

UDGØR SOCIAL STØTTE EN FORSKEL FOR RISIKO FOR AT UDVIKLE IKKE-SUICIDAL SELVSKADE?

En epidemiologisk undersøgelse af et repræsentativt udsnit af danskere født i 1984

Af Bo Møhl¹, Katrine Schjødt Vammen² & Mogens Nygaard Christoffersen³

Formålet med undersøgelsen er at bestemme forekomsten af ikke-suicidal selvskade blandt danskere født i 1984 samt undersøge, om oplevelsen af social støtte i barndommen er en medierende faktor mellem børnemishandling og andre traumatiske oplevelser i barndommen og ikke-suicidal selvskade hos unge voksne. Undersøgelsen bygger på interview blandt 2.980 repræsentativt udvalgte 25-årige danskere født i 1984. Der er opnået en svarprocent på 67. Undersøgelsen viser, at incidensraten for ikke-suicidal selvskade blandt de 25-årige er på 2,7 %. Personer, som er blevet mishandlet i barndommen, mobbet i skolen og har oplevet flere andre traumatiske begivenheder, har seks gange større risiko for at skade sig selv end dem, der ikke har haft disse traumatiske belastninger. Oplevelse af at modtage social støtte i barndommen er en partiel mediator, der er associeret med en reduceret risiko for ikke-suicidal selvskade i voksenlivet.

Indledning

Tidligere forskning viser, at barndomstraumer i form af psykisk og fysisk overgreb, seksuelt misbrug og omsorgssvigt øger risikoen for senere selvskadende adfærd (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock, 2007; Nock & Kessler, 2006), mens oplevelsen af social støtte i barndommen udgør en beskyttende faktor mod udvikling af selvskade (Wichstrøm, 2009). Undersøgelsens formål er at afklare forekomsten af og risikofaktorerne for ikke-suicidal selvskade, samt hvorvidt oplevelse af social støtte i barndommen mindsker risikoen for ikke-suicidal selvskade i voksenalderen.

Ikke-suicidal selvskade kan defineres som en direkte, socialt uacceptabel adfærd, der gentages igen og igen og medfører lettere til moderate fysiske skader udført med henblik på at påvirke den intrapsyriske spænding og/eller rela-

1 Cand.mag & psych., professor AAU.

2 Sociolog. Konstitueret leder af Videnscenter om Spiseforstyrrelser og Selvskade.

3 Sociolog. Seniorforsker emeritus ved SFI- Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

tionen til omgivelserne. (Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS), 2015). Når selvskaden pågår, befinder personen sig i en forstyrret psykisk tilstand, men har med sin selvskadende adfærd ikke til hensigt at tage sit eget liv og udviser heller ikke den form for selvstimulation eller stereotyp adfærd, som er karakteristisk for mentalt retarderede eller autistiske mennesker. Udelukket i denne definition er således selvskade med suicidale hensigter (fx bevidst indtagelse af overdosis medicin), men også indirekte selvskade (fx stofmisbrug, spiseforstyrrelse) og socialt accepterede former for selvskade (fx piercing, tatovering, religiøse ritualer). De hyppigst forekomne eksempler på direkte selvskade er at skære, brænde, bide eller slå sig selv (Briere & Gil, 1998; Walsh & Rosen, 1988; Møhl & Skandsen, 2012).

