



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Vem tycker vad om självskadebeteende?
En enkätstudie om allmänhetens attityder

Valter Albin & Carl Hellström

Psykologexamensuppsats 2016

Handledare: Lars-Gunnar Lundh

Examinator: Sean Perrin

Abstract

Objective: To examine the psychometric properties of the instrument Lund Attitudes Towards Self Harm (LASH) and use the best-suited version, six items or less, to investigate public attitudes to self-harm.

Method: A questionnaire about demographic variables, the experience of self-harm in close relationships and the following scales; LASH, Community attitudes towards the Mentally Ill (CAMI-S), Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS) and Mental Health Knowledge Scale (MAKS). The latter three scales were used to validate LASH. Demographic variables, the experience of self-injurious behavior in intimate relationships and the results CAMI-S, RIBS and MAKS were correlated with the outcome of the most appropriate version of the LASH. The questionnaire was distributed digitally and physically to respondents through social networking and recruitment in libraries and high school classes among others.

Results: LASH showed acceptable ($\alpha = .72$) internal consistency as 5-item scale (LASH-5). Related scales correlated in accordance with expectations; RIBS ($r = .47$), CAMI S ($r = .57$) and MAKS ($r = .35$), all of which are significant ($p < .001$), indicating an acceptable validity of LASH-5. The demographic variables that showed a significant association with the outcome of the LASH-5 was the population density of the respondent's place of residence and number of parents born outside Sweden. Higher population density and fewer parents born outside Sweden showed a positive correlation ($r = .25$ and $.13$), which can be seen as a higher tolerance or acceptance of self-harm. Also the experience of self-harm in close relationships showed a significant ($p < .001$) associated with the outcome of the LASH-5.

Keywords: Self-harm, Attitudes, NSSI, stigma, non-clinical sample

Sammanfattning

Syfte: Att undersöka de psykometriska egenskaperna hos instrumentet Lund Attitudes Towards Self Harm (LASH) och använda den bästa lämpade versionen, sex items eller kortare, för att undersöka allmänhetens attityder till självskadebeteende.

Metod: En enkät med frågor om demografiska variabler, erfarenhet av självskadebeteende i nära relationer samt skalorna LASH, Community Attitudes towards the Mentally Ill (CAMI-S), Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS) samt Mental Health Knowledge Scale (MAKS). De tre senare skalorna användes för att validera LASH. Demografiska variabler, erfarenhet av självskadebeteende i nära relationer samt resultaten CAMI-S, RIBS och MAKS korrelerades med utfallet på den bäst lämpade versionen av LASH. Enkäten distribuerades digitalt och fysiskt till respondenter via sociala nätverk och rekrytering i bland annat bibliotek och gymnasieklasser.

Resultat: LASH uppvisade acceptabel ($\alpha = .72$) intern konsistens som 5-item skala (LASH-5). Samband enligt förväntan på relaterade skalor; RIBS ($r = .47$), CAMI-S ($r = .57$) och MAKS ($r = .35$), varav samtliga signifikanta ($p < .001$) vilket tyder på en acceptabel validitet för LASH-5. De demografiska variabler som uppvisade ett signifikant samband med utfallet på LASH-5 var befolkningstäthet på respondentens bostadsort samt antal föräldrar födda utanför Sverige. Högre befolkningstäthet och färre föräldrar födda utanför Sverige uppvisade ett positivt samband ($r = .25$ respektive $.13$), vilket kan utläsas som en högre tolerans eller acceptans för självskadebeteende. Även erfarenhet av självskadebeteende i nära relationer uppvisade ett signifikant ($p < .001$) samband med utfallet på LASH-5.

Nyckelord: Self harm, Attitudes, NSSI, stigma, non-clinical sample

Tack till...

Leg. psykolog och doktorand Magnus Nilsson vid Enheten för klinisk suicidforskning vid Lunds universitet, för inspiration, stöd och vägledning under projektets gång; Professor Lars Hansson vid Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser, för viktiga upplysningar om valideringskalornas psykometriska egenskaper; Professor Matthew K. Nock vid Harvard University, för att vi fått tillåtelse att använda modellen över klassifikation av självskadandets tankar och beteenden; vår handledare Professor Lars-Gunnar Lundh vid Lunds universitet, som varit till ovärderlig hjälp för oss i genomförandet av det här projektet; samt till alla de respondenter som ställt upp med sin tid för att kunna förverkliga den här uppsatsen.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Självskadebeteende	1
Attityder	5
Syfte	7
Hypoteser för validitet av LASH	7
Frågeställningar.....	8
Metod	8
Undersökingsdeltagare.....	8
Instrument	10
Procedur	13
Dataanalys.....	14
Etiska överväganden	14
Resultat.....	15
LASH - Psykometriska egenskaper	15
Demografiska variabler och LASH-5	19
Erfarenhet av psykiska problem och självskadebeteende	20
Personlig erfarenhet och LASH-5	22
Feedback från respondenter	22
Diskussion.....	23
LASH - Psykometriska egenskaper	24
Demografiska variabler och LASH-5	24
Personlig erfarenhet och LASH-5	26
Studiens begränsningar	26
Framtida forskning.....	27
Referenser	29
Bilagor.....	34

Inledning

Att skada eller döda sig själv går intuitivt emot vår grundläggande evolutionära förståelse av vilka beteenden som bör förekomma hos levande varelser. Ändå tycks företeelsen att på olika vis plåga sin egen kropp ha förekommit i en mängd olika tidsåldrar och kulturer. På senare år tycks fenomenet fått större uppmärksamhet bland forskare. I fjärde versionen av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) nämndes endast icke-suicidalt självskadebeteende (beskrivet som självmordsbeteende, gester, hot eller självstympande beteende) som ett av diagnoskriterierna för borderline personlighetsstörning (American Psychiatric Association, 1994). Under arbetet med den femte versionen (DSM-5) utreddes det om *non-suicidal self-injury* skulle bli en ny fristående diagnos (Selby, Bender, Gordon, Nock, & Joiner, 2012). Diagnosen placerades dock istället i sektion 3 av DSM-5, som är en avdelning för tillstånd som kräver mer omfattande forskning innan de kan bli upptagna som diagnoser (American Psychiatric Association, 2013). Samtidigt mer än tredubblades antalet årligen publicerade artiklar som behandlade självskadebeteende eller närliggande symptom från 117 stycken år 1998 till 386 stycken år 2008 (ISI Web of Knowledge, 2009).

Allt eftersom att fenomenet självskadebeteende får större genomslag i det akademiska blickfånget uppkommer dock nya frågor om hur detta beteende framträder, formas och upprätthålls. Psykiatriska diagnoser befinner sig alltid i ett socialt sammanhang och för att förstå problemen behöver vi således sätta oss in i hur de interagerar med sin omgivning. Vi vill med denna uppsats göra en ansats att bättre förstå detta sociala sammanhang. Följande avsnitt syftar därför till att utröna självskadebeteende som begrepp samt hur det framträder epidemiologiskt för att sätta det i ett större sammanhang. Därefter presenterar vi hur sociala fenomen som attityder och stigma kan ha en inverkan på självskadebeteende. Avsnittet avslutas med en redogörelse för hur attityder till självskadebeteende har sett ut i tidigare forskning samt studiens syfte och frågeställningar.

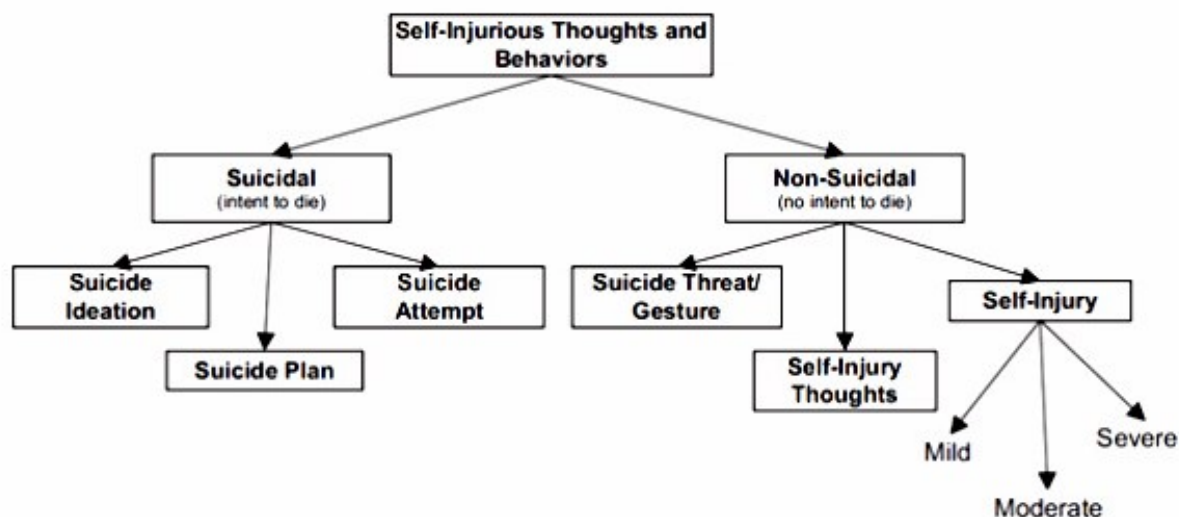
Självskadebeteende

Den vetenskapliga litteraturen innehåller en omfattande flora av mer eller mindre synonyma begrepp kopplade till fenomenet självskadebeteende. Åtminstone sedan 1960-talet har det funnits en pågående debatt om hur en nomenklatur kring begreppet ska kunna utformas. Kreitman, Philip, Greer och Bagley skrev redan 1969 att "The only point on which everyone seems to be agreed is that the existing term 'attempted suicide' is highly unsatisfactory, for the excellent reason that the great majority of patients so designated are not in fact attempting suicide" (Kreitman et al., 1969, s. 746).

Några författare (Herpertz, 1995; Muehlenkamp, 2005; Klonsky, 2007) har föredragit att använda begreppet *deliberate self-injury*, vilket de definierar som “the intentional and direct injuring of one's body tissue without suicidal intent” (Klonsky, 2007, s. 227). Favazza och Rosenthal (1993, s. 134) har en snarlik definition när de beskriver begreppet *deliberate self-mutilation* som “the deliberate alteration or destruction of body tissue without conscious suicidal intent”. Bland de mest förekommande termerna för att beskriva beteende vars huvudsakliga syfte är kroppslig förstörelse återfinns *deliberate self-harm* (Morgan, 1979; Pattison & Kahan, 1983). Tantam och Whittaker (1992) utgår från detta begrepp och vidareutvecklar det när de föreslår att man bör skilja mellan enteralt självskadebeteende (self-poisoning) och parenteralt självskadebeteende (self-wounding). Ytterligare begrepp som kan jämföras med fenomenet är *Münchhausens syndrom* (Asher, 1951), då patienter framhåller ett mönster av självtillfogade skador, fabricerar historier, och uppvisar falska tecken och symtom på sjukdom; samt *parasuicidalitet* (Kreitman et al., 1969), vilket beskrivs som en handling där en patient simulerar eller härmar självmord på ett sätt som innebär faktisk eller potentiell fysisk skada för individen. I linje med att området blivit mer beforskat och att kunskapen om fenomenet ökat har också fler röster höjts för att det behövs en mer enhetlig terminologi (Sarkar, Sattar, Gode, & Basannar, 2006).

På senare tid har uttrycket *non suicidal self injury* (NSSI) blivit en mer vanligt förekommande benämning av fenomenet. Nock och Favazza (2009, s. 9) beskriver begreppet som “the direct, deliberate destruction of one's own body tissue in the absence of suicidal intent. NSSI is direct in that the ultimate outcome of the self-injury occurs without intervening steps”. NSSI är också det begrepp som föreslagits tas upp i kommande DSM-manualer som en tänkbar fristående diagnos.

Nock (2009) placerar NSSI vid sidan av en rad andra typer av självskadebeteenden i en modell med flera nivåer (se Figur 1). Som övergripande nivå i modellen placeras självskadande beteenden och tankar som fenomen. På en andra nivå presenterar Nock två arter av fenomenet som han åtskiljer utifrån om beteendet har intentionen att döda eller om det saknar intentionen att döda sig själv. Som en tredje nivå beskriver han olika grader som dessa intentioner kan ta sig uttryck i, från tankar till förberedelser till konkreta ingrepp. NSSI placeras i detta system bredvid andra potentiella begrepp som “Non-Suicidal Suicide Threat” eller “Non-Suicidal Self-Injury Thoughts”. Systemet ger en god överblick över självskadebeteendet som fenomen och sätter in NSSI i en bredare kontext, vilket ger en intuitiv förståelse för hur det förhåller sig till liknande beteenden.



Figur 1. Nocks (2009) klassifikation över självskadandets tankar och beteenden. Tillstånd att publicera inhämtat från författaren (personlig kommunikation).

Epidemiologi.

