

Mälardalens högskola
Akademin för hållbar samhälls- och teknikutveckling

Attityder kring självskadebeteende relaterat till empati

Rebecka Addo

C-uppsats i psykologi, HT 2011
Handledare: Lena Almqvist
Examinator: Jacek Hochwälder

Attityder kring självskadebeteende relaterat till empati*

Rebecka Addo

En experimentell vinjettstudie genomfördes för att undersöka hur graden av empati för personer med ett självskadebeteende varierar beroende på bakomliggande orsak samt grad av kännedom om ämnet. I studien deltog 121 respondenter som fick besvara en av tre vinjetter: (a) självskadebeteende utan angiven orsak, (b) Självskadebeteende med orsak borderline personlighetsstörning eller (c) Självskadebeteende med orsak övergrepp. Studien visade att ett samband mellan empati och självskadebeteende utan orsak samt mellan empati och självskadebeteende med orsak borderline personlighetsstörning. Inget samband påvisades mellan empati och självskadebeteende med orsak övergrepp. Vidare framkom inga signifikanta skillnader mellan grupperna i empatigrad, vilket kan ha att göra med att självskadebeteende som enskild variabel var tillräcklig för att generera ett visst mått av empati. Empatimedelvärdet för någon som skär sig låg strax under medianen på Batsons empatiskala vilket tyder på att medmänniskor känner en genomsnittlig grad av empati för någon som skär sig.

Keywords: empathy, nonsuicidal self-injury, borderline disorder, abuse, attitudes

Inledning

Självskada är ett kontroversiellt ämne som upprör många och lämnar kvar en känsla av obehag. Ämnet är svårhanterligt och ofta svårt att förstå för omgivningen. De som skadar sig själva döljer ofta sina skador och orsaken till dem (Hicks & Hincks, 2008; Suyemoto, 1998). Hur mycket empati kan vi då känna för människor med ett självskadebeteende eller känner vi någon empati alls? Den här studien syftar till att undersöka hur graden av empati för människor med ett självskadebeteende varierar beroende på hur man uppfattar orsaken till självskadebeteendet samt hur mycket kännedom de har om självskadebeteende.

Att känna empati för andra

Empati definieras av Batson som ett emotionellt svar på andras välbefinnande (Batson, Fultz, & Schoenrade, 1987). Empatiska känslor för någon i nöd omfattar sympati, medkänsla, ömhet och andra liknande känslor (Håkansson Eklund, 2006). Dessa känslor har visat sig vara en motivationskälla för att utlösa den empati som den utsatte behöver och väcks oftast genom perspektivtagande (Batson, Lishner, Cook, & Sawyer, 2005; Håkansson Eklund, 2006). När människor lever i relation till varandra, så som sambo, partner, förälder – barn, vänner etcetera så ökar graden av empati dem emellan. Detta beror på att den enes mående kan påverka

*Författaren vill rikta speciella tack till Rex Keijser-Addo för oumbärlig hjälp i kontakten med företag. Tack Lena Almqvist för all hjälp och ovärderliga stöd.

den andres välbefinnande och vice versa, ett slags ömsesidigt beroende (Batson, Lishner, Cook, & Sawyer, 2005). Människor är beroende av individer i deras närhet på flera plan. Då någon i en persons direkta närhet insjuknar kan denne inte längre räkna med att få samma grad av stöd från den sjuke som tidigare. Detta gör att personens tillvaro blir mer komplicerad om denne är beroende av den sjukes hjälp. Empatin för människor som andra är beroende av blir alltså större om dessa inte har det bra, eftersom detta påverkar tillvaron och gör den mer svårhanterlig.

Däremot är det svårare att förstå varför individer känner empati för andra som denne inte är beroende av och som inte ingår i dess normala miljö (Batson, et al., 2005). Batson et al. (2005) menar på att det hela handlar om en identifikation, att människor kan känna igen sig i den andra oavsett om denne har upplevt samma sak som den utsatte eller ej. Graden av behov påverkar inte graden av empati så länge den upplevda likheten mellan individerna finns där. Personer behöver alltså inte ha upplevt samma sak som en annan i en svår situation och personen behöver inte heller, enligt Batson et al. (2005) befinna sig i dennes närmiljö, så länge en identifikation är möjlig samtidigt som individen tror sig känna samma sak. Hur svår situationen är spelar heller ingen roll utan det handlar snarare om att gå i någon annans skor för en stund.

Graden av empati är däremot påverkbar på så sätt att den kan höjas genom perspektivtagande. Studier har visat att om en eventuell testperson ombeds att sätta sig in i en annan persons känslor i en fiktiv situation kan testpersonen känna det som den andre känner (Batson et al., 2005). Är personens behov däremot oklara eller tvetydiga finns en risk att graden av empati sänks. Om människor får direktiv att sätta sig in i hur andra känner väcker det empati, men om de får direktiv att sätta sig in i hur de själva skulle känna så väcker det såväl empati som andra känslor som till exempel oro, ångest eller vad de tror att den fiktiva personen kan tänkas känna (Håkansson Eklund, 2006).

Batson menar även på att om människor inte bara tar den nuvarande situationen i beaktande, utan även hela personens liv så blir graden av empati högre (Håkansson Eklund, 2006). Ju mer en person kan känna för en annan och dennes situation desto högre grad av empati genereras.