Ikke-suicidal selvskade forekommer hyppigst blandt unge, og der er konsensus om, at forekomsten er steget voldsomt gennem de seneste 20-30 år (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012). Prævalenstal varierer meget og afhænger af en lang række faktorer, såsom populationens alder, selektion, metode ved indsamling af data, definition på selvskade, og hvornår undersøgelsen er gennemført. Det er derfor vanskeligt at sammenligne forskellige undersøgelser (Møhl, 2015). I en undersøgelse fra 1997 af et repræsentativt udsnit af den amerikanske befolkning fandt Briere og Gil (1998), at 4 % havde skadet sig selv inden for det seneste halve år, og af en undersøgelse af et repræsentativt udsnit af den danske befolkning på 1.012 personer mellem 18 og 80 år foretaget næsten 20 år senere i 2015 fremgår det, at 11 % på et tidspunkt i løbet af deres liv har skadet sig selv med vilje, og ifølge samme undersøgelse har knap en tredjedel af unge mellem 18 og 30 år erfaring med direkte selvskade (ViOSS, 2015). Differencen mellem henholdsvis 4 og 11 % hænger dels sammen med, at undersøgelsen fra 1998 har undersøgt selvskade inden for det seneste *halve år*, mens den danske undersøgelse fra 2015 har spurgt, om respondenterne har skadet sig selv *på noget tidspunkt i sit liv*, altså *livstidsprævalensen*. Desuden spiller det utvivlsomt en rolle, at der er gået knap 20 år mellem de to undersøgelser. Mange internationale undersøgelser viser, at omkring 17% af unge voksne mellem 18 og 25 år mindst én gang i løbet af deres liv har skadet sig selv (Klonsky, 2007; Muehlenkamp et al., 2012). En dansk undersøgelse viser, at 21,5 % af københavnske gymnasieelever på et tidspunkt i deres liv har udført selvskade ved at skære, brænde, slå eller kradse sig selv til blods (Møhl & Skandsen, 2012). Disse undersøgelser undersøger livstidsprævalens og har derfor relativt høje tal.

Blandt de hyppigste motiver til selvskade er affektregulering, selvstraf, ønsket om at påvirke andre eller få et "kick" ud af det. Ved at skade sig selv kan individet umiddelbart få kontrol over negative følelser som vrede, skyld, skam, depression, angst og dissociering (fx flashbacks), der ofte optræder efter omsorgssvigt og seksuelt misbrug i barndommen. Selvskade bruges således som en mestringsstrategi i relation til følelsesmæssige reaktioner på såvel tidligere som aktuelle psykosociale belastninger (Møhl, 2015).

Blandt de dokumenterede risikofaktorer er tilknytningsforstyrrelser og nedsat evne til mentalisering (Gratz, Conrad, & Roemer, 2002; Bateman & Fonagy, 2004), et invaliderende opvækstmiljø, hvor barnets følelser bliver ignoreret, latterliggjort eller fejltolket (Linehan, 1993; Martin, Bureau, Cloutier, & Lafontaine, 2011), fysiske og seksuelle overgreb (Wedig & Nock, 2007; Yates, 2009) og senere i livet mobning og generel mistriivsel (Børnerådet, 2016), der bidrager til at øge risiko for udvikling af følelsesmæssig dysregulation og negativt selvbillede.

Social støtte defineres i denne undersøgelse som en social relation, der giver individet en oplevelse af, at han eller hun møder omsorg, bliver elsket, anerkendt og værdsat. Relationen er præget af empati, forståelse, respekt og oprigtighed (Elklit, Pedersen, & Jind, 2001; Turner & Brown, 2010; Cobb, 1976; Porritt, 1979)). Ud over følelsesmæssig bekræftelse indebærer social støtte materiel og psykosocial omsorg i form af hjælp, rådgivning og beskyttelse (Belle, 1989; Thompson, 1995). Der er fundet belæg for, at oplevelsen af social støtte reducerer psykopatologi generelt, selvskaede, følelse af ubehag og risiko for at udvikle posttraumatiske symptomer efter traumatiske hændelser (Wichstrøm, 2009), og synes at være en mulig mediator i forbindelsen mellem sociale skader i barndommen og reaktioner senere i livet (Yarcheski & Mahon, 1999).

Metode

Undersøgelsens datamateriale består af interview blandt repræsentativt udvalgte 25-årige født i Danmark i 1984. Der blev udvalgt 4.718 personer til stikprøven, af hvilke 242 imidlertid ikke kunne interviewes på grund af handicap, sygdom, dødsfald, sprogproblemer, eller fordi de var flyttet ud af landet. Disse personer udgår af stikprøven. Besvarelsesprocenten er herefter estimeret til 67 (svarende til 2.980 gennemførte interview), og heraf har 852 en "børnesag", hvor barnet har været anbragt uden for hjemmet, eller der har været truffet særlige foranstaltninger for at støtte barnet i hjemmet begrundet i en bekymring for barnets udvikling.

Stikprøven af unge blev opdelt i to strata, henholdsvis unge med en "børnesag" og unge uden en "børnesag". Unge med en "børnesag" er blevet oversamlet, således at de udgør omkring en tredjedel af analyseudvalget. Ved estimeringen af forholdene i hele populationen er der "vægtet", så vi har opnået et repræsentativt estimat.