Prevalens. Internationella studier har visat att ungefär 13–45% av ungdomar (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007; Plener, Libal, Keller, Fegert, & Muehlenkamp, 2009; Ross & Heath, 2002) och cirka 4–5% av vuxna (Briere & Gil, 1998; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Koyanagi, Stickley, & Haro, 2015) uppger att de någon gång uppvisat någon typ av självskadebeteende. Dessa data ger en motstridig bild över hur utbrett fenomenet är. Det är oklart huruvida ungdomar självskadar i större utsträckning än vuxna, eller om det är så att personer tenderar att omvärdera sin förståelse för självskadebeteende när de blir äldre och därför inte längre definierar sig som självskadande. Skillnaderna skulle även kunna förklaras med att självskadebeteende har blivit vanligare de senaste åren, eller en kombination av olika faktorer.

I en svensk studie av Zetterqvist, Svedin, Lundh, och Dahlström (2013) som undersökte gymnasieungdomar rapporterade 35.6 % minst ett fall av självskadebeteende senaste året. Studien använde den föreslagna DSM-5 definitionen av självskadebeteende, och 6.7 % mötte de föreslagna kriterierna för denna. Det var dock stora skillnader mellan könen då 11.1 % av flickor stämde in på diagnosen, medan endast 2.3% av pojkarna gjorde det. En metastudie av 116 artiklar undersökte skillnader i prevalens utifrån kön och fann att kvinnor var cirka 1.5 gånger troligare att självskada än män (Bresin & Schoenleber, 2015). Studien påvisade dock att spridningen var stor inom gruppen och att moderatorer såsom forskningsmetod hade en stor inverkan (Bresin & Schoenleber, 2015).

Sjukdomsförlopp. Det finns begränsad kunskap om huruvida det finns generella drag i hur självskadebeteendes förlopp utvecklas. Detta beror på att självskadebeteende, till skillnad från psykiatriska åkommor av mer permanent karaktär, är episodiska och vanligen utförs i det privata.

Vidare är det av etiska skäl närmast omöjligt att studera självskadebeteende i laboratoriemiljö, och i den mån man har kunnat undersöka så har det varit genom att personer i efterhand har fått självrapportera sina upplevelser (Nock, 2010). Därför har forskare varit utelämnade att i huvudsak arbeta med teoretiska definitioner snarare än empiriska. På senare tid har dock en del forskare använt sig av "Momentary ecological assessment", vilket innebär att personer med historik av självskadebeteende får digitalt rapportera tankar, känslor och situationer då de är på väg att självskada (Nock, Prinstein, & Sterba, 2010). Detta innebär att man kan komma närmare fenomenet i tid vilket minskar risken för att deltagares minnen förvrängs eller försvagas.

Orsaker. Empirisk forskning har visat att erfarenhet av fysiska övergrepp i barndomen, låg verbal förmåga, samt psykiska störningar är faktorer som kan kopplas till förhöjd risk för självskadebeteende (Klonsky & Moyer, 2008; Nock, 2008; Nock & Kessler, 2006). Young, Sweeting, och West (2006) har även visat hur kulturella fenomen, så som Goth-kultur, kan påverka förekomsten. Zetterqvist med kollegor (2013) fann att drog- och alkoholanvändningen var signifikant högre hos personer som självskadade.

I en reviewartikel av Klonsky (2007) utvärderades vilket empiriskt stöd det finns för sju olika teoretiskt definierade funktioner hos självskadebeteende. Funktionerna som undersöktes var (1) *affektreglering*, att lindra akut negativ affekt eller oönskad affektiv arousal; (2) *antidissociation*, att stoppa känslan av avpersonalisering eller dissociation; (3) *anti-suicid*, att ersätta, förändra eller undvika impulsen att begå självmord; (4) *interpersonell gränsdragning*, att försäkra sig om sin egen autonomi eller förtydliga gränsen mellan sig själv och andra; (5) *interpersonell influens*, att söka hjälp från eller manipulera andra människor; (6) *självbestraffning*, att förminska sig eller uttrycka ilska mot en själv; samt (7) *sensationssökande*, att generera upprymdhet eller upphetsning. Genomgången fann att det fanns omfattande stöd för att självskadebeteende ofta föregicks av akut negativ affekt. Lättnad och minskad negativ affekt tycks också vara vanligt förekommande omedelbart efter självskadebeteende. Vidare verkar syftet hos de som självskadar vara just att nå dessa effekter, då detta är vad de uppger i undersökningar. Övriga funktioner som analyserades uppvisade låga eller blandade resultat. Självskadebeteende som självbestraffning fann starkt stöd i sex av elva studier som undersökte detta, och måttligt stöd i resterande. Antidissociering undersöktes i åtta studier med blandade resultat. Nio studier undersökte om orsaken kunde vara interpersonell gränssättning, men endast en av dessa studier fann ett starkt stöd för detta.

Som en mer enhetlig teoretisk modell för hur självskadebeteende uppstår har Bentley, Barlow och Nock (2014) presenterat vad de kallar fyrfaktormodellen. Denna modell delar upp orsakerna i antingen positiv eller negativ förstärkning samt automatisk (intrapersonell) eller social (interpersonell). Detta leder då till fyra faktorer, exempelvis så kan självskadebeteende tjäna syftet

att distrahera från (negativ förstärkning) störande tankar och känslor (automatisk) eller att påkalla uppmärksamhet och stöd (positiv förstärkning) från omgivningen (social).

Självskaдебeteende har med andra ord interna såväl som sociala aspekter. En person försöker exempelvis sannolikt inte påkalla uppmärksamhet och stöd från omgivningen genom att självskada om detta inte varit effektivt innan. Förekomsten och intensiteten av självskadebeteende kan alltså påverkas av omgivningens bemötande, som är grundat i dess attityder till självskadebeteende.

Attityder

Ordet attityd kommer från senlatinets *aptitudo*, och kan översättas till exempelvis “benägenhet” (Psykologiguiden, 2016). Eagly och Chaiken (1993) definierar en attityd som “a psychological tendency that is expressed by evaluating a particular entity with some degree of favor or disfavor”. Andra forskare har beskrivit fenomenet som ett tredelat begrepp, bestående av en kognitiv, en affektiv, och en beteenderelaterad komponent. Enligt detta synsätt består den kognitiva komponenten av föreställningar, den affektiva komponenten av känslor och beteendekomponenten omfattar åtgärder eller avsikter att agera (Kruglanski & Higgins, 2003; Niven & Robinson, 1994).

En attityd skulle med andra ord kunna beskrivas som en multifaktoriell mental konstruktion som värderar och ger handlingsinstruktioner för hur individen ska agera i förhållande till ett yttre eller inre objekt. Attityder vägleder oss på detta sätt i vår vardag, vilket kan vara till antingen gagn eller skada för individen och omgivningen. När en individ blir utsatt för omgivningens negativa attityder gällande ett visst personligt attribut kan detta attribut få karaktären av ett stigma.

Stigma. Ordet stigma har sitt ursprung i grekiskan där den bokstavliga betydelsen är “märke” (Nationalencyklopedin, 2016). Goffman (1963) beskriver stigma som ett tecken eller märke som utmärker bäraren som fördärvad och därför mindre värd än “normala” personer. Goffman skiljer mellan tre typer av stigman: kroppsliga stigman (t.ex. ärr, bölder eller fysiska deformationer), karaktärsstigman (t.ex. beroenden, psykisk sjukdom eller arbetslöshet), samt gruppstigman (t.ex. religion, ideologi, eller etnicitet). Goffman skiljer även mellan två nivåer av stigma, nämligen om det gör individen *misskreditabel* eller *misskrediterad*. I det förra är stigmat ej ännu avslöjat för omgivningen. Individen har en viss kontroll över huruvida den vill att det ska bli känt, och i så fall på vilket sätt det ska tillåtas träda fram. I det senare är stigmat synligt och därmed ofrånkomligt att hindra omgivningen från att forma attityder kring. Självskadebeteende kan beroende på dess art och syfte, exempelvis om det är för att få en omhändertagande reaktion från omgivningen eller för att framkalla sensationer vid tomhetskänslor, falla under vardera kategorin.

Senare forskare (Jones, et al., 1984) har föreslagit en vidareutveckling av Goffmans modell, där de adderar sex dimensioner. Dessa beskrivs som (1) *döljbarhet*, vilket innebär individens

förmåga att kontrollera stigmats exponering; (2) "*märkets förbannelse*", som syftar till om stigmat är predisponerat att gradvis bli värre med tiden; (3) *grad av störande*, som syftar till hur hindrande stigmat är för flödet av interpersonella interaktioner; (4) *estetik*, vilket innebär hur allmänheten uppfattar vanärande eller oattraktiva drag av stigmat; (5) *ursprung*, vilket påverkas av faktorer som t.ex. att stigmat uppkom frivilligt eller ofrivilligt; samt (6) *fara*, vilket handlar om huruvida bäraren av stigmat utgör en upplevd fara för människor som korsar hennes väg.

Enligt fyrfaktorsmodellen kan självskadebeteende interagera i en social kontext. Modellen stipulerar att de som självskadar i vissa fall gör det för att uppnå sociala (interpersonella) effekter eller interna (intrapersonella) effekter. Självskadebeteende kan vara antingen uppenbart, exponerat och ge synliga ärr, eller noggrant kontrolleras och döljas för omgivningen. I det fall det är tydligt för omgivningen att en person självskadar, märks den självskadande personen ut och utsätts för de negativa attityder som en stigmatisering av denne innebär. Teorierna om stigma ger en viktig inblick i vilka reaktioner som självskadande personer kan råka ut för, och varför det därför är angeläget att undersöka hur attityder till sådant beteende ser ut.

Attityder till självskadebeteende. Forskningen på området attityder till självskadebeteende har hittills fokuserat på vårdpersonal som kommer i kontakt med personer som självskadar, i synnerhet patienter med Borderline personlighetsyndrom. Denna forskning har återkommande använt sig av kliniskt fokuserade instrument, vanligen just "Attitudes towards Deliberate Self-Harm Questionnaire" (McAllister, Creedy, Moyle, & Farrugia, 2002), vilket är utformat för att mäta just vårdpersonals attityder till självskadebeteenden. En sammanfattning av studier rörande attityder till självskadebeteende resultat ger Karman, Kool, Poslawsky, och van Meijel (2015) i sin översiktsartikel som undersöker 15 studier av sjuksköterskors attityder till självskadebeteende. Artikeln beskriver hur sjuksköterskor ofta kämpar för att bibehålla ett adekvat bemötande mot patienter som självskadar; "Although nurses express hopefulness and empathy when working with people who self-harm, negative attitudes towards self-harm prevail among nurses in various fields of healthcare. They often feel incompetent and frustrated when providing care to people who self-harm." (Karman et al., 2015, s. 74). En dansk studie av Perboell, Hammer, Oestergaard och Konradsen (2015) undersökte danska akutsjuksköterskors attityder till patienter som kommer in med akut förgiftning vid överdosering av värktabletter. Enligt denna studie fanns det flera faktorer som signifikant påverkade utfallet på skalan. Bland dessa visade sig kön och erfarenhet av NSSI vara betydelsefulla variabler, då kvinnor och personer med mer professionell erfarenhet uppvisade mer positiva attityder. Vid denna studies genomförande saknas tidigare forskning som undersöker allmänhetens attityder till självskadebeteenden.

Högberg, Magnusson, Lützén och Ewalds-Kvist (2011) undersökte i en svensk studie hur demografiska faktorer samverkade med psykisk ohälsa. Enligt denna studie hade 28.6% erfarenhet

av psykisk sjukdom i nära relationer. Studien visar bland annat att variablerna kön (kvinnor var mer positivt inställda), erfarenhet av psykisk sjukdom i grannskapet, åldersspannet 31–50 år, född i Skandinavien eller utanför Europa, samt att man endast hade grundskoleutbildning alla bidrog till en mer positiv attityd till personer med psykisk sjukdom. Vidare undersökte Ewalds-Kvist, Högberg och Lützné (2013) i sin svenska studie vilken påverkan bland annat kön, erfarenhet av att möta personer med psykisk sjukdom och ålder har och fann att samtliga dessa påverkade signifikant attityderna mot personer med psykisk sjukdom. Liknande fynd visades i en grekisk studie där exempelvis kunskap om psykisk sjukdom och personlig erfarenhet av psykisk sjukdom korrelerade positivt med en mer välvillig inställning gentemot personer med psykisk sjukdom (Tzouvara & Papadopoulos, 2014). Ytterligare en studie har visat att kvinnor mer generellt är positivt inställda gällande psykisk sjukdom, medan faktorer som bland annat inkomst, utbildningsnivå och etnicitet kan samvariera med mer positiva eller cyniska attityder (Kobau & Zack, 2013).

Syfte

Syftet med denna masteruppsats i psykologi är (1) att undersöka reliabilitet och validitet hos Lund Attitudes towards Self-Harm (LASH), ett nytt instrument med 6 items för att mäta attityder till självskadebeteende; samt (2) att använda den mest reliabla versionen av LASH (6-itemsversionen eller en kortare version) för att undersöka allmänhetens attityder till självskadebeteende.

Hypoteser för validitet av LASH

Hypotes 1. En skala byggd på item 5–8 av Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS) har en måttlig till stark positiv korrelation med LASH (korrelationsnivåer hämtade från Evans, 1996). RIBS frågor 5–8 handlar uteslutande om huruvida man välvilligt inställd till personer med psykisk sjukdom eller inte.

