

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Utsatthet i barndomen som riskfaktor för suicidalitet – kan
socialt stöd skydda?**

Isabella Asimakidis & Tova Mollby

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
PM2542
Hösttermin 2022
Handledare: Johan Melander Hagborg
Valgeir Thorvaldsson

Utsatthet i barndomen som riskfaktor för suicidalitet – kan socialt stöd skydda?

Isabella Asimakidis & Tova Mollby

Tidigare forskning indikerar att utsatthet i barndomen kan vara förknippat med en ökad risk för suicidalitet. Syftet med föreliggande studie var att undersöka sambandet mellan suicidalitet och enskild och multipel utsatthet i barndomen bland tonåringar samt om socialt stöd modererar detta samband. Datan bestod av elever i årskurs två på gymnasiet (n = 949) och hämtades från forskningsprojektet LoRDIA. Utsatthet mättes genom kategorisering av CTQ-SF som klassade deltagarna i grupperna ingen, enskild eller multipel utsatthet. Suicidalitet mättes utifrån två frågor inbegripande passiv och aktiv suicidalitet. Socialt stöd från vänner skattades på en kontinuerlig skala. Datan analyserades med logistiska regressioner. Resultaten visade att både enskild och multipel utsatthet signifikant ökade risken för att rapportera passiv och aktiv suicidalitet. Gruppen multipel utsatthet hade högst risk för att rapportera suicidalitet, vilket indikerar en kumulativ effekt av utsatthet. Socialt stöd hade en generell skyddande effekt, men ökade risken för suicidalitet i gruppen multipel utsatthet. Sammanfattningsvis bekräftar studien tidigare forskning som visat att utsatthet markant ökar risken för suicidalitet bland unga. Framtida forskning bör undersöka faktorer som utsatthetens allvarlighetsgrad och socialt stöd från flera källor samt särskilja olika typer av suicidalitet. Studiens resultat pekar vidare på vikten av prevention på flera samverkande nivåer.

Varje år begår mer än 700 000 personer suicid globalt. För varje suicid som begås har många fler gjort ett suicidförsök eller vårdats för avsiktligt självdestruktiva handlingar (Folkhälsomyndigheten, 2022b; World Health Organization [WHO], 2021). Suicidalitet är således ett akut och globalt folkhälsoproblem. I Sverige har suicidtal minskat sedan början av 80-talet, en minskning som dock mattats av de senaste tjugo åren (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, 2022). För gruppen unga återfinns inte denna minskning. Analyser från Folkhälsomyndigheten (2022a) visar att suicidtal för 20-29 åringar har ökat de senaste 20 åren. För gruppen unga som helhet (15-29 år) utgörs i nuläget var tredje dödsfall av ett suicid (Folkhälsomyndigheten, 2022a). För barn mellan 10 och 19 år är vart fjärde dödsfall ett suicid – i genomsnitt tar 22 barn årligen livet av sig (Folkhälsomyndigheten, 2021). Vad gäller suicidtankar rapporterar 14.5 % i åldersgruppen 16-29 år förekomst av detta och 6.5 % förekomst av suicidförsök (Folkhälsomyndigheten, 2022c).

Suicidalitet är ett komplext problem som inbegriper flera aspekter, vilket gör det viktigt med tydliga definitioner inom forskningsfältet (Klonsky et al., 2016). Crosby et al. (2011) definierar suicid som ett dödsfall orsakat av en avsiktlig, självdestruktiv handling där intentionen varit att dö. Suicidalitet är ett övergripande begrepp för risken för suicid, som innefattar flera former av suicidalt beteende, såsom suicidtankar, -planer och -försök (American Psychological Association, u.å.). Vidare föreslår Van Orden (2010) en uppdelning av suicidalitet i en passiv och aktiv form. Passiv suicidalitet innebär att det finns en dödsönskan, exempelvis ”jag önskar att jag var död”. Aktiv suicidalitet innebär att det utöver denna dödsönskan finns en aktiv önskan om att handla på ett sätt som leder till suicid, exempelvis ”jag vill ta livet av mig”. Detta arbete kommer hädanefter att utgå från definitionerna ovan.

Suicidalitet kan förklaras utifrån ett samspel av orsaker och riskfaktorer på olika nivåer. Psykisk och fysisk ohälsa, tidigare suicidförsök, social isolering, familjekonflikter och arbetslöshet lyfts i forskningen fram som robusta riskfaktorer för suicid (Socialstyrelsen, 2022; Van Orden et al., 2010). Även personlighetsfaktorer som impulsivitet och hopplöshet,

kognitiva faktorer som grubbel och rigiditet, samt biologiska faktorer som genetik har visat sig vara riskfaktorer för suicidalitet (O'Connor & Nock, 2014).

Utsatthet i barndomen

En väldokumenterad riskfaktor för suicidalitet är olika former av utsatthet i barndomen (Angelakis et al., 2020; Jaffee, 2017; Miller et al., 2013). Utsatthet i barndomen definieras som skadliga relationella erfarenheter som begåtts av en omsorgsperson eller annan vuxen och som har en allvarlig inverkan på barnets utveckling (Cicchetti och Toth, 2016, refererad i Warmingham et al., 2019), detta oavsett om avsikten varit att skada eller ej (Gilbert et al., 2009).

Utsatthet i barndomen delas generellt in i fyra övergripande typer: fysiska övergrepp, sexuella övergrepp, psykologiska övergrepp, även kallat känslomässiga övergrepp och försummelse (Gilbert et al., 2009; Cicchetti & Banny, 2014). Fysiska övergrepp innebär fysiska angrepp av vuxna på barn som utgör en risk för eller orsakar fysisk skada på barnet. Sexuella övergrepp innebär försök till eller faktisk sexuell kontakt mellan barnet och en vuxen. Känslomässiga övergrepp definieras som verbala angrepp, kränkningar eller hot från en vuxen mot barnet. Försummelse definieras som att inte tillgodose barnets grundläggande behov, och kan delas upp i två typer, känslomässig och fysisk försummelse (Bernstein & Fink, 2011; Cicchetti & Banny, 2014). Vissa forskare inkluderar även vittne till våld som en typ av utsatthet, vilket innebär att ha bevittnat våld i hemmet (Gilbert et al., 2009; Vizard et al., 2022).

Enligt Broberg et al. (2015) är minst fem till tio procent av svenska barn i riskzonen för allvarligt bristande omsorg, vilket innebär både en akut risk för barnets överlevnad och långsiktiga konsekvenser för utvecklingen (Cicchetti & Banny, 2014; WHO 2022). I en svensk kartläggning av utsatthet bland tonåringar hade 36 % erfarenhet av någon typ av utsatthet av en förälder. Fysiska övergrepp rapporterades av 14 % och känslomässiga övergrepp av 11 %. Totalt rapporterade nio procent av eleverna att de blivit utsatta för sexuella övergrepp av en vuxen person och två procent uppgav en förälder eller styvförälder som förövare. Vidare hade cirka sex procent erfarenhet av försummelse, där drygt en procent rapporterade fysisk och fem procent känslomässig försummelse (Jernbro & Janson, 2016). I en nationell studie på bland annat sexuella övergrepp bland tonåringar rapporterade var fjärde deltagare erfarenhet av detta, varav drygt tre procent hade utsatts av en förälder (Svedin et al., 2021).