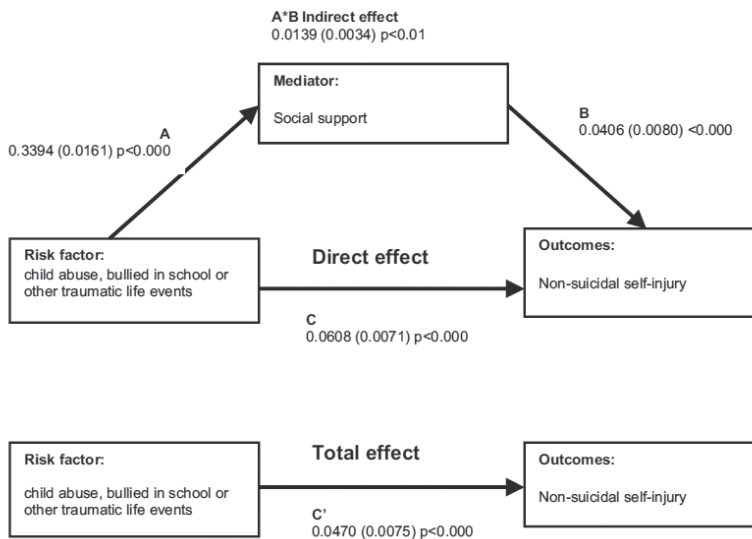
Interviewene fandt sted i slutningen af 2008 og første kvartal af 2009. De unge blev enten telefoninterviewet eller interviewet på deres bopæl, hvis telefoninterview af en eller anden grund ikke var muligt. Interviewet var af ca. 45 minutters varighed og var baseret på et standardiseret spørgeskema lavet til undersøgelsen med lukkede svarkategorier (Vammen & Christoffersen, 2013). Ved hjælp af konstruerede skalaer blev der blandt andet spurgt ind til,

hvorvidt den unge havde været udsat for forskellige typer af børnemishandling: fysisk eller psykisk mishandling, seksuelle overgreb og vanrøgt, hvorvidt de har skadet sig selv, samt hvorvidt de har modtaget social støtte i barndommen (Armour, Elklit, & Christoffersen, 2012; Christoffersen, Armour, Lasgaard, Andersen, & Elklit, 2013; Elklit et al., 2001). Efter interviewet fik deltagerne mulighed for at ringe til en rådgivningslinje, der blev passet af erfarne psykologer. Kun få (0,2 %) brugte dette tilbud. Deltagere, som havde brug for yderligere hjælp, fik støtte af en psykolog i deres regionale område.

Analysemodel

Baron og Kenny (1986) har udviklet en model til at teste, hvorvidt en faktor er en mediator mellem en uafhængig og en afhængig variabel (Baron & Kenny, 1986; Iacobucci, 2008). I modellen bruges tre regressionskoefficienter til at teste, hvorvidt der er en signifikant mediator-effekt (Preacher & Hayes, 2004).

Analysemodel for test af mediator fremgår af nedenstående figur (Christoffersen, Møhl, DePanfilis, & Vammen, 2015).



Kilde: Christoffersen et al., 2015.

Figuren anvender notationen fra MacKinnon (Preacher & Hayes, 2004; MacKinnon, Warsi, & Dwyer, 1995), hvor hver pil angiver en regressionsligning med uafhængige variable og afhængige variable. Ved mediator-analysen udnytter man, at den totale effekt C' er lig med den indirekte effekt A * B plus den direkte effekt C. Hvis den absolutte værdi af C' er signifikant

mindre end C, er der tale om en mediator, og man tester dette ved at undersøge, om den indirekte effekt $A * B$ er signifikant større end nul. Metoden⁴ er beskrevet af Baron og Kenny (1986) samt (Preacher & Hayes, 2004).

Man antager, at risikofaktoren, mediatoren og udfald er kontinuerlige variable – eller som her variable, der enten kan være 1 eller 0. Parameteren A udgør den stigning, der efterfølges i mediatoren ved en enheds øgning af risikofaktoren. Parameteren B udgør den stigning, man finder i udfald efter en enheds stigning i mediatoren. Den indirekte effekt vil derfor være $A * B$, altså den stigning, man finder i udfald efter en enheds stigning i risikofaktoren. Ved hjælp af linear regression estimeres parametrene A, B, C og C’.