Hypotes 2. Community Attitudes towards the Mentally Ill, (CAMI, svenska versionen CAMI-S) har en måttlig till stark positiv korrelation med LASH. Båda behandlar attityder till psykisk sjukdom vilket självskade beteende skulle kunna ses som en underkategori av. Korrelationen blir dock sannolikt inte mycket stark, då CAMI är bredare och berör punkter som LASH inte tar upp.

Hypotes 3. Mental Health Knowledge Schedule (MAKS) har en låg till måttlig positiv korrelation med LASH. MAKS mäter främst kunskap om psykiska problem, vilket måste ses som ett fenomen som är mindre synonymt med attityder till självskadebeteende än övriga skalor.

Frågeställningar

- Är LASHs psykometriska egenskaper lämpade att mäta attityder till självskadebeteende?
- Hur ser attityder till självskadebeteende ut hos en icke-klinisk population?
- Hur varierar dessa attityder beroende på demografiska faktorer och erfarenheter av psykisk sjukdom och självskadebeteende?

Metod

Metoddelen inleds med att undersökningsdeltagarna beskrivs. Därefter redogörs för studiens valda instrument och övrig data som samlats in. Efter detta beskrivs studiens procedur och analys samt avslutningsvis studiens etiska överväganden.

För denna kvantitativa enkätstudie användes en sammansättning av flera självskattningsformulär till en enkät. Enkäten inkluderar även frågor om demografiska data och om erfarenheter av självskadebeteenden i nära relationer. Målsättningen var att få in ett stort antal enkäter för att se hur attityder till självskadebeteende ser ut hos allmänheten och vilka faktorer som kan påverka dessa attityder. Då "Lund Attitudes towards Self-Harm" skalan (LASH) är nyutvecklad och ej tidigare publicerad, så inkluderades även CAMI-S, RIBS och MAKS i syfte att validera denna skala för användning i denna och framtida studier.

Undersökningsdeltagare

Inklusionskriterier. Studien har riktat sig till allmänheten, en icke-klinisk population gällande självskadebeteende. Den primära målgruppens åldersspann har inte understigit 16 år av samtyckesskäl, men har inte agerat som inklusionskriterium då den digitala versionen av testet varit fritt tillgänglig. Det enda inklusionskriterium som har satts var att deltagare skall förstå svenska i tillräckligt hög mån för att slutföra enkäten.

Rekrytering. Rekryteringen skedde genom distribuering av den digitala enkäten samt den fysiska versionen. Den digitala spridningen skedde främst genom publicerandet av en offentlig länk till enkäten på Facebook, där grupper och individer spred länken vidare. Länken till enkäten skickades även via email till tänkbara respondenter inom författarnas sociala nätverk, som i sin tur uppmanades skicka den vidare. Då en majoritet av dessa tidiga respondenter var kvinnor, högutbildade och 20–29 år gamla, riktades den fysiska rekryteringen mot respondenter som var män, hade lägre utbildningsnivå och tillhörde andra ålderskategorier. Detta skedde genom rekrytering på bibliotek, en verkstad, en hundklubb samt i tre gymnasieklasser i Skåne. Vid denna fysiska rekrytering fick deltagarna en kortfattad muntlig genomgång som motsvarade den skriftliga, samt den skriftliga beskrivningen av enkäten. De ifyllda fysiska enkäterna lades in digitalt och

förstördes sedan. Rekryteringen pågick under 15 dagar i januari 2016. Totalt 60 respondenter fyllde i den fysiska enkäten och 283 fyllde i enkäten digitalt.

Demografiska variabler. Totalt 343 respondenter deltog i studien (se Tabell 1 för en översikt av spridningen gällande demografiska faktorer). Utav dessa 343 respondenter, exkluderades sju på grund av uteblivna svar. Dessa enkäter hade tre eller fler uteblivna svar, vanligen på demografiska faktorer eller LASH. Detta bedömdes som systematiskt bortfall och därför exkluderades dessa enkäter från analysen. Ett fåtal enkäter hade ett eller två uteblivna svar, dessa har inkluderats i studien, men anges i tabellen nedan då de rör demografiska data.

Urvalets spridning varierar på flera faktorer (Tabell 1), exempelvis kön, med viss övervikt på kvinnor men har inte som ansats att vara ett representativt urval då författarna inte haft resurser tillgängliga för att försäkra detta. Fem respondenter har inte fyllt i kön eller har valt alternativet ”Annat”, vilket för denna studie har kodats som bortfall. Strax under tre fjärdedelar av deltagarna i studien är mellan 16 och 29 år gamla. Gällande högsta avslutade utbildningsnivå så har strax under hälften av deltagarna högskoleutbildning, medan cirka en fjärdedel endast har fullgjort gymnasiet. En majoritet av respondenterna studerar som primär sysselsättning, medan en tredjedel arbetar. Strax under hälften av deltagarna tjänar 1 – 84 999 årligen, följt av en femtedel som tjänar 85 000 – 159 999. En majoritet av deltagare bor i mellanstora städer, exempel som ges är Lund och Helsingborg, medan cirka en fjärdedel är bosatta i större städer såsom Malmö eller Stockholm. En övervägande majoritet av respondenter hade inga föräldrar födda utanför Sverige, medan cirka en fjärdedel hade en eller två utlandsfödda föräldrar.

Tabell 1. *Demografisk data inklusive itembortfall.*

	Respondenter		Uteblivna svar	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Kön	331	98.5	5	1.5
Män	142	42.9		
Kvinnor	189	57.1		
Ålder	336	100	-	-
< 19	84	25		
20 – 29	166	49.4		
30 – 39	42	12.5		
40 – 49	20	6		
50 – 59	11	3.3		
60 – 69	6	1.8		
70 – 79	5	1.5		

80 –	2	0.6		
Högsta utbildning	333	99.1	3	0.9
Grundskola	74	22.2		
Gymnasium	83	24.9		
Folkhögskola/Yrkesutbildning	13	4		
Högskola	163	48.9		
Primär sysselsättning	336	100	-	-
Arbetande	112	33.3		
Studerande	194	57.7		
Arbetsökande	14	4.2		
Sjukskriven/Sjukpensionär	16	4.8		
Årlig inkomst	335	99.7	1	0.3
1 – 84 999	160	47.8		
85 000 – 159 999	67	20		
160 000 – 234 999	20	5.9		
235 000 – 309 999	33	9.9		
> 310 000	55	16.4		
Bostadsort	336	100		
Större stad	86	25.6		
Mellanstor stad	173	51.4		
Mindre ort	57	17		
Landsbygd	20	6		
Utlandsfödda föräldrar	332	98,8	4	1.2
0	246	74.1		
1	35	10.5		
2	51	15.4		

Instrument

Enkäten (se bilaga 1) består av flera självskattningsformulär samt information till deltagare och insamling av demografiska data, frågor om erfarenhet av självskadebeteende i nära relationer samt vilka eventuella karaktärsdrag deltagarna tillskriver män respektive kvinnor som självskadar. Enkäten har omvandlats till digital form via Google Forms, efter inhämtat samtycke från respektive upphovspersoner till formulären.

LASH. Det första självskattningsformuläret i enkäten är “Lund Attitudes towards Self Harm” skalan, som i den svenska versionen kallas “Skattningsformulär för attityd till

självskadebeteende”. Detta är ett nyutvecklat formulär på sex påståenden med en Likert-skala från 1 (Stämmer inte alls) till 10 (Stämmer helt). Tre av dessa items vänds vid beräkning av skalpoäng, vilket ger en skala där högre poäng indikerar en mer tolerant hållning gentemot självskadebeteende eller personer som självskadar. Ett exempel på ett påstående från LASH är ”Människor med självskadebeteende bör inte klandras”. Formuläret utvecklades av leg. psykolog Magnus Nilsson och används parallellt med denna studie i en annan studie vid Enheten för klinisk suicidforskning, med titeln “Cognitive functioning, self criticism and attitudes in persons with deliberate self harm”, på en klinisk population med självskadebeteenden.

I utvärderingen av LASH utgår vi från Nunnallys (1978) föreslagna nivåer för intern reliabilitet. Han anger att man i de tidiga stadierna av sin forskning sparar tid och energi genom att arbeta med instrument som endast har moderat reliabilitet ($\alpha > .70$), medan det i mer tillämpad forskning bör vara motiverat med högre intern reliabilitet ($\alpha > .80$) kopplat till syftet med användningen av instrumentet. I kliniska sammanhang där viktiga beslut fattas baserat på de resultat som instrument används för menar Nunnally kräver en ännu högre reliabilitet ($\alpha > .90 - .95$). Eftersom LASH är ett tidigare otestat verktyg anser vi, med utgångspunkt ur detta perspektiv, att det är ändamålmässigt att eftersträva en intern reliabilitet som motsvarar ett Chronbach's Alpha-värde på .70 eller högre för LASH.

CAMI-S. CAMI-S är den svenska versionen av kanadensiska CAMI (Community Attitudes towards the Mentally Ill), ett formulär med 40 items utvecklat av Martin Taylor och Michael Dear (1981). Formuläret utvärderades år 2000 för att se till dess språkliga och kulturella relevans och befanns vara relevant och användbart förfarande (Beaton & Guillemin, 2000). Vid översättningen och anpassningen till svenska visade sig hälften av undersökta items ha så pass svaga inter-item-korrelationer vid statistik analys av intern konsistens att de uteslöts ur den svenska versionen (Högberg, Magnusson, Ewertzon & Lützén, 2008). Detta resulterade i god intern konsistens, med ett Cronbachs alfa-värde på .90. Vid utprovningen av den nya versionen av CAMI-S så lade man till 9 items med fokus på beteende och interaktion, vilket ledde till god intern konsistens, med ett Cronbachs alfa-värde på .95 (Högberg et al., 2011). Dessa items var hämtade från skalan FABI (Fear of and Behavioural Intentions toward the mentally ill) som i sig hade ett Cronbachs alfa-värde på .80 (Svensson et al., 2011).

I senare studier, inklusive denna, har även ett så kallat “dummy”-item inkluderats (item 30), vilket rundar ut antalet frågor till ett jämnt tal. Detta item används inte i analyser. CAMI och även CAMI-S har tidigare via medveten design och faktoranalys innehållit fyra delskalor gällande attityder. Dessa är Intention to interact, Fearful and avoidant, Open-minded and Pro-Integration samt Community Mental Health Ideology. Då delskalorna korrelerar högt med varandra och CAMI-

S som helskala har mycket god intern konsistens, används dock inte delskalorna i denna studies analys.

RIBS. RIBS (Reported and Intended Behaviour Scale) är ett nyligen framtaget formulär av Sara Evans-Lacko med flera, gällande tidigare eller nuvarande erfarenheter av och uppskattat framtida beteende gentemot personer med psykisk sjukdom (Evans-Lacko, Rose, Little, Flach, Rhydderch, Henderson, & Thornicroft, 2011). I detta formulär får deltagare skatta sina nuvarande/tidigare erfarenheter gällande personer med psykisk sjukdom inom fälten arbete, boende, grannskap och vänskap. Frågorna besvaras med "Ja", "Nej" eller "Vet inte", vilket sedan följs upp av fyra frågor gällande samma fält. De senare frågorna, besvaras på en 5-gradig Likert-skala där 1 = "Tar helt avstånd från" och 5 = "Instämmer helt" och rör attityder till framtida interaktioner med personer med psykisk sjukdom, ex "I framtiden skulle jag kunna tänka mig att arbeta tillsammans med en person som har psykiska problem". Även här finns alternativet "Vet inte". Vid reliabilitetstestning har RIBS uppvisat ett Cronbachs alfa-värde på .85 på de fyra senare frågorna; de fyra första har inte beräknats då svaren endast är ja/nej/vet inte (Evans-Lacko et al., 2011). Formuläret har översatts till svenska av Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser vid Lunds Universitet, vilket är den version som använts i denna studie.

MAKS. MAKS (Mental Health Knowledge Scale/Schedule) är även det ett nyutvecklat formulär för att mäta kunskaper om psykisk sjukdom (Evans-Lacko, Little, Meltzer, Rose, Rhydderch, Henderson, & Thornicroft, 2010). Skalan består av 12 påståenden som besvaras på en 5-gradig Likert-skala där 1 = "Tar helt avstånd från" och 5 = "Instämmer helt". Alternativet "Vet inte" är inkluderat även här. De sex första påståendena rör behandling och möjlig återhämtning för personer med psykisk sjukdom, medan de nästkommande rör huruvida olika psykiatriska tillstånd (Ex: "sorg" eller "schizofreni") klassificeras som en sjukdom eller inte. MAKS har uppvisat en måttlig intern konsistens, med ett Cronbachs alfa-värde för de första sex påståendena på .65, vilket utvecklarna av formuläret har bemött genom att poängtera att formuläret inte är menat att fungera som en sammansatt skala (Evans-Lacko et al., 2010). Formuläret har översatts till svenska av Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser vid Lunds Universitet, vilket är den version som använts i denna studie.

Övriga instrument. Som tillägg till formulären inkluderas även demografiska faktorer och en uppskattning gällande egna erfarenheter om självskadebeteende i nära relationer samt hur självskadebeteenden skiljer sig mellan könen.