Självskadebeteende som självmedicinering

När det kommer till självskadebeteende som begrepp är det framförallt viktigt att särskilja två aspekter: självmordsbeteende och självskadebeteende. Människor har en rad olika instinkter och en stark sådan är överlevnadsinstinkten som är djupt rotad och skall få människan att skydda sig själv. Det finns dock situationer då människor gör saker som strider mot denna instinkt och självmord är den ultimata handlingen som strider rakt emot överlevnadsinstinkten. En mildare grad av handling som också strider mot överlevnadsinstinkten är självskadebeteende, det vill säga, människor som medvetet gör sig själva illa utan att för den delen vilja dö. En självmordsbenägen individ vill dö, då dennes avsikter med sitt handlande är just döden medan en självskadare istället skadar sig själv för att må bättre (MacAniff Zila & Kiselica, 2001). Personen försöker hantera en svår situation så gott den förmår och skapa verktyg som gör att han eller hon orkar med att leva (Hicks & Hincks, 2008; Kleindienst et al., 2008; MacAniff Zila & Kiselica, 2001; Nock, 2009; Potter Nyquist, 2003). Självskadebeteende beskrivs som ett dolt och socialt icke-accepterat beteende. När patienter med ett självskadebeteende söker vård för sina skador är det inte ovanligt att de döljer orsaken till skadorna för läkare och sjuksköterskor (Hicks & Hincks, 2008; Suyemoto, 1998).

Att göra sig själv medvetet illa är inget nytt fenomen utan har funnits i årtusenden. Däremot visar forskning att beteendet har ökat drastiskt de senaste decennierna (Nock, 2009). Självskadebeteende är ett paraplybegrepp och brukar benämnas på lite olika sätt. År 2001 fanns så många som 33 begrepp för ett och samma beteende (MacAniff Zila & Kiselica, 2001). Några av dessa benämningar är self inflicted injury (SII), self mutilation (SM), deliberate self harm (DSH), self injurious behaviour (SIB), para suicid, self abuse samt nonsuicidal self injury (NSSI). I den här studien benämns begreppet som nonsuicidal self injury (NSSI). NSSI berör flertalet olika handlingar bland annat att rispa, bränna, bita, slå, och skära sig själv (Jonas Bjärehed, leg. psykolog och doktorand i klinisk psykologi vid Lunds Universitet, personlig kommunikation 8 maj 2010; Brausch & Gutierrez, 2010; Hicks & Hinck, 2008; Kleindienst et. al., 2008; Potter Nyquist, 2003). Denna studie berör det sistnämnda, att skära sig själv.

Varför individer använder sig av NSSI beror på olika faktorer, men den mest centrala anledningen är för att reglera inre känslor som inte annars upplevs som hanterbara (Hicks & Hinck, 2008; Kleindienst et al., 2008; Nock, 2009; Potter Nyquist, 2003). Den biologiska förklaringen till varför en känsla av lättnad kommer efter att individen skurit sig är för att kroppen utsöndrar endorfiner, ett morfinliknande hormon som fungerar som smärtreglerare. Processen är alltså en ond cirkel av smärta, lättnad, skam och självhat som i sin tur kan trigga igång ännu en episod av NSSI (Hicks & Hincks, 2008).

Vanligt är att personer med NSSI problematik ofta rapporterar känslor av spänning, oro, ilska eller rädsla innan självskadeakten. Vid nästan varje NSSI tillfälle isolerar sig personen från andra innan själva akten (Suyemoto, 1998). Personerna med en NSSI problematik känner ingen eller väldigt lite smärta när de skadar sig själva, forskarna vet inte än om detta kan bero på en skillnad i neurosensoriska funktionen och psykologiska faktorer som härleds till smärtan hos de som skadar sig själva jämfört med andra som inte skadar sig själva (Russ, et al., 1996). När dessa individer inte känner någon smärta genererar akten fler positiva faktorer än negativa, detta på grund av att personen som skär sig upplever att handlingen i sig minskar spänningar, ilska, oro eller rädsla som denne känt innan denne skar sig (Suyemoto, 1998).

Risikfaktorer för självskadebeteende

NSSI är en impulsiv handling, och den största riskgruppen för NSSI är ungdomar eller unga vuxna och då ofta tjejer som tidigare studerat och som har ett arbete som ställer för höga krav på dem (Suyemoto, 1998). När der kommer till grövre former av NSSI så är det psykotiska eller kemiskt påverkade individer som är den största riskgruppen (Hicks & Hincks, 2008). Vidare menar Hicks och Hincks (2008) att NSSI är vanligt bland människor med kognitiva funktionsnedsättningar eller autism.

Nock (2009) menar att det finns ett antal faktorer som gör att vissa personer är mer utsatta för NSSI än andra. Bland dessa faktorer finns bland andra misshandel under barndomen som kan leda till en intrapersonell och interpersonell sårbarhet till exempel dåliga kommunikationsfärdigheter, svårigheter med att be om hjälp i överväldigande situationer och att hanterat problemen på ett ineffektivt sätt. Dessa riskfaktorer ger en ökad mottaglighet för andra former av psykopatologi, så som bland annat borderline personlighetsstörning (Hodges, 2003).

Det finns ett flertal diagnoser där patienter i högre grad använder sig av NSSI. Dessa diagnoser är depression, ångest, dissociativ personlighetsstörning, alkoholism och andra missbruksdiagnoser, ätstörning, schizofreni, tvångssyndrom, maladaptiv stressreaktion samt borderline personlighetsstörning (MacAniff Zila & Kiselica, 2001; Suyemoto, 1998).

Borderline personlighetsstörning (BPD) har sitt ursprung i såväl biologiska som sociokulturella faktorer. Tidigare trodde forskarna att majoriteten av patienter diagnostiserade med BPD var kvinnor, men idag visar forskning att det är ungefär lika många kvinnor som män som lider av BPD (Sansone & Sansone, 2001). BPD har dock olika symptom beroende på kön, män har i större utsträckning problem med drogmissbruk och en antisocial problematik medan kvinnor i större utsträckning lider av ätstörningar, nedstämdhet, ångest och posttraumatisk stress. NSSI används i lika stor utsträckning av män som kvinnor med BPD (Sansone & Sansone, 2001). Tidigare forskning påvisar att patienter diagnostiserade med BPD använder sig av NSSI för att reglera negativa känslor och starka inre spänningar (Kleindeinst et al., 2008).