Risikofaktorerne børnemishandling, mobning og ophobede traumatiske livsbegivenheder sammenkædes til en faktor, hvor man modstiller dem, der har oplevet en af disse belastninger, med dem, der ikke har (Christoffersen et al., 2015; Vammen & Christoffersen, 2013). (Modellen og tekst er fra Vammen og Christoffersen, 2013, hvor yderligere detaljer er beskrevet).

Resultater

Incidensraten for ikke-suicidal selvskade hos danske unge voksne født i 1984 er i denne undersøgelse 2,7 %. I lighed med en række internationale undersøgelser blev der anvendt en spørgemetode, der ville muliggøre internationale sammenligninger (Madge et al., 2008). De unge blev spurgt, om de “på noget tidspunkt med vilje har taget en overdosis (fx piller eller anden medicin) eller skadet sig selv på nogen måde (såsom at skære eller brænde sig selv)?” Personer, der med vilje havde taget en overdosis eller forsøgt at tage deres eget liv, er ekskluderet fra kategorien ikke-suicidal selvskade og indgår derfor ikke i nedenstående analyse.

Sociodemografiske karakteristika er vist i tabel 1. Selvskade forekommer hyppigere hos piger ($p < 0,0001$), blandt unge, der har været anbragt uden for hjemmet ($p < 0,0001$), samt hos unge uden erhvervsuddannelse ($p < 0,0002$). Der er ingen signifikante forskelle i civilstatus hos unge, der har erfaring med selvskade, og dem, der ikke har. Forekomst af selvskade hos gifte/samlevende er omtrent den samme som hos enlige ($p < 0,11$).

Omsorgssvigt, tidlige traumer, såsom fysisk og seksuelt misbrug i barndommen og mobning i skolen, øger risikoen for selvskade hos unge voksne (se tabel 2). Odds ratio⁵ for selvskade er mellem 2,6 ($p < 0,027$) og 4,6

4 Estimat og test af den indirekte effekt (Bootstrap value = 0.0139, S.E. = 0.0034, LL99 = 0.0056, UL99 = 0.0227, $p < 0.01$). Effekten er estimeret med en “bootstrap” for at få sikrere konfidensintervaller, se [Preacher and Hayes \(2004\)](#).

5 En vurdering af den talmæssige størrelse af de enkelte faktorers statistiske indflydelse sker ved hjælp af den såkaldte “odds ratio OR”. Når der er tale om relativt sjældne hændelser,

	Total Procent	Ingen selvskade Procent	Selvskade Procent	P <
<i>Køn</i>				0,0001
Kvinde	48	47	76	
Mand	52	53	24	
<i>Børnesag¹</i>				0,0001
Har børnesag	6	6	18	
Har ikke børnesag	94	94	82	
<i>Højeste skoleuddannelsesniveau</i>				Ns
Folkeskole	36	35	42	
Ungdomsuddannelse	65	65	58	
<i>Erhvervsuddannelse</i>				0,0002
I gang med eller gennemført en erhvervs- uddannelse	82	83	67	
Har hverken gennemført eller er i gang med en erhvervsuddannelse	18	17	33	
<i>Civilstatus</i>				Ns
Gift/samlevende	46	46	55	
Enlig	54	54	45	
<i>Antal</i>	2.980	2.866	114	

Tabel 1: De interviewede 25-årige fordelt efter sociodemografiske karakteristika. Særskilt for personer med og uden selvskadende adfærd (her angivet i procent). Kilde: Vammen & Christoffersen, 2013.

