



LUND
UNIVERSITY

Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats VT 2007

SJÄLVSKADEBETEENDE OCH RISKBETEENDE FÖR ÄTSTÖRNINGAR HOS TONÅRINGAR

Förekomst, samband och intervention med expressivt skrivande

Maria Hellmo och Magdalena Svensson

Handledare: Margit Wångby

Examinator: Clemens Weikert

Psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet, Vol. IX (2007): 14

Abstract

The purpose of the present essay, as part of the project *Self esteem and Life circumstances among teenagers*, was to investigate the rate of both deliberate self-harm (DSH) and risk behaviour related to eating disorders in 14-year-old Swedish adolescents, gender differences in DSH, and possible correlations between DSH and risk behaviours related to eating disorder. In addition, the effects of expressive writing (Pennebaker & Beall, 1986) on DSH and risk behaviours related to eating disorders were investigated. Data from two pilot studies are included. In total, 198 14-year-olds from four different schools in southern Sweden participated. For the purpose of measuring the rate of DSH, a simplified version of Gratz's (2001) *Deliberate Self-Harm Inventory* (DSHI) was used. Results showed that 40.2 % of the adolescents reported having engaged in some kind of deliberate self-harm behaviour at least once during the last 6 months. 7.8 % reported having engaged in DSH behaviour ten times or more. There were no overall gender differences. However, the girls reported significantly higher rates on two items: biting oneself so that the skin is broken and preventing wounds from healing. In order to measure risk behaviour related to eating disorder, RiBED-8 (*Risk Behaviours related to Eating Disorder*), a screening instrument developed by Waadegaard, Thoning and Petersson (2003) was used. Because the instrument is validated only for girls, only they were included in the analysis. Results showed that 22.2 % of girls are at risk of developing an eating disorder. High rates of DSH were significantly associated with high rates of risk behaviour related to eating disorder. Both studies included are explorative; the larger having a quasi-experimental design and the smaller an experimental design. Only the quasi-experimental design, contrary to expected, shows a significantly negative effect on DSH for participants in expressive writing. When analysed by gender, results are significant only for boys. Analyses of the experimental study revealed no indications of effect on DSH. Neither were any indications of effect on risk behaviours related to eating disorders found for girls.

Key words: Deliberate Self-harm, Self-mutilation, Parasuicide, Eating disorder, Expressive writing, Adolescents, Prevalence, Prevention, Treatment

Sammanfattning

Syftet med föreliggande uppsats, som en del av projektet Självkänsla och Livssituation hos tonåringar, var att undersöka förekomsten av självskadebeteende och riskbeteende relaterat till ätstörningar hos 14-åriga svenska tonåringar, könsskillnader avseende självskadebeteende och eventuell samvarians mellan självskadebeteende och riskbeteende för ätstörningar. Dessutom undersöktes effekterna av expressivt skrivande (Pennebaker & Beall, 1986) på självskadebeteende och riskbeteende för ätstörningar. Data från två pilotstudier inkluderades. Totalt deltog 198 fjortonåringar från fyra olika högstadieskolor i södra Sverige. I syfte att mäta självskadebeteende användes en förenklad version av Gratz (2001) Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI). Resultaten visade att 40.2 % av tonåringarna rapporterade att de ägnat sig åt någon form av självskadande beteende åtminstone vid ett tillfälle under de senaste sex månaderna. Av ungdomarna angav 7.8 % att de ägnat sig åt självskadebeteende åtminstone 10 gånger. Det fanns inga signifikanta könsskillnader vad gäller totala mängden självskadebeteende. Dock angav flickorna signifikant högre förekomst på två item: bitit sig själv så hårt att det gått hål på huden samt förhindrat sår från att läka. För att mäta riskbeteende för ätstörningar användes RiBED-8 (Risk Behaviours related to Eating Disorder), ett självskattningsformulär utvecklat av Waadegaard, Thoning och Petersson (2003). På grund av att formuläret endast kunnat valideras för flickor, inkluderades enbart flickorna i analysen. Resultaten visade att 22.2 % av flickorna tillhörde riskgruppen för att utveckla en ätstörning. Förekomst av DSH samvarierade signifikant med förekomst av riskbeteende för ätstörningar. Resultaten från de båda pilotstudierna får anses vara explorativa, varav den större har en kvasiexperimentell design och den mindre en experimentell design. Endast den kvasiexperimentella designen visade, mot förväntan, en signifikant negativ effekt på självskadebeteende för deltagare i expressivt skrivande. Vid analys av könsskillnader var resultatet signifikant enbart för pojkar. Den experimentella studiens resultat gav inga indikationer för effekt på självskadandebeteende. Inga effekter kunde heller påvisas avseende riskbeteende för ätstörningar hos flickor.

Nyckelord: Självskadebeteende, Ätstörningar, Expressivt skrivande, Tonåringar, Förekomst, Prevention, Behandling

Innehållsförteckning

<i>Självskadebeteende</i>	6
<i>Begreppsdefinition</i>	7
<i>Prevalens av självskadebeteende</i>	8
<i>Könsskillnader</i>	9
<i>Riskfaktorer</i>	9
<i>Sexuella övergrepp</i>	10
<i>Känslomässig försummelse</i>	10
<i>Impulsivitet och affektiv reaktivitet</i>	12
<i>Omgivningens påverkan</i>	13
<i>Skyddande faktorer</i>	13
<i>Teoretiska förklaringsmodeller</i>	14
<i>Miljömodell</i>	14
<i>Driftsmodeller</i>	15
<i>Affektregleringsmodeller</i>	15
<i>Dissociationsmodellen</i>	16
<i>Gränsmodell</i>	16
<i>Neurobiologiska perspektiv</i>	16
<i>Orsakshypoteser</i>	17
<i>Prevention och behandling av självskadebeteende</i>	17
<i>Riskbeteende för ätstörningar</i>	19
<i>Vilka är riskbeteendena?</i>	20
<i>Preventiva interventioner</i>	21
<i>Prevalens för ätstörningar och riskbeteende för ätstörningar</i>	23
<i>Ätstörningar och självskadebeteende</i>	24
<i>Vad är expressivt skrivande?</i>	26
<i>Tidigare forskning samt modifierande faktorer</i>	27
<i>Settings</i>	28
<i>Behandlingsvariabler</i>	28
<i>Deltagarvariabler</i>	29
<i>Metodologiska variabler</i>	29
<i>Teoretiska förklaringsmodeller – hur kommer det sig att expressivt skrivande uppvisar välgörande effekter?</i>	30
<i>Emotionell inhibering</i>	30
<i>Kognitiv anpassning eller processande</i>	30
<i>Emotionell exponering</i>	31
<i>Självreglering/Emotionell reglering</i>	31
<i>Social integration</i>	32
<i>För vilken typ av problematik tycks expressivt skrivande ha effekt?</i>	32
<i>Psykologisk hälsa</i>	32
<i>Fysiologiskt fungerande samt hälsa</i>	32
<i>Generellt fungerande</i>	33
<i>Expressivt skrivande och psykiatrisk problematik</i>	33
<i>Expressivt skrivande och självskadebeteende</i>	33
<i>Expressivt skrivande och ätstörningsrelaterade fenomen</i>	34
<i>Studiens relation till SoL-projektet</i>	36
<i>Syfte</i>	36
<i>Frågeställningar</i>	36
METOD	37

<i>Deltagare</i>	37
<i>Studie 1</i>	37
<i>Studie 2</i>	37
<i>Design</i>	38
<i>Studie 1: Kvasiexperimentell design</i>	38
<i>Studie 2: Experimentell design</i>	40
<i>Mätinstrument</i>	40
<i>DSHI-9</i>	40
<i>RiBED-8</i>	41
<i>Variabler</i>	42
<i>Självska debeteende</i>	42
<i>Riskbeteende för ätstörningar</i>	43
<i>Tillvägagångssätt</i>	43
<i>Datainsamling</i>	43
<i>Intervention studie 1</i>	44
<i>Intervention samt kontrollskrivande i studie 2</i>	45
<i>Etiska överväganden</i>	45
RESULTAT.....	45
<i>Förekomst av självska debeteende</i>	46
<i>Upprepat självska debeteende</i>	48
<i>Självska debeteende som lett till medicinsk behandling</i>	48
<i>Förekomst av riskbeteende för ätstörningar bland flickorna</i>	49
<i>Korrelationer mellan självska debeteende och riskbeteende för ätstörningar hos flickorna</i>	50
<i>Intervention med expressivt skrivande</i>	51
<i>Studie 1, självska debeteende med könen sammanslagna</i>	51
<i>Studie 1, självska debeteende hos flickorna</i>	52
<i>Studie 1, självska debeteende hos pojkar</i>	53
<i>Studie 2, självska debeteende med könen sammanslagna</i>	55
<i>Studie 1, riskbeteende för ätstörningar hos flickorna</i>	57
DISKUSSION.....	58
<i>Hur hög är förekomsten, och hur ser könsskillnaderna ut, avseende självska debeteende hos högstadieungdomar idag?</i>	58
<i>Hur hög är förekomsten av riskbeteende för utveckling av ätstörningar hos flickor i högstadiet?</i>	62
<i>Förekommer det något samband mellan självska debeteende och riskbeteende för ätstörningsproblematik hos flickor i högstadieåldern?</i>	66
<i>Intervention expressivt skrivande</i>	67
<i>Kan en intervention med expressivt skrivande enligt Pennebakers modell befrämja en gynnsam utveckling på ett sådant sätt att förekomsten av självska debeteende reduceras?</i>	68
<i>Kan en intervention med expressivt skrivande enligt Pennebakers modell befrämja en gynnsam utveckling på ett sådant sätt att förekomsten av riskbeteende för ätstörningsproblematik hos flickor reduceras?</i>	72
<i>Avslutande kommentarer</i>	74
REFERENSER.....	75
BILAGOR.....	80

Ungdomars psykiska ohälsa är något som på senare år lyfts fram alltmer i den samhälleliga debatten och ses idag som ett ökande och oroande problem. En del av denna ökning utgörs av ätstörnings- och självskadebeteende (Socialstyrelsen, 2004; Folkhälsoinstitutet, 1999). Dessa typer av beteendeproblematik rapporteras från kliniskt håll vara omfattande och tilltagande problem bland ungdomar idag. Båda problemområdena medför stort lidande för dem som drabbas och kan i sin tur vara inkörsporten till en negativ utveckling med omfattande psykiatrisk problematik, vilken gör det svårt för individen att fungera i samhället. Således är det av stor vikt att få ökad förståelse för dessa fenomen (Socialstyrelsen, 2004; Folkhälsoinstitutet, 1999). Samtidigt är kunskapen om självskadebeteende och hur det bäst behandlas mycket begränsad (Burns, Dudley, Hazell & Patton, 2005).

Självskadebeteende

Begreppet självskadebeteende används för att beskriva många olika beteenden, från handlingar som hängning och förgiftning, där individen riskerar och även har intentionen att ta sitt liv, till mer ytliga rispingar som en respons på outhärdlig psykisk smärta (Skegg, 2005). Det är en spridd uppfattning att självskadebeteende har ökat bland ungdomar de senaste decennierna och behovet av ytterligare studier för att kartlägga förekomsten av självskadande beteende är stort (Socialstyrelsen, 2004).

Aktuell forskning på området visar på att oklarheten kring hur man ska definiera och mäta begreppet självskadebeteende är stor, vilket medför svårigheter när det gäller att jämföra och generalisera studier på området (Gratz, 2001). Studierna skiljer sig åt på så vis att man studerar olika fenomen i olika populationer, samt att när man studerar samma fenomen, inte har enats om en gemensam definition, utan använder olika begrepp. Detta är en bidragande orsak till varför det varit svårt att fastställa fenomenets utbredning. En annan faktor är att de flesta studierna i ämnet hitintills har varit kliniska, och därmed inte generaliserbara till en normalpopulation (Socialstyrelsen, 2004).

Att majoriteten av studierna gjorts med kliniska grupper har även medfört att självskadebeteende associeras med och uppfattas som ett symptom på annan psykiatrisk problematik, i synnerhet borderline personlighetsstörning (Skegg, 2005; Ross & Heath, 2002). Större kunskap behövs kring självskadebeteende i normalpopulationen för att nå större kunskap om fenomenets natur. Vi anser att det är av stor vikt att begreppet undersöks skilt från ett kliniskt sammanhang, vilket är en av anledningarna till att vi i föreliggande uppsats valt att undersöka förekomsten i en normalpopulation.

Begreppsdefinition

Självskadebeteende är inte klassificerat som ett eget avgränsat psykiatriskt syndrom, varken i DSM-IV eller ICD-10. Däremot ingår självskadebeteende beskrivet som självstympande handlingar som ett (icke nödvändigt) av flera diagnostiska kriterier för borderline personlighetsstörning (Ottosson, 2000).

Åsikterna går isär huruvida man ska skilja självskadande beteende/deliberate self-harm (DSH) från handlingar som utförs i syfte att suicidera (Skegg, 2005; Lundh, Karim & Quilisch, 2007). Socialstyrelsen beskriver att det är tre faktorer som skiljer självskadebeteende från självmordshandlingar: dödlighet, upprepning och avsikt. Den vanligast förekommande definitionen av begreppet självskadebeteende är, enligt Suyemoto (1998), att det är ett direkt, socialt oacceptabelt, repetitivt beteende som orsakar milda till måttliga fysiska skador. Begreppet benämns self-mutilation, och är skilt från suicidförsök, och utgör inte heller någon respons på ett behov av självstimulering. Det motsvaras inte heller av ett stereotypt beteende karaktäristiskt för mental retardation eller autism. Gratz (2001) föredrar beteckningen deliberate self-harm och ansluter sig till Favazzas (1996) kriterier för självskadebeteende. Impulsivt självskadande beteende (Favazza (1996) föredrar termen self-mutilation) består enligt Favazzas definition av följande: 1) upptagenhet med att skada sig själv fysiskt; 2) återkommande misslyckanden med att stå emot impulser av att skada sig själv, resulterande i vävnadsskador; 3) ökad upplevelse av en inre spänning direkt före självskadan; 4) känsla av välbefinnande eller lättnadskänsla i direkt anslutning till självskadehandlingen (Socialstyrelsen, 2004). Självskadande beteende är det avsiktliga, direkta förstörandet eller förändrandet av kroppsvävnad utan medveten suicidal avsikt, vilket resulterar i vävnadsskador, exempelvis ärr (Favazza, 1996).

Ovanstående definitioner skiljer kategoriskt självskadande beteende (DSH) från beteenden som utförs med intentionen att suicidera. Andra forskare definierar inte begreppet utifrån vilken intention den som utför beteendet har, utan på en ren beteendenivå (Hawton, Rodham, Evans & Wetherall, 2002; Lundh et al., 2007). Skegg (2005) beskriver att amerikanska forskare generellt tenderar att föredra att särskilja DSH från handlingar som utförs med intention att ta sitt liv, medan europeiska forskare tenderar att välja en ren beteendedefinition, som inkluderar allt självskadande beteende oberoende av intention. På grund av de metodologiska svårigheterna att mäta intentioner, väljer vi att ansluta oss till en strikt beteendemässig definition av begreppet som inte explicit exkluderar beteenden med intentionen att suicidera, så som förespråkas av Skegg (2005) och Lundh et al., (2007). Svårigheterna att mäta intentioner handlar bland annat om individens svårigheter att skatta

och redogöra för dessa, att man ofta inte är medveten om syftet eller att det finns mer än en intention, det vill säga att begreppen går in i varandra. Det finns inget enkelt samband mellan typ av handling och syfte, utan självskadebeteende som kan kategoriseras som mildrare, som att rispa sig, kan ha utförts med suicidintention, medan mer livshotande handlingar, som att skära sig, inte behöver vara sammankopplade med en sådan intention.

Föreliggande studie har valt att definiera begreppet självskadebeteende som de beteenden genom vilka en individ medvetet skadar sin kropp genom att skära, rispa eller bränna huden, eller på andra sätt tillfogar sig själv yttre skador oberoende av intentionen att ta sitt liv. Formuläret som mäter självskadebeteende syftar till att kartlägga konkreta beteenden som är självskadande, oberoende av introspektiva redogörelser för förekomsten eller frånvaron av intentionen att suicidera. Eftersom ambitionen är att mäta konkreta instanser av självskadande beteenden, exkluderas inte beteenden som utförs med avsikt att dö uttryckligen i formuläret. I kartläggningen frågas inte efter andra beteenden som att genom missbruk, intoxikation eller sexuellt eller annat utagerande beteende som innebär en hälsorisk, skada sig själv.

I detta arbete används fortsättningsvis begreppen självskadebeteende, självskadande beteende/handlingar och DSH om vartannat för att beteckna de beteenden som överensstämmer med ovan valda definition.

Prevalens av självskadebeteende

Rådande uppfattningar om självskadebeteende har varit att det förekommer främst hos kvinnor, men senare studier visar på att fenomenet kan vara lika utbrett hos män (Gratz, Conrad & Roemer, 2002). Dessutom finns en föreställning om att det är ett repetitivt beteende, men det kan också vara av övergående karaktär, varierande från fall till fall. Beteendet är också mycket mindre sällsynt hos ungdomar än man tidigare trott (Skegg, 2005).

Uppvisande av självskadebeteende är sällsynt före puberteten, och ökar i omfattning under tonårstiden. Den vanligaste tidpunkten för första episoden har rapporterats vara 16 år i USA (Kessler et al., 1999, i Skegg, 2005). Självskadebeteende verkar dock krypa allt längre ned i åldrarna (Socialstyrelsen, 2004), varför det blir särskilt intressant att studera lägre åldrar.

Socialstyrelsen (2004) sammanställda studier, som behandlar prevalensen av avsiktlig självskada hos ungdomar i åldrarna 15-16 år, använder vida definitioner av självskadebeteende, vilka även inkluderar beteenden med intentionen att ta sitt liv, samt intoxikationer och drogmissbruk, något som försvårar jämförelser och generaliseringar. Av sammanställningen framkommer att den vanligaste formen av självskadebeteende hos

ungdomar i denna åldersgrupp är att skära sig. Trots att studierna laborerat med vida begreppsdefinitioner, visar dessa studier på en prevalens på fyra till sju procent.

Två studier (Hawton et al., 2002; De Leo & Heller 2004) som båda ingick i multicenterstudien Child and Adolescent Self Harm in Europe (CASE), har opererat med en gemensam begreppsdefinition. Där definieras DSH som en handling med icke-dödlig utgång genom vilken en individ avsiktligt (a) utförde beteendet med intentionen att skada sig själv; (b) intog ett läkemedel som överskred den ordinerade eller allmänt föreskrivna terapeutiska dosen; (c) intog en illegal drog i syfte att skada sig själv; eller (d) intog ett icke-ätligt ämne eller föremål. I den förstnämnda studien (Hawton et al., 2002), vilken baserade sig på 6020 engelska ungdomars skattningar, visade sig 12-månadersprevalensen vara 6.9 procent medan den senare (De Leo & Heller, 2004), en australiensisk studie med 2757 ungdomar, redovisade en prevalens på 6.2 procent för en lika lång tidsperiod.

En norsk studie (Ystgaard, Reinholdt, Husby & Mehlum, 2003), som även den ingick i den större CASE-studien och opererade med samma begreppsdefinition, undersökte förekomsten av självskadebeteende hos 4060 gymnasieungdomar. Av ungdomarna rapporterade 6,6 procent en eller flera episoder av självskadande beteende under det gångna året. Att skära sig var det i särklass vanligaste beteende och stod för 74.1 procent av episoderna.

I en amerikansk studie (Ross & Heath, 2002) undersöktes förekomsten av självskadebeteende hos totalt 440 14-15-åringar i två olika high schools. I studien kategoriserades 13.9 procent av ungdomarna som att de ägnat sig åt självskadande beteende enligt definitionen hanterat stress genom att avsiktligt ha skadat sig själv fysiskt. Av dessa ungdomar var 64 % flickor och 36 % pojkar. Skillnaden var signifikant, och författarna menar att könsskillnaderna skulle kunna förklaras av att det är mer kulturellt och socialt accepterat att pojkar använder sig av utagerande coping-beteenden vid stress, medan flickors ilska i högre grad vänds inåt.

En studie (Laye-Gindhu & Schonert- Reichl, 2005), med 424 nordamerikanska skolungdomar i åldern 13-18 år ($M = 15.34$ år, $SD = 1.06$), laborerade med en öppen fråga där man lät ungdomarna själva definiera vad som räknas som självskadebeteende. Här redovisades en prevalens på 15 %.

Ovan nämnda studier opererar med olika begreppsdefinitioner och, vilket troligen påverkar resultatet än mer, de använder sig av enstaka item för att mäta DSH. Det finns anledning att ifrågasätta om dessa operationaliseringar är tillräckliga för att väcka alla de typer av associationer till självskadebeteende som studierna har ambitionen att mäta.

Dessutom görs ingen klar distinktion mellan självskadebeteenden och suicidförsök.

Gratz nord-amerikanska studie (2001) använder ett mer elaborerat beteendebaserat självskattningsformulär: Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI, Gratz 2001), som mäter 16 olika typer av självskadande beteenden. Hennes studie redovisade att mer än 35 procent av de 150 deltagande studenterna med den genomsnittliga åldern 23 år, angav att de hade ägnat sig åt självskadande beteende vid minst ett tillfälle och att 15 procent skadat sig själva vid minst 10 tillfällen. Det vanligaste självskadande beteendet bland både män och kvinnor var att skära sig. En brist i Gratzs (2001) studie, som skulle kunna förklara de höga siffrorna, är att deltagarna, när de rekryterades, uttryckligen blev tillfrågande om de var intresserade av att delta i en studie om självskadebeteende. Dock exkluderades uttryckligen beteenden med suicidal intention, beteenden som att ta överdoser eller att förgifta sig själv.

I en pilotstudie (Lundh et al., 2007) med 123 högstadieungdomar från södra Sverige, där man använde sig av en förenklad form (DSHI-s) av Gratz (2001) Deliberate Self Harm Inventory, angav 65.9 procent av deltagarna att de skadat sig själva vid åtminstone ett tillfälle. Vidare visade studien att 41.4 procent hade ägnat sig åt självskadande beteende vid flera tillfällen och att 13.8 procent utfört någon form av självskadande handlingar många gånger.

Könsskillnader. Ingen signifikant könsskillnad kunde påvisas varken i Lundhs et al. (2007) eller i Gratzs (2001) studie. I de fyra förstnämnda studierna (Hawton et al., 2002; De Leo & Heller, 2004; Ross & Heath, 2002; Ystgaard et al., 2003), vars testinstrument hade uppenbara brister med avseende på specificitet och sensitivitet för begreppet DSH, var dock förekomsten av DSH betydligt högre för flickor än för pojkar. Ystgaards norska studie rapporterade exempelvis en prevalens på 10.2 % för flickor och 3.1 % för pojkar ($p < .05$). Lundh et al, (2005) hittade signifikanta könsskillnader med avseende på typ av självskadande beteende. Att skära sig i armlederna, på armarna eller på andra delar av kroppen var betydligt vanligare hos flickor (34.0 %) jämfört med pojkar (7.9 %). Denna skillnad var signifikant med $p = .001$. Det fanns också en signifikant skillnad avseende om man avsiktligt gnidit in glas i huden. Här svarade 4.3% av flickorna att de ägnat sig åt detta beteende en gång och 4.3% att de gjort det mer än en gång, medan ingen pojke rapporterade detta beteende någon gång ($\chi^2 [2] = 6.69, p = .035$).

Riskfaktorer

De bakomliggande faktorerna har oftare visat sig vara familjerelaterade eller relaterade till interpersonella problem än grundade i områden som skola och prestation (Keeley, O'Sullivan & Corcoran, 2003). Till riskfaktorer för att utveckla självskadebeteende som identifierats hör

socioekonomiskt svåra levnadsförhållanden, svåra familjeförhållanden under uppväxten såsom känslomässigt, fysiskt eller sexuellt utnyttjande och även att ha bevittnat att mamma blivit slagen (Dubo et al., 2001, i Skegg, 2005). Andra faktorer är psykisk sjukdom (egen och föräldrars), i synnerhet depression, och ångestsjukdomar (Dubo et al., 2001, i Skegg, 2005). Det fanns enligt Ystgaard et al. (2003) större samband mellan självskada och ångest än mellan självskada och depression. Gratz (2003) och Gratz et al. (2002) hittade även signifikanta samband mellan självskadebeteende och faktorer som otrygg anknytning, dissociation och separationer under barndomen. Ystgaards et al. (2003) studie visade på ett signifikant samband mellan självskadebeteende och följande faktorer hos båda könen: låg självkänsla, impulsivitet, självskadebeteende bland vänner, drogmissbruk, fysiska övergrepp och konflikter med föräldrarna. Flickorna rapporterade i högre utsträckning att de varit utsatta för sexuella övergrepp.

Sexuella övergrepp. Att ha varit utsatt för sexuella övergrepp under uppväxten är enligt ett flertal studier en signifikant riskfaktor för att senare utveckla självskadebeteende (bland annat Skegg, 2005; Gratz, Conrad & Roemer, 2002; Gratz 2003; van der Kolk, Perry, & Herman, 1991; Cavanaugh, 2002; Gladstone et al., 2004). I van der Kolks (1991) studie framstår sexuella övergrepp jämfört med andra typer av barndomstrauman som den starkaste enskilda prediktorn för att flickor ska utveckla självskadebeteende. Boudewyn och Liem (1995, i Skegg, 2005) undersökte sambandet mellan självskadebeteende och sexuellt utnyttjande under barndomen hos 438 amerikanska collegestudenter och kom genom regressionsanalys fram till att sexuellt utnyttjande var den enda faktorn som var en signifikant prediktor för senare självskadebeteende. Andra faktorer som undersöktes var separation, förlust, fysisk och känslomässig misshandel. Gratz et al. (2002) studie bekräftade resultatet kring att sexuellt utnyttjande är en signifikant riskfaktor för att kvinnor senare kommer att utveckla självskadebeteende. Inte minst för gruppen vuxna kvinnor med psykisk störning och självskadebeteende är olika former av kränkningar och trauman mycket ofta förekommande i deras levnadsberättelser (Socialstyrelsen, 2004). Både sexuellt utnyttjande och självskadebeteende är faktorer som i sin tur har visat sig samvariera med borderline personlighetsstörning (Herman, Perry & van der Kolk, 1989, i Gratz, 2003). Dissociation, som ofta förekommer hos traumatiserade individer, utgör även en riskfaktor för DSH (Skegg, 2005).

Känslomässig försummelse. Enligt Dubo, Zanarani, Lewis och Williams (1997, i Gratz, 2003), var känslomässig försummelse (eng. emotional neglect) den starkaste prediktorn för självskadebeteende, även jämfört med sexuellt utnyttjande och fysisk misshandel. Gratz et al.

(2002) fann att känslomässig försummelse från antingen modern eller fadern var en signifikant prediktor för självskadebeteende, dock enbart hos flickor. Gratz kopplar ihop känslomässig försummelse under barndomen med senare brister i hantering av impulser, vilket innefattar både affektreglering och impuls kontroll. Bristande förmåga till impuls kontroll har i sin tur angetts som riskfaktorer för att utveckla självskadebeteende (Gratz, 2003). Gratz framhåller möjligheten att precis som att sambandet mellan självskadebeteende och sexuellt utnyttjande möjligtvis skulle kunna förklaras av en tredje variabel, exempelvis känslomässig försummelse, så skulle sambandet mellan självskadebeteende och känslomässig försummelse också kunna förklaras av en tredje variabel, såsom en genetisk predisposition för impulsivitet (Winchel & Stanley, 1991, i Gratz, 2003).

Linehan (1993) menar att en individuell biologisk sårbarhet bidrar till självskadebeteendet, vars underliggande orsak är nedsatt förmåga till emotionell reglering. Den specifika biologiska sårbarheten som hon syftar på är en känslomässig sårbarhet i form av emotionell reaktivitet, det vill säga förhöjd känslighet för känslomässiga stimuli, och emotionell intensitet, det vill säga tendensen att ha extrema reaktioner. Linehans (1993) utvecklingsmodell för borderline personlighetsstörning ger också uppslag till vilken funktion DSH kan fylla. Hon menar att känslomässig sårbarhet och en icke-validerande miljö, genom interaktion, påverkar utvecklandet av självskadebeteende genom den negativa påverkan det har på emotionell reglering, exempelvis för att miljön inte tillför de strategier som behövs för att hantera och stå ut med stressande känslor. Ett flertal forskare i ämnet ger stöd åt uppfattning att självskadebeteende fyller en funktion av att reglera smärtsamma och outhärdliga emotioner (bland annat Favazza, 1998; van der Kolk, 1996; Gratz, 2003).

Gratz (2003) menar att den specifika typ av emotionell reglering som oftast används vid DSH är en strategi som kallas undvikande av upplevelse (eng. experiential avoidance). Undvikande av erfarenhet står för ett försök att förändra formen eller frekvensen av icke-önskvärda interna upplevelser, så som emotioner, tankar, minnen och kroppsliga sensationer. Gratz föreslår att begreppet ska utforskas vidare för att få djupare kunskap om den specifika funktionen av emotionell reglering.