Multipel utsatthet som riskfaktor för suicidalitet

Forskningsfältet som undersökt effekten av utsatthet på en rad utfall, däribland suicidalitet, präglas av en mångfald av ansatser. Studier har undersökt sambandet mellan enskilda typer av utsatthet och suicidalitet och majoriteten har funnit stöd för att samtliga former av utsatthet leder till en högre risk för suicidtankar och suicidförsök bland barn och unga. Detta i både kliniska och icke-kliniska grupper (Angelakis et al., 2020; Miller et al., 2013). Samtidigt som många studier har fokuserat på att undersöka enskilda typer oberoende av varandra (Angelakis et al., 2020; Miller et al., 2013; Turner & Colburn, 2022), visar forskning på att det finns ett överlapp mellan utsatthetstyper. Många unga är utsatta för en kombination av flera former av utsatthet, så kallad multipel utsatthet (Annerbäck et al., 2012; Clemmons et al., 2007; Hagborg, 2019; Higgins & McCabe, 2000, 2001; Kim et al., 2017; Radford et al., 2013; Warmingham et al., 2019). I studier som enbart undersöker enskilda typer kan därför samband underskattas, eller tvärtom överskattas, om en viss typ av utsatthet tillskrivs ett utfall, när det egentligen handlar om en sammanlagd påverkan från flera typer.

Därför är det av vikt att undersöka vilka konsekvenser som multipel utsatthet leder till (Higgins & McCabe, 2000; Kim et al., 2017; Turner & Colburn, 2022; Warmingham et al., 2019).

Forskning på detta område har funnit att negativa utfall inom exempelvis självbild, emotionell reglering, psykisk och fysisk hälsa, skolnärvaro, självskada, våldsutövande och missbruk, ökar när antal typer av utsatthet ökar – vilket indikerar att det finns en kumulativ effekt av utsatthet på flertalet utfall (Annerbäck et al., 2012; Folger & Wright, 2013; Hagborg et al., 2018; Higgins & McCabe, 2000; Hughes et al., 2017; Sahle et al., 2022; Warmingham et al., 2019). Vidare har studier som undersökt utsatthet i barndomen och olika former av suicidalitet funnit stöd för att det finns en kumulativ effekt av utsatthet på både suicidtankar, suicidförsök och suicidplaner (Areba et al., 2021; Jia et al., 2020; Liu et al., 2022; Miller et al., 2013; Polanco-Roman et al., 2021; Turner & Colburn, 2022; Wang et al., 2019). Exempelvis fann man i en svensk kartläggning på området att nästintill var tredje elev med erfarenhet av tre eller fler typer av utsatthet hade försökt att ta sitt liv. Uttryckt annorlunda hade 81 % av de elever som försökt begå suicid erfarenhet av utsatthet och mer än hälften av dessa hade upplevt tre eller fler typer (Jernbro & Landberg, 2020).

En förklaring till denna kumulativa effekt kan enligt Turner och Colburn (2022) vara att multipel utsatthet troligen inte rör sig om avgränsade engångshändelser i barnets liv, utan att förekomsten av flera typer speglar en dysfunktionell och bristfällig uppväxtmiljö som kan ge allvarliga konsekvenser för barnets utveckling.

Förklaringsmodeller för utsatthet och suicidalitet

Interpersonal theory of suicide

Många suicidteorier har försökt konceptualisera orsakerna till suicidalitet. Joiners (2005) interpersonal theory of suicide (IPTS) framhåller att suicidalitet uppstår som en konsekvens av två interpersonella tillstånd, upplevelsen av att vara en börda för andra och bristande tillhörighet. Enligt Van Orden (2010) är dessa interpersonella tillstånd tillräckliga för uppkomsten av passiv suicidalitet. I de fall individer även upplever en hopplöshet kring sin situation och ser tillstånden som permanenta, kan aktiv suicidalitet utvecklas. Utöver de två interpersonella tillstånden krävs enligt teorin också en kapacitet att begå suicid. Individen måste dels kunna stå ut med den smärta som ett suicid inbegriper och dels överkomma sin rädsla för att dö. Denna kapacitet är ovanlig då människor har en stark självbevarelsesdrift samt en instinkt i att undvika smärta (Klonsky et al., 2016; Van Orden et al., 2010).

Flera författare menar att utsatthet utgör en riskfaktor för att individen ska utveckla både bristande tillhörighet och upplevelsen av att vara en börda. Detta genom att utsatthet kan ge konsekvenser såsom en desorganiserad anknytning, social isolering och upplevd ensamhet, vilka i sin tur är riskfaktorer för de interpersonella tillstånden (Duprey et al., 2022; Miller et al., 2013; Van Orden et al., 2010). Därutöver menar Joiner (2005) att vissa typer av utsatthet är smärtsamma upplevelser som kan göra att individen vänjer sig vid smärta, vilket ökar kapaciteten för att kunna begå suicid.

Det utvecklingspsykopatologiska perspektivet

Ett sätt att förstå varför utsatthet i barndomen ökar risken för suicidalitet kan vara utifrån det utvecklingspsykopatologiska perspektivet. Utifrån detta perspektiv utgör utsatthet i barndomen en patogen miljö, som innebär att barnet riskerar att växa upp utan flera av de erfarenheter som är nödvändiga för ett adaptivt fungerande (Broberg et al., 2015; Cicchetti & Banny, 2014). Detta kan försvåra barnets förmåga att klara av åldersadekvata utvecklingsuppgifter, såsom att knyta an till en omsorgsperson, utveckla en positiv självuppfattning och känsloreglera. Enligt utvecklingspsykopatologin utgör lösningen av dessa

utvecklingsuppgifter grunden för hur väl barnet kommer att klara av senare utmaningar. Den fortsatta utvecklingen bygger således på de tidiga erfarenheter som barnet bär med sig. I de fall där dessa erfarenheter präglats av utsatthet riskerar barnets utveckling att hamna på avvägar och risken för psykopatologi ökar (Cicchetti & Banny, 2014). Utvecklingspsykopatologiska teorier betonar att det inte är en enskild faktor, såsom utsatthet, som leder till psykopatologi utan ett samspel av risk- och skyddsfaktorer på flera nivåer (Cicchetti & Banny, 2014; Broberg, 2015). Begreppet ekvifinalitet beskriver hur olika vägar och processer kan bidra till samma utfall, såsom suicidalitet, medan multifinalitet beskriver hur samma vägar och processer, som till exempel utsatthet i barndomen, kan bidra till olika utfall (Cicchetti & Rogosch, 1996).

Ett exempel på en negativ utvecklingslinje föreslås av Cicchetti och Banny (2014) som menar att utsatta barn riskerar att utveckla en otrygg anknytning. Barnet kan som en konsekvens av detta få svårt att relatera till andra senare i livet, vilket exempelvis påverkar förmågan att utveckla och bibehålla vänskapsrelationer, och ökar risken för utanförskap och ensamhet (Cicchetti & Banny, 2014). Flertalet studier har visat på att just social isolering och ensamhet är riskfaktorer för suicidalitet (Van Orden et al., 2010).

Socialt stöd som skyddande faktor

Trots att utsatthet i barndomen utgör en riskfaktor för senare suicidalitet är det inte alla utsatta barn som erfar negativa konsekvenser av utsattheten (Afifi & MacMillan, 2011; Cicchetti & Banny, 2014). En möjlig förklaring till detta är resiliens och upplevelsen av skyddande faktorer. I tidigare studier operationaliseras resiliens å ena sidan som adaptivt fungerande, å andra sidan som avsaknaden av maladaptivt fungerande (Walsh et al., 2010). För att bättre kunna förstå och främja resiliens bland utsatta barn har forskare lagt vikt vid att undersöka skyddande faktorer. Majoriteten av studier har fokuserat på den intrapersonella nivån och färre på den interpersonella (Afifi & MacMillan, 2011). Samtidigt är interpersonella faktorer något som inom suicidforskning och ledande teorier på ämnet, såsom IPTS, beskrivits vara avgörande för risken för suicidalitet, detta oberoende av erfarenhet av utsatthet (Klonsky et al., 2016; Van Orden et al., 2010). Vidare har flertalet studier undersökt om psykopatologi medierar sambandet mellan utsatthet i barndomen och suicidtankar. Mindre vikt har lagts på att undersöka suicidförsök som utfall (Duprey et al., 2022).