Tidigare forskning påvisar även ett starkt samband mellan sexuella övergrepp och NSSI där sexuella övergrepp föregår NSSI (Coll, Law, Tobias, Hawton, & Tomas, 2001; Cyr, McDuff, Wright, Thériault, & Cinq-Mars, 2005). Huruvida de sexuella övergreppen ägde rum under barndomen eller under tonåren är inte relevant, sexuella övergrepp är en faktor som i fler fall än andra övergrepp leder till NSSI (Coll et al., 2001). MacAniff Zila och Kiselica, (2001) kallar kopplingen mellan sexualitet och NSSI för en sexuell förvirring. Förvirringen kring den egna sexualiteten härleds ur dåliga sexuella erfarenheter så som olika slags sexuella övergrepp som t.ex. våldtäkt och incest. Personerna utvecklar efter detta ett hat mot den egna sexualiteten och den egna kroppen som regleras med NSSI.

Självskadebeteende och empati

Tidigare studier (Eklund, Andersson-Stråberg, & Hansen, 2009) har visat att liknande erfarenheter har betydelse för individens empatiska förmåga. Det betyder att människor lättare kan leva sig in i en annan individs situation om denne har erfarenhet eller kunskap om den specifika situationen. Vidare menar författarna att graden av empati är högre hos en individ med tidigare erfarenheter om en specifik situation än en individ utan. Själva grundstommen för den egna bedömningen av andra individers erfarenhet är den egna erfarenheten.

Om en individ erfar sorg i livet och vid ett senare tillfälle ser någon annan i sorg blir denne mer berörda då minnen av den tidigare sorgen återkommer samt känslan kring den tidigare situationen (Eklund et al., 2009). Ett problem med en sådan formulering är dock, enligt Eklund et al. (2009) att alla människor inte kan ha upplevt samma sak som andra. Vidare skulle människor inte känna särskilt hög empati för någon om man inte upplevt samma sak i ett tidigare skede.

Forskning har visat att människor känner empati för någon som är skadad eller befinner sig i en negativ situation, tillexempel har utsatts för övergrepp (Royzman & Kumar, 2001), men huruvida vi är kapabla till att känna empati för någon som gör sig själv illa är fortfarande relativt outforskat. När människor utsätter sig själva för skada, genom att tillexempel skära sig, är personen själv även ansvarig för det den utsätter sig åtminstone om denne är vid sina sinens fulla bruk. Hur självskadebeteende påverkar vår empati är därför intressant, är vi överhuvudtaget kapabla att känna empati för en person som medvetet gör sig själv illa?

Syfte

Syftet med studien var att undersöka hur graden av empati för människor med ett självskadebeteende varierar beroende på hur man uppfattar orsaken till självskadebeteendet och hur mycket kännedom om självskadebeteende man har. I studien testas två övergripande hypoteser, dvs. att det finns en skillnad i empati beroende på vilken orsak människor uppfattar före-

ligger ett självskadebeteende samt att graden av empati är högre om människor är insatta i eller tidigare har kommit i kontakt med självskadebeteende, BPD och/eller övergreppsproblematik.

Hypotes 1: Graden av empati är högre när människor upplever att BPD eller övergrepp föreligger självskadebeteendet jämfört med ett självskadebeteende utan andra synbara påverkansfaktorer. Antagandet bakom hypotesen är att ju mindre en individ kan påverka sin situation desto högre grad av empati visar människor för självskadebeteendet.

Hypotes 2a: Graden av empati är högre om respondenten är insatt eller tidigare kommit i kontakt med begreppet självskadebeteende. Antagandet bakom hypotesen är att ju större kunskap och ju mer insatt en individ är i ämnet desto högre grad av empati visar människor för självskadebeteende.

Hypotes 2b: Graden av empati är högre om respondenten är insatt eller tidigare har kommit i kontakt med borderline personlighetsstörning. Antagandet bakom hypotesen är att ju större kunskap och ju mer insatt en individ är i ämnet desto högre grad av empati visar människor för självskadebeteendet.

Hypotes 2c: Graden av empati är högre om respondenten är insatt eller tidigare kommit i kontakt med övergrepp. Antagandet bakom hypotesen är att ju större kunskap och ju mer insatt en individ är i ämnet desto högre grad av empati visar människor för självskadebeteendet.

Till sist ställdes också en öppen fråga om huruvida graden av empati varierar beroende på kunskap om NSSI och den bakomliggande orsaken till självskadebeteendet. Antagandet bakom frågan är att kunskap om NSSI ökar graden av empati för självskadebeteende, medan det är oklart om denna kunskap ökar empatin i högre grad för någon av de olika betingelserna övergrepp eller BPD.

Metod

Deltagare

Sammanlagt samlades 126 enkäter in. Deltagarnas åldrar låg mellan 16 och 63 ($M = 26.03$, $SD = 12.03$). Nedan presenteras enkäterna uppdelade i tre olika åldersgrupper (tabell 1), där 70 män ($M = 27.29$, $SD = 11.64$) och 51 kvinnor ($M = 24.31$, $SD = 12.46$) deltog. Nedan redovisas enkäterna uppdelat på variabeln kön (tabell 2). Urvalet var ett tillgänglighetsurval. Deltagarna kommer från olika bakgrund: en gymnasieskola, en högskola, en yrkesorienterad skola med både lärare och elever samt ett större företag med inriktning mot teknik. Ett bortfall om fem respondenter förekom.