Impulsivitet och affektiv reaktivitet. Herpertz, Sass och Favazza (1997) undersökte självskadebeteendets relation till bland annat impulsivitet, affektiv reaktivitet, aggressivitet och serotoninnivå. Författarna fann stöd för sin hypotes att impulsivitet bidrar till självskadebeteende. De fann också att de som skadade sig själva visade affektiv hyperreaktivitet, hade brister i framtidsorienterad problemlösning samt visade flera olika typer

av impulsiva beteenden.

Omgivningens påverkan. Hawtons et al. (2002) skolbaserade studie visade att medvetenhet om andra ungdomar som hade ägnat sig åt självskadande beteende utgjorde en risk. Även De Leo och Heller (2004) fann att exponering för självskadebeteende i den närmaste omgivningen var en riskfaktor, vilket förklaras av ungdomars tendens att imitera och att söka någon att identifiera sig med. Även i kliniska sammanhang talar man om smittoeffekter, även om man inte kunnat hitta några vetenskapliga belägg för att sådan påverkan finns (Socialstyrelsen, 2004).

Hur stor del av ungdomar som ägnar sig åt DSH mer övergående, som en fas i tonårsperioden, och hur stor del som har bakomliggande psykiska problem eller störningar och som kommer att fortsätta att skada sig själva, är inte känt. Det är dock troligt att de som skadar sig ofta och under en längre tid har en allvarigare bakomliggande psykisk problematik (Socialstyrelsen, 2004), och självskadande beteende skulle kunna utgöra en viktig markör för när det är nödvändigt att reagera. Att upprepat självskadebeteende utgör en betydande risk för en fortsatt destruktiv utveckling som även innefattar suicidrisk, är redan påvisat (Cooper et al., 2005). Enligt en artikel av Sansone, Gaither, Songer och Allen (2005) korrelerar frekvensen av självskadebeteende med antalet axel-I-diagnoser hos patienter inom psykiatrin. Hos vuxna kvinnor förekommer självskadebeteende vanligtvis åtföljt av en allvarlig psykisk störning och för denna grupp är risken för självmord särskilt stor (Socialstyrelsen, 2004).

Skyddande faktorer

Medan riskfaktorer för självskadebeteende till viss/stor del har kartlagts, är behovet av att identifiera salutogena faktorer som kan skydda individen från att utveckla detta beteende fortfarande mycket stort (Skegg, 2005; Socialstyrelsen; 2004). Skegg (2005) lyfter fram vikten av att undersöka vilka skyddande faktorer, exempelvis religiösa övertygelser, som vissa samhällen/kulturer erbjuder, som kan förklara de stora skillnaderna i prevalens mellan olika kulturer. God kommunikation med andra familjemedlemmar och att delta i familjeaktiviteter har visat sig vara salutogena faktorer (Evans, Hawton & Rodham, 2004, i Skegg, 2005). Få som ägnat sig åt självskadebeteende visade sig ha välfungerande relationer enligt en svensk studie (Magne-Ingvar, Ojehagen & Traskman-Bendz, 1992, i Skegg, 2005).

Eftersom orsakerna oftast är multifaktoriella och komplext sammansatta (Yip, 2005), är det svårt att isolera enskilda avgörande riskfaktorer. Riskfaktorer och skyddande faktorer är oftast sammankopplade på så sätt att en och samma individ ofta har både ärvda och förvärvade risk- eller skyddande faktorer som interagerar (Skegg, 2005). En viktig uppgift för

vidare forskning på området är att få större klarhet i interaktioner mellan olika riskfaktorer (Gratz, 2003; Lundh, 2006).

Teoretiska förklaringsmodeller

Självskadande beteende verkar vara ett komplext och multideterminerat fenomen (Yip, 2005) – detta blir tydligt inte minst genom den variation av samsjuklighet som finns (Suyemoto, 1998). Syftet med självskadabeteendet är sällan att få uppmärksamhet, även om beteendet kan skapa reaktioner hos omgivning och ofta tolkas manipulativt. Genom att individen får uppmärksamhet för sina självskadande handlingar, kan detta förstärka beteendet även om syftet från början inte var manipulativt eller uppmärksamhetssökande (Gratz, 2003). Senare forskning utmanar den stereotyp som finns kring att individer som ägnar sig åt självskadabeteende är manipulativa.

För att förstå komplexiteten bakom detta beteende, behöver man sannolikt många olika kompletterande förklaringsmodeller. Den dominerande synen på funktionen av självskadabeteende är att det är ett överdeterminerat beteende som simultant innehar en mängd olika funktioner, vilka varierar från individ till individ (Suyemoto, 1998). Forskningen på självskadabeteendets funktion har varit begränsad och den mesta litteraturen i ämnet är klinisk. Gratz (2003) sammanfattar de funktioner som självskadabeteende angetts ha i kliniska observationer och vilka har bekräftats i studier (bland annat Favazza & Conterio, 1989, i Gratz, 2003; Briere & Gil, 1998, i Gratz, 2003) baserade på patienters egna redogörelser: 1) att minska ångest; 2) att frigöra ilska; 3) att minska plågsamma tankar och känslor; 4) att frigöra spänningar; 5) att minska känslor av skuld, alienation, ensamhet, självhat och nedstämdhet; 6) att externalisera och konkretisera känslomässig smärta; 7) att underlätta en flykt från känslomässig smärta; 8) att ge en upplevelse av trygghet; 9) att ge en upplevelse av kontroll; 10) att bestraffa sig själv; 11) att skapa gränser till andra; 12) att bryta depersonalisering och derealisering (dissociation); 13) att bryta flash-backs (återupplevelse av trauman); 14) att stoppa skenande tankar (eng. racing thoughts).

Miljömodell. Miljömodellen har lånat teorier från både beteende- (social inlärningsteori) och systemteori. Denna modell betonar att både individen som självskadad och systemet kring denne tjänar på det självskadande beteendet. DSH skapar responser i miljön som förstärker beteendet och uppmuntrar individen samtidigt som det tjänar behov i individens miljö, till exempel att upprätthålla homeostasen och sublimeras och uttrycka förbjudna och hotfulla konflikter och ta ansvar för dem (Suyemoto, 1998). DSH uppstår (a) i ett familjesystem där någon form av övergrepp förekommer, som medför att individen associerar smärta med

omhändertagande och upplever att det är rätt att skada sig själv, eller (b) genom modellinläring (eng. vicarious reinforcement) där fördelarna med DSH blir synliga. Självskadande handlingar förstärks därmed, antingen internt, genom en känsla av lättnad som följer på handlingen, eller genom miljön och den förstärkning som familjen, jämnåriga och vårdare kan ge. Social inläringsteori kan med hjälp av begrepp som modellinläring och förstärkning förklara det faktum att beteendet har en tendens att smitta. Individen kan observera att självskadebeteendet belönas och därför imitera beteendet (Ghaziuddin et al., 1992, i Suyemoto, 1998).

Driftsmodeller. Den psykoanalytiska skolan hänvisar till olika driftsmodeller och tolkar självskadebeteende som uttryck för eller bortträngning av livs-, döds- och sexuella drifter. Enligt självmordsdriftsmodellen utförs DSH som en ersättning för självmord och fungerar på så sätt som en kompromiss mellan livs- och dödsdriften (Suyemoto, 1998). Sexualdriftsmodellen menar att DSH är ett uttryck för konflikter som har sin grund i sexualitet, menarche och menstruation.

Affektregleringsmodeller. Enligt affektregleringsmodellen, som har sin grund i jag- och självpsykologi samt objektrelationsteori, är funktionen av DSH att (tillfredsställa ett behov av att) uttrycka eller kontrollera ilska, ångest eller smärta som inte kan uttryckas verbalt eller på annat sätt. De överväldigande och outhärdliga känslorna kan vara riktade mot den självskadande individen själv eller mot andra i omgivningen. Självskadebeteende kan vara uttryck för behov av att känna en fysisk smärta och inte enbart en psykisk, eller att få konkreta bevis på den upplevda smärtan, vilken gör den mer verklig. Självskadehandlingens funktion kan vara att vända upplevelsen av kontrollförlust, som de överväldigande affekterna/den passiva övergivenhetskänslan skapar, till en aktiv känsla som kan kontrolleras (bland annat Darche, 1990, i Suyemoto, 1998). I denna modell, som har stora likheter med psykoanalytiska förklaringar till depression, riktas inte ilskan/hatet utåt till objektet (modern) som är den som överger, utan riktas inåt mot självet, som hatas både för ilskans och behovet av objektets skull. Detta självhat antas ha sin grund i moderns tidiga oförmåga, vilket skapar ett negativt själv-introjekt (Noshpitz, 1994, i Suyemoto, 1998). Självskadare saknar, enligt Doctors (1981, i Suyemoto, 1998), i högre utsträckning en erfarenhet av att de egna behoven tillfredsställs av omgivningen när man ger uttryck för dem. Det negativa själv-introjektet bidrar till föreställningen att det är bättre att skada sig själv än att skada andra (Simpson & Porter, 1981, i Suyemoto, 1998). Självskadebeteendet fyller två funktioner: att validera den inre känslan av självhat, och att samtidigt hjälpa individen att uttrycka djupet av denna känsla till andra, då den som självskadar har svårt att uttrycka detta verbalt (Doctors, 1981; Rosen et al., 1990, i

Suyemoto, 1998). Skårderud (1999) skriver om att självskadebeteende är vanligt hos personer som har svårigheter att identifiera, verbalt uttrycka och reglera sina inre spänningar och affekter. Istället får såren bli det språk som kommunicerar om behovet av att tas om hand för att kunna läka invändigt.

Trauma re-enactment syndrome är en föreslagen benämning på en problematik som bland annat innefattar DSH, missbruk, ätstörning samt ofta med en historia av sexuellt utnyttjande, där det självskadande beteendet ses som en representation av vad individen blivit utsatt för under uppväxten (Skegg, 2005).

Dissociationsmodell. Cavanaugh (2002) beskriver hur självskadebeteende kan vara ett försök att hantera barndomstrauman såsom sexuella övergrepp och fysisk misshandel. Samuelsson (2004) skriver att de allvarligaste konsekvenserna av traumatiseringar är dissociation, vilket också visat sig vara en riskfaktor för DSH. Dissociationen innebär en avstängning från den outhärdliga smärtan och skräcken, och medför också en avstängning från den egna personen (både till kropp och själ), omgivningen och den egna och andras livshistorier. Dissociation är ett ofta förekommande försvar vid sexuella övergrepp och självskadebeteendet kan i sammanhanget vara ett sätt att bryta ett dissociativt tillstånd. DSH blir då ett sätt att avbryta eller handskas med effekterna av dissociation, som uppkommer på grund av intensiva och svåruthärdliga affekter.

Gränsmodell. Gränsmodellen är en interpersonell förklaringsmodell med ursprung i självpsykologi och objektrelationer. Enligt denna modell utgör det självskadande beteende ett försök att skapa en distinktion mellan själv och andra. Det är ett sätt att skapa gränser eller identitet och att skydda mot känslan av att bli uppslukad eller rädslan att förlora sin identitet (Suyemoto, 1998).

Neurobiologiska perspektiv. Neurobiologiska avvikelser återfinns i en del av de psykiatriska och psykologiska störningar som associeras med självskadande beteende, och en del sådana avvikelser verkar vara direkt associerade till självskade- och självmordshandlingar samt depression (Brent & Mann, 2005, i Skegg, 2005). Olika neurotransmittorer har satts i relation till självskadehandlingar, varav en av de mer intressanta är serotonin. Favazza (1996) redogör för att man har funnit att låg serotoninaktivitet korrelerar med instabilitet, aggression, impulsivitet och suicidförsök. Mer specifikt har man hittat låga koncentrationer av en viss serotoninmetabolit (5-HIAA) i cerebrospinalvätskan hos flera grupper som skadat sig själva (Favazza, 1996). Även exempelvis Herpertz et al. (1997) undersökte samband mellan självskadebeteende och serotoninivå. De fann ett samband mellan hypofunktion av serotoninutsöndring och impulsivitet, vilket stöder att serotonin är en komponent i biologin

bakom impulsivitet, vilket i sin tur är en riskfaktor för DSH.

Orsakshypoteser

Föreliggande uppsats ansluter sig till följande antaganden kring självskadebeteendets orsaker och funktion: 1) upprepat självskadebeteende fungerar ofta som en form av emotionell reglering som används i avsaknad av andra mer funktionella former av emotionell reglering, vilka 2) inte utvecklats på grund av en avsaknad av förtroliga relationer till signifikanta personer där en bearbetning av emotionella erfarenheter kan ske (Lundh, 2006).

Dessa antaganden ger följande utvecklingspsykologiska hypotes: man kan anta att de ungdomar som utvecklar ett upprepat självskadebeteende skiljer sig från dem som bara ägnar sig åt enstaka självskadebeteenden på så sätt att de ungdomar som utvecklar ett repetitivt självskadande beteende antas 1) ha en bristande förmåga till mer funktionell emotionell reglering och antas 2) lida av bristande stöd i interpersonella relationer (både egen oförmåga och att föräldrar inte är tillgängliga känslomässigt eller fysiskt) (Lundh, 2006). Influenser från den rådande ungdomskulturen kan göra att ungdomar ägnar sig åt enstaka episoder av självskadande beteende; det kan vara en del av att experimentera med sin identitet under denna utvecklingsfas; beteendet kan ses som en konsekvens av modellinlärning eller priming; exempelvis kan influenser från media inspirera (Lundh, 2006; Skegg, 2005).

Ovanstående antaganden kring självskadebeteendets orsaker och funktion leder också fram till en hypotes rörande vilka interventioner som kan förebygga uppkomsten av självskadebeteende. Interventioner som kan tillföra mer adaptiva sätt att hantera psykisk smärta samt större kapacitet att relatera interpersonellt, exempelvis expressivt skrivande (se vidare under *expressivt skrivande och självskadebeteende*), kan således antas ha en gynnsam effekt på uppkomst och utveckling av självskadebeteende (Lundh, 2006).

Prevention och behandling av självskadebeteende

Evidensbaserad kunskap om prevention och behandling av självskadebeteende hos ungdomar är idag i det närmaste obefintlig, eftersom mycket få studier i ämnet är genomförda (Socialstyrelsen, 2004). Burns et al. översiktsartikel från 2005 fann enbart tre experimentella behandlingsstudier genomförda på ungdomar, varav endast en visade på signifikanta behandlingsresultat (Wood et al., 2001). Denna randomiserade studie gav gruppterapi, med inslag av problemlösningsfokuserad terapi, kognitiv beteendeterapi och dialektisk beteendeterapi, till ungdomar i åldern 12-16 år. Med denna intervention kunde man, jämfört med kontrollgruppen som enbart hade tillgång till rutinvård, signifikant minska

antalet episoder av självskadebeteende under uppföljningsperioden. Ungdomarna konsumerade dessutom mindre sjukvård och fungerade bättre socialt samt presterade bättre i skolan jämfört med kontrollgruppen. Däremot kunde man inte påvisa någon skillnad vad gällde depressionsnivå eller självmordstankar.

Även forskningsstudier på vuxna med samma problematik är mycket få och de flesta utan signifikanta behandlingsresultat. Hawthons et al. (1998 & 2000, i Skegg, 2005) genomgång av behandlingslitteratur visade på en tendens till positiv effekt av problemfokuserad terapi. Townsend et al. (2001, i Skegg, 2005) hittade signifikanta effekter av denna typ av terapi för depression och hopplöshetskänslor. Av Hepp, Wittman, Schnyder och Michels (2004) översiktsstudie framkom att endast fem (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Guthrie et al., 2001; Welu, 1977, i Hepp et al., 2004; Salkovskis et al., 1990, i Hepp et al., 2004; Bateman & Fonagy, 1999, i Hepp et al., 2004) av totalt 25 randomiserade behandlingsstudier av psykologiska interventioner efter avsiktligt självskadebeteende eller självmordsförsök hade signifikanta resultat med avseende på minskningen av självskadebeteende.

Guthrie et al. (2001) genomförde en studie där behandlingen bestod av enbart 4 sessioner med dynamisk interpersonell terapi i patientens hem. Behandlingen hade effekt på så sätt att den minskade antalet upprepningar av självskadehandlingar i behandlingsgruppen där 9 % av deltagarna efter genomgången behandling ägnade sig åt DSH, att jämföra med kontrollgruppens 28 % ($p = .009$). Utmärkande var att resultatet var bestående även ett år efter avslutad behandling (Guthrie et al., 2001).

Även kognitiv beteendeterapi har visat sig kunna ge en signifikant minskning av symtomen (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991). Linehans et al. (1991) randomiserade behandlingsstudie på vuxna kvinnor med diagnosen borderline personlighetsstörning visade att dialektisk beteendeterapi gav en signifikant nedgång av antalet självskadehandlingar. Under de fyra sista månaderna av behandlingen som varade totalt ett år, var det nästan dubbelt så många i kontrollgruppen (61.9 %) jämfört med dem som fått DBT-behandling (35 %) ($z = 2.7, p < .05$) som ägnade sig åt självskadande beteende. Dessutom krävde självskadehandlingar i behandlingsgruppen inte medicinsk vård i samma utsträckning, då de var mindre allvarliga jämfört med kontrollgruppens. Även en nederländsk studie (Verheul, Van den Bosch, Koeter, De Ridder, Stijnen & Van den Brink, 2003) fann goda resultat av dialektisk beteendeterapi. Denna terapiform är byggd på beteendeterapeutisk grund och innefattar bland annat träning i interpersonellt relaterande, förmåga att stå ut med jobbiga känslor och att acceptera verkligheten, samt färdighetsträning

i syfte att kunna reglera affekter på annat sätt än genom utförandet av självskadehandlingar (Linehan et al., 1991). Behandlingen är resurskrävande och förutsätter att terapeuterna är specialutbildade. Dock har behandlingen visat sig vara såväl kostnadseffektiv som uppskattad av patienter (Perseus et al., 2003 & 2004, i Socialstyrelsen, 2004).

Eftersom affektiva sjukdomar är allvarliga riskfaktorer för självskadebeteende och även självmord, så borde drabbade individer som får effektiv behandling för dessa sjukdomar även skyddas från självskadande handlingar (Skegg, 2005). Dock, eftersom självskadebeteende är ett beteende och inte en sjukdom, är det vilka underliggande problemen som finns som avgör vilken behandling som är lämplig och kan ge resultat. Bemötande efter en självskadeepisod bör, enligt Skegg (2005), innefatta ett etablerande av en förtroendefull behandlingsallians med patienten, att gemensamt identifiera problemen, men även att se till att stöd finns att tillgå i en kommande kriser och att intensivt behandla den underliggande psykiska sjukdomen. Stöd från familj och vänner är också gynnsamt för tillfrisknandet (Skegg, 2005).

Riskbeteende för ätstörningar

Rojo, Livianos, Conesa, Garcia, Dominguez, Rodrigo, Sanjuan och Vila (2003) konstaterar att ätstörningsproblematik ökat markant i det västerländska samhället sedan 1980-talet. Huu (1996, i Rojo et al., 2003) samt Livianos och Rojo-Moreno (2001, i Rojo et al., 2003) menar att ökningen tagit nästan epidemiska former.

Ätstörningar såsom Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) och ”Binge eating disorder” (vilket enligt Folkhälsoinstitutets rapport (1999) innebär hetsätning utan kompensatorisk kräkning) är, enligt Stice och Shaw (2004) och Ghaderi (2001), en av de vanligaste psykiatriska svårigheterna hos flickor och kvinnor idag. Stice och Shaw (2004) beskriver dessutom ätstörningssjukdomars ofta svåra kronicitet och stora återfallsrisk samt ökad risk för utveckling av annan psykiatrisk problematik som depression, ångestsjukdomar, drogproblem och suicidalitet. Enligt Folkhälsoinstitutets rapport (1999) om ätstörningar samt American Psychiatric Associations diagnostiska kriterier enligt MINI-D-IV (American Psychiatric Association, 2002) är AN en störning som yttrar sig genom en stor rädsla kring att bli tjock, en stor upptagenhet kring vikt och mat. Individer med AN försöker på många vis att göra sig av med kalorier och begränsa intaget av mat, vilket leder till viktnedgång där kroppsvikten är mindre än 85 % av den förväntade, samt utebliven menstruation hos menstruerande kvinnor. Individer med BN lider istället, enligt samma rapport och MINI-D-

IV (American Psychiatric Association, 2002), av hetsätning, vilket innebär kontrollförlust då stora mängder mat intages under en begränsad tidsperiod. Dessa återföljs sedan av återkommande kompensatoriskt beteende, till exempel framkallande av kräkningar eller användande av laxeringsmedel, för att inte gå upp i vikt. För båda ätstörningsdiagnoserna gäller att självkänslan överdrivet påverkas av kroppsvikt och kroppsform. Ytterligare en ätstörningsdiagnos finns i MINI-D-IV (American Psychiatric Association, 2002), Ätstörning UNS (Utan Närmare Specifikation), vilket innebär ätstörningar som inte helt uppfyller diagnoserna AN eller BN. Exempelvis kan denna diagnos gälla kvinnor med alla kriterier uppfylla för AN, utom upphörandet av menstruation.

På grund av att ätstörningar blivit ett så vanligt och allvarligt fenomen i dagens samhälle har många forskare (till exempel Waadegaard, Thoning & Petersson, 2003) försökt finna specifika riskfaktorer för utveckling av ätstörningar. På så vis önskar forskare både få en ökad förståelse för vem som är i risk för utveckling av ätproblem men även finna möjliga preventiva åtgärder för att minska antalet riskfaktorer och således minska problematikutveckling.

Vi har i denna studie valt att fokusera på riskbeteende för ätstörningar och inte på ätstörningar per se. Detta val har vi bland annat gjort på grund av att vi undersöker en ickeklinisk population. Vi är dessutom intresserade av om en kort preventiv intervention av expressivt skrivande skulle kunna förhindra utveckling av ätstörningar genom reduktion av riskbeteende, eftersom en fullt utvecklad ätstörning, enligt Frattaroli (2006), innebär en alltför komplex problematik för att en enkel intervention som expressivt skrivande skulle vara tillräcklig.

Vilka är riskbeteendena?

Waadegaard et al. (2003) har i en studie utvecklat och validerat ett screening-instrument för riskfaktorer relaterat till ätstörning (RiBED-8; Risk Behaviour Eating Disorder). I denna studie inkluderades 2094 elever mellan 14-21 år (M: 17.2 för flickor och 16.9 för pojkar). De nämnda forskarna fann fyra områden/faktorer relaterade till ätstörning, vilka således sågs vara riskfaktorer: kroppspception, beteende relaterat till viktkontroll, ätvanor samt självvärdering. Faktorn kroppspception inkluderade fenomen såsom upptagenhet av kroppsvikt och kroppsform samt missnöje med dessa samt rädsla för att bli tjock. Beteende relaterade till viktkontroll inkluderade fenomen såsom restriktioner kring vad individen får äta, bantning, rädsla för förlust av kontroll vid ätande och en känsla av nödvändighet kring

att upprätta kontroll vid ätandet. Andra metoder, förutom bantning, för att gå ner i vikt inkluderades även här, såsom kräkningar. Matvanor inkluderade aspekter så som minskad glädje i att äta med andra, dåligt samvete när individen äter godis eller äter mer mat än tänkt. Faktorn självvärdering innebar bland annat att värdering av sig själv utifrån kroppsvikt och kroppsform. I Waaddegaards et al. (2003) studie framkom att ungdomar som hamnade i riskgruppen för ätstörningar hade en 5,6 gånger högre relativ risk för att utveckla AN, BN eller Ätstörning UNS (Ät-UNS), diagnostiserade enligt DSM IV, under en period på 2.75 år. Detta gällde dock enbart för flickor. Pojkars riskbeteende för ätstörningsproblem fångades inte upp av RiBED-8 och författarna spekulerade i att pojkars riskbeteende kan se något annorlunda ut och mera handla om t.ex. muskelbyggande. I en spansk studie (Beato-Fernandez, Rodriguez-Cano, Belmonte-Llario & Martinez-Delgado, 2004) inkluderande 1076 ungdomar i åldrarna 13 år vid förmätning och 15 år vid eftermätning, undersöktes även riskfaktorer och ätstörningar. Även här sågs missnöje med kroppen vara en stark riskfaktor för utveckling av ätstörningar. Ghaderi (2001) såg bland annat i sin studie, innehållande över 1000 svenska kvinnor mellan 18 och 30 år, att lågt självförtroende, diet, litet socialt stöd och kroppsmissnöje var riskfaktorer för utveckling av ätstörning. I Folkhälsoinstitutets rapport (1999) beskrivs enkätundersökningen Skolbarns hälsovanor (Danielsson, 1998) vilken inkluderande 2541 flickor. I den framkommer bland annat att flickor och unga kvinnors syn på sina kroppar idag ofta kännetecknas av missnöje. Bland annat uttryckte 84 % av flickorna i årskurs 9 att de i något avseende skulle vilja ändra på sina kroppar och 71 % av flickorna i årskurs sju ansåg samma sak. Av flickorna i årskurs nio ansåg 57 % att de var för tjocka vilket motsvarades av 42 % av flickorna i årskurs sju, 8 % av flickorna i årskurs nio bantade och 6 % av flickorna i årskurs sju bantade.

I den här uppsatsen utgår vi från Waaddegaards et al. (2003) undersökning och screening-instrument (RiBED-8) vad gäller riskbeteende. Således kommer vi enbart att titta på flickors riskbeteende för ätstörningar då detta test, som nämnts ovan, inte kunnat valideras för pojkars riskbeteende.

Preventiva interventioner.

Preventiva program för ätstörningar är, enligt Neumark-Sztainer, Levine, Paxton, Smolak, Piran och Wertheim (2006), ett relativt ungt område inom forskningen men ett område som väcker allt mer intresse. Enligt Fairburn, Cooper, Doll, Norman och O'Conner (2000, i Stice & Shaw, 2004) och Johnsson, Cohen, Kasen och Brook (2002, i Stice & Shaw

2004) får mindre än en tredjedel av alla individer med ätstörningar vård och behandling. Agras, Walsh, Fairburn, Wilson och Kraemer (2000, i Stice & Shaw 2004) menar dessutom att för de individer som väl får behandling är behandlingseffekten relativt låg med en symtomminskning hos 40-60 %. Således är vikten av att hitta verksamma preventionsprogram stor. Ghaderi (2001) poängterar att ätstörningars ofta svåra följder och förlopp ökar betydelsen av tidiga preventiva insatser innan ätstörningen till fullo blommat ut. De olika preventionsprogrammen har dock, enligt Fingeret, Warren, Cepeda-Bentino och Gleaves (2006), setts ge upphov till mycket varierande resultat; vissa program har uppvisat god effekt (exempelvis Irving, 2000, i Fingeret et al., 2006) andra program ingen effekt alls (exempelvis Nelson, 1996, i Fingeret et al., 2006) och i några program har ätstörningssymtomatologin till och med ökat (exempelvis Carter, Stewart, Dunn & Fairburn, 1997, i Fingeret et al., 2006). Det råder stora skillnader, enligt Stice och Shaw (2004), kring utformningen av de olika preventionsprogrammen, med ett oftast gemensamt fokus att försöka reducera riskfaktorer som setts ha betydelse för utveckling av ätstörningar. Stice och Shaw menar att det idag finns tre generationer av preventionsprogram. Den första generationen handlar om ett enstaka tillfälle av psykoedukation kring fenomenet ätstörning och ges till alla tillgängliga ungdomar med tanken att informationen ska förhindra uppkomst av ätstörningsbeteende. Den andra generationen innehåller även den ett enstaka tillfälle av psykoedukation, men inkluderar även samtal kring den sociokulturella pressen kring att vara smal, samt beteende för en hälsosam vikt. Den tredje generationen av ätstörningsprevention inriktar sig, enligt Stice och Shaw (2004), på högrisk-individer och använder sig av selektiva specialdesignade program inkluderande multipla sessioner som fokuserar på riskfaktorer, exempelvis missnöje med kroppen och diet.

Två metastudier har gjorts vad gäller ätstörningar och preventionsprogram (Stice & Shaw, 2004; Fingeret et al., 2006). I Stice och Shaws (2004) metastudie, inkluderades 51 publicerade och opublicerade studier, framkom positiva resultat på en mängd utfallsmått, exempelvis kroppsmissnöje och diet. Effektstorleken varierar mellan $r = .11$ och $r = .38$ (beroende på utfallsmått) direkt efter intervention ($p < .001$), vilka kan anses vara små till mediumstora effekter (Cohen, 1992), och mellan $r = .05$ och $r = .29$ vid uppföljningsmätning ($p < .001$), vilka även kan anses vara små till mediumstora (Cohen, 1992). I metastudien framkom även att studier som inkluderar högrisk individer, har ett interaktivt upplägg d.v.s. ett aktivt engagerande av individen och inläring av nya färdigheter, innehåller multipla sessioner, har enbart kvinnliga deltagare eller deltagare över 15 år samt använder valida instrument får signifikant högre effektstorlekar. Stice och Shaw (2004) drog slutsatsen att

särdragen hos deltagarna och undersökningsdesignen är viktigare än själva innehållet i interventionen. Dock kunde nämnda forskare se att interventioner från den första generationens preventionsprogram inte uppvisade någon effekt och att, som nämnts ovan, en-sessions-program producerade signifikant mindre interventionseffekter än program med multipla sessioner. Stice och Shaw (2004) påpekade dock att det är viktigt att komma ihåg att när det gäller preventiva åtgärder är det önskvärt med relativt korta preventionsprogram, tre till fyra sessioner, för att interventionerna ska kunna vara kostnadseffektiva, lättadministrerade i t.ex. skolmiljö, samt vara tilltalande för ungdomar.