I litteraturen nämns socialt stöd som en interpersonell skyddande faktor (Afifi & MacMillan, 2011; Folger & Wright, 2013; Miller et al., 2013). Högre grad av socialt stöd från bland annat familj och vänner har visat sig ha ett positivt samband med god psykisk hälsa, lägre grad av traumasymtom och mindre symtom på depression och ångest. Vidare har lägre grad av socialt stöd påvisats öka sannolikheten för självskadebeteende, suicidtankar och suicidförsök (Cheung et al., 2017; Christoffersen et al., 2015; Evans et al., 2013; Folger & Wright, 2013; Wan et al., 2019). Under adolescensen börjar vänskapsrelationer spela en allt större roll där både status i kamratgruppen och dyadiska relationer till en eller flera vänner kan utgöra en källa till stress. Tonåringar rapporterar generellt högre grad av kamratrelaterade stressorer och dessa stressorer, såsom utanförskap och mobbning, är bland de vanligaste utlösande faktorerna för suicidalitet hos tonåringar (Miller & Prinstein, 2019). Vidare visar forskning att personer med erfarenhet av utsatthet i barndomen upplever lägre grad av socialt stöd från vänner och familj, bland annat i jämförelse med individer som inte har varit utsatta (Folger & Wright, 2013; Horan & Widom, 2015; Lamis et al., 2014; Miller et al., 2014).

Enligt stress-buffering-hypothesis kan socialt stöd ha en *särskilt* dämpande effekt på stressande livshändelser för negativa utfall, det vill säga att socialt stöd främst skyddar personer som varit utsatta för stress (Cohen & Wills, 1985). För unga som upplevt tidig utsatthet kan således socialt stöd vara särskilt viktigt för att dämpa effekten av denna tidiga stress på negativa

utfall, såsom suicidalitet. I linje med hypotesen pekar flertalet studier mot att högre grad av socialt stöd minskar sannolikheten för suicidalitet bland unga med erfarenhet av utsatthet och andra negativa barndomsupplevelser (Ahouanse et al., 2022; Areba et al., 2021; Esposito & Clum, 2002; Forster et al., 2020; Lensch et al., 2021; Liu et al., 2022; Su et al., 2022; Wan et al., 2019). En del studier har dock endast funnit stöd för att socialt stöd skyddar mot en viss typ av suicidalitet, såsom suicidförsök (Wan et al., 2019) eller suicidtankar (Ahouanse et al., 2022; Su et al., 2022), eller att socialt stöd endast skyddar vid erfarenhet av vissa typer av utsatthet men inte andra (Ahouanse et al., 2022; Esposito & Clum, 2002). Det finns även exempel på studier som inte har hittat att socialt stöd har en dämpande effekt på suicidalitet bland utsatta (Miller et al., 2014). Vidare är det viktigt att ta i beaktning att dessa studier skiljer sig åt avseende definitionen av socialt stöd och suicidalitet samt vilka utsatthetstyper som undersökts. Studierna undersöker också socialt stöd från exempelvis vänner, skola och familj, både som enskilda skyddande faktorer såväl som en samlad skyddande faktor. Detta försvårar jämförelser mellan studier och generalisering av resultat.

Att undersöka om socialt stöd från specifikt vänner kan ha en skyddande effekt mot suicidalitet vid utsatthet är därför av vikt. Då forskningen pekar mot att många barn är utsatta för mer än en typ av utsatthet och att denna utsatthet är förknippad med allvarliga konsekvenser, behövs mer kunskap om vilken roll skyddande faktorer har vid multipel utsatthet.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka sambandet mellan suicidalitet och enskild och multipel utsatthet i barndomen bland tonåringar samt om socialt stöd modererar detta samband. Forskning pekar på att unga ofta är utsatta för mer än en typ av utsatthet och att denna multipla utsatthet leder till en rad negativa konsekvenser, däribland suicidalitet. Därför var det av relevans att undersöka huruvida det finns en kumulativ effekt av utsatthet på både passiv och aktiv suicidalitet bland tonåringar i Sverige. Teorier och tidigare forskning på ämnet pekar på vikten av interpersonella faktorer, såsom socialt stöd, som potentiellt skyddande faktorer mot suicidalitet. Det finns dock ingen tydlighet i huruvida socialt stöd från specifikt vänner har en särskilt dämpande effekt för passiv och aktiv suicidalitet bland utsatta unga. Därför var det av vikt att undersöka om denna faktor modererar sambandet mellan utsatthet i barndomen och suicidalitet, samt om denna effekt är starkare för personer med enskild eller multipel utsatthet. Hypoteserna som prövades var följande:

H1: Det finns en kumulativ effekt av utsatthet på suicidalitet, där fler typer av utsatthet ökar sannolikheten för både passiv och aktiv suicidalitet.

H2: Högre grad av socialt stöd från vänner minskar sannolikheten för passiv och aktiv suicidalitet.

H3: Socialt stöd från vänner modererar sambandet mellan utsatthet och suicidalitet. Den dämpande effekten av socialt stöd på passiv och aktiv suicidalitet förväntas vara starkare bland personer med erfarenhet av enskild och multipel utsatthet.

Metod

Deltagare

Deltagarna i denna studie rekryterades inom forskningsprojektet LoRDIA (Longitudinal Research on Development in Adolescence). LoRDIA är ett prospektivt, longitudinellt forskningsprojekt som syftar till att undersöka ungas utvecklingsförlopp i relation till faktorer såsom psykisk hälsa, kamrat- och familjerelationer och användning av alkohol och droger (Boson et al., 2016). Datasamlingen påbörjades hösten 2013 då deltagare från fyra mindre och medelstora kommuner (10.000-38.000 invånare) i södra Sverige rekryterades. Invånarna i dessa kommuner ansågs vara demografiskt representativa för befolkningen på nationell nivå. Totalt blev 2150 deltagare tillfrågade att delta i projektet och av dessa tackade 1885 (88%) ja. Deltagarna utgjorde vid inkluderingen två kohorter, och var 12 respektive 13 år gamla. Deltagarna har sedan följts upp årligen (Gerdner & Håkansson, 2022). Totalt har data samlats in i sex vågor.

Eftersom frågorna om passiv och aktiv suicidalitet endast fanns med i våg 5 har enbart personer som deltagit i våg 5 kunnat inkluderas i denna studie. Av denna anledning har även frågorna om utsatthet, kön och socioekonomisk status hämtats från våg 5. Då vi enbart hade möjlighet att mäta livstids- och inte aktuell suicidalitet ville vi undersöka socialt stöd under tonårsperioden och erhålla ett mått på detta över tid. Av denna anledning har frågorna om socialt stöd hämtats från våg 1, 3, 4 och 5. Vårt urval inkluderade totalt 949 deltagare, varav 526 tjejer (55.4 %) och 423 killar (44.6 %). Deltagarna var i våg 5 mellan 16 och 18 år gamla med ett medelvärde på 16.95 (SD = .44). Detta innebär att hälften (50.3 %) av det ursprungliga antalet deltog i våg 5. I en tidigare studie har dock deltagarna från våg 5 jämförts med deltagarna i våg 3 och funnits vara representativa för gruppen som helhet avseende socioekonomisk status, etnicitet och psykisk hälsa. Däremot skilde sig gruppen åt gällande kön (fler i våg 5 var tjejer) och riskbeteenden (färre i våg 5 ägnade sig åt detta) (Gerdner & Håkansson, 2022).

Instrument

The Childhood Trauma Questionnaire

För att mäta utsatthet i barndomen har en svensk version av The Childhood Trauma Questionnaire short form (CTQ-SF) använts (Bernstein & Fink, 2011). CTQ-SF är ett retrospektivt självskattningsformulär bestående av 28 frågor som syftar till att identifiera olika typer av övergrepp och försummelse i barndomen. CTQ-SF innehåller fem delskalor: Fysiska övergrepp (FÖ), Sexuella övergrepp (SÖ), Känsломässiga övergrepp (KÖ), Fysisk försummelse (FF) och Känsломässig försummelse (KF). De fem delskalorna består av fem frågor vardera. Resterande tre frågor i CTQ-SF ingår i en validitetsskala som konstruerats för att mäta Minimering/Förnekelse (MD). Delskalan MD syftar till att fånga upp personer som tenderar att ge orealistiskt positiva svar och som således kan tänkas underskatta förekomst av övergrepp och försummelse i barndomen. I de fall som eventuella falska negativa svar förekommer, rekommenderas att samla in ytterligare information för att kunna bekräfta att övergrepp och försummelse varit frånvarande under barndomen (Bernstein & Fink, 2011). Då vi inte hade möjlighet att inhämta ytterligare information har delskalan MD exkluderats i analyserna.

