



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

SJÄLVSKADEBETEENDE HOS TONÅRINGAR

En studie rörande förekomsten av självskadande beteende hos ungdomar i årskurs nio, i relation till kön, självkänsla och grad av mindfulness.

Jessica Karlsson och Eva Quilisch

Psykologexamensuppsats
Vårterminen 2005

Handledare:
Lars-Gunnar Lundh

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka förekomsten av självskadebeteende hos tonåringar, om detta skiljer sig åt mellan könen och om samband kan uppvisas med självkänsla och mindfulness. 128 elever i årskurs nio från tre skolor besvarade frågeformulären Deliberate Self-Harm Inventory, Rosenberg Self-Esteem Scale samt Mindful Attention Awareness Scale. Resultaten visade att 65,9 procent av deltagarna skadat sig själva vid åtminstone ett tillfälle, och 41,4 procent vid flera tillfällen. Det förekommer ingen signifikant skillnad mellan könen. Hos flickorna korrelerar självskadebeteende med låg självkänsla och låg grad av mindfulness. Pojkar som skadat sig själva många gånger uppvisar lägre grad av mindfulness än övriga pojkar. Resultaten indikerar att det troligtvis finns flera olika anledningar till att ungdomar skadar sig själva.

Nyckelord: Självskadebeteende, självkänsla, mindfulness

Förord

Först och främst vill vi tacka de ungdomar som deltagit i vår studie, utan er medverkan hade denna undersökning aldrig kunnat genomföras. Vi vill även rikta ett speciellt tack till rektorer och berörda lärare på skolorna, samt till vår handledare Lars-Gunnar Lundh.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Förord	3
Innehållsförteckning	4
Disposition av uppsatsen	7
Självskadebeteende	7
<i>Självskadebeteende ur ett kulturellt och religiöst perspektiv</i>	7
<i>Förklaringsmodeller till självskadebeteende</i>	9
<i>Miljömodell</i>	9
<i>Driftmodell</i>	10
<i>Trauma och dissociation</i>	10
<i>Affektreglering</i>	11
<i>Gränsmodell</i>	12
<i>Impulsivitet som riskfaktor</i>	12
<i>Biologiska perspektiv</i>	13
<i>Definition av självskadebeteende</i>	14
<i>Prevalens av självskadebeteende</i>	16
Självkänsla	19
Mindfulness	20
Syfte	21
Metod	22
<i>Deltagare</i>	22
<i>Material</i>	22
<i>Deliberate Self-Harm Inventory</i>	22
<i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i>	23
<i>Mindful Attention Awareness Scale</i>	23
<i>Procedur</i>	23
<i>Urvalsförfarande</i>	23
<i>Etiska överväganden</i>	24
<i>Testsituationen</i>	24
Resultat	25
<i>Prevalens av självskadebeteende</i>	25
<i>Självkänsla</i>	27
<i>Mindfulness</i>	27

<i>Samband mellan självskadebeteende, självkänsla och mindfulness</i>	28
<i>Extremgruppsjämförelser.....</i>	28
<i>Jämförelse mellan skolorna</i>	29
Diskussion	30
<i>Metodreflektion</i>	36
Referenser.....	39
Bilaga A.....	41
Bilaga B.....	42
Bilaga C.....	44
Bilaga D.....	45

SJÄLVSKADEBETEENDE HOS TONÅRINGAR

En studie rörande förekomsten av självskadande beteende hos ungdomar i årskurs nio, i relation till kön, självkänsla och grad av mindfulness.

Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar är något som uppmärksammas alltmer under de senaste åren och självskadebeteende är ett fenomen som det allt oftare talas om. Den rådande uppfattningen förefaller vara att detta är ett beteende som ökar bland unga, men huruvida denna uppfattning enbart beror på att beteendet fått större uppmärksamhet de senaste åren, eller om den grundar sig på en faktisk ökning av prevalensen, är oklart.

Socialstyrelsen fick 2003 i uppdrag av regeringen att kartlägga omfattningen av självskadande beteende hos flickor, kunskapen kring dess förekomst, förebyggande åtgärder, metoder för tidig upptäckt och insats, samt behandling. Rapporten, som kartläggningen mynnade ut i, visar att det råder stora kunskapsbrister inom samtliga undersökta aspekter. Kartläggningen ger vissa belägg för att självskadande beteende hos unga flickor har ökat, men pekar samtidigt på att mörkertalet är stort. Detta medför att det är svårt att dra några slutsatser om fenomenets omfattning. Ett av socialstyrelsens uppdrag var att sammanställa nationell och internationell forskning om självskadande beteende hos flickor. Man fann ytterst få studier att tillgå inom detta område. Vidare fann man att det förekommer ett flertal olika definitioner av begreppet "självskada", samt att samma begrepp i olika studier betecknar olika fenomen. Socialstyrelsen betonar vikten av att kartlägga förekomsten av självskadebeteende samt att utprova metoder för tidig upptäckt (Socialstyrelsen, 2004).

Vårt personliga intresse för ämnet väcktes då vi båda har varit, och är, verksamma inom barn- och ungdomspsykiatri och här kommit i kontakt med ungdomar som skadar sig själva. Dessa möten har väckt nyfikenhet för och intresse av att studera fenomenet närmre. Vår gemensamma uppfattning är att det är ytterst angeläget att få en tydligare bild av självskadande beteende, dess förekomst och samverkande faktorer. Bristen på kunskap rörande detta fenomen motiverar således föreliggande uppsats, vars syfte är att studera prevalensen av självskadande beteende, samt eventuella samband med självkänsla och mindfulness, hos pojkar och flickor i årskurs nio.

Disposition av uppsatsen

Föreliggande uppsats kommer inledningsvis att ge en översikt av självskadebeteende utifrån olika kulturella och religiösa perspektiv, varefter en överblick av olika aktuella förklaringsmodeller till självskadebeteende följer. Vidare diskuteras olika definitioner av begreppet självskadebeteende vilket leder fram till den definition uppsatsen anammat. Slutligen redogörs det för studier rörande prevalens av självskadebeteende, samt två kortare avsnitt gällande självkänsla och mindfulness. Teoridelen utmynnar i uppsatsens syfte. Härefter följer metod, redovisning av resultat, samt diskussion. Uppsatsen avslutas med en reflektion kring det metodologiska upplägget.

Självskadebeteende

Självskadebeteende ur ett kulturellt och religiöst perspektiv

Att uttrycka lidande via sin kropp är inget nytt fenomen och det finns flera olika beteenden genom vilka människor tillfogar sig själva skada. Inom många religioner ingår lidandet, speciellt att uthärda smärta, som ett sätt att uppnå högre medvetande och därmed komma i kontakt med den andliga världen. Genom historien har människor som uthärdat frivilligt lidande betraktats som martyrer. Få religiösa anhängare blir martyrer, men många väljer att försöka efterlikna deras lidande och vållar sig själva kroppslig smärta avsiktligt (Favazza, 1996).

Favazza (1996) resonerar kring varför offer och fokus på lidande är så viktigt inom religionen. Han ställer sig undrande till vilket syfte lidandet har, samt hur människor kan se på självskadande som ett slags heligt offer. Han frågar sig vidare vad de kan uppnå genom denna handling. Favazza beskriver handlingar genom vilka människan tillfogar sig själv smärta som ett sätt att etablera en kontakt mellan den andliga och profana världen. Han skildrar flera kulturellt sanktionerade riter där människor frivilligt skadar sig själva. Som ett exempel på detta nämner han shamaner, vilka frivilligt deltar i självskaderiter för att på detta sätt kunna få en helande förmåga och genom denna hjälpa andra människor. Människor medverkar i denna prövning då de har övertygelsen om att deras beteende tjänar ett högre syfte som kommer att gynna antingen dem själva eller hela samhället.

Inom den mystiska islamiska traditionen, sufismen, är asketism och självspäkning vanligt förekommande. Inom denna tradition använder man sig av olika former av självskadande för

att komma i ett extraordinärt psykiskt tillstånd, vilket kan tolkas som att vara i kontakt med Gud. Även inom hinduismen beskrivs lidandet som viktigt. Här ses lidandet som en del av att finnas till och genom detta kan driften att leva och driften att dö förenas (Favazza, 1996). På samma sätt har det inom det kristna samhället funnits heliga riter, vilka innebär att på olika sätt uthärda smärta eller annat lidande, som ett sätt att etablera en kontakt med den andliga världen (Clarke & Whittaker, 1998). Skårderud (1999) beskriver hur det i kristna kulturer har förekommit ”epidemier” av självskadande, som exempelvis hos flagellanterna på 1300-talet, vilka var grupper av människor som piskade sig själva. Även medeltidens klostersistrar skadade sig själva för att visa sin askes. Detta kunde handla om att skära sig i ansiktet, bränna sig, gå med vassa stenar i skorna eller sticka silverspikar i bröstet.

Världen över förekommer det olika initieringsriter för unga människor då de närmar sig vuxen ålder. Syftet med dessa är att hjälpa den unge att lämna adolescensen och träda in i vuxenlivet, samt att tillägna sig den nya roll som samhället kräver av den vuxne medborgaren. Många av dessa riter innebär smärftfullt självskadande, vilket tycks ha flera viktiga funktioner. Självskadandet kan förhöja upplevelsen av ritualen, koncentrera den unges uppmärksamhet, samt låta denne demonstrera sin inre styrka (Favazza, 1996). Att skada sig själv kan således ses som ett uttryckssätt och en ritual vilken ger unga människor en känsla av att tillhöra en samtida grupp.

Skårderud (1999) menar att självskadabeteende är ett ökande fenomen i vår tid. Han ställer sig frågande till om det enbart är ett mode, eller om det är ett fenomen som har djupare betydelse än så. Skårderud menar att människor i alla kulturer iscensätter kroppsritualer för att kroppen ska illustrera individens inre tillstånd och sociala status. Det finns flera grupper i vårt samhälle som söker sig tillbaka till tidigare kulturers kroppsritualer. ”Modern primitives” är en sådan grupp och dess anhängare ökar alltmer i antal. ”Modern primitives” har sitt ursprung i USA där den bildades i slutet av 1970-talet av en grupp människor vilka utövade vad de kallade radikala kroppshandlingar. Rörelsen har under de senaste årtiondena spridit sig och har nu många sympatisörer världen över. Medlemmarna i denna grupp hävdar att modernisering och industrialisering har gjort människan psykiskt känslösa och att många i vår tid har glömt bort kopplingarna mellan smärta och lust. För medlemmarna i ”Modern primitives” handlar självskadande framförallt om mentala och känslomässiga tillstånd som kan beskrivas i termer av extas, trans eller som att vara fränkopplad och dissocierad. De talar inte om smärta utan snarare om sensationer, vilka i sin tur kan förvandlas

till nästan vad som helst. Oftast är det ett förändrat medvetandetillstånd som eftersträvas. Hellre än att kalla dessa handlingar för självskadande väljer gruppens anhängare att tala om ”kroppsslek” (”body play”). De framhåller att vad de gör med sina kroppar är rituellt, inte sjukt, att det är fysiskt berikande och inte ett självskadande. Nasser (2004) attribuerar fenomenet till en universell känsla av att vara vilse i en multikulturell värld som förespråkar olikhet, men där människors beteenden ändå fortsätter enligt en monokulturell livsfilosofi. Det är maktlösheten inför att inte kunna förändra världen som tvingar individer att förändra vad de har makt över; sina egna kroppar.

Självskadande har, utifrån ett historiskt perspektiv, ofta betraktats som mystiskt, motbjudande och obegripligt. Den förhärskande förklaringen har varit att en människa som utför en sådan handling är besatt av djävulen eller av demoner. Med utvecklingen av vetenskapen i allmänhet, och av psykiatrin och psykologin i synnerhet, har övernaturliga förklaringar till fenomenet fått ge vika för nya tolkningar. Mängden olika förklaringsmodeller tyder på att ingen av dem är universell och att själva begreppet självskadande är problematiskt (Favazza, 1996).

Förklaringsmodeller till självskadebeteende

Enligt Favazza (1996) är självskadebeteende ett alltför komplext fenomen för att kunna förstås och förklaras utifrån ett enda perspektiv. Det finns ett flertal olika förklaringsmodeller, alltifrån biologiska till psykologiska och sociala, vilka samtliga innehåller aspekter som bör tas i beaktande. Favazza påstår att alla former av självskadande delar gemensamma mål; att undvika något speciellt obehag eller att uppnå en känsla av helhet, tillhörighet eller socialt värde. Favazza anser självskadande vara tillfälligt meningsfullt, begripligt och ganska vanligt förekommande hos människan.