I Fingerets et al. (2006) metastudie, inkluderades 46 publicerade och opublicerade studier, framkom även positiva effekter. Effektstorlek vad gäller exempelvis generell ätstörningspatologi, diet samt smala-idealet-internalisering varierade mellan $d = .17$ och $d = .21$ vid eftermätning och mellan $d = .13$ och $d = .18$ vid uppföljning, vilka alla kan anses vara i storleksordningen små effekter (Cohen, 1992).

Sammanfattningsvis har två oberoende metaanalyser konstaterat en effekt av preventionsinterventioner för ätstörningar även om olika program har haft varierande resultat.

I våra studier använder vi oss av interventionen expressivt skrivande i syfte att se om denna tre sessioner långa intervention kan ha preventiva egenskaper i form av reducering av riskfaktorer kopplade till ätstörningar. Denna intervention har ingen lika tydlig koppling till just ätproblematik som mer riktade specialdesignade program. Vår tanke är dock att individer som uppvisar riskbeteende för ätstörningar skulle kunna gynnas av expressivt skrivande genom att bland annat deras förmåga till emotionell reglering samt förmåga att uttrycka sina känslor och tankar skulle öka och på så vis bland annat minska undvikandet av smärta och/eller obehag. Klump et al. (2004, i Frayne & Wade, 2006) har funnit att kvinnor med ätstörningsrelaterad problematik just har signifikant mer undvikande av smärta och/eller obehag. Schmidt, Bone, Hems, Lessem och Treasure (2002) menar därför att expressivt skrivande skulle vara ett bra komplement till mer ordinär terapi. Mer information kring ätstörningar/riskfaktorer för ätstörningar och expressivt skrivande finns längre fram under rubriken expressivt skrivande och ätstörningar.

Prevalens för ätstörningar och riskbeteende för ätstörningar

I Waadegaards et al. (2003) studie kring riskfaktorer och ätstörningar framkom att 98 av 363 flickor, det vill säga 27.0 % hamnade i riskgruppen (mer än två riskbeteende över cut-off-

punkten mellan 2 och 3, exklusive item 5 där över cut-off-punkten mellan 1 och 2 gäller). Av dess 98 flickor hade 23 stycken utvecklat ätstörning 2.75 år senare, det vill säga 23.5 %. Detta kan jämföras med 11 av resterande 264 flickor som hamnade i normalgruppen, det vill säga 4.2 %. Således hade riskgruppen 5.6 gånger högre relativ risk för att ha utvecklat en ätstörning 2.75 år senare. Riskbeteendet sågs även vara relativt stabilt då 80 % av individerna som hamnade i riskgruppen vid förmätningen 1996 fortfarande befann sig i denna grupp 2.75 år senare.

I Ghaderis (2001) studie innefattande över 1000 svenska kvinnor mellan 18 och 30 år sågs en ätstörningsprevalens på 2.59 %. Vid uppföljning var prevalensen något högre, 3.15 %. Ghaderi (2001) inkluderade i sin studie diagnoserna AN, BN, Ät-UNS samt Binge, klassificerade enligt DSM IV. Dessa siffror kan, enligt Ghaderi, jämföras med Hsus (1996, i Ghaderi, 2001) genomgång av prevalensstudier i västerländska kulturer med en beräknad prevalens på 2.5 %. I denna genomgång inkluderades dock enbart BN (2 %) och AN (0.5 %).

Ätstörningar och självskadebeteende

Eftersom vi inte har funnit några studier som undersökt sambandet mellan riskbeteende för ätstörningar och självskadebeteende har vi istället undersökt studier som berör sambandet mellan självskadebeteende och ätstörningar.

Under tonåren måste ungdomar, enligt Ruuska, Kaltiala-Heino, Rantanen och Koivisto (2005), hantera en successivt växande och mognande kropp och tvingas då möta stora utvecklingsutmaningar rörande identitet, sexualitet och kroppsbild. Denna icke-kontrollerbara förändring av kroppen kan enligt Favaro och Santonastaso (1999, i Ruuska et al., 2005) leda till att vissa ungdomar börjar använda sig av självskadande beteende. Enligt Ruuska et al. (2005) kan ätstörningsbeteende liknas vid självskadande och ibland impulsiva beteenden då det rör sig om t.ex. malnutrition och framkallande av kräkningar. Laufer och Laufer (1984, i Ruuska et al., 2005) menar att både självskadande beteende och ätstörningar hos ungdomar indikerar att ungdomen inte lyckats möta de nämnda utvecklingsutmaningarna och beteendena kan ses vara ett starkt avståndstagande från kroppen som upplevs som negativ och förvirrande. Favazza (1992, i Suyemoto, 1998) hävdar att repetitivt självskadebeteende är en impulsstörning liknande den vid ätstörningar och att en komorbiditet därför existerar mellan självskadebeteende och andra impulsstörningar såsom ätstörningar och kleptomani. Skårderud (1999) skriver om att självskadebeteende och ätstörningar har den likheten att dessa symtombilder återfinns hos personer som har svårigheter att identifiera, verbalt uttrycka och reglera sina inre spänningar och affekter.

Självskadabeteende (här definierat som självskadande beteende som t.ex. att skära sig, att slå sig själv eller förgifta sig själv utan dödlig utgång) har enligt Ruuska et al. (2005) förknippats med olika psykiatriska tillstånd framförallt depression men även ångeststörningar och ätstörningar. Kliniska rapporter indikerar, enligt Favazza och Conterio (1998, i Paul, Schroeter, Dahme & Nutzinger, 2002), att 4-10 % av psykiatriska patienter skadar sig själva medvetet. Teegen och Cerney-Seeler (1998, i Paul et al., 2002) menar att patienter med ätstörningsproblematik upprepade gånger har diskuterats vara en högriskgrupp för medvetet självskadande beteende. Hos individer med ätstörning har självskadabeteende, enligt Ruuska et al (2005), framförallt förknippas med diagnosen BN och Binge vilket stämmer med Ruuskas et al (2005) egen studie som inkluderade 57 flickor (Medelålder: 16.9) med diagnosen AN och BN. I denna studie såg nämnda forskare att 23.6 % av flickorna ägnade sig åt självskadande beteende. Den högre andelen självskadande beteende i gruppen med BN (38.1 %) jämfört med gruppen med AN (14.7%) spekulerar forskarna beror på en större tendens till impulsivt beteende hos patienter med BN jämfört med patienter med AN. Enligt Ruuska et al (2005), har olika studier (exempelvis Favaro, 1997) undersökt riskfaktorer för självskadabeteende hos patienter med ätstörning. Bland annat har dessa studier kommit fram till att en bristande medvetenhet om känslor och kroppsliga sensationer och en tendens för impulsivt beteende ökar risken för medvetet självskadabeteende. Dessa studier har dock enbart gjorts på vuxna individer med ätstörning.

I en studie av Paul et al (2002), inkluderande 376 inneliggande kvinnor (Medelålder: 24.3 år) med ätstörningsproblematik (AN, BN eller Ät-UNS), rapporterades medvetet självskadabeteende (här definierat som självinducerad skada av kroppen utan medveten intention om suicid) hos 34.6 % av kvinnorna och 21.3 % hade haft självskadabeteende inom de senaste 6 månaderna. En tredjedel av de 34.6 % skadade sig själva åtminstone flera gånger per månad och de vanligaste beteendena var att skära sig (46.2 %), slå sig själv (38.5 %) eller att riva sig själv (34.6 %). Självskadabeteendet startade hos 49.2 % av kvinnorna efter att ätstörningen brutit ut och hos 25.4 % startade självskadabeteendet före ätstörningen. Hos resterande individer började självskadabeteendet samtidigt som ätstörningen.

Conterio och Lader (1998, i Sansone & Levitt, 2002) fann i sin studie att 61 % av individerna med självskadande beteende rapporterade en existerande eller historisk ätstörning. I en studie av Walsh och Rosens (1988, i Sansone & Levitt, 2002) framkom att tonåringar med självskadabeteende har en signifikant högre nivå av samtidig ätstörning jämfört med patienter utan självskadande beteende. I socialstyrelsen (2004) framkom att 30 % av 906

vuxna patienter med ätstörning (vid Nationellt kunskapscentrum för ätstörningar i Örebro) någon gång ägnat sig åt avsiktligt självskadebeteende.

Sansone och Levitt (2002) har gjort en sammanställning av studier rörande ätstörningspatienter med självskadande beteende. I denna sammanställning har ingen diskriminering gjorts mellan självskadande beteende med suicidal intention och självskadande beteende utan suicidal intention, eftersom flertalet studier inte undersöker denna skillnad. Sansone och Levitt (2002) fann i sammanställningen att runt 25 % av patienter med BN uppvisade självskadebeteende och runt 23 % av patienterna med AN.

Sammanfattningsvis visar genomgångna studier att komorbiditet existerar mellan problematiken ätstörningar och självskadande beteende. Siffrorna varierar dock något mellan olika studier.

Vad är expressivt skrivande?

I dag är det, enligt Esterling, L'Abate, Murray och Pennebaker (1999), i vår kultur både accepterat och väl etablerat att skrivande och samtalande kring svåra och emotionellt upprörande händelser har god effekt både på den psykiska och fysiska hälsan. Således råder det idag ingen debatt kring det välgörande i att i ord uttrycka sådant som har hänt eller är svårt. Detta kan, enligt Esterling et al. (1999), ske på olika vis, till exempel genom att prata med en vän, gå i terapi eller att skriva, vilka alla tre i olika studier visats öka psykologisk liksom fysisk hälsa. Pennebaker (1997a) menar att flertalet kulturer på något vis, om än på olika vis, utvecklat ett tillvägagångssätt där individer kan uttrycka sina djupaste tankar och känslor, till exempel genom riter av olika slag. I dag finns det allt mer evidens för att både hjärna och immunfunktion påverkas av att individen uttrycker det man varit med om i ord (Pennebaker, 1997a).

Begreppet expressivt skrivande myntades av den amerikanska psykologen James W. Pennebaker. Han var i mitten på 1980-talet intresserad av det skrivna ordets påverkan på individers hälsa och ville experimentellt utforska det skrivna ordets betydelse genom att titta på länken mellan psykologi och skrivande (Pennebaker, 1997a). Genom ett flertal experiment där Pennebaker använde skrivandet som intervention kunde han konstatera att det expressiva skrivandet ledde till en förbättring av deltagarnas fysiska och psykiska hälsa (Frattaroli, 2006).

Den vanligaste formen för det experimentella expressiva skrivandet är, enligt Pennebaker (1997b), 3-5 skrivsessioner på mellan 15-30 minuter vardera. Deltagarna får instruktioner kring hur skrivandet ska se ut, ibland mer riktade instruktioner kring exempelvis trauma och

ibland mer allmänna, som rör sig om valfria emotionella ämnen. Deltagarna blir informerade om att de skriver anonymt och att de inte kommer att få någon feedback på det som skrivs, samt att de inte ska ta någon notis om stavfel och grammatik. Kontrollgruppen skriver under samma betingelser med undantag av att de skriver om icke-emotionella ämnen (Pennebaker, 2000; Pennebaker, 1997b). Skillnaden mellan expressivt skrivande och mer faktabaserat skrivande är således det emotionella inslaget i det expressiva skrivandet.

Tidigare forskning samt modifierande faktorer

Den första experimentella studien kring fenomenet expressivt skrivande publicerades år 1986 av Pennebaker och Beall. Studien, som genomfördes på collegestudenter i USA, visade att deltagande studenter, som randomiserats till gruppen som fick skriva om traumatiska eller andra stressinducerade händelser på ett sätt som inkluderade både emotionella och faktarelaterade aspekter, mådde bättre på ett antal uppmätta faktorer. Bland annat minskade antalet läkarbesök på campus samt inrapporterade fysiska sjukdomssymtom. De individer som randomiserats till de tre övriga grupperna, där deltagarna antingen fick skriva om trauma (antingen enbart faktabaserat eller emotionsfokuserat) eller om neutrala ämnen (t.ex. planerna för dagen), uppvisade ingen minskning kring inrapporterade sjukdomssymtom eller läkarbesök på campus (Pennebaker & Beall, 1986).

Sedan Pennebakers och Bealls studie publicerades på mitten av 1980-talet har en uppsjö av andra studier gjorts och publicerats i ämnet. Olika forskarteam har tittat på olika typer av fenomen, och det expressiva skrivandets effekt på dessa. Till exempel har forskare, enligt Frattaroli (2006), hittat effekter av det expressiva skrivandet genom en ökad immunfunktion (Pennebaker, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988, i Frattaroli, 2006), bättre betyg (Spera, Buhrfeind & Pennebaker, 1993, i Frattaroli, 2006) samt minskade posttraumatiska stressymtom (Campbell, 2003, i Frattaroli, 2006).

År 2006 publicerade Frattaroli den första större meta-analytiska studien kring expressivt skrivande innehållande 146 stycken randomiserade studier. Tidigare metastudier (Smyth, 1998; Frisina, Borod & Lepore, 2004) har, enligt Frattaroli (2006), varit små och innehållit färre studier, exempelvis 13 studier i Smyths (1998) metastudie. Båda studierna visade på signifikanta positiva effekter av det expressiva skrivandet men använde ett tillvägagångssätt (fixed effects approach) som har stora begränsningar i generaliserbarhet (Frattaroli, 2006). Den större metaanalytiska studien (Frattaroli, 2006) innehöll en större andel ickepublicerade studier, vilket ökar studiens trovärdighet då publicerade studier oftare visar på interventionseffekter jämfört med opublicerade studier. Dessutom använder Frattaroli en

approach (random effect analysis), vilken ökar generaliserbarheten av studien. De genomgångna studierna i Frattarolis metaanalys visade på en effektstorlek av det experimentella expressiva skrivandet som varierade från $r = -.291$ till $r = .592$ med en medeffekt på $r = .075$. Effekten anses vara liten (Cohen, 1992) men tydligt signifikant med ett p-värde på 3×10^{-9} och ett 95 % konfidensintervall som låg mellan .052 och .098. Denna effektstorlek var något lägre än den Smyth (1998) fann, $d = .47$ ($p < .0001$), i sin mer begränsade metastudie, och kan anses vara i storleksgraden medium (Cohen, 1992). Effektstorleken Frattaroli fann i sin metaanalys var även lägre än effektstorleken Frisina et al. (2004, i Frattaroli 2006) fann. Som nämnts ovan är Frattarolis metastudie betydligt mer omfattande än de två övriga, med en betydligt bättre design, och kan således i dagsläget anses vara mest trovärdig.

Frattarolis metastudie visar alltså på att expressivt skrivande i genomsnitt har en välgörande effekt om än en relativt liten sådan. Frattaroli (2006) poängterar dock att man här måste hålla i minnet att interventionen både är enkel, lätt att administrera samt kostnadseffektiv, och att en relativt låg effektstorlek hela tiden måste sättas i detta sammanhang.

Frattarolis metastudie (2006) visade även att 25 % (36 studier) av de genomgångna studierna uppvisade en negativ effektstorlek och 5 % (8 studier) av genomgångna studier uppvisade ett nollresultat. Resterande 70 % (102 studier) hade alltså en positiv effektstorlek. Skillnaden mellan studiernas effektstorlek menar Frattaroli beror på studiernas olika metodologiska upplägg, settings (faktorer i omgivningen), deltagarvariabler (exempelvis personlighetsvariabler) samt vilka behandlingsvariabler som studierna tittat på. Dessa fyra faktorer kommer nedan att gås igenom mer ingående.

Settings. I Frattarolis metastudie (2006) framkom att i studier där deltagarna skrev helt privat, i enskilda rum, uppvisade en statistiskt signifikant högre effektstorlek jämfört med studier där deltagarna skrev tillsammans med andra. Däremot hade det ingen betydelse var deltagarna befann sig när de skrev, förutom om de skrev hemma, vilket visade sig ge en statistiskt signifikant högre nivå på uppmätta värden av psykologisk hälsa.

Behandlingsvariabler. I analysen kring behandlingsvariabler såg Frattaroli (2006) att antalet sessioner med expressivt skrivande hade en modererande effekt, dock ej signifikant, på det expressiva skrivandet; undersökningar med färre än tre sessioner hade en marginellt mindre effektstorlek än undersökningar med tre eller fler sessioner ($t[144] = 1.299$, $p = .098$). Även hur lång tid sessionerna varade hade betydelse på så sätt att studier med sessioner, som pågick i minst 15 minuter, hade en signifikant högre effektstorlek än studier som pågick

kortare än 15 minuter. I Smyths metastudie (1998) framkom att tiden mellan skrivarsessionerna påverkade effektstorleken på så sätt att studier med en-veckas-intervall mellan sessionerna uppvisade signifikant högre effekt än studier med en-dagars-intervall. Denna effekt uppvisades dock inte i Frattarolis metastudie (2006).

Instruktionerna till det expressiva skrivandet hade även viss betydelse för effektstorleken på uppmätta faktorer kring psykologisk hälsa. Studier som innehöll instruktioner kring att skriva om nyligen skedda händelser hade en marginellt högre effektstorlek, dock ej signifikant ($p = .14$), jämfört med studier utan sådana instruktioner (Frattaroli, 2006). Detta framkom även i Smyth (1998), där studier som innehöll instruktioner kring att skriva om antingen nyligen skedda eller äldre händelser hade signifikant högre effektstorlek än studier med instruktioner enbart om äldre händelser. Frattaroli (2006) såg även att studier där instruktionerna innehöll riktade frågor eller gav exempel kring vad man skulle kunna skriva om hade en signifikant högre effektstorlek gällande psykologiska faktorer. Instruktioner kring om någon läser det som skrivits eller inte påverkade dock inte effektstorleken (Frattaroli, 2006).

Deltagarvariabler. Frattaroli (2006) gjorde analyser för deltagarvariablerna ålder, kön, etnicitet samt utbildningsnivå för att undersöka om dessa variabler hade betydelse för den uppmätta effektstorleken. Resultatet visade att inga av variablerna modifierade effektstorleken. I Smyths (1998) metastudie framkom däremot en skillnad i faktorn kön, där män uppvisade en signifikant högre effektstorlek än kvinnor, vilket inte framkom i Frattarolis studie (2006). En individs stressnivå sågs i Frattarolis metastudie statistiskt signifikant moderera effektstorleken på så sätt att individer med högre stressnivå gynnades mer av interventionen. Fysisk hälsa hade en marginell betydelse för rapporterade hälsovariabler så att individer med sämre hälsa gynnades marginellt mer av interventionen. En annan faktor som visade sig ha betydelse var optimism där pessimistiska individer hjälptes statistiskt signifikant mer av det expressiva skrivandet. Andra faktorer såsom neuroticism, alexitymi och sinnesstämning hade ingen påverkan på effektstorleken.

Metodologiska variabler. Frattaroli (2006) tittade bland annat på tidpunkten för eftermätning, vilken visades påverka effekten av expressivt skrivande. Studier som hade eftermätning inom en månad efter interventionen hade en signifikant högre effektstorlek, vad gäller uppmätta värden på psykologisk hälsa, än studier som hade eftermätning tidigast en månad efter interventionen.

Teoretiska förklaringsmodeller – hur kommer det sig att expressivt skrivande uppvisar välgörande effekter?

Det finns idag ingen enighet kring mekanismen bakom den positiva effekten av det expressiva skrivandet. Ingen forskare har kunna klargöra hur det kommer sig att skrivandet har en positiv påverkan på psykisk och fysisk hälsa (Pennebaker & Francis, 1996; Frattaroli, 2006). Enligt Sloan och Marx (2004) finns det tre huvudsakliga teoretiska modeller som skulle kunna förklara de välgörande effekterna. Dessa är följande: emotionell inhibering, kognitiv anpassning eller processande samt emotionell exponering. Frattaroli (2006) diskuterar ytterligare 2 modeller, självreglering och social integration.

Emotionell inhibering. En av de tidigaste förklaringsmodellerna till effekten av det expressiva skrivandet var, enligt Sloan och Marx (2004), den kring emotionell inhibering. Sedan Freuds dagar har emotionell inhibering ansetts kunna ge psykiatrisk problematik och ökar förekomsten av somatiska sjukdomssymtom. Bland annat har Gross (1998, i Sloan & Marx, 2004) visat att emotionell inhibering ökar aktiviteten i det sympatiska nervsystemet, vilket i sin förlängning skulle kunna ligga till grund för problematik av varierande slag. Pennebaker (1997) menar att det expressiva skrivandet öppnar upp för emotioner som normalt sätt inhiberas, och på så vis associeras denna förklaringsmodell med positiva effekter av skrivandet. Bland många andra forskare har till exempel Greenberg och Stone (1992, i Sloan & Marx, 2006) inte hittat mycket stöd för denna förklaringsmodell, vilket gör att det idag framförallt är andra förklaringsmodeller som lyfts fram.

Kognitiv anpassning eller processande. En andra förklaringsmodell till effekten av det expressiva skrivandet beskrivs, av Sloan och Marx (2004), som ett processande av traumatiska eller andra upprörande erfarenheter. Processandet föranleder en förändring av individernas schema. Pennebaker (2004) menar att när individer skriver om emotionellt laddade händelser namnges händelser som skett och en strukturering och organisering av materialet sker. Sloan och Marx (2004) redogör för att Pennebaker (1997) och andra forskare menar att dessa omstruktureringar leder till en ökad insiktsgrad hos individen samt kognitiv assimilation av de traumatiska minnena. Detta skulle i sin tur leda till minskade nivåer av stress och ökad psykisk och fysisk hälsa. Sloan och Marx (2004) beskriver att vissa fynd har gjorts kring evalueringen av denna förklaringsmodell men att den generellt sett varit svår att empiriskt evaluera. Bland annat fann Pennebaker och Francis (1996) att antalet skrivna ord som var relaterade till bland annat insikt eller kausalitet hade en positiv samverkan med effekten av det expressiva skrivandet, via en förbättrad hälsa (minskat antal läkarbesök). Forskare har dock, enligt Sloan och Marx (2006), generellt sett inte kunnat hitta stöd för

denna modell bland annat beroende på de svårigheter som finns kring att mäta kognitiva förändringar.

Emotionell exponering. Förklaringsmodellen emotionell exponering har sina rötter i inlärningsteori och beskrivs, av Sloan och Marx (2004), som en möjlighet för individen att exponeras för aversiva stimuli som normalt sätt undviks. Genom det expressiva skrivandet kan individen korrigera sina mönster som innebär att individen undviker situationer eller beteende som förväntas leda till obehag. Modellen anger således, enligt Sloan och Marx (2004), att individen genom skrivandet exponeras för aversiva stimuli, vilket i sin tur leder till processande av den emotionella aspekten kring berörda stimuli. Detta leder i sin tur till en bearbetning av den emotionella aspekten av svåra upplevelser, vilket i sin tur hjälper individen att hantera berörda känslor, tankar, minnen etc. Enligt Sloan och Marx (2004) har den emotionella exponeringsmodellen, liksom den kognitiva anpassnings/processande modellen, varit svår att utvärdera. Visst stöd har dock funnits. Frattaroli (2006) konstaterar att evalueringen av denna förklaringsmodell varit varierande där t.ex. vissa studier kunnat konstatera en minskning av undvikande tankar (Klein & Boals, 2001, i Frattaroli, 2006) medan andra studier inte kunnat konstatera en sådan minskning (Lepore, 1997, i Frattaroli, 2006).

Självreglering/Emotionell reglering. Lepore, Greenberg, Bruno och Smyths (2002, i Frattaroli 2006) menar att det expressiva skrivandets effekter skulle kunna förklaras utifrån att skrivandet erbjuder individen en möjlighet till att observera sig själv och samtidigt uttrycka och kontrollera känslor. Detta skulle enligt nämnda författare ge en ökad förmåga till emotionell reglering samt en starkare känsla av self-efficacy. Således skulle negativa stressorer, känslor och tankar kunna bli mer kontrollerbara för individen, vilket i sin tur skulle leda till ökat psykiskt och fysiskt välmående. King (2002, i Frattaroli, 2006) argumenterar för att traumatiska eller andra stressinducerade händelser stör individens förmåga till att reglera sig själv. Individer med bristande självreglering kan således inte använda sig av sina känslor som information och navigeringsinstrument. Expressivt skrivande skulle då för dessa individer kunna vara en möjlighet att undersöka känslor och tankar och sätta dessa i ett sammanhang som är förståeligt. Härigenom skulle en process av normal självreglering kunna komma igång. Stöd för denna modell har Cameron och Nicholls (1998, i Frattaroli, 2006) bland annat sett i studier där deltagarna fått skriva mer ur ett självregleringsperspektiv: beskrivning av problem och hur de skulle kunna gå tillväga för att lösa dessa. Resultatet av studien visade på samma effekter som det mer traditionella traumafokuserade skrivandet. King och Miner (2000, i Frattaroli, 2006) visade i en studie att skrivande om sådant som

skulle kunna vara positiva aspekter av ett trauma leder till samma positiva effekter som det traditionella expressiva skrivandet.

Social integration. Denna förklaringsmodell postulerar att expressivt skrivande påverkar individens sätt att interagera med andra på ett sätt som, enligt Frattaroli (2006), skulle vara välgörande för individen. Kovac och Range (2000, i Frattaroli, 2006) beskriver att evidens för denna modell framkommit i deras studie där de såg att individer som deltagit i expressivt skrivande pratade mer med andra om sina traumatiska eller stressinducerade upplevelser, jämfört med kontrollgrupp. I andra studier, till exempel Heffner (2002, i Frattaroli 2006), har forskare sett att individer som deltagit i det expressiva skrivandet haft större benägenhet att få stöd från omgivning än deltagare i kontrollgruppen. Denna förklaringsmodell är dock fortfarande relativt ny och har därför inte testats i någon vidare utsträckning (Frattaroli, 2006).

För vilken typ av problematik tycks expressivt skrivande ha effekt?

Vid metastudier kring interventionseffekter av expressivt skrivande kategoriseras de inkluderade studierna i fem olika grupperingar beroende på vad som mäts i studien: psykologisk hälsa, fysiologiskt fungerande, rapporterad hälsa, hälsosamma beteenden samt generellt fungerande (Frattaroli, 2006; Smyth, 1998).

Psykologisk hälsa. I Frattarolis (2006) metastudie ingick 112 studier som mätte psykologisk hälsa av varierande slag med en total effektstorlek i denna grupp på $r = .056$ vilken var statistiskt signifikant ($p = .00014$). Således har man sett en effekt av expressivt skrivande på den psykologiska hälsan om än en liten sådan (Cohen, 1992). Studierna i kategorin grupperades sedan utifrån vilken aspekt (ex. ilska, ångest, depression) av psykologisk hälsa som mättes. Fem av tretton subkategorier uppvisade signifikanta effekter: bedrövelse (distress), depression, positivt fungerande, ilska och ångest. Andra kategorier så som stress, dissociation och ätstörningsrelaterade fenomen uppvisade inga signifikanta effekter.

Fysiologiskt fungerande samt hälsa. I Frattarolis (2006) metastudie ingick även studier (30 stycken), som mätte fysiologiskt fungerande med en total effektstorlek på $r = .054$ med en signifikansnivå på $p = .0075$. Således sågs även här en interventionseffekt, vilken kan anses vara liten (Cohen, 1992). Dock var det enbart studier, som mätte immunfunktion (exempelvis HIV-studier, leverfunktion), som uppvisade signifikanta effekter.

Kategorier av studier som mätte rapporterad hälsa samt hälsosamma beteenden (exempelvis fysisk aktivitet, alkoholintag) hade en total effektstorlek på $r = .072$ ($p = .00011$) respektive $r = .007$ (inte signifikant). Således framkom en statistisk signifikant effekt vad

gäller kategorin rapporterad hälsa, vilken kan anses vara liten (Cohen, 1992). Ingen effekt framkom dock vad gäller hälsosamma beteenden. Fyra subkategorier uppvisade här signifikanta effekter: specifika sjukdomsvariabler (exempelvis HIV Symtom Skala), sjukdomsbeteende (exempelvis antalet läkarbesök, medicinanvändning), generella fysiska symtom (exempelvis utmattning) och hälsosam diet.

Generellt fungerande. Frattaroli (2006) tittade även på studier (43 stycken) som mätte generellt fungerande såsom sociala relationer, kognitivt fungerande och studieresultat och såg en total effektstorlek på $r = .046$ ($p = .0055$), vilken även den kan anses vara lite (Cohen, 2006). De subkategorier, som uppvisade signifikanta effekter av det expressiva skrivandet, var arbetsrelaterade fenomen (exempelvis frånvaro från arbetet), sociala relationer, kognitivt fungerande (exempelvis arbetsminne) samt skolrelaterade frågor (exempelvis anpassning i college, betyg).