Frågorna i CTQ-SF är utformade som påståenden, som till exempel "Under min barndom fick jag inte tillräckligt att äta" och skattas på en femgradig Likertskala från Aldrig

sant (1) till Mycket ofta sant (5). Efter att ha vänt sju frågor sträckte sig totalpoängen på varje delskala från 5-25 poäng, där högre värden indikerar högre grad av utsatthet. CTQ-SF har validerats i tidigare studier och uppvisat goda psykometriska egenskaper, både i kliniska och icke-kliniska populationer (Bernstein et al., 2003; Gerdner & Allgulander, 2009; Hagborg et al., 2022). Den interna konsistensen bedömdes i denna studie inte ha en acceptabel nivå på delskalan FF ($\alpha = .34$), resterande skalor uppvisade en acceptabel nivå; KF ($\alpha = .88$), KÖ ($\alpha = .71$), FÖ ($\alpha = .79$), SÖ ($\alpha = .88$) och CTQ-total ($\alpha = .86$), vilket är i linje med tidigare studier (Gerdner & Allgulander, 2009; Hagborg et al., 2022).

I Bernstein och Fink (2011) anges gränsvärden för CTQ-SF, som utformats för att kategorisera allvarlighetsgrad av utsatthet. Då syftet i denna studie var att undersöka den kumulativa effekten av utsatthet genomfördes en dikotomiseringsprocess (se tabell 1) av CTQ-SF i likhet med Hagborg et al. (2018). Detta för att kunna särskilja deltagare som varit utsatta för någon typ av utsatthet från de som inte varit det. Utifrån Walker et al. (1999) bestämdes vilka gränsvärden som deltagaren skulle uppnå för att kategoriseras som antingen utsatt eller inte utsatt. För delskalorna FÖ och SÖ kodades deltagaren som att den varit utsatt om den uppnådde gränsvärdet för någon nivå av allvarlighetsgrad, angivet i Bernstein och Fink (2011). För delskalorna KF och KÖ kodades deltagaren som att den varit utsatt om poängen uppnådde gränsvärdet för måttlig utsatthet. Då delskalan FF som tidigare nämnts uppvisat låg intern konsistens tittade vi på fördelningen för denna skala. Vi valde utifrån detta att ta det högre värdet inom måttlighetsspannet (se tabell 1).

Tre grupper skapades baserat på deltagares totala poäng på delskalorna, ingen utsatthet, enskild utsatthet och multipel utsatthet. Om deltagarens poäng på samtliga delskalor var lägre än gränsvärdet kodades deltagaren till ingen utsatthet (0). Om deltagaren fick poäng över gränsvärdet på en av delskalorna kodades deltagaren till enskild utsatthet (1). Vid poäng över gränsvärdet på två eller fler delskalor kodades deltagaren till multipel utsatthet (2).

Tabell 1.

Gränsvärden för dikotomiseringsprocessen baserade på gränsvärden för allvarlighetsgrad i CTQ-SF.

	Gränsvärden för allvarlighetsgrad CTQ-SF (Bernstein & Fink, 2011)				Gränsvärden för dikotomiseringsprocess (Hagborg et al., 2018; Walker et al., 1999)		
	Ingen eller minimal utsatthet	Lindrig till måttlig utsatthet	Måttlig till allvarlig utsatthet	Allvarlig till extrem utsatthet	Ingen erfarenhet av utsatthet	Erfarenhet av utsatthet	
Känslomässiga övergrepp	5-8	9-10	11-13	14-25	5-10	11-25	
Fysiska övergrepp	5	6	7	8-25	5	6-25	
Sexuella övergrepp	5	6	7	8-25	5	6-25	
Fysisk försummelse	5-6	7-8	9	-10	11-25	5-9	10-25
Känslomässig försummelse	5-9	10-12	13-14	15-25	5-12	13-25	

Aktiv och passiv suicidalitet

För att mäta aktiv och passiv suicidalitet har två frågor från Mini International Neuropsychiatric Interview Screen 7.0 (Sheehan, 2014) använts. MINI Screen 7.0 bygger på det strukturerade intervjuverktyget Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) som syftar till att diagnosticera personer med psykiatrisk problematik (Sheehan, 2014; Socialstyrelsen, 2019). MINI har rekommenderats av Socialstyrelsen (2021) vid klinisk bedömning av flera psykiatriska tillstånd, såsom depression. Instrumentet har validerats internationellt och visat på goda psykometriska egenskaper gällande aspekter som specificitet, sensitivitet och interbedömarreliabilitet. Det har även uppvisat generellt god konvergent validitet med liknande instrument på området, såsom Composite International Diagnostic Interview for ICD-10 (CIDI) (Sheehan, 1998). Ännu saknas dock svenska valideringsstudier på både MINI och MINI Screen 7.0 (Gerdner & Håkansson, 2022).

Screeninginstrumentet MINI Screen 7.0 innehåller totalt 24 frågor som screenar för 12 olika psykiatriska sjukdomar (Gerdner & Håkansson, 2022). Om någon av frågorna i MINI Screen besvaras jakande rekommenderas att gå vidare med ytterligare fördjupande frågor från intervjuverktyget MINI (Gerdner & Håkansson, 2022). De två frågorna som använts i denna studie är de frågor ur MINI Screen 7.0 som screenar för suicidalitet: "Har du någonsin tänkt att det vore bättre om du var död, eller önskat att du var död?" (passiv suicidalitet) samt "Har du någonsin haft tankar på att ta livet av dig, eller har du velat vara död, eller har du haft planer

på att ta ditt liv, eller har du gjort något som du hoppades skulle orsaka din död?” (aktiv suicidalitet). Frågorna kunde besvaras med nej (0) och ja (1).

Socialt stöd

För att mäta socialt stöd från vänner har frågor om kamratrelationer använts. Frågorna kommer ursprungligen från Friendship Quality Questionnaire (FQQ) (Parker & Asher, 1993). FQQ består av sex delskalor och syftar till att mäta kvaliteten i en vänskapsrelation. Frågorna i FQQ har omarbetats av Stattin och Kerr (u.å.). Omarbetningen utgjordes ursprungligen av två delskalor, Konflikt och Tillit-Stöd. I denna studie har endast delskalan Tillit-Stöd bestående av 6 frågor använts. Dessa frågor handlar om ens viktigaste kamratrelation (mycket viktig person) och utgörs av påståenden, som till exempel “Min MVP stöttar mig då jag bråkade med föräldrar/lärare”. Svaren skattas på en tregradig Likertskala med alternativen: Nej (1), Ibland (2) och Ja (3). Totalpoängen på denna skala sträckte sig således från 6-18 poäng, där höga poäng indikerar högre grad av upplevt socialt stöd.

Den interna konsistensen för den omarbetade skalan med 6 frågor bedömdes inte ha en acceptabel nivå för våg 3 ($\alpha = .65$), våg 4 ($\alpha = .66$) eller våg 5 ($\alpha = .58$). För våg 1 uppnåddes dock acceptabel nivå ($\alpha = .78$). Av denna anledning exkluderades frågan “Min MVP berättar inte mina hemligheter för andra”. Den interna konsistensen utan denna fråga förbättrades då för samtliga vågor – våg 3 ($\alpha = .72$), våg 4 ($\alpha = .72$), våg 5 ($\alpha = .68$), utom våg 1 ($\alpha = .75$) där den ändå behöll acceptabel nivå. På grund av exkluderingen av en fråga sträckte sig totalpoängen för skalan i denna studie mellan 5-15 poäng.