Demografiska variabler. För denna studie samlades det in data gällande deltagarnas kön, ålder, utbildningsnivå, primär sysselsättning, årlig inkomst, bostadsort samt antal föräldrar födda utanför Sverige. Ålder och inkomst var uppdelade i intervaller, ex "20–29" för ålder och "85 000–159 999" för årlig inkomst i kronor. Detta baserades på tidigare forskning inom fältet attityder mot

psykisk sjukdom (Högberg et al., 2011). Utbildningsnivå var formulerat så att deltagarna skulle fylla i den högsta avslutade nivån, ex “Grundskola” för de deltagare som gick i gymnasiet, och hade svarsalternativen “Grundskola”, “Gymnasium”, “Folkhögskola/Yrkesutbildning” samt “Högskola”. Bostadsort var uppdelat efter befolkningstäthet och med exempel inom parentes i syfte att vägleda deltagare, t. ex “Mindre ort (ex Bromölla, Kramfors)”. Ovanstående faktorer har delvis inkluderats på grund av att tidigare forskning (Högberg et al., 2011; Angermeyer & Detrich, 2005) har visat att de kan vara relevanta vid undersökningen av attityder.

Personlig erfarenhet och könsskillnader. I enkäten inkluderas även fyra items konstruerade av författarna i syfte att vidare undersöka attityder gentemot män respektive kvinnor som självskadar samt om möjlig attitydpåverkan av personlig erfarenhet av NSSI. Det första är påståendet “Någon i min närhet (vänner eller familj) har någon gång självskadat”, vilket besvaras med “Ja”, “Nej”, eller “Vet inte”.

Nästa item är en Likert-skala där deltagare ombes uppge om självskadebeteende utförs till största delen av män (1) eller kvinnor (5). Detta följs av två listor på tio karaktärsdrag som uppfattas förekomma i högre utsträckning för män respektive kvinnor som självskadar, där deltagare uppmanades kryssa i upp till tre alternativ, t. ex “Dominanta” eller “Deprimerade” och avslutas med alternativet “(Inget av ovanstående)”. Dock har dessa items inte inkluderats i analysen då de inte bedömdes vara tillräckligt relevanta för studiens frågeställningar. Dessa inkluderades emellertid initialt i enkäten, men sorterades ut under analysprocessens gång.

Procedur

Deltagarna blev informerade om att studien utfördes av två studenter vid psykologprogrammet vid Lunds universitet som bedrev forskning på masternivå för en examensuppsats. Vidare upplystes deltagarna om att innehållet i enkäten gällde tankar och funderingar kring självskadebeteende och mental ohälsa samt att den gjordes med stöd från DBT-teamet i Lund. Respondenterna informerades om att enkäten skulle ta cirka 15 minuter och att deras medverkan var helt anonym.

För datainsamlingen som skedde digitalt klickade respondenterna igenom ett formulär som var uppdelat på 11 sidor. Det fanns en inbyggd mekanism som gjorde att de var tvungna att besvara varje fråga på något sätt innan de kunde gå vidare till nästa sida. På så sätt garanterades en full svarsfrekvens för de digitala enkäterna. Gällande de enkäter som distribuerades i fysiska miljöer fick respondenterna en utprintad pappersversion av samma instrument. Dessa samlades in efter cirka 20 minuter. Dessa respondenter kunde lättare hoppa över frågor som de inte förstod eller ville svara på. Därför följdes det upp i några fall då det var respondenter som hade frågor gällande någon fråga i samband med att enkäterna samlades in.

Dataanalys

Insamlad data analyserades med IBM SPSS Statistics 23. Den primära uppskattningen av spridningen av demografiska faktorer gjordes med Google Forms "Summary of responses" funktion. Analysen fokuserade på de frågeställningar som studien baserats på, med korrelationer och variansanalys som primära verktyg för att se vilka faktorer som påverkar attityder till självskadebeteende samt hur dessa attityder ser ut. I analysen genomfördes även en utvärdering av LASH i form av testning av intern konsistens (Cronbachs alfa). Även skalans validitet analyserades, genom korrelation till liknande skalor gällande attityder och kunskap om psykiska problem (CAMI-S, MAKS, RIBS).

Demografiska faktorer, erfarenhet och LASH. För att se hur demografiska faktorer och olika former av erfarenhet samvarierade med attityder till självskadebeteenden genomfördes olika analyser utifrån hur frågorna var konstruerade. För att undersöka vilken effekt faktorn kön hade på utfallet av LASH användes ett oberoende t-test, likaså på frågorna gällande erfarenhet av självskadebeteende eller psykiska problem (RIBS 1–4). För de senare frågorna omkodades svarsalternativen "Nej" och "Vet inte" till samma vid korrelationsanalys, då båda innebär en avsaknad av medveten erfarenhet. För ålder, utbildning, bostadsort och inkomst användes Pearsons korrelation respektive Spearmans Rho för de tre nästkommande, då dessa följer en intervallskala gällande antal år, grad av avancerad utbildning, befolkningstäthet samt antal kronor i inkomst per år. För primär sysselsättning och antal föräldrar födda utanför Sverige användes envägs ANOVA för att undersöka skillnader mellan grupperna. För den senare gjordes även en korrelation med Spearmans Rho.

Etiska överväganden

I syfte att säkerställa ett etiskt tillvägagångssätt så var respondenterna helt fria att utan konsekvenser neka att delta eller avbryta sitt deltagande. Respondenterna fick en kortfattad skriftlig beskrivning av studien och dess kontext innan enkäten påbörjades. Studien hanterar inga personuppgifter.

Studien berör potentiellt känsliga ämnen såsom erfarenheter av självskadebeteenden och attityder till psykisk sjukdom i stort. En möjlig farhåga skulle då kunna vara att det är skadligt att fråga om självskadebeteende då detta skulle kunna ge upphov till högre förekomst av självskadebeteenden hos respondenter. Flertalet studier har dock visat att så inte är fallet då frågor om självskadebeteende varken orsakar självskadebeteende, självskadetankar eller ens ökat lidande eller stress (Gould et al., 2005; Reynolds, Lindenboim, Comtois, Murray, & Linehan, 2006). Enkäten benämner inte heller exempel på självskadebeteenden, vilket undviker risken för att inspirera till att respondenter potentiellt skulle söka att replikera dessa beteenden.

Studien söker inte att manipulera eller påverka deltagare i någon mån och är fullständigt anonym då inga persondata samlas in. Då flera demografiska data är uppdelade i intervaller eller grupperingar, skulle eventuella försök till identifikation försvåras ytterligare. Risken för att individuella deltagares attityder skulle röjas är därmed minimal. Varje deltagare tilldelades däremot ett ID-nummer, så att svarsprofiler kunde analyseras.

Resultat

Denna del inleds med en psykometrisk genomgång av Lund Attitudes Towards Self Harm (LASH) skalan, följt av dess resultat och hur demografiska faktorer samt erfarenhet av psykisk sjukdom och/eller självskadebeteende kan påverka resultatet på LASH. Avslutningsvis följer en kort redogörelse för respondenters kommentarer på enkäten.

LASH - Psykometriska egenskaper

Intern reliabilitet. Vid en första reliabilitetsanalys av 6-item versionen av LASH-skalan uppvisades ett Cronbach's Alpha-värde på .60. Detta är under det riktmärke på .70 som vi satt efter Nunnallys (1978) rekommendationer. Vid en analys av inter-item korrelationerna visade det sig att item nr 2 "Tanken på självskadebeteenden gör mig upprörd" hade en betydligt lägre korrelation i förhållande till övriga item än något av de andra item som undersöktes (Tabell 2). I relation till tre av övriga frågor (1, 3, och 6) förelåg en svag negativ korrelation, och till de andra (4 och 5) förelåg endast en svag positiv korrelation. Övriga item hade över lag positiva korrelationer till varandra. På grund av detta undersöktes hur skalans interna egenskaper såg ut om item nr 2 exkluderades. Detta resulterade i ett acceptabelt Cronbach's Alpha-värde på .72. Fortsatta analyser av LASH använde därför versionen med fem item, hädanefter refererat till som LASH-5.

Validitet. Enligt de hypoteser vi postulerat för hur LASH skulle korrelera med jämförelseskalorna förmodades RIBS och CAMI (hypotes 1 och 2) ha en måttlig till stark korrelation ($r = .40 - .79$) och MAKS ha en svag till måttlig korrelation ($r = .20 - .59$). För svarsfördelning på CAMI-S, RIBS och MAKS, se bilaga 2.

Hypotes 1. En jämförelse mellan LASH och RIBS (item 5–8) visar en korrelation på .47. Detta ligger inom spannet för en måttlig korrelation, vilket bekräftar hypotes 1.

Hypotes 2. Vid en jämförelse mellan LASH och CAMI-S uppnås en korrelation på .57. Detta värde är inom spannet för en måttlig korrelation, vilket bekräftar hypotes 2.

Hypotes 3. När LASH jämfördes med MAKS fann vi en korrelation på .35. Detta motsvarar en svag korrelation, vilket bekräftar hypotes 3.

Samtliga korrelationer var statistiskt signifikanta ($p < .001$).

Tabell 2. Interna korrelationer LASH (6-itemversion)

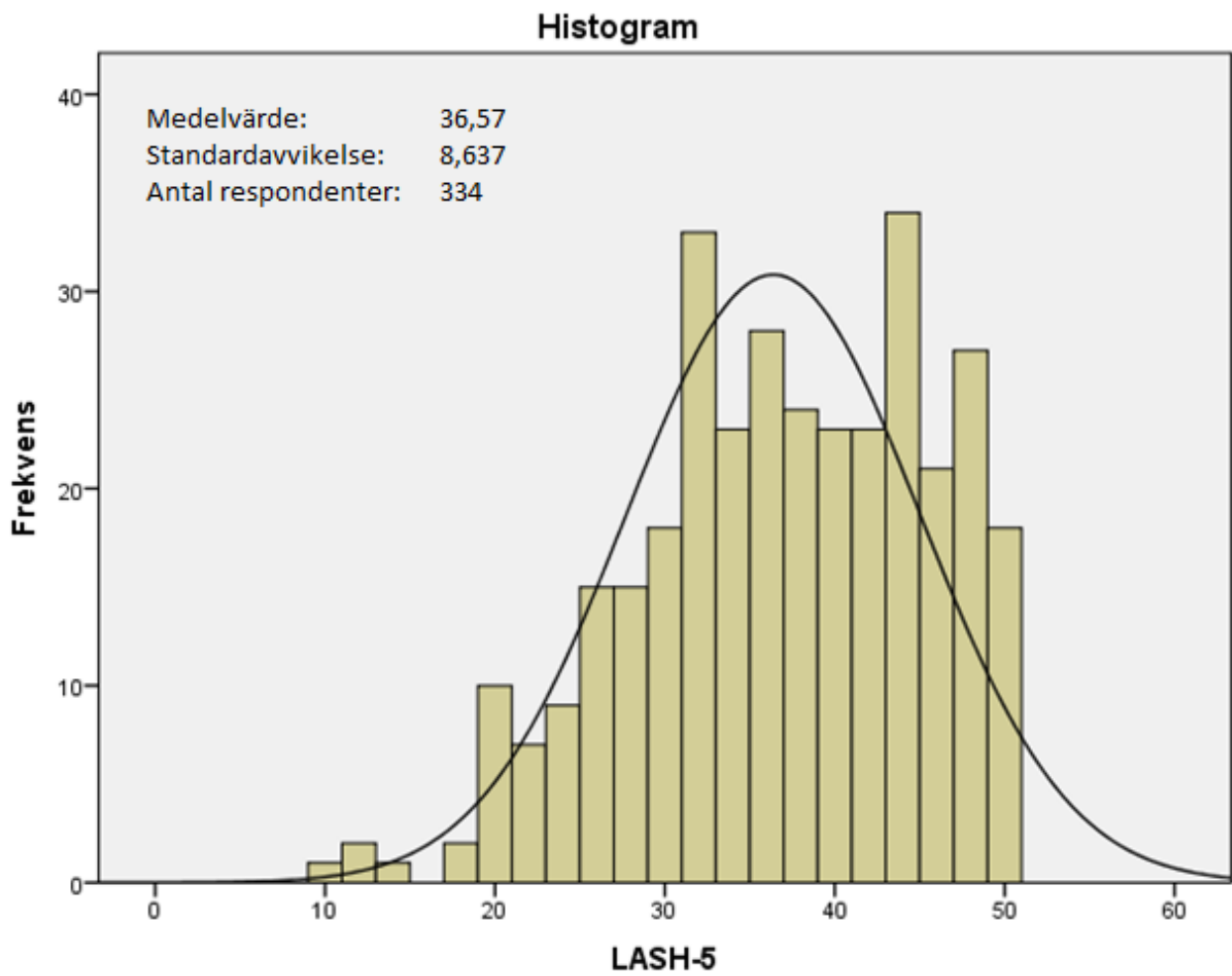
	1. Att personer skadar sig själv är förståeligt	2. Tanken på självskadebeteenden gör mig upprörd	3. Människor med självskadebeteende bör inte klandras	4. Självskadebeteende är för mig obegripligt	5. Att personer skadar sig själv är moraliskt förkastligt	6. Jag blir provocerad när människor blir arga på självskadebeteende
1	1	-.01	.50***	.45***	.25***	.40***
2		1	-.24***	.24***	.13*	-.28***
3			1	.17**	.29***	.52***
4				1	.45***	.11*
5					1	.22***
6						1