Tabell 1

Antalet besvarade enkäter uppdelat på vinjett (NSSI, BPD, Övergrepp) samt åldersgrupp

	NSSI	BPD	Övergrepp	Total
Yngre	20	24	14	58
Medel	13	12	23	48
Äldre	7	5	3	15
Total	40	41	40	121

Not. N=121. Yngre = 16 till 21, medel 22 till 42, äldre 43+

Tabell 2

Antalet besvarade enkäter uppdelat på vinjett (NSSI, BPD, Övergrepp) sam kön

	NSSI	BPD	Övergrepp	Totalt
Man	21	24	25	70
Kvinna	19	17	15	51
Totalt	40	41	40	121

Ingen ersättning utgick till deltagarna utan enkäterna fylldes i av respondenternas egen vilja.

Material

Undersökningen genomfördes med hjälp av en enkätstudie med experimentell design och fiktiva vinjetter. Denna form av undersökningsmetod användes på grund av att det anses vara ett fullvärdigt sätt att mäta människors attityder kring olika fenomen och situationer (Spalding & Phillips, 2007). De vinjetter som användes var:

1. En ung kvinna sitter ensam på badrumsgolvet, klockan är strax efter ett på natten. Utanför sitt fönster hör hon röster från nattens festligheter, festligheter hon inte tar del av. Hon tittar ned på sina armar som är fyllda av ärr. Hon har plockat isär en rakhyvel och låter rakbladet skära sår längs med hennes underarm. Blodet sipprar snabbt fram *och rinner ned på golvet.* ($n = 40$).
2. En ung kvinna sitter ensam på badrumsgolvet, klockan är strax efter ett på natten. Utanför sitt fönster hör hon röster från nattens festligheter, festligheter hon inte tar del av. Hon tittar ned på sina armar som är fyllda av ärr. *Kvinnan har svårt att hantera alla känslor hon bär på. Hon har tidigare varit utsatt för ett brutalt övergrepp.* Hon har plockat isär en rakhyvel och låter rakbladet skära sår längs med hennes underarm. Blodet sipprar snabbt fram *och kvinnan känner lugnet sprida sig inombords* ($n = 40$).
3. En ung kvinna sitter ensam på badrumsgolvet, klockan är strax efter ett på natten. Utanför sitt fönster hör hon röster från nattens festligheter, festligheter hon inte tar del av. Hon tittar ned på sina armar som är fyllda av ärr. *Kvinnan har svårt att hantera alla känslor hon bär på. Hon har tidigare diagnostiserats med borderline personlighetsstörning.* Hon har plockat isär en rakhyvel och låter rakbladet skära sår längs med hennes underarm. Blodet sipprar snabbt fram *och kvinnan känner lugnet sprida sig inombords.* ($n = 41$)

De tre vinjetterna hade utformats enkom för studiens syfte som var att undersöka graden av empati för människor med ett självskadebeteende. Vinjetterna var manipulerade på så sätt att de innehöll små ändringar (se kursiverad text i vinjetten) där diagnosen borderline personlighetsstörning alternativt ett brutalt övergrepp lades till.

Efter det att respondenterna läst en av de tre fiktiva vinjetterna fick de skatta sina känslor inför det de läst i enlighet med Batsons (1987) empatiskala (svensk översättning av Angantyr, 2008) med skalan 1 (*inte alls*) till 7 (*extremt*). Batsons skala består av 16 känslor, där 6 av dem är empatikänslor. Detta för att deltagaren inte skall kunna gissa sig till att det handlar om ett mått på empati. Följande känslor mäter empati: Berörd, Sympati, Medlidande, Värme, Ömhet och Medkänsla (Cronbach's Alpha = .87). De tio tilläggs känslorna i skalan var: Om-

sorg och Deltagande Sorg, Ängslig, Besvärad, Irriterad, Upprörd, Förskräckt, Bedrövad och Bekymrad (Angantyr, 2008). De sex empatikänslorna sammanställdes med hjälp av medelvärdet till ett index över empati.

Sist i enkäten fanns en alternativt två följdfrågor beroende på vinjett med en svarsskala på 1 (*Inte alls*) till 5 (*I stor utsträckning*). De som hade besvarat enkäten utan tillägg av övergrepp och BPD fick besvara följdfråga 1. De som besvarat enkäten med övergrepp som tillägg fick besvara följdfråga 1 och 2. Och de som besvarat enkäten med tillägg BPD fick besvara följdfråga 1 och 3. Följdfrågorna formulerades;

1. Har du tidigare kommit i kontakt med självskadebeteende?
2. Har du tidigare kommit i kontakt med någon som utsatts för ett övergrepp?
3. Har du tidigare kommit i kontakt med Borderline personlighetsstörning?

Procedur

Undersökningsledaren tog personligen kontakt med skolor och arbetsplatser i form av telefonsamtal och e-post där syftet med studien presenterades. Undersökningsledaren var noga med att poängtera vikten av att inte tala om för elever och anställda att det var empati som skulle mätas då detta kunde påverka hur respondenterna svarade på enkäterna, undersökningsledaren förklarade att det egentliga syftet skulle talas om efter det att enkäterna besvarats. En förfrågan framfördes om undersökningsledaren kunde få möjlighet att dela ut enkäter i samband med möten eller lektion/föreläsning. Efter ett medgivande från skolorna och arbetsplatsen sattes tid och datum för ett besök upp, där undersökningsledaren gick ut till elever och anställda för att presentera studien och dela ut enkäterna. Undersökningsledaren fick även tillåtelse att gå omkring i lokalerna och fråga enskilda personer om även de ville delta.

Väl på plats presenterade undersökningsledaren sig muntligt, berättade kort om sig själv och studien samt om de forskningsetiska principerna. Denna information återfanns även i försättsbladet som bestod av ett missivbrev. Missivbrevet innehöll således information om de forskningsetiska principerna, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2007). Det innehöll även information om kontaktuppgifter till undersökningsledaren samt handledaren för undersökningen. Efter det att enkäterna besvarades stannade undersökningsledaren på plats för att besvara eventuella frågor kring självskadebeteende, borderline personlighetsstörning och övergrepp. Då detta är ämnen som kan uppröra på många sätt direkt och även i efterhand var undersökningsledaren noga med att poängtera att det gick bra att ta kontakt för vidare diskussioner även i ett senare skede.