För att minska graden av bortfall viktades svaren inom varje våg. Genom att vikta deltagarnas svar blev det möjligt att inkludera deltagare i analyserna som inte svarat på samtliga frågor. Viktningen innebar att ett medelvärde för skalan togs fram för varje deltagare för våg 1, 3, 4 och 5. Då studien undersökte socialt stöd över tid ville vi även erhålla ett medelvärde för samtliga vågor. För att undersöka om vågorna var signifikant korrelerade med varandra och rimligen kunde läggas samman till ett gemensamt mått, undersöktes korrelationen dem emellan med Pearsons korrelationskoefficient samt det icke-parametriska alternativet Spearmans rangkorrelation. Då dessa gav liknande resultat rapporteras därför enbart Pearsons. Sambanden mellan samtliga vågor var signifikant, $p < .001$ och Pearsons korrelationskoefficient varierade från $r = .29$ till $.41$. Därav togs ett totalt medelvärde fram för varje deltagare över samtliga vågor, vilket innebar att de individer som inte svarat vid alla mättillfällen ändå kunde inkluderas i analyserna.

Kön

Frågan om kön besvarades i enkäten genom boxar med alternativen tjej och kille. Svaren kontrollerades mot personnummer då det i vissa fall saknades svar. I de fall de uppgivna uppgifterna inte överensstämde med personnummer och namn korrigerades dessa samt kontrollerades med uppgivet kön mellan vågorna. Gällande tredje kön fanns en fråga om hur deltagaren förhöll sig till sitt juridiska kön, för att ge deltagarna en möjlighet att uttrycka sig kring detta. Denna data exkluderades dock i denna studie då det inte var möjligt att använda i analyserna. I studien kodades tjej som (0) och kille som (1).

Upplevd ekonomisk status

För att kontrollera för upplevd ekonomisk status användes en fråga om upplevd ekonomi (Stattin & Kerr, u.å.). Frågan som besvarades var ”Hur är din familjs ekonomi jämfört med andras” och graderas på en tregradig Likertskala från Mer än andra (0), Lika mycket som andra (1) och Mindre än andra (2). Höga värden indikerar således sämre upplevd familjeekonomi.

Tillvägagångssätt

Datainsamlingen bestod av sex mättillfällen. I denna studie användes data från samtliga vågor utom våg 2 och våg 6, då dessa inte innehöll de frågor om socialt stöd som ämnades undersökas. Datainsamlingen för våg 1 ägde rum mellan hösten 2013 och våren 2014 då deltagarna gick i årskurs sex respektive sju. Våg 3 genomfördes under hösten 2015 då deltagarna gick i årskurs åtta respektive nio. I våg 4 samlades data in från de elever som då gick i årskurs nio, med syftet att ha inhämtad data från samtliga elever ur denna årskurs. Denna våg genomfördes mellan hösten 2016 och våren 2017. Slutligen genomfördes datainsamling för våg 5 när deltagarna gick årskurs två på gymnasiet, detta genomfördes i två omgångar under läsåret 2017-2018 och 2018-2019.

Inför varje mättillfälle fick deltagarna och deras vårdnadshavare skriftlig information om syftet med studien. I samband med mättillfällena informerades deltagarna om frivillighet, konfidentialitet och rätten att avbryta sin medverkan och skriftligt samtycke inhämtades. Datainsamlingen administrerades i en klassrumsmiljö av en person från forskningsprojektet. Deltagarna fick besvara enkäter individuellt med hjälp av papper och penna. Elever som inte närvarade i klassrummet fick i stället enkäter hemskickade.

Vid datainsamlingen för våg 5 hade deltagarna påbörjat sina gymnasiestudier och var således utspridda på olika skolor i olika kommuner. Därför behövde datainsamlingen kompletteras med postenkäter. Detta kan vara ett skäl till att antalet deltagare för våg 5 utgjorde omkring hälften av det totala antal som ursprungligen inkluderades i våg 1.

LoRDIA-projektet godkändes av Etikprövningsmyndigheten i Göteborg (No.362-13). För ytterligare detaljer om projektet, se Boson et. al (2016) samt Gerdner och Håkansson (2022).

Dataanalys

Urvalets normalfördelning testades, där analyser av datan visade att variabeln socialt stöd från vänner var snedfördelad med en skewness på -1.61 och kurtosis på 2.91. Parametriska analyser genomfördes trots detta eftersom urvalet var stort och eftersom att det vid logistisk regression inte finns ett antagande om att prediktorerna ska vara normalfördelade. Data analyserades med hjälp av statistikprogrammet SPSS (version 28). För att testa hypotes ett till tre genomfördes fyra separata logistiska regressioner. Dessa regressioner inkluderade prediktorerna utsatthet – kodad som ingen (0), enskild (1), multipel (2), och socialt stöd. För att underlätta tolkningen av regressionerna linjärt transformerades socialt stöd, då denna variabel var kontinuerlig. Detta innebar att skalan för socialt stöd omkodades så att medelvärdet för skalan utgjorde 0. Kontrollvariablerna som inkluderades var upplevd ekonomi: mer än andra (0), lika mycket som andra (1) och mindre än andra (2) samt kön: tjej (0) och kille (1). Utfallsvariabler i regressionerna var passiv suicidalitet: nej (0) och ja (1) samt aktiv suicidalitet: nej (0) och ja (1). I två av regressionerna inkluderades även en interaktionsvariabel, utsatthet * socialt stöd. I samtliga regressioner lades prediktorerna in i ett enda steg (Enter). För att undersöka prediktorernas multikollinearitet genomfördes en linjär regression, där VIF var < 5 på samtliga prediktorer, vilket innebär att multikollinearitet inte förelåg (Borg & Westerlund, 2012).

Resultat

Syftet med denna studie var att undersöka sambandet mellan suicidalitet och enskild och multipel utsatthet i barndomen bland tonåringar samt om socialt stöd modererar detta samband.

Deskriptiva analyser

Deskriptiva analyser genomfördes för att erhålla medelvärde, standardavvikelse och frekvenser för samtliga oberoende och beroende variabler (se tabell 2).

De deskriptiva analyserna visade att i det totala urvalet skattade 712 (79 %) under gränsvärdet för utsatthet, 107 (11.9 %) skattade över gränsvärdet på en typ av utsatthet och 82 (9.1 %) skattade över gränsvärdet på två eller fler typer av utsatthet. Det var ungefär lika många tjejer och killar i grupperna ingen, enskild och multipel utsatthet.

Medelvärdet för det totala urvalet på socialt stöd från vänner var $M = 2.76$ ($SD = .27$), vilket indikerar att deltagarna generellt upplevde en hög grad av socialt stöd. Resultatet visade också att deltagare i gruppen ingen utsatthet hade ett högre medelvärde på socialt stöd ($M = 2.79$, $SD = .25$) än deltagare i grupperna enskild utsatthet ($M = 2.70$, $SD = .28$) och multipel utsatthet ($M = 2.61$, $SD = .34$). Vidare hade tjejer ett högre medelvärde av socialt stöd ($M = 2.84$, $SD = .22$) än killar ($M = 2.66$, $SD = .30$).

De deskriptiva analyserna visade att majoriteten (74.1 %) av det totala urvalet upplevde att familjens ekonomi var likvärdig andras, 18.2 % upplevde att familjens ekonomi var bättre än andras och 7.7 % upplevde familjens ekonomi som sämre än andras.

Gällande utfallsvariablerna rapporterade totalt 272 (29.0 %) av deltagarna passiv suicidalitet. En högre andel av tjejerna (34.3 %) än killarna (22.5 %) rapporterade passiv suicidalitet. För aktiv suicidalitet var den totala förekomsten något lägre, då 189 (20.3 %) deltagare rapporterade detta. En högre andel av tjejerna (22.8 %) rapporterade förekomst av aktiv suicidalitet än killarna (17.1%).