Total	Antal	Pct. (vægtet)	Odds ratio (ikke ju- steret)	Odds ratio (justeret)	P <	AR
Kvinde	1.401	47,8	2,9	2,8	0,0001	46,3
<i>Misbrug og vanrøgt</i>						
A Fysisk mishandling ¹	275	5,6	4,2	1,7	0,014	3,8
B Seksuelt misbrug ²	67	1,2	2,6	Ns	Ns	
C Psykologisk mishandling ³	268	5,3	4,6	Ns	Ns	
D Fysisk vanrøgt ⁴	192	3,1	3,3	Ns	Ns	
E Traumatiske belastninger (mindst 7 andre end ovenstående) ⁵	699	19,7	3,7	2,1	0,0001	17,8
F Mobning i skolen	611	15,1	2,8	Ns	Ns	
G Forældre konflikt	543	12,4	3,2	Ns	Ns	
Lav social støtte ⁶	929	23,1	4,2	2,0	0,0001	18,8
Børnesag	852	6,3	3,4	1,8	0,002	4,8
Posttraumatiske stressreaktioner ⁷	508	13,6	4,0	1,6	0,04	7,5
Lavt selvværd, The Rosenberg Self- Esteem (RSE) ⁸	135	3,2	5,1	2,2	0,0004	3,7

Tabel 2: Andel blandt interviewede 25-årige med udvalgte risikofaktorer samt odds ratio og beregnet ætiologisk brøk (AR) for selvskade (her angivet i procent).

tilnærmes OR den relative risiko (RR) for selvskade for den person, der har været udsat for en bestemt risikofaktor, i forhold til den person, der ikke har været udsat for denne risikofaktor. Den justerede OR udtrykker således den pågældende faktors indflydelse på udfald, når man samtidig tager højde for de øvrige faktoreres indflydelse (Hosmer & Lemeshow, 1989).

($p < 0,0001$) for forskellige typer omsorgssvigt i barndommen. Mobning i skolen er associeret med en signifikant risiko for selvskade (OR: 2,8, $p < 0,0001$). Odds ratio øges kumulativt ved oplevelse af gentagne alvorlige negative hændelser (OR: 3,7, $p < 0,0001$) og yderligere ved ekstreme former for invaliderende miljø med børnemishandling mobning og andre traumatiske hændelser (OR: 6,0, $p < 0,0001$). Disse resultater understøtter tidligere forsknings erfaringer om, at negative hændelser og psykosociale traumer i barndommen øger risikoen for ikke-suicidal selvskade hos unge voksne.

Selvskade og Traumatiske belastninger (inklusive mishandling eller mobning i skolen, dvs. A-C, E-F) (antal=1.231, pct. (vægtet)=5,8, odds ratio (ikke justeret)=6,0, $P < 0,0001$).

AR (i tabel 2 og 3) betyder *Attributable Risk* eller ætiologisk brøk. Brøken angiver et tænkt regneeksempel, hvor man forestiller sig, at den pågældende risikofaktor blev fjernet, og derefter beregnes, hvor stor en reduktion man måtte forvente i andelen af personer med selvskade angivet i procent af samtlige tilfælde med selvskade (Vammen & Christoffersen, 2013).

	Antal	Pct. blandt alle (vægtet)	Odds ratio (justeret)	P <	AR ¹ pct.
Kvinde	1.401	47,8	2,6	0,0001	43
Traumatiske belastninger (inklusive misbrug eller mobning i skolen A-C, E-F)	1.231	33,7	3,2	0,0001	43
Posttraumatiske stressreaktioner	508	13,6	1,7	0,005	9
Lavt selvværd, The Rosenberg Self-Esteem (RSE)	135	3,2	2,1	0,0015	3
Børnesag	852	6,3	1,7	0,02	4
Lav social støtte (CSS)	929	23,1	1,8	0,0001	16
Forældrekonflikt	543	12,4	Ns		

Tabel 3

Undersøgelsen finder en høj korrelation mellem symptomer på posttraumatisk stress (PTSD), lav selvfølelse og ikke-suicidal selvskade (OR: 4,0, $p < 0,0001$ og OR: 5,1, $p < 0,0001$, respektive). De unge voksne, der har oplevet ringe social støtte i barndommen, har signifikant større risiko for ikke-suicidal selvskade (OR: 4,2, $p < 0,0001$), og de, der har mest brug for social støtte, synes at have den laveste sandsynlighed for at have modtaget det. Ser vi på den ætiologiske brøk, så ville man hypotetisk set kunne nedsætte andelen af unge, som skader sig selv, med 3,8 %, hvis man "fjernede" fysisk mishandling, og yderligere 17,8 %, hvis man "fjernede" de andre traumatiske belastninger, som målgruppen har været udsat for.

