktsmessig å undersøke hva slags mekanismer det er som gjør at sosial støtte kan være beskyttende mot selvskading. I tillegg kan det være nyttig å undersøke hva det er som kan skille den beskyttende effekten av sosial støtte fra jevnaldrende, fra den beskyttende effekten av sosial støtte fra familie. Avslutningsvis vil jeg peke ut at det er viktig med flere longitudinelle studier som ser på selvskading, ettersom det fortsatt har vært nokså få av dem, og de er nødvendige for at man i større grad skal kunne si noe om kausale forhold.

## 4.6 Konklusjon

Målet i denne oppgaven var å undersøke om det var gruppeforskjeller mellom ungdom som har selvskadet og ungdom som ikke har selvskadet, på faktorene opplevd foreldrestil, familiesamhold, antall venner, kroppsbilde og psykiske vansker. I tillegg ønsket jeg å se om hver av faktorene ville ha et unikt bidrag i å predikere selvskading, når effekten av de andre faktorene ble kontrollert for. Resultatene viste at det var gruppeforskjeller på alle de undersøkte faktorene, med unntak av antallet venner ungdommen hadde som de ikke kunne betro seg til. I tillegg ble det funnet en mulig beskyttende effekt av godt familiesamhold, antall betrodde venner og et positivt kroppsbilde, mens graden av psykiske vansker økte oddsen for selvskading. Resultatene samsvarte i stor grad med tidligere forskning. Et unntak var funnet av at antall betrodde venner hadde en beskyttende effekt, når tidligere forskning har tydet på at gode relasjoner til jevnaldrende ikke nødvendigvis beskyttet mot selvskading. Fremfor å tolke dette som funn som strider mot tidligere forskning, ble det foreslått i diskusjonen hvordan funnene i analysene heller kan nyansere tidligere funn.

Det ble gjennomgått en rekke måter å tolke resultatene i diskusjonen. Den beskyttende effekten av relasjonsfaktorene kan forstås ut fra hvordan de kan relatere seg til aleksitymi, men mekanismene bak kan også være at de fungerer som en buffer mot emosjonelt ubehag, eller at de representerer et fravær av risikofaktorer. Det har i tillegg blitt påpekt at det er uvisst hva det er som skiller den beskyttende effekten av sosial støtte fra jevnaldrende, fra den beskyttende effekten av sosial støtte fra familie. Når det gjelder opplevd foreldrestil, kan

analysene tyde på at assosiasjonen den har til selvskading er indirekte, i tråd med hvordan denne assosiasjonen har vært omtalt tidligere. Den beskyttende effekten av et positivt kroppsbilde kan forklares av at det kan heve terskelen å skade kroppen, men effekten kan også forstås gjennom hva slags forhold kroppsbilde kan ha til selvstraff.

Den største begrensningen ved denne oppgaven er kanskje at datagrunnlaget for analysene ikke kan si noe om kausale forhold, men dette bidrar også til å videre belyse viktigheten av å gjøre flere longitudinelle studier på selvskading. I tillegg kan det være hensiktsmessig å undersøke hva slags mekanismer som ligger til grunn for de assosiasjonene man finner mellom ulike faktorer og selvskading. Ettersom bare to av de undersøkte faktorene måler noe som har hendt i fortid, mens resten kan modifieres gjennom intervensjoner, kan funnene i denne oppgaven ha betydning for utviklingen av behandlingsmetoder for selvskading.



# Litteraturliste

Anderson, C. B., Carter, F. A., McIntosh, V. V., Joyce, P. R., & Bulik, C. M. (2002). Self-harm and suicide attempts in individuals with bulimia nervosa. *Eating Disorders, 10*(3), 227-243. doi:10.1002/erv.472

Andover, M. S., Pepper, C. M., & Gibb, B. E. (2007). Self-mutilation and coping strategies in a college sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(2), 238-243. doi:10.1521/suli.2007.37.2.238

Baetens, I., Claes, L., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., . . . Griffith, J. W. (2014). Non-suicidal self-injury in adolescence: a longitudinal study of the relationship between NSSI, psychological distress and perceived parenting. *Journal of Adolescence, 37*(6), 817-826. doi:10.1016/j.adolescence.2014.05.010