Förekomst av passiv suicidalitet skiljde sig åt mellan grupperna ingen utsatthet (23.7 %), enskild utsatthet (45.8 %) och multipel utsatthet (59.3 %). Även för aktiv suicidalitet skiljde sig förekomsten åt mellan grupperna ingen utsatthet (15.5 %), enskild utsatthet (33.3 %) och multipel utsatthet (48.1 %). Detta innebär att prevalensen för både passiv och aktiv suicidalitet var högst i gruppen multipel utsatthet, följt av enskild utsatthet.

Tabell 2.*Frekvensfördelning för oberoende och beroende variabler.*

Variabler	Tjej		Kille		Total	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Utsatthet						
Ingen	400	79.4	312	78.6	712	79.0
Enskild	58	11.5	49	12.3	107	11.9
Multipel	46	9.1	36	9.1	82	9.1
Passiv suicidalitet						
Ja	178	34.3	94	22.5	272	29.0
Nej	341	65.7	324	77.5	665	71.0
Aktiv suicidalitet						
Ja	118	22.8	71	17.1	189	20.3
Nej	400	77.2	344	82.9	744	79.7
Upplevd ekonomi						
Mindre än andra	37	7.1	36	8.5	73	7.7
Lika mycket som andra	416	79.4	285	67.5	701	74.1
Mer än andra	71	13.5	101	23.9	172	18.2

Hypotesprövande analyser av oddsen för passiv och aktiv suicidalitet

Modell 1 testade studiens första och andra hypotes med passiv suicidalitet som utfallsvariabel. Modell 2 testade studiens första och andra hypotes med aktiv suicidalitet som utfallsvariabel. Modell 3 testade studiens tredje hypotes med passiv suicidalitet som utfallsvariabel. Modell 4 testade studiens tredje hypotes med aktiv suicidalitet som utfallsvariabel.

Bortfall

Det totala bortfallet i regressionerna var 6.1 och 6.6 %. En generell rekommendation av Graham (2009) är att det totala bortfallet vid listwise deletion inte bör överstiga 5 %. På grund av studiens generellt sett stora deltagarantal valdes att inte utföra en bortfallsanalys utan att ändå genomföra regressionerna med totalt 886 respektive 891 deltagare.

Tabell 3.*Logistiska regressioner för huvudeffekter på passiv och aktiv suicidalitet*

Prediktorer						
	β	S.E	p	e^{β} (Odds Ratio)	95 % KI (nedre och övre gräns)	
Modell 1: Huvudeffekter på passiv suicidalitet						
Konstant	- 1.12	.22	<.001	.33		
Kön	- .71	.17	<.001	.49	.35	.69
Utsatthet						
Enskild	.98	.22	<.001	2.65	1.73	4.08
Multipel	1.35	.26	<.001	3.87	2.32	6.46
Socialt stöd	- .55	.31	.074	.58	.32	1.05
Upplevd ekonomi						
Mindre än andra	.88	.34	.009	2.42	1.25	4.68
Lika mycket som andra	.25	.22	.258	1.28	.84	1.96
Modell 2: Huvudeffekter på aktiv suicidalitet						
Konstant	- 1.43	.24	<.001	.24		
Kön	- .58	.19	.003	.56	.39	.82
Utsatthet						
Enskild	.95	.24	<.001	2.59	1.63	4.11
Multipel	1.42	.27	<.001	4.12	2.45	6.93
Socialt stöd	- .85	.33	.009	.43	.22	.81
Upplevd ekonomi						
Mindre än andra	.38	.36	.297	1.46	.73	2.94
Lika mycket som andra	- .08	.24	.742	.94	.54	1.47

Not. Referensgrupp för prediktorer: kön = tjej (0), utsatthet = ingen utsatthet (0), upplevd ekonomi = mer än andra (0). n = 891 (modell 1), n = 886 (modell 2).

Modell 1: Huvudeffekter på passiv suicidalitet

Modellen innehållandes alla prediktorer var statistiskt signifikant, χ^2 (6, n = 891) = 83.20, $p < .001$. Modellen förklarade sammantaget 12.7 % av variansen (Nagelkerke R Square) i utfallsvariabeln passiv suicidalitet och klassificerade 73.8 % av fallen korrekt. Som visas i tabell 3 var utsatthet, kön och upplevd ekonomi signifikanta prediktorer. Dock var upplevd ekonomi enbart en signifikant prediktor för gruppen mindre än andra ($p = .009$), personer i denna grupp hade högre odds att rapportera passiv suicidalitet i jämförelse med gruppen mer

än andra. Gällande kön hade tjejer två gånger högre odds att rapportera passiv suicidalitet jämfört med killar ($1/e^{\beta} = 2.04$, $p < .001$), när resterande prediktorer i modellen kontrollerades för. Vid lägre grad av socialt stöd ökade oddsen att rapportera passiv suicidalitet ($1/e^{\beta} = 1.72$). Denna huvudeffekt var dock inte signifikant ($p = .074$), vilket går emot studiens andra hypotes.

Den starkaste prediktorn i modellen var utsatthet, där gruppen enskild utsatthet hade en oddsratio på 2.65 ($p < .001$) och multipel utsatthet 3.87 ($p < .001$). Detta indikerar att det var 2.65 gånger så troligt att personer med enskild utsatthet rapporterade passiv suicidalitet i jämförelse med gruppen ingen utsatthet, när kön, socialt stöd och upplevd ekonomi kontrollerades för. För personer med multipel utsatthet fanns en ytterligare ökad oddsratio, då det var nästan fyra gånger så troligt att de rapporterade passiv suicidalitet i jämförelse med gruppen ingen utsatthet. Detta pekar på att det finns en kumulativ effekt av utsatthet på passiv suicidalitet, vilket går i linje med studiens första hypotes.

Modell 2: Huvudeffekter på aktiv suicidalitet

Modellen var statistiskt signifikant, $\chi^2(6, n = 886) = 67.91$, $p < .001$. Sammantaget förklarade modellen 11.6 % (Nagelkerke R Square) av variationen i utfallsvariabeln aktiv suicidalitet och klassificerade 80.0 % av fallen korrekt. Modellen demonstrerar att samtliga prediktorer, förutom upplevd ekonomi, hade en huvudeffekt på aktiv suicidalitet när de andra prediktorerna kontrollerades för.

Modellen visar att det fanns en statistiskt signifikant skillnad mellan könen, där det var mer troligt för tjejer att rapportera aktiv suicidalitet i jämförelse med killar ($1/e^{\beta} = 1.78$, $p = .003$). Socialt stöd hade en huvudeffekt på aktiv suicidalitet. Lägre grad av socialt stöd ökade oddsen att rapportera aktiv suicidalitet ($1/e^{\beta} = 2.32$, $p = .009$), vilket är i linje med vår andra hypotes.

Som tabell 3 visar var utsatthet den starkaste prediktorn även i denna modell när resterande prediktorer kontrollerades för. För personer i gruppen enskild utsatthet var det 2.59 gånger högre odds att rapportera aktiv suicidalitet i jämförelse med personer i gruppen ingen utsatthet ($p < .001$). Personer i gruppen multipel utsatthet hade en högre oddsratio ($e^{\beta} = 4.12$, $p < .001$) än gruppen enskild utsatthet. För gruppen multipel utsatthet var det således drygt fyra gånger så troligt att rapportera aktiv suicidalitet i jämförelse med gruppen ingen utsatthet. Även i denna modell indikerar resultatet att det finns en kumulativ effekt av utsatthet på aktiv suicidalitet, vilket ger stöd för studiens första hypotes.