Miljömodell. Suyemoto (1998) studerade aktuell litteratur och forskning rörande det självskadande beteendets funktion. En av de modeller Suyemoto beskriver är miljömodellen, vilken omfattar teorier som grundar sig i beteendemässiga- och systemiska utvecklingstraditioner. Denna fokuserar på interaktionen mellan individen som skadar sig själv och dennes miljö. Modellen belyser de faktorer som kan ha initierat beteendet, men beaktar även de omständigheter som kan fungera som bibehållande faktorer. Antagandet är att det självskadande beteendet fyller en funktion för både individen som utför handlingen och för systemet kring denna person. Självskadebeteende antas ha sitt ursprung antingen i en

familjemodell där det förekommer någon form av övergrepp, eller genom modellering och inläring av beteendets medföljande fördelar. Familjemodellen antas leda till att individen upplever det självskadande beteendet som normalt och härmed sammanlänkas smärta med omvårdnad. Självskadebeteendet förstärks antingen internt, genom att individen som utför handlingen erhåller en känsla av lättnad, eller externt i form av förstärkning från exempelvis familj och vänner. Den sociala inläringsteorin menar följaktligen att tonåringen, genom modellering, imitation och identifikation, lär sig omgivningens modeller där skada och omvårdnad är associerat med varandra, och därefter försöker sig på självomvårdnad genom självskada. Teorin förklarar också den smittande effekt som självskadande beteende antas ha. Genom modellering och förstärkning kan individer observera att självskadande beteende belönas och därmed imitera beteendet. Således antas uppmärksamhet fungera som en kraftfull förstärkare för beteendet.

Driftmodell. Driftmodellerna, som primärt har sina rötter i psykoanalytisk utvecklingsteori, betraktar självskadebeteende som ett uttryck för, eller bortträngning av, livslusten, döds- eller sexualdrifterna. Suyemoto (1998) menar att en del författare betraktar självskadande handlingar som en kompromiss mellan livs- och dödsdriften, där dessa handlingar utgör ett försök att undvika fullständig destruktion genom kanalisering av de destruktiva impulserna till självskadebeteende. I dessa termer ses beteendet som en aktiv copingmekanism, vilken används för att undvika suicid. Detta står i direkt kontrast till dem som betraktar självskadebeteende som direkta suicidförsök. Andra författare menar att självskadande beteende är förknippat med sexualitet. Detta kan vara i både positiv och negativ bemärkelse, som en sexuell tillfredställelse eller som en bestraffning för sexuella känslor. Sambandet mellan självskadebeteende och sexuell utveckling antas genom den relativa frånvaron av självskadande beteende innan puberteten.

Trauma och dissociation. Självskadande beteende kan vara ett sätt att manifesterat traumatiska upplevelser i barndomen. I många fall av självskadande finns det en förhistoria av våld, sexuella övergrepp eller fysisk smärta. Tidiga upplevelser av kroppslig smärta eller kränkande behandling kan bilda en prototypfarenhet för externalisering av inre förnimmelser (Skårderud, 1999). Cavanaugh (2002) har studerat hur traumatiska händelser i barndomen kan få till följd att en människa försöker komma tillrätta med dessa upplevelser genom att skada sig själv. Speciellt har han sett samband mellan sexuella övergrepp hos flickor och en hög grad av självskadande i form av att skära sig. Cavanaugh menar att dessa

unga kvinnor ofta har en störd kroppsuppfattning och låg självkänsla. Han pekar också på att de många gånger lider av skuldkänslor samt att de nedvärderar sig själva. Gratz (2003) menar att även om mycket av forskningen tyder på att det finns ett samband mellan sexuella övergrepp i barndomen och senare självskadebeteende, bör man beakta möjligheten att det kan vara andra variabler inblandade. Som exempel på en sådan variabel nämner Gratz emotionell försummelse. Hon menar att det är viktigt att bryta ner begreppet sexuella övergrepp då man undersöker dess konsekvenser. Samuelsson (2001) beskriver hur barndomstrauma och emotionell försummelse ofta resulterar i en kronisk oförmåga att hantera känslomässiga och beteendemässiga reaktioner. Hon menar att speciellt emotionell försummelse är en riskfaktor för senare psykopatologi, samt att ett gemensamt drag för de som skadar sig själva är en låg självkänsla och en känsla av värdelöshet. Samuelsson (2004) framhåller att de allvarligaste följderna av trauma är dissociation, vilket innebär en känsla av avstängning av kropp och själ, isolering från det vardagliga livet, men även avstängning från sin egen och andras historia. Dissociation används som skydd mot outhärdlig smärta, skräck och terror. Det förekommer ofta en hög grad av dissociation vid sexuella övergrepp och det finns en koppling mellan dissociation och självskadebeteende på så sätt att den självskadande handlingen antas bryta det dissociativa tillståndet.

Affektreglering. Det finns ett flertal författare vilka diskuterar kring hur självskadebeteende används med avsikt att reglera affekter (Suyemoto, 1998). Flera av dessa anser att affektreglering är det självskadande beteendets primära syfte. Självskadebeteende kan användas för att uttrycka emotioner och konflikter både gentemot självet och gentemot andra. Det kan även ge individen en upplevelse av kontroll över de känslor som hotar att överväldiga henne och hennes koppling till omvärlden. Enligt detta synsätt ger självskadebeteenden uttryck för överväldigande känslor, samt skapar en känsla av kontroll. De överväldigande känslorna är vanligen relaterade till en upplevelse av övergivenhet just före den självskadande handlingen och kan utgöras av exempelvis ilska. Enligt affektregleringsteoretikerna kan man även se självskadebeteende som ett behov hos individen av att känna riktig fysisk smärta istället för det emotionella lidandet. Exempelvis kan individen behöva bekräftelse för den emotionella smärtan för att kunna uppleva att hennes känslor är riktiga, rättfärdigade eller möjliga att stå ut med. Det självskadande beteendet kan därmed reglera den överväldigande affekten genom att den passiva smärtan vänds till en aktiv smärta vilken kan kontrolleras.

Det är möjligt att individer som skadar sig själva oftare har svårigheter med att uttrycka sig verbalt. Om språket inte kan användas för att skapa ett avstånd till känslan och därmed reglera affekten, kan det självskadande beteendet utgöra ett substitut. Även om dessa personer i många sammanhang framstår som välartikulerade, kan de ha en föga utvecklad förmåga att verbalt uttrycka emotioner. Självskadandet kan då utgöra en början till ett språk där handlingen kan ses som ett varsel om att något är skadat. Ett sår blir här en synlig representation av ett inre tillstånd. Det är en definierbar, avgränsbar och synlig skada som ger namn åt en inre skada som är svårare att definiera, att avgränsa och att se (Skårderud, 1999).

Gränsmodell. Gränsmodellen, som primärt har sitt ursprung i objektrelationsteorier och självpsykologin, förklarar självskadebeteende utifrån individens behov av att försäkra sig om självets gränser. Enligt denna modell skapar ett uppfattat övergivande intensiva emotioner som hotar att uppsluka självet. Avsaknaden av gränser leder till att upplevelsen av en förlust av andra är en upplevd förlust av självet. Det självskadande beteendet antas definiera självets gränser, då huden utgör den mest basala gränsen mellan själv och andra. Utifrån detta perspektiv tänker man sig att de individer som skadar sig själva var oförmögna att adekvat separera från sina mödrar under tidig barndom, då anknytningen inte var tillräckligt säker. Tonåringens behov av autonomi och identitetsutveckling antas blåsa nytt liv i de initiala erfarenheterna beträffande separation och individuation (Suyemoto, 1998).

Impulsivitet som riskfaktor. Impulsivitet är ett vanligt kännetecken i flera av de störningar som beskrivs i ett av de vanligaste diagnossystemen, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders version 4, DSM-IV, exempelvis i borderline- och antisocial personlighetsstörning, samt i bulimia nervosa. Impulsivitet ses vidare som ett grundläggande karaktärsdrag i de mer specifika impuls kontrollstörningarna som exempelvis pyromani, spelmani och kleptomani (American Psychiatric Association, 2002). Impulsivitet betraktas som en riskfaktor vad gäller suicidalt beteende, särskilt vid personlighetsstörningar av borderlinetyp. Impuls kontrollstörningarna, som beskrivs i DSM-IV, karakteriseras av misslyckande att motstå en impuls, drift, eller frestelse att utföra en riskfylld handling, samt förekomsten av ökad spänning innan handlingen genomförs och lust, lättnad eller tillfredsställelse när handlingen väl är utförd. Vidare kan impulsivitet ses i termer av personlighet, exempelvis en individs tendens att reagera snabbt på stimuli istället för att undertrycka responsen. Dessa individer kan även ha ett snabbt kognitivt tempo på bekostnad

av tillförlitlighet, samt använda sig av behovsorienterad problemlösning istället för framtidsorienterad (Herpertz, Sass & Favazza, 1997).

Herpertz et al. (1997) undersökte impulsivitet, aggressivitet, affektiv reaktivitet samt serotoninnivå i relation till självskadebeteende. Ytligt självskadande, exempelvis att skära eller bränna sig, antas vara associerat med svårigheter att kontrollera impulser och då beteendet upprepas uppfyller det de diagnostiska kriterierna för en impulsivitetstörning. Fyra grupper deltog i studien, en bestod av individer som skadade sig själva, en utgjordes av patienter med andra impulsiva beteenden förutom självskadebeteende, en grupp bestod av patienter utan några impulsiva beteenden och den sista gruppen var en icke-klinisk kontrollgrupp. Olika frågeformulär distribuerades till deltagarna, vidare användes intervjuer och fysiologiska undersökningar. Resultaten stödde antagandet att impulsivitet bidrar till självskadande beteende. De som skadade sig själva visade brister i framtidsorienterad problemlösning. Vidare upplevde de intensiv ilska som reaktion på stimuli, även då dessa var på låg nivå, vilket indikerar en affektiv hyperreaktivitet. Problemen med affektreglering förstoras ytterligare av bristerna i de kognitiva kontrollmekanismerna för ilska, vilket skapar snabba humörsvängningar som respons till stressorer. Resultaten visade även att de allvarigare formerna av självskadebeteende var mer relaterade till inåtriktad ilska än till utagerande. Författarna menar att de som skadar sig själva har svårigheter med att uttrycka ilska, varför de vänder ilskan mot sig själva i form av att skära eller bränna sig. Resultaten visade också ett samband mellan impulsivitet och hypofunktion vad gäller serotoninutsöndringen, vilket stöder antagandet att serotoninssystemet är involverat i biologin bakom impulsivitet. Sammanfattningsvis kom författarna fram till att de som skadade sig själva visade flera olika typer av impulsiva beteenden, brister i framtidsorienterad problemlösning samt affektiv hyperreaktivitet. De som skadade sig själva uppvisade inte en distinkt patologi som diskriminerade dem från patienter med andra impulsiva, riskfyllda beteenden. Snarare visade de en allvarigare variant av impulsivt beteende.

Biologiska perspektiv. Andra förklaringsmodeller utgår från ett biologiskt perspektiv där aktiviteten hos olika neurotransmittorer sätts i relation till självskadande handlingar. Aktivitetsnivån hos neurotransmittorn serotonin har studerats hos personer med personlighetsstörningar och jämförelser har gjorts mellan grupper bestående av individer som skadar sig själva och grupper där detta fenomen inte förekommer. Dessa studier visar att en låg serotoninaktivitet i hjärnan korrelerar med suicidförsök samt med en hög grad av

instabilitet, aggression och impulsivitet. Denna ökade risk för aggressiva impulser riktade mot individen själv och andra kan visa sig som självskadehandlingar (Favazza, 1996).

En annan grupp av neurotransmittorer, encefaliner, kan också spela en roll vid självskadehandlingar. Encefaliner är opiumliknande ämnen som produceras i hjärnan och i olika endokrina körtlar. En av dessa neurotransmittorers uppgifter är att dämpa smärta och reglera känslor genom att ha en allmänt luthöjande effekt, liknande den som kan fås vid intagandet av opium eller heroin. Smärtan som uppstår vid en självskadehandling kan komma att förknippas med utlösandet av det smärtdämpande och luthöjande encefalinet. Därmed kan det självskadande beteendet utföras för att inducera produktionen av detta ämne. Personer som skadar sig själva lär sig på detta sätt att associera självskadehandlingar med positiva känslor och när de känner sig nedstämda kan de skära eller bränna sig för att på så sätt må bättre. Ytterligare neurotransmittorer, norepinefrin och dopamin, har visat sig kunna ha samband med självskadehandlingar. Dessa ämnen förhöjer kroppens vakenhet och kan väcka en känsla av irritabilitet, vilket i sin tur kan framkalla en serotonin- medierad handling av självskadande (Favazza, 1996).