Sammanfattningsvis visade Frattarolis (2006) metastudie att expressivt skrivande har signifikanta effekter på fyra av fem uppmätta kategorier: psykologisk hälsa, fysiologiskt fungerande, rapporterad hälsa samt generellt fungerande. Däremot framkom inga effekter på hälsosamma beteenden. Detta resultat är detsamma som Smyth (1998) fann i sin metaanalys, det vill säga att hälsosamma beteenden är den enda kategori som inte uppvisade en förbättring. Dock finns det i båda metastudierna en mängd subkategorier i de mer generella kategorierna, varav några nämnts i texten ovan, som inte uppvisade några effekter av interventionen.

Expressivt skrivande och psykiatrisk problematik

Den nya målgruppen för experimentell forskning och expressivt skrivande är enligt Frattaroli (2006) individer med psykiatrisk eller psykologisk problematik. Resultaten från dessa har än så länge varit varierande. Vissa studier har funnit stöd för en positiv effekt medan andra har funnit nollresultat eller till och med viss försämring av intervention. Russ (1992, i Frattaroli, 2006) fann till exempel ett ökat psykologiskt och fysiologiskt välmående hos collegestudenter med ångestproblematik. Kovac och Range (2002, i Frattaroli, 2006) fann ingen effekt på individer med suicidalitet. Girton, Peri, Connolly och Shaley (2002, i Frattaroli, 2006) såg att interventionen ökade antalet sjukdomsrelaterade besök hos läkare hos en grupp män med posttraumatisk stress. Således hade interventionen negativ effekt på denna grupp.

Expressivt skrivande och självskadebeteende. Inga tidigare studier har gjorts kring självskadebeteende och expressivt skrivande och således finns i dagsläget ingen kunskap

kring om en intervention av expressivt skrivande skulle kunna ha effekt på individer med självskadande beteende. Eftersom individer med denna problematik ofta har en bakomliggande ångestproblematik (Ystgaard et al., 2003) skulle den effekt av expressivt skrivande som setts på ångest kunna tänkas även minska det självskadande beteendet. I Frattarolis (2006) metastudie är det dock tydligt att beteendeförändringar är svåra att uppnå via en intervention av expressivt skrivande. Frattaroli påpekar att det antagligen skulle behövas ytterligare insatser, förutom expressivt skrivande, för att kunna åstadkomma en beteendeförändring.

Expressivt skrivande och ätstörningsrelaterade fenomen. Frattaroli (2006) såg i sin metastudie inga effekter av det expressiva skrivandet på ätstörningsrelaterade fenomen. En av studierna som Frattaroli tittade på inkluderade t.ex. individer med negativ kroppsbild.

I en studie av Stice, Shaw, Burton och Wade (2006) inkluderades 481 tonårsflickor mellan 14 och 19 år ($M = 17$ år) som uppvisade missnöje med sina kroppar. Flickorna randomiserades till en av fyra grupper: preventionsprogram för ätstörningsproblematik som inkluderade aktiviteter, både verbala, skriftliga och beteendemässiga, för att minska smala ideal-internaliseringen (3 sessioner), preventionsprogram för att kontrollera vikten på ett hälsosamt sätt (3 sessioner), expressivt skrivande (3 sessioner) samt ingen intervention alls. Gruppen med expressivt skrivande utgjorde en kontrollgrupp tillsammans med gruppen utan intervention. Individerna i gruppen som fick expressivt skrivande fick vid tre tillfällen under en treveckors period skriva om ämnen med emotionell klang. De fick vid skrivsessionerna reda på att bekymmer rörande kroppsbild hör samman med emotionella svårigheter och att expressivt skrivande hjälper till att eventuellt lösa sådana bekymmer. Resultatet av studien visade att individer som randomiserats till preventionsprogram som inkluderade aktiviteter för att minska smala idealet-internaliseringen uppvisade de största effekterna, vilka var signifikanta vad gäller reduktion av riskfaktorer för att utveckla ätstörningar, kroppsmissnöje, bulimiska symtom, hälsosam vikt, negativa affekter samt internalisering av det smala idealet. Även individer i preventionsprogrammet för en hälsosam vikt uppvisade signifikanta effekter vad gäller riskfaktorer för ätstörning: internalisering av det smala idealet, kroppsmissnöje samt negativa effekter. Båda dessa grupper uppvisade signifikanta skillnader på effekter i jämförelse med gruppen som utförde expressivt skrivande.

Två effekter kunde dock ses vad gäller gruppen med expressivt skrivande. Individer i denna grupp uppvisade signifikanta minskningar i internalisering av det smala idealet vid sex-månadsuppföljningen samt bulimiska symtom vid ett-årsuppföljningen i jämförelse med gruppen som inte fick någon intervention alls. Ett år efter studien bestod således enbart

effekten på de bulimiska symtomen. Dock diskuteras i studien att dessa två effekter kan bero på exempelvis en placebo-effekt eller typ-I-fel.

I en studie av Frayne och Wade (2006) undersöktes ätstörningssymtomatologi och expressivt skrivande. I studien deltog 98 kvinnliga collegestudenter mellan 17 och 53 år ($M = 22.75$), vilka randomiserades till antingen tre sessioner av expressivt skrivande (experimentgruppen) eller till tre sessioner av neutralt skrivande (kontrollgruppen). Deltagarna i experimentgruppen fick instruktioner kring att skriva om traumatiska erfarenheter, emotionellt upprörande händelser eller nära interpersonella relationer, medan deltagarna i kontrollgruppen fick skriva om planer för dagen, veckan, månaden. Vid variansanalyser framkom bland annat två små signifikanta effekter i studien vilka var tvåvägs-interaktioner: stört ätande (disordered eating) mätt genom testet Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994) samt grad av ineffektivitet (känslor av värdelöshet, osäkerhet etc.) mätt genom subskala i testet EDI (Eating Disorder Inventory; Garner, 1991). Stört ätande samt grad av ineffektivitet minskade i kontrollgruppen och ökade i experimentgruppen vid uppföljning (10 veckor efter interventionen) jämfört med förmätning. Således rapporterade de kvinnliga collegestudenterna i kontrollgruppen mindre stört ätande och grad av ineffektivitet vid uppföljning än vid förmätning, medan de kvinnliga college studenterna i experimentgruppen rapporterade mer stört ätande och grad av ineffektivitet vid uppföljningen. Frayne och Wade (2006) bedömde således att det inte fanns några indikationer på att det expressiva skrivandet uppvisade effekter på uppmätta ätstörningsrelaterade fenomen i studien.

Det finns således idag inga underbyggda belägg för att en intervention av expressivt skrivande skulle kunna reducera riskfaktorer för utvecklande av ätstörning, förebygga ätstörningsrelaterade fenomen eller minska ätstörningssymtom. Studierna har dock än så länge varit få i sitt antal. Frattaroli (2006) funderar kring om ätstörningsrelaterade fenomen är, liksom annan problematik som uppvisat nollresultat, t.ex. dissociation, är för svår och komplex för att en så pass enkel intervention som expressivt skrivande skulle kunna påverka. Generellt sett menar Frattaroli att de psykiatriska fenomen där interventionen setts ha effekt mer tydligt är kopplat till emotioner (exempelvis depression och ångest) snarare än kognitiva strukturer (exempelvis störd kroppsuppfattning). Tydligt är dock att fler studier behöver göras för att helt utesluta en effekt av det expressiva skrivandet på ätstörningsrelaterade fenomen samt även undersöka en eventuell effekt på självskadande beteenden.

Studiens relation till SoL-projektet

Denna pilotstudie är en förstudie till ett större forskningsprojekt, Självkänsla och Livssituation hos tonåringar, som startade våren 2006 vid Institutionen för psykologi på Lunds Universitet, och som planeras pågå till år 2009. Ett av projektets syften är att ge ökat vetande kring förekomst och utveckling av självskadebeteende. Undersökningen har en longitudinell design, och avser att följa högstadieungdomar i en hel skånsk kommun. Projektet innefattar även en studie med en randomiserad experimentell design utifrån två interventioner (expressivt skrivande samt emotionellt validerande intervju), som antas positivt kunna påverka individens förmåga till emotionell reglering och i sin förlängning kunna leda till minskat självskadebeteende. Frågeformuläret som används i studien består av tio olika mätinstrument, varav denna pilotstudie använder sig av två, vilka mäter självskadebeteende samt riskbeteende för utvecklandet av ätstörningar. Denna pilotstudie har således som syfte att både prova ut delar av testmaterial och tillvägagångssätt i relation till SoL-projektet, samt vara en egen studie med tillhörande frågeställningar.

Syfte

Föreliggande uppsats har som syfte att nå ökade kunskaper om förekomst av självskadande beteende hos högstadieungdomar och riskbeteende för ätstörningar hos flickor. Uppsatsen har även som syfte att undersöka om självskadebeteenden eventuellt är relaterade till riskbeteenden för ätstörningar hos flickorna, samt huruvida dessa beteenden kan förebyggas genom en intervention med expressivt skrivande.

Frågeställningar

Hur hög är förekomsten av självskadebeteende hos högstadieungdomar idag?

Finns det några könsskillnader vad gäller förekomsten av självskadande beteende hos ungdomarna?

Hur hög är förekomsten av riskbeteende för utveckling av ätstörningar hos flickor i samma åldersgrupp?

Finns det något samband mellan självskadebeteende och riskbeteende för ätstörningsproblematik hos flickor i högstadieåldern?

Kan en intervention med expressivt skrivande enligt Pennebakers modell befrämja en gynnsam utveckling på ett sådant sätt att förekomsten av självskadebeteende och riskbeteende för ätstörningsproblematik reduceras?

METOD

Deltagare

Två studier, med delvis olika upplägg, ligger till grund för denna uppsats. En studie kan sägas ha en svag kvasiexperimentell design, här kallad Studie 1, och en kan sägas ha en experimentell design, här kallad Studie 2.

I studierna ingick sammantaget 198 ungdomar, i åldrarna 13 till 16 år (M: 14 år), från 4 olika högstadieskolor (2 klasser från varje skola, det vill säga 8 klasser sammanlagt) belägna i en medelstor och en större stad i södra Sverige. De deltagande ungdomarna, varav 100 var flickor och 98 var pojkar, gick i antingen sjunde eller åttonde klass. Vid frekvensberäkningar i uppsatsen används förmättningsdata från både Studie 1 och Studie 2. Sammanlagt deltog 175 ungdomar vid förmätningen.

Vid undersökning av interventionseffekter medräknas de ungdomar som deltagit i två eller fler sessioner av antingen expressivt skrivande eller neutralt skrivande, samt deltagit både vid för- och eftermätning. Deltagande ungdomar i Studie 1:s kontrollgrupp utförde ingen skrivverksamhet, och således medräknas i denna grupp de ungdomar som deltagit både vid för- och eftermätning.

Studie 1. Tabell 1 visar att 153 ungdomar ingick i studie 1 (kvasiexperimentella designen) varav 79 var flickor och 74 var pojkar. Till experimentgruppen (expressivt skrivande) hörde ursprungligen 75 ungdomar och till kontrollgruppen (ingen intervention alls) hörde ursprungligen 78 ungdomar. Tabell 2 åskådliggör att i Studie 1 deltog 60 ungdomar från experimentgruppen vid både för- och eftermätning samt två sessioner (17 ungdomar) eller tre sessioner (43 ungdomar) av expressivt skrivande. Dessa utgör 80.0 % av alla ungdomar som tillhörde experimentgruppen i Studie 1. I studie 1:s kontrollgrupp var det 61 ungdomar som deltog vid både för- och eftermätning, vilket utgör 81.3 % av alla ungdomar som tillhörde kontrollgruppen i Studie 1.

Studie 2. Tabell 1 visar att 45 ungdomar ingick i Studie 2 (experimentella designen) varav 21 var flickor och 24 var pojkar. Till experimentgruppen (expressivt skrivande) hörde ursprungligen 21 ungdomar och till kontrollgruppen (neutralt skrivande) ursprungligen 24 ungdomar. Tabell 2 visar att 15 ungdomar i experimentgruppen deltog vid både för- och eftermätning samt två sessioner (2 ungdomar) eller tre sessioner (15 ungdomar) av expressivt skrivande. Dessa utgör 71.4 % av alla ungdomar som tillhörde experimentgruppen i Studie 2. I Studie 2 deltog 17 ungdomar tillhörande kontrollgrupp (neutralt skrivande) vid både för- och eftermätning samt två sessioner (2 ungdomar) eller tre sessioner (15 ungdomar) av neutralt skrivande, vilket utgör 70.8 % av alla ungdomar som tillhörde kontrollgruppen i Studie 2.

Tabell 1

Antal ursprungliga deltagare i Studie 1 och i Studie 2 uppdelat på kön och totalt

	Studie 1			Studie 2		
	Flickor n (%)	Pojkar n (%)	Totalt n (%)	Flickor n (%)	Pojkar n (%)	Totalt n (%)
Experimentgrupp	36 (48.0)	39 (52.0)	75 (100.0)	8 (38.0)	13 (62.0)	21 (100.0)
Kontrollgrupp	43 (55.1)	35 (44.9)	78 (100.0)	13 (54.2)	11 (45.8)	24 (100.0)
Totalt	79 (51.6)	74 (48.4)	153 (100.0)	21 (46.7)	24 (53.3)	45 (100.0)

Tabell 2

Antal elever i Studie 1 respektive Studie 2 samt totalt som deltog vid förmätning, eftermätning och ≥ 2 skrivtillfällen

	Studie 1			Studie 2		
	Expr n	Kontr n	Totalt n	Expr n	Kontr n	Totalt n
1. Deltagit förmätning	70	65	135	22	18	40
2. Deltagit eftermätning	72	73	145	21	18	39
3. Både för- och eftermätning	66	61	127	16	18	34
4. ≥ 2 skrivtillfällen	66	-	66	20	23	43
5. Både för- och eftermätning och ≥ 2 skrivtillfällen	60	-	60	15	17	32

Design

Studie 1: Kvasiexperimentell design. Studie 1 inkluderar en grupp av högstadieungdomar som utför expressivt skrivande (interventionen), och en icke-ekvivalent kontrollgrupp som inte utför några skrivuppgifter alls. Designen kan anses vara svag på grund av följande omständigheter:

1. På grund av praktiska omständigheter gjordes ingen randomisering av vilka högstadieungdomar som skulle ingå i respektive grupp. Detta bestämdes istället av pilotstudiernas kontaktpersoner (rektor, biträdande rektor, lärare) ute på skolorna. Således kan kontroll- respektive experimentgrupp inte anses vara likvärdiga, skillnaderna blir mer systematiska, och svårighet uppstår att urskilja den oberoende variabeln från sammanblandande faktorer. Antalet alternativa förklaringar ökar.
2. Kontrollgruppen utförde ingen skrivverksamhet av slaget neutralt skrivande, vilket använts som kontrollbetingelse vid tidigare forskning kring expressivt skrivande (Frattaroli, 2006). Detta gör att svårighet uppstår kring att avgöra om eventuella

effekter är kopplat till det expressiva skrivandet eller om det kan bero på andra faktorer kring att ha fått en intervention. Således ökar sammanblandande faktorer kring effekten av det expressiva skrivandet, vilket ytterligare ökar antalet alternativa förklaringar. Dessutom blir bortfallet, vilket kan vara skevt, större i experimentgruppen än i kontrollgruppen då enbart ungdomar som deltagit i två eller fler sessioner av expressivt skrivande, samt deltagit vid både för- och eftermätning, medräknas, jämfört med kontrollgruppen, där alla ungdomar som deltagit enbart i både för- och eftermätning medräknas.

3. Studien använde inte slumpmässigt urval kring vilka skolor som skulle ingå. Urvalet skedde istället på måfå genom att undersökningsledarna ringde upp ett antal skolor för att höra om de var intresserade av att delta i studien. Detta innebär stora begränsningar kring generaliserbarheten av studien.
4. Tre skolor deltog i studien. Skola 1 använde sig av andra instruktioner än skola 2 och 3 gällande det expressiva skrivandet (se under *Tillvägagångssätt*). Olika instruktioner till olika skolor i studien medför en given svårighet att helt likställa interventionen mellan grupperna, vilket försämrar konstruktvaliditeten och således försvårar tolkningen av resultaten.
5. Skolorna använde sig av olika stora lokaler, skola 1 och 2 använde sig av klassrum medan skola 3 använde sig av en större aula, med en således större spridning av eleverna i rummet i skola 3 (se under *Tillvägagångssätt*). Här kan man tänka sig att ungdomarna i skola 3 varit mer befriade från störning från andra elever och kunde skriva mer ostört och fritt. Således kan man tänka att eleverna i skola 1 och 2 blivit mer störda, vilket i sin tur kan försvåra möjligheten till att uppnå en eventuell effekt av interventionen (Frattaroli, 2006).
6. De olika skolorna hade olika tidsintervall mellan för- och eftermätning (Se under *Tillvägagångssätt*). Frattaroli (2006) har sett att tidpunkten för eftermätning påverkar effekten av det expressiva skrivandet. Studier där eftermätning sker inom en månad har setts ge större effektstorlek än studier med längre tid mellan mättillfällena. Således kan de olika tidsintervallerna mellan skolorna påverka effekten av interventionen på olika vis.
7. Självskattningsformuläret för självskadebeteende mäter mängd självskadebeteende under senaste halvåret. Mätperioderna vid för- och eftermätning överlappar delvis varandra, vilket kan göra effekterna av interventionen mindre tydliga. Man kan dock

tänka att ungdomarna tenderar att bäst komma ihåg och fylla i det som hänt under den närmsta tidsperioden.

Studie 2: Experimentell design. Den experimentella designen bestod av en grupp som utförde expressivt skrivande (interventionen) och en kontrollgrupp som utförde neutralt skrivande med randomisering på individnivå. Eftersom designen i Studie 2 är experimentell, till skillnad från den kvasiexperimentella designen i Studie 1, kan den anses vara hypotesprövande i sitt slag. Studien har dock en låg statistisk power på grund av ett lågt antal deltagare (N=45).

Studie 2 använder sig inte heller, precis som Studie 1, av slumpmässigt urval och generaliserbarheten är således begränsad. Även i Studie 2 överlappar mätperioderna för självskadebeteende varandra vid för- och eftermätning, vilket också i denna studie kan göra att effekterna av interventionen blir mindre tydlig.

På grund av ovan nämnda brister i studierna kommer data som används i denna uppsats att ligga till grund för mer explorativa analyser och resonemang snarare än säkra konklusioner. På så vis kan uppsatsen utgöra ett viktigt underlag för framtida forskning inom området.

Mätinstrument

I studien användes två självskattningsformulär för att mäta dels självskadebeteende (DSHI-9) dels riskbeteende för ätstörningsproblematik (RiBED-8).

DSHI-9. Självskattningsformuläret som används för att mäta självskadeproblematik (Bilaga 1) är en version av DSHI-s (Deliberate Self-Harm Inventory simplified, Lundh, Karim & Quilisch, 2007) och är utvecklat och modifierat för SoL-projektet av professor Lars-Gunnar Lundh vid Institutionen för psykologi på Lunds Universitet. DSHI-s är i sin tur en förkortad och översatt version av ursprungsinstrumentet DSHI (Deliberate Self-Harm Inventory) utvecklat av Gratz (2001).

Ursprungsversionen DSHI har visats ha hög intern konsistens (*Cronbach's alpha* = .82) och god test-retest-reliabilitet (*Gamma koefficient* = .68, $p < .001$) (Gratz, 2001). I Gratz studie (2001) framkom signifikanta korrelationer mellan självskadebeteende uppmätt med DSHI och andra mått på självskadebeteende, inklusive borderline personlighetsorganisation, vilket visar på goda valida resultat av instrumentet.

Självskattningsformuläret som används i denna studie är, som nämnts ovan, en förenklad form av ursprungsversionen. Denna modifiering har bland annat gjorts med tanke på ungdomarnas unga ålder (högstadiungdomar jämfört med universitetsstudierande i Gratz

studie) då antalet item minskat, vissa item tagits bort och andra har slagits samman till ett, och avsikt gällande suicid tagits bort.

RiBED-8. Självskattningsformuläret (Bilaga 2) som används för att mäta riskbeteende för att utveckla ätstörningar, RiBED-8, är ett screening-instrument som tagits fram av de danska forskarna Waadegaard, Thoning, Petersson (2003) och används för att upptäcka och identifiera riskbeteende relaterat till ätstörningsproblematik. Riskbeteendet definieras i testet som individens attityd gentemot den egna kroppen samt ätbeteende, vikt fokusering och självvärdering. Testet, som består av 8 item, har validerats och reliabilitetstestats i en stor dansk uppföljningsstudie (första studien 1996 och uppföljning 1998) (Waadegaard et al., 2003). Studien inkluderade 2094 elever mellan 14-21 år, och visade goda resultat. Dock visade studien att testet inte fångade upp mindre svåra riskbeteenden hos pojkar utan enbart hos flickor. Pojkar med mer uttalade riskbeteenden kunde dock fångas upp i studien. Test-retest-reliabiliteten i studien visar på en stark positiv korrelation ($\text{gamma koefficient} = .839, p < .001$). Flickor som hamnade i riskgruppen för ätstörningsproblematik (27.0 %) hade i uppföljningsstudien 1998 statistiskt signifikanta högre värden ($p < .05$) på alla subskalor i testet EDI-2 (Eating Disorder Inventory-2), som är ett mycket använt och validerat test för att mäta ätstörningsproblematik, jämfört med flickor som inte hamnade i riskgruppen. Flickor i riskgruppen (mer än två riskbeteende över cut-off-punkten mellan 2 och 3, exklusive item 5 där över cut-off-punkten mellan 1 och 2 gäller) visades sig ha 5.6 gånger högre risk för att ha utvecklat en ätstörning (AN, BN eller Ät-UNS) under en period på 2.75 år, vilket motsvarar 23.5 % av flickorna i riskbeteendegruppen. RiBED-8 har konstruerats på ett sätt som gör att personer med symptom på mindre svåra ätstörningsbeteende identifieras, samt med hög specificitet för att vara säkra på att inte individer med icke-ätstörningsbeteende inkluderas i riskgruppen. Testet har även hög sensitivitet för personer med kliniskt diagnostiserade ätstörningar vilket garanterar en identifiering av individer med mer svårartade ätproblem. Eftersom riskbeteende kan ses vara ett fenomen belägen på en gråskala mellan kliniskt diagnostiserad ätstörning och ickestörda beteenden är det acceptabelt att instrumentet dock har något sämre precision än instrument som ska identifiera kliniskt diagnostiserade ätstörningar (Waadegaard et al., 2003).

De item som används för att mäta riskbeteende för ätstörningsproblematik (RiBED-8) har i denna studie blandats med item från formuläret BESAA (Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults), vilka inte används i denna uppsats. I självskattningsformuläret utgörs RiBED-8 av item 3-5 och 11-15 (Bilaga 2).

Variabler

Självskadebeteende. Självskadeformuläret (DSHI-9) som används i studierna består av 11 item där ungdomarna i de 9 första får skatta självskadebeteende utefter både art och frekvens (från 0 till fler än 5 gånger) under det senaste halvåret. Item 11 handlar om huruvida gjorda självskadebeteenden lett till sjukhusvistelse (från 0 till fler än 5 gånger). Item 10 består av en öppen fråga kring avsiktighet att skada sig själv på ett sätt som inte efterfrågats i formuläret. Vid statistisk bearbetning av DSHI-9 har vi valt att inte ta med item 10. Detta har gjorts på grund av att flertalet ungdomar inte svarat på den aktuella frågan samt vid svar har ungdomarna oftast inte beskrivit ett självskadande beteende. Vid summering av svar från hela DSHI-9 har enbart svaren från item 1 till 9 medräknats. Item 11 medräknas inte i summa DSHI-9 på grund av detta item har en annan tyngd och karaktär än övriga medräknade item; ett specifikt självskadebeteende efterfrågas inte i item 11, utan istället belyses konsekvenserna av nämnda självskadande beteende.

Vid bearbetning av självskadeformulärets nio första item (summa DSHI-9) har en begränsad imputering genomförts. Detta innebär ifyllnad av ett 0-värde när individen hoppat över ett item, vilket enbart gjorts om individen inte svarat på ett eller två item. Om det rör sig om tre eller fler har således imputering inte gjorts. Nio personer har vid bearbetning av DSHI-9 fått imputerade värden. Av dessa har åtta personer fått ett item imputerat och en person fått två item imputerade. Vi har valt detta tillvägagångssätt för att reducera bortfallet, då individer som inte svarat på ett eller två item i respektive formulär annars inte skulle medräknas i summavariabeln. Bortfallet har genom nämnt sätt således reducerats med nio individer. Motivering av tillvägagångssättet kan göras genom att individer med problematik inom de mätta områdena kan tänkas vara överrepresenterade vad gäller överhoppandet av item, samt att det vore sämre för studien med större bortfall än användandet av nämnt förfaringssätt. Individer som inte svarat på tre eller fler item räknas dock som bortfall. Det totala bortfallet på alla enskilda item (exklusive item 11), samt summa DSHI-9, var 24 individer av 198, det vill säga 12.1 %. Av dessa individer var 16 flickor och 8 pojkar. Totalt ingick således 90 pojkar och 84 flickor i summa DSHI-9.

För vissa analyser har vi också tagit fram en dikotomiserad version för respektive item i DSHI-9 samt för summa DSHI-9, och då valt en cut-off-punkt mellan 0 och 1. Detta innebär att vi tittar på alla de individer som ägnat sig åt efterfrågade självskadebeteende åtminstone en gång samt alla de individer som ägnat sig åt något av samtliga beteende vid åtminstone ett tillfälle. När vi tittar på summa DSHI-9 har vi även valt att sätta en cut-off-punkt mellan 9 och

10. Detta innebär att vi tittar på alla de individer som ägnat sig åt självskadebeteende vid åtminstone 10 tillfällen.

Riskbeteende för ätstörningar. Formuläret som används för att mäta riskbeteende för ätstörningar (RiBED-8) i studierna består av åtta item där deltagarna får skatta specifika riskbeteenden efter hur vanligt förekommande dessa är för individen: 1 = sker aldrig, 2 = sällan, 3 = ofta, 4 = mycket ofta. Kodningen är dock omvänd vad gäller item 11 (Nöjd med matvanor...?), det vill säga: 1 = mycket ofta, 2 = ofta, 3 = sällan, 4 = aldrig. Vid summering av svar från RiBED-8 har svar från samtliga item medräknats. Imputering har inte använts vid bearbetning av formuläret. Det totala bortfallet för olika item i RiBED-8 varierade mellan 16 och 19 flickor av 100 möjliga, det vill säga mellan 16.0 % och 19.0 %. Totalt ingick således 81 till 84 flickor. I summa RiBED-8 ingick 72 flickor. Bortfallet i summavariabeln var således 28 flickor (28 %).

För att urskilja riskbeteende, har vi i enlighet med M. Waadegaard (personlig kommunikation, februari 2006), gjort en dikotomiserad version för varje item, där rapporterade svar över cut-off-punkten mellan 2 och 3 inkluderas, exklusive item 5 (Kräks för att göra av med mat...?), där rapporterade svar över cut-off-punkten mellan 1 och 2 medräknas. För att urskilja riskgruppen för att utveckla ätstörningar, från resterande flickor, har vi, i enlighet med M. Waadegaard, summerat de rapporterade riskbeteendena; de flickor som rapporterat minst tre riskbeteenden över cut-off-punkterna för respektive item, inkluderas i riskgruppen. Flickor med minst tre riskbeteenden tillhör således riskgruppen för att utveckla ätstörningar, i enlighet med Waadegaards et al. (2003) studie.

Tillvägagångssätt

Kontakten med skolorna sköttes av respektive grupp av försöksledare. Brev (Bilaga 3) skickades till skolornas rektorer och därefter tog rektorerna beslut om ett eventuellt deltagande i studien. De klasser som skulle delta i studien valdes ut av kontaktpersonerna på skolorna. Försöksledarna fick tillgång till de deltagande klassernas klasslistor och brev (Bilaga 4) skickades hem till elevernas målsmän. I skola 1 fick även eleverna informationsblad kring studien (Bilaga 5 och Bilaga 6), vilka distribuerades av klasslärarna.

Datinsamling. Datinsamlingen var likartad för både Studie 1 och Studie 2. Den inleddes med namnupprop och ungdomarna fick ett kuvert med sitt namn innehållande frågeformulär med specifikt kodnummer för att ungdomarna skulle kunna följas mellan de två undersökningstillfällena. I kuvertet fanns även skriftliga instruktioner samt ett blankt kuvert som eleven skulle lägga det ifyllda frågeformuläret i. Ungdomarna uppmanades att inte skriva

sitt namn någonstans på formuläret. Alla elever ombads sitta kvar tills lektionen var slut. När de var färdiga fick de sysselsättning i form av korsord, sudoku eller att läsa en bok.

Ungdomarna informerades om att de efter timmens slut kunde vända sig till någon av undersökningsledarna om de hade frågor eller undringar av något slag. Information gavs även om att ungdomarna vid problem eller behov av hjälp inte skulle kunna komma att få det genom att de berättade om det i frågeformuläret. Istället skulle de då kontakta kurator eller skolsyster på skolan eller någon av undersökningsledarna.