Tabell 4.*Logistiska regressioner för interaktionseffekter på passiv och aktiv suicidalitet.*

Prediktorer						
	β	S.E	p	e^{β} (odds ratio)	95 % KI (nedre och övre gräns)	
Modell 3: Interaktionseffekter på passiv suicidalitet						
Konstant	- 1.10	.22	<.001	.33		
Kön	- .78	.17	<.001	.46	.33	.65
Utsatthet						
Enskild	.93	.22	<.001	2.54	1.64	3.92
Multipel	1.64	.29	<.001	5.16	2.94	9.05
Socialt stöd	- .84	.37	.022	.43	.21	.89
Upplevd ekonomi						
Mindre än andra	.81	.34	.018	2.25	1.15	4.39
Lika mycket som andra	.27	.22	.214	1.31	.86	2.02
Utsatthet * Socialt stöd						
Enskild * Socialt stöd	- .62	.83	.453	.54	.11	2.72
Multipel * Socialt stöd	1.98	.82	.016	7.25	1.45	36.33
Modell 4: Interaktionseffekter på aktiv suicidalitet						
Konstant	- 1.41	.24	<.001	.24		
Kön	- .67	.20	<.001	.51	.35	.75
Utsatthet						
Enskild	.88	.25	<.001	2.41	1.49	3.91
Multipel	1.75	.28	<.001	5.76	3.30	10.05
Socialt stöd	-1.27	.40	.002	.28	.13	.62
Upplevd ekonomi						
Mindre än andra	.25	.37	.492	1.29	.63	2.64
Lika mycket som andra	-.05	.24	.844	.95	.60	1.52
Utsatthet * Socialt stöd						
Enskild * Socialt stöd	-.78	.87	.369	.46	.08	2.51
Multipel * Socialt stöd	2.42	.85	.005	11.20	2.11	59.55

Not. Referensgrupp för prediktorer: kön = tjejer (0), utsatthet = ingen utsatthet (0), upplevd ekonomi = mer än andra (0). n = 891 (modell 3), n = 886 (modell 4).

Modell 3: Interaktionseffekter på passiv suicidalitet

Modell 3 var statistiskt signifikant, $\chi^2(8, n = 891) = 91.00, p < .001$ och förklarade 13.8 % (Nagelkerke R Square) av variansen i utfallsvariabeln passiv suicidalitet, samt klassificerade 74.6 % av fallen korrekt. Som visas i tabell 4 hade prediktorerna kön och utsatthet fortsatt en signifikant huvudeffekt på passiv suicidalitet. Prediktorn upplevd ekonomi hade fortsatt en huvudeffekt på passiv suicidalitet för gruppen mindre än andra.

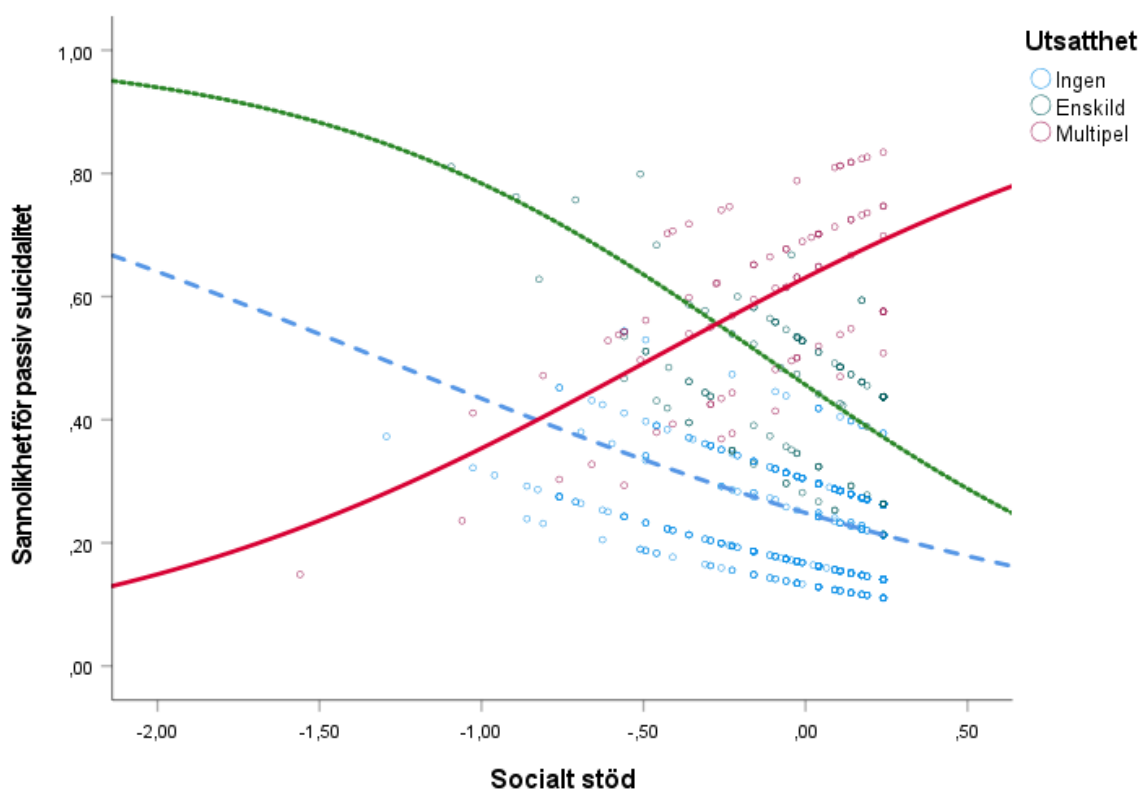
I jämförelse med modell 1 hade socialt stöd nu en signifikant huvudeffekt på passiv suicidalitet ($p = .022$), oddsens att rapportera passiv suicidalitet minskade när socialt stöd ökade. Denna effekt gäller referensgruppen, alltså gruppen ingen utsatthet. För att underlätta tolkningen kan effekten också beskrivas utifrån förändring i standardavvikelse på socialt stöd. Detta eftersom standardavvikelsen i variabeln socialt stöd är liten (.27) och effekten i analyserna utgår från en förändring i råpoängen. För varje ökning i SD på socialt stöd minskade oddsens att rapportera passiv suicidalitet med 25 % för gruppen ingen utsatthet ($e^{\beta} = 1 / \exp(.27 * -.84) = 1.25$).

Skillnaderna i effekterna av socialt stöd för grupperna enskild och multipel utsatthet demonstreras genom interaktionerna (se tabell 4). För gruppen enskild utsatthet minskade oddsens att rapportera passiv suicidalitet när socialt stöd ökade, i högre grad än vid ingen utsatthet. För varje ökning i SD på socialt stöd minskade oddsens att rapportera passiv suicidalitet med 48 % för gruppen enskild utsatthet ($e^{\beta} = 1 / \exp(.27 * (-.84 - .62)) = 1.48$). Detta indikerar att den modererande effekten var starkare för enskild utsatthet än ingen utsatthet, dock var skillnaden mellan grupperna inte signifikant ($p = .453$). Det fanns således inte en särskilt dämpande effekt av socialt stöd för gruppen enskild utsatthet.

Modellen visar vidare en signifikant interaktionseffekt mellan utsatthet och socialt stöd för gruppen multipel utsatthet ($p = .016$), där oddsens för att rapportera passiv suicidalitet ökade när socialt stöd ökade. För varje ökning i SD på socialt stöd ökade oddsens att rapportera passiv suicidalitet med 53 % för gruppen multipel utsatthet ($e^{\beta} = \exp(.27 * (-.84 + 2.42)) = 1.53$). Detta i jämförelse med gruppen ingen utsatthet. Detta indikerar att för personer med multipel utsatthet var det mer troligt att rapportera passiv suicidalitet när socialt stöd ökade. Detta går inte i linje med studiens tredje hypotes. Se figur 1 för en illustrering av interaktionseffekterna för samtliga grupper.

Figur 1.

*Interaktionseffekter för utsatthet * socialt stöd på passiv suicidalitet*



Not. Regressionslinjer för grupperna ingen, enskild och multipel utsatthet. Variabeln för socialt stöd är centrerad kring medelvärdet. Punkterna utgör skattade prediktioner för individer inom de olika grupperna. Blå står för ingen utsatthet, grön för enskild utsatthet och rosa för multipel utsatthet.