Definition av självskadebeteende

Det råder ingen vetenskaplig konsensus beträffande hur begreppet självskadebeteende bör definieras. Detta medför svårigheter vid jämförelser av studier, där samma begrepp används för att belysa olika fenomen, eller där olika begrepp representerar samma beteende. I en del studier omfattas definitionen av ungdomar som utsätter sitt liv för fara genom exempelvis missbruk, ätstörningar eller sexuellt utagerande. Vanligtvis studeras kliniska grupper, vilket medför att det självskadande beteendet uppfattas som ett symtom på en psykisk störning.

Självskadebeteende förknippas allmänt med borderline personlighetsstörning, där de självstympande handlingarna utgör en del av de diagnostiska kriterierna i DSM-IV (Ottosson, 2000). Det verkar förekomma en generell uppfattning om att personer med borderline-diagnos är krävande, manipulativa och provocerande för sin omgivning, vilket troligen bidrar till det stigma självskadebeteende associeras med (Gratz, 2001). Det är ytterst vanskligt att utifrån en psykiatrisk diagnos generalisera till en icke-klinisk population och således är det av största vikt att skilja de olika fenomenen åt för att frigöra begreppet självskadebeteende från den belastning en koppling till en personlighetsstörningsdiagnos kan utgöra.

Ross och Heath (2001) menar att ett definitionsproblem utgörs av att ett begrepp som *self-mutilation* används växelvis med begrepp som *self-injurious behavior*, *deliberate self-harm*, *parasuicid* och *self-wounding*. Begreppen *self-mutilation* och *self-harm* har använts för att beskriva ungdomar som har försökt begå självmord, men även de som avsiktligt skadat sig själva utan suicidal avsikt. Författarna menar att skillnaden mellan dessa subgrupper är kritisk då forskning visar att *self-mutilation* och suicidförsök är distinkta fenomen med olika etiologi. En del undersökningar har slagit samman de olika subgrupperna och därmed begränsas möjligheten till att uppskatta förekomsten av *self-mutilation*.

Även Gratz (2001) menar att ett av de största problemen inom forskning rörande självskadande beteende utgörs av bristen på en enhetlig definition. Hon påpekar att begreppen *deliberate self-harm*, *self-injury*, och *self-mutilation* används växelvis för att beskriva samma fenomen. Begreppet *deliberate self-harm* används även för att beskriva olika fenomen. Gratz betonar, liksom Ross och Heath (2001), att en del forskare inte skiljer mellan att avsiktligt skada sig och avsikten att ta sitt liv, och att de därmed blandar samman självskadande beteende och suicidförsök.

Enligt Gratz (2001) ger Favazza (1996) den mest detaljerade och explicita beskrivningen av ett fenomen han kallar *self-mutilation* och Gratz använder sig av hans definition när hon föreslår begreppet *deliberate self-harm*. *Deliberate self-harm* beskrivs som episodiska och upprepade former av ytlig *self-mutilation*, definierat som: det avsiktliga, direkta förstörandet eller förändrandet av kroppsvävnad utan medveten suicidal avsikt, vilket resulterar i vävnadsskador som exempelvis ärr.

Suyemoto (1998) har i sin översikt av tillgänglig forskning rörande självskadande beteende funnit en definition som majoriteten av studierna använder sig av. Denna definition lyder: *self-mutilation* är ett direkt, socialt oacceptabelt, repetitivt beteende som orsakar milda till måttliga fysiska skador. Det är inte ett suicidförsök, eller en respons till ett behov av självstimulering, inte heller ett stereotypiskt beteende karakteristiskt för mental retardation eller autism.

Favazza (1996) hävdar att självskadande beteende bör diagnostiseras som ett eget psykiatriskt syndrom, men inget av de vanligaste diagnosystemen, DSM-IV eller International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems version 10 (ICD-10), innehåller någon sådan kategori.

Vidare skiljer Favazza (1996) mellan två huvudkategorier av självskadebeteende vilka han benämner *kulturellt sanktionerat självskadebeteende* och *avvikande-patologiskt självskadebeteende*. Den sistnämnda kategorin delar han i sin tur upp i *egentlig* (major), *stereotypisk* (stereotypic) och *ytlig* (superficial) självskada. Kategorin ytlig självskada skiljer mellan *tvångsmässigt*, *episodiskt* och *repetitivt* självskadebeteende. Det episodiska självskadebeteendet sker under en begränsad tidsrymd och utförs ett begränsat antal gånger, medan det repetitiva självskadebeteendet utförs flera gånger under längre perioder och tenderar att utvecklas till individens normala sätt att hantera psykisk smärta. Favazza anger fem kriterier för repetitivt självskadebeteende: 1) upptagenhet med att skada sig själv fysiskt, 2) återkommande misslyckanden att motstå impulser att skada sig själv, 3) ökad upplevelse av inre spänning omedelbart före självskadan, 4) känsla av välbefinnande eller lättnad i direkt anslutning till självskadehandlingen och 5) handlingen är inte avsedd som ett självmordsförsök och har inget samband med förvirring, hallucinationer eller någon allvarlig mental retardation.

Föreliggande uppsats har valt att definiera självskadebeteende som de handlingar genom vilka en individ medvetet skadar sin kropp genom att skära, rispa eller bränna huden, eller på andra sätt tillfogar sig själv yttre skador utan avsikt att ta sitt liv. I undersökningen ingår inte ungdomar som genom sin livsföring skadar sig själva (missbruk, sexuellt eller annat utagerande beteende som utsätter individen för hälsorisker) eller de som intoxikerar sig. Hädanefter kommer begreppet självskadebeteende (självskadande, självskadande handling eller självskadande beteende) att användas för att beteckna de beteenden som överensstämmer med uppsatsens valda definition.

Prevalens av självskadebeteende

Ross och Heath (2001) undersökte förekomsten av självskadebeteende hos elever i high-school. De uppmärksammade det faktum att majoriteten av tidigare studier kring självskadebeteende utgörs av fallstudier och undersökningar av kliniska grupper bestående av individer med personlighetsstörningar och andra psykiatriska diagnoser. Författarna definierar självskadebeteende som vilken händelse som helst där en individ avsiktligt försökt förändra eller förstöra kroppsvävnad utan suicidavsikt (skära sig, bränna sig, riva, slå, bita eller nypa sig). De elever som ägnat sig åt annat riskbeteende, som exempelvis drogbruk och vårdslös körning, inkluderades inte i självskadegruppen. Totalt deltog 440 studenter från två skolor i

undersökningen. Studien använde sig av frågeformulär och semistrukturerade intervjuer. De elever som i formuläret svarade att de någon gång skadat sig själva med avsikt valdes sedan ut till att delta i intervjun. Syftet med intervjun var att klargöra huruvida deltagaren kunde klassificeras som att ha skadat sig själv i enlighet med författarnas definition. I undersökningen användes även Becks depressions- och ångestskala för att undersöka om det fanns samband mellan självskadebeteende, depression och/eller ångest. Utifrån frågeformuläret svarade 21,2 procent av eleverna i innerstadsskolan, respektive 19,6 procent i förortsskolan, att de skadat sig själva avsiktligt. Efter intervjun visade det sig att 13 procent av deltagarna kunde kategoriseras som att ha skadat sig själva i enlighet med författarnas definition av självskadebeteende. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan skolorna vad gäller prevalensen, därför slogs urvalen samman och den genomsnittliga prevalensen blev 13,9 procent. 64 procent utgjordes av flickor, 36 procent av pojkar. Denna skillnad var signifikant. 42 procent uppgav att de skar sig, vilket var den vanligaste metoden och 32,8 procent rapporterade att de slog sig. De ungdomar som skadade sig själva uppvisade signifikant högre depressiv symptomatologi och högre grad av ångest än de ungdomar som inte skadade sig själva. Skolorna som deltog i studien skilde sig åt vad gäller elevernas etnicitet och socioekonomisk status, men eleverna uppvisade ändå liknande frekvens av självskadande beteende. Detta antas indikera att självskadande beteende är allmänt förekommande. Författarna resonerar kring de könsskillnader som resultatet visar och tänker sig att en möjlig förklaring är att flickor och pojkar använder sig av olika copingbeteenden när de möter stress. De diskuterar möjligheten att pojkar använder mer utagerande destruktiva beteenden än flickor. Författarna resonerar kring hur utåtriktad ilska är mindre socialt accepterat för flickor, vilka antas vända ilskan inåt.

Gratz (2001) genomförde en studie vars huvudsyfte var att utveckla och validera ett mätinstrument för avsiktligt självskadande, baserat på en tydlig och kliniskt användbar konceptuell och operationell definition av begreppet. The Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI) är ett frågeformulär som består av 17 frågor, baserade på den konceptuella definitionen av avsiktligt självskadande som: det avsiktliga, direkta förstörandet eller förändrandet av kroppsvävnad utan medveten suicidal avsikt, vilket resulterar i vävnadsskador som exempelvis ärr. Formuläret, som är beteendebaserat, bedömer olika aspekter av avsiktligt självskadande, inklusive frekvens, allvarlighetsgrad, varaktighet samt typ av självskadande beteende. De specifika självskadande handlingar som formuläret efterfrågar är baserade på kliniska observationer, utsagor av individer som använder sig av avsiktligt självskadande samt

vanliga beteenden som rapporterats i litteraturen. 150 studenter i åldern 18-64 år deltog i studien. 35 procent rapporterade en historia av avsiktligt självskadande, av dessa uppgav 83 procent att de skadat sig mer än en gång. 68 procent använde multipla metoder för att skada sig själva, varav den vanligaste metoden, bland både män och kvinnor, var att skära sig. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan könen vad gällde frekvensen av självskadebeteende; 34 procent av kvinnorna och 38 procent av männen uppgav att de avsiktligt skadat sig själva.

Fördelen med DSHI är att det är beteendebaserat, vilket medför att forskarna vet exakt vilka beteenden de mäter. Det säkerställer att deltagarna enbart rapporterar om de beteenden som är av intresse för forskaren. Dessutom tyder den psykometriska datan på att DSHI har god reliabilitet och validitet, vilket är en förbättring då tidigare instrument inte har några etablerade psykometriska uppgifter. Ytterligare en fördel är att DSHI ger en bedömning av beteendets frekvens, jämfört med enbart närvaron respektive frånvaron av ett visst beteende (Gratz, 2001).

Gratz, Conrad och Roemer (2002) undersökte avsiktligt självskadebeteende i relation till fysiska och sexuella övergrepp i barndomen, anknytning och dissociation. 133 deltagare fyllde i olika formulär avsedda att fånga in ovanstående fenomen. Medelåldern hos deltagarna var 23 år, 67 procent var kvinnor, 33 procent män. Författarna menar att en av fördelarna med studien var att den genomfördes i en icke-psykiatrisk population, då det finns ytterst lite beskrivande information angående självskadande individer som inte tillhör den kliniska populationen. Författarna menar att det är möjligt att de individer som finns i normalpopulationen utgör en majoritet av dem som skadar sig själva. Det är dock viktigt att beakta att det kan finnas en skillnad mellan de som använder sig av repetitiva självskadehandlingar och de som endast skadat sig själva en eller två gånger. Deliberate Self-Harm Inventory användes för att belysa graden av självskadande beteende. Resultaten visade att 38 procent av deltagarna uppgav att de hade skadat sig själva. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan män och kvinnor, vilket utgjorde ett av de mest intressanta fynden i studien. Detta kan tyda på att självskadebeteende är lika vanligt förekommande bland män som bland kvinnor. Det visade sig dock finnas skillnader vad gäller riskfaktorer för män och kvinnor. Den mest signifikanta prediktorn för självskada bland kvinnorna var dissociation, medan det för männen var separationer i barndomen, speciellt fysisk separation från fadern. Resultaten kan ses som en indikator på att skillnader mellan könen, vilka traditionellt antagits gällande självskadande beteende, inte förekommer i den utsträckning man tidigare trott.