Berger, E., Hasking, P., & Martin, G. (2013). 'Listen to them': Adolescents' views on helping young people who self-injure. *Journal of Adolescence, 36*(5), 935-945. doi:10.1016/j.adolescence.2013.07.011

Bordens, K. S., & Abbott, B. B. (2011). *Research Design and Methods: A Process Approach* (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

Borge, A. I. H. (2010). *Resiliens* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of youth and adolescence, 39*(3), 233-242. doi:10.1007/s10964-009-9482-0

Brausch, A. M., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body image, 4*(2), 207-212. doi:10.1016/j.bodyim.2007.02.001

Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology, 111*(1), 198-202. doi: 10.1037//0021-843X.111.1.198

- Bureau, J.-F., Martin, J., Freynet, N., Poirier, A. A., Lafontaine, M.-F., & Cloutier, P. (2010). Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of youth and adolescence, 39*(5), 484-494. doi: 10.1007/s10964-009-9470-4
- Christoffersen, M. N., Møhl, B., DePanfilis, D., & Vammen, K. S. (2015). Non-Suicidal Self-Injury—Does social support make a difference? An epidemiological investigation of a Danish national sample. *Child abuse & neglect, 44*, 106-116. doi:10.1016/j.chiabu.2014.10.023
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B., Giedd, J. N., Boring, A. M., . . . Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part II: brain development. *Biological psychiatry, 45*(10), 1271-1284. doi:10.1016/S0006-3223(99)00045-1
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Systems Research and Behavioral Science, 19*(1), 1-15. doi:10.1002/bs.3830190102
- Dyer, K. F., Dorahy, M. J., Hamilton, G., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., . . . McElhill, B. (2009). Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD. *Journal of clinical psychology, 65*(10), 1099-1114. doi:10.1002/jclp.20619
- Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of affective disorders, 191*, 109-117. doi:10.1016/j.jad.2015.11.043
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical psychology review, 24*(8), 957-979. doi:10.1016/j.cpr.2004.04.005
- Evergreen Valley College. Reporting Statistics in Psychology. Retrieved from [http://evc-cit.info/psych018/Reporting\\_Statistics.pdf](http://evc-cit.info/psych018/Reporting_Statistics.pdf)
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4 ed.). Los Angeles: SAGE.
- Fliege, H., Lee, J.-R., Grimm, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of psychosomatic research, 66*(6), 477-493. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.10.013

Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC public health*, 8(1), 369. doi:10.1186/1471-2458-8-369

Fostervold, K. I. (2010). *Forskningsmetoder I : Kommentarhefte* (3th ed.). Bekkestua: NKI Forlaget.

Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour research and therapy*, 45(10), 2483-2490. doi:10.1016/j.brat.2007.04.002

Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205. doi:10.1093/clipsy.bpg022

Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238-250. doi:10.1037/0002-9432.76.2.238

Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2007). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(1), 1-14. doi:10.1037/1524-9220.8.1.1

Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140. doi:10.1037/0002-9432.72.1.128

Gunnar, M. R. (1998). Quality of early care and buffering of neuroendocrine stress reactions: Potential effects on the developing human brain. *Preventive medicine*, 27(2), 208-211. doi:10.1006/pmed.1998.0276

Haavet, O. R., Sirpal, M. K., Haugen, W., & Christensen, K. S. (2010). Diagnosis of depressed young people in primary health care—a validation of HSCL-10. *Family practice*, 28(2), 233-237. doi:10.1093/fampra/cmq078