Både skriv- och kontrollgrupp i de båda studierna fick svara på samma frågeformulär vid två olika tillfällen under lektionstid. Frågeformuläret bestod av 10 delar där två delar inbegrep mätning av självskadebeteenden samt riskbeteende för ätstörningar. Eftersom studien bedrevs av flera undersökningsledare, på olika skolor, och är pilotstudier till en större studie, såg proceduren och tidsintervallet mellan för- och eftermätning något olika ut mellan skolorna och de olika pilotstudierna. Skola 1 hade ett tidsintervall på 18 veckor och 4 dagar mellan för- och eftermätning, skola 2 ett tidsintervall på 6 veckor och 2 dagar, skola 3 ett intervall på 9 veckor och skola 4 ett intervall på 8 veckor och 1 dag. Eleverna i skola 1, skola 2 och skola 4 fyllde i formulären i klassrum, medan skola 3 använde sig av en större aula som möjliggjorde en större spridning av eleverna i rummet. Vid samtliga skolor pågick insamlingstillfällena under en lektionstimme på mellan 40-60 minuter.

Följande muntliga instruktioner gavs till ungdomarna vid datainsamlingen:

Det finns inget som är rätt eller fel – det viktiga är att var och en svarar på det sätt som stämmer bäst med hur det är för just er. Tänk inte efter för länge på frågorna. Det är viktigt att ni svarar på alla frågor. Om något verkar oklart i frågeformuläret så räck upp handen så kommer vi till er.

Samma instruktioner och tillvägagångssätt användes vid de båda mättillfällena.

Intervention Studie 1. Vilka klasser som fick skriva, och vilka som inte fick det, bestämdes av praktiska skäl av personal på skolorna. Skrivgruppen genomförde tre tillfällen med expressivt skrivande mellan mättillfälle ett och två. Alla tre tillfällena låg i anslutning till mättillfälle ett (inom sex dagar) och genomfördes under en period på 3-9 dagar. Skrivandet genomfördes på lektionstid under 20 minuter i klassrum (skola 1 och 2) eller i aula (skola 3). Även här var det således större spridning i rummet mellan ungdomarna som skrev i aulan än mellan de ungdomar som skrev i klassrum. Interventionen inleddes med namnupprop och närvarokoll. Det fanns vid interventionstillfällena ingen kodning av eleverna. Skrivandet skedde helt anonymt. Ungdomarna uppmanades att inte skriva namn på papperna. Även skriftliga instruktioner delades ut, samt tomma kuvert vari ungdomarna skulle lägga det som

de skrivit. Delvis olika instruktioner gavs till eleverna i skola 1 respektive skola 2 och 3 där eleverna i den förstnämnda skolan fick instruktioner om att skriva om det som känns viktigast och mest angeläget för tillfället, medan instruktionerna till eleverna i de två sistnämnda skolorna fokuserade på tankar och känslor kopplade till en eller flera händelser i relation till skola eller kompisar. Anledning till instruktionsförändringarna var att pilotstudierna skulle testa olika instruktioner inför start av det stora SoL-projektet. Instruktionerna till ungdomarna i skola 1 finns i Bilaga 7 och instruktionerna till ungdomarna i skola 2 och 3 finns i Bilaga 8.

Efter varje skrivsession fick ungdomarna fylla i ett kort formulär där de fick skatta hur de upplevt skrivsessionen.

Intervention samt kontrollskrivande i Studie 2. Fördelning av vilka elever som tillhörde experimentgruppen respektive kontrollgruppen gjordes via randomisering på individnivå. Experimentgruppen genomförde tre tillfällen med expressivt skrivande och kontrollgruppen genomförde tre tillfällen med neutralt skrivande mellan mättillfälle ett och två. Alla tre tillfällen låg i anslutning till mättillfälle ett (inom en dag) och genomfördes under en period på 9 dagar med 1-6 dagar mellan de enskilda skrivtillfällena. Skrivandet genomfördes på lektionstid under 20 minuter i klassrum. En av klasserna, som innehöll fler elever, delades upp i två separata klassrum. Samma procedur som vid studie 1 inledde skrivsessionerna. Alla ungdomar fick samma muntliga instruktioner. De skriftliga instruktionerna skilde dock sig åt. De skriftliga instruktionerna till ungdomarna i experimentgruppen finns i Bilaga 9 och de skriftliga instruktionerna till ungdomarna i kontrollgruppen finns i Bilagorna 10, 11, och 12.

Etiska överväganden

Det finns idag inte tillräckligt med forskning inom området självskadebeteende (Socialstyrelsen, 2004) eller inom området riksbeteende för ätstörningar (Rojo, Livianos, Conesa, Garcia, Dominguez, Rodrigo, Sanjuan & Vila, 2003) och utökad forskning behövs kring preventiva och behandlande metoder för respektive problematik (Stice & Shaw, 2004; Socialstyrelsen, 2004). Vi anser det därför vara av största vikt att utöka kunskapsbasen och forskningen kring dessa områden och fenomen. Detta är viktigt, inte minst av etiska och mänskliga skäl, då problemområdena skapar mycket lidande och är vanliga i vårt samhälle (Stice & Shaw, 2004; Lundh et al., 2007). Att undersöka både självskadebeteende och ätstörningsrelaterade fenomen samt genomföra expressivt skrivande som intervention innebär dock en del etiska överväganden, speciellt då vår målgrupp är yngre tonåringar. Ungdomarna är i en känslig utvecklingsperiod med många aktuella utvecklingsutmaningar (Ruuska, Kaltiala-Heino, Rantanen & Koivisto, 2005). Därför var det viktigt att information

förmedlades till de deltagande ungdomarna och deras föräldrar samt berörd skolpersonal om att deltagandet i studien är frivilligt, samt att data som samlas in kommer hanteras konfidentiellt. Information om att ungdomarna när som helst kan avbryta sin medverkan i studien förmedlades också. Det var även viktigt att påpeka till ungdomarna att om de mår dåligt och/eller är i behov av att prata med någon så kan de vända sig till skolkurator, skolsyster eller undersökningsledarna. Överväganden har gjorts kring att ungdomarna genom medverkan i studien skulle kunna tänkas influeras av efterfrågade beteenden i t.ex. självskadeformuläret. Bland annat därför har frågorna modifierats något från den ursprungliga DSHI-versionen, men modifiering har även gjorts för att bättre matcha åldersgruppen. SoL-projektet har genomgått granskning av regionala etikprövningsnämnden i Lund och har av nämnden fått projektet godkänt.

RESULTAT

Förekomst av självskadebeteende

Vid beräkningar av förekomst av självskadebeteende har data från förmätningen i Studie 1 och Studie 2 använts.

Tabell 3 visar medelvärde och standardavvikelse för respektive item i DSHI-9 (Minimivärde = 0, Maximivärde = 6) samt medelvärdet och standardavvikelse för hela skalan för samtliga deltagare. Medelvärdet för hela testet (Minimivärde = 0, Maximivärde = 54) var 2.30 med en standardavvikelse på 4.48.

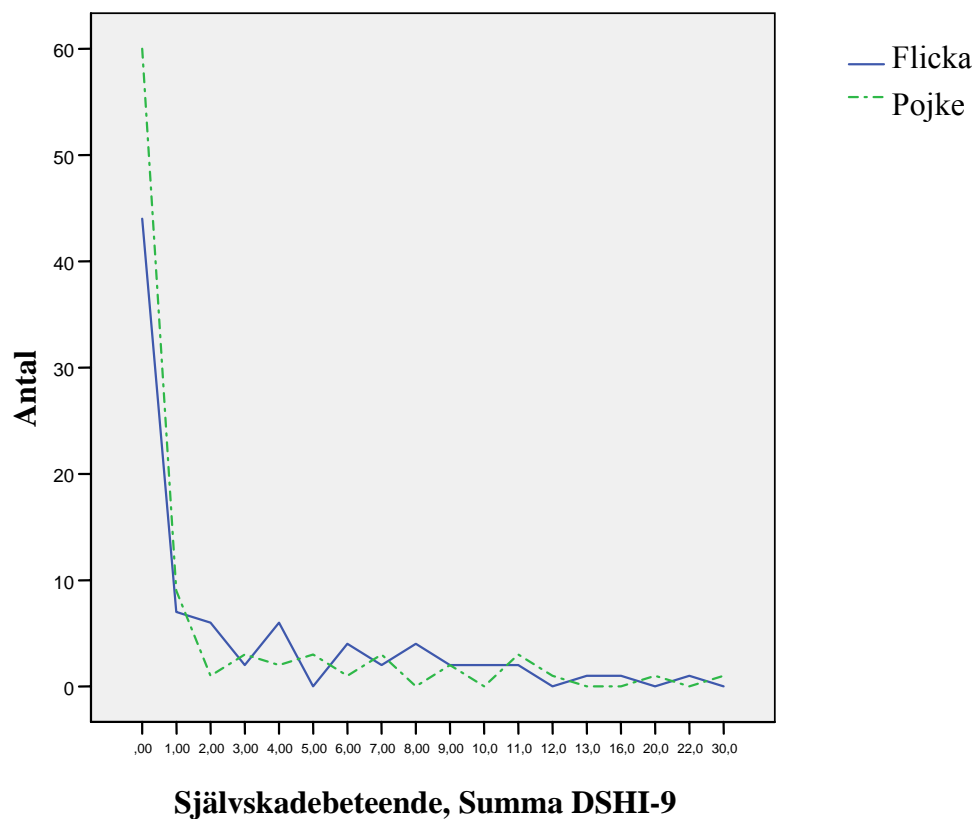
Tabell 3

Medelvärde och standardavvikelse för respektive item i DSHI-9 samt totalsumma

Item	Alla		
	M	SD	N
1. Skurit dig i handleder, armarna...?	.34	1.21	174
2. Bränt dig själv...?	.16	.70	174
3. Ristat in ord, bilder, symboler...?	.42	1.22	174
4. Rivit dig så att det blivit sår eller börjat blöda?	.29	.92	174
5. Bitit dig så att det gått håll?	.12	.70	174
6. Stuckit vassa föremål i din hud...?	.26	.99	174
7. Bankat ditt huvud så att blåmärke?	.16	.64	174
8. Slagit dig så att blåmärke?	.22	.81	174
9. Förhindrat sår från att läka?	.41	1.25	174
11. Skadat dig så att lett till medicinsk behandling...?	.10	.56	166
Summa DSHI-9	2.30	4.48	174

Flickornas medelvärde och standardavvikelse för summa DSHI-9 var 2.74 respektive 4.29 och pojkarnas medelvärde och standardavvikelse var 2.03 respektive 4.65. Det fanns ingen

signifikant könsskillnad vad gäller summa DSHI-9 ($t[172] = 1.037, p = .301$). Figur 1 visar hur frekvensfördelningen av summa DSHI-9 ser ut separat för könen.



Figur 1. Frekvensfördelning av summa DSHI-9 vid förmätning uppdelat på kön

Tabell 4 visar att andelen ungdomar som utfört olika typer av självskadebeteende vid minst ett tillfälle varierar mellan 5.2 och 16.1 % för olika item. Vad gäller samtliga självskadebeteenden har 70 individer eller 40.2 % åtminstone en gång ägnat sig åt något av de efterfrågade självskadebeteendena. Av flickorna har 47.6 % (40 stycken) svarat att de åtminstone vid ett tillfälle ägnat sig åt något av självskadebeteenden. Av pojkarna rör det sig om 33.3 % (30 stycken). Tendensen är att fler flickor än pojkar åtminstone en gång ägnat sig åt något av efterfrågade självskadebeteendena ($\chi^2[1,172] = 3.688, p = .055$).

Tabell 4

Antal och procent av ungdomarna som rapporterat olika självskadebeteenden vid minst ett tillfälle uppdelat på kön och totalt

Item	Flickor		Pojkar		Totalt	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
1. Skurit dig i handleder, armarna...?	12	(14.3)	5	(5.6)	17	(9.8)
2. Bränt dig själv...?	5	(6.0)	7	(7.8)	12	(6.9)
3. Ristat in ord, bilder, symboler...?	18	(21.4)	10	(11.1)	28	(16.1)
4. Rivit dig så att det blivit sår eller börjat blöda...?	16	(19.0)	9	(10.0)	25	(14.4)
5. Bitit dig så att det gått håll...?	8	(9.5)*	1	(1.1)	9	(5.2)
6. Stuckit vassa föremål i din hud...?	11	(13.1)	6	(6.7)	17	(9.8)
7. Bankat ditt huvud så att blåmärke...?	8	(9.5)	8	(8.9)	16	(9.2)
8. Slagit dig så att blåmärke...?	10	(11.9)	10	(11.1)	20	(11.5)
9. Förhindrat sår från att läka...?	17	(20.2)*	8	(8.9)	25	(14.4)
Minst ett av 1-9	40	(47.6)	30	(33.3)	70	(40.2)

* $p < .05$

Två item (5 och 9) uppvisade signifikanta skillnader mellan könen. Det var vanligare att flickor svarade att de avsiktligt bitit sig själva så hårt att det gått håll på huden, 9.5 % jämfört med 1.1% av pojkarna ($\chi^2[1,172] = 6.269, p = .012$). Fler flickor svarade även att de avsiktligt förhindrat sår från att läka, 20.2% jämfört med 8.9% av pojkarna ($\chi^2[1,172] = 4.549, p = .033$). Det fanns även en tendens att fler flickor svarade att de skar sig (item 1), 14.3 % jämfört med 5.6% av pojkarna ($\chi^2[1,172] = 3.756, p = .053$).

Upprepat självskadebeteende. För att undersöka förekomsten av upprepat självskadebeteende tittade vi på hur många av ungdomarna som ägnat sig åt de i formuläret efterfrågade självskadebeteendena åtminstone 10 gånger. Av ungdomarna rapporterade 13 stycken eller 7.8 % att de ägnat sig åt självskadebeteende åtminstone vid 10 tillfällen. Av dessa var 7 flickor och 6 pojkar. Det fanns ingen signifikant könsskillnad vad gäller upprepat självskadebeteende ($\chi^2[1,172] = .175, p = .676$).

Självskadebeteende som lett till medicinsk behandling. Tabell 5 visar att 5.4 % av ungdomarna har ägnat sig åt så pass allvarligt självskadebeteende att det åtminstone 1 gång lett till sjukhusvistelse eller annan medicinsk behandling. Två av pojkarna rapporterade att de ägnat sig åt självskadebeteende som lett till sjukhusvistelse mer än 1 gång (3 respektive ≥ 6 gånger).

Tabell 5

Antal och procent av ungdomarna som rapporterat att de ägnat sig åt självska debeteenden som lett till medicinsk behandling uppdelat på kön och totalt

	Antal gånger					Totalt N
	0 n (%)	1 n (%)	2-5 n (%)	≥ 6 n (%)	≥ 1 n (%)	
Flickor	74 (93.7)	5 (6.3)	-	-	5 (6.3)	79
Pojkar	83 (95.4)	2 (2.3)	1 (1.1)	1 (1.1)	4 (4.6)	87
Samtliga	157 (94.6)	7 (4.2)	1 (0.6)	1 (0.6)	9 (5.4)	166

Förekomst av riskbeteende för ätstörningar bland flickorna

Vid beräkningar av förekomst av riskbeteende för ätstörningar har flickornas data från förmätningen i Studie 1 och Studie 2 använts.

Tabell 6 visar medelvärde och standardavvikelse för respektive item i RiBED-8 (Minimivärde = 1, Maximivärde = 4), och medelvärdet och standardavvikelse för hela skalan (Minimivärde = 8, Maximivärde = 32), för samtliga flickor. Medelvärdet för hela testet var 14.04 med en standardavvikelse på 4.34.

Tabell 6

Medelvärde och standardavvikelse för flickor för respektive item i RiBED-8 samt totalsumma

Item	Flickor		
	M	SD	N
3. Bantar...?	1.57	.84	84
4. Dåligt samvete när äter godis...?	2.29	1.09	84
5. Kräks för att göra av med mat...?	1.13	.49	83
11. Nöjd med matvanor...?	2.78	.90	82
12. Nödvändigt att hålla strikt diet...?	2.10	.86	81
13. Rädd att inte kunna sluta äta när börjat...?	1.67	.81	81
14. Önskan att gå ner i vikt som tagit överhanden...?	1.73	.91	81
15. Obehagligt att äta med andra...?	1.51	.77	82
Summa RiBED-8	14.04	4.34	72

Tabell 7 visar flickornas svarsfrekvens på samtliga item i RiBED-8. Bland annat visar tabellen att 15.5 % av flickorna rapporterade att de ofta eller mycket ofta bantar, att 29.6 % av flickorna ofta eller mycket ofta känner att det är nödvändigt att hålla strikt diet eller att kontrollera ätandet på annat sätt och att 18.5 % av flickorna ofta eller mycket ofta upplever att de har en önskan om att gå ner i vikt som helt tagit överhanden. Tabellen visar även att 8.4 % av flickorna kräcks för att göra sig av med mat som de ätit.

Tabell 7

Flickors svarsfrekvenser på samtliga item i RiBED-8, samt frekvens av flickorna som rapporterat svar innebärande riskbeteende (över cut-off-punkterna)

Item	Förekommer					Totalt N
	Aldrig	Sällan	Ofta	Mycket		
	n (%)	n (%)	n (%)	Ofta n (%)	Risk n (%)	
3. Bantar...?	52 (61.9)	19 (22.6)	10 (11.9)	3 (3.6)	13 ^a (15.5)	84
4. Dåligt samvete när äter godis...?	24 (28.6)	29 (34.5)	14 (16.7)	17 (20.2)	31 ^a (36.9)	84
5. Kräks för att göra av med mat...?	76 (91.6)	4 (4.8)	2 (2.4)	1 (1.2)	7 ^b (8.4)	83
11. Nöjd med matvanor...?	9 (10.9)	17 (20.7)	39 (47.6)	17 (20.7)	26 ^c (31.6)	82
12. Nödvändigt att hålla strikt diet...?	21 (25.9)	36 (44.4)	19 (23.5)	5 (6.2)	24 ^a (29.6)	81
13. Rädd att inte kunna sluta äta när börjat...?	42 (51.9)	26 (32.1)	11 (13.6)	2 (2.5)	13 ^a (16.0)	81
14. Önskan att gå ner i vikt som tagit överhanden...?	42 (51.9)	24 (29.6)	10 (12.3)	5 (6.2)	15 ^a (18.5)	81
15. Obekvämligt att äta med andra...?	53 (63.9)	20 (24.1)	8 (9.6)	2 (2.4)	10 ^a (12.0)	83

^aOfta eller mycket ofta. ^bSällan, ofta eller mycket ofta. ^cAldrig eller sällan.

För att undersöka hur många av flickorna som tillhörde riskgruppen för att utveckla ätstörningar undersökte vi, i enlighet med Waadegaards et al. (2003) studie, hur många flickor som rapporterade minst tre riskbeteenden över cut-off-punkten mellan 2 och 3, exklusive item 3 (Kräks för att göra av med mat...?), där rapporterade svar över cut-off-punkten mellan 1 och 2 medräknas. Till riskgruppen hörde 22.2 % av flickorna (16 stycken).

Korrelationer mellan självskadebeteende och riskbeteende för ätstörningar hos flickorna

Eftersom RiBED-8 enbart har kunnat valideras för flickors riskbeteende för ätstörningar har vi endast tittat på korrelationer mellan flickornas självskadebeteende och deras riskbeteende för ätstörningar. Beteendena är inte normalfördelade och därför använde vi oss av Spearmans korrelationsanalys som baseras på jämförelse mellan flickornas rangordning (på ordinalskala) för respektive formulär. Det fanns en signifikant korrelation mellan rapporterade svar på RiBED-8 och rapporterade svar på DSHI-9 ($r_s = .476, p < .01$).

Intervention med expressivt skrivande

Interventionseffekter har undersökts med Tvåvägs ANOVA med upprepad mätning: Tid (2: Före respektive Efter) som inomgruppsvariabel och Skrivbetingelse (2: Expressivt skrivande respektive Neutralt skrivande eller Inget skrivande alls) som mellangruppsvariabel. Tre olika effekter har signifikansprövats. Huvudeffekt av Tid gäller skillnad i självskadebeteende för samtliga ungdomar (både experiment- och kontrollgrupp) eller skillnad i riskbeteende för ätstörningar hos flickor (både experiment- och kontrollgrupp) mellan för- och eftermätning. Huvudeffekt av Skrivbetingelse gäller skillnaden i självskadebeteende respektive riskbeteende för ätstörningar mellan experimentgrupp och kontrollgrupp vid båda tillfällena sammanräknade. Interaktionseffekten mellan Tid och Skrivbetingelse gäller skillnaden i hur experiment- respektive kontrollgrupp förändras från för- till eftermätning.

För att göra resultatavsnittet om interventionseffekter mer överskådligt har vi valt att först presentera resultatet för självskadebeteende från den kvasiexperimentella Studie 1 och därefter presentera resultatet från den experimentella Studie 2. I Studie 1 har vi gjort separata analyser för flickor respektive pojkar. Detta har inte gjorts i Studie 2 på grund av ett för lågt antal deltagare vid uppdelning på kön. Vad gäller riskbeteende för ätstörningar har vi valt att enbart titta på interventionseffekter i Studie 1, eftersom N-talet för Studie 2 blir litet, då enbart flickor medräknas (N=21).

Studie 1, självskadebeteende med könen sammanslagna. Tabell 8 visar medelvärde och standardavvikelse vid för- och eftermätning av DSHI-9 uppdelat på experiment- och kontrollgrupp. Som tabellen visar rapporterade ungdomarna i kontrollgruppen mindre självskadebeteende vid eftermätning än vid förmätning medan ungdomarna i experimentgruppen rapporterade mer självskadebeteende vid eftermätning.

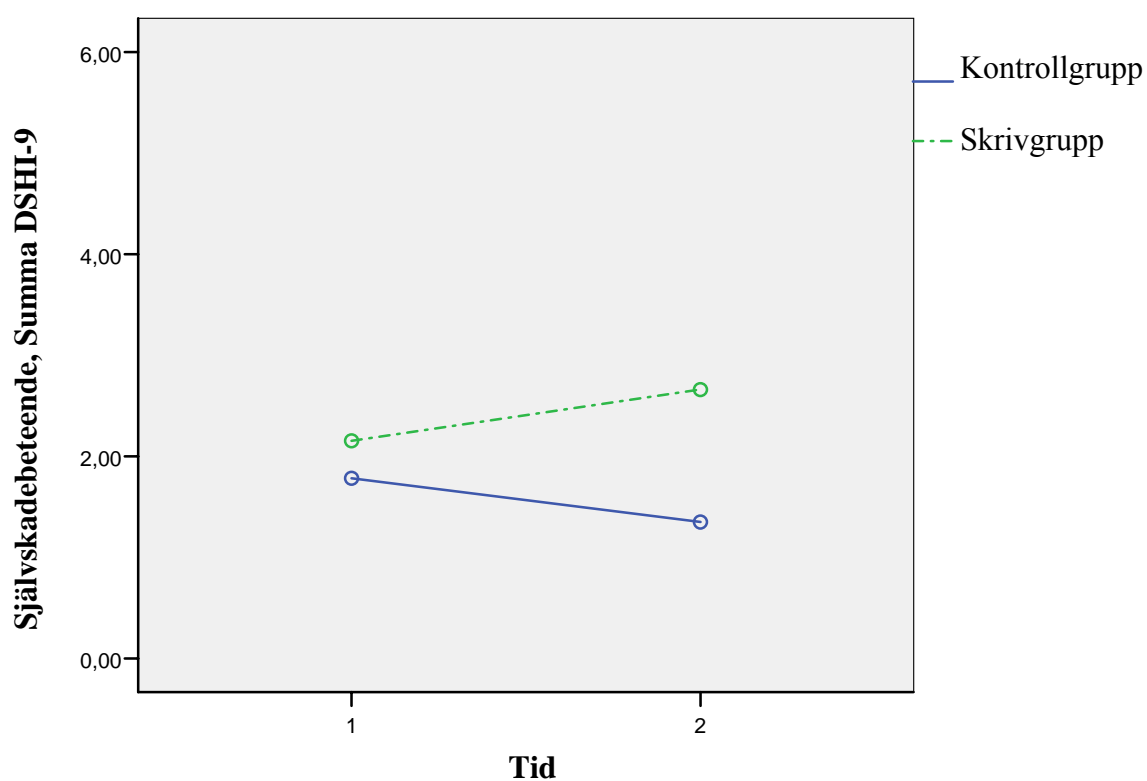
Tabell 8

Medelvärde och standardavvikelse för summa DSHI-9 för båda könen vid för- och eftermätning uppdelat på experiment- och kontrollgrupp i Studie 1

	<u>Förmätning</u>		<u>Eftermätning</u>	
	M	SD	M	SD
Experimentgrupp	2.15	4.82	2.66	5.83
Kontrollgrupp	1.78	3.20	1.35	3.15
Totalt	1.96	4.07	2.00	4.70

Vid tvåvägs variansanalys framkom en signifikant interaktionseffekt mellan Tid och Skrivbetingelse ($F[1,117] = 3.991, p = .048$) vilken illustreras i Figur 2.

Inga signifikanta huvudeffekter sågs vad gäller Tid ($F[1,117] < 1$, n.s) och Skrivbetingelse ($F[1,117] = 1.191$, $p = .277$). Således fanns ingen signifikant övergripande skillnad mellan ungdomarna vid för- och eftermätning. Ingen signifikant övergripande skillnad framkom heller mellan kontroll- och experimentgruppens svar. Däremot fanns en signifikant skillnad vad gäller hur de två grupperna förändrades över tid, som gick i motsatt riktning mot den förväntade.



Figur 2. Medelvärde för summa DSHI-9 för samtliga i Studie 1 vid förmätning och eftermätning uppdelat på kontroll- och experimentgrupp.

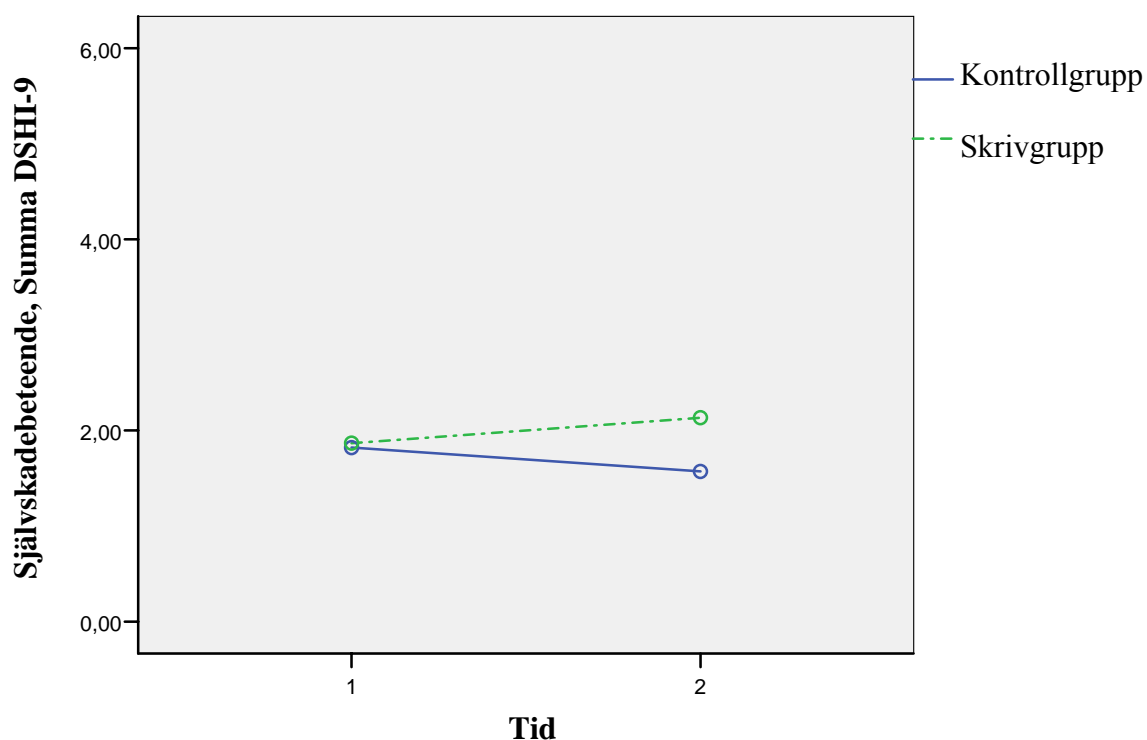
Studie 1, självskadebeteende hos flickorna. I variansanalysen av självskadebeteende för flickorna i Studie 1 ingick 28 flickor i kontrollgruppen och 30 flickor i experimentgruppen. Tabell 9 visar medelvärde och standardavvikelse för flickorna vid för- och eftermätning av DSHI-9 uppdelat på experiment- och kontrollgrupp. Resultaten illustreras också i Figur 3.