Socialstyrelsen pekar på att i studier rörande prevalens av självskadebeteende har frågorna formulerats på olika sätt vilket försvårar jämförelser. Detta medför att det även blir komplicerat att ta ställning till vad som är kliniskt relevant och Socialstyrelsen varnar för risken att enstaka självskadehandlingar uppfattas som långt allvarligare än vad de kanske är. De studier Socialstyrelsen sammanställt och redovisat, beträffande avsiktlig självskada hos ungdomar i åldern 15-16 år, använder vida definitioner av självskadebeteende, vilka även omfattar intoxicationer, drogmissbruk och suicidförsök. Det framkommer dock att den vanligaste metoden för avsiktlig självskada bland ungdomar är att skära sig. Trots den vida definitionen av självskadebeteende visar dessa studier endast på en prevalens mellan fyra till sju procent (Socialstyrelsen, 2004). Detta pekar på en lägre förekomst än vad Ross och Heath (2001) fann, vars resultat indikerade en prevalens på 13,9 procent trots en snävare definition.

Självkänsla

Begreppet självkänsla används ofta slentrianmässigt som synonym för självförtroende eller självsäkerhet. Självkänsla står för hur vi värderar oss själva, hur vi känner inre tillfredsställelse och tillit, samt för vår självrespekt och självacceptans (Johnsson, 2003). Johnsson använder benämningen hög respektive låg självkänsla, och menar att självkänslan är en relativt bestående och stabil grundegenskap. Vidare skiljer hon mellan basal och förvärvad självkänsla, där den basala definieras som den acceptans föräldrarna ger barnet och som barnet sedan internaliserar, medan den förvärvade självkänslan innefattar individens kompetens, ansvarskännande och uppskattning från andra. I den förstnämnda, vilken leder till *inre* självkänsla, är individens roll passiv, medan i den andra, som ger *yttre* självkänsla, är individens roll mer aktiv. En hög grad av självkänsla är mer än individens, ofta temporära, positiva evaluering av sitt värde. Den inbegriper också en god anpassning och en konstruktiv livshållning. Individens förhållningssätt till, och värdering av, det egna självet utgör en grundton i personligheten. Att ha en god självkänsla skyddar människan vid kriser och förluster, medan en låg självkänsla ofta i någon grad ligger bakom sociala och psykologiska problem som ångest, depression, våldsbeteende och självmordsbenägenhet.

På senare tid har det väckts ett intresse för självkänslans multidimensionella natur och instrument avsedda att mäta självuppfattning inom flera olika domäner har utformats. Man tänker sig att individer kan ha positiva självuppfattningar inom vissa områden, exempelvis akademiska, men inte inom andra, exempelvis sociala. Dessa olika domäner antas interagera

och tillsammans skapa den globala självkänslan. Trots trenden att undersöka självkänslans multidimensionella aspekter kvarstår intresset att bedöma en mer övergriplig och global självuppfattning (Bleiler, Boo, & Vispoel, 2001). Det globala självkonceptet förefaller dominera under barndomen och adolescensen, men blir svagare i vuxenåldern då olika facetter blir mer definierade, distinkta och tydliga (Dukes & Martinez, 1994).

Adolescensen antas vara en kritisk period för utvecklingen av självkänsla, där pojkars och flickors självkänsla tar olika vägar (Kling, Hyde, Showers & Buswell, 1999). En del studier visar att flickornas självkänsla under denna period minskar, medan pojkarnas ökar. I en del undersökningar finner man att män har högre självkänsla än kvinnor, medan andra pekar på det motsatta, eller inte finner några könsskillnader alls. Kling et al. (1999) utförde en metaanalys för att undersöka huruvida det finns könsskillnader hos ungdomar vad gäller global självkänsla. Resultaten visade en liten, men statistiskt signifikant, könsskillnad där pojkarna uppvisade en högre självkänsla än flickorna. Skillnaderna i självkänsla var störst i åldersgruppen 15-18.

Mindfulness

Flera filosofiska, spirituella och psykologiska traditioner betonar vikten av kvaliteten på en individs medvetenhet för utvecklandet och bibehållandet av välmående. *Mindfulness* är ett begrepp som ofta diskuteras i detta sammanhang. Begreppet kommer ursprungligen från österländska meditationstraditioner och har sina rötter i buddismen, men på senare tid används begreppet alltmer även i västerländska kulturer. Mindfulness definieras allmänt som förmågan att rikta uppmärksamheten, på ett icke-dömande och accepterande sätt, på de upplevelser som äger rum i det nuvarande ögonblicket, både inom individen själv och i dennes omvärld (Kabat-Zinn, 2003). Kabat-Zinn menar att mindfulness är en biologisk mänsklig förmåga som alla kan ha tillgång till i större eller mindre utsträckning. Mindfulness står i motsatsförhållande till medvetandetilstånd där uppmärksamheten fokuseras på något annat, t.ex. minnen, fantasier, drömmar, oro eller automatiska beteenden. Kabat-Zinn framhåller att även om så gott som alla människor är kapabla till mindfulness, skiljer vi oss ändå till stor del åt vad gäller detta förhållningssätt. Att praktisera mindfulness handlar om att observera, beskriva och delta. Det handlar också om på vilket sätt man gör detta, och det viktigaste är att det sker på ett icke-dömande sätt, med närvaro i nuet. Att utöva mindfulness innebär att man odlar sin förmåga till närvaro, insikt, vishet och tålmod (Dimidjan & Lineham, 2003).

Mindfulness skapar ett utrymme mellan känsla och handling, ju högre grad av mindfulness desto högre grad av medvetenhet om de känslor man har (Kabat-Zinn, 1997).

Brown och Ryan (2003) menar att den allmänna förmågan till mindfulness kan vara relaterad till andra psykologiska egenskaper som kan vara relevanta för mental hälsa och välmående. De utvecklade instrumentet Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) för att kunna mäta graden av mindfulness. Brown och Ryan antar att individer skiljer sig åt vad gäller förmågan att vara medvetna och bibehålla uppmärksamheten på det som händer i nuet, samt att denna förmåga varierar inom individer då den påverkas av olika faktorer. Syftet med deras undersökning var att identifiera dessa inter- och intrapersonella variationer vad gäller mindfulness, att etablera dess relationer till andra psykologiska fenomen, samt att visa vilken vikt dessa har för olika former av psykologiskt välmående. Det centrala syftet var att undersöka empiriska länkar mellan mindfulness och välmående. MAAS mäter närvaron eller frånvaron av uppmärksamhet på, och medvetenhet om, vad som händer i nuet, snarare än attribut som acceptans, tillit och empati, vilka annars vanligtvis associeras med mindfulness. MAAS reliabilitet och validitet undersöktes och resultaten visade att instrumentet var reliabelt och validt då det användes i populationer bestående av collegestuderande och vuxna. MAAS diskriminerade mellan grupper som förväntades skilja sig åt vad gäller graden av mindfulness. Resultaten gav stöd åt antagandet att mindfulness är förknippat med högre självkänedom, vilket antas utgöra en viktig beståndsdel i självreglering. Korrelationsstudier visade att mindfulness är en distinkt form av medvetenhet och uppmärksamhet, vilken associeras med ett flertal indikatorer på välmående.

Syfte

Att skapa sig en bild av fenomenet självskadebeteende visade sig vara svårare än väntat. Frånvaron av en enhetlig begreppsdefinition bidrar till svårigheter att få en översikt av ämnet. De studier som finns att tillgå inom området visar sig ofta undersöka olika fenomen i olika populationer, eller samma fenomen utifrån olika begrepp. Majoriteten av undersökningarna har utförts i kliniska sammanhang, vilket ger en begränsad bild av det självskadande beteendets omfattning och karaktär. Den generella uppfattningen verkar vara att självskadebeteende bland unga ökar, men det finns få studier som ger belägg för det. Det är tydligt att en väl avgränsad definition av begreppet är nödvändigt, likväl som att studera fenomenet i en icke-klinisk population, för att kunna få en uppfattning rörande självskadebeteendets omfattning. Det primära syftet med föreliggande uppsats är att utifrån

vald definition undersöka förekomsten av självskadebeteende hos elever i årskurs nio. Huruvida det förekommer några samband mellan självskadebeteende, självkänsla och mindfulness kommer att studeras med intentionen att få fördjupad insikt i fenomenets karaktär. Uppsatsen syftar även till att undersöka om det förekommer några könsskillnader vad gäller de aspekter som studeras.

Metod

Deltagare

I undersökningen deltog 128 elever i årskurs nio. Fem klasser från tre olika skolor deltog i studien. Varje skola hade frånvarande elever; 11, 6 respektive 7 stycken. Antalet deltagare vid varje skola var 40, 42 respektive 46 elever. Av dessa var 80 (62,5 procent) pojkar och 48 (37,5 procent) flickor. Den sneda könsfördelningen beror på att klassen vid en av skolorna består av 42 pojkar och 15 flickor. Vid testtillfället deltog 10 flickor och 36 pojkar från denna skola.

Material

Deliberate Self-Harm Inventory – förkortad version. Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI) skapades och validerades av Gratz (2001). De preliminära resultaten från Gratz studie indikerar att DSHI uppfyller reliabilitets- och validitetskraven, Cronbachs alpha beräknades till 0,82. DSHI (se bilaga A) består av 17 frågor rörande självskadande beteende. Efter varje fråga ställs följdfrågor gällande frekvens, allvarlighetsgrad, varaktighet, ålder då beteendet påbörjades samt om beteendet resulterat i behov av medicinsk behandling. DSHI översattes till från engelska till svenska. Formuläret justerades och förkortades därefter av handledare Lars-Gunnar Lundh, huvudsakligen för att anpassa det till den åldersgrupp studien avsåg undersöka. DSHI-s (se bilaga B) består av sexton frågor där nummer två: ”Har du någonsin avsiktligt bränt dig med en cigarett?”, och nummer tre: ”Har du någonsin avsiktligt bränt dig med en tändare eller tändsticka?” från originalversionen slogs samman till en fråga. Detsamma gjordes med fråga nummer fyra: ”Har du någonsin avsiktligt ristat in ord i din hud?” och nummer fem: ”Har du någonsin avsiktligt ristat in bilder, symboler eller andra märken i din hud?”. I DSHI-s har följdfrågorna ersatts av svarsalternativen ”Aldrig”, ”En gång”, ”Flera gånger” och ”Många gånger”, vilka vid poängberäkningen omkodades till 0, 1, 2 och 3. I slutet av formuläret har en fråga lagts till som efterfrågar om beteendet lett fram till sjukhusvistelse eller behov av medicinsk behandling. Cronbachs alpha beräknades till 0,82.

Rosenberg Self-Esteem Scale. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) utvecklades av Rosenberg (1965) och betraktas som en av de bästa skalorna för att mäta global självkänsla hos tonåringar. RSES (se bilaga C) består av tio påståenden, fem positiva och fem negativa, vilka är avsedda att mäta en dimension av global självkänsla. Skalan innehåller fyra svarsalternativ: ”Stämmer mycket dåligt”, ”Stämmer inte”, ”Stämmer”, och ”Stämmer mycket bra”. När de negativa påståendena reverserats så skapas en poängskala mellan 10 och 40, där högre poäng indikerar högre självkänsla. Skalan har hög reliabilitet och validitet (Bleiler, Boo & Vispoel, 2001).

Mindful Attention Awareness Scale. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) skapades av Brown och Ryan (2003) och fokuserar närvaron och frånvaron av uppmärksamhet på, och medvetenhet om, vad som händer i nuet. Ju högre poäng på MAAS, desto mer är individen uppmärksam på och mottaglig för inre upplevelser, samt medveten om både det egna beteendet och omvärlden. Skalan är utvecklad för en vuxen population och Brown och Ryans studie indikerar att MAAS är ett reliabelt och validt instrument då det används i dessa populationer. I uppsatsen används en svensk översättning av formuläret (se bilaga D). Påståendena granskades med hänsyn till deltagarnas ålder och de ansågs vara begripliga för den tänkta undersökningsgruppen. Formuläret består av 15 påståenden med sex svarsalternativ: ”Nästan alltid”, ”Mycket ofta”, ”Ganska ofta”, ”Ganska sällan”, ”Mycket sällan” och ”Nästan aldrig”.

De tre frågeformulären häftades samman i ordningsföljden MAAS, RSES och DSHI-s. På försättsbladet poängterades anonymitet, noggrannhet samt att det tar olika tid för olika personer att fylla i formulären. Elevernas kön respektive ålder efterfrågades.