Motiver til selvskade (tabel 3) er at "komme af med ubærlige følelser" (76 %), "straffe sig selv" (45 %) og "for at få opmærksomhed" (45 %). Lidt over en tredjedel (34 %) skader sig selv for at finde ud af "om nogen virkelig har omsorg for dem", og 30 % gør det "for at skræmme en anden". Mere end 50 % angav tre eller flere motiver, mens 8 % angav andre motiver, som ikke passer ind i den opstillede kategorisering.

	Antal N = 114	Procent (vægtet) ¹
Du ønskede at vise, hvor desperat du følte dig	59	59
Du ønskede at dø ²	-	-
Du ønskede at straffe dig selv	53	45
Du ønskede at skræmme nogen	33	30
Du ønskede at hævne noget, som havde hændt dig	17	18
Du ønskede at slippe ud af en uudholdelig følelse	86	76
Du ønskede at finde ud af, om der var nogen, som virkelig holdt af dig	39	34
Du ønskede at få opmærksomhed	47	45
Ingen af de ovenstående grunde	10	8

Tabel 4: Andelen af selvskadende personer, der har angivet en række forskellige begrundelser for den selvskadende adfærd.

1. Procenterne i kolonnen summerer ikke op til 100, fordi det var muligt at anvende flere svarmuligheder. Mange gav flere svar, således gav 55 pct. tre eller flere af de angivne begrundelser.

2. Personer, der angav dette svar, blev ikke medregnet som selvskadende.

Kilde: Vammen & Christoffersen, 2013.

Af tabel 5 fremgår estimerne for mediatoranalysen. Den indirekte effekt (A x B) er testet signifikant større end nul ($p < 0,01$). Dette betyder, at sammenhængen justeret for andre risikofaktorer (C) er mindre end C'. Disse resultater styrker hypotesen om, at social støtte er en mediator mellem traumatiske begivenheder og ikke-suicidal selvskade. Social støtte er dog en partiel mediator, da C er signifikant større end nul. Den manglende sociale støtte kan således kun forklare en del af den selvskadende adfærd.

Et paradoksalt resultat af undersøgelsen er, at de personer, der har været udsat for traumatiske livsbegivenheder, misbrug og mobning i skolen mv., i signifikant mindre grad har modtaget social støtte sammenlignet med dem, der ikke har været udsat for disse belastninger (odds ratio 2,6). Vi kan altså konkludere, at social støtte gives *selektivt*, og at dem, der har mest brug for

	Odds ratio	P<
Traumatiske belastninger (inklusive misbrug og mobning i skolen)	2,6	0,0001
<i>Andre risikofaktorer</i>		
Forældrekonflikter	5,3	0,0001
Kvinde		Ns
Posttraumatiske stressreaktioner	2,2	0,0001
Børnesag	2,5	0,0001
Mere end tre skoleskift	1,6	0,0014
Interaktionsvariable ¹		Ns

Tabel 5: Sammenhængen mellem forskellige former for traumatiske belastninger og andre risikofaktorer blandt de interviewede 25-årige og sandsynligheden for at mangle social støtte. Odds ratio.

støtten, sjældnere får den. Undersøgelsen viser endvidere, at i de tilfælde, hvor de unge har fået social støtte, klarer de sig bedre, idet der var færre med selvskadende adfærd, selvom de har været udsat for samme belastninger som deres jævnaldrende (se parameteren C, hvor $P < 0,0001$, se figur 1 og tabel 5). Social støtte svækker således sammenhængen mellem traumatiske livsbegivenheder inklusive børnemishandling og mobning i skolen og selvskade (Vammen & Christoffersen, 2013).