Tabell 9

Medelvärde och standardavvikelse för summa DSHI-9 för flickor vid för- och eftermätning uppdelat på experiment- och kontrollgrupp i Studie 1

	Förmätning		Eftermätning	
	M	SD	M	SD
Experimentgrupp	1.87	3.38	2.13	3.88
Kontrollgrupp	1.82	3.10	1.57	3.37
Totalt	1.84	3.22	1.86	3.62

Vid tvåvägs variansanalys framkom ingen signifikant interaktionseffekt mellan Tid och Skrivbetingelse ($F[1,56] < 1$, n.s). Inga signifikanta huvudeffekter sågs heller vad gäller Tid ($F[1,56] < 1$, n.s) och Skrivbetingelse ($F[1,56] < 1$, n.s).



Figur 3. Medelvärde för summa DSHI-9 för flickor i Studie 1 vid förmätning och eftermätning uppdelat på kontroll- och experimentgrupp.

Studie 1, självskaдебeteende hos pojkarna. I variansanalysen av självskaдебeteende för pojkarna i Studie 1 ingick 32 pojkar i kontrollgruppen och 29 pojkar i experimentgruppen.

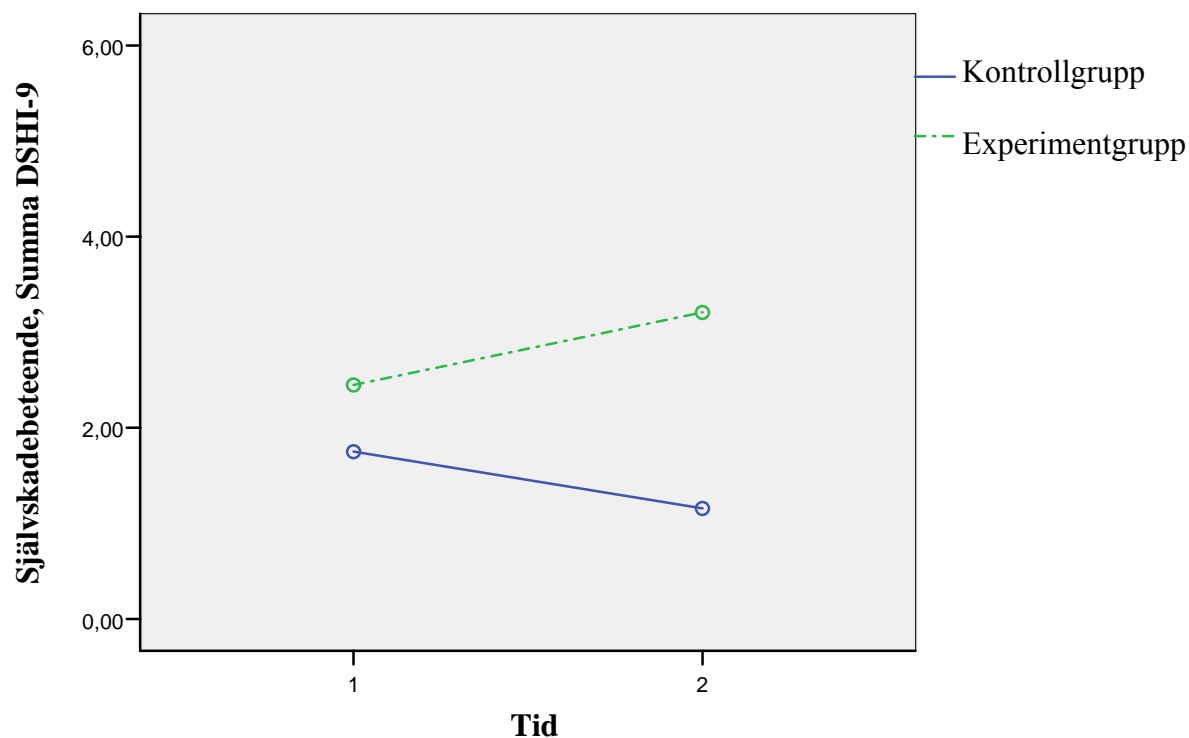
Tabell 10 visar medelvärde och standardavvikelse för pojkar vid för- och eftermätning av DSHI-9 uppdelat på experiment- och kontrollgrupp. Som tabellen visar rapporterade pojkarna i kontrollgruppen mindre självskadebeteende vid eftermätning än vid förmätning medan pojkarna i experimentgruppen rapporterade mer självskadebeteende vid eftermätningen.

Tabell 10

Medelvärde och standardavvikelse för summa DSHI-9 för pojkar vid för- och eftermätning uppdelat på experiment- och kontrollgrupp i Studie 1

	<u>Förmätning</u>		<u>Eftermätning</u>	
	M	SD	M	SD
Experimentgrupp	2.45	6.00	3.21	7.36
Kontrollgrupp	1.75	3.34	1.16	2.99
Totalt	2.08	4.77	2.13	5.57

Vid tvåvägs variansanalys framkom en signifikant interaktionseffekt mellan Tid och Skrivbetingelse ($F[1,59] = 4.547, p = .037$), vilken illustreras i Figur 4. Således fanns en signifikant skillnad vad gäller förändringen i de två gruppernas svar över tid, som gick i motsatt riktning mot den förväntade. Inga signifikanta huvudeffekter sågs vad gäller Tid ($F[1,59] < 1, n.s$) och Skrivbetingelse ($F[1,59] = 1.142, p = .290$).



Figur 4. Medelvärde för summa DSHI-9 för pojkar i Studie 1 vid förmätning och eftermätning uppdelat på kontroll- och experimentgrupp.

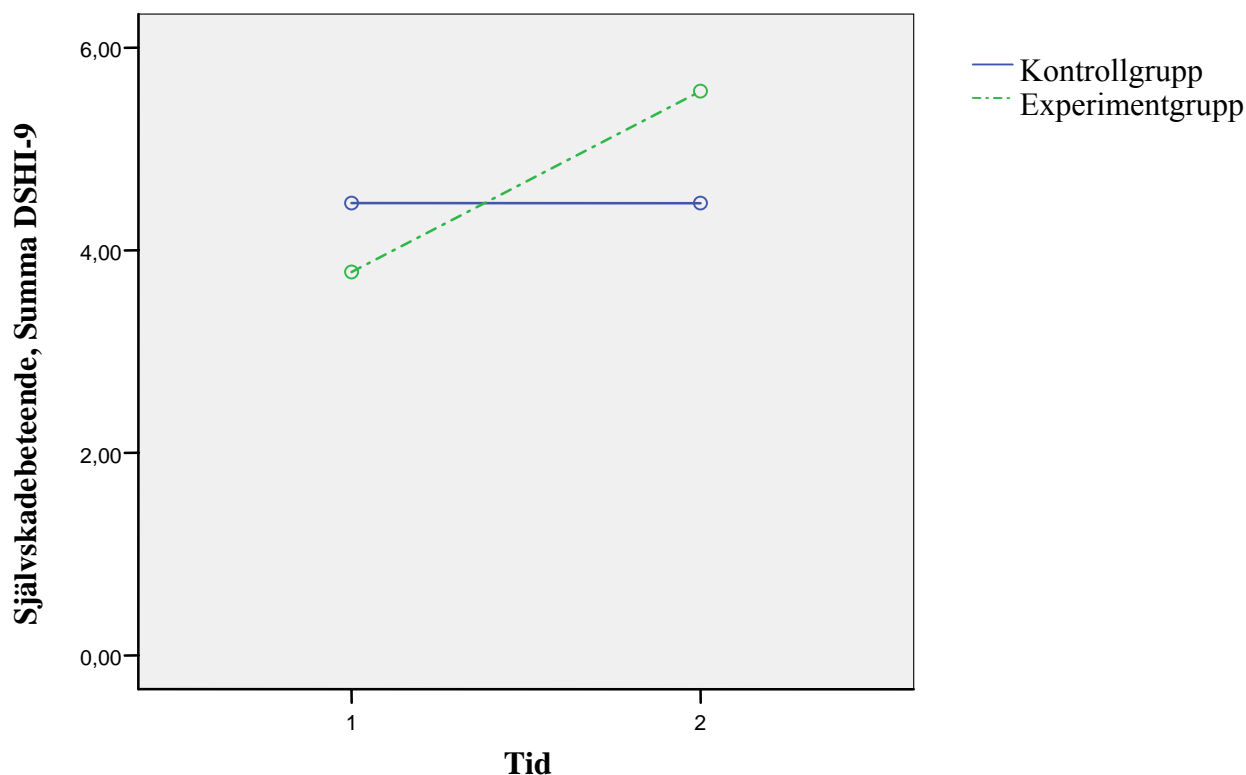
Studie 2, självskadebeteende med könen sammanslagna. Tabell 11 visar medelvärde och standardavvikelse vid för- och eftermätning av DSHI-9 uppdelat på experiment- och kontrollgrupp i Studie 2. Som tabellen visar rapporterade ungdomarna i kontrollgruppen lika mycket självskadebeteende vid eftermätning som vid förmätning medan ungdomarna i experimentgruppen rapporterade mer självskadebeteende efter interventionen. Vid tvåvägs variansanalys framkom dock ingen signifikant interaktionseffekt mellan Tid och Skrivbetingelse ($F[1,27] < 1$, n.s). Resultaten illustreras i Figur 5.

Tabell 11

Medelvärde och standardavvikelse för summa DSHI-9 vid för- och eftermätning uppdelat på experiment- och kontrollgrupp i Studie 2

	Förmätning		Eftermätning	
	M	SD	M	SD
Experimentgrupp	3.79	6.48	5.57	9.26
Kontrollgrupp	4.47	5.97	4.47	6.45
Totalt	4.14	6.12	5.00	7.81

Inga signifikanta huvudeffekter sågs heller vad gäller Tid ($F[1,27] < 1$, n.s) eller Skrivbetingelse ($F[1,27] < 1$, n.s). Således fanns ingen signifikant övergripande skillnad mellan ungdomarna vid för- och eftermätning. Ingen signifikant övergripande skillnad sågs heller mellan kontroll- och experimentgruppens svar eller vad gäller de båda gruppernas olika förändring över tid. En scatterplott av resultaten indikerar att experimentgruppens högre medelvärde vid eftermätningen framförallt orsakades av en individs stora ökning av rapporterade självskadebeteende.



Figur 5. Medelvärde för summa DSHI-9 för samtliga i Studie 2 vid förmätning och eftermätning uppdelat på kontroll- och experimentgrupp

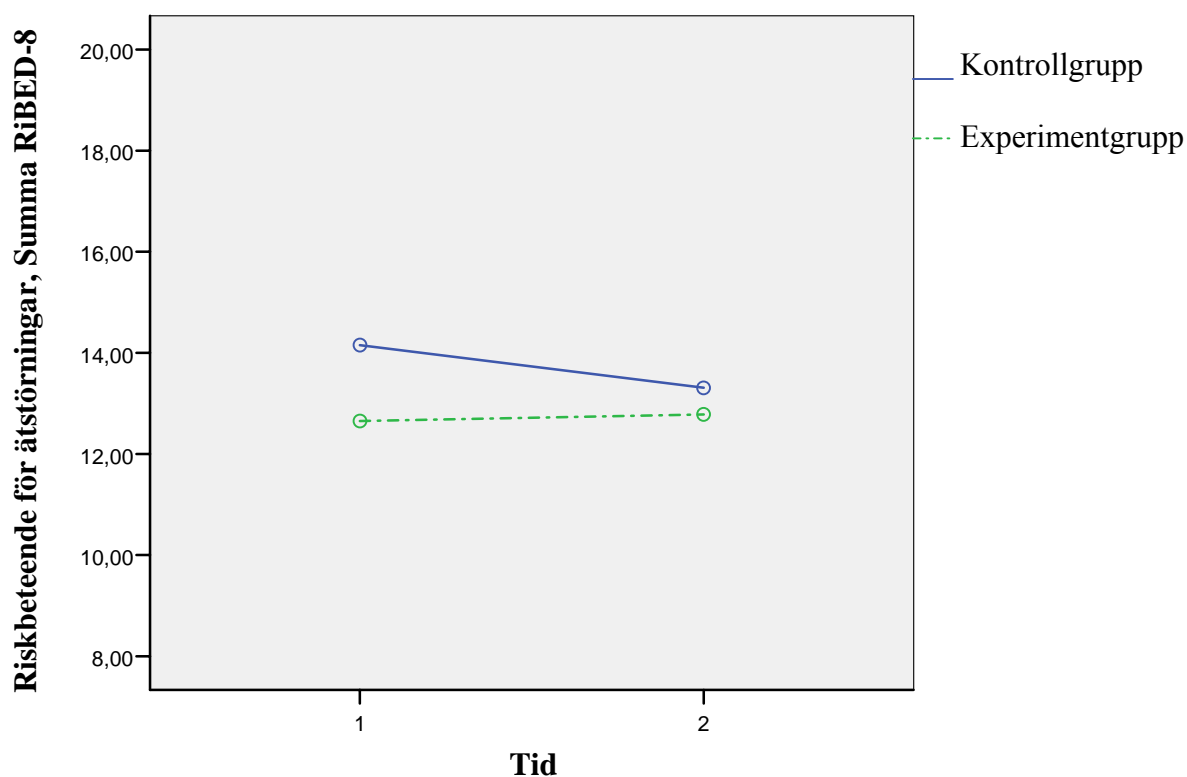
Studie 1, riskbeteende för ätstörningar hos flickorna. I variansanalys av riskbeteende för ätstörningar för flickorna i Studie 1 ingick 26 flickor i kontrollgruppen och 23 flickor i experimentgruppen. Tabell 12 visar medelvärde och standardavvikelse vid för- och eftermätning av RiBED-8 uppdelat på experiment- och kontrollgrupp. Resultaten presenteras också i Figur 6.

Tabell 12

Medelvärde och standardavvikelse för summa RiBED-8 för flickor vid för- och eftermätning uppdelat på experiment- och kontrollgrupp i Studie 1

	Förmätning		Eftermätning	
	M	SD	M	SD
Experimentgrupp	12.65	4.04	12.78	4.00
Kontrollgrupp	14.15	4.28	13.30	4.68
Totalt	13.45	4.19	13.06	4.34

Vid tvåvägs variansanalys framkom ingen signifikant interaktionseffekt mellan Tid och Skrivbetingelse ($F[1,47] = 2.279, p = .138$). Inga signifikanta huvudeffekter framkom heller vad gäller Tid ($F[1,47] = 1.224, p = .274$) och Skrivbetingelse ($F[1,47] < 1, n.s$).



Figur 6. Medelvärde för summa RiBED-8 för flickorna i Studie 1 vid förmätning och eftermätning uppdelat på kontroll- och experimentgrupp

DISKUSSION

Hur hög är förekomsten, och hur ser könsskillnaderna ut, avseende självskadebeteende hos högstadieungdomar idag?

Resultatet av analyserna av summa DSHI-9 pekar på att självskadebeteende är mycket vanligt förekommande hos ungdomarna i studierna. Av eleverna i årskurserna sju och åtta, svarade 40.2 % att de ägnat sig åt någon form av självskadande beteende åtminstone en gång. Av flickorna angav 47.6 % att de vid åtminstone ett tillfälle ägnat sig åt något självskadebeteendena, medan siffran var 33.3 % för pojkarna, vilket innebar en tendens till att fler flickor skadade sig ($p = .055$). Någon könsskillnad har dock inte påvisats i den tidigare genomförda studien av självskadebeteende baserad på DSHI-s (Lundh et al., 2007). Vad som skiljer dessa studier åt, är att ungdomarna i Lundhs et al. (2007) studie i genomsnitt var ett år äldre än ungdomarna i föreliggande studie. Detta skulle möjligtvis kunna förklara tendensen till att flickorna i våra studier var mer självskadande än pojkarna. Flickor i 14-årsåldern

befinner sig genomsnittligt i en senare utvecklingsfas än pojkarna och är mer involverade i att lösa de nya utvecklingsutmaningar som inträder i tonåren (Ruuska et al., 2005). Detta skulle för vissa flickor kunna innebära ett tidigare behov av att finna metoder för att hantera de nya utvecklingsutmaningarna. Denna skillnad skulle dock suddas ut längre fram i åldrarna, då även pojkarna börjar ta sig an de nya utvecklingsutmaningarna.

I föreliggande studier rapporterade flickorna signifikant högre frekvenser på två item: Det var vanligare att flickor svarade att de avsiktligt bitit sig själva så hårt att det gått hål på huden (9.5 % jämfört med 1.1% för pojkar). Det var också fler flickor som angav att de avsiktligt förhindrat sår från att läka, 20.2% jämfört med 8.9% av pojkarna. Dessutom fanns en tendens till att fler flickor (14.3 %) än pojkar (5.6 %) svarade att de skar sig. Lundh et al. (2007) redovisade signifikanta könsskillnader med avseende på att skära sig. Om man jämför svarsfrekvensen för flickor och pojkar tillsammans vad gäller att skära sig, ser man att frekvensen ökat till det dubbla i Lundhs et al. (2007) studie och att det är flickorna som står för den stora ökningen under tidsperioden mellan årskurserna åtta och nio.

Föreliggande studie bekräftar dock även tidigare resultat (Gratz, 2001; Lundh, 2007) kring att det egentligen inte finns några signifikanta övergripande könsskillnader med avseende på förekomsten av självskaðebeteende. Att tidigare studier (t ex Hawton et al., 2002, De Leo & Heller, 2004, Ross & Heath, 2002, Ystgaard et al., 2003) uppmätt signifikanta könsskillnader, kan förklaras av att dessa studier hade uppenbara brister när det gällde hur specifikt och sensitivt de mätte DSH. Däremot har studier som mäter flera olika typer av självskaðebeteende kunnat påvisa flera signifikanta könsskillnader med avseende på typ av självskaðande beteende. Det är viktigt att vidare studera orsaken till könsskillnaderna vad gäller typ av självskaðebeteende; vad står dessa för? Kan det vara så att olika självskaðebeteenden fyller olika funktioner?

Den rådande uppfattningen i samhället är att flickor skadar sig mer, till exempel heter Socialstyrelsens rapport (2004): Vad vet vi om flickor som skär sig? Både våra och andra studier har dock påvisat att självskaðebeteende är lika utbrett bland pojkar, även om könsskillnad kan finnas med avseende på typ av beteende. Vi anser därför att större medvetenhet för pojkars problematik är viktigt, för att också kunna synliggöra och fånga upp pojkar som är i riskzonen för en destruktiv utveckling.

Varför är då förekomsten av självskaðebeteende så hög när man använder sig av DSHI (Gratz, 2001), DSHI-s (Lundh, 2007) och DSHI-9 (föreliggande studie) jämfört med exempelvis de i CASE ingående studierna som alla uppmätt en förekomst på mellan 7 och 11 %? En trolig anledning till detta är att man i samtliga versioner av DSHI frågar efter ett större

antal självskadande beteenden. På så sätt kan fler minnen av olika typer av självskadande beteende aktiveras, jämfört med om man använder enbart en fråga (Lundh et al., 2007). Jämför man förekomsten av ett enskilt item, exempelvis att skära sig, är likheterna mellan studierna stora, vilket talar för att de högre siffrorna kommer av att man specifikt frågar efter många olika beteenden och på så sätt aktiverar hågkomsten av flera olika episoder av självskadande. De Leo och Heller (2004) frågar exempelvis uttryckligen efter enbart två självskadande beteenden: att överdosera och att skära sig.

Förekomsten av DSH är i våra studier något högre jämfört med det resultat som Gratz (2001) rapporterade. Detta trots att man kan anta att Gratzs (2001) sample var snedfördelat på grund av förfaringssättet vid rekryteringen av deltagare. När man ser de sammantagna resultaten av Lundhs et al. (2007), och föreliggande studie, skulle en rimlig slutsats vara att självskadebeteende har ökat drastiskt under det senaste decenniet. Vi kan dock inte säkert uttala oss om detta, på grund av att urvalsförfarandet inte kan sägas vara representativa för samhället i stort. Gratz (2001) studie genomfördes flera år tidigare och deltagarna var i genomsnitt nio år äldre. Med tanke på att det gått ganska många år sedan Gratz (2001) utförde sin studie, finns det anledning att anta att självskadande beteende har blivit alltmer normaliserat inom vissa ungdomskulturer idag jämfört med för ett årtionde sedan. Många av dem som idag ägnar sig åt självskadande beteenden, gör det mer som ett uttryck för den ungdomskultur de är del av och på grund av den priming de utsätts för, exempelvis via media. I dessa fall har det självskadande beteendet troligtvis inga allvarigare konsekvenser, utan skulle kunna ses som ett experimenterande kring att öka sin förmåga till emotionsreglering. Det är dock viktigt att i framtida studier fortsätta fråga sig vad självskadandet står för ur ett kulturellt perspektiv. Precis som Skårderud (1999) framhåller är det viktigt att inte patologisera ett fenomen enbart på grund av att vi inte förstår det. För de flesta kan vi anta att DSH är ett tillfälligt beteende, men i de fall där ungdomen inte hittar fram till mer adaptiva sätt att hantera emotioner, kan enstaka DSH-beteenden vara en inkörsport till en mer allvarlig problematik.

När vi jämför med Gratz (2001), är det viktigt att komma ihåg att denna studie enbart innefattade unga vuxna. Man kan anta att DSH i denna grupp inte på samma sätt är ett uttryck för någon kultur- eller grupptillhörighet. De som fortsätter att skada sig själva även som vuxna torde tillhöra en klinisk grupp med allvarigare diagnoser, än de som gör det som ett uttryck för en rådande ungdomskultur. Hos vuxna kvinnor förekommer självskadebeteende vanligtvis åtföljt av en allvarlig psykisk störning (Socialstyrelsen, 2004).

Samtidigt som man kan hävda att en stor del av de ungdomar som använder sig av DSH

under högstadieåren gör det under en övergående fas, visar föreliggande studie att så många som 5.4 % vid minst ett tillfälle skadat sig själva så allvarligt att det krävt sjukhusvård eller annan medicinsk behandling. Motsvarande siffra för 15-åringar var enligt Lundhs et al. (2007) studie 5.7 %. Av ungdomarna föll 7.8 % ut i kategorin upprepat självskaadebeteende, det vill säga att de ägnat sig åt de i formuläret efterfrågade självskaadebeteendena åtminstone 10 gånger. Det fanns ingen statistiskt signifikant könsskillnad avseende upprepat självskaadebeteende. Av 15-åringarna i Lundh et al. (2007) angav 13.8 % att de ägnat sig åt något självskaade beteende många gånger, vilket dock inte är jämförbart med vår studie då upprepat självskaadebeteende definierats olika i studierna ifråga. Att skillnaden i förekomst av DSH som lett till sjukhusvård synes vara så liten mellan 14- och 15-åringar, tyder på att tidpunkten för när dessa beteenden har sin debut ligger ännu längre ner i åldrarna. Den allvarligare form av självskaadebeteende som detta är uttryck för, utgör en allvarlig risk för en destruktiv utveckling med omfattande psykiatrisk problematik (Cooper et al., 2005). Skulle skillnaden i förekomst av DSH i våra studier i jämförelse med Lundhs et al. studie (65.9 %), en skillnad på 25.7 procentenheter, till större delen kunna tillskrivas en ökning i DSH med relativt god prognos? Mer sannolikt är att skillnaden mellan studierna kan tillskrivas att Lundh et al. (2007) har fler item och därmed frågar efter fler typer av beteenden. De item som uteslutits ur DSHI-9 utgör 15.5 procentenheter av den totala förekomsten i Lundhs et al. (2007) studie. Den verkliga ökningen skulle då endast vara någonstans runt 10 procentenheter. Således skulle man kunna urskilja en viss ökning av DSH mellan 14 och 15 års ålder, men ökningen är inte så pass markant att vi kan uttala oss om att det är under denna åldersperiod som självskaadebeteenden bryter ut.

Eftersom så stor andel som 7.8 % av ungdomarna i våra studier har ett upprepat självskaadebeteende, går det inte att överbetona vikten av att prioritera preventiva åtgärder för att förhindra att unga människor fastnar i ett så destruktivt beteendemönster. Förebyggande insatser och tidig upptäckt är önskvärt, samtidigt som kunskapen om evidensbaserade behandlingar för ungdomar är mycket begränsad. Att ungdomar har medvetna vuxna omkring sig som är tillgängliga för stöd och samtal är viktigt. För de ungdomar som i stor utsträckning använder sig av DSH för att handskas med sitt känsloliv är det avgörande att någon upptäcker, diagnostiserar och behandlar så gott det går med den kunskap som i dagsläget finns tillgänglig. Vikten av tidiga insatser blir tydliga eftersom upprepat självskaadebeteende ökar risken för att ungdomen fastnar i sitt beteende, eftersom upplevelsen oftast är att beteendet har en god känsloreglerande effekt, och således kan utgöra ett behandlingshinder (Socialstyrelsen, 2004). Vår uppfattning är, till skillnad från Favazzas (1996), att upprepat självskaadebeteende

inte bör utgöra ett självständigt syndrom, utan snarare kan fungera som en indikator på en underliggande problematik som ungdomen behöver hjälp att komma tillrätta med. Den underliggande problematiken kan se mycket olika ut, och kan således behöva olika insatser. Vi anser därför att benämning av självskadebeteende som ett eget psykiatriskt syndrom skulle kunna vara till mer skada än nytta.

En begränsning som bör nämnas är att denna studie har färre frågor jämfört med Gratzs (2001) och Lundhs et al. (2007) studier, och därmed har en mindre informationsmängd. En anledning till att formuläret i flera omgångar omarbetats, var att det var viktigt att ta hänsyn till deltagarnas unga ålder, bland annat för att påverka, genom priming av nya idéer till självskadande beteende, skulle vara så liten som möjligt.

Av de 198 elever som innefattades av studierna, var 24 frånvarande vid förmätningen. Det finns ingen rimlig anledning att anta att dessa individers närvaro skulle ha minskat den uppmätta förekomsten av självskadebeteende. Kritik som kan vändas mot föreliggande studier är att medverkande skolor inte är slumpmässigt utvalda. De skolor som varit intresserade av att delta, kan mycket väl ha varit det på grund av att de haft stora problem med självskadebeteende.

En begränsning med föreliggande undersökning är även att den helt förlitar sig på data från självskattningsformulär. Det kan finnas risk för att ungdomarna tenderar att svara ja, genom att de tolkar frågorna på ett sätt att även beteenden som inte kan kategoriseras som DSH, ligger till grund för ja-svaren. En amerikansk studie (Garrison & McKeown, 1993, i Socialstyrelsen, 2004) kompletterade sina frågeformulär med strukturerade intervjuer utförda av psykiatrer, varpå förekomsten av självskadebeteende sjönk markant jämfört med data från enbart enkäterna. En bättre design hade därför varit att komplettera frågeformuläret med andra undersökningsmetoder, exempelvis djupintervjuer.

Hur hög är förekomsten av riskbeteende för utveckling av ätstörningar hos flickor i högstadiet?

Vid analyser av flickornas rapporterade svar på RiBED-8 framkom att 22.2 % av flickorna rapporterat minst tre riskbeteende över tillhörande cut-off-punkt. I enlighet med Waadegaards et al. (2003) studie tillhörde således 22.2 % av flickorna riskgruppen för att utveckla ätstörningar. Detta var en något lägre siffra än de 27.0 % som tillhörde riskgruppen i Waadegaards et al. undersökning. Enligt data från Waadegaards et al. studie innebar att tillhöra riskgruppen en 5.6 gånger högre relativ risk för att utveckla ätstörningarna AN, BN eller Ät-UNS, diagnostiserade enligt DSM IV, under en period på 2.75 år. Om dessa

beräkningar används skulle 23.5%, det vill säga cirka 4 av de 16 flickor som tillhörde riskgruppen, utveckla en ätstörning (AN, BN eller Ät-UNS) inom 2.75 år. Detta kan jämföras med att 4.2 % av flickorna som inte tillhör riskgruppen för ätstörningar, enligt Waaddegaard et al. (2003), skulle utveckla en ätstörning inom 2.75 år, vilket i våra studier skulle innebära cirka två flickor.

Att färre flickor tillhör riskgruppen i våra studier, i jämförelse med Waaddegaards et al. (2003), kan bero på att medelåldern i våra studier var lägre; 14 år jämfört med 17.2 år. I enkätundersökningen Skolbarns hälsovanor (Danielsson, 1998), beskriven i Folkhälsoinstitutet rapport (1999), framkom just att flickors negativa syn på sina kroppar ökar med åldern. Andelen flickor som bantar blir till exempel fler i årskurs nio jämfört med i årskurs sju.

Att flickor vid en yngre ålder uppvisar färre riskbeteende kan spekuleras bero på att påfrestningarna vid inträde i puberteten ännu inte gett fullt uttryck. Å andra sidan skulle man även kunna tänka sig att yngre tonåringar än mer kan vara stressade av de utvecklingsutmaningar som tonåringar, enligt Ruuska et al. (2005), tvingas möta rörande identitet, sexualitet och kroppsbild. Flickorna i våra studier har relativt nyligen inträtt en ny utvecklingsfas med stora förändringar både inom det sociala området, exempelvis att börja högstadiet, och inom det psykologiska och kroppsliga området som inträde i puberteten innebär. Detta skulle även kunna innebära att fler flickorna uppvisade riskbeteende, vilket resultaten i våra studier dock inte påvisar.