Procedur

Urvalsförfarande. Åldern på deltagarna problematiserades och initialt diskuterades för- och nackdelar med att undersöka olika ålderskategorier. Fördelen med äldre ungdomar hade varit att två av formulären, DSHI och MAAS, är utformade för en vuxen population. Ungdomar under 15 år bör dessutom ha målsmans tillstånd för att delta. Fördelen med att undersöka elever i årskurs nio är dock att de utgör en mer heterogen grupp än elever på gymnasiet, då utbildningar på denna nivå är mer specialiserade. Det beslutades därför att undersökningen skulle gälla ungdomar i årskurs nio. Huruvida elevernas föräldrar borde

kontaktas för att få information rörande undersökningen diskuterades med rektorer och lärare på skolorna och i samråd beslutades det att avstå från detta.

För att få en spridning i urvalet beslutades det att undersökningen skulle genomföras på två orter, en mindre ort i Blekinge och en större ort i Skåne. Initialt kontaktades rektorerna på fyra skolor, två på varje ort, brevlades. En vecka efter utskicket kontaktades rektorerna via telefon. Endast en skola tackade ja till att delta i studien. Fyra nya brevutskick gjordes och denna gång tackade ytterligare två skolor ja. Sammantaget deltog tre skolor i studien, en i Blekinge, två i Skåne.

Etiska överväganden. Då ämnet självskadebeteende är av känslig natur resonerades det kring vad frågorna eventuellt kunde föra med sig för undersökningsdeltagarna, och hur undersökningen skulle kunna genomföras med minsta möjliga negativa konsekvenser för ungdomarna. För att säkerställa anonymiteten var en tanke att deltagarna kunde få med sig formulären hem och att dessa vid ett senare tillfälle kunde samlas in. Nackdelen med detta tillvägagångssätt är att bortfallet kan bli stort. Då syftet med studien var att undersöka självskadande beteende i en normalpopulation var det angeläget att få ett högt deltagande. Utifrån ovanstående resonemang bestämdes det att undersökningen skulle genomföras under lektionstid på skolorna. Initialt resonerades det kring om eleverna, efter att de fyllt i formulären, skulle ges information om självskadebeteende samt vart berörda ungdomar, vid behov, kan vända sig. Risken med detta ansågs dock vara att det blev för stort fokus på ämnet, och att det därmed skulle kunna få oönskade konsekvenser som exempelvis smittoeffekten, vilken omnämndes i teoriavsnittet. Ett annat förslag var att ge de berörda lärarna ett informationsblad vilket kunde förbereda dem för eventuella frågor från ungdomarna. Efter flera diskussioner kring tillvägagångssättet beslutades det dock att det bästa var att avdramatisera ämnet i så hög grad som möjligt. Eleverna informerades om att undersökningen handlade om hur ungdomar mår och känner sig, utan någon specifik betoning på självskadande beteende.

Testsituationen. Undersökningen genomfördes i elevernas klassrum på respektive skola. En lektionstimme var avsatt. De muntliga instruktionerna hade förberetts och skrivits ner för att samtliga deltagare skulle erhålla samma information. Instruktionerna bestod av en kort presentation av författarna, syftet med undersökningen samt kortare instruktioner för ifyllandet av formulären. Elevernas anonymitet och frivilliga deltagande poängterades. De

ombads svara ärligt, i enlighet med hur de är och inte hur de önskar vara. Eleverna instruerades om att flytta isär bänkarna för att öka anonymiteten. Slutligen ombads eleverna räkna upp handen vid eventuella frågor under ifyllandet av formulären. De fick veta att vi även skulle finnas till hands för eventuella frågor efteråt.

Testsituationerna i de olika klasserna skilde sig något åt. En del klasser hade fortsatt lektion efteråt, medan andra hade rast eller slutade för dagen. I samtliga klasser rådgjorde en del elever med varandra under ifyllandet av formulären, vilket eventuellt kan ha påverkat resultaten. Flera av eleverna hade undringar kring frågornas betydelse. Ingen av eleverna utnyttjade möjligheten att prata efteråt. Samtliga närvarande deltog.

Resultat

Alla data bearbetades och analyserades med Statistical Package for Social Sciences, SPSS, 11,5 for Windows. Om ett enskilt värde saknades i MAAS- respektive RSES-formulären imputerades denna deltagares typvärde på skalan, medan ett saknat värde i DSHI-s-formuläret betraktades som noll. Vid större bortfall exkluderades hela skalan från beräkningen. 14 av formulären saknade enskilda värden, medan fem formulär exkluderades. Således kvarstod 123 deltagare, varav 76 pojkar respektive 47 flickor. Förutom den deskriptiva analysen har korrelationsberäkningar med icke-parametriskt test, Spearman's ρ , utförts samt t -test för oberoende grupper.

Prevalens av självskadebeteende

Utifrån svaren i DSHI-s framkommer det att 65,9 procent av ungdomarna har skadat sig själva åtminstone en gång. 13 procent uppger att de skadat sig vid endast ett tillfälle, 27,6 procent rapporterar att de skadat sig själva flera gånger, medan 13,8 procent anger att de gjort det många gånger. Hur förekomsten ser ut bland flickor respektive pojkar, samt de olika kategorier av självskadande som framkommit, redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Procentuell förekomst av självskadebeteende hos flickor och pojkar.

Förekomst av självskadebeteende	Flickor	Pojkar
Aldrig	38,3	31,6
En handling vid endast ett tillfälle	12,5	13,2
Flera typer av handlingar vid ett tillfälle vardera	15,2	10,5
En typ av handling vid flera olika tillfällen	10,6	14,5
Flera olika handlingar vid flera tillfällen	10,6	15,8
En typ av handling många gånger	10,6	9,2
Flera olika handlingar många gånger	2,2	5,2
Summa:	100	100

De vanligaste handlingarna för att skada sig själv skiljer sig något åt mellan pojkar och flickor. För pojkarna är det vanligaste sättet att sticka vassa föremål i sin hud, vilket 34,2 procent av dessa rapporterar. Detta är också vanligt bland flickorna, vilket 29,8 procent uppger. Andra beteenden som ofta rapporteras bland pojkarna är att förhindra sår från att läka, vilket 27,6 procent av dessa uppger, jämfört med 21,3 procent av flickorna, och att slå sig, vilket 26,3 procent av pojkarna anger respektive 19,1 procent av flickorna. För flickorna är det mest rapporterade sättet att skada sig själv att skära sig, vilket 34 procent anger, jämfört med 7,9 procent av pojkarna. Andra vanliga sätt är att rista in ord, bilder eller symboler i huden vilket 27,6 procent av flickorna anger, jämfört med 22,4 procent av pojkarna. I tabell 2 visas hur många pojkar respektive flickor som angett de olika självskadebeteendena med olika svarsalternativ.

Tabell 2. Frekvens av rapporterat självskadande hos flickor och pojkar, angett i antal.

	Aldrig		En gång		Flera gånger		Många gånger	
	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar
Skära sig	31	70	9	3	3	3	4	0
Bränna sig	39	63	7	6	1	7	0	0
Rista in ord, bilder, symboler etc.	34	59	9	11	4	5	0	1
Riva sig	37	61	6	6	3	4	1	5
Bitra sig	43	67	4	6	0	3	0	0
Riva med sandpapper	46	70	0	6	0	1	0	0
Droppa syra på huden	46	76	0	0	0	0	1	0
Skrubba huden med blekmedel etc.	46	72	1	3	1	0	0	0
Sticka vassa föremål i huden	33	50	8	15	5	9	1	2
Gnida in glas i huden	43	76	2	0	2	0	0	0
Bryta benen	46	75	0	0	1	0	0	1
Banka huvudet	35	60	8	6	3	8	1	2
Slå sig	38	56	4	9	5	9	0	2
Förhindra sår från att läka	37	55	8	10	1	8	1	3
Något annat för att skada sig	46	65	1	3	0	5	0	3
Skador som lett till medicinsk behandling	45	69	1	6	0	1	1	0

I DSHI-s ombeds deltagaren fylla i andra självskadande beteenden som ej efterfrågas i formuläret. De svar som anges av ungdomarna redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Övriga självskadebeteenden som nämns av undersökningsdeltagarna (direkta citat).

Jag har skärt mig med en kniv på magen och på min pung (pojke).

Åkt kundvagn nedför en backe och brutit armen (pojke).

Hoppat och nästan brutit foten (pojke).

Boxar på väggar allt vad jag kan och sparkar på dörrar (pojke).

Slagit handen i väggen (pojke).

Druckit tändvätska (pojke).

Slagit mig på benen så att det har blivit röda märken av handen (pojke).

Visserligen inte avsiktligt men, snusat (pojke).

Inte flyttat mig när andra glider, (fotboll) fast detta för att skada andra, inte mig själv (pojke).

Endast slagit i hårda väggar och liknande på grund av stress och irretation (pojke).

I DSHI-s ges det i slutet utrymme för eventuella egna kommentarer. Exempel på kommentarer som framkommer är: ”Jag är inte så dum att jag skadar mig med avsikt” (pojke), ”Jag är inte så dum att jag gör sånt” (pojke), ”Jag tror att fler elever behöver någon att prata med även om de inte vågar” (flicka), ”Konstiga frågor” (flicka), ”Det med skurit mig en gång var ingenting allvarligt, men ett tag sen” (flicka), ”Dåligt självförtroende är jobbigt. Jag hatar det!” (flicka).

Självkänsla

Rosenberg Self-Esteem Scale kan ge maximalt 40 poäng. Medelvärdet för pojkarna är 28,30 (sd = 4,16). För flickorna är medelvärdet 26,60 (sd = 6,13). *t*-test för oberoende grupper visar att denna skillnad ej är signifikant.

Mindfulness

Mindful Attention Awareness Scale kan ge maximalt 90 poäng. Medelvärdet för pojkarna är 67,14 (sd = 11,24). Medelvärdet för flickorna är 68,24 (sd = 12,30). *t*-test för oberoende grupper visar att denna skillnad ej är signifikant.

Samband mellan självskadebeteende, självkänsla och mindfulness.

Korrelationsberäkningar utfördes för att undersöka om tendensen att skada sig själv samvarierar med graden av självkänsla, respektive mindfulness. Då poängen på DSHI-s inte är normalfördelad används Spearmans rangkorrelationskoefficient (ρ) för att inte enskilda ”outliers” ska leda till missvisande resultat.

Vid korrelationsberäkning för hela gruppen framkommer det ett svagt, men signifikant, negativt samband mellan DSHI-s och RSES ($\rho = -0,22$, $p < 0,05$). Då könen delas upp, vilket åskådliggörs i tabell 4, försvinner det signifikanta sambandet för pojkarna och blir starkare för flickorna ($\rho = -0,42$, $p < 0,01$).

Tabell 4: Korrelationer mellan DSHI-s, RSES och MAAS separat för pojkar (ovanför diagonalen) och flickor (under diagonalen).

	DSHI-s	RSES	MAAS
DSHI-s	X	- 0,09	- 0,22
RSES	- 0,42**	X	0,35**
MAAS	- 0,33*	0,64***	X

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Vid korrelationsberäkningar för hela gruppen finns ett signifikant samband mellan DSHI-s och MAAS ($\rho = -0,28$, $p < 0,01$). Vid uppdelning av könen försvinner det signifikanta sambandet för pojkarna ($\rho = -0,22$) och blir starkare för flickorna ($\rho = -0,33$, $p < 0,05$).

Vid beräkning av korrelationen mellan RSES och MAAS framkommer ett signifikant ($p < 0,01$) positivt samband såväl för hela gruppen ($\rho = 0,47$), som för pojkarna ($\rho = 0,35$) och för flickorna ($\rho = 0,64$).

Extremgruppsjämförelser. För att komplettera korrelationsberäkningarna med en extremgruppsjämförelse, där en extremgrupp kan tänkas stå för en kvalitativt svårare problematik, valdes samtliga ungdomar ut som svarat ”många gånger” på minst en fråga och jämfördes med övriga. Vid t -test för oberoende grupper föreligger det en signifikant skillnad i graden av mindfulness mellan de som rapporterat att de utfört självskadebeteende ”många gånger” och övriga; $t(120) = 2,47$, $p = 0,015$. Graden av mindfulness är lägre hos den förra

gruppen. När denna analys görs separat för de pojkar och flickor som ingår i ”många gånger-gruppen” framkommer att den signifikanta skillnaden enbart gäller för pojkarna; medelvärde 59,6 respektive 68,4, $t(74) = 2,51$, $p = 0,014$. Flickorna i ”många gånger-gruppen” fick ett något lägre medelvärde än övriga, men detta var ej statistiskt signifikant; medelvärde 64,3 respektive 68,8, $t(44) = 0,83$, $p = 0,41$.