- Harter, S. (2012). Self-perception profile for adolescents: Manual and questionnaires. *University of Denver*.
- Hawton, K., & Fortune, S. (2008). Suicidal Behavior and Deliberate Self-Harm. In M. Rutter, D. V. M. Bishop, D. S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5th ed., pp. 648-669). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Hawton, K., Saunders, K., Topiwala, A., & Haw, C. (2013). Psychiatric disorders in patients presenting to Hospital Following self-harm: A systematic review. *Journal of affective disorders, 151*(3), 821-830. doi:10.1016/j.jad.2013.08.020
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet, 379*(9834), 2373-2382. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5
- Hay, C., & Meldrum, R. (2010). Bullying victimization and adolescent self-harm: Testing hypotheses from general strain theory. *Journal of youth and adolescence, 39*(5), 446-459. doi:10.1007/s10964-009-9502-0
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2006). A new scale for adolescent resilience: Grasping the central protective resources behind healthy development. *Measurement and evaluation in Counseling and Development, 39*(2), 84-96.
- Huang, L., & Mossige, S. (2015). Resilience in young people living with violence and self-harm: evidence from a Norwegian national youth survey. *Psychology research and behavior management, 8*, 231-238. doi:10.2147/PRBM.S75382
- Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M., Baccus, J., & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *British Journal of Clinical Psychology, 45*(3), 297-308. doi:10.1348/014466505X68230
- Jones, D. P. H. (2008). Child Maltreatment. In M. Rutter, D. V. M. Bishop, D. S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5th ed., pp. 421-439). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Klimidis, S., Minas, I. H., & Ata, A. (1992). The PBI-BC: A brief current form of the Parental Bonding Instrument for adolescent research. *Comprehensive psychiatry, 33*(6), 374-377. doi:10.1016/0010-440X(92)90058-X

Klimidis, S., Minas, I. H., Ata, A., & Stuart, G. (1992). Construct validation in adolescents of the brief current form of the Parental Bonding Instrument. *Comprehensive psychiatry*, *33*(6), 378-383. doi:10.1016/0010-440X(92)90059-Y

Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, *27*(2), 226-239. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.002

Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, *160*(8), 1501-1508. doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1501

Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of general psychiatry*, *54*(4), 337-343. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830160065009

Lüdtke, J., In-Albon, T., Michel, C., & Schmid, M. (2016). Predictors for DSM-5 nonsuicidal self-injury in female adolescent inpatients: The role of childhood maltreatment, alexithymia, and dissociation. *Psychiatry research*, *239*, 346-352. doi:10.1016/j.psychres.2016.02.026

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. d., Corcoran, P., Fekete, S., . . . Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, *49*(6), 667-677. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x

Mayer, J. D., McCormick, L. J., & Strong, S. E. (1995). Mood-congruent Memory and Natural Mood: New Evidence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *21*(7), 736-746. doi:10.1177/0146167295217008

Messer, J. M., & Fremouw, W. J. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical psychology review*, *28*(1), 162-178. doi:10.1016/j.cpr.2007.04.006

Moe, A., & Ribe, K. (2007). *Selvskadingens dynamikk*. Oslo: Universitetsforl.

- Mossige, S., Huang, L., Straiton, M., & Roen, K. (2014). Suicidal ideation and self-harm among youths in Norway: associations with verbal, physical and sexual abuse. *Child & Family Social Work*, 166-175. doi:10.1111/cfs.12126
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge - En selvrapporderingsstudie blant avgangselever i videregående skole*. (NOVA Rapport 20/07). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring Retrieved from [http://www.hioa.no/content/download/45926/677004/file/3059\\_1.pdf](http://www.hioa.no/content/download/45926/677004/file/3059_1.pdf).
- Muehlenkamp, J. J., & Brausch, A. M. (2012). Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(1), 1-9. doi:10.1016/j.adolescence.2011.06.010
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 10. doi:10.1186/1753-2000-6-10
- Møhl, B. (2015). *Selvskade : psykologi og behandling*. København: Hans Reitzel.
- Najmi, S., Wegner, D. M., & Nock, M. K. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour research and therapy*, 45(8), 1957-1965. doi:10.1016/j.brat.2006.09.014
- 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. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x
- Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Physiological Arousal, Distress Tolerance, and Social Problem-Solving Deficits Among Adolescent Self-Injurers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 28-38. doi:10.1037/0022-006X.76.1.28
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(5), 885-890. doi:10.1037/0022-006X.72.5.885

Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of abnormal psychology, 114*(1), 140-146.

doi:10.1037/0021-843X.114.1.140

Orbach, I. (1996). The role of the body experience in self-destruction. *Clinical child psychology and psychiatry, 1*(4), 607-619. doi:10.1177/1359104596014012

Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-harm in Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54*(2), 97-107. e102. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.009

Paivio, S. C., & McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child abuse & neglect, 28*(3), 339-354.

doi:10.1016/j.chiabu.2003.11.018

Patton, G. C., Hemphill, S. A., Beyers, J. M., Bond, L., Toumbourou, J. W., McMORRIS, B. J., & Catalano, R. F. (2007). Pubertal stage and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(4), 508-514.