Det är inte heller säkert att yngre tonårsflickors riskbeteenden innebär samma risk för att utveckla ätstörningar på ett sätt som för äldre tonårsflickor. Å ena sidan kan man tänka sig att yngre tonårsflickor är i en mer övergående fas, med en större allmän osäkerhet kring den egna kroppsbilden, där ett riskbeteende inte nödvändigtvis skulle behöva innebära lika stor risk. Å andra sidan skulle riskbeteenden i en yngre ålder också kunna innebära en än allvarligare indikation och risk för framtida problemutveckling.

Det är svårt att egentligen göra några exakta prediceringar, som ovan, kring hur många av flickorna i våra studier som kommer att utveckla ätstörningar vid jämförelse med Waaddegaards et al. undersökning. Orsakerna till detta är bland annat följande. För det första, var medelåldern som nämnts lägre i våra studier, vilket enligt resonemanget kan ha betydelse. För det andra behöver ytterligare valideringsstudier på RiBED-8 göras, exempelvis med olika åldersgrupper, för att kartlägga testets användningsområde på olika grupper. För det tredje ingår relativt få flickor i våra studier, vilka inte, på grund av urvalsförfarandet, kan sägas vara

representativa för samhället i stort, och således inte heller helt jämförbara med Waadegaards et al. (2003) undersökning.

RiBED-8 har konstruerats på ett sätt som gör att både personer med symtom på mindre svåra ätstörningsbeteenden samt individer med kliniskt diagnostiserade ätstörningar identifieras och inkluderas i riskgruppen (Waadegaard et al., 2003). Eftersom riskbeteende för ätstörningar innebär olika grad av problem, och kan anses vara ett fenomen beläget på en gråskala mellan kliniskt diagnostiserad ätstörning och icke-störda beteenden, är det acceptabelt att instrumentet har något sämre precision än instrument som ska identifiera kliniskt diagnostiserade ätstörningar (Waadegaard et al., 2003). Således kommer riskgruppen för ätstörningar även att inkludera individer som på skalan befinner sig mer åt normalhållt än åt ätstörningshållt. Det är dock tydligt att en relativt stor andel av flickorna i våra studier tillhör riskgruppen. Om ovan nämnda prediceringar, uträknade enligt Waadegaard et al. (2003), skulle hålla i sig skulle andelen flickor som utvecklar ätstörningar inom tre år vara 8.3 %. Detta är en betydligt högre frekvens av ätstörningar än de 3.15 % som Ghaderi (2001) fann i sin svenska prevalensstudie, vilket är en allvarlig indikation på att många flickor i studierna är upptagna av dysfunktionella beteenden och tankar kring mat och kropp. Om resultatet i vår undersökning skulle vara representativt för samhället i stort skulle det innebära en allvarlig indikation på att många unga tonårsflickor är på väg in i dysfunktionella matbeteenden, som kan leda till en så allvarlig psykiatrisk problematik som ätstörningar. Att problematiken ökat de senaste årtiondena konstaterar Rojo et al. (2003), som menar att ätstörningsproblematik sedan 1980-talet ökat och nästan tagit epidemiska former i det västerländska samhället. Resultatet skulle även stämma med Rojos et al. (2003) konstaterande att ätstörningar är en av de vanligaste psykiatriska sjukdomarna hos flickor och kvinnor idag. Detta är mycket allvarligt med tanke på Stice och Shaws (2004) konstaterande att ätstörningssjukdomar ofta är förknippade med kronicitet och stor återfallsrisk samt ökad risk för utveckling av annan psykiatrisk problematik, som depression, ångestsjukdomar, drogproblem, självskadebeteende samt suicidalitet. På grund av undersökningens begränsade generaliserbarhet (se under *design* i metod) är det som sagt svårt att uttala sig om huruvida andelen flickor i riskgruppen för ätstörningar i våra studier är representerbart för samhället i stort.

Bortfallet vad gäller summa RiBED-8, var 28 av 100 flickor. Det finns ingen rimlig anledning att tro att dessa flickors frånvaro skulle ha reducerat andelen flickor i riskgruppen. Däremot skulle man kunna tänka sig att flickor med ätproblematik har en större tendens att hoppa över enstaka item, eftersom frågorna kan väcka jobbiga tankar och känslor. En

begränsad imputering, som vi tillämpade vid analysen av DSHI-9, hade därför kunnat öka förekomsten av flickor i riskgruppen.

Av flickorna i vår undersökning rapporterade 29.6 % att de ofta eller mycket ofta känner att det är nödvändigt att hålla strikt diet eller att kontrollera sitt ätande på andra sätt. Detta är en oroande och hög siffra med tanke på att ungdomarna är i en ålder då regelbunden och näringsrik kost är viktig för en sund utveckling. Vid beaktande av att 18.5 % av flickorna rapporterade att de ofta eller mycket ofta upplever att de har en önskan om att gå ner i vikt som helt har tagit överhanden blir uppgifterna än mer allvarliga. Av flickorna svarade dessutom 15.5 % att de bantade ofta eller mycket ofta. I Danielssons studie kring skolbarns hälsovanor (1998, i Folkhälsoinstitutets rapport, 1999) uppgav 6 % av flickorna i årskurs sju och 8 % av flickorna i årskurs nio rapporterade att de bantade vid undersökningstillfället.

Av flickorna rapporterade 8.4 % att de sällan, ofta eller mycket ofta kräks för att göra sig av med mat som de ätit, 3.6 % att de kräks ofta eller mycket ofta. Framkallande av kräkningar som ett kompensatoriskt beteende är ett av kriterierna för BN eller kan vara ett av kriterierna för Ät-UNS. Rapporten om framkallandet av kräkningar kan således vara en stark indikation på en redan existerande ätstörning hos dessa flickor.

Viktigt att poängtera är också att 68.3 % av flickorna rapporterade att de ofta eller mycket ofta är nöjda med sina matvanor. Drygt 30 % är således missnöjda med sina matvanor, vilket är fler flickor än de inkluderade i riskgruppen. När man sedan lägger till att 36.9 % av flickorna ofta eller mycket ofta får dåligt samvete när äter godis, och att 29.6 % känner att det ofta eller mycket ofta är nödvändigt att hålla strikt diet, funderar vi kring den centrala fokusering av negativa tankar och känslor kring mat och ätande bland unga flickor idag. Vad gör denna fokusering egentligen med de unga flickornas utveckling?

Eftersom 22.2 %, det vill säga relativt stor andel av flickorna i våra studier, befinner sig i riskgruppen för ätstörningar, anser vi det mycket viktigt att i framtida studier undersöka generaliserbarheten av resultatet för samhället i stort. Om resultatet står sig och riskbeteendegruppen i andra valideringsstudier visar sig kunna predicera att en så stor andel av flickorna i riskgruppen utvecklar ätstörningar inom tre år, menar vi att diskussion bör föras kring att erbjuda flickor, som genom screening hamnat i riskgruppen, en intervention/behandling. Denna åtgärd skulle ha som syfte att förhindra uppkomsten av en fullt utblommad ätstörning, vilket skulle vara kostnadseffektivt för samhället, men framförallt bespara många individer mycket lidande. Vi funderar även kring om intervention/behandling också bör ges mer generellt till samtliga flickor, då det säkerligen finns en stor grupp av

flickor som inte kan sägas ha en kliniskt utvecklad ätstörning, men där stor upptagenhet kring mat och ätande inverkar hämmande på deras utveckling.

Förekommer det något samband mellan självskadebeteende och riskbeteende för ätstörningsproblematik hos flickor i högstadieåldern?

I våra studier undersökte vi sambandet mellan riskbeteende för ätstörningar och självskadebeteende för flickor och fann då ett högst signifikant samband mellan rapporterade riskbeteende för ätstörningar och rapporterade självskadebeteende ($r_s = .476, p < .01$). Detta resultat stämmer väl överens med i inledningen genomgångna studier som funnit existerande samband mellan självskadebeteende och ätstörningar. Exempelvis såg Walsh och Rosen (1988, i Sansone & Levitt, 2002) att tonåringar med självskadebeteende hade en signifikant högre nivå av samtidig ätstörning jämfört med patienter utan självskadande beteende. Sansone och Levitt (2002) fann i en sammanställning att runt 25 % av patienterna med BN uppvisade självskadebeteende och motsvarande siffra för patienter med AN var runt 23 %. Resultatet från våra studier var således föga förvånande men ändå av intresse då vi inte tittade på ätstörningar per se utan på riskbeteenden för ätstörningar som, enligt Waadegaard et al. (2003), kan ses vara ett fenomen belägen på en gråskala mellan kliniskt diagnostiserad ätstörning och icke störda beteenden.

Av flickorna rapporterade 8.4 % att de sällan, ofta eller mycket ofta kräks för att göra sig av med mat som de ätit, 3.6 % att de kräks ofta eller mycket ofta, vilket kan ses vara en stark indikation på en redan existerande ätstörning hos dessa flickor. Av flickorna rapporterade 8.3 % att de ägnat sig åt självskadande beteenden åtminstone 10 gånger och 6.3 % att de medvetet skadat sig själva så pass allvarligt att det behövts medicinsk behandling, vilket är en stark indikation på ett mer allvarligt förekommande självskadebeteende. Eftersom det i upprepade studier, exempelvis Ruuskas et al (2005), framkommit att medvetet självskadebeteende framförallt förknippats med diagnosen BN, kan vi spekulera att det finns en samvariation mellan de flickor som rapporterat att de kräks och de som rapporterat att de ägnar sig åt mer allvarligt upprepat självskadebeteende. Fler analyser behöver dock göras för att påvisa en sådan samvariation.

Laufer och Laufer (1984, i Ruuska et al., 2005) hävdar att både självskadande beteende och ätstörningar hos ungdomar indikerar att ungdomen inte lyckats möta de i tonåren aktuella utvecklingsutmaningarna. Dessa negativa beteenden kan ses vara ett starkt avståndstagande från kroppen som upplevs som negativ och förvirrande, och enligt Ruuska et al. (2005) kan ätstörningsbeteende liknas vid självskadande beteende. Det finns många likheter mellan

nämnda problemområden, såtillvida att det är ungdomarnas kroppar som står i fokus för problemgestaltningen. Enligt Ruuska et al (2005), har olika studier (exempelvis Favaro, 1997) kommit fram till att bristande medvetenhet om känslor och kroppsliga sensationer och en tendens för impulsivt beteende ökar risken för både medvetet självskadebeteende och vissa typer av ätproblematik. Skårderud (1999) skriver om att självskadebeteende och ätstörningar ofta återfinns hos personer med svårighet att identifiera, verbalt uttrycka och reglera sina inre spänningar och affekter. Om de flickor som uppvisar självskadebeteende samt riskbeteende för ätstörningar, i våra studier, har en bristande medvetenhet om känslor och kroppsliga sensationer, samt svårighet att identifiera, verbalt uttrycka och reglera sina inre spänningar och affekter, vet vi inte. På grund av samvariationen mellan de två problemområdena skulle emellertid förekomsten av problem inom ett område kunna utgöra en riskfaktor för att utveckla problem inom det andra området. Det går dock inte att uttala sig om orsaksrelationer mellan de två problemområdena.

Intervention expressivt skrivande

Innan vi diskuterar interventionen utifrån effekter på dels självskadebeteende, dels riskbeteende för ätstörningar, gör vi nedan en kort diskussion kring de variabler som Frattaroli (2006) och Smyth (1998) sett har betydelse för de varierande effekterna av det expressiva skrivandet, och som kan ha påverkat resultatet i våra studier. För det första såg Frattaroli (2006) att studier där deltagarna skrev helt privat i enskilda rum uppvisade en statistiskt signifikant högre effektstorlek jämfört med studier där deltagarna skrev tillsammans med andra. I vår undersökning skrev ungdomarna i klassrum tillsammans med andra elever. Vissa ungdomar skrev i aula med en större spridning i rummet medan andra skrev i klassrum med mindre avskildhet. Detta kan ha påverkat resultatet i en negativ riktning, eftersom eleverna inte hade möjlighet till den avskildhet, som de kan tänkas behöva för att kunna skriva enligt den expressiva modellen. Till exempel kan eleverna ha varit oroad för att andra skulle kunna se vad de skrev om, eller att de blev störda så att de inte kunde koncentrera sig på ett sätt som uppgiften krävde. Vi föreställer oss även att det kan upplevas som alltför självutlämnande för ungdomarna att i grupp vara tillåtande och öppna för sina känslor och upplevelser och på så sätt möjliggöra en känslomässig bearbetning, vilket interventionen förutsätter. För det andra såg både Frattaroli (2006) och Smyth (1998) i sina metastudier att instruktionerna till det expressiva skrivandet hade betydelse för effektstorleken då studier där instruktionerna handlade om att skriva om nyligen inträffade händelser hade en marginellt högre effektstorlek än studier som inte poängterade att de skulle skriva om något som hänt nyligen. I de ingående

två pilotstudierna fick ungdomarna delvis olika instruktioner beroende på vilken skola de tillhörde, vilket kan ha påverkat resultatet negativt. Instruktionerna saknade, förutom till en av skolorna, specifikation kring att skriva om nyligen inträffade händelser, vilket även detta kan ha påverkat resultatet negativt. För det tredje såg Frattaroli (2006) att studier som hade eftermätning inom en månad efter interventionen hade en signifikant högre effektstorlek vad gäller uppmätta värden på psykologisk hälsa, jämfört med de studier som hade eftermätning tidigast en månad efter interventionen. I våra studier ingick elever från tre olika skolor med olika tidsintervall mellan för- och eftermätning; från drygt 6 till drygt 18 veckor. Även om det framkommit att effektstorleken är större i studier med eftermätning inom en månad efter intervention, är det önskvärt med längre tid mellan för- och eftermätning. Detta för att inkludera mer bestående effekter av interventionen, vilket vi anser vara av större intresse. En större effektstorlek vid eftermätningar inom en månad skulle kunna indikera att interventionen har mer omedelbara än bestående effekter.

Kan en intervention med expressivt skrivande enligt Pennebakers modell befrämja en gynnsam utveckling på ett sådant sätt att förekomsten av självskadebeteende reduceras?

Vid variansanalys av ungdomarnas självskadebeteende med könen sammanslagna framkom en signifikant interaktionseffekt i Studie 1, vilket innebar att ungdomarna i kontrollgruppen rapporterade mindre självskadebeteende vid eftermätningen än vid förmätningen, medan ungdomarna i experimentgruppen rapporterade mer självskadebeteende vid eftermätningen. Således tycktes interventionen i Studie 1 innebära en ökad mängd självskadebeteende. Vid analyser separata för könen framkom att det var pojkarna som stod för den signifikanta ökningen av självskadebeteende i experimentgruppen jämfört med kontrollgruppen. Flickornas ökning av självskadebeteenden, i experimentgruppen jämfört med kontrollgruppen, var således inte signifikant. Den signifikanta interaktionseffekten i Studie 1, upprepades dock inte vid analyser av Studie 2, även om ungdomarna i experimentgruppen även här rapporterade mer självskadebeteende efter interventionen medan självskadebeteendet för ungdomarna i kontrollgruppen var oförändrat. Inga analyser separata för könen gjordes i Studie 2 på grund av ett lågt N-tal och således kan vi inte uttala oss om eventuella könsskillnader i Studie 2. Eftersom Studie 2, till skillnad från Studie 1, har en experimentell design, med randomisering och skrivande kontrollgrupp, är resultatet i Studie 2 mer tillförlitligt (se under *Design* i Metod). Dock har Studie 2 låg statistisk power på grund av ett lågt antal deltagare (N=45). Detta kan ha påverkat resultatet på så sätt att den större mängd självskadebeteenden i experimentgruppen efter interventionen, som inte var signifikant större

än den i kontrollgruppen, egentligen kan vara reell. Vid en mer ingående analys av resultatet såg vi dock att experimentgruppens högre medelvärde vid eftermätningen framförallt orsakades av en enda individs stora ökning av rapporterade självskadebeteende. Framtida studier i ämnet, exempelvis i det stora SoL-projektet, får undersöka vidare och mer ingående hur interventionen egentligen påverkar ett självskadande beteende, samt även titta på hur förändringen bland de ungdomar som ägnar sig åt upprepat eller mer allvarligt självskadande beteende, ser ut.

Av genomgångna studier i Frattarolis (2006) metastudie kring expressivt skrivande uppvisade 25 % av studierna, liksom i Studie 1 och i Studie 2, negativ effektstorlek. Således är det faktiskt en relativt stor andel av studierna kring expressivt skrivande som påvisat negativa effekter, även om dessa inte alltid varit signifikanta. Detta kan jämföras med att 5 % av de genomgångna studierna i metanalysen uppvisade nollresultat och resterande 70 % uppvisade positiva effektstorlekar. Till exempel fann Kovac och Range (2002, i Frattaroli, 2006) ingen effekt på suicidalitet och Girton et al. (2002, i Frattaroli, 2006) såg att interventionen ökade antalet sjukdomsrelaterade besök hos läkare för en grupp män med posttraumatisk stress. Således hade interventionen en negativ effekt på denna grupp män, precis som indikationerna för pojkarna i Studie 1. Frattaroli (2006) såg i sin metastudie generellt dock ingen betydelse av faktorn kön på uppmätta effektstorlekar.

Uppsatsens hypotes var att individer som uppvisar självskadande beteende har en bristande förmåga till funktionell emotionell reglering och lider av bristande interpersonella relationer (Lundh, 2006). Enligt Gratz (2003) har självskadebeteendets funktion i kliniska observationer, vilka har bekräftats i studier (bland annat Favazza & Conterio, 1989; Briere & Gil, 1998, i Gratz, 2003) baserade på patienters egna redogörelser, setts vara bland annat: att minska ångest, att frigöra ilska, att minska plågsamma tankar och känslor samt att frigöra spänningar. Detta stöds bland annat av affektregleringsmodellen. Två av förklaringsmodellerna till varför expressivt skrivande setts vara effektiv är just exponering för emotioner och modellen kring social integration (Sloan & Marx 2004; Frattaroli, 2006). Leopore et al. (2002, i Frattaroli, 2006) menar att det expressiva skrivandets effekter kan förklaras utifrån att skrivandet erbjuder individen en möjlighet till att observera sig själv och samtidigt uttrycka och kontrollera känslor. Detta skulle då kunna ge en ökad förmåga till emotionell reglering samt en starkare känsla av self-efficacy. Således skulle negativa stressorer, känslor och tankar kunna bli mer kontrollerbara för individen, vilket i sin tur skulle leda till ökat psykiskt och fysiskt välmående. Frattaroli (2006) beskriver även Kings (2002) argumentering för att traumatiska eller andra stressinducerade händelser stör individens

förmåga till att reglera sig själv. Individer med bristande självreglering, där individer med självskadande beteende antas ingå, kan således inte använda sig av sina känslor som information och navigeringsinstrument. Expressivt skrivande skulle för dessa individer kunna vara en möjlighet att undersöka känslor och tankar, sätta dessa i ett sammanhang som är förståeligt, och härigenom kunna vara en faktor som reducerar självskadande beteende.

Enligt modellen kring social integration (se exempelvis Heffner, 2002, i Frattaroli, 2006) ger deltagande i expressivt skrivande större benägenhet för att söka stöd från sin omgivning. Detta skulle kunna vara gynnsamt för individer med självskadande problem, då dessa individer som hypotesen antar lider av bristande stöd i interpersonella relationer. Förklaringsmodellen är som påpekats dock relativt ny och har inte testats i någon vidare utsträckning (Frattaroli, 2006).

Ovan två nämnda förklaringsmodeller till det expressiva skrivandets effekter, låg således till grund till vår hypotes kring att en intervention av expressivt skrivande skulle kunna reducera förekomst av självskadebeteende. Indikationen av interventionsanalyserna i våra studier på självskadandebeteende pekar på att expressivt skrivande, enligt Pennebakers modell, inte tycks befärma en gynnsam utveckling på ett sätt att förekomsten av självskadebeteende reduceras, utan snarare tvärtom tycks påverka beteendet negativt. Eftersom det i dagsläget ännu inte finns annan forskning inom området självskadebeteende och expressivt skrivande, och på grund av de svaga designuppläggen i våra studier, går det dock inte att dra några säkra konklusioner kring att interventionen inte skulle reducera förekomst av självskadebeteende eller att den tvärt om, som resultaten i Studie 1 påvisar, skulle öka det självskadande beteendet. Behandlingsstudier inom självskadeområdet är än så länge mycket begränsade och flertalet studier som gjorts har inte heller uppvisat någon effekt. Till undantagen hör kognitiv beteendeterapi, där behandlingsformen DBT ingår (Linehan et al., 1991). Burns et al. översiktsartikel från 2005 fann till exempel enbart tre experimentella behandlingsstudier genomförda på ungdomar, varav endast en visade på signifikanta behandlingsresultat (Wood et al., 2001). Ovan två nämnda studier har det gemensamt att de är baserade på omfattande och resurskrävande insatser. En studie med en mer begränsad intervention som visats ge effekt var dock Guthrie et al. (2001), bestående av enbart fyra sessioner interpersonell terapi i patientens hem.

Precis som Frattaroli (2006) diskuterar kring ätstörningar skulle självskadande beteende kunna ses vara en alltför komplex problematik för att en enkel intervention som expressivt skrivande skulle vara tillräcklig, trots interventionens ansats att hjälpa individer till ökad emotionell reglering och ökad social integration. Kanske skulle även här, precis som för

ätstörningar, istället expressivt skrivande kunna vara ett lämpligt komplement till ordinär terapi där individen under längre tid genom interaktion med annan individ får bättre redskap och förmåga till emotionell reglering samt förmåga att uttrycka sina känslor och tankar. Exempelvis skulle expressivt skrivande kunna vara en lämplig hemuppgift inom ramen för KBT, i ett skede då mer adaptiva strategier för emotionell reglering tillförts, och individen är mottaglig för en exponering av aversiva stimuli och en djupare bearbetning kan ske. Framtida forskning får undersöka om det expressiva skrivandet kan fungera som ett värdefullt komplement till annan terapi.

Om framtida studier visar att det expressiva skrivandet ökar mängden självskadande beteenden, som Studie 1 indikerar, kan vi idag enbart spekulera kring orsakerna. Kanske skulle orsaken kunna vara att individer med dålig emotionell reglering inte klarar av att exponeras för det Sloan och Marx (2004) beskriver som aversiva stimuli i det expressiva skrivandet. Viktigt att undersöka för framtida studier är dock om och i så fall hur olika individer med olika grad av självskadande beteende, från någon enstaka gång till allvarligt repetitivt beteende, påverkas på olika vis av interventionen. Möjligtvis skulle det kunna vara som så att det är just individer med allvarligt självskadande beteende som missgynnas av interventionen medan individer med mildare grad av DSH reagerar på annat sätt?

Vid analyser av våra studier fanns det ingen indikation på att exponering för självskadeformuläret DSHI-9 ökade antalet självskadandebeteenden eftersom det varken i Studie 1 eller i Studie 2 fanns någon huvudeffekt vad gäller Tid, det vill säga ingen skillnad i självskadandebeteende för samtliga ungdomar (både experiment- och kontrollgrupp) mellan för- och eftermätning. Vissa författare hävdar att ungdomar kan influeras exempelvis via media (Lundh, 2006; Skegg, 2005) och således fanns det en risk att ungdomarna via frågorna i DSHI-9 skulle influeras av efterfrågade självskadande beteende, vilket dock inte tycktes vara fallet i våra studier.

Eftersom självskadande beteende är ett relativt vanligt fenomen bland ungdomar i dagens samhälle, i våra studier rapporterade 7.8 % upprepat självskadandebeteende (mer än 10 gånger) och 40.2 % att de ägnat sig åt självskadande beteende åtminstone en gång, anser vi att en viktig uppgift för framtida forskning är att rikta uppmärksamhet mot både preventiva och behandlande insatser för att kunna hitta verk samma metoder att dels förebygga dels behandla denna självskadande problematik.

Kan en intervention med expressivt skrivande enligt Pennebakers modell befrämja en gynnsam utveckling på ett sådant sätt att förekomsten av riskbeteende för ätstörningsproblematik hos flickor reduceras?

Vid variansanalys av flickornas riskbeteende för ätstörningar framkom inga signifikanta effekter av det expressiva skrivandet i Studie 1 (kvasiexperimentella designen). Således reducerade interventionen inte förekomsten av riskbeteende hos flickorna i denna studie. Eftersom designen i Studie 1 anses vara svag (se under *Design* i Metod), är det dock svårt att med säkerhet påstå att interventionen inte reducerar förekomsten av riskbeteende för ätstörningar hos flickor. Antalet flickor i Studie 2 (experimentella designen) var allt för litet för att vi skulle kunna göra en vettig interventionsanalys, vilket var synd med tanke på denna studies starkare design.

Av genomgångna studier i Frattarolis (2006) metastudie kring expressivt skrivande uppvisade 25 % av studierna, liksom för flickornas riskbeteende för ätstörningar i Studie 1, negativ effektstorlek.

Frattaroli (2006) påpekar att den nya målgruppen för experimentell forskning kring expressivt skrivande är individer med psykiatrisk problematik, där ätstörningsrelaterade problem kan tänkas ingå. I Frattarolis (2006) metastudie finns belägg för att interventionen har effekt på psykologisk hälsa. Bland annat såg Frattaroli effekter på depression och ångest. De tre studier som däremot berörde ätstörningsrelaterade fenomen i Frattarolis studie uppvisade inga signifikanta effekter, vilket stämmer väl med resultatet från vår undersökning.

I en nyligen gjord studie av Stice et al. (2006), som inte ingår i Frattarolis metaanalys, sågs två små men osäkra effekter av expressivt skrivande på ätstörningsfenomen, vilka diskuteras som placebo-effekt respektive typ-I-fel. I en annan studie (Frayne & Wade, 2006) som inte heller denna är inkluderad i Frattarolis (2006) metaanalys, uppvisades inga effekter på ätstörningsrelaterade fenomen. Dessa två studier förstärker Frattarolis analys, och pekar åt att expressivt skrivande är en svag intervention för att reducera ätstörningsbeteende. Frattaroli (2006) har även sett att psykiatriska fenomen där det expressiva skrivandet setts ha bättre effekt, är kopplade till emotioner (exempelvis depression och ångest) snarare än kognitiva strukturer, som exempelvis störd kroppsuppfattning som är ett inslag i ätstörningsproblematik (American Psychiatric Association, 2002).

Vår intervention har, till skillnad från de specialdesignade preventiva program som visats ge effekt (Stice & Shaw, 2004), ingen tydlig koppling till just ätproblematik. Vår hypotes var att individer som uppvisar riskbeteende för ätstörningar skulle kunna gynnas av expressivt

skrivande bland annat genom att deras förmåga till emotionell reglering samt förmåga att uttrycka sina känslor och tankar skulle öka. På så vis skulle undvikandet av smärta och obehag minska. Enligt Frayne och Wade (2006) har forskare (Klump et al., 2004) funnit att kvinnor med ätstörningsrelaterad problematik har signifikant mer undvikande av smärta och obehag. Förklaringsmodellen emotionell exponering framhåller följande förklaring till effekten av expressivt skrivande: individen får genom det expressiva skrivande en möjlighet att exponeras för aversiva stimuli som normalt sätt undviks (Sloan & Marx, 2004). Genom det expressiva skrivandet korrigeras mönster som innebär att individen undviker situationer eller beteenden som förväntas leda till obehag. Modellen anger således att individen genom skrivandet exponeras för aversiva stimuli, vilket i sin tur leder till processande av den emotionella aspekten kring berörda stimuli (Sloan & Marx, 2004). Leopore et al. (2002, i Frattaroli, 2006) menar även att det expressiva skrivandets effekter skulle kunna förklaras av att skrivandet erbjuder individen en möjlighet till att observera sig själv och samtidigt uttrycka och kontrollera känslor. Detta skulle enligt nämnda författare ge en ökad förmåga till emotionell reglering samt en starkare känsla av self-efficacy. Således skulle negativa stressorer, känslor och tankar kunna bli mer kontrollerbara för individen, vilket i sin tur skulle leda till ökat psykiskt och fysiskt välmående. Ovan nämnda förklaringsmodeller låg således till grund till vår hypotes kring att denna intervention skulle kunna reducera riskbeteende för ätstörningar. Enligt Frattaroli (2006) innebär dock ätstörningar en alltför komplex problematik för att en enkel intervention som expressivt skrivande skulle vara tillräcklig. Eftersom ätstörningsrelaterad problematik är komplex och innefattar både emotionella, kognitiva liksom somatiska aspekter, tänker vi nu, liksom Frattaroli (2006) att ätstörningsrelaterade fenomen, inklusive riskbeteenden för ätstörningar, helt enkelt är för svåra och komplexa för att en så pass enkel intervention som expressivt skrivande skulle kunna ha effekt. Detta trots att syftet med interventionen var att hjälpa individer till ökad emotionell reglering och ökad känsla av self-efficacy. Kanske skulle istället expressivt skrivande, som nämnts ovan, kunna vara ett lämpligt komplement till ordinär terapi. Detta har bland annat även föreslagits av Schmidt et al. (2002). Framtida forskning får undersöka om det expressiva skrivandet kan fungera som ett värdefullt komplement till den ordinära terapin. Framtida forskning får även undersöka effekten av att exponeras för expressivt skrivande under en längre tidsperiod. Kanske skulle mer svårartad problematik gynnas av skrivande under en längre tidsperiod?