För att undersöka huruvida det även finns skillnader i självkänsla hos extremgrupperna jämfört med övriga ungdomar utfördes även här t -test för oberoende grupper. Det framkommer inga signifikanta skillnader i självkänsla mellan ”många gånger-gruppen” och de övriga, varken för pojkar eller för flickor. För pojkarna är medelvärdet 26,2 respektive 28,7, $t(74) = 1,86$, $p = 0,067$. För flickorna är medelvärdet 22,5 respektive 27,2, $t(45) = 1,76$, $p = 0,079$.

Jämförelse mellan skolorna

För att undersöka om det finns några skillnader mellan de olika skolorna vad gäller förekomsten av självskadebeteende, graden av mindfulness och självkänsla genomfördes envägs ANOVA (se tabell 5).

Tabell 5: Jämförelse mellan de olika skolorna i medelvärde (standardavvikelse).

	<i>Skola A</i>	<i>Skola B</i>	<i>Skola C</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
DSHI-s	2,47 (3,21)	4,46 (6,76)	3,50 (3,57)	1,70	0,188
MAAS	69,92 (14,13)	66,74 (10,00)	66,35 (10,57)	1,11	0,332
RSES	29,03 (4,20)	25,79 (5,45)	28,09 (4,98)	4,46	0,014

Variansanalysen visar en signifikant skillnad mellan skolorna beträffande RSES, och post hoc-test (Tukeys *HSD*) visar att skola B har en signifikant lägre poäng än de två övriga skolorna. Vid en närmre analys framkommer det att den låga självkänslan på skola B framförallt gäller flickorna, vars medelvärde är 23,4 jämfört med pojkarnas 27,7. Vad gäller värdena på DSHI-s och MAAS förekommer det inte några signifikanta skillnader mellan de olika skolorna.

Vid jämförelse av antalet ungdomar som ingår i extremgrupperna vid de olika skolorna framkommer det att prevalensen av självskadebeteende i stort sett är likartad: 5 av 36 vid

skola A, 5 av 39 vid skola B, respektive 7 av 46 vid skola C. Chi-2-test visar att dessa skillnader är långt ifrån statistiskt signifikanta.

Diskussion

Det primära syftet med föreliggande uppsats var att undersöka förekomsten av självskadebeteende bland pojkar och flickor i årskurs nio. Bristen på liknande undersökningar, rörande fenomenet i en normalpopulation, bidrar till vissa svårigheter vid tolkning av och diskussion kring resultaten, då det endast finns begränsade möjligheter till jämförelser med tidigare studier.

Resultaten visar på en överraskande hög prevalens av självskadande beteende hos ungdomarna; närmre 66 procent uppgav att de skadat sig själva vid åtminstone ett tillfälle. Denna siffra är avsevärt högre än vad Gratz (2001) fann, vars studie visade att 35 procent av deltagarna hade skadat sig själva, varav 83 procent uppgav att de skadat sig själva vid mer än ett tillfälle. Ross och Heath (2001) fann att 21 procent av de ungdomar som deltog i deras undersökning uppgav att de skadat sig själva. Efter intervju med dessa kvarstod 14 procent, vilka kunde klassificeras som att ha utövat självskadande handlingar i enlighet med deras definition av självskadebeteende.

Att så många av deltagarna i vår studie uppgav att de skadat sig själva var häpnadsväckande. Av ungdomarna uppger 28 procent att de skadat sig själva flera gånger och 14 procent uppger att de gjort det många gånger. Ungefär 13 procent av pojkarna och flickorna uppger att de skadat sig vid endast ett enda tillfälle. Det är dock omöjligt att uttala sig om huruvida denna höga prevalens av självskadebeteende representerar en faktisk ökning av fenomenet eller ger en bild av en oförändrad förekomst av ett beteende som tidigare inte blivit kartlagt. Det är dock troligt att den höga prevalensen ger en överdriven bild av den verkliga frekvensen. Detta är något som vi återkommer till i metodreflektionen.

Det förekommer inga statistiskt signifikanta skillnader vad gäller förekomsten av självskadebeteende mellan de olika skolorna. Skolornas upptagningsområden skiljer sig åt, två är belägna i en större stad medan en är belägen i utkanten av en mindre ort. Trots dessa skillnader förekommer det ändå samma prevalens, vilket indikerar att självskadande beteende bland tonåringar är ett fenomen som kan vara allmänt utbrett.

Det är utifrån resultaten svårt att uttala sig om eventuella orsaker till den höga förekomsten av självskadande beteende. Förhoppningsvis är det inte så, att så många unga, som den höga prevalensen av självskadande beteende indikerar, mår dåligt i vårt samhälle. Att förklara alla självskadande handlingar utifrån någon form av patologi är troligtvis en förenkling av ett mycket komplext fenomen, som Skårderud (1999) säger ”Vi bör vara oerhört försiktiga med att förklara ett beteende patologiskt bara för att vi själva är för dumma för att förstå dess logik”.

En tolkning av den höga prevalensen av självskadande beteende är att det finns ett flertal olika subgrupper som av olika anledningar utför dessa handlingar. Det är sannolikt så att det inte går att förklara förekomsten utifrån en enda modell, snarare bör ett flertal olika förhållningssätt tas i beaktande.

Kanske kan vissa typer av ytliga självskador vara en del av ungdomskulturen i vårt samhälle. Det är möjligt att en del av ungdomarna enbart skadar sig själva som ett sätt att visa mod eller markera tillhörighet till en viss grupp. I vissa fall kan det handla om en form av ”kroppsslek”, som medlemmarna i ”Modern Primitives” uttrycker det. Skårderud (1999) pekar på att sedvänjor som piercing och tatueringar blivit kulturellt accepterade av ungdomar i västvärlden, handlingar vilka tidigare ansåg vara mer eller mindre patologiska. Hur ska man då se på de unga som rispar in namn eller andra symboler med rakblad eller glas i huden? Kanske kan även dessa handlingar en dag bli kulturellt accepterade.

Att självskadande beteende har en smittoeffekt finns dokumenterat (Suyemoto, 1998), och det är möjligt att detta fenomen är något som kan förklara en del av den höga prevalensen. Utifrån inläringsteorier förklaras smittoeffekten utifrån bl.a. förstärkning, där ungdomar kan observera hur en självskadande handling belönas, i form av uppmärksamhet och omvårdnad, och därmed imitera beteendet. Uppmärksamhet är, utifrån detta synsätt, en kraftfull förstärkare till beteendet. Smittoeffekten var en faktor som även togs i beaktande innan undersökningen genomfördes. Det kan tänkas vara så att uppmärksamheten kring självskadande beteende, och tyngden som läggs vid vikten av att undersöka ämnet, möjligtvis kan utlösa handlingen hos en del individer.

Det är anmärkningsvärt att det inte förekommer några könsskillnader vad gäller prevalensen av självskadande beteende. En del tidigare studier visar en skillnad mellan könen, där flickor utgör majoriteten, och det har spekulerats kring huruvida pojkar dämpar sin oro med mer utagerande aggressiva metoder. Ross och Heath (2001) fann i sin undersökning att 64 procent av dem som skadade sig själva var flickor medan 36 procent var pojkar, vilket utgjorde en signifikant skillnad. Gratz (2001) och Gratz, Conrad och Roemer (2002) fann dock inga könsskillnader vad gäller självskadebeteende i sina undersökningar. Det verkar dock finnas ett generellt antagande att självskadebeteende mest rör flickor, och merparten av de studier som har utförts har koncentrerat sig på just denna målgrupp. Således finns det få studier som har inkluderat pojkar. Bristen på tidigare undersökningar av en normalpopulation medför att det inte går att uttala sig om huruvida prevalensen av självskadebeteende bland pojkar faktiskt har ökat, eller om dessa tidigare skadat sig själva i samma höga utsträckning som flickorna, bara det att de inte har synliggjorts.

Även om förekomsten av självskadebeteende inte skiljer sig åt mellan pojkar och flickor är det möjligt att deras självskadande handlingar kan ha olika karaktär. Något som indikerar detta är sambandet med självkänsla. Flera studier har visat att det förekommer en skillnad i självkänsla mellan könen, där pojkar uppvisar en högre självkänsla än flickor. (Kling, Hyde, Showers & Buswell, 1999). Dock visade resultaten i föreliggande arbete inte någon signifikant skillnad vad gäller pojkars och flickors självkänsla. Vid en närmre analys av resultaten framkom det emellertid ett intressant fynd; för flickorna fanns det ett signifikant samband mellan självkänsla och självskadebeteende, vilket inte fanns för pojkarna. Sambandet, som är av negativ valör, indikerar att självkänsla och självskadebeteende samvarierar, där de flickor som skadar sig själva uppvisar lägre självkänsla än de som inte gör det. Huruvida låg självkänsla är en bidragande faktor till en självskadande handling, eller om det är den självskadande handlingen som bidrar till låg självkänsla, är det inte möjligt att uttala sig om. Det är även tänkbart att både självskadebeteende och självkänsla påverkas av en tredje faktor, vilken kan förklara sambandet mellan dem.

Det finns studier som tyder på att en låg självkänsla till en viss grad kan bidra till både sociala och psykologiska problem (Johnsson, 2003). Det är troligt att en god självkänsla kan utgöra en skyddande faktor vid kriser av olika slag och därmed minska risken för självskadande handlingar, medan en låg självkänsla kan bädda för inre oro. Om man i grunden tycker om eller accepterar sig själv som man är, medför detta att misslyckanden i skolan, eller bland

vänner, får de rätta proportionerna. Man är mer avslappnad i det man gör och det uppstår härmed inte lika starka inre spänningar. Egenskaper som är starkt förknippade med en god självkänsla är emotionellt lugn och stabilitet, medan låg självkänsla uppvisar motsatta drag; nervositet, rädsla, upprördhet och ängslan. Detta kan vara en av förklaringarna till det samband mellan låg självkänsla och tendens till självskadabeteende som denna studie pekar på.

Som ovan nämnts förekommer det inget signifikant samband mellan självkänsla och självskadabeteende hos pojkarna, vilket är ett ytterst intressant fynd. Detta kan indikera att flickors och pojkars självskadabeteende fyller olika funktioner och en möjlig tolkning är att pojkars självskadabeteende, generellt sett, inte har samma negativa karaktär som flickornas. Givetvis är det troligt att det finns pojkar som skadar sig själva på grund av destruktivitet, men kanske utgör de inte majoriteten. Vid undersökningstillfället nämnde några pojkar att de skadade sig själva för att det tyckte att det var roligt, inte för att de var psykiskt sjuka. Huruvida detta yttrande är representativt för fler än de ungdomar som uttalade det är oklart. Det är dock viktigt att beakta att åtminstone en del av pojkarna inte anser att de utför självskadande handlingar i annat syfte än att det är kul. Det kan också vara så att fler pojkar än flickor skadar sig själva som en sorts ”kroppsslek” eller för att bevisa sitt mod, och att detta på så sätt inte alls har med dålig självkänsla att göra. Favazza (1996) menar att självskadande kan ses som en ritual genom vilken ungdomar känner tillhörighet. Det är således möjligt att en del av ungdomarna använder självskadande handlingar för att befästa en identitet och markera grupptillhörighet.

Gratz (2001) fann att den vanligaste självskadande handlingen, bland både de manliga och de kvinnliga deltagarna i hennes studie, var att skära sig. Den enda signifikanta skillnaden mellan könen, vad gäller valet av metod för att skada sig själv, gällde att rista in ord i huden, vilket fler kvinnor än män rapporterade. I föreliggande undersökning framkom att det vanligaste självskadabeteendet bland flickor var att skära sig själv, vilket 34 procent av dessa rapporterade. Motsvarande frekvens bland pojkarna var 7,9 procent. Detta resultat skiljer sig således åt från Gratz studie, men hur denna skillnad mellan könen bör tydas är oklart. En möjlig tolkning är att betrakta könsskillnaden som en indikation på att flickors och pojkars självskadabeteende i vissa avseenden skiljer sig åt, inte minst vad gäller den funktion handlingen fyller för individen.