Syftet med undersökningen fanns inte med i missivbrevet och presenterades inte muntligt, utan avslöjades efter det att enkäterna fyllts i för att undvika att påverka respondenternas svar, information om detta framgick även i missivbrevet.

Enkäterna blandades så de låg i ordning efter vinjett. Den första enkäten som delades ut var vinjetten som enbart handlade om självskadebeteende, den andra som delades ut var vinjetten med övergrepp och den tredje som delades ut var vinjetten med borderline personlighetsstörning. Undersökningsledaren väntade sedan tills enkäterna var ifyllda och samlade in dem. Därefter berättade undersökningsledaren om det egentliga syftet och mottog eventuella frågor från respondenterna.

Resultat

Empatikänslorna

Nedan presenteras de sex empatikänslornas medelvärden i tabell 3. Den empatikänsla som gav högst gensvar bland respondenterna var sympati ($m = 4.31$) och den empatikänsla som gav lägst gensvar var ömhet ($m = 3.12$). Medelvärdet för samtliga empatikänslor var 3.80, ($SD = 1.39$), vilket ligger strax under skalans median som är 4.

Tabell 3

Medelvärden och standardavvikelser för de sex empatikänslorna

Empatikänslor	Medelvärde	Standardavvikelse
Berörd	4.24	1.70
Sympati	4.31	1.72
Medlidande	4.08	1.78
Värme	3.19	1.86
Ömhet	3.12	1.77
Medkänsla	3.88	1.83
Totalt	3.80	1.39

Not. N = 121. Skalan gick från 1 till 7 (1 = inte alls, 7 = extremt)

Tilläggs känslorna

Nedan presenteras de tio tilläggs känslornas medelvärden och standardavvikelser i tabell 4. Den tilläggs känsla som gav högst gensvar bland respondenterna var sorg ($m = 4.41$) och den tilläggs känsla som gav lägst gensvar var deltagande ($m = 3.07$). Medelvärdet för samtliga tilläggs känslor var 3.71, ($SD = 1.22$), det är ett resultat som ligger under skalans median som är 4.

Tabell 4

Medelvärden och standardavvikelser för de tio tilläggs känslorna

Tilläggs känslor	Medelvärden	Standardavvikelser
Sorg	4.41	1.78
Ängslig	3.30	1.74
Besvärad	3.69	1.71
Irriterad	3.48	2.16
Upprörd	4.29	1.99
Förskräckt	3.55	1.93
Omsorg	3.63	1.75
Bedrövad	3.64	1.71
Bekymrad	4.02	1.70
Deltagande	4.07	1.78
Totalt	3.71	1.22

Not. N = 121. Skalan gick från 1 till 7 (1 = inte alls, 7 = extremt)

Empatigrad och föreliggande faktorer

En envägs variansanalys utfördes för att undersöka effekterna av huruvida graden av empati är högre när människor upplever att BPD eller övergrepp föreligger självskadebeteendet. Subjekten delades in i tre olika grupper i enlighet med vilken vinjett de besvarat (Enbart NSSI, NSSI och BPD samt NSSI och övergrepp). Ingen signifikant skillnad i empati gick att utläsa mellan grupperna som fått olika betingelser. $F(2, 118) = .26, p > .05$. Graden av empati skiljer sig alltså inte åt beroende på faktorer som föreligger självskadebeteendet och därmed förkastas den första hypotesen.

Empatigrad och kontaktgrad

Tre olika test på korrelation utfördes. Först undersöktes korrelationen empati med grad av kontakt med BPD. Sedan empati och grad av kontakt med NSSI och till sist empati och grad av kontakt med övergrepp.

Relationen mellan empati och graden av kontakt med BPD undersöktes genom användning av Pearson produktmoment korrelationskoefficient. Ett positivt samband förekom mellan de två variablerna, $r = .46, n = 41, p < .05$.

Relationen mellan empati och graden av kontakt med NSSI undersöktes genom användning av Pearson produkt moment korrelationskoefficient. Även här förekom ett positivt samband mellan de två variablerna, $r = .26, n = 121, p < .05$.

Relationen mellan empati och graden av kontakt med övergrepp undersöktes genom användning av Pearsons produktmoment korrelationskoefficient. Här förekom inget signifikant samband mellan de två variablerna, $r = .12, n = 40, p > .05$.

Detta betyder att hypotes 2a och 2b behålls då det fanns ett signifikant samband mellan grad av empati och kontakt grad med NSSI och BPD däremot så förkastas hypotes 2c då det inte fanns något signifikant samband mellan empati och graden av kontakt med övergrepp.

Variationer i grad av empati

En tvåvägsANOVA genomfördes för att se huruvida graden av empati varierar beroende på respondenternas kunskap om NSSI och den bakomliggande orsaken till NSSI. Subjekten delades in i tre olika grupper beroende på vilken vinjett de fyllt i (NSSI, NSSI och BPD samt NSSI och övergrepp). Därefter genomfördes en dikotomisering av variabeln kontakt där alla respondenter med ett värde under medianen (3) benämndes som grupp 1 (lite kontakt) och alla respondenter med ett värde över medianen benämndes som grupp 2 (mycket kontakt). Interaktionen mellan empati och NSSI samt bakomliggande orsak var inte statistiskt signifikant. $F(2, 115) = 2.81, p = .22$. Det fanns heller ingen statistiskt signifikans beroende på vilken vinjett de fått fylla i, $F(2, 115) = .84, p = .63$. Däremot uppnådde huvudeffekten av kontakten med de olika betingelserna statistisk signifikans $F(1, 115) = 7.2, p = .008$. Detta betyder att det finns en skillnad mellan grupperna och deras kontaktgrad med de olika variablerna.

Ett oberoende t-test genomfördes för att jämföra variabeln BPD med empati samt empati med övergrepp. Vid en jämförelse av empati och BPD fanns det en signifikant skillnad mellan lite kontakt med BPD ($M = 3.55, SD = 1.22$) och mycket kontakt med BPD ($M = 4.80, SD = 1.50$); $t(39) = -2.78, p = .01$ (two-tailed). Magnituden av skillnaden i medelvärdena var väl-

digt stor (Pallant, 2007) (eta squared =.17). Det påvisar att 17% av variansen i empati förklaras med kontaktgrad av BPD.

Vid en jämförelse av empati och övergrepp fanns det ingen signifikant skillnad mellan lite kontakt med övergrepp ($M = 3.49$, $SD = 1.38$) och mycket kontakt ($M = 3.87$, $SD = 1.39$); $t(37) = -.81$, $p = .42$ (two-tailed). Magnituden av skillnaden i medelvärdena var väldigt liten (Pallant, 2007) (eta squared =.02). Detta påvisar att endast 2% av variansen i empatigrad förklaras med kontaktgrad av .

Diskussion

Resultatet påvisar att information om bakomliggande faktorer för ett självskadebeteende inte påverkar graden av empati. Ett positivt samband gick att utläsa mellan empati och graden av kontakt med NSSI samt empati och graden av kontakt med BPD. Det fanns inget samband mellan empati och kunskap/kontaktgrad med övergrepp. Det fanns dock en signifikant skillnad i empatigrad beroende på om respondenten hade mycket eller lite kunskap om BPD.

Variationsgrad av empati

Resultatet av denna studie visade att varken information om att BPD eller övergrepp föreligger ett självskadebeteende påverkade graden av empati. Det fanns alltså inte någon skillnad mellan de olika grupperna avseende empati som påverkades av kunskap om varför flickan i vinjetten gjorde sig själv illa. Hypotes 1 fick således förkastas. Enligt en undersökning av Batson och Håkansson Eklund (2007) betraktar vi situationen som en person befinner sig i och bedömer därefter om denne förtjänar empati eller inte. Detta är något som sker omedvetet. Även om tidigare studiers resultat pekat på att situationen som sådan och hur man bedömer vad som föreligger ett visst beteende har betydelse för människors empati behöver detta inte nödvändigtvis gå emot denna undersöknings resultat. Själva NSSI akten i sig var troligen nog för att generera deltagarnas empati och därför kunde inte någon ytterligare skillnad påvisas beroende på information om att BPD eller övergrepp förelåg självskadebeteendet.

Relationen mellan empati och graden av kontakt med NSSI visade ett positivt samband, ju mer kunskap/kontaktgrad en person har med NSSI desto högre känslograd av empati genereras. Detta ger stöd för hypotes 2a om antagandet att ju större kunskap och ju mer insatt en individ är i ämnet NSSI desto högre grad av empati visar människor för självskadebeteende.

Relationen mellan empati och graden av kontakt med BPD visade även det ett positivt samband, ju mer kunskap/kontaktgrad en person har med BPD desto högre grad av empati. Detta ger stöd för hypotes 2b, där antagandet om att ju större kunskap och ju mer insatt en individ är i ämnet BPD desto högre grad av empati visar människor för självskadebeteende.

Relationen mellan empati och graden av kontakt med övergrepp visade inget samband, kunskap/kontaktgraden om övergrepp genererade inte högre grad av empati hos deltagarna. Detta stödjer inte hypotes 2c om antagandet att ju större kunskap och ju mer insatt en individ är i ämnet övergrepp desto högre grad av empati visar människor för självskadebeteende.

Vidare undersöktes huruvida graden av empati varierar beroende på respondenternas kunskap om NSSI i kombination med den bakomliggande orsak som angavs till självskadebeteendet. Resultatet visade att det inte fanns någon signifikant interaktionseffekt mellan NSSI och någon av de bakomliggande faktorerna BPD eller övergrepp avseende grad av empati.

Det hade alltså ingen betydelse för deltagarnas empati vilken vinjett de fick fylla i. Kunskap om NSSI samt eventuella bakomliggande orsaker påverkade inte graden av empati.

Det fanns dock en signifikant skillnad mellan om respondenten hade lite kunskap/kontakt med BPD eller mycket kunskap/kontakt. Om respondenterna hade mycket kunskap om BPD skattade de också sin empati högre för flickan med självskadebeteende i vinjetten. Motsvarande skillnad hittades inte mellan respondenter med lite kunskap jämfört med de med högre grad av kunskap om övergrepp i förhållande till empati. Det spelar således ingen roll vilken vinjett respondenterna fått fylla i, graden av empati skiljer sig inte åt på grund av detta. Däremot påverkar kunskap/kontakt om BPD graden av empati. Om respondenten hade mycket kontakt/kunskap med BPD så tenderade denne att skatta högre på empatiskalan än de som hade lite kunskap/kontakt med BPD.

Självskadebeteende och bakomliggandefaktorer

Resultatet pekar på att det inte spelar någon roll varför en person skär sig för hur mycket empati människor känner, det verkar snarare som att om en person skär sig så räcker det för att trigga igång ett visst mått av empati. Batson et al. (2005) menar att empati för någon annan person handlar om identifikation, att personer känner igen sig i andra oavsett om man har upplevt samma sak som den utsatta eller inte. Detta kanske i viss mån även kan gälla kunskapen kring ett ämne. Denna studie visade att högre kontakt/kunskap om NSSI eller BPD genererade en högre grad av empati, än lite kontakt/kunskap om NSSI eller BPD. Detta gällde dock inte för variabeln övergrepp, där spelar kontakt-/kunskapsgraden ingen roll. Övergrepp är en variabel som enligt Royzman och Kumar (2001) genererar empati, men enligt denna undersökning så fanns det inget signifikant samband mellan empati och övergrepp.

Respondenterna i undersökningen som fyllde i enkäten med BPD-vinjett skiljde sig åt mellan varandra beroende på om de haft en hög eller låg grad av kontakt med BPD. De som hade ett värde under medianen för kontakt med BPD tenderade att känna mindre empati för flickan i vinjetten och de som hade ett värde över medianen för kontakt med BPD tenderade att ha ett högre värde på empatiskalan. Detta kan ha att göra med den identifikationsgrad som Batson et al. (2005) talade om, att när en person kan sätta sig in i vad BPD är frigörs de känslor som motiverar empati och ju mer oförståelig den bakomliggande faktorn är desto mer empati visar människor för personer med denna problematik.

Tidigare forskning påvisar att erfarenheter och kunskap har betydelse för en persons empatiska förmåga på grund av att personen har lättare att leva sig in i en annan persons situation om denne själv erfart detsamma (Eklund et al., 2009). Detta var precis vad respondenterna uttryckte efter att de fått fylla i enkäterna och diskussioner om ämnet uppstod. De menade på att de kanske hade kryssat högre på empatiskalan om de fått diskutera först och fått en större förståelse för ämnet istället för att bara få en berättelse på papper. Genom en diskussion hade flickan blivit mer levande och det hade blivit mer personligt.

Tidigare forskning påvisar även att om människor inte bara tar en specifik situation i beaktande utan har hela personens livssituation i tankarna så genererar detta en högre grad av empati (Håkansson Eklund, 2006). Detta stämde inte överens med resultaten i den här undersökningen, då det inte genererade en högre grad av empati när en variabel som förklarar NSSI läggs till. Alla vinjetter fick en likvärdig grad av empati.

En viktig del som framkom i undersökningen var antalet som angav att de kommit i kontakt med NSSI på ett eller annat sätt. Av 70 män var det 27 som aldrig kommit i kontakt med NSSI och 10 av 51 kvinnor, dvs. 37 av 121 personer hade inte alls kommit i kontakt med NSSI. Totalt hade nästan två tredjedelar kommit i kontakt med NSSI, medan en tredjedel av

respondenterna aldrig tidigare kommit i kontakt med någon som skär sig. Det är höga siffror med tanke på att endast 121 personer deltog i undersökningen. Att så många kommit i kontakt med någon som skär sig tyder i sin tur på att det är många i samhället som använder sig av NSSI. Empatimedelvärdet för någon som skär sig låg strax under medianen på empatiskalan vilket tyder på att medmänniskor inte känner så stor empati för någon som skär sig själv, vad detta beror på kan man bara gissa. Det kan ha att göra med att det är svårt att förstå hur en person medvetet kan göra sig själv illa. Det kan även ha att göra med att man någonstans, medvetet eller undermedvetet, känner att personen som gör sig själv illa har sig själv att skylla. Men som undersökningen påvisar så tenderar NSSI att generera ett visst mått på empati.

Det spelade ingen roll, i denna studie, om personen i vinjetten varit med om ett övergrepp eller angavs lida av borderline personlighetsstörning, likväl uppgavs samma grad av empati. Ur ett samhällsperspektiv är det dock viktigt att öka empatin för dessa individer. Om människor blir berörda och känner sympati, medlidande, värme, ömhet och medkänsla kan det öka viljan att hjälpa och därmed minska antalet individer som använder sig av NSSI. Eftersom graden av kunskap/kontakt med NSSI och graden av empati var signifikant relaterade borde det gå att öka empatin genom att också öka kunskapen i samhället för NSSI.

Metodologiska synpunkter och framtida forskning

Enkäterna fylldes i på plats och hjälp erbjöds under tiden enkäterna besvarades, vilket kan ha påverkat den höga svarsfrekvensen. Det angavs tydlig att undersökningen var frivillig och de som valde att fylla i enkäten gjorde detta noggrant. Betydelsen av orden/känslorna i empatiskalan är av största vikt och det var många som påpekade att de inte förstod skillnaden mellan vissa ord, så som medkänsla och medlidande, och vissa respondenter med invandrarbakgrund hade svårt att förstå betydelsen av orden och behövde få dem förklarade. Även begreppet borderline personlighetsstörning kunde vara svårt för respondenter att ta ställning till då det är en medicinskterm, dock fanns undersökningsledaren på plats under processen då enkäterna fylldes i för att kunna besvara och förklara eventuella ord och begrepp som kunde vara svåra att förstå. Men trots detta kan det givetvis ha påverkat hur de fyllde i enkäten. Vid framtagandet av vinjetten om övergrepp använde sig undersökningsledaren av formuleringen ”brutalt övergrepp”, detta är en stark och eventuellt ledande formulering som egentligen inte borde tagits med, en korrekt formulering hade inneburit att ordet ”brutalt” hade uteslutits. Vid flertalet tillfällen väcktes en diskussion efter det att enkäterna samlats in där respondenterna ville ventileras och prata om enkäterna, självskada, borderline personlighetsstörning och övergrepp. Många av dem som diskuterade i efterhand uttryckte att de kanske hade kryssat högre på känslorna om de hade fått ”diskutera först och förstått mer” istället för att bara få en berättelse på ett papper. Genom en diskussion blev ”flickan mer levande och det blev mer personligt”. Den jämna fördelningen av deltagare i de olika grupperna gör att signifikansen i en jämförelse mellan de olika grupperna var hög. Den relativt jämna könsfördelningen gör att undersökningen i sig har en relativt hög generaliserbarhet. Antalet deltagare som helhet hade kunnat öka signifikansen om de varit fler.

För framtida forskning kan det vara av vikt att skriva en kort förklaring på vinjetterna om att respondenterna skall sätta sig in i personen i vinjettens situation då perspektivtagande höjer graden av empati (Batson et al., 2005). Om respondenterna, innan de läser vinjetterna, är beredda på ett perspektivskifte, kan detta generera en högre grad av empati.

Det skulle även vara av intresse att göra en likande undersökning där respondenterna först får läsa en vinjett enbart med variabeln NSSI och sedan en med NSSI och övergrepp för att

sedan skatta vem som de känner mest empati för. På det sättet kan man se huruvida mer empati väcks för en person som varit med om ett övergrepp eller inte.

En annan intressant infallsvinkel är ålder på flickan i vinjetten. En undersökning där t.ex. vinjetter delas ut med olika åldrar på flickan t.ex. 10, 18 och 45 men då enbart med en variabel, NSSI. Då kommer det framgå om det spelar någon roll om det är ett barn, ungvuxen eller vuxen som gör sig själv illa.

Intressant kan även vara att undersöka vem som skulle få mest empati om den led av NSSI, en flicka eller en pojke. Känner personer mer empati för en pojke som skadar sig själv eller för en flicka som gör detsamma?

Intressant kan även vara om individer känner olika mycket empati för människor med olika hudfärger. Spelar det någon roll vart personen i enkäten kommer ifrån, eller går det på ett ut? En mörkhyad flicka som gör sig själv illa jämfört med en ljushyad etcetera.

Referenser

- Angantyr, M. (2008). *"Självklart känner folk mer empati för människor ... eller?"*: Två experiment om empati för människor och djur. C-uppsats, Akademin för hållbar samhälls- och teknikutveckling, Mälardalens högskola, Eskilstuna/Västerås.
- Batson, C.D., & Håkansson Eklund, J (2007). An Additional Antecedent of Empathic Concern: Valuing the Welfare of the Person in Need. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 65–74.
- Batson, C.D, Fultz, J., & Schoenrade, P.A (1987). Distress and empathy: two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *Journal of Personality*, 55, 1-22.
- Batson, C.D., Lishner, D.A., Cook, J., & Sawyer, S (2005). Similarity and Nurturance: Two Possible Sources of Empathy for Strangers. *Basic and Applied Social Psychology*, 27, 15-25.
- Brausch, A.M., Gutierrez, P.M (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *J Youth Adolescence* 39, 233–242.
- Coll, X., Law, F., Tobias, A., Hawton, K., & Tomas, J. (2001). Abuse and deliberate self-poisoning in women: a matched case-control study. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1291-1302.
- Cyr, M., McDuff, P., JWright, J., Thériault, C., & Cinq-Mars, C. (2005): Clinical correlates and repetition of self-harming behaviors among female adolescent victims of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14, 49-68.
- Eklund, J., Andersson-Stråberg, T., & Hansen, E. M. (2009). "I've also experienced loss and fear": Effects of prior similar experience on empathy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 65-69.
- Hicks K.M. & Hinck S.M. (2008). Concept analysis of self-mutilation. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 408–413
- Hodges, S. (2003). Borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: time for integration? *Journal of Counseling and Development : JCD*, 81, 409-417.
- Håkansson- Eklund, J. (2006). Personality and social science: Empathy and viewing the other as a subject. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 399–409.
- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludäscher, P., Limberger, M. f., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U. W., ... Schamahl, O. (2008). Motives for nonsuicidal self injury among women with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196.230-236.

- MacAniff, Z., & Kiselica, M.S (2001). Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling & Development*, 79, 46-52.
- Nock, M.K (2009). Why Do People Hurt Themselves? : New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science*. 18, 78-83.
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual; a step-by-step guide to data analysis using SPSS version 15* (3d ed.). Open university press. McGraw – Hill education.
- Potter Nyquist, N. (2003). Commodity/body/sign: borderline personality disorder and the signification of self-injurious behavior. *The John Hokins Univeristy Press*.
- Royzman, E. B., & Kumar, R. (2001). On the relative preponderance of empathic sorrow and its relation to commonsense morality. *New Ideas in Psychology*, 19, 131-141.
- Russ, M.J., Clark, W.C., Cross, W.L., Kemperman, I, Kakuma, T., & Harrison, K. (1996). Pain and self-injury in borderine patients: sensory decision theory, coping strategies, and locus of control. *Psychiatric research*, 63, 57-65.
- Sansone, R.A & Sansone, L.A (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8,16-20.
- Spalding, N.J & Phillips, T (2007). Exploring the use of vignettes: from validity to trustworthiness. *Qualitative Health Research*, 17, 954-962.
- Suyemoto, K.L (1998). The function of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531–554.
- Vetenskapsrådet. (2007). *Forskningsetiska principer inom humanistisksamhällsvetenskaplig humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Appendix

Ålder:

Kön: Man Kvinna

	Inte alls						Extremt
Sorg	1	2	3	4	5	6	7
Berörd	1	2	3	4	5	6	7
Ängslig	1	2	3	4	5	6	7
Besvärad	1	2	3	4	5	6	7
Sympati	1	2	3	4	5	6	7
Irriterad	1	2	3	4	5	6	7
Medlidande	1	2	3	4	5	6	7
Värme	1	2	3	4	5	6	7
Ömhet	1	2	3	4	5	6	7
Upprörd	1	2	3	4	5	6	7
Medkänsla	1	2	3	4	5	6	7
Förskräckt	1	2	3	4	5	6	7
Omsorg	1	2	3	4	5	6	7
Bedrövad	1	2	3	4	5	6	7
Bekymrad	1	2	3	4	5	6	7
Deltagande	1	2	3	4	5	6	7

Har du tidigare kommit i kontakt med självskadebeteende?

Inte alls

I stor utsträckning

1

2

3

4

5

Har du tidigare kommit i kontakt med någon som utsatts för ett övergrepp?

Inte alls

I stor utsträckning

1

2

3

4

5

Har du tidigare kommit i kontakt med Borderline personlighetsstörning?

Inte alls

I stor utsträckning

1

2

3

4

5