* $p < .05$

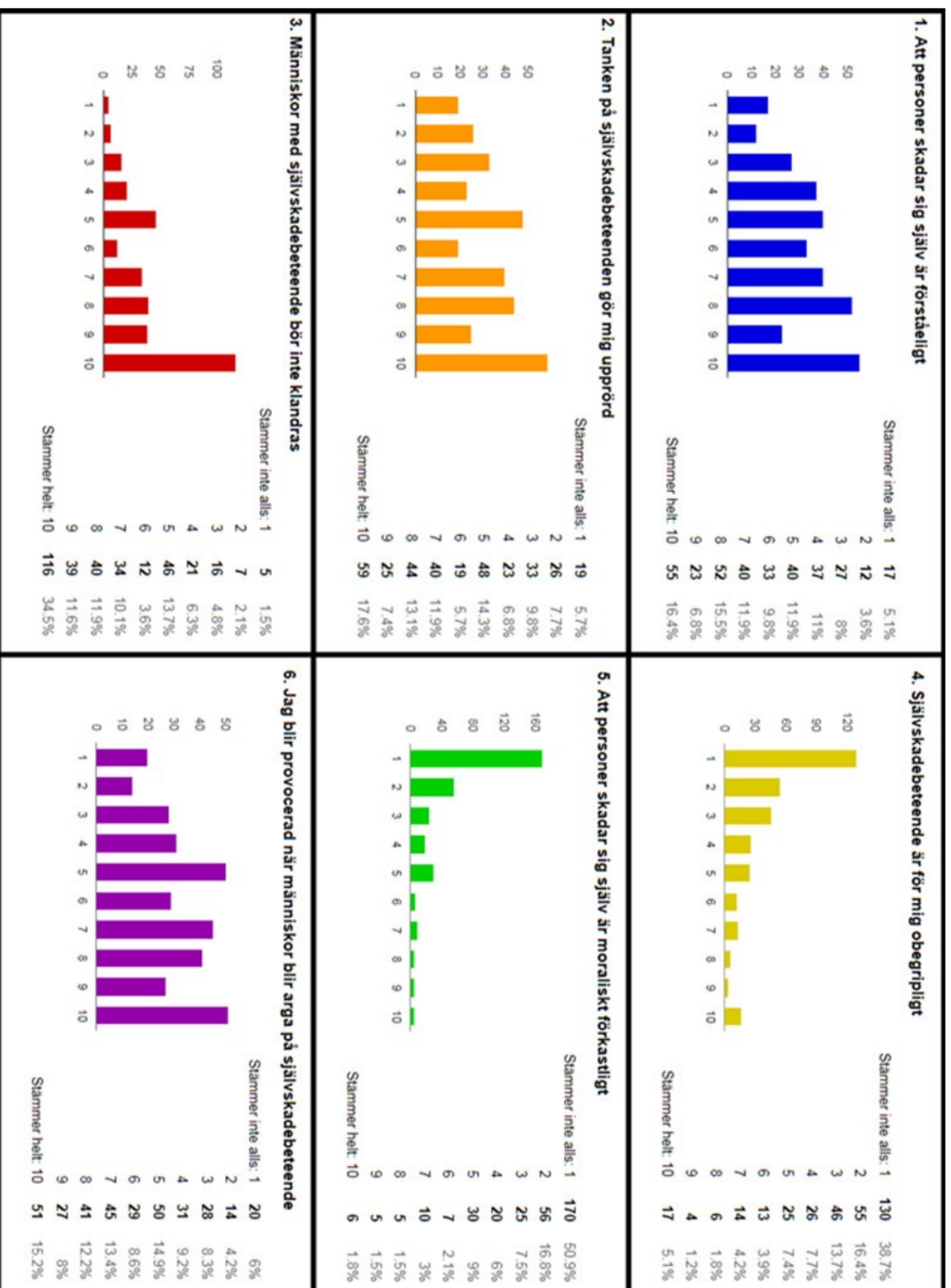
** $p < .01$

*** $p < .001$

Deskriptiva data. LASH-5 spänner mellan ett värde på 5 och 50. Respondenternas svar fördelade sig på denna skala mellan ett värde på 10 och 50 där medelvärdet var 36.37 och standardavvikelsen var 8.64 (se figur 2). Distributionen av svaren på skalan var ungefärligt normalfördelade med klart acceptabla värden för Skewness (-0.45) och Kurtosis (-0.33). På itemnivå för LASH-5 fördelade sig tre item (3, 4 och 5) med tydlig skevhet, medan övriga item (1 och 6) hade en mer spridd distribution (se figur 3). Noterbart är dock att item 4 och 5 är negativa och därför har vänts i analysen för att passa in i helskaleformat. Deras skevhet ska därför tolkas som samma riktning som item 3. I figur 3 presenteras dock samtliga resultat utan manipulation.



Figur 2. Fördelning av svar LASH-5.



Figur 3. Distribution av svar på LASH item för item

Demografiska variabler och LASH-5

Av de demografiska faktorerna (se tabell 3) var det främst befolkningstäthet i bostadsorten som gav utslag i analysen, då denna variabel korrelerade positivt med LASH-5 ($r = .25$). Resultatet var signifikant och bör tolkas som att grad av tolerans till personer med självskadebeteende korrelerar positivt med hur tätbefolkat personer bor. Även antalet föräldrar födda utomlands hade en signifikant negativ korrelation med LASH-5 ($r = -.13$). Frågan innehöll tre svarsalternativ, då respondenterna kunde svara på om de hade 0, 1 eller 2 föräldrar födda utomlands. Vid en ANOVA med Tukey's post hoc test av resultatet (Tabell 4) visade det sig att den grupp som hade en förälder född utomlands hade signifikant ($p = .01$) lägre resultat på LASH-5 än den grupp som inte hade föräldrar födda utomlands. Noterbart var dock att det inte fanns någon signifikant skillnad i resultat på LASH-5 vid en jämförelse mellan gruppen som ej hade några föräldrar födda utomlands och gruppen som hade två föräldrar födda utomlands. Inte heller mellan gruppen som hade en utlandsfödd förälder och gruppen som hade två utlandsfödda föräldrar fanns någon signifikant skillnad.

Variabeln inkomstnivå gav låga utslag i analysen och visade inget signifikant samband med LASH-5. Variablerna utbildningsnivå och ålder uppvisade inte några signifikanta samband, men dock tendenser till samband. Korrelationerna för dessa variabler var emellertid små. Vid en envägs ANOVA (tabell 5) visade inte sysselsättning signifikant korrelera med hur deltagare svarat på LASH-5.

För att undersöka hur variabeln kön förhöll sig till LASH-5 användes t-test för att jämföra medelvärdena för män respektive kvinnor. Detta gav resultatet att gruppen män hade signifikant lägre poäng på LASH-5 än gruppen kvinnor (tabell 6). Skillnaderna mellan grupperna var dock små, då de motsvarande ett värde som låg under en halv standardavvikelse för respektive grupp.

Tabell 3. *Korrelationer mellan LASH-5 och demografiska variabler (n = 331-334)*

Variabel	LASH-5	<i>p</i>
Bostadsort	-.252	.001
Antal föräldrar födda i annat land än Sverige	-.134	.014
Inkomst	.017	.758
Högsta utbildningsnivå	.099	.071
Ålder ¹	.086	.116

¹Ålder prövad via Pearsons korrelation, övriga med Spearmans Rho.

Tabell 4. Jämförelse av attityder till självskadebeteenden mellan grupper med olika antal föräldrar födda utanför Sverige: Medelvärden (SD) på LASH-5, och jämförelse med envägs ANOVA

0	1	2	F (2, 330)	p
37.22 (8.35)	32.74 (8.97)	35.26 (8.82)	4.84	.008

Tabell 5. Jämförelse av attityder till självskadebeteenden mellan grupper med olika sysselsättning: Medelvärden (SD) på LASH-5, och jämförelse med envägs ANOVA

Arbetande	Studera	Arbetslös	Sjukskrivna/ sjukpensionerade	F (3, 330)	p
35.56 (8.29)	36.41 (8.80)	37.14 (8.44)	41.00 (8.42)	1.91	.13

Tabell 6. Jämförelse av attityder till självskadebeteenden mellan män och kvinnor.

Variabel	Grupp	Medelvärde	SD	t	p
Kön	Män	34.55	9.00	-3.2	.002
	Kvinnor	37.57	8.09		

Erfarenhet av psykiska problem och självskadebeteende

Som tillägg till enkätens demografiska item, undersöktes även respondenternas egna erfarenheter av psykisk sjukdom och självskadebeteende i nära relationer (Tabell 7). Här uppgav en majoritet av respondenterna att någon i deras närhet hade självskadat. Något mindre än hälften hade vid något tillfälle bott (eller bor med) med en person med psykiska problem. En majoritet av respondenterna hade arbetat med någon med psykiska problem, medan strax under en tredjedel hade erfarenhet av grannar med psykiska problem och hälften av deltagarna visste inte säkert. Över tre fjärdedelar av deltagarna hade erfarenhet gällande vänner med psykiska problem.

Tabell 7. Erfarenhet av psykisk sjukdom och självskadebeteende (Enkätfråga nr 1 sida 4, samt RIBS item nr 1-4)

	Respondenter	
	<i>n</i>	%
Någon i min närhet (vänner eller familj) har någon gång självskadat		
Ja	216	64.3
Nej	67	19.9
Vet inte	53	15.8
Bor du för närvarande, eller har du någon gång bott tillsammans med en person med psykiska problem?		
Ja	156	46.4
Nej	143	42.6
Vet inte	37	11
Arbetar du för närvarande, eller har du någon gång arbetat tillsammans med en person med psykiska problem?		
Ja	178	53
Nej	71	21.1
Vet inte	87	25.9
Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en granne med psykiska problem?		
Ja	108	32.1
Nej	60	17.9
Vet inte	168	50
Har du för närvarande, eller någon gång haft en nära vän med psykiska problem?		
Ja	270	80.4
Nej	41	12.2
Vet inte	25	7.4

Personlig erfarenhet och LASH-5

De variabler som förutsattes mäta personlig erfarenhet av självskadebeteende och psykisk ohälsa var bland annat "Någon i min närhet (vänner eller familj) har någon gång självskadat" under rubriken "Upplevelser av självskadebeteende" (se bilaga 1). I tabell 8 är detta item döpt till "Erfarenheter av NSSI i nära relationer". Övriga item var från RIBS, "1. Bor du för närvarande, eller har du någon gång bott tillsammans med en person med psykiska problem?", "2. Arbetar du för närvarande, eller har du någon gång arbetat tillsammans med en person med psykiska problem?", "3. Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en granne med psykiska problem?", samt "4. Har du för närvarande, eller någon gång haft en nära vän med psykiska problem?".

Samtliga item som antogs mäta erfarenhet analyserades mot LASH-5 med hjälp av t-test för att se om det fanns en signifikant skillnad i medelvärde mellan hur grupperna hade svarat. Av resultatet framkom att de som hade svarat ja gällande RIBS item 1, 2 och 4 hade signifikant högre resultat på LASH-5 än de som svarat nej. Dock så gav inte RIBS item 3 något utslag. Även den grupp som uppgav erfarenhet av NSSI i nära relationer hade signifikant högre resultat på LASH än de som svarade nej. Generellt sätt var dock skillnaden relativt liten mellan de som hade erfarenhet och de utan erfarenhet, då ingen av grupperna skilde sig mer än en standardavvikelse från jämförelsegruppen.

Feedback från respondenter

Under studiens gång gav flera respondenter direkt feedback på enkäten. Av dessa påpekade flera att de saknade en definition av självskadebeteende, vilket de uppgav skulle ha hjälpt dem att mer säkert kunna skatta sina attityder kring det. Återkommande undrade respondenter även vad en del fraser eller ord betydde, framförallt uttrycket "moraliskt förkastligt" från LASH-5. Vid den fysiska rekryteringen framkom det även att respondenter saknade svarsalternativet "Pensionär" på den demografiska frågan om "Primär sysselsättning", samt svarsalternativen "Vet inte" eller "Vill inte uppge" på frågan "Inkomst". Flera respondenter saknade även en fråga om de själva hade psykisk sjukdom, vilket de ansåg kunde vara relevant för studien.

Tabell 8. Samband mellan poäng på LASH-5 och kön respektive erfarenhet av psykiska problem och NSSI

Variabel	Grupp	Medelvärde	SD	<i>t</i>	<i>p</i>
RIBS 1 ^a	Nej/vet ej	34.85	9.07	-3.5	.001
	Ja	38.11	7.8		
RIBS 2 ^b	Nej/vet ej	34.81	8.82	-3.13	.002
	Ja	37.74	8.26		
RIBS 3 ^c	Nej/vet ej	36.21	8.52	-0.5	.621
	Ja	36.71	8.9		
RIBS 4 ^d	Nej/vet ej	31.58	8.46	-5.17	.001
	Ja	37.53	8.29		
Erfarenhet av NSSI	Nej/vet ej	33.40	8.64	-4.87	.001
	Ja	38.08	8.2		

a "Bor du för närvarande, eller har du någon gång bott tillsammans med en person med psykiska problem?"

b "Arbetar du för närvarande, eller har du någon gång arbetat tillsammans med en person med psykiska problem?"

c "Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en granne med psykiska problem?"

d "Har du för närvarande, eller någon gång haft en nära vän med psykiska problem?"

e "Någon i min närhet (vänner eller familj) har någon gång självskadat"

Diskussion

Denna studie har dels utvärderat det nyutvecklade instrumentet LASHs reliabilitet och validitet, och dels använt den mest reliabla versionen av detta instrument för att undersöka allmänhetens attityder till självskadebeteende. Vi har funnit att en komprimerad version av LASH (LASH-5) har egenskaper som är lämpade att mäta attityder till självskadebeteende. Resultatet tyder på att allmänhetens attityder till självskadebeteende är övervägande toleranta (se figur 2). Vi bygger denna slutsats på svarsfördelningen hos undersökningsgruppen som är viktat positivt i LASH-5.