Diskussion

Undersøgelsen finder en prævalens i den lave ende sammenlignet med andre undersøgelser baseret på en lignende definition af selvskade (Brunner et al., 2007; Garrison, Addy, McKeown, Cuffe, & Waller, 1993; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003). Det er dokumenteret, at prævalenstal er under indflydelse af en lang række faktorer, som bl.a. alder i populationen, selektion, metode ved indsamling af data, definition på selvskade, og hvornår undersøgelsen er gennemført. I denne undersøgelse er deltagerne blevet spurgt om de "på noget tidspunkt med vilje har taget en overdosis (fx piller eller anden medicin) eller skadet dig selv på nogen måde (såsom at skære eller brænde sig selv)?" Det relativt lave prævalenstal kunne tænkes at hænge sammen med, at der i samme sætning bliver spurgt ind til indtagelse af overdosis medicin, hvilket kan opfattes som et selvmordsforsøg, og til selvskade på "nogen måde". Det kunne tænkes, at deltagerne har associationer til selvmordsforsøg, når de svarer på, om de har skadet sig selv på "nogen måde", men dette er blot spekulationer. De er imidlertid tankevækkende, at undersøgelsen finder så relativt få med ikke-suicidal selvskadende adfærd i populationen, hvilket antagelig hænger sammen med spørgeformen.

Der er i denne undersøgelse en overrepræsentation af kvinder i gruppen, der har skadet sig selv, hvilket også gør sig gældende i en række andre undersøgelser (Madge, 2008; Zoroglu et al., 2003), specielt hvor definitionen på selvskade inkluderer selvmordsforsøg (Ross & Heath, 2002). En større andel af mænd ville formodentlig have svaret positivt i denne undersøgelse, hvis det at slå sig selv eller med vilje pådrage sig skade ved at komme i slagsmål eksplicit var blevet nævnt som eksempler på selvskade i spørgsmålet. Det er dokumenteret, at der er forskelle på de to køns selvskademetoder, hvor mænd i højere grad skader sig selv ved at slå sig selv end kvinder (Møhl, 2015; Møhl & Skandsen, 2012).

Undersøgelsen bekræfter, at selvskade overvejende fungerer som en mestringsstrategi, der bruges i forbindelse med *nedregulering af negative følelser* (affektregulering). Dette fremgår, at majoriteten (76%) svarer bekræftende på, at motivet til at skade sig selv er, at "du ønskede at slippe ud

af en uudholdelig følelse". Det næsthyppest moti v kan tolkes som, at selvskade har en *kommunikati v funktion*, idet 59 % svarede bekræftende på, at de skadede sig selv, fordi "du ønskede at vise, hvor desperat du følte dig". Disse resultater svarer i det store og hele til, hvad man finder i andre undersøgelser (Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002; Gratz, 2003).

Resultaterne understøtter ydermere hypotesen om, at psykisk og fysisk misbrug og traumer i barndommen øger risikoen for ikke-suicidal selvskade hos unge voksne. Tidligere undersøgelser finder som nævnt, at social støtte reducerer forekomst af ubehag og lidelse efter traumer. Denne undersøgelse bekræfter, at social støtte udgør en partiel mediator mellem ikke-suicidal selvskade og tidligere traumatiske oplevelser. De respondenter, der har oplevet omsorgssvigt og traumer, er i forhøjet risiko for ikke-suicidal selvskade, men denne risiko reduceres, når individet har oplevet social støtte fra en betydningsfuld person i barndommen.

Undersøgelsens begrænsninger

En af begrænsningerne ved undersøgelsen er, at den baserer sig på retrospektive interview. Respondenterne kan eventuelt have glemt eller ikke ønsket at fortælle om negative barndomsoplevelser, hvilket medfører risiko for underrapportering. Et andet problem er, at undersøgelsen ikke viser, om respondenterne har skadet sig selv en eller flere gange. Til trods for disse begrænsninger giver undersøgelsen ny viden om sammenhængen mellem tidligere omsorgssvigt og traumatiske begivenheder, social støtte og ikke-suicidal selvskade i en ikke-klinisk population.

Kliniske implikationer

Undersøgelsen understøtter teorien om, at overgreb, omsorgssvigt, mobning og andre traumatiske oplevelser i barndommen kan være invaliderende og have senfølger i form af selvskade. Tidlig indsats med social støtte til udsatte børn og unge kunne bidrage til at minimere disse negative langtidseffekter. Yderligere forskning med henblik på at identificere andre mediatorer er ønskeligt.

Tak til

Vi takker Egmont Fonden og Forskningsrådet for deres støtte til projektet. Denne artikel bygges bl.a. på Christoffersen et al., 2015.