Ett annat fynd som stöder antagandet att det självskadande beteendet fyller olika funktioner för olika individer, och därmed kan kategorisera utövarna i olika subgrupper, är resultaten rörande mindfulness. Det fanns inga signifikanta skillnader vad gäller graden av mindfulness mellan pojkar och flickor. Dock framkom det ett signifikant negativt samband mellan mindfulness och självskadebeteende hos flickorna, men inte hos pojkarna. Brown och Ryan (2003) menar att förmågan till mindfulness är relaterad till välmående, vilket skulle kunna indikera att självskadebeteende hos flickor skiljer sig åt från självskadebeteende hos pojkar. Människor med hög grad av mindfulness är mer intonade på sina emotionella tillstånd och kan variera dessa. De är också mer kapabla att uppfylla grundläggande psykologiska behov. Mindfulness kan vara av stor betydelse för att avhålla individer från automatiska tankar, vanor och ohälsosamma beteendemönster. Enligt Brown och Ryan uppvisar höga poäng på MAAS ett positivt samband med emotionell intelligens medan låga poäng har ett samband med depression, ilska och impulsivitet.

Ett rimligt antagande kan vara att förekomsten av psykiska problem eller störningar är mer förekommande hos gruppen av ungdomar som skadar sig själva i högre utsträckning, än bland de ungdomar som uppvisar beteendet mer sporadiskt. Vid en närmre analys av resultaten, där extremgrupperna jämfördes med övriga, växte en ny bild av pojkars självskadebeteende fram. Det visade sig att de pojkar som uppgett att de skadat sig själva många gånger hade en signifikant lägre grad av mindfulness jämfört med övriga pojkar. Även vid extremgruppsjämförelsen för flickorna förekom en skillnad, denna var dock mindre och ej signifikant. Detta ger ytterligare stöd åt tanken att de som skadar sig själva utgör en heterogen grupp. Det verkar troligt att denna extremgrupp utgör en kategori av pojkar där skadandet snarare fyller en psykologisk funktion än utgör någon form av rituell handling.

Resultaten tyder på att både självkänsla och mindfulness på något sätt kan sättas i samband med självskadebeteende, åtminstone för en del av ungdomarna. Sambandet mellan mindfulness och självskadebeteende ligger i linje med dem som hävdar att självskadebeteendets primära syfte är att reglera affekter. Kabat-Zinn (1997) talar om att mindfulness skapar ett utrymme mellan känsla och handling. Kanske är det just detta utrymme som skyddar en person med en hög grad av mindfulness från att begå en impulshandling, som att t.ex. skada sig själv. Individer som brister i sin förmåga att reglera affekter antas inte kunna skapa detta avstånd till överväldigande känslor, varmed den självskadande handlingen kan utgöra ett alternativ. Herpertz et al. (1997) fann att just

impulsivitet bidrar till självskadande beteende. En brist vad gäller impuls kontroll karakteriseras av en svårighet, eller oförmåga, att motstå impulser att utföra riskfyllda handlingar. Föreliggande studies resultat, som indikerar att graden av mindfulness har ett samband med självskadebeteende, antas ligga i linje med vad Herpertz et al. fann, då graden av mindfulness kan förmodas vara låg hos dem som lider av en impuls kontrollstörning. Mindfulness innebär en förmåga att på ett accepterande sätt rikta uppmärksamheten mot det som händer i nuet, både inom individen och utanför densamme (Kabat-Zinn, 2003). Ju högre grad av mindfulness, desto större medvetenhet om de känslor man har. Och ju mer medveten man är om sina känslor, desto större förmåga till att härbärgera dessa eller att kunna handla på ett adekvat sätt därefter. Härmed är risken mindre för att man låter sig överväldigas av sina känslor och inte kan finna bra sätt för reglering av dessa. Kabat-Zinn menar även att fokus på processer och de inre kvaliteterna av en aktivitet minskar risken för ångest eller depression.

Resultaten visar att det förekommer ett signifikant positivt samband mellan självkänsla och mindfulness, vilket tyder på att ju bättre självkänsla, desto högre grad av mindfulness. Hur orsakssambandet ser ut är det omöjligt att uttala sig om. Kan det vara så att självkänsla och mindfulness utgör två sidor av samma fenomen? Kanske kan en god självkänsla hjälpa människan att vara mer närvarande i nuet eller så bidrar en större medvetenhet om de egna känslorna till en bättre självkänsla. Dessa frågeställningar är ytterst intressanta och bör utforskas närmre i framtida studier.

Även om självskadande beteende inte är en ny företeelse utan finns beskrivet inom flera religioner och kulturer världen över, så har kanske dessa handlingar en annan betydelse i vårt samhälle. Det som i en religiös kultur var en kollektiv och kontrollerad sedvänja, blir i den världsliga kulturen en individuell och illa kontrollerad praxis och snarare ett uttryck för bristande kontroll, menar Skårderud (1999) ”självskadan har förvandlats till en ensam, skambelagd handling i ett slutet rum. Och vi läser skriften i kroppen som patologi”. Risken med att betrakta fenomen som patologiska är att vår blick kan bli för snäv för att uppnå förståelse. Vi kan se bristen, men inte det försök till läkning som kan ligga i ett extraordinärt beteende. Det är viktigt att ha denna vetskap med sig då man försöker förstå och förklara självskadebeteendets omfattning och karaktär. Fenomenet utgör ett synnerligen komplext område att studera, vilket tidigare studier vittnar om, och det råder stor oenighet kring hur beteendet ska förstås och definieras. Det är möjligt att samtliga förklaringsmodeller är giltiga, så länge de tillämpas på en specifik population. Kanske är det så att en del självskadebeteende

kan förstås i ljuset av kulturellt sanktionerade riter, medan andra handlingar bäst förklaras utifrån brister i affektreglering. Vissa ungdomar kanske skadar sig själva för att få uppmärksamhet, men att generalisera denna orsak till alla ungdomar som utför självskadande handlingar är vanskligt. Det är även tänkbart att vissa fenomen samvarierar och gör beteendet än svårare att belysa. Det är således viktigt att ha ett öppet sinne då man söker förståelse för ungdomar som skadar sig själva.

Alla barn och ungdomar behöver bli sedda av vuxenvärlden omkring sig och det är viktigt att stödja deras inre självtillit och ovillkorliga självacceptans. Som en av flickorna i studien uttryckte det: ”Jag tror att fler elever behöver någon att prata med även om de inte vågar”. Är det tonåringarna som inte vågar eller är det vi vuxna som inte har tid? Vuxna, som ser och är tillgängliga för samtal, behövs i ungdomars närmiljö.

Metodreflektion

Avslutningsvis vill vi resonera kring uppsatsens metodologiska upplägg. Den prevalens av självskadebeteende som framkommer i föreliggande arbete är väldigt hög jämfört med tidigare undersökningar. Har uppsatsen verkligen fångat och belyst det fenomen som avsågs? Det finns flera faktorer som kan ha bidragit till den höga prevalensen. DSHI-s innebär vissa begränsningar, inte minst då det är beteendebaserat och inte efterfrågar syftet med handlingarna. Det är rimligt att ställa sig frågan om huruvida att banka huvudet mot någonting hårt är ett självskadebeteende, enligt uppsatsens definition. DSHI-s kan vara ett alltför omfattande formulär för att belysa den form av självskadande som avsågs undersökas. DSHI är avsett för en vuxen population och kanske förstår vuxna frågorna på ett annat sätt än ungdomar. En del av frågorna är kanske svåra för ungdomar att ta på allvar och om DSHI-s ska användas i tonårspopulationer är det kanske lämpligt med en tydligare instruktion om vad som avses med självskadebeteende. Att poängtera allvaret i frågornas karaktär, utan att påverka resultaten genom att överdramatisera ämnet, är en viktig men svår balansgång.

DSHI-s är en förkortad version av DSHI, och ansågs därmed vara bättre anpassat för målgruppen. Att ändra svarsalternativen bidrog till att formuläret kortades ner avsevärt, men medförde tyvärr att viktig information gick förlorad. Svarsalternativen i DSHI-s; ”Aldrig”, ”En gång”, ”Flera gånger” och ”Många gånger” ger begränsad information rörande beteendets frekvens och varaktighet. Dessutom är det godtyckligt vad de olika individerna anser vara flera, respektive många gånger. DSHI-s skiljer inte ut de som utför beteendet regelbundet från

dem som utfört handlingarna vid enstaka tillfällen. Vidare ger det inte någon information om huruvida det är ett beteende som fortfarande pågår. Detta medför att en person som svarar ”en gång” på tre påståenden får samma poäng som en person som svarar ”många gånger” på ett påstående. Det är fullt möjligt att den första personen kan ha utfört tre självskadande handlingar vid ett och samma tillfälle, exempelvis slagit sig, rivit sig och bankat huvudet i väggen, medan den andra personen exempelvis kan skära sig själv dagligen. Resultaten DSHI-s genererade visade sig vara svåra att redovisa och analysera. Därav den något otydliga uppdelningen av de olika kategorierna i resultatdelen. Det är av yttersta vikt att kunna särskilja exempelvis frekvens och varaktighet vad gäller självskadebeteende. Ett förslag är att de ursprungliga svarsalternativen i DSHI används, även om denna originalversion är något lång. Andra förslag, för att eventuellt kunna särskilja olika kategorier av självskadehandlingar, är att lägga till en fråga som handlar om huruvida beteendet utförs i avskildhet eller i grupp då detta kan antas indikera om handlingen är av en destruktiv eller av en mer kulturell karaktär. Vidare hade det varit önskvärt att efterfråga syftet med handlingarna.

En del formuleringar i MAAS var svårbegripliga och väckte undringar hos ungdomarna. Ett förslag, som hade kunnat bidra till att göra formulären mer anpassade efter målgruppen, är att initialt göra en pilotstudie. Därmed hade svåra formuleringar i formuläret kunnat upptäckas och justeras i enlighet med den tilltänkta undersökningsgruppen.

En tanke är att det innebär en begränsning att belysa ämnet självskadande beteende enbart utifrån ett kvantitativt upplägg. Det hade varit önskvärt att kombinera frågeformulären med intervjuer för att få fördjupad kunskap om fenomenets karaktär. Vidare hade intervjuer kunnat bidra till att utröna vilka av deltagarna som kan klassificeras inom gruppen som skadar sig själva, i enlighet med uppsatsens definition. I Ross och Heaths undersökning (2001) uppgav 21 procent av ungdomarna att de skadat sig själva. Efter intervju med dessa kunde 14 procent kategoriseras som självskadande i enlighet med författarnas definition av självskadebeteende. 14 procent av ungdomarna i föreliggande studie uppgav att de skadat sig själva många gånger, kanske kan denna siffra ge en mer representativ bild av den verkliga prevalensen av självskadebeteende i enlighet med uppsatsens valda definition. I framtida studier är det av största vikt att försöka kombinera kvantitativa och kvalitativa metoder för att få en tydligare bild av det självskadande beteendets karaktär och omfattning.

En styrka vad gäller det metodologiska upplägget utgörs av det faktum att undersökningsdeltagarna rekryterades från olika skolor, belägna i olika städer. Att skolorna inte skiljer sig åt beträffande prevalensen av självskadande beteende indikerar att detta är ett fenomen som kan vara allmänt utbrett. En svaghet i studien utgörs dock av undersökningsgruppens sneda könsfördelning. Det hade varit önskvärt att undersöka lika många flickor som pojkar. Även om könsfördelningen i föreliggande arbete är sned kan det antas vara en fördel att det är pojkarna som är i numerärt överläge, då dessa i tidigare studier vanligtvis helt förbisetts. Könsfördelningen borde dock ha tagits i beaktande redan vid rekryteringen av de olika skolorna, därmed hade en balansering möjliggjorts.

Den höga prevalens som resultaten indikerar bör tolkas med försiktighet. Vår tanke var att självskadebeteende fyller en psykologisk funktion hos individer som utför dessa handlingar. I efterhand har det blivit tydligt att vårt initiala perspektiv, där patologin fått stort utrymme, var för snävt i förhållande till uppsatsens metodologiska upplägg. Resultaten belyser en grupp vi från början inte tagit med i beräkningen; de som skadar sig själva för att det är roligt, spännande och utmanande. Generellt sett förknippas begreppet självskadebeteende med att skära sig och i ljuset av vårt resultat blir det förståeligt varför det vanligtvis är flickor som antas utgöra majoriteten av dem som skadar sig själva. Gratz (2001) vidgar begreppet självskadebeteende till att omfatta flera andra handlingar och hennes resultat, liksom vårt, visar inte några könsskillnader vad gäller förekomsten av självskadande beteende. Utifrån detta resonemang är det adekvat att ställa sig frågan hur begreppet självskadebeteende bör definieras. Det är en svår balansgång att skapa en korrekt definition, där man å ena sidan bör avgränsa denna för att fånga det specifika fenomen man avser belysa, men å andra sidan inte bör bli för snäv. Det finns agerande som för en individ utgör en självskadande handling, medan en liknande handling för en annan individ inte representerar samma sak. Det är således viktigt att vara medveten om vilka för- och nackdelar snäva respektive vida definitioner medför, att i ett tidigt skede noggrant klargöra vad det är man avser belysa, samt att omsorgsfullt välja test i enlighet med vald definition.