Demografiska variabler förklarar vissa skillnader i denna svarsfördelning. Variablerna bostadsort och antal föräldrar födda utanför Sverige uppvisade signifikanta samband med LASH-5. Detta visade sig genom att deltagare bosatta i mer tätbefolkade områden och de med inga eller båda föräldrarna födda utomlands uppvisade högre acceptans. Även för variabeln kön fanns signifikanta skillnader, då kvinnor visade sig ha en något högre acceptans än män. Olika erfarenheter av psykisk sjukdom, som erfarenhet av att ha eller ha haft ett delat boende, arbete eller en vänskapsrelation med en person med psykiska problem, visade sig även det ge signifikant positiva korrelationer med LASH-5. Även direkt erfarenhet av en relation till någon som självskadat visade signifikant

korrelera med en högre acceptans för självskadebeteende. Sambanden är dock överlag relativt små. Nedan följer en mer omfattande diskussion av de resultat vi presenterat, vilka begränsningar studien har samt uppslag till framtida forskning inom området.

LASH - Psykometriska egenskaper

Den ursprungliga tanken med LASH-skalan var att det skulle vara en version på sex item. Våra analyser visar dock att denna utformning inte har en tillräckligt hög intern reliabilitet ($\alpha = .60$) enligt Nunnallys (1978) rekommendationer och därför ej har de mätgenskaper som efterfrågas. Genom att exkludera item 2 får vi upp den interna reliabiliteten av LASH-5 till ett Chronbach's Alpha-värde på .72. Detta värde är acceptabelt enligt Nunnallys förslag för forskning i tidiga skeden ($\alpha > .70$), men är visserligen lägre än några av de skalor som vi jämför med (CAMI-S, $\alpha = .95$; RIBS [fråga 5-8], $\alpha = .85$). Nunnally skriver att test som ska användas i kliniska sammanhang ofta kräver ett högre Chronbachs Alpha-värde ($\alpha > .80$) och att test som används för att fatta viktiga beslut med avseende på specifika provresultat bör kräva en ännu högre reliabilitet ($\alpha > .90 - .95$). Eftersom vi uteslutande har använt LASH-5 som ett instrument för att undersöka egenskaper på gruppnivå ur ett relativt stort urval bör reliabiliteten kunna anses vara acceptabel för det syfte vi har med denna uppsats.

Vidare har LASH-5 jämförts med andra skalor för att utvärdera huruvida instrumentet verkligen mäter attityder till självskadebeteende. Vi antog att LASH-5 bör korrelera med skalor som mäter liknande egenskaper, och utförde därför korrelationsanalyser med instrument som på olika sätt mäter erfarenhet eller attityder till psykisk ohälsa. Samtliga hypoteser av hur LASH-5 skulle korrelera med dessa skalor kunde bekräftas. Visserligen ger detta resultat inte hela bilden av vad LASH-5 mäter, bara att det korrelerar som förväntat med vissa andra instrument. Vi argumenterar dock för att testet har god face validity; det är intuitivt lätt att förstå att respektive item undersöker just attityder till självskadebeteende, även för en person som inte är insatt i ämnet.

Demografiska variabler och LASH-5

Vid korrelationerna mellan LASH-5 och demografiska faktorer uppmättes inga starka eller medelstarka samband utan endast svaga och eller obefintliga sådana. Tre demografiska variabler korrelerade signifikant med utfallet på LASH-5; befolkningstäthet i bostadsort, antal föräldrar födda utomlands samt kön. Inkomst, utbildningsnivå, ålder eller sysselsättning visade sig inte signifikant påverka respondenters attityd till självskadebeteende. Dessa fynd ligger i linje med de motstridiga resultat som tidigare forskning påvisat gällande vilka demografiska faktorer som korrelerar med attityder till psykisk sjukdom, där kön, inkomst, ålder eller utbildning korrelerar med attityder

gentemot psykisk sjukdom respektive självskadebeteende (Högberg et al., 2011; Perboell et al., 2015; Tzouvara & Papadopoulos, 2014; Kobau & Zack, 2013; Ewalds-Kvist et al., 2013).

Då tidigare forskning visar på spridda resultat gällande korrelationer är det inte oväntat att flera faktorer som varit signifikanta tidigare, som inkomst och ålder, inte var signifikanta i denna studie. Detta kan också bero på den relativt höga homogeniteten i urvalet, då exempelvis cirka tre fjärdedelar av deltagarna var 16 - 29 år gamla, vilket kan leda till större varians inom grupperna än mellan dem då övriga åldersgrupper var underrepresenterade. Samma resonemang kan föras gällande inkomst, där strax under hälften av respondenterna föll inom kategorin 1 - 84 999 (årsinkomst i kronor). Liknande snedfördelning i urvalet förelåg dock även på befolkningstäthet på bostadsorten, som hade studiens enskilt starkaste korrelation med utfall på LASH-5 av de demografiska variablerna. Så det är problematiskt att med säkerhet uttala sig om en icke representativ eller jämn fördelning av som bakomliggande faktor för dessa resultat. Detta kan dock ha gjort korrelationerna med LASH-5 svagare för flera demografiska faktorer, då urvalet inte är representativt för allmänheten.

Befolkningstäthetens relativa genomslag i studien var oväntat och härleddes inte i tidigare nämnda studier som en signifikant faktor. Möjligen kan denna variabels signifikans härstamma ur att respondenter från mer tätbefolkade områden har haft större möjligheter att exponeras för personer med psykisk sjukdom eller självskadebeteende, vilket har visat sig i både denna studie och tidigare forskning vara en signifikant faktor för attityderna till dessa. Eventuella kulturella skillnader mellan större städer och landsbygd kan sannolikt också ha bidragit till detta utfall. Det rör sig dock fortfarande om en svag korrelation, vilket är förståeligt då samtliga demografiska faktorer inte är direkt relaterade till attityder till självskadebeteende.

Antal föräldrar födda utanför Sverige var även det en noterbar demografisk variabel. Det intressanta är dock att det endast fanns signifikanta skillnader mellan gruppen som inte hade några utlandsfödda föräldrar och gruppen som hade en utlandsfödd förälder, men inte mellan de som hade inga och de som hade två utlandsfödda föräldrar. Det föreligger med andra ord inte någon linjär negativ korrelation med antal föräldrar födda utanför Sverige och utfall på LASH-5. Då korrelationen är så pass liten kan detta röra sig om en slump trots signifikansprövning.

Kön, som kanske den mest frekvent undersökta demografiska variabeln, har varit en signifikant faktor i samtliga tidigare nämnda attitydstudier och så även i denna, även om det rör sig om en svag korrelation. Kvinnor uppger mer empatiskt eller positivt inställda svar gällande personer med psykisk sjukdom än vad män gör (Ewalds-Kvist et al, 2013; Perboell et al, 2015), så även i denna studie. Detta kan vara relevant då självskadebeteende är mer prevalent bland kvinnor än män (Bresin & Schoenleber, 2015), i synnerhet bland unga (Zetterqvist et al., 2013). Detta skulle kunna

ligga till grund för att kvinnor känner mer empati för personer som självskadat, då det är ett fenomen som är vanligare bland kvinnor.

Personlig erfarenhet och LASH-5

I denna studie har vi mätt personlig erfarenhet gällande självskadabeteende och psykisk sjukdom och för analysen omvandlat detta till en dikotom skala där respondenter antingen har eller inte har erfarenhet av fenomenet. Av fem frågor fanns det signifikanta samband med fyra ($p = .002 - .001$), där erfarenhet av grannar med psykisk sjukdom stack ut som en icke signifikant faktor. Detta kan delvis härledas till respondenternas bristande kännedom om sina grannar, då hälften av dem inte var säkra på om de hade eller hade haft en granne med psykisk sjukdom. Delvis kan det också förklaras av kulturella faktorer, då det sannolikt inte är lika vanligt att i Sverige ha en mer personlig eller betydelsefull relation till sina grannar, som det kan vara i exempelvis England där instrumentet (RIBS) utvecklats.

Över två tredjedelar av respondenter uppgav att de hade en närstående (vän eller familjemedlem) som någon gång hade självskadat. Motsvarande mindre än hälften så stor andel (28.6%) av respondenterna i studien av Högberg med medförfattare (2011) hade erfarenhet av psykisk sjukdom i nära relationer, vilket skulle kunna visa på ett ovanligt självskadabeteende-erfaret urval. Trots att över fyra femtedelar av respondenterna uppgav att de i skrivande stund hade eller hade haft en nära vän med psykiska problem, så var detta fortfarande synnerligen signifikant faktor för utfallet på LASH-5. Den höga andelen respondenter med erfarenhet av självskadabeteende och psykisk sjukdom har alltså inte slagit ut effekten av just dessa faktorer, då deras resultat skilt sig så från respondenter utan erfarenhet.

Dessa resultat ligger i linje med tidigare forskning, då de flesta studier visar på att både klinisk och personlig erfarenhet av självskadabeteende korrelerar signifikant positivt med ett mer empatiskt eller tolerant förhållningssätt (Högberg et al., 2011; Perboell et al., 2015; Tzouvara & Papadopoulos, 2014; Kobau & Zack, 2013; Ewalds-Kvist et al., 2013). Att personer uppvisar ett mer empatiskt eller tolerant förhållningssätt mot en stigmatiserad grupp utifrån erfarenhet av kontakt med individer från denna grupp, är ett vida beforskat och etablerat fenomen som denna studie bekräftar.

Studiens begränsningar

Då studien genomfördes inom ramen för författarnas examensuppsats i psykologi satte det ramar för vilka resurser som kunde avsättas. Med mer tid hade vi kunnat göra en pilotstudie samt större ansträngningar för att få fram ett representativt urval till analysen. Vidare fanns inga

ekonomiska medel för att bekosta utskick eller ersättningar till respondenter, vilket även det hade kunnat bidra till ett mer representativt urval.

Under rekryteringen framkom det från deltagares feedback att det fanns en del brister i enkäten. En sådan brist var att alternativet "Pensionär" inte fanns med som svarsalternativ i enkäten under frågan "Sysselsättning". Detta var något som många respondenter som var i pensionärsåldern anmärkte på och som gjorde att de inte visste vad de skulle svara. Detta berodde på att vi initialt planerade att endast rikta oss till personer mellan 18–65 år, men senare valde att istället rikta oss till alla som var äldre än 16 år. De personer över 60 år som medverkade i enkäten var dock totalt endast 13 personer och rekryterades huvudsakligen på bibliotek där vi kunde ha en personlig kommunikation dem. Några av de som hade anmärkningar valde att inte fylla i något alternativ alls under frågan, men de flesta valde att fylla i alternativet Sjukskriven/Sjukpensionär. Detta alternativ blev i och med det färgat av ett antal respondenters svar som egentligen borde tillhört en annan kategori som inte inkluderats bland studiens svarsalternativ. Värdet av eventuella analyser av svaren från gruppen Sjukskriven/Sjukpensionär blir därmed begränsat, men då variabeln "Sysselsättning" inte uppvisade några signifikanta samband så bör detta ej ha påverkat uppsatsens resultat i stort.

Problemet med att ett av deltagarna önskat svarsalternativ saknas är till viss del symtomatiskt för en enkätstudie. Detta då antalet frågor och svarsalternativ är begränsade och därmed inte fångar det fulla spektrumet av möjliga karakteristika hos vare sig deltagare eller deras attityder. Då enkäten dessutom till största delen har genomförts digitalt, har en majoritet av studiens deltagare haft begränsade möjligheter att ställa frågor om enkäten för att undersöka oklarheter och undvika potentiella missförstånd.

Studien har statistiskt sett relativt god validitet, då urvalet är stort och spridningen inom de olika demografiska variablerna är acceptabel då det finns minst 10 deltagare inom de flesta svarsalternativ, med undantag för ålder. Dock blir studiens generaliserbarhet eller externa validitet något lidande av den skeva fördelningen på dessa demografiska variabler, sett till ett representativt urval för Sveriges befolkning i allmänhet. Detta har dock försökt kompenseras för genom den fysiska rekryteringen, vilket delvis balanserade ut fördelningen av bland annat kön och ålder.

Framtida forskning

Då LASH-5 i denna studies utvärdering visat sig vara en adekvat skala för skattning av allmänhetens attityder till självskadebeteende skulle det vara intressant att använda den i större attitydstudier. Den skulle exempelvis kunna användas som ett komplement till Hjärnkolls rapporter om attityder till psykisk sjukdom (CEPI, 2015). Instrumentet skulle även kunna vara användbart för att skatta anhörigas eller skolpersonals attityder, alternativt användas som en del av en riskbedömning vid misstanke om framtida självskadebeteende.