REFERENCER

- Armour, C., Elklit, A., & Christoffersen, M.N. (2012). A latent class analysis of childhood maltreatment: Identifying abuse typologies. *Journal of Loss and Trauma*, 19, 23-39.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality & Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18, 36-51.
- Belle, D. (1989). Introduction: Studying children's social network and social supports. In D. Belle (Ed.), *Children's Social Networks and Social Supports* (pp. 1-12). New York: Wiley.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609-620.
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M. ... (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161, 641-649.
- Børnerådet (2016). Unge og Selvskade. Analysenotat, nr. 4/2016.
- Christoffersen, M.N., Armour, C., Lasgaard, M., Andersen, T.E., & Elklit, A. (2013). The prevalence of four types of childhood maltreatment in Denmark. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 149-156.
- Christoffersen, M.N., Møhl, B., DePanfilis, D., & Vammen, K.S. (2015). Non-Suicidal Self-Injury: Does social support make a difference? An epidemiological investigation of a Danish national sample. *Child Abuse & Neglect*, 44, 106-116.
- Cobb, S. (1976). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Elklit, A., Pedersen, S.S., & Jind, L. (2001). The Crisis Support Scale: psychometric qualities and further validation. *Personality and Individual Differences*, 31, 1291-1302.
- Garrison, C.Z., Addy, C.L., McKeown, R.E., Cuffe, S.P., & Waller, J.L. (1993). Nonsuicidal physically self-damaging acts in adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 2, 339-352.
- Glassman, L.H., Weierich, M.R., Hooley, J.M., Deliberto, T.L., & Nock, M.K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2483-2490.
- Gratz, K.L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192-205
- Gratz, K.L., Conrad, S.D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 128-140.
- Iacobucci, D. (2008). *Mediation Analysis*. London: Sage.
- Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. 1989. *Applied Logistic Regression*. New York: Wiley
- Klonsky, E.D., Oltmanns, T.F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a non-clinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501-1508.
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- MacKinnon, D.P., Warsi, G., & Dwyer, J.H. (1995). A simulation study of mediated effect measures. *Multivariate Behavioral Research*, 30, 41-62.
- Madge, N. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49(6), 667-77
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E.J.d., Corcoran, P., Fekete, S. ... (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings

- from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 667-677.
- Martin, J., Bureau, J.-F., Cloutier, P., & Lafontaine, M.F. (2011). A comparison of invalidating family environment characteristics between university students engaging in self-injurious thoughts & actions and non-self-injuring university students. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 1477-1488.
- Møhl, B. (2015). *Selvskade – psykologi og behandling*. Hans Reitzels Forlag.
- Møhl, B., & Skandsen, A. (2012). The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Personality and Mental Health*, 6, 147-155.
- Muehlenkamp, J.J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P.L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 1-9.
- Nixon, M., Cloutier, P., Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1333-1341.
- 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, 616-623.
- Porritt, D. (1979). Social support in crisis: Quantity or quality. *Social Science & Medicine*, 13, 715-721.
- Preacher, K.J., & Hayes, A.F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods*, 36, 717-731.
- 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, 67-77.
- Thompson, R.A. (1995). *Preventing Child Maltreatment Through Social Support: A Critical Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Turner, R.J., & Brown, R.L. (2010). Social support and mental health. In T.L. Scheid & T.N. Brown (Ed.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (pp. 200-212). Cambridge: Cambridge University Press.
- Vammen, K.S., & Christoffersen, M.N. (2013). Unges selvskade og spiseforstyrrelse: kan social støtte gøre en forskel? SFI-Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS) (2015): *Selvskade i den danske befolkning*. København.
- Walsh, B.W., & Rosen, P.M. (1988). *Self-mutilation Theory, Research, and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Wedig, M.M. & M.K. Nock (2007). Parental Expressed Emotion and Adolescent Self-Injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(9): 1171-1178.
- Wichstrøm, L. (2009). Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: Similar or different? *Archives of Suicide Research*, 13, 105-122.
- Yarcheski, A., & Mahon, N.E. (1999). The Moderator-Mediator Role of Social Support in Early Adolescents. *Western Journal of Nursing Research*, 21, 685-698.
- Yates, T.M. (2009). Developmental pathways from child maltreatment to non-suicidal self-injury. In M.K. Nock (Ed.), *Understanding Non-Suicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zoroglu, S.S., Tuzan, U., Sar, V., Tutkun, H., Savas, H.A., Ozturk, M. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 119-126.