Föreliggande arbete bör betraktas som ett första försök till en kartläggning av ett fenomen som är svårstuderat men ytterst angeläget att få veta mer om. Vår förhoppning är att denna uppsats kan inspirera till fortsatt forskning kring ämnet, att nya hypoteser kan genereras och att mer finslipade undersökningsmetoder kan komma till stånd.

Referenser

- American Psychiatric Association (2002). *MINI-D IV, diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Bleiler, T., Boo, J., & Vispoel, W.P. (2001). Computerized and paper-and-pencil versions of the Rosenberg self-esteem scale: a comparison of psychometric features and respondent preferences. *Educational and psychological measurement, 61(3)*, 461-475.
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefit of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84(4)*, 822-848.
- 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.
- Clarke, L., & Whittaker, M. (1998). Self-mutilation: culture, contexts and nursing responses. *Journal of Clinical Nursing, 7*, 129-137.
- Dimidjian, S., & Lineham, M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *American Psychological Association, 12*, 166-171.
- Dukes, R.L., & Martinez, R. (1994). The impact of gender on self-esteem among adolescents. *Adolescence, 29(113)*, 105-116.
- Favazza, A. (1996). *Bodies under Siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Gratz, K.L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23(4)*, 253-263.
- 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 for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2)*, 192-205.
- Herpertz, S., Sass, H., & Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatry, 31(4)*, 451-465.
- Johnsson, M. (2003). *Självkänsla och anpassning*. Lund: Studentlitteratur.
- Kabat-Zinn, J. (1997). *Vart du än går är du där*. Borgå/ Juva: WSOY.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2)*, 144-156.
- Kling, K.C., Hyde, J.S., Showers, C.J., & Buswell, B. (1999). Gender differences in self-esteem: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 125(4)*, 470-500.

- Nasser, M. (2004). Dying to live: eating disorders and self-harm behavior in a cultural context. In Levitt, J.L., Sansone, R.A., & Cohn, L. (red.). *Self-harm behavior and eating disorders. Dynamics, Assessment, and treatment*, (s.15-27). New York: Brunner-Routledge.
- Ottosson, J-O. (2000). *Psykiatri*. Stockholm: Liber AB.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ross, S., & Heath, N. (2001). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77.
- Samuelsson, M. (2001). Självskadebeteende - ett fenomen hos tonårsflickor. *Socialmedicinsk tidskrift*, 5, 449-454.
- Samuelsson, M. (2004). Självskadebeteende hos unga kvinnor. *Socialmedicinsk tidskrift*, 3, 271- 277.
- Skårderud, F. (1999). *Oro – en resa i det moderna självet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Socialstyrelsen (2004). *Vad vet vi om flickor som skär sig*. Stockholm.
- Suyemoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 551-554.

Bilaga A

DELIBERATE SELF-HARM INVENTORY

This questionnaire asks about a number of different things that people sometimes do to hurt themselves. Please be sure to read each question carefully and respond honestly. Often, people who do these kinds of things to themselves keep it a secret, for a variety of reasons. However, honest responses to these questions will provide us with greater understanding and knowledge about these behaviors and the best way to help people. Please answer yes to a question only if you did the behavior intentionally, or on purpose, to hurt yourself. Do not respond yes if you did something accidentally (e.g., you tripped and banged your head on accident). Also, please be assured that your responses are completely confidential.

1. Have you ever intentionally (i.e., on purpose) cut your wrist, arms, or other area(s) of your body (without intending to kill yourself)? (circle one):

1. Yes 2. No

If yes,

How old were you when you first did this?

How many times have you done this?

When was the last time you did this?

How many years have you been doing this? (If you are no longer doing this, how many years did you do this before you stopped?).

In the questionnaire given to participants, the above format is used for each of the following items, with each index question followed by the five follow-up questions. Like Item 1, each of the following items begins with the phrase: Have you ever intentionally (i.e., on purpose)

2. Burned yourself with a cigarette?
3. Burned yourself with a lighter or a match?
4. Carved words into your skin?
5. Carved pictures, designs, or other marks into your skin?
6. Severely scratched yourself, to the extent that scarring or bleeding occurred?
7. Bit yourself, to the extent that you broke the skin?
8. Rubbed sandpaper onto your body?
9. Dripped acid onto your skin?
10. Used bleach, comet, or even oven cleaner to scrub your skin?
11. Stuck sharp objects such as needles, pins, staples, etc. into your skin, not including tattoos, ear piercing, needles used for drug use, or body piercing?
12. Rubbed glass into your skin?
13. Broken your own bones?
14. Banged your head against something, to the extent that you caused a bruise to appear?
15. Punched yourself, to the extent that you caused a bruise to appear?
16. Prevented wounds from healing?
17. Done anything else to hurt yourself that was not asked about in this questionnaire? If yes, what did you do to hurt yourself?

Bilaga B

DSHI-s

Detta frågeformulär handlar om olika saker som människor ibland gör för att skada sig själva. Var snäll och läs igenom varje fråga noggrant och svara ärligt. Det är vanligt att människor som utför dessa handlingar av olika anledningar håller det hemligt. Uppriktiga svar på dessa frågor är dock viktiga för att skapa bättre förståelse och kunskap om dessa beteenden och hur man bäst kan hjälpa personerna det gäller.

Var snäll och svara bara ja om du utförde detta beteendet med avsikt att skada dig själv. Svara inte ja om något hände av en olycka (t ex om du snubblade och råkade slå i huvudet).

Vi vill poängtera att du fyller i formuläret anonymt!

Ringa in ett svarsalternativ för varje fråga!

1. Har du någonsin avsiktligt skurit dig i handlederna, armarna eller i någon annan del av din kropp?	Aldrig	En gång	Flera gånger	Många gånger
2. Har du någonsin avsiktligt bränt dig själv med en cigarett, tändare eller tändstickor?	Aldrig	En gång	Flera gånger	Många gånger
3. Har du någonsin avsiktligt ristat in ord, bilder, symboler eller liknande i din hud?	Aldrig	En gång	Flera gånger	Många gånger
4. Har du någonsin avsiktligt rivit dig själv så allvarligt att det blivit ett sår, eller så att det börjat blöda?	Aldrig	En gång	Flera gånger	Många gånger
5. Har du någonsin avsiktligt bitit dig själv så hårt att det gått hål på huden?	Aldrig	En gång	Flera gånger	Många gånger
6. Har du någonsin avsiktligt rivit din kropp med sandpapper?	Aldrig	En gång	Flera gånger	Många gånger
7. Har du någonsin avsiktligt droppat syra på din hud?	Aldrig	En gång	Flera gånger	Många gånger
8. Har du någonsin avsiktligt använt blekmedel, ugnsgöringsmedel eller liknande för att skrubba din hud?	Aldrig	En gång	Flera gånger	Många gånger
9. Har du någonsin avsiktligt stuckit vassa föremål, så som nålar, häftstift eller liknande, i din hud? (Tatueringar, örhängen, nålar avsedda för medicinskt bruk, eller piercing räknas inte in här)	Aldrig	En gång	Flera gånger	Många gånger
10. Har du någonsin avsiktligt gnidit in glas i din hud?	Aldrig	En gång	Flera gånger	Många gånger

11. Har du någonsin avsiktligt brutit dina egna ben?	Aldrig	En gång	Flera gånger	Många gånger
12. Har du någonsin avsiktligt bankat ditt huvud mot någonting så hårt att det blivit ett blåmärke?	Aldrig	En gång	Flera gånger	Många gånger
13. Har du någonsin avsiktligt slagit dig själv så hårt att det blivit blåmärke?	Aldrig	En gång	Flera gånger	Många gånger
14. Har du någonsin avsiktligt förhindrat sår från att läka?	Aldrig	En gång	Flera gånger	Många gånger
15. Har du någonsin avsiktligt gjort någonting annat för att skada dig själv som inte tillfrågats om i detta formulär? Om ja, vad var det du gjorde?.....	Aldrig	En gång	Flera gånger	Många gånger
16. Har du någonsin skadat dig själv på något av ovanstående sätt så att det lett till sjukhusvistelse eller skador tillräckligt allvarliga för att behöva medicinsk behandling?	Aldrig	En gång	Flera gånger	Många gånger

Eventuella egna kommentarer:

VAR SNÄLL OCH KONTROLLERA ATT DU SVARAT PÅ ALLA FRÅGOR!

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

Bilaga C

RSES

Följande påståenden handlar om hur du ser på dig själv. Det är inte ett test, och det finns inga svar som är rätt eller fel. Läs varje påstående noga och ringa in den siffra som stämmer bäst med hur väl varje påstående passar in på dig. Ringa bara in en siffra för varje påstående. Se till att du inte glömmer bort något påstående.

	Stämmer mycket dåligt	Stämmer inte	Stämmer	Stämmer mycket bra
1. På det hela taget är jag nöjd med mig själv	1	2	3	4
2. Då och då tycker jag att jag är rätt värdelös	1	2	3	4
3. Jag känner att jag har en massa goda egenskaper	1	2	3	4
4. Jag klarar av saker och ting lika väl som de flesta andra människor	1	2	3	4
5. Jag känner att jag inte har särskilt mycket att vara stolt över	1	2	3	4
6. Ibland känner jag mig verkligen oduglig	1	2	3	4
7. Jag känner att jag är en värdefull person, åtminstone lika mycket värd som andra	1	2	3	4
8. Jag önskar att jag kunde ha mer respekt för mig själv	1	2	3	4
9. När allt kommer omkring känner jag mig nog rätt misslyckad	1	2	3	4
10. Jag har en positiv inställning till mig själv	1	2	3	4

Bilaga D

MAAS

Dagliga upplevelser

Instruktioner: Här nedan finns en samling påståenden om dina vardagliga upplevelser. Din uppgift är att använda skalan från 1 till 6 för att markera hur ofta eller hur sällan som du brukar ha dessa olika upplevelser. Var snäll och svara i enlighet med hur dina upplevelser *faktiskt ser ut*, och inte efter hur du vill att dina upplevelser ska vara! Tänk på att behandla varje påstående separat från de andra påståendena.

1	2	3	4	5	6
Nästan alltid	Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan	Nästan aldrig

1. Jag kan reagera med en känsla och inte bli medveten om det förrän en stund efteråt.	1	2	3	4	5	6
2. Jag har sönder saker eller spiller saker på grund av slarv, ouppmärksamhet eller för att jag tänker på något annat.	1	2	3	4	5	6
3. Jag tycker att det är svårt att hålla uppmärksamheten på det som händer i nuet	1	2	3	4	5	6
4. Jag har en benägenhet att gå fort dit jag ska utan att lägga märke till vad jag upplever längs vägen.	1	2	3	4	5	6
5. Jag brukar inte märka känslor av kroppslig spändhet eller obehag förrän de verkligen fångar min uppmärksamhet.	1	2	3	4	5	6
6. Jag glömmer bort en persons namn nästan på en gång efter att jag har fått höra det för första gången.	1	2	3	4	5	6
7. Det är som om jag går på automatik utan att vara särskilt medveten om vad jag gör.	1	2	3	4	5	6
8. Jag rusar igenom aktiviteter utan att vara riktigt uppmärksam på dem.	1	2	3	4	5	6
9. Jag blir så fokuserad på det mål jag vill uppnå att jag förlorar kontakten med det jag gör i stunden för att nå dit.	1	2	3	4	5	6
10. Jag utför uppgifter och arbeten automatiskt, utan att vara medveten om vad jag gör.	1	2	3	4	5	6
11. Jag märker att jag lyssnar på en person med ett öra, och gör något annat på samma gång.	1	2	3	4	5	6

--	--	--	--	--	--

1	2	3	4	5	6
Nästan alltid	Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan	Nästan aldrig

12. Jag åker till ställen rent "vanemässigt" och sedan undrar jag varför jag åkte just dit.	1	2	3	4	5	6
13. Jag finner mig själv upptagen med framtiden eller det förflutna.	1	2	3	4	5	6
14. Jag finner mig själv görandes saker utan att vara uppmärksam.	1	2	3	4	5	6
15. Jag småäter utan att vara medveten om att jag äter.	1	2	3	4	5	6