Vidare skulle det vara intressant att se till andra, implicita mått på attityder till självskadebeteende, där social önskvärdhet eventuellt kan spela ännu mindre roll än vid en (visserligen anonym) enkät. Det skulle exempelvis vara intressant att undersöka hur respondenter svarade om sammanhanget för testet inte presenterades eller doldes. Sådana testdesigner medför dock etiska frågeställningar som noga bör utrönas innan respondenter utsätts för en undersökning. Ett annat sätt att mäta implicita attityder skulle kunna vara att undersöka hur självskadebeteende skulle falla ut i ett test för implicita associationer (IAT). Sådana studier har tidigare jämfört attityd mellan personer med självskadebeteende och personer som tidigare försökt ta sitt liv (Dickstein et al., 2015) men inte allmänhetens attityder. En studie av Knowles och Townsend (2012) jämförde Go No-Go Association Test (GNAT) med åtta faktorer ur Situational Outlook Questionnaire för att undersöka implicita attityder hos en grupp studenter med explicita mått. Denna studie fann dock att explicita mått var bättre lämpade att mäta självskadebeteende än implicita.

Avslutningsvis hoppas vi att vidare forskning kan undersöka om det är önskvärt att allmänhetens attityder till självskadebeteende präglas av tolerans och acceptans. Detta då det delvis kan verka för mindre stigmatisering vilket skulle kunna föda mindre lidande och ökat vårdsökande för denna patientgrupp, samtidigt som det också kan framstå som ett acceptabelt, sanktionerat alternativ för reglering av känslor och uppmärksamhet från omgivningen.

Referenser

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angermeyer, M. C., & Detrich, S. (2005). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of publication studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 163-179.
- Asher, R. (1951). "Munchausen's Syndrome". *The Lancet* *257* (6650): 339–41.
doi:10.1016/S0140-6736(51)92313-6. PMID 14805062.
- Beaton, D. E., & Guillemin, F. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaption of self-report measures. *Spine*, *25* (24), 3186–3191.
- Bentley, K., Barlow, D., & Nock, M. (2014). The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, *2*(5), 638-656.
doi:10.1177/2167702613514563
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 3855-64.
doi:10.1016/j.cpr.2015.02.009
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, *68*:609–20
- CEPI, (2015). *Psykisk ohälsa attityder, kunskap, beteende*. [online]Lunds Universitet, pp.5-6.
Available at: http://www.med.lu.se/hv/cepi/aktuellt/cepi_utvaerderar_det_nationella_antistigmprogrammet_hjaernkoll [Accessed 28 Jan. 2016].
- Dickstein, D. P., Puzia, M. E., Cushman, G. K., Weissman, A. B., Wegbreit, E., Kim, K. L., & ... Spirito, A. (2015). Self- injurious implicit attitudes among adolescent suicide attempters versus those engaged in nonsuicidal self- injury. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, *56*(10), 1127-1136. doi:10.1111/jcpp.12385
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Evans, J. D. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *Canadian Journal of Psychiatry*, *55*(7), 440-448 9p.
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., &

- Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 263-271.
- Ewalds-Kvist, B., Högberg, T., & Lütznén, K. (2013). Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(5), 360-368. doi:10.3109/08039488.2012.748827
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital & Community Psychiatry*, 44(2), 134-140.
- Goffman, E. (1963) *Stigma; notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall
- Gould M. S., Marrocco F. A., Kleinman M., Thomas J. G., Mostkoff K., et al. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 293:1635–43
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(1), 57-68. doi:10.1111/j.1600-0447.1995.tb09743.x
- Högberg, T., Magnusson A., Ewertzon, M., & Lütznén K. (2008) Attitudes towards mental illness in Sweden: Adaptation and development of the Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire. *International Journal of Mental Health Nursing*. 17 302-310. doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00552.x
- Högberg, T., Magnusson A., Lütznén K., & Ewalds-Kvist B. (2011) Swedish attitudes towards persons with mental illness. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66:2, 86-96
- ISIWeb of Knowledge. (2009). Thomson Reuters
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A., H., Markus., H., Miller., D., T., & Scott., R., A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: W.H. Freeman.
- Karman, P., Kool, N., Poslowsky, I., & van Meijel, B. (2015). Nurses' attitudes towards self-harm: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(1), 65-75. doi:10.1111/jpm.12171
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27:226-239. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Klonsky, E. D. & Moyer A. (2008). Childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 192:166–70
- Klonsky E. D., Oltmanns T. F. & Turkheimer E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry* 160:1501–8

- Knowles, S. E., & Townsend, E. (2012). Implicit and explicit attitudes toward self harm: Support for a functional model. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 43(2), 730-736. doi:10.1016/j.jbtep.2011.10.007
- Kobau, R., & Zack, M. M. (2013). Attitudes Toward Mental Illness in Adults by Mental Illness-Related Factors and Chronic Disease Status: 2007 and 2009 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *American Journal of Public Health*, 103(11), 2078-2089 12p. doi:10.2105/AJPH.2013.301321
- Koyanagi, A., Stickley, A., & Haro, J. M. (2015). Psychotic-Like Experiences and Nonsuicidal Self-Injury in England: Results from a National Survey. *Plos ONE*, 10(12), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0145533
- Kreitman, N., Philip, A., Greer, S., & Bagley, C. (1969). Parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 115(523), 746-747.
- Kruglanski, A. & Higgins, T. (2003). *Social Psychology: A General Reader*. New York: Psychology Press.
- Lloyd-Richardson E. E., Perrine N., Dierker L. & Kelley M. L. (2007). Characteristics and functions of nonsuicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*. 37:1183–92
- Lundh, L., Wångby-Lundh, M., & Bjärehed, J. (2011). Deliberate self-harm and psychological problems in young adolescents: Evidence of a bidirectional relationship in girls. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(5), 476-483. doi:10.1111/j.1467-9450.2011.00894.x
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 578-586 9p. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02412.x
- Morgan, H. G. (1979). *Death Wishes*. Chichester: John Wiley.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-Injurious Behavior as a Separate Clinical Syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333. doi:10.1037/0002-9432.75.2.324
- Nationalencyklopedin (2016). *Stigma*. Hämtad 2016-02-11, från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/stigma>
- Niven, N. & Robinsin, J. (1994). *The Psychology of Nursing Care*. Leicester: BPS Books.
- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied And Preventive Psychology*, 12(Self-harming behavior: Special series on non-suicidal self-injury and suicide), 159-168. doi:10.1016/j.appsy.2008.05.002
- Nock, M. K. (2009). *Understanding nonsuicidal self-injury : origins, assessment, and*

- treatment*. Washington, DC : American Psychological Association, 2009.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6339-363.
doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Nock, M. K. & Favazza, A. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal selfinjury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 9–18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 616-623. doi:10.1037/0021-843X.115.3.616
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2010). Revealing the Form and Function of Self-Injurious Thoughts and Behaviors: A Real-Time Ecological Assessment Study Among Adolescents and Young Adults. *Psychology of Violence*, 1(Supplement), 36-52.
doi:10.1037/2152-0828.1.S.36
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Ogundipe, L. O. (1999). Suicide attempts v. deliberate self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 17590. doi:10.1192/bjp.175.1.90a
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867-872.
- Perboell, P., Hammer, N., Oestergaard, B., & Konradsen, H. (2015). Danish emergency nurses' attitudes towards self-harm - a cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 144-149. doi:10.1016/j.ienj.2014.07.003
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert JM, Muehlenkamp JJ. (2009). An international comparison of adolescent nonsuicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol. Med.* 39:1549–58
- Psykologiguiden (2016) *Attityd*, Hämtad 2016-02-12, från
<http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=attityd>
- Reynolds, S. K., Lindenboim, N., Comtois., K. A., Murray, A., & Linehan, M. M. (2006). Risky assessments: participant suicidality and distress associated with research assessments in a treatment study of suicidal behavior. *Suicide Life Threat. Behav.* 36:19–34
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal Of Youth And Adolescence*, 31(1), 67-77.
doi:10.1023/A:1014089117419
- Sarkar, P., Sattar, F. A., Gode, N., & Basannar, D. R. (2006). Failed suicide and deliberate self-harm: A need for specific nomenclature. *Indian Journal of Psychiatry*, 48(2), 78-83.
doi:10.4103/0019-5545.31594

- Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., & Joiner, T. J. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(2), 167-175. doi:10.1037/a0024405
- Svensson, B., Markström, U., Bejerholm, U., Björkman, T., Brunt, D., Eklund, M., & ... Ostman, M. (2011). Test-retest reliability of two instruments for measuring public attitudes towards persons with mental illness. *Biomed Central Psychiatry*, 11(11). doi:10.1186/1471-244X-11-11
- Tantam, D., & Whittaker, J. (1992). Personality disorder and self-wounding. *The British Journal of Psychiatry*, 161(4), 451-464. doi:10.1192/bjp.161.4.451
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, Vol 7(2), 225-240.
- Tzouvara, V., & Papadopoulos, C. (2014). Public stigma towards mental illness in the Greek culture. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(10), 931-938. doi:10.1111/jpm.12146
- Young, R., Sweeting, H., & West, P. (2006). Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: longitudinal cohort study. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, 332(7549), 1058-1061 4p. doi:10.1136/bmj.38790.495544.7C
- Zetterqvist, M., Svedin, C., Lundh, L., & Dahlström, O. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 759-773. doi:10.1007/s10802-013-9712-5

Bilagor

Bilaga 1. Fullständig enkät.

Attitydundersökning

Masteruppsats psykologprogrammet Lunds Universitet

Information inför deltagande i enkätstudie

På Lunds universitet så bedriver studenter vid psykologprogrammet forskning på masternivå för sin examensuppsats. Vi behöver deltagare som kan fylla i en enkät gällande tankar och funderingar kring självskadebeteende och mental ohälsa. Studien görs med stöd från DBT-teamet i Lund och tar cirka 15 min att fylla i. Du är som deltagare helt anonym, det finns inga rätta eller fel svar utan vi söker din åsikt.

Tack för din medverkan!

Valter Albin och Carl Hellström

Demografiska uppgifter

Kön

- Man
- Kvinna
- Annat ...

Ålder

Antal år fyllda...

Högsta utbildningsnivå

Välj det alternativ som är den högsta utbildning du slutfört

- Grundskola
- Gymnasium
- Folkhögskola/Yrkesutbildning
- Högskola

Primär sysselsättning

Välj det alternativ som passar bäst in på dig

- Arbetande
- Studerande
- Arbetsökande
- Sjukskriven eller sjukpensionär

Inkomst

Välj det alternativ som bäst passar utifrån din årliga inkomst (i kronor)

- 1 - 84 999
- 85 000 - 159 999
- 160 000 - 234 999
- 235 000 - 309 999

> 310 000

Bostadsort

Välj det alternativ som bäst passar för din bostadsort

- Större stad (ex Malmö, Stockholm)
- Mellanstor stad (ex Lund, Helsingborg)
- Mindre ort (ex Bromölla, Kramfors)
- Landsbygd

Antal föräldrar födda i annat land än Sverige (0-2)

Skattningsformulär för attityd till självskadebeteende

Hur ställer du dig idag till följande påståenden, klicka i det alternativ (1-10) som passar bäst in på din uppfattning.

1. Att personer skadar sig själv är förståeligt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Stämmer inte alls Stämmer helt

2. Tanken på självskadebeteenden gör mig upprörd

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Stämmer inte alls Stämmer helt

3. Människor med självskadebeteende bör inte klandras

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Stämmer inte alls Stämmer helt

4. Självskadebeteende är för mig obegripligt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Stämmer inte alls Stämmer helt

5. Att personer skadar sig själv är moraliskt förkastligt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Stämmer inte alls Stämmer helt

6. Jag blir provocerad när människor blir arga på självskadebeteende

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Stämmer inte alls Stämmer helt

Upplevelser av självskadebeteende

Någon i min närhet (vänner eller familj) har någon gång självskadat

- Ja
- Nej
- Vet inte

Självskadebeteende utförs av...

1 2 3 4 5

till största delen män till största delen kvinnor

Män som självskadar är i högre utsträckning än andra...

Välj upp till tre alternativ

- Omtänksamma
- Deprimerade
- Högpresterande
- Våldsamma
- Kreativa
- Undandragande
- Effektsökande
- Manipulativa
- Spontana
- Dominanta
- (Inget av ovanstående)

Kvinnor som självskadar är i högre utsträckning än andra...

Välj upp till tre alternativ

- Omtänksamma
- Deprimerade

- Högpresterande
- Våldsamma
- Kreativa
- Undandragande
- Effektsökande
- Manipulativa
- Spontana
- Dominanta
- (Inget av ovanstående)

Kunskap om psykiska problem (MAKS)

Instruktioner: Ta ställning till varje påstående (1-6) genom att ringa in det svar (bara ett, tack!) som bäst stämmer överens med din uppfattning. Med "psykiska problem" menar vi sådana tillstånd som till exempel gör att en person har kontakt med sjukvården.