doi:10.1097/chi.0b013e31803065c7

Polk, E., & Liss, M. (2007). Psychological characteristics of self-injurious behavior. *Personality and Individual Differences, 43*(3), 567-577. doi:10.1016/j.paid.2007.01.003

Radziwiłłowicz, W., & Lewandowska, M. (2017a). Deliberate self-injury functions and their clinical correlates among adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatria Polska, 51*(2), 303-322. doi:10.12740/PP/63802

Radziwiłłowicz, W., & Lewandowska, M. (2017b). From traumatic events and dissociation to body image and depression symptoms - in search of self-destruction syndrome in adolescents who engage in nonsuicidal self-injury. *Psychiatria Polska, 51*(2), 283-301.

doi:10.12740/pp/63801

Roberts, W. L., & Strayer, J. (1987). Parents' responses to the emotional distress of their children: Relations with children's competence. *Developmental Psychology, 23*(3), 415-422.

doi:10.1037/0012-1649.23.3.415

- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 80-87. doi:10.1097/00004583-200401000-00017
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471-1483. doi:10.1016/S0140-6736(05)67600-3
- Sourander, A., Aromaa, M., Pihlakoski, L., Haavisto, A., Rautava, P., Helenius, H., & Sillanpää, M. (2006). Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *Journal of affective disorders*, 93(1), 87-96. doi:10.1016/j.jad.2006.02.015
- Stanford, S., Jones, M. P., & Hudson, J. L. (2017). Rethinking pathology in adolescent self-harm: Towards a more complex understanding of risk factors. *Journal of Adolescence*, 54, 32-41. doi:10.1016/j.adolescence.2016.11.004
- Steeg, S., Haigh, M., Webb, R. T., Kapur, N., Awenat, Y., Gooding, P., . . . Cooper, J. (2016). The exacerbating influence of hopelessness on other known risk factors for repeat self-harm and suicide. *Journal of affective disorders*, 190, 522-528. doi:10.1016/j.jad.2015.09.050
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic journal of psychiatry*, 57(2), 113-118. doi:10.1080/08039480310000932
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical psychology review*, 18(5), 531-554. doi:10.1016/S0272-7358(97)00105-0
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., Hazell, P., Taylor, A., & Protani, M. (2012). Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child abuse & neglect*, 36(7-8), 572-584. doi:10.1016/j.chiabu.2012.05.005
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(1), 33-44. doi:10.1016/S0149-7634(03)00007-1



- Tetzchner, S. v. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tschan, T., Schmid, M., & In-Albon, T. (2015). Parenting behavior in families of female adolescents with nonsuicidal self-injury in comparison to a clinical and a nonclinical control group. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9(1), 17. doi:10.1186/s13034-015-0051-x
- von Soest, T., Mossige, S., Stefansen, K., & Hjemdal, O. (2010). A validation study of the Resilience Scale for Adolescents (READ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 215-225. doi:10.1007/s10862-009-9149-x
- Wilhelm, K., Niven, H., Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychological medicine*, 35(3), 387-393. doi:10.1017/S0033291704003538
- Wilhelm, K., & Parker, G. (1990). Reliability of the parental bonding instrument and intimate bond measure scales. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 24(2), 199-202. doi:10.3109/00048679009077683
- Williams, M. J., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical Memory in Suicide Attempters. *Journal of abnormal psychology*, 95(2), 144-149. doi:10.1037/0021-843X.95.2.144
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical psychology review*, 24(1), 35-74. doi:10.1016/j.cpr.2003.10.001
- Yates, T. M., Tracy, A. J., & Luthar, S. S. (2008). Nonsuicidal Self-Injury Among "Privileged" Youths: Longitudinal and Cross-Sectional Approaches to Developmental Process. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 52-62. doi:10.1037/0022-006X.76.1.52
- Yip, K. s. (2005). A Multi-Dimensional Perspective of Adolescents' Self-Cutting. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(2), 80-86. doi:10.1111/j.1475-3588.2005.00122.x
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive psychiatry*, 37(1), 12-16. doi:10.1016/S0010-440X(96)90044-9

Øverland, S. (2006). *Selvskading : en praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbokforl.