Eftersom antalet studier kring expressivt skrivande och ätstörningsrelaterade beteende dock fortfarande är få i sitt antal (Frattaroli, 2006), och på grund av de uppenbara bristerna i vår studies design, kan vi fortfarande inte dra några säkra konklusioner kring ineffektiviteten

av interventionen. Vår preliminära slutsats kring att interventionen inte påverkar förekomst av riskbeteende för ätstörningar får dock, som nämnts ovan, stöd av den forskning som hitintills gjorts. Dessutom visar annan forskning inom preventionsområdet att andra typer av preventiva åtgärdsprogram uppvisar effekt. Två oberoende metaanalyser har konstaterat en effekt av preventionsinterventioner för ätstörningar även om olika program haft varierande resultat (Stice & Shaw, 2004; Fingeret, Warren, Cepeda-Bentino & Gleaves, 2006). Stice och Shaw (2004) visar i sin metastudie att preventionsprogram som inkluderar högriskindivider och som har ett interaktivt upplägg (ett aktivt engagerande av individen och inläring av nya färdigheter), ger effekt genom att minska utveckling av ätstörningar. Vi anser därför att det finns anledning och belägg för att inte använda expressivt skrivande som preventiv insats, utan istället satsa resurser på riktade preventionsprogram, som visats ge i alla fall en viss effekt.

Eftersom så pass många som runt en fjärdedel av flickorna i våra studier tillhörde riskgruppen för ätstörningar (22.2 %), anser vi, som nämnts förut, det nödvändigt att fundera kring möjligheten att erbjuda flickor i högstadieåldern preventiva åtgärder, för att minska problemutveckling av ätstörningar i framtiden. Om siffrorna i vår undersökning visar sig vara representativt för högstadieflickor i stort, till exempel i det stora SoL-projektet, menar vi att det ur ett mänskligt och samhällsekonomiskt perspektiv är av stor vikt att förhindra uppkomsten av ätstörningar. Förslagsvis skulle ett kortare preventivt program kunna erbjudas alla flickor i högstadiet, förutsatt att en hög andel flickor tillhör riskgrupp för ätstörningar. Eller skulle enbart de flickor som uppvisar många riskfaktorer, exempelvis mätt med RiBED-8, som är ett kort och lättadministrerat test, erbjudas preventiva program. Stice och Shaw (2004) påpekade också vikten av relativt korta preventionsprogram (tre till fyra sessioner) för att dessa ska kunna vara kostnadseffektiva, lättadministrerade (exempelvis i skolmiljö), samt vara tilltalande för ungdomarna. Utformandet av, ett för svenska ungdomar passande preventivt ätstörningsprogram, är således angeläget för framtida forskning inom området.

Avslutande kommentarer

Med tanke på att stora andelar av ungdomarna i våra studier, nästan var tionde ungdom anger att de har ett repetitivt självskadebeteende och runt en fjärdedel av flickorna ligger i riskzonen för att utveckla en ätstörning, funderar vi kring allvaret i ungdomars ökade psykiska ohälsa. Vilka faktorer i samhället kan tillskrivas ökningen av ungdomarnas ohälsa? Vi måste fortsätta att söka svar på vad som missgynnar respektive främjar en positiv utveckling för ungdomarna.

Det ligger dessvärre utanför denna uppsats gränser att relatera förekomsten av DSH och riskbeteende för ätstörningar till socioekonomiska förhållanden och etniskt ursprung, vilket vore intressant för en djupare förståelse av respektive problemområde. Detta inte minst för att identifiera eventuella skyddande faktorer som kan variera mellan olika kontexter.

Framtida forskning får utvisa hur pass generaliserbara resultaten i våra studier är, och vi ser fram emot resultaten av SoL-projektets omfattande undersökning, som äger rum under de närmsta åren.

REFERENSER

- American Psychiatric Association (2002). *MINI-D IV, diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Beato-Fernandez, L., Rodriguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A., & Martinez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents: A Spanish community-based longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*(5), 287-294.
- Burns, J., Dudley, M., Hazell, P., & Patton, G. (2005). Clinical management of deliberate self-harm in young people: the need for evidence-based approaches to reduce repetition. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 39*, 121-128.
- Cavanaugh, R.M. (2002). Self-mutilation as a manifestation of sexual abuse in adolescent girls. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology, 15*(2), 97-100.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jone, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry, 162*, 297-303.
- De Leo, D., & Heller, T. S. (2004). Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Medical Journal of Australia, 181*, 140-144.
- Esterling, B.A, L'Abate, L., Murray, E.J., & Pennebaker, J.W. (1999). Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: Mental and physical health outcomes. *Clinical Psychology Review, 19*(1), 79-96.
- Favazza, A.R. (1996). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 2259-268.
- Fingeret, M.C., Warren, C.S., Cepeda-Bentino, A., & Gleaves, D.H. (2006). Eating Disorder Prevention Research: A Meta-Analysis. *Eating Disorders, 14*, 191-213.
- Folkhälsoinstitutet.(1999). *Ett liv av vikt: fem år senare*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

- Frattaroli, J. (2006). Experimental Disclosure and Its Moderators: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 132(6), 823-865.
- Frayne, A., & Wade, T.D. (2006). A Comparison of Written Emotional Expression and Planning with Respect to Bulimic Symptoms and Associated Psychopathology. *European Eating Disorders Review*, 14, 329-340.
- Ghaderi, (2001). *Eating Disorders: Prevalence, Incidence, and Prospective Risk Factors for Eating Disorders among Young Adult Women in the general Population*. Opublicerad doktorsavhandling. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Gladstone, G.L., Parker, G.B., Mitchell, P.B. Malhi, G.S., Wilhelm, K., & Austin, M.P. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *Am J Psychiatry*, 161, 1417-25.
- Gratz, K.L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253-263.
- 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.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192-205.
- Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C. Moorey, J., Mendel, E., Marino-Francis, F., Sanderson, S., Turpin, C., Boddy, G., & Tomenson, B. (2001). Randomized controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *British Medical Journal*, 323, 135-138.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*, 325, 1207-11.
- Hepp, U., Wittman, L., Schnyder, U., & Michel, K. (2004). Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide. *Crisis*, 25, 108-117.
- Herpertz, S., Sass, H., & Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatry*, 31(4), 451-465.
- Keeley, H.S., O'Sullivan, M., & Corcoran, P. (2003). Background stressors and deliberate self-harm. Prospective case note studies in southern Ireland. *Psychiatric Bulletin*, 27, 411-415.

- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K.A., (2005). Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the "Whats" and "Whys" of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-457.
- Linehan, M.M., (1993). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H.L. (1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Lundh, L.G. (2006). *Projektbeskrivningen till SoL-projektet*. Lunds Universitet: Institutionen för Psykologi.
- Lundh, L.G., Karim, J., & Quilisch, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-year old adolescents. A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 33-41.
- Neumark-Sztainer, D., Levine, M. P., Paxton, S.J., Smolak, L., Piran, N., & Wertheim, E. H. (2006). Prevention of Body Dissatisfaction and Disordered Eating: What Next?. *Eating Disorders*, 14, 265-285.
- Ottosson, J-O. (2000). *Psykiatri*. Stockholm: Liber AB.
- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., & Nutzinger, D.O. (2002). Self-Injurious Behaviour in Woman With Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 408-411.
- Pennebaker, J.W. (1997a). *Opening Up: The healing Power of Expression Emotions*. New York: Guilford publications.
- Pennebaker, J.W. (1997b). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162-165.
- Pennebaker, J.W. (2000). Telling Stories: The Health benefits of Narrative. *Litterature and Medicine*, 19(1), 3-18.
- Pennebaker, J.W. (2004). Theories, Therapies, and Taxpayers: On the complexities of the Expressive Writing Paradigm. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(2),138-142.
- Pennebaker, J.W., & Beall, S.K. (1986). Confronting a Traumatic Event: Toward an Understanding of Inhibition and Disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 274-281.
- Pennebaker, J.W., & Francis, M.E. (1996). Cognitive, Emotional, and Language Processes in Disclosure. *Cognition and Emotion*, 10(6), 601-626.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., Garcia, A., Dominguez, A., Rodrigo, G., Sanjuan L., & Vila, M. (2003). Epidemiology and Risk Factors of eating Disorders: A Two-Stage

- Epidemiologic Study in a Spanish population Aged 12-18 Years. *International Journal of Eating Disorders*, 34(3), 281-291.
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77.
- Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Koivisto, A. (2005). Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in Adolescent Eating Disorder outpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 276-281.
- Samuelsson, M. (2004). Självskadebeteende - ett fenomen hos tonårsflickor. *Socialmedicinsk tidskrift*, 5, 449-454.
- Sansone, R.A., & Levitt, J.L. (2002). Self-Harm Behaviours Among Those with Eating Disorders: An Overview. *Eating Disorders*, 10, 205-213.
- Sansone, R. A., Gaither, G. A., Songer, D. A., & Allen, J. L. (2005). Multiple psychiatric diagnoses and self-harm behaviour. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9, 41-44.
- Schmidt, U., Bone, G., Hems, S., Lessem, J., & Treasure, J. (2002). Structured Therapeutic Writing Tasks as an Adjunct to Treatment in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 10, 299-315.
- Skegg, K., (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366, 1471-83.
- Skårderud, F. (1999). *Oro- en resa i det moderna självet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Sloan, D.M., & Marx, B.P. (2004). Taking Pen to Hand: Evaluating Theories Underlying the Written Disclosure Paradigm. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(2), 121-137.
- Smyth, J.M. (1998). Written Emotional Expression: Effect Sizes, Outcome Types, and Moderating Variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 174-184.
- Socialstyrelsen. (2004). *Vad vet vi om flickor som skär sig?*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stice, E., & Shaw, H. (2004). Eating Disorders Prevention Programs: A Meta-Analytic review. *Psychological Bulletin*, 130(2), 206-227.
- Stice, E., Shaw, H., Burton, E., & Wade, E. (2006). Dissonance and Healthy Weight Eating Disorder Prevention Programs: A Randomized Efficacy Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 263-275.
- Suyemoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 551-554.
- van der Kolk, B.A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In B.A. van der Kolk, A.C.

- McFarlane, & L. Weiseth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. (pp. 182-213). New York: Guilford Press.
- van der Kolk, B.A., Perry, J.C., & Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American journal of Psychiatry*, *148*, 1665-1671.
- Verheul, R. Van den Bosch, L.M., Koeter, M.W., De Ridder, M.A., Stijnen, T., & Van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 135-40.
- Waadegaard, M., Thoning, H., & Petersson B. (2003). Validation of a Screening Instrument for Identifying Risk Behaviour Related to Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, *11*, 433-455.
- Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A., & Harrington, R. (2001) Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, *40*, 1246-53.
- Yip, K. (2005). A Multi-Dimensional Perspective on Adolescents' Self-Cutting. *Child and Adolescent Mental Health*, *10(2)*, 80-86.
- Ystgaard, M., Reinholdt, N.P., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskrift for Norsk Laegeforening*, *16(123)*, 2241-5.

Bilaga 1

DEL 9. HUR BEHANDLAR DU DIG SJÄLV?

C. SJÄLVSKADANDE BETEENDE

Frågorna på den här sidan handlar om olika saker som människor ibland gör för att skada sig själva. Obs att frågorna handlar om ifall man *avsiktligt* (med vilja) skadat sig själv, och *inte* om något hänt av en olycka (t ex om man snubblat och råkade slå i huvudet).

Svara genom att kryssa i den ruta som stämmer bäst för dig!

Har du under det senaste halvåret någon gång gjort något av det nedanstående, och i så fall hur ofta?	Antal gånger						Fler än 5
	0	1	2	3	4	5	
1. avsiktligt skurit dig i handlederna, armarna eller i någon annan del av din kropp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. avsiktligt bränt dig själv med en cigarett, tändare eller tändstickor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. avsiktligt ristat in ord, bilder, symboler eller liknande i din hud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. avsiktligt rivit dig själv så allvarligt att det blivit ett sår, eller så att det börjat blöda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. avsiktligt bitit dig själv så hårt att det gått hål på huden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. avsiktligt stuckit vassa föremål (som nålar eller liknande), i din hud? (Räkna <i>inte</i> in tatueringar, örhängen, nålar avsedda för medicinskt bruk, eller piercing här!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. avsiktligt bankat ditt huvud mot någonting så hårt att det blivit ett blåmärke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. avsiktligt slagit dig själv så hårt att det blivit blåmärke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. avsiktligt förhindrat sår från att läka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. avsiktligt gjort någonting annat för att skada dig själv som inte tillfrågats om i detta formulär? I så fall, vad var det du gjorde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. avsiktligt skadat dig själv på något av ovanstående sätt så att det lett till sjukhusvistelse eller skador tillräckligt allvarliga för att behöva medicinsk behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du kryssat i ett svarsalternativ för varje fråga? I så fall, gå vidare till nästa sida!

DEL 8. HUR BEHANDLAR DU DIG SJÄLV?

B. DIN KROPP

Kryssa i en av rutorna på varje rad!

	Aldrig	Sällan	Ofta	Mycket ofta
1. Jag är ganska nöjd med mitt utseende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag önskar att jag såg bättre ut.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag bantar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag har dåligt samvete över att jag äter godsaker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag kräks för att göra mig av med mat som jag ätit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jag är stolt över min kropp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag tycker om vad jag ser när jag tittar mig i spegeln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag skulle ändra på många saker i mitt utseende om jag kunde...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jag tycker att jag blir bra på foto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jag önskar att jag såg ut som någon annan.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jag är nöjd med mina matvanor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jag känner att det är nödvändigt att hålla en strikt diet eller att kontrollera mitt ätande på andra sätt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jag är rädd för att jag inte kan sluta äta när jag väl har börjat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jag upplever att jag har en önskan om att gå ner i vikt som helt har tagit överhanden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Det känns obehagligt för mig att äta tillsammans med andra.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jag skäms för mitt utseende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jag oroar mig för mitt utseende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mitt utseende stör mig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Jag ser så bra ut som jag skulle vilja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Jag tycker att jag har en fin kropp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Rektors namn
skola

FÖRFRÅGAN OM DELTAGANDE I FÖRSTUDIER TILL FORSKNINGSPROJEKTET **SJÄLVKÄNSLA OCH LIVSSITUATION HOS TONÅRINGAR (SOL-PROJEKTET)**

Hur mår högstadiungdomar idag? Hur ser deras relationer ut, och hur hanterar de stress och andra negativa känslor? Hur vanligt är det med ångest/depression, våld, mobbing, ätstörningar, självskadebeteende, mm? Och vad kan man göra åt dessa problem?

Detta är några av de frågor som ställs inom SOL-projektet, som stöds ekonomiskt av Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (FAS). Ett av syftena med projektet är att introducera s.k. *expressivt skrivande* för eleverna som ett sätt att bearbeta egna erfarenheter av olika slag, och att undersöka effekterna av detta.

Vi är nu i färd med att påbörja förstudier till det egentliga projektet, och undrar om er skola skulle vilja delta i projektet. Deltagandet innebär

- att ett antal högstadielklasser får besvara ett frågeformulär vid två tillfällen, med några månaders mellanrum
- några av dessa klasser däremellan under tre dagar i rad (20 minuter varje gång) får använda sig av *expressivt skrivande*

Frågeformuläret handlar om hur eleven upplever sig själv (styrkor och svagheter), sina känslor, sina relationer, och andra aspekter av den egna livssituationen. Inga namn kommer att stå på frågeformulären. Varje elev får ett kodnummer, så att det ska vara möjligt att jämföra svaren vid de två olika undersökningstillfällena. Resultaten bearbetas med statistiska metoder, och inga individer kommer att kunna identifieras i rapporterna från projektet.

Expressivt skrivande är en metod som utvecklats av professor James Pennebaker vid University of Texas, Austin, och visat goda resultat i forskning. Den innebär att man skriver helt fritt kring de tankar och känslor som upptar en mest. Skrivandet görs helt anonymt.

De klasser som ska testa *expressivt skrivande* behöver ta sammanlagt **fem lektioner** i anspråk (2 för frågeformuläret, och 3 för *expressivt skrivande*). De övriga klasserna kommer enbart att besvara frågeformuläret vid två tillfällen – vilket innebär att de tar **två lektionstimmar** i anspråk. Dessa lektionstimmar bör ligga i slutet av dagen.

En av projektets medarbetare kommer inom kort att kontakta er per telefon angående medverkan i projektet. Om ni har några frågor är ni välkomna att höra av er till mig.

Vänliga hälsningar!

Lars-Gunnar Lundh
Professor i klinisk psykologi
Institutionen för psykologi,
Lunds Universitet
Box 213
221 00 LUND
Lars-Gunnar.Lundh@psychology.lu.se



Information till föräldrar om SoL-projektet¹

SoL-projektet handlar om hur ungdomar i högstadiet upplever sig själva och sin tillvaro. Det är ett forskningsprojekt som bedrivs vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet. Vi genomför nu förstudier till projektet i samarbete med flera olika skolor, däribland skola ... För eleverna i den klass där ert barn går innebär deltagandet att de kommer att:

- besvara ett **frågeformulär** vid två tillfällen, första gången under vecka xx och den andra gången senare i höst. Detta sker under en vanlig lektion i klassrummet.
- vid tre tillfällen under vecka xx delta i s.k. **expressivt skrivande**

Frågeformuläret handlar om hur eleven upplever sig själv (styrkor och svagheter), sina känslor, sina relationer, och andra aspekter av livssituationen. Inga namn kommer att stå på frågeformulären. Varje elev får ett kodnummer, så att det ska vara möjligt att jämföra svaren vid de två olika undersökningstillfällena. All information i projektet behandlas strikt konfidentiellt. Resultaten bearbetas med statistiska metoder, och inga individer kommer att kunna identifieras i rapporterna från projektet.

Expressivt skrivande innebär att eleven under tre olika lektioner får skriva fritt kring händelser i skolan eller i relation till kamrater. Skrivandet görs helt anonymt.

Projektet stöds ekonomiskt av Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (FAS). Om Du har några frågor om projektet är Du välkommen att höra av Dig till projektledaren, Lars-Gunnar Lundh, Institutionen för psykologi, Lunds universitet. Det görs enklast via e-post till Lars-Gunnar.Lundh@psychology.lu.se

För att undersökningen ska ge en rättvisande bild av högstadielevernas tillvaro idag är det viktigt att så många elever som möjligt (helst alla) deltar. Deltagandet är emellertid helt frivilligt. Om Du *inte* vill att Din son eller dotter ska delta i undersökningen, så meddela detta till klassföreståndaren.

Vänliga hälsningar!

Lars-Gunnar Lundh
 Projektledare, professor
 Institutionen för psykologi
 Lunds Universitet

¹ SoL är en förkortning för **S**jälvkänsla och **L**ivssituation hos tonåringar.

April 2006

Till klass ... på skola ...
Undersökning om hur ungdomars tillvaro ser ut idag

Hej!

Vi är blivande psykologer, terapeuter och forskare som vill undersöka hur ungdomar i högstadiet upplever sig själva och sin tillvaro. Därför samarbetar vi med högstadieskolor, bland annat skola ...

Med början i maj kommer vi att besöka er klass vid fem lektionstillfällen:

- Första och sista gången kommer du att få möjlighet att fylla i ett **frågeformulär** under en vanlig lektionstimme. Den första gången blir tisdagen den 2 maj.
- Vid tre tillfällen däremellan kommer du att kunna pröva s.k. **expressivt skrivande**

Frågeformuläret handlar om hur du upplever dig själv (styrkor och svagheter), dina känslor, dina relationer, och andra frågor som handlar om din livssituation. För att du ska känna dig fri att svara ärligt på alla frågor så ska du inte skriva ditt namn någonstans på frågeformuläret. Varje elev får dock ett kodnummer, så att det ska vara möjligt för forskarna i projektet att jämföra svaren vid de två undersökningstillfällena. Det är bara forskarna i projektet som har tillgång till en lista med uppgift om vilket kodnummer som tillhör vem.

Expressivt skrivande innebär att du vid tre olika tillfällen (20 minuter varje gång) får skriva helt fritt kring de tankar och känslor som upptar dig mest. Skrivandet görs helt anonymt (dvs. varken namn eller kodnummer finns med på det du skriver), och även det genomförs inom ramen för en vanlig lektion i klassrummet.

För att undersökningen ska ge en rättvisande bild av högstadielevens tillvaro är det viktigt att så många elever som möjligt (helst alla) deltar. Deltagandet är emellertid helt frivilligt, och du har rätt att när som helst avbryta ditt deltagande om du skulle vilja det. Om du inte vill delta, så meddela detta till din klassföreståndare. De som inte vill delta kommer att få andra uppgifter från den lärare som närvarar vid lektionstillfället.

Undersökningarna sker inom SoL-projektet. SoL är en förkortning för **Självkänsla och Livssituation** hos tonåringar.

Om du har några frågor om projektet så mejla dem till projektledaren Lars-Gunnar Lundh, Institutionen för psykologi, Lunds universitet. Lars-Gunnar.Lundh@psychology.lu.se

Vi som kommer att träffa er den 2 maj heter

April 2006

Till klass ... på skola ...
Undersökning om hur ungdomars tillvaro ser ut idag

Hej!

Vi är blivande psykologer, terapeuter och forskare som vill undersöka hur ungdomar i högstadiet upplever sig själva och sin tillvaro. Därför samarbetar vi med högstadieskolor, bland annat skola ...

Med början i maj kommer vi att besöka er klass vid två lektionstillfällen. Vid båda tillfällena kommer du att få möjlighet att fylla i ett **frågeformulär** under en vanlig lektionstimme. Den första gången blir tisdagen den 2 maj.

Frågeformuläret handlar om hur du upplever dig själv (styrkor och svagheter), dina känslor, dina relationer, och andra frågor som handlar om din livssituation. För att du ska känna dig fri att svara ärligt på alla frågor så ska du inte skriva ditt namn någonstans på frågeformuläret. Varje elev får dock ett kodnummer, så att det ska vara möjligt för forskarna i projektet att jämföra svaren vid de två undersökningstillfällena. Det är bara forskarna i projektet som har tillgång till en lista med uppgift om vilket kodnummer som tillhör vem.

För att undersökningen ska ge en rättvisande bild av högstadieelevers tillvaro är det viktigt att så många elever som möjligt (helst alla) deltar. Deltagandet är emellertid helt frivilligt, och du har rätt att när som helst avbryta ditt deltagande om du skulle vilja det. Om du inte vill delta, så meddela detta till din klassföreståndare. De som inte vill delta kommer att få andra uppgifter från den lärare som närvarar vid lektionstillfället.

Undersökningarna sker inom SoL-projektet. SoL är en förkortning för **Självkänsla och Livssituation** hos tonåringar.

Om du har några frågor om projektet så mejla dem till projektledaren Lars-Gunnar Lundh, Institutionen för psykologi, Lunds universitet. Lars-Gunnar.Lundh@psychology.lu.se

Vi som kommer att träffa er den 2 maj heter

INSTRUKTIONER FÖR EXPRESSIVT SKRIVANDE

1. SKRIV OM DET SOM KÄNNES **VIKTIGAST** OCH **MEST ANGELÄGET** FÖR DIG JUST NU!

Det kan t ex vara:

- det som känns **jobbigast**
- det som du **känner starkast** kring,
- det du **tänker mest** på,
- eller vad som helst som **berör** dig på något sätt

Det kan handla om

- **positiva** eller **negativa** händelser,
- **relationer** till kompisar, vänner, skolkamrater, föräldrar, eller skolan. Det kan handla om någon du **tycker mycket om**, eller någon du **tycker illa om**.
- något du är **rädd** för, någon du är **arg** på, eller något **obehagligt** eller skrämmande som du har varit med om.
- något som du **skäms** för, eller känner **skuldkänslor** för.
- starkt **positiva** upplevelser – en förälskelse, **längtan**, drömmar eller **fantasier** inför framtiden.
- Eller om du absolut **inte har någon lust att skriva om någonting**, utan egentligen skulle vilja göra något helt annat, så skriv om det!

2. TILLÅT DIG ATT SKRIVA SÅ **FRITT** SOM MÖJLIGT OM DINA **INNERSTA TANKAR OCH KÄNSLOR!**

3. **STRUNTA I STAVNING, GRAMMATIK, OCH OM DET DU SKRIVER ÄR "RÄTT" ELLER "FEL"!**

4. **SKRIV INTE DITT NAMN NÅGONSTANS!!**

INSTRUKTIONER FÖR EXPRESSIVT SKRIVANDE

1. SKRIV OCH BERÄTTA OM DET VÄRSTA - ELLER DET BÄSTA - SOM DU VARIT MED OM I SKOLAN, ELLER I RELATION TILL DINA KOMPISAR!!

Det viktiga är att du skriver om en händelse, eller händelser, som påverkat dig starkt – som du haft mycket tankar och känslor kring.

*2. TILLÅT DIG ATT SKRIVA SÅ **FRITT** SOM MÖJLIGT OM DINA **INNERSTA TANKAR OCH KÄNSLOR** KRING DET SOM HÄNDE!*

3. DET SPELAR INGEN ROLL OM DET BLIR STAVFEL ELLER SPRÅKFEL I DET DU SKRIVER.

*4. SKRIV **INTE** DITT NAMN NÅGONSTANS!!*

INSTRUKTIONER

1. *SKRIV OCH BERÄTTA OM NÅGOT AV DET **JOBBIGASTE** SOM DU VARIT MED OM!*

*Det viktiga är att du skriver om en händelse, eller händelser, som **påverkat dig starkt** – som du haft **mycket tankar och känslor** kring.*

*Du kommer att få göra detta vid **tre tillfällen**. Du kan antingen skriva om **samma** händelse vid alla tre tillfällena, eller skriva om **olika** händelser. Men det ska vara händelser som känts mycket **jobbiga** för dig, och som påverkat dig starkt.*

2. *TILLÅT DIG ATT SKRIVA SÅ **FRITT** SOM MÖJLIGT OM DINA **INNERSTA TANKAR OCH KÄNSLOR** KRING DET SOM HÄNDE!*

3. *DET SPELAR INGEN ROLL OM DET BLIR STAVFEL ELLER SPRÅKFEL I DET DU SKRIVER.*

4. *NÄR DU BÖRJAT SKRIVA SÅ FORTSÄTT TILL DESS ATT VI SÄGER ATT TIDEN ÄR UTE (OM CA 20 MINUTER).*

5. *SKRIV **INTE** DITT NAMN NÅGONSTANS!!*

INSTRUKTIONER**Dag 1**

1. SKRIV OCH BERÄTTA OM VAD DU BRUKAR GÖRA NÄR DU ÄR LEDIG FRÅN SKOLAN! FÖRSÖK ATT BESKRIVA DET SÅ NOGA ATT ÄVEN EN LÄSARE SOM ALDRIG TRÄFFAT DIG FÅR EN BILD AV VAD DU BRUKAR ÄGNA DIN TID ÅT!

2. DET SPELAR INGEN ROLL OM DET BLIR STAVFEL ELLER SPRÅKFEL I DET DU SKRIVER.

3. NÄR DU BÖRJAT SKRIVA SÅ FORTSÄTT TILL DESS ATT VI SÄGER ATT TIDEN ÄR UTE (OM CA 20 MINUTER).

4. SKRIV INTE DITT NAMN NÅGONSTANS!!

INSTRUKTIONER**Dag 2**

1. BESKRIV SKOLBYGGNADEN SÅ UTFÖRLIGT SOM MÖJLIGT! FÖRSÖK ATT BESKRIVA HUSET SÅ VÄL ATT ÄVEN EN LÄSARE SOM ALDRIG VARIT HÄR FÅR EN BILD AV HUR DET SER UT!

2. DET SPELAR INGEN ROLL OM DET BLIR STAVFEL ELLER SPRÅKFEL I DET DU SKRIVER.

3. NÄR DU BÖRJAT SKRIVA SÅ FORTSÄTT TILL DESS ATT VI SÄGER ATT TIDEN ÄR UTE (OM CA 20 MINUTER).

4. SKRIV INTE DITT NAMN NÅGONSTANS!!

INSTRUKTIONER**Dag 3**

*1. SKRIV OCH BERÄTTA OM NÅGOT SOM DU GJORT I NÅGOT ÄMNE ELLER TEMA I SKOLAN NYLIGEN!
FÖRSÖK ATT BESKRIVA DET SÅ VÄL ATT ÄVEN EN LÄSARE SOM INTE KÄNNER DIG FÖRSTÅR VAD DU
GJORT*

2. DET SPELAR INGEN ROLL OM DET BLIR STAVFEL ELLER SPRÅKFEL I DET DU SKRIVER.

*3. NÄR DU BÖRJAT SKRIVA SÅ FORTSÄTT TILL DESS ATT VI SÄGER ATT TIDEN ÄR UTE (OM CA 20
MINUTER).*

4. SKRIV INTE DITT NAMN NÅGONSTANS!!