1. De flesta människor med psykiska problem vill ha ett lönearbete	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
2. Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
3. Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
4. Psykoterapi (t.ex. kognitiv terapi eller stödsamtal) kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
5. Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
6. De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte

Instruktioner: Ta ställning till varje tillstånd (7-12) och ange om du tycker att det är en form av psykisk sjukdom. Ringa in ditt svar (bara ett, tack!).

7. Depression	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
8. Stress	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar	Tar i viss mån avstånd	Tar helt avstånd	Vet inte

			avstånd från	från	från	
9. Schizofreni	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
10. Bipolärt syndrom (mano-depressiv sjukdom)	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
11. Alkohol- och drogmisbruk	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
12. Sorg	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte

© Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, 2009. Svensk översättning, CEPI 2009. Kontakt: cepi@med.lu.se

ATTITYDER TILL MÄNNISKOR MED PSYKISK SJUKDOM (CAMI-S)

Uppskatta grad av överensstämmelse med nedanstående påståenden.

Utgå från DIN EGEN åsikt, erfarenhet och upplevelse.

Ringa sedan in det svarsalternativ (1 – 6) som passar bäst in på Din uppfattning.

1. Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

2. Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

3. Jag är motståndare till att människor som har en psykisk sjukdom bor i mitt grannskap							
-------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
--------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------------------------------

4. Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle, som har en psykisk sjukdom							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

5. Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

6. Jag kan tänka mig att arbeta tillsammans med någon som har en psykisk sjukdom							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

7. Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

8. Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

9. Jag skulle bjuda in någon till mitt hem även om jag visste att denne led av en psykisk sjukdom							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

10. Ingen har rätt att utestänga människor med en psykisk sjukdom från deras grannskap							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

11. Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

12. Jag kan tänka mig att ha en vän som tidigare hade varit patient inom psykiatri							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

13. Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

14. De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter.							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

15. Jag skulle undvika att prata med grannar som tidigare haft en psykisk sjukdom							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

16. Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

17. Människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

18. Jag skulle känna mig orolig om jag besökte någon med en psykisk sjukdom							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

19. Människor med en psykisk sjukdom ska inte behandlas som utstötta från samhället							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

20. Människor med en psykisk sjukdom bör isoleras från resten av samhället							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

21. Om någon, som tidigare hade varit patient inom psykiatrin blev min granne, skulle jag välkomna denne i mitt hem någon gång då och då							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

22. Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

23. Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

24. Jag skulle kunna prata naturligt med grannar som har haft en psykisk sjukdom							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

25. Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

26. Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

27. Om någon som tidigare har haft en psykisk sjukdom blev min granne, skulle jag besöka denne							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

28. Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre							
--------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet
------------------------	---	---	---	---	---	---	------------------------------

29. Att ha människor med en psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde må hända vara bra för dem, men riskerna för lokalbefolkningen blir i så fall alltför stora							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

30. Jag skulle hellre vilja ha en kvinna, som tidigare varit patient inom psykiatri, som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatri som granne							
Instämmer inte alls	1	2	3	4	5	6	Instämmer helt och hållet

Skala för tidigare och nuvarande erfarenhet (RIBS)

Instruktioner: Följande frågor handlar om dina erfarenheter av och syn på människor med psykiska problem (till exempel personer som har kontakt med sjukvården). Besvara varje fråga (1-4) genom att ringa in ditt svar (bara ett, tack!).

1. Bor du för närvarande, eller har du någon gång bott tillsammans med en person med psykiska problem?	Ja	Nej	Vet inte
2. Arbetar du för närvarande, eller har du någon gång arbetat tillsammans med en person med psykiska problem?	Ja	Nej	Vet inte
3. Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en granne med psykiska problem?	Ja	Nej	Vet inte
4. Har du för närvarande, eller har du någon gång haft en nära vän med psykiska problem?	Ja	Nej	Vet inte

Skala för framtida beteende (RIBS fortsättning)

Instruktioner: Ta ställning till varje påstående (5-8) genom att ringa in ditt svar (bara ett, tack!).

5. I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo tillsammans med en person som har psykiska problem	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
6. I framtiden skulle jag kunna tänka mig att arbeta tillsammans med en person som har psykiska problem	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
7. I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo nära en person som har psykiska problem	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte
8. I framtiden skulle jag kunna tänka mig att fortsätta relationen med en vän som fick psykiska problem	Instämmer helt	Instämmer i viss mån	Varken instämmer eller tar avstånd från	Tar i viss mån avstånd från	Tar helt avstånd från	Vet inte

© Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, 2009. Svensk översättning CEPI 2009. Kontakt: cepi@med.lu.se

Tack för din medverkan!

Bilaga 2. Svarsfördelning på CAMI-S, RIBS och MAKS

Tabell A. Svarsfördelning CAMI-S.

		Fråga																			
		1. Den bästa behandlingen för människor med psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället		2. Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer		3. Jag är motståndare till att människor som har psykisk sjukdom bor i mitt grannskap		4. Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle, som har en psykisk sjukdom		5. Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde		6. Jag kan tänka mig att arbeta tillsammans med någon som har en psykisk sjukdom		7. Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom		8. Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård		9. Jag skulle bjuda in någon till mitt hem även om jag visste att denne led av en psykisk sjukdom		10. Ingen har rätt att utestänga människor med en psykisk sjukdom från deras grannskap	
Instämmer inte alls:		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1		8	2.4%	3	0.9%	243	72.3%	6	1.8%	218	64.9%	7	2.1%	227	67.6%	9	2.7%	10	3%	6	1.8%
2		18	5.4%	7	2.1%	58	17.3%	12	3.6%	68	20.2%	17	5.1%	65	19.3%	17	5.1%	9	2.7%	9	2.7%
3		64	19%	55	16.4%	19	5.7%	18	5.4%	15	4.5%	23	6.8%	21	6.3%	24	7.1%	14	4.2%	13	3.9%
4		105	31.3%	81	24.1%	10	3%	44	13.1%	24	7.1%	36	10.7%	7	2.1%	44	13.1%	39	11.6%	32	9.5%
5		100	29.8%	99	29.5%	4	1.2%	80	23.8%	10	3%	85	25.3%	11	3.3%	107	31.8%	95	28.3%	80	23.8%
6		41	12.2%	91	27.1%	2	0.6%	176	52.4%	1	0.3%	168	50%	5	1.5%	135	40.2%	169	50.3%	196	58.3%
Instämmer helt och hållet																					

Fråga

	11. Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom.		12. Jag kan tänka mig att ha en vän som tidigare hade varit patient inom psykiatrin		13. Det bästa sättet att omhänderta människor med psykisk sjukdom är att låsa in dem		14. De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter		15. Jag skulle undvika att prata med grannar som tidigare haft en psykisk sjukdom		16. Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov		17. Människor med psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror		18. Jag skulle känna mig orolig om jag besökte någon med en psykisk sjukdom		19. Människor med en psykisk sjukdom ska inte behandlas som utstötta från samhället		20. Människor med en psykisk sjukdom bör isolerats från resten av samhället	
Instämmer inte alls:	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1	215	64%	5	1.5%	267	79.5%	22	6.6%	252	75%	7	2.1%	3	0.9%	145	43.2%	6	1.8%	273	81.3%

2	77	22.9%	6	1.8%	48	14.3%	33	9.9%	61	18.2%	11	3.3%	12	3.6%	115	34.2%	3	0.9%	41	12.2%
3	28	8.3%	8	2.4%	13	3.9%	85	25.4%	15	4.5%	29	8.6%	26	7.7%	34	10.1%	9	2.7%	12	3.6%
4	9	2.7%	21	6.3%	5	1.5%	83	24.8%	2	0.6%	42	12.5%	67	19.9%	20	6%	16	4.8%	4	1.2%
5	6	1.8%	53	15.8%	3	0.9%	62	18.5%	3	0.9%	90	26.8%	93	27.7%	20	6%	73	21.8%	6	1.8%
6	1	0.3%	243	72.3%	0	0%	50	14.9%	3	0.9%	157	46.7%	135	40.2%	2	0.6%	228	68.1%	0	0%

Instämmer

helt och

hålllet

Fråga

	21. Om någon, som tidigare hade varit patient inom psykiatriin blev till min granne, skulle jag välkomna denne i mitt hem någon gång då och då		22. Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde e utgör ingen fara för lokalbefolkningen		23. Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst som helst		24. Jag skulle kunna prata naturligt med grannar som haft en psykisk sjukdom		25. Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden		26. Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde		27. Om någon som tidigare har haft en psykisk sjukdom blev min granne, skulle jag besöka denne		28. Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre		29. Att ha människor med en psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde må hända vara bra för dem, men riskerna för lokalbefolkningen blir i så fall alltför stora		30. Jag skulle hellre vilja ha en kvinna, som tidigare varit patient inom psykiatriin, som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatriin som granne	
Instämmer inte alls:	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1	11	3.3%	13	3.9%	31	9.2%	5	1.5%	148	44%	164	49.1%	12	3.6%	17	5.1%	175	52.1%	127	37.8%
2	25	7.4%	12	3.6%	37	11%	3	0.9%	89	26.5%	82	24.6%	15	4.5%	19	5.7%	85	25.3%	46	13.7%
3	44	13.1%	37	11%	36	10.7%	17	5.1%	55	16.4%	48	14.4%	49	14.6%	47	14%	45	13.4%	45	13.4%
4	65	19.3%	58	17.3%	54	16.1%	40	11.9%	29	8.6%	26	7.8%	72	21.4%	59	17.6%	19	5.7%	67	19.9%
5	81	24.1%	104	31%	74	22%	82	24.4%	7	2.1%	7	2.1%	88	26.2%	86	25.7%	6	1.8%	36	10.7%

6	110	32.7 %	11 2	33.3%	104	31%	189	56.3%	8	2.4%	7	2.1%	100	29.8 %	107	31.9 %	6	1.8%	15	4.5%
---	-----	-----------	---------	-------	-----	-----	-----	-------	---	------	---	------	-----	-----------	-----	-----------	---	------	----	------

Instämmer
helt och
hållet

Tabell B. Svarsfördelning MAKS.

	1. De flesta människor med psykiska problem vill ha ett lönearbete		2. Om jag hade en vän med psykiska problem, vet jag vilket råd jag skulle ge honom/henne för att få professionell hjälp		3. Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem		4. Psykoterapi (t.ex. kognitiv terapi eller stödsamtal) kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem		5. Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt		6. De flesta människor med psykiska problem får professionell hjälp inom sjukvården	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Instämmer helt	99	29.5%	90	26.9%	103	30.7%	193	57.4%	69	20.5%	6	1.8%
Instämmer i viss mån	107	31.8%	141	42.1%	144	42.9%	117	34.8%	144	42.9%	61	18.2%
Varken instämmer eller tar avstånd från	49	14.6%	38	11.3%	37	11%	7	2.1%	47	14%	73	21.7%
Tar i viss mån avstånd från	10	3%	39	11.6%	27	8%	5	1.5%	37	11%	115	34.2%
Tar helt avstånd från	7	2.1%	8	2.4%	5	1.5%	1	0.3%	10	3%	34	10.1%
Vet inte	64	19%	19	5.7%	20	6%	13	3.9%	29	8.6%	47	14%

Tabell B fortsättning.. Svartsfördelning MAKSt fortsättning.

	Ta ställning till varje tillstånd (7-12) och ange om du tycker det är en form av psykisk sjukdom											
	7. Depression		8. Stress		9. Schizofreni		10. Bipolärt syndrom		11. Alkohol- och drogmisbruk		12. Sorg	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Instämmer helt	241	71.7%	25	7.5%	289	86%	266	79.2%	77	22.9%	22	6.5%
Instämmer i viss mån	63	18.8%	130	38.8%	22	6.5%	39	11.6%	150	44.6%	80	23.8%
Varken instämmer eller tar avstånd från	16	4.8%	71	21.2%	7	2.1%	10	3%	47	14%	60	17.9%
Tar i viss mån avstånd från	10	3%	55	16.4%	2	0.6%	2	0.6%	35	10.4%	67	19.9%
Tar helt avstånd från	5	1.5%	50	14.9%	2	0.6%	1	0.3%	22	6.5%	100	29.8%
Vet inte	1	0.3%	4	1.2%	14	4.2%	18	5.4%	5	1.5%	7	2.1%

Tabell C. Svarsfördelning RIBS (endast item 5-8)¹

	Frågor							
	5. I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo tillsammans med en person som har psykiska problem		6. I framtiden skulle jag kunna tänka mig att arbeta tillsammans med en person som har psykiska problem		7. I framtiden skulle jag kunna tänka mig att bo nära en person som har psykiska problem		8. I framtiden skulle jag kunna tänka mig att fortsätta relationen med en vän som fick psykiska problem	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Instämmer helt	97	28.9%	190	56.5%	210	62.5%	266	79.2%
Instämmer i viss mån	110	32.7%	83	24.7%	74	22%	46	13.7%
Varken instämmer eller tar avstånd från	66	19.6%	38	11.3%	36	10.7%	16	4.8%
Tar i viss mån avstånd från	26	7.7%	8	2.4%	10	3%	3	0.9%
Tar helt avstånd från	21	6.3%	7	2.1%	2	0.6%	1	0.3%
Vet inte	16	4.8%	10	3%	4	1.2%	4	1.2%