Modell 4: Interaktionseffekter på aktiv suicidalitet

Även modell 4 var statistiskt signifikant, $\chi^2(8, n = 886) = 79.27, p < .001$. Sammantaget förklarade modellen 13.5 % (Nagelkerke R Square) av variationen i utfallsvariabeln aktiv suicidalitet och klassificerade 81.2 % av fallen korrekt. Som visas i tabell 4 hade prediktorena kön och utsatthet fortsatt en signifikant huvudeffekt på aktiv suicidalitet. Likt i modell 2 hade upplevd ekonomi ingen signifikant huvudeffekt på aktiv suicidalitet. Vad gäller socialt stöd fanns en signifikant huvudeffekt på aktiv suicidalitet ($p = .002$). Denna effekt gäller för gruppen ingen utsatthet. För varje ökning i SD på socialt stöd minskade oddsen att rapportera aktiv suicidalitet med 41 % för gruppen ingen utsatthet ($e^{\beta} = 1/\exp(-1.27 * .27) = 1.41$)

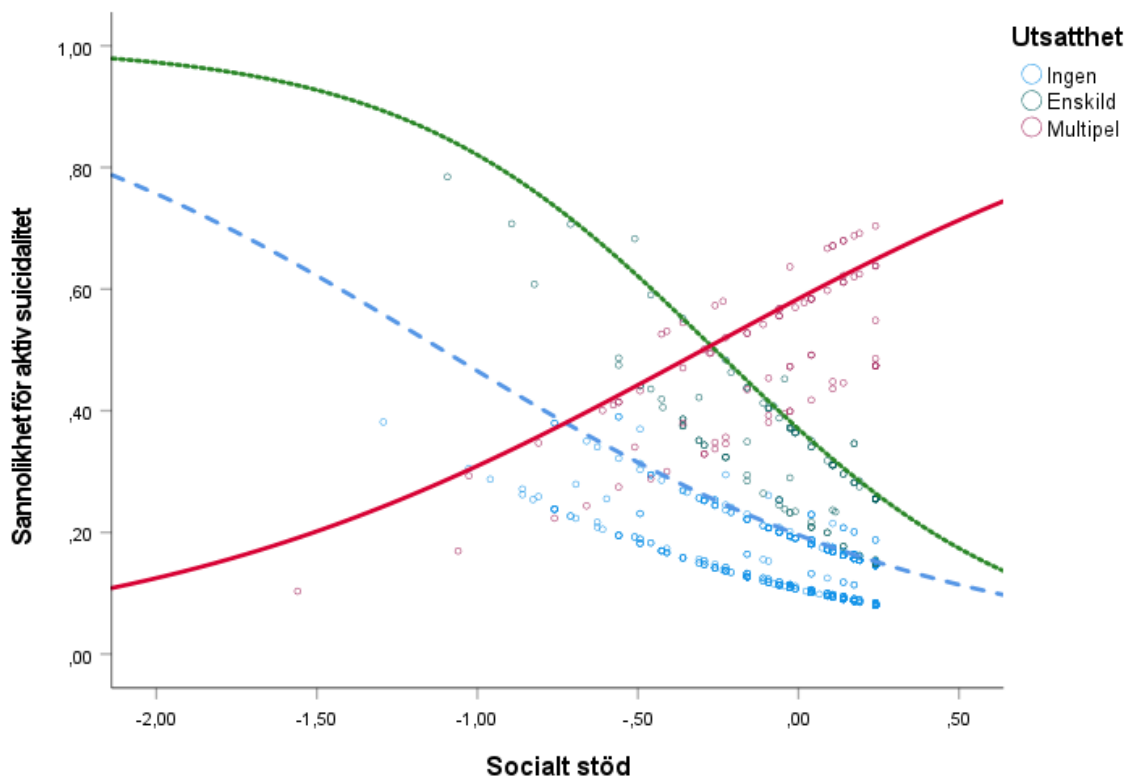
I interaktionerna visas skillnader i effekterna av socialt stöd för grupperna enskild och multipel utsatthet (se tabell 4). För gruppen enskild utsatthet minskade oddsen att rapportera aktiv suicidalitet när socialt stöd ökade, i högre grad än vid ingen utsatthet. För varje ökning i SD på socialt stöd minskade oddsen för att rapportera aktiv suicidalitet med 74 % ($e^{\beta} = 1/\exp((-1.27-.78) * .27) = 1.74$). Detta i jämförelse med gruppen ingen utsatthet. Detta indikerar att den modererande effekten var starkare för enskild utsatthet än ingen utsatthet, dock var skillnaden mellan grupperna inte signifikant ($p = .369$). Det fanns således inte en särskilt dämpande effekt av socialt stöd för gruppen enskild utsatthet.

Det fanns en signifikant interaktionseffekt mellan utsatthet och socialt stöd för gruppen multipel utsatthet, där oddsens för att rapportera aktiv suicidalitet ökade när socialt stöd ökade

($p = .005$). För varje ökning i SD på socialt stöd ökade oddsen för att rapportera aktiv suicidalitet med 36 % ($e^b = \exp((-1.27 + 2.42) * .27) = 1.36$). Detta i jämförelse med gruppen ingen utsatthet. Detta pekar på att gruppen multipel utsatthet var mer troliga att rapportera aktiv suicidalitet när socialt stöd ökade, vilket går emot studiens tredje hypotes. Se figur 2 för en illustration av interaktionseffekter för samtliga grupper.

Figur 2.

*Interaktionseffekter för utsatthet * socialt stöd på aktiv suicidalitet*



Not. Regressionslinjer för grupperna ingen, enskild och multipel utsatthet. Variabeln för socialt stöd är centrerad kring medelvärdet. Punkterna utgör skattade prediktioner för individer inom de olika grupperna. Blå står för ingen utsatthet, grön för enskild utsatthet och rosa för multipel utsatthet.

Residualer

Residualer för samtliga logistiska regressioner analyserades i enlighet med förfarandet rekommenderat av Field (2009). Om en procent av det totala urvalets standardiserade residualer överstiger 2.58, alternativt om det finns någon residual med ett värde på > 3.29 rekommenderas att analysera residualerna. Detta för att undersöka om det finns fall som har en orimligt stor påverkan på modellen, så kallade utliggare. I modell 1 och 3 var det under en procent av det totala urvalet som hade ett standardiserat residualvärde på > 2.58 och inga värden med ett standardiserat residualvärde på > 3.29 . Av denna anledning genomfördes inga ytterligare analyser för dessa modeller.

För modell 2 och 4 överstegs gränsvärdet på en procent samt att vissa få residualer hade ett värde på > 3.29 . Dessa residualer analyserades därför genom att undersöka Cook's distance, som är ett mått på hur mycket ett enskilt fall påverkar modellen. I modell 2 hade tre fall ett

värde på Cook's distance som översteg .08. Vi genomförde sensitivitetsanalyser genom att exkludera dessa tre fall och genomföra regressionen på nytt. Detta för att kunna jämföra fallens potentiellt negativa påverkan på den ursprungliga regressionsmodellen. Resultatet skilde sig inte märkbart åt på någon av prediktorerna i modellen, varken avseende regressionskoefficient, oddsratio, konfidensintervall eller signifikansnivå. Därför rapporteras resultatet i modell 2 med samtliga fall inkluderade. I modell 4 hade fem fall ett värde på Cook's distance som översteg .08. Liksom ovan exkluderades dessa fall och en ny regression genomfördes. Resultatet skilde sig inte heller i denna modell märkbart åt på någon av prediktorerna. Av denna anledning rapporteras resultatet i modell 4 med samtliga fall inkluderade.

Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka sambandet mellan suicidalitet och enskild och multipel utsatthet i barndomen bland tonåringar samt om socialt stöd modererar detta samband. Tidigare forskning har visat att utsatthet i barndomen är förknippat med omfattande och långsiktiga psykopatologