

UNGE OG SELVSKADE: RESULTATER FRA EN DANSK NATIONAL REPRÆSENTATIV UNDERSØGELSE I 2008.

Af Helmer Bøving Larsen¹ & Karin Helweg-Larsen²

En landsdækkende skolebaseret undersøgelse i 2008 blandt 3.933 elever i 9. klasse omfattede spørgsmål om selvmordstanker, selvskade og selvmordsforsøg. Vi sammenlignede oplysningerne herfra med de unges oplysninger om familieforhold, sociale relationer, udsættelse for fysisk vold og seksuelle overgreb og andre negative begivenheder samt deres selvråporterede psykiske helbred. Hver femte pige og hver tiende dreng rapporterede, at de inden for den sidste uge havde haft fantasier om selvskade, selvmordstanker og/eller havde skadet sig selv uden selvmordsønske. Blandt drenge var der en sammenhæng mellem selvskade og seksuelle overgreb, vold i familien og manglende fortrolighed med forældrene. Blandt piger var der sammenhæng mellem en lang række psykosociale risikofaktorer, tendens til depression og selvskade. Forskellene på risikofaktorerne for drenge og piger gør, at der ikke kan opstilles en generel forebyggelsesmodel på dette område, men der synes at være grund til at reagere, når unge piger viser tegn på depressivitet.³

Indledning

Mange unge mennesker tænker på et eller andet tidspunkt på at begå selvmord eller at skade sig selv på anden vis. En del skærer i sig selv, langt færre forsøger at begå selvmord, og få dør. Det er kun et mindretal af dem, der tænker på at begå selvmord, som rent faktisk foretager sig noget, der indebærer en risiko for at dø.

1 Lektor i klinisk børnepsykologi, Københavns Universitet, Institut for Psykologi, e-mail: Helmer.Larsen@psy.ku.dk.

2 Ekstern lektor, speciallæge i patologi, samfundsmedicin og retsmedicin, Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab.

3 Denne artikel er en modificeret version af: Helweg-Larsen K., & Larsen, H.B. (2010). *Unge sociale problemer: I samspil eller isolerede problemer?* København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2010.

At tilføje sig selv skade er ikke veldefineret. Det kan strække sig fra fx springe ud foran et tog i beruselse, skære i sig selv til at forsøge eller at gennemføre selvmord.

Der er kønsforskelle i unges egen og i omgivelsernes opfattelse af selvskaade. Blandt drenge opfattes skader, der er opstået pga. risikoadfærd, som fx motorvæddeløb, ofte som en uheldig bivirkning til vovemod og ikke som en selvskaade. Særlige former for selvpine, som fx ekstrem sport i form af triatlon eller frivilligt at lade sig korsfæste, indgår som regel ikke i begrebet "selvskaade". Risikoadfærd blandt piger har en anden karakter og tolkes ofte som bevidst selvskaadende adfærd.

Selvmordstanker og fantasier om at skade sig selv omfatter tanker eller ønsker om at begå selvmord eller snitte i sig selv eller på anden måde skade sig selv fysisk, ofte med konkrete planer om, hvornår, hvor og hvordan handlingen skal udføres, og ikke mindst med tanker om, hvordan andre vil reagere.

Selvskaade omfatter både at skære i sig selv eller på anden måde gøre sig selv skade uden at ønske at dø og at forsøge selvmord eller at dø som følge af en selvmordshandling. Selvskaade omfatter således forskellige former for adfærd, og de forskellige former forekommer med betydelig forskel i hyppighed blandt unge.

Selvskaade uden selvmordsønske (NSSI, Non-Suicidal Self-Injury) er relativt nyligt blevet afgrænset fra selvskaadende adfærd med bevidst ønske om at dø. Ved den seneste revision af den amerikanske diagnoseliste, DSM-V, var der fokus på diagnosernes pålidelighed, dvs. i hvor høj grad en diagnose, som en kliniker havde stillet, ville være den samme, når en anden kliniker undersøgte den samme patient. Der blev foreslået en række diagnostiske kriterier, hvor de vigtigste er, at der inden for det seneste år har været gentagen selvskaadende adfærd uden selvmordsønske, en forventning om, at selvskaaden vil lette belastende tanker og følelser eller løse en konflikt, at der umiddelbart inden den selvskaadende adfærd opleves interpersonelle vanskeligheder eller negative følelser, og at tanker om at gøre skade på sig selv har fyldt meget og været svære at kontrollere inden handlingen. Selvom selvskaade ofte er udtryk for en psykopatologisk tilstand, er der ikke enighed om at afgrænse NSSI som en selvstændig diagnose (Kapur, Cooper, O'Connor, & Hawton, 2013; Wilkinson, 2013).

Selvmordsforsøg er en handling med den mere eller mindre bevidste hensigt at ville berøve sig selv livet, men som mislykkes, enten på grund af indgriben udefra eller på grund af anvendelse af inadækvate midler (Helweg-Larsen, 2005).

Selvmord defineres som en handling med dødelig udgang, og som afdøde med viden eller forventning om dødeligt udfald havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde den ønskede forandring (Pærregaard, 1963).

I de senere år har der været megen opmærksomhed på selvskade blandt unge og på en mulig stigning i antallet af unge, der snitter eller skærer i sig selv uden at ville begå selvmord (NSSI). Der rapporteres i enkelte europæiske undersøgelser en hyppighed af selvskade på knap 20 % blandt unge under 18 år, højest blandt piger, 26 %, mod knap 10 % blandt drenge (Kidger, Heron, Lewis, Evans, & Gunnell, 2012). En svensk spørgeskemaundersøgelse blandt 15-17-årige fandt, at mere end hver tredje af de unge rapporterede, at de inden for det seneste år mindst én gang havde tilføjet sig selv skade uden at ville begå selvmord, og at mere end halvdelen af de unge piger rapporterede en eller flere af i alt 11 former for selvskade (Zetterqvist, Lundh, Dahlström, & Svedin, 2013).

Der er nationale forskelle i forekomsten af selvskade blandt unge. En britisk undersøgelse fandt, at 15 % af eleverne i 8.-9. klasse havde tænkt på at gøre skade på sig selv i det forløbne år, men uden at gøre alvor af tankerne, og kun halvt så mange, 7 %, rapporterede nogensinde at have tilføjet sig skade med ønske om selvmord (Mars et al., 2014). I andre samfund er der derimod en meget høj forekomst af selvmordsforsøg blandt unge. En undersøgelse blandt 9.-klasses elever i Grønland fandt, at hver tredje pige og godt hver tiende dreng havde forsøgt selvmord (Curtis et al., 2006).

Der er ofte komplekse motiver bag ønsket om at tilføje sig selv skade eller pine sig selv (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Zetterqvist et al., 2013; Klonsky, Glenn, Styer, Olino, & Washburn, 2015; Selby, Kranzler, Fehling, & Panza, 2015). At udsætte sig for selvskade kan være udtryk for et ønske om at undslippe en belastende/udholdelig indre tilstand, at ville begrænse følelser af vrede og negativ spænding eller at komme ud af en tomhedsfølelse, men også at ville straffe sig selv eller slippe for straf (Andover & Morris, 2014). Selvskade og selvpine kan også være et middel til at opnå opmærksomhed, til at hævne sig på omverdenen eller et ønske om at deltage i sociale sammenhænge med jævnaldrende. Interviewundersøgelser blandt unge refererer en inspiration eller smittende effekt til selvskade og selvpinen fra jævnaldrende, gennem sociale medier (Wilkinson, 2013; Selby et al., 2015).

Motiver og risikofaktorer for selvskadende adfærd er beskrevet gennem kliniske undersøgelser og spørgeskemaundersøgelser blandt unge. Resultaterne er sjældent sammenlignelige, ikke mindst fordi omfanget af handlinger, der inkluderes som "selvskade", varierer undersøgelserne imellem (Zetterqvist et al., 2013). Unge med selvskadende adfærd har desuden ofte en ambivalent holdning til motiverne bag deres adfærd og angiver ofte selv, at adfærden ikke belaster dem psykisk. Spørgeskemaundersøgelser blandt voksne (fx Christoffersen, Møhl, DePanfilis, & Vammen, 2015) kan næppe kortlægge motiver for selvskadende adfærd i barndom og tidlige ungdom.

Der synes ofte at være psykiske problemer eller manifest sindslidelse bag selvmordshandlinger og de i sig selv ikke livsfarlige selvskader. Der er

fx en markant sammenhæng mellem skizofreni og selvmordshandlinger (Nordentoft et al., 2004), en signifikant højere forekomst af depression blandt unge med selvskade (Mars et al., 2014; Hamza, Stewart, & Willoughby, 2012) og en markant forhøjet risiko for senere selvmordsforsøg blandt unge, der snitter og skærer i sig selv, sammenlignet med andre unge (Kidger et al., 2012).

Det rapporteres, at unge med depressive symptomer og forvrængede tankeprocesser, selv uden at opfylde kriterierne for en depressionsdiagnose, har en lige så høj risiko for selvskade som unge med en depressionsdiagnose, og at angst kombineret med depression i særlig grad forstærker risikoen for selvmordshandlinger (Fergusson, Beautrais, & Horwood, 2003).

En række personlighedstræk kan have betydning for selvskadende adfærd, herunder impulsivitet, aggressivitet og neuroticisme, og der er påvist en sammenhæng med forældre-barn-relationerne, specielt mangelfuld forældreomsorg, manglende fortrolighed mellem den unge og forældrene og fysiske og seksuelle overgreb i barndommen (Fergusson & Horwood, 2001). Danske registerbaserede undersøgelser har påvist familiær ophobning af selvskadende adfærd (Qin, Agerbo, & Mortensen, 2003).

Antisocial adfærd er en risikofaktor for selvskadende adfærd, mest udpræget for piger. Moffitt og kollegaer fandt, at piger med antisocial adfærd ofte udvikler depression med deraf følgende selvmordstanker, mens adfærdsvanskelige drenge i voksenalderen udvikler andre former for psykiske problemer (Moffitt, Caspi, Rutter, & Silva, 2001).

Kammeratrelationer har stor betydning for unges trivsel omkring puberteten, og skolebørn med faglige vanskeligheder ser ud til at have en højere forekomst af selvskadende adfærd end skolebørn uden sådanne vanskeligheder (Fleming, Merry, Robinson, Denny, & Watson, 2007).

En gennemgang af de populationsbaserede undersøgelser af unges selvskadende adfærd viser, at forekomsten af selvmordstanker og selvmordsforsøg øgedes både blandt drenge og piger, hvis de havde en kammerat, som havde forsøgt selvmord inden for det sidste år. I Grønlandsundersøgelsen kendte 91 % af de elever, der havde forsøgt at begå selvmord, nogen, der havde begået selvmord (Curtis et al., 2006).

Der er således tidligere afgrænset en række psykiske lidelser og psykosociale faktorer, der har betydning for unges selvskadende adfærd. Men det er fremhævet, at der er sparsom viden om, hvorfor der for nogle unge, men ikke for andre, er en markant sammenhæng mellem selvskadende adfærd som at snitte/skære i sig selv og selvmordstanker (Hamza, Stewart & Willoughby, 2012).

I nærværende artikel anvender vi data fra en landsrepræsentativ interviewundersøgelse blandt 9.-klasseselever i Danmark. Formålet er at vægte betydningen af en række psykosociale faktorer, herunder belastende begivenheder og psykisk trivsel/mistrivsel for selvskade og selvmordstanker blandt unge piger og drenge.

Metode og materiale

Med forbillede i en skolebørnsundersøgelse i New Zealand (Watson et al., 2001) udviklede vi i 2002 et computerbaseret spørgeskema, som besvares via bærbare computere med udnyttelse af lyd og billede, Multi-Casi, dvs. *multi-media computerassisted self-interviewing*. Dette fremmer en præcis og hurtig besvarelse af spørgsmålene, idet den enkelte elev kun bliver præsenteret for spørgsmål, der er relevante i forhold til elevens forudgående besvarelser.

Undersøgelsen blev gennemført i 2008 på 122 skoler, fordelt på hele landet med en deltagelse fra en enkelt og op til otte skoler i de enkelte kommuner. De deltagende skoler havde i alt indskrevet 5.013 elever i 9. klasse. Alle tilstedeværende 9.-klasseselever fik mulighed for at deltage i undersøgelsen. Ud af de 4.250 tilstedeværende elever blev der sikret besvarelser fra 4.093, 98 % At der ikke indgik svar fra 2 % af de tilstedeværende elever, skyldtes tekniske problemer, og ikke at eleverne afslog at deltage. Undersøgelsen omfattede således oplysninger om 3.976 elever, hvilket svarer til 6 % af 15-årige i Danmark. Blandt de i alt 3.976 elever havde 43 ikke oplyst deres køn. De fleste analyser har taget udgangspunkt i de 3.933 elever, der har oplyst deres køn, 1.991 drenge og 1.942 piger med en gennemsnitsalder på 15,4 år.

Temaer

Undersøgelsens formål var at belyse omfang, karakter og mulige følger-virkninger af seksuelle overgreb og udsættelse for fysisk vold i barndom og tidlige ungdom og at kortlægge de unges egen adfærd, deres sociale kontakter og familiemæssige baggrund. Undersøgelsen blev tilrettelagt i et nordisk samarbejde (Helweg-Larsen, 2009).

Spørgsmål om familiens samvær omkring måltider, fortrolighed med forældre eller evt. stedforældre og forældrenes viden om, hvem de unge tilbringer deres fritid sammen med, kan belyse elementer af forældre-barnforholdet, og blev besvaret af de fleste deltagende elever.

Forældres løsning af konflikter i hjemmet, både konflikter mellem forældrene indbyrdes og til den unge, blev belyst ud fra spørgsmål om, hvordan forældre almindeligvis reagerer ved konflikter, enten ved at tale med den unge, være tavse, udskældende, truende eller direkte anvende fysisk vold.

Som et selvstændigt tema under psykisk trivsel medtog vi spørgsmål om selvskadende adfærd. De unge blev spurgt, om de inden for den seneste uge havde haft tanker om selvmord, om de havde haft fantasier om at skære i sig selv – og om de reelt havde tilføjet sig selv fysisk skade. Svarene kunne gradueres som “nej”, “lidt”, “ret meget” og “virkelig meget”.

En af de standardiserede målemetoder til at afdække psykisk sårbarhed og trivsel hos børn og unge er SDQ (Goodman, Ford, Simmons, Gatward, & Meltzer, 2000). Det er et relativt kort screeningsinstrument bestående af 25 spørgsmål. Der er 20 spørgsmål om symptomer på adfærdsvanskeligheder, opmærksomhedsforstyrrelser (ADHD), emotionelle vanskeligheder (angst og depression) og problemer med jævnaldrende. Der er fem spørgsmål til hvert problemområde. Derudover er der fem spørgsmål omhandlende prosocial adfærd.

Ud fra svarene på de 20 spørgsmål om problemer konstrueres der en overordnet problemskala med værdier fra 0 til 40, ud fra at svaret "passer ikke" har værdien 0, svaret "passer delvis" har værdien 1, og svaret "passer godt" har værdien 2.

Desuden kan der konstrueres fire underordnede skalaer, som belyser, i hvor høj grad den unges eventuelle problemer særligt drejer sig om adfærdsvanskeligheder, opmærksomhedsforstyrrelser (ADHD), emotionelle vanskeligheder (angst og depression) og/eller problemer med jævnaldrende.

Når vi i analyserne vurderede, om den unge var i risiko for dårlig psykisk trivsel, var det baseret på, om den unge havde rapporteret så mange problemer, at han/hun lå blandt de øverste 10 % på en skala (90-percentilen), ud fra totalskalaen (tærskelværdi for at være i risikozonen er på 17 point) og også ud fra de fire underordnede skalaer for de forskellige psykiske problemer.

Hopkins Symptom Checklist (HSCL) blev oprindeligt udviklet til at måle ændringer i psykiske symptomer før og efter psykoterapeutisk behandling. HSCL har vundet stor udbredelse, idet skemaet på samme måde som SDQ giver pålidelige og gyldige svar (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974). Der findes flere udgaver af spørgeskemaet med fra 25 op til 92 spørgsmål. HSCL-25 omfatter 25 symptomer, som blev medtaget i spørgeskemaet. De unge blev spurgt, om de inden for den sidste uge havde haft nogle af disse symptomer. Der blev tilføjet to ekstra spørgsmål med henblik på at belyse omfanget af tanker om selvskaide og selvskaide adfærd: "Har du haft lyst til at skære i dig selv?" og "har du tilføjet dig selv fysisk skade?"

Den modificerede HSCL-25 omfattede således 26 spørgsmål. I lighed med SDQ kan man ud fra de unges besvarelse af den modificerede udgave af HSCL beregne 90-percentilen som skæringspunkt til at afgrænse højrisikogrupper.

Forekomsten af depression blev vurderet ud fra Hopkins Symptom Checklist. Denne liste gør det dog ikke muligt at stille en depressionsdiagnose, dels kræver dette en klinisk undersøgelse, og yderligere blev de unge kun spurgt om symptomer inden for den sidste uge, mens der kræves en varighed af den depressive episode på mindst to uger, før diagnosen depression kan stilles. I den aktuelle undersøgelse blev depression afgrænset ud fra svarene "ret meget" eller virkelig meget" til mindst to af de følgende

tre spørgsmål, som vedrører depressive kernesymptomer: “Har du i den sidste uge oplevet tristhed, tabt interesse, følt uoverkommelighed eller manglet energi?”

Desuden indgik der i afgrænsningen af “depression”, at der blev svaret “ret meget” eller “virkelig meget” til mindst to af de følgende fem spørgsmål, som vedrører depressive ledsagesymptomer: “Fornemmelse af værdiløshed, selvbekræftelser, fornemmelse af, at alt er besværligt, følelse af at være fastholdt, søvnbesvær.”

En relativt stor andel af de unge 9.-klasseselever rapporterede en eller flere former for vanskeligheder eller negative oplevelser i løbet af opvæksten. Det rejser spørgsmålet om, hvad der adskiller dem, der rapporterede om vanskeligheder, fra dem, der ikke gjorde det, dvs. om den sociale, familiære og individuelle kontekst blandt unge med og uden selvskadende adfærd skiller sig ud. Profilen af de unge blev konstrueret ved at udvælge en række af de variable fra undersøgelsen, som kan belyse de unges levevilkår op til 15-årsalderen. Disse variable blev grupperet på følgende måde:

- Oplysninger om den familiære baggrund, herunder: etnicitet, familietype og familiens økonomi
- Oplysninger om familiefunktion/stabilitet, herunder: fælles måltider med familien, den unge færdes ofte ude om natten, forældrenes kendskab til den unges fritid, fortrolighed med mor, alkoholproblemer i den nærmeste familie, konflikter mellem forældrene, vold mellem forældrene indbyrdes
- Oplysninger om traumatiske oplevelser, som den unge har været udsat for, herunder: vold mod den unge fra forældrene, udsat for seksuelle overgreb fra jævnaldrende eller voksne, alvorlig sygdom i nærmeste familie, alvorlig ulykke i nærmeste familie, dødsfald i nærmeste familie, forældre flyttet fra hinanden, brudt kæresteforhold, kæledyr dødt, ejendele stjålet
- Oplysninger om den unges individuelle egenskaber og adfærd, herunder: ADHD-symptomer, emotionelle vanskeligheder, adfærdsproblemer, kammeratproblemer, symptomer på angst og depression og den unges forbrug af alkohol og stoffer.

Vi vurderede, om de unge, der rapporterede selvskadende adfærd, adskilte sig på disse områder i forhold til de unge, der ikke angav denne adfærd.

Resultater

Samlet angav knap hver femte pige og mindre end hver tiende dreng enten at have haft selvmordstanker, at have haft fantasier om at skære i sig selv eller faktisk at have tilføjet sig selv fysisk skade inden for den seneste uge,

og knap 1,5 % af drengene og 4,4 % af pigerne rapporterede alle tre ting. Der var således markante kønsforskelle i de 15-16-åriges svar på spørgsmål om selvskadende adfærd med størst forekomst blandt pigerne.

Når de unges svar på de tre former for selvskade analyseres hver for sig, var der også markante kønsforskelle. Fantasier om at skære i sig selv blev rapporteret af knap 15 % af pigerne mod knap 4 % af drengene. Der var tilsvarende markante kønsforskelle i rapporteringen af selvmordstanker, godt og vel 10 % af pigerne og knap 5 % af drengene angav, at de inden for den sidste uge havde haft selvmordstanker, enten isoleret fra de øvrige selvskadende faktorer eller samtidig med enten at have haft fantasier og/eller at have tilføjet sig selv skade. Derimod var det en større andel af drengene end pigerne, der angav faktisk at have tilføjet sig selv skade, og som ikke rapporterede de to andre former for selvskadende adfærd.

Spørgsmålets brede formulering "at have tilføjet sig selv skade" kan betyde, at der i drengenes svar også indgik skader, som fx er opstået ved idræt, ulykker på cykel og ved skisport. Der var en forholdsvis stor andel af drengene, der rapporterede at have tilføjet sig selv skade, og ikke angav at have haft fantasier om selvskade eller selvmordstanker, henholdsvis 1,8 % og 0,5 %. Blandt pigerne var der omvendt en større andel, der alene rapporterede fantasier om selvskade, 4,5 %, mod at 1,6 % angav kun at have tilføjet sig selv fysisk skade.

Blandt i alt 288 unge, der angav, at de havde haft tanker om selvmord den seneste uge, svarede i alt 115, 41 %, at de også havde haft fantasier om at skære i sig selv, og at de havde tilføjet sig selv skade, mens 87, svarende til 31 %, kun havde haft tanker om selvmord, men uden fantasier om at skære i sig selv eller havde tilføjet sig selv skade. Knap hver fjerde havde både haft tanker om selvmord og fantasier om at skære i sig selv. Det var et mindretal, der havde haft selvmordstanker og havde tilføjet sig selv skade, 13, svarende til 5 % af de unge.

I alt angav 335 af de unge, at de havde haft fantasier om skære i sig selv, 29 % havde haft disse fantasier uden tanker om selvmord og uden at have tilføjet sig selv skade; men mere end hver tredje, 34 %, rapporterede også om tanker om selvmord, og 60 af de unge, 19 %, havde både haft fantasier og faktisk tilføjet sig selv skade.

Psykosociale faktorer og selvskadende adfærd

Tabel 1 og 2 viser sammenhængen mellem selvskadende adfærd og en række sociale, familiemæssige og individuelle faktorer for henholdsvis drenge og piger. I disse sammenligninger er alle de psykosociale faktorer blevet dikotomiseret for at gøre tabellerne mere overskuelige. Alle sammenhænge er testet for statistisk signifikans med χ^2 test, og af tabellens højre kolonne

fremgår det, hvilke sammenligninger der var statistisk signifikante ($p < 0.05$), og hvilke der ikke var (n.s. = non significant).

Psykosociale faktorer	(N = 1848)	Selvskadende adfærd (N = 142)	P-værdi
Begge forældre danske	88,7 %	86,6 %	n.s.
Bor ikke med begge biologiske forældre	30,6 %	37,3 %	n.s.
Dårlig økonomi i familien	3,7 %	7,0 %	n.s.
Spiser som regel ikke sammen med forældrene	6,1 %	8,5 %	n.s.
Oftede ude om natten	11,1 %	12,0 %	n.s.
Forældrene har ringe kendskab til den unges fritid	2,9 %	4,9 %	n.s.
Manglende fortrolighed med mor	11,7 %	25,4 %	.000
Alkoholproblemer i den nærmeste familie	16,7 %	26,8 %	.002
Forældrene skændes ofte	12,7 %	17,6 %	n.s.
Vold forældrene imellem	1,5 %	3,5 %	n.s.
Udsat for forældrevold	4,2 %	9,9 %	.002
Flere belastende oplevelser i det sidste år	8,7 %	29,6 %	.000
Udsat for seksuelle overgreb fra jævnaldrende eller voksne	4,6 %	13,4 %	.000
Mange ADHD-symptomer (SDQ)	15,3 %	27,5 %	.000
Mange emotionelle problemer (SDQ)	3,2 %	12,0 %	.000
Mange adfærdsproblemer (SDQ)	14,1 %	30,3 %	.000
Mange kammeratproblemer (SDQ)	14,4 %	33,1 %	.000
Angst (SCL)	3,0 %	27,5 %	.000
Depression (SCL)	1,2 %	33,3 %	.000
Den unge drikker selv	18,7 %	24,6 %	n.s.
Den unge tager selv stoffer	4,2 %	9,9 %	.002

Tabel 1. Sammenhæng mellem selvrapporteret selvskadende adfærd og forskellige psykosociale faktorer, drenge.

Psykosociale faktorer	(N = 1581)	Ikke-selvskadende adfærd (N = 360)	Selvskadende adfærd	P-værdi
Begge forældre danske	87,4 %	91,7 %	.024	
Bor ikke med begge biologiske forældre	32,5 %	40,8 %	.003	
Dårlig økonomi i familien	5,4 %	12,5 %	.000	
Spiser som regel ikke sammen med forældrene	5,9 %	12,5 %	.000	
Ofte ude om natten	7,7 %	15,6 %	.000	
Forældrene har ringe kendskab til den unges fritid	1,3 %	5,3 %	.000	
Manglende fortrolighed med mor	15,0 %	38,1 %	.000	
Alkoholproblemer i den nærmeste familie	20,5 %	40,6 %	.000	
Forældrene skændes ofte	15,7 %	28,9 %	.000	
Vold forældrene imellem	3,0 %	7,8 %	.000	
Udsat for forældrevold	5,9 %	22,8 %	.002	
Flere belastende oplevelser i det sidste år	10,4 %	32,8 %	.000	
Udsat for seksuelle overgreb fra jævnaldrende eller voksne	14,7 %	42,5 %	.000	
Mange ADHD-symptomer (SDQ)	11,9 %	36,7 %	.000	
Mange emotionelle problemer (SDQ)	12,1 %	40,6 %	.000	
Mange adfærdsproblemer (SDQ)	8,5 %	23,9 %	.000	
Mange kammeratproblemer (SDQ)	11,3 %	22,8 %	.000	
Angst (SCL)	10,6 %	44,2 %	.000	
Depression (SCL)	8,4 %	50,8 %	.000	
Den unge drikker selv	9,6 %	21,4 %	.000	
Den unge tager selv stoffer	2,1 %	8,3 %	.000	

Tabel 2. Sammenhæng mellem selvrapporteret selvskadende adfærd og forskellige psykosociale faktorer, piger.

For drengenes vedkommende tegner der sig et nogenlunde klart billede af sammenhængen mellem de psykosociale faktorer og selvrapporteret selvskadende adfærd. Bortset fra manglende fortrolighed med mor og alkoholproblemer i den nærmeste familie var der generelt svage og statistisk ikke-signifikante sammenhænge mellem de unge drenges familiære baggrund og familiens funktion og stabilitet. Til gengæld var der markante tendenser til,

at drenge med selvskadende adfærd havde været udsat for forældrevold, mange traumatiske oplevelser inden for det sidste år og seksuelle overgreb (tabel 1). Endvidere havde drengene med selvskadende adfærd markant flere symptomer på psykisk dårlig trivsel, kammeratproblemer og højere forbrug af alkohol og stoffer.

For pigernes vedkommende var der klare og markante sammenhænge mellem alle de psykosociale variable og selvskadende adfærd (tabel 2). Det gælder såvel deres familiebaggrund, familiens funktion og stabilitet, deres udsættelse for forskellige former for belastende oplevelser og deres psykiske helbredstilstand, kammeratproblemer og alkohol- og stofmisbrug. Det tyder således på, at pigerne med selvskadende adfærd i højere grad end drengene påvirkes af en kompleks blanding af psykosociale risikofaktorer i form af familieproblemer, negative oplevelser i barndom og ungdom samt en tendens til dårligt psykisk helbred, som i forskellige kombinationer øger risikoen for, at pigerne foretager selvskadende handlinger. Men forskellene på tabellerne for drenge og piger gør, at der ikke kan opstilles en generel model på dette område.

Vægten af de påviste risikofaktorer

Vi undersøgte vægten af de påviste risikofaktorer med en logistisk regressionsanalyse, hvor alle faktorer indgik, men hvor slutresultatet viser, hvilke faktorer der stadig er statistisk signifikante, når man inddrager alle faktorer. Tabel 3 viser vægten af de påviste risikofaktorer for selvskade. Kvindekøn var en risikofaktor for selvskadende adfærd. Desuden var der blandt de unge den stærkeste sammenhæng mellem at have været udsat for seksuelt overgreb og at rapportere selvskade (odds ratio 1,8)⁴, og også at opleve kammeratproblemer og manglende fortrolighed med mor havde en sammenhæng med selvskadende adfærd (odds ratio 1,7). Blandt de psykiske problemer var der størst sammenhæng for angst, og en mindre, men statistisk signifikant sammenhæng mellem ADHD, depression og selvskadende adfærd.

4 Odds ratio udtrykker oversandsynligheden for, at en person, der har en given baggrund, oplever den pågældende begivenhed i forhold til en anden person, der ikke har den givne baggrund – givet at de øvrige variable i modellen er uforandrede. CI = konfidensinterval.

Faktorer	Selvskadende adfærd
Køn	1,5 [1,2-1,9]
Seksuelle overgreb	1,8 [1,3-2,3]
Vold fra forældrenes side	1,3 [1,1-1,4]
Manglende fortrolighed med mor	1,7 [1,3-2,2]
Kammeratproblemer (SDQ)	1,7 [1,2-2,2]
Traumatiske begivenheder	1,3 [1,1-1,4]
ADHD (SDQ)	1,5 [1,2-2,0]
Angst (SCL)	1,6 [1,1-2,1]
Depression (SCL)	1,4 [1,3-1,5]

Tabel 3. Vægten af risikofaktorer for selvskadende adfærd (logistisk regressionsanalyse med justerede odds ratio samt angivelse af 95 % konfidensinterval).

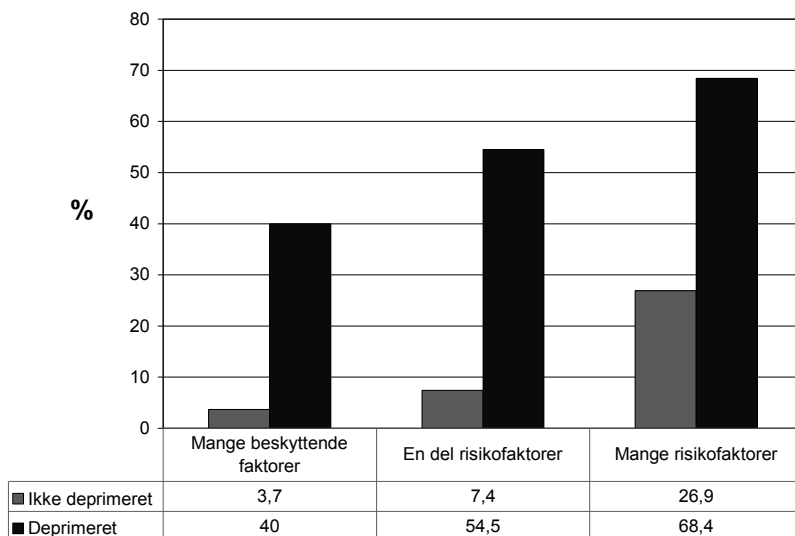
Forekomsten af depression blev som nævnt vurderet ud fra Hopkins Symptom Checklist. I alt 219 (5,6 %) af de adspurgte 3.931 unge kunne klassificeres med symptomer på depression, 43 drenge (2,2 %) og 176 piger (9,1 %). Kønsforskellen var markant, odds ratio 4,5 [CI 3,2 – 6,3].

Der var en klar sammenhæng mellem depression og selvmordstanker, lyst til at skære i sig selv og/eller at have tilføjet sig selv fysisk skade inden for den sidste uge. Ud af de 219 deprimerede unge havde 144 (65 %) i den sidste uge haft en eller flere former for selvskadende adfærd, mens kun 9,6 % af de ikke-deprimerede unge havde haft selvskadende adfærd. Forskellen var markant, odds ratio 17,9 [CI 13,3 – 24,3].

Imidlertid var der et betydeligt mindretal blandt de deprimerede unge (35 %), som ikke havde udvist selvskadende adfærd i den sidste uges tid. Dette kunne tolkes derhen, at en række risikofaktorer og beskyttende faktorer muligvis har betydning for, om unge med depression reagerer med selvskadende adfærd eller ej (figur 1).

Men disse risikofaktorer synes i højere grad at påvirke ikke-deprimerede unge i retning af selvskadende adfærd. Det kan tydes, som om at depression er en overvejende risikofaktor for selvskadende adfærd og derfor overskygger betydningen af andre mulige risikofaktorer.

For at undersøge dette forhold blev følgende fremgangsmåde valgt: Ud fra den tidligere analyse af risikofaktorer for selvskadende adfærd blev der for hver af de unge beregnet en justeret risiko-/beskyttelsesfaktor ud fra regressionsanalysen. De unge blev derefter grupperet i fire lige store grupper ud fra hver enkeltts individuelle eksponering for risiko/beskyttelse. Da der var for få individer i den laveste gruppe (mange beskyttende faktorer/få risikofaktorer), blev den laveste gruppe slået sammen med den næstlaveste og betegnet "mange beskyttende faktorer". Gruppe to blev betegnet "en del risikofaktorer", og gruppe tre "mange risikofaktorer".



Figur 1: Forekomst af selvskadende adfærd (%) blandt deprimerede og ikke-deprimerede unge med henholdsvis mange beskyttende faktorer, en del risikofaktorer og mange risikofaktorer.

De ikke-deprimerede unge blev sammenlignet med de deprimerede unge i forhold til deres selvskadende adfærd og deres udsættelse for beskyttende faktorer/risikofaktorer. For de deprimerede unges vedkommende steg forekomsten af selvskadende adfærd nærmest lineært i forhold til deres udsættelse (40 %, 54,5 % og 68,4 %). For de ikke-deprimerede unges vedkommende var forholdet anderledes med en eksponentiel stigning i forhold til risikofaktorerne, 3,7 %, 7,4 % og 26,9 % (figur 1).

Det ser således ud til, at risikofaktorer/beskyttende faktorer ikke har så stor betydning for deprimerede unge som for ikke-deprimerede unges selvskadende adfærd. Ganske vist øges forekomsten af selvskadende adfærd i takt med de psykosociale belastninger, men ikke på samme dramatiske måde som blandt de ikke-deprimerede unge.

Diskussion

Med en høj svarprocent viste denne landsrepræsentative spørgeskemaundersøgelse blandt 9.-klasseselever i Danmark, at knap hver femte pige og hver tiende dreng inden for den seneste uge enten havde haft selvmordstanker, fantasier om at skade sig selv og/eller faktisk havde tilføjet sig selv skade,

og at knap 5 % af pigerne og 2 % af drengene både havde haft selvmordstanker, fantasier om at skade sig selv og havde tilføjet sig selv skade.

Vi fandt i lighed med tidligere undersøgelser af selvskadende adfærd blandt unge, at selvskaede hyppigst forekommer blandt unge piger (Bresin & Schoenleber, 2015; Möhl, la Cour, & Skandsen, 2014).

Den påviste markante sammenhæng mellem selvskadende adfærd og emotionelle problemer, og specielt depression og angst for piger samt ADHD og adfærdsp problemer for drenge, svarer til, hvad der er rapporteret i andre undersøgelser (Bentley, Cassiello-Robbins, Vittorio, Sauer-Zavala, & Barlow, 2015).

Selvskaede er ikke et generelt problem blandt unge i Danmark, men forekommer først og fremmest blandt unge med depression. Unge i 15-16-årsalderen, der udviser selvskadende adfærd, adskiller sig også fra andre unge med hensyn til en række sociale, familiemæssige og individuelle forhold, som mere eller mindre diffust hænger sammen med risikoen for at skade sig selv eller ønske at skade sig selv. Den profil, de unge med disse problemer synes at have tilfælles, er en kombination af familiære problemer, psykiske vanskeligheder hos forældrene, dårligt forældre-barn-forhold og psykiske vanskeligheder hos den unge selv, særligt depression, rastløshed og impulsivitet (ADHD-symptomer).

Der kan være mange forskellige grunde til, at en ung foretager en selvskadende handling. Nogle unge føler, at de er i en håbløs situation, eller de har brug for at kommunikere til omverdenen, hvor slemt de har det. Hvis en ung tager en betydelig overdosis smertestillende lægemidler, vil der kunne være et ønske om at dø, mens en ung, der snitter sig overfladisk i oversiden af underarmen, ikke kan forvente at dø af denne handling. Motivet er snarere et ønske om at slippe væk fra en uudholdelig indre tilstand og/eller at straffe sig selv for en skamfuld begivenhed (Kienhorst, de Wilde, Diekstra, & Wolters, 1995; Selby et al., 2015).

Vores undersøgelse giver ikke mulighed for at afklare direkte årsagsforhold. Man kunne hævde, at sammenhængene mellem de psykosociale faktorer og selvskaede blandt unge skyldes belastende opvækstvilkår i familier, som genetisk er prædisponerede for psykiske vanskeligheder. Ikke desto mindre forekommer det rimeligt at antage, at negative opvækstvilkår, særligt dem, der involverer familiemiljøet, spiller en meget vigtig rolle i udviklingen af de unges problemer.

En del unge vil være ambivalente i forhold til motiverne bag deres selvskadende adfærd, dels når de bliver spurgt, om de virkelig havde til hensigt at begå selvmord, dels når de skal angive årsagerne dertil. Nogle unge skammer sig mere over de forhold, der har ført til handlingen (f.eks. seksuelle overgreb eller vold i familien), end over den selvskadende handling. Man kan heller ikke udlede motivet til den selvskadende adfærd, ud fra om den handling, de har foretaget, er potentielt livsfarlig eller ej, idet en del unge ikke altid er klar over farligheden af den selvskadende handling

De unges udsagn om selvmordstanker, lyst (fantasier) til at skære i sig selv og/eller at have tilføjet sig selv fysisk skade kan muligvis betragtes som et kontinuum, som et udtryk for alvorlige følelsesmæssige problemer og dårlig psykisk trivsel. Men der er betydelig forskel på at svare "ja" til at have haft selvmordstanker og at have haft fantasier om at skære i sig selv i forhold til reelt at have tilføjet sig selv skade.

Det er betydningsfuldt også at huske på, at der trods den relativt store andel af unge kvinder, der rapporterer de forskellige former for selvskadende adfærd, kun forekommer enkelte selvmord årligt i denne aldersgruppe. I 2014 blev der registreret fire selvmord blandt 15-19-årige kvinder og seks selvmord blandt 15-19-årige mænd, svarende til ca. 2,5 pr. 100.000 i aldersgruppen. Det skal også fremhæves, at mindre end hver tiende af de unge har oplevet selvmordstanker i en livsperiode, hvor der for de fleste sker store forandringer, forelskelse, kærestesorg, valg af uddannelse og fremtid, opbrud i kammeratskab, løsrivelse fra forældre og andre svære valg.

Der er betydelig fokus på selvskade blandt unge og den mulige stigning i forekomsten over de seneste 10-20 år. Der er mange bud på, hvilke forandringer i de sociale strukturer der kan medvirke til en øget rapportering af psykosociale vanskeligheder i de unge år: Puberteten indtræder tidligere, der opleves større krav til uddannelse, der er større risiko for arbejdsløshed, familierne oplever flere brud og fungerer anderledes end tidligere, de sociale medier fylder mere, og moralopfattelsen og de moralske værdier har ligeledes forandret sig – og ikke mindst er der en større narcissisme blandt unge og mulighed for selveksponering og sammenligning med andre unge gennem sociale medier. En skolebaseret undersøgelse blandt unge med tidligere selvskade rapporterede, at 15 % af drengene og 26 % af pigerne var blevet påvirket af sociale medier til selvskaden (O'Connor, Rasmussen, & Hawton, 2014). Men mange af disse forandringer, der kan have betydning for ændringerne i selvskade, er sket på samme tid, hvilket vanskeliggør en vurdering af betydningen af enkeltstående faktorer.

Det er ligeledes vigtigt at understrege, at en spørgeskemaundersøgelse ikke gør det muligt at påvise, om de psykosociale risikofaktorer udgør årsagsfaktorer – en del af dem kan i princippet lige så godt være konsekvenser af de vanskeligheder, de unge har. Der kan foretages en analyse af statistiske sammenhænge, ikke af årsager.

Der har ikke været mulighed for at gennemføre en registerbaseret opfølgning blandt de unge i 9.-klassesundersøgelsen, fx ved at koble de unges svar til de danske sundhedsregistre og derved identificere unge, der senere har haft kontakt til sundhedsvæsenet pga. selvskade. Det var en streng forudsætning for, at vi kunne gennemføre en spørgeskemaundersøgelse om sensitive problemstillinger blandt umyndige unge, at de unges anonymitet blev fuldt respekteret. Svarpersonernes CPR-numre er derfor ikke registreret.

En styrke ved undersøgelsen er, at den omfattede et landsrepræsentativt udsnit af 15-16-årige, at der var en høj svarprocent på alle spørgsmål om

selvskade, psykosociale faktorer og psykiske problemer, og at spørgsmålene angik tiden kort forinden. Det minimerer risikoen for erindringsforstyrrelse, *recall-bias*. Til gengæld er “den seneste uge” en meget kort tidsperiode at opgøre omfanget af selvskade på, måske ville “det sidste år” have givet større tal for omfanget. Undersøgelsens metode, computerbaseret spørgeskema med veldefinerede spørgsmål om selvskadende adfærd, og de internationalt anvendte spørgeskemaer om psykisk trivsel er til gengæld en styrke ved undersøgelsen.

Anbefalinger

Det er et vigtigt resultat af undersøgelsen, at selvskade ikke er et generelt problem blandt unge, men først og fremmest forekommer blandt unge med depression. Forebyggelse – både blandt deprimerede og ikke-deprimerede unge – bør rettes mod de deprimerede unge og medinddrage den kombination af risikofaktorer/beskyttende faktorer, som undersøgelsen har peget på, og som synes at påvirke også ikke-deprimerede unge. Det omfatter sociale relationer både i hjem og skole. I hjemmet er det først og fremmest vold og – dertil knyttet manglende fortrolighed med forældre – der har betydning. I samfundet er isolation pga. dårligt forhold til skolekammerater ligeledes en vægtig risikofaktor.

De aktuelle tiltag i folkeskolen mod mobning og de landsdækkende initiativer mod vold i familien og mod vold i unges kæresteforhold kan antages at være værdifulde forebyggelsesinitiativer også i forhold til unges selvskadende adfærd. Hvad angår mere specifikke forebyggelsesprogrammer, eksempelvis i skolesammenhæng, virker nogle lovende (se eksempelvis Lieberman, Toste, & Heath, 2009; Muehlenkamp, Walsh, & McDade, 2010), uden dog at fremlægge overbevisende evidens for deres virkning, og forskere fra New Zealand har frarådet at iværksætte generelle oplysningskampagner (Beautrais et al., 2007).

REFERENCER

- Andover, M.S., Morris, B.W. (2014). Expanding and clarifying the role of emotion regulation in non-suicidal self-injury. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 569-575.
- Beautrais, A., Fergusson, D., Coggan, C., Collings, C., Doughty, C., Ellis, P. ... (2007). Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: A review of the evidence. *The New Zealand Medical Journal*, 20, (1251):U2459.
- Bentley, K.H., Cassiello-Robbins, C.F., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D.H. (2015). The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37, 72-88.
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55-64.
- 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.
- Curtis, T., Larsen, H.B., Helweg-Larsen, K., Pedersen, C.P., Olesen, I., Sørensen, K. ... (2006). Unges trivsel i Grønland 2004. Nuuk, Grønlands Hjemmestyre. *Inussuk; Arktisk forskningsjournal* 2006, 1.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-15.
- Fergusson, D.M., & Horwood, L.J. (2001). The Christchurch Health and Development Study: Review of findings on child and adolescent mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3), 287-296.
- Fergusson, D.M., Beautrais, A.L., & Horwood, L.J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33(1), 61-73.
- Fleming, T.M., Merry, S.N., Robinson, E.M., Denny, S.J., & Watson, P.D. (2007). Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 213-221.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 9, 534-539.
- Hamza, C.A., Stewart, S.L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482-494.
- Helweg-Larsen K. (2005). *Selv mord i Danmark. Markant fald i selvmord, men stigende antal selvmordsforsøg. Hvorfor? Udviklingen belyst ud fra registerdata og selvrappor- teret selvmordsadfærd med fokus på kvaliteten af registerdata*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Helweg-Larsen K. (2009). *Framework for Nordic youth surveys on child sexual abuse and exposure to violence outside and in the family*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Helweg-Larsen K., Schütt, N.M., & Larsen, H.B. (2009). *Unges trivsel år 2008. En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb og vold i barndom og tidlige ungdom*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R.C., & Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury versus attempted suicide: New diagnosis or false dichotomy? *British Journal of Psychiatry*, 202, 326-328.
- Kidger, J., Heron, J., Lewis, G., Evans, J., & Gunnell, D. (2012). Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: A self-report survey in England. *BMC Psychiatry*, 12, 69.
- Kienhorst, I.C., de Wilde, E.J., Diekstra, R.F., & Wolters, W.H. (1995). Adolescents' image of their suicide attempt. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 623-628.
- Klonsky, E.D., Glenn, C.R., Styer, D.M., Olino, T.M., & Washburn, J.J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 9, 1 - 9.
- Lieberman, R.A., Toste, J.R., & Heath, N.L. (2009). Nonsuicidal self-injury in the schools. Prevention and intervention. In M.K. Nixon & N.L. Heath (Ed.), *Self-injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention*. New York: Routledge.
- Mars, B., Heron, J., Crane, C., Hawton, K., Kidger, J., Lewis, G., Macleod, J., Tilling, K., & Gunnell, D. (2014). Differences in risk factors for self-harm with and without suicidal

- intent: Findings from the ALSPAC cohort. *Journal of Affective Disorders*, 168, 407-414.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P.A. (2001). *Sex Differences in Antisocial Behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Muehlenkamp, J.J., Walsh, B.W., & McDade, M. (2010). Preventing non-suicidal self-injury in schools: The Signs of Self-Injury Program. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 306-314.
- Møhl, B., la Cour, P., & Skandsen, A. (2014). Nonsuicidal self-injury and indirect self-harm among Danish high school students. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 2, 11-18.
- Nock, M.K., Joiner, T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M.J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.
- Nordentoft, M., Laursen, T.M., Agerbo, E., Qin, P., Hoyer, E.H., & Mortensen, P.B. (2004). Change in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark, 1981-97: A nested case-control study. *British Medical Journal*, 329, (7460):261.
- O'Connor, R.C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2014). Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland. *Journal of Affective Disorders*, 159, 46-52.
- Pærregaard, G. (1963). *Selvmoedsforsøg og selvmord*. København: Københavns Universitet. Disputats.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P.B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 765-772.
- Selby, E.A., Kranzler, A., Fehling, K.B., & Panza, E. (2015). Non-suicidal self-injury disorder: The path to diagnostic validity and final obstacles. *Clinical Psychology Review*, 38, 79-91.
- Watson, P.D., Denny, S.J., Adair, V., Ameratunga, S.N., Clark, T.C., Crengle, S.M. ... (2001). Adolescents' perceptions of a health survey using multimedia computer-assisted self-administered interview. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25, 520-524.
- Wilkinson, P. (2013). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 75-79.
- Zetterqvist, M., Lundh, L-G., Dahlström, Ö., & Svedin, C.G. (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, 759-773.