# 5 Vedlegg

## Vedlegg 1: Versjonen av Parental Bonding Instrument som ble brukt i LUVØ

Under er det beskrevet forskjellige måter ungdom kan ha opplevd foreldrene sine på i oppveksten. Kryss av for det som stemmer for deg.

Hvis foreldrene dine er svært forskjellige, eller du ser den ene mer enn den andre, tenk på den av foreldrene dine som du er mest sammen med.

	Stemmer svært godt	Stemmer ganske godt	Stemmer ganske dårlig	Stemmer svært dårlig
De har likt at jeg har tatt egne beslutninger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De har forsøkt å kontrollere alt jeg har gjort.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De har vært overbeskyttende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De har ikke snakket noe særlig med meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De har forstått mine problemer og bekymringer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De har ikke forstått mine ønsker og behov.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De har brukt for lite tid sammen med meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De har latt meg bestemme ting selv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De har behandlet meg som om jeg var yngre enn jeg er.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De har vært kjærlige mot meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De har ikke hjulpet meg så mye som jeg har trengt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vedlegg 2: Resilience Scale for Adolescents

Spørsmålene 5, 10, 15, 18, 21, 24 og 27 utgjør faktoren familiesamhold.

Tenk på hvordan du har hatt det den siste måneden. Hvordan du har tenkt og følt om deg selv, og om viktige mennesker omkring deg. Kryss av for det som passer best for deg.

(Sett ett kryss for hver linje)

	Helt enig	Litt enig	Middels	Litt uenig	Helt uenig
Jeg kommer i mål dersom jeg står på .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fungerer best dersom jeg lager meg klare mål .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har noen venner / familiemedlemmer som pleier å oppmuntre meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med livet mitt til nå.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I familien min er vi enige om hva som er viktig i livet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får lett andre til å trives sammen med meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vet hvordan jeg skal nå målene mine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg legger alltid en plan før jeg begynner med noe nytt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vennene mine holder sammen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg trives godt i familien min .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har lett for å finne nye venner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når det er umulig for meg å forandre på ting slutter jeg å gruble på dem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er flink til å organisere tiden min .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har noen nære venner / familiemedlemmer som virkelig bryr seg om meg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I familien min er vi enige om det meste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er flink til å snakke med nye folk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler jeg er dyktig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I familien min har vi regler som forenkler hverdagen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har alltid noen som kan hjelpe meg når jeg trenger det.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når jeg skal velge noe vet jeg oftest hva som blir riktig for meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familien min ser positivt på tiden fremover selv om det skjer noe veldig leit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg finner alltid noe morsomt å snakke om.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min tro på meg selv får meg gjennom vanskelige perioder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I familien min støtter vi opp om hverandre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg finner alltid på noe trøstende å si til andre som er lei seg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I motgang har jeg en tendens til å finne noe bra jeg kan vokse på .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I familien min liker vi å finne på ting sammen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har noen nære venner / familiemedlemmer som setter pris på egenskapene mine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Vedlegg 3: Norsk oversatt versjon av "Physical Appearance"-subskalaen i Self-Perception Profile for Adolescents, slik den ble brukt i LUVO

Nedenfor er det noen spørsmål om hvordan du synes du selv er.

Kryss av for det som passer best for deg.

(Sett ett kryss for hver linje)

	Stemmer svært godt	Stemmer nokså godt	Stemmer nokså dårlig	Stemmer svært dårlig
Jeg er ikke fornøyd med utseendet mitt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ønsker at kroppen min var annerledes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ønsker at jeg så annerledes ut .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes jeg ser bra ut .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg liker utseendet mitt veldig godt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vedlegg 4: Versjonen av Hopkins Symptom Checklist som ble brukt i LUVU

Nå følger en liste over forskjellige plager og problemer som man av og til kan ha.

Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette? Sett kryss i den ruta som passer for deg

(Sett ett kryss for hver linje)

	Ikke plaget i det hele tatt	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Plutselig redd uten grunn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig redd eller engstelig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matthet eller svimmelhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet, indre uro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett for å gråte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett for å klandre deg selv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt at alt er et slit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt søvnproblemer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt håpløshet med tanke på framtida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg stiv eller anspent .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymret deg for mye om ting.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenkt på å gjøre slutt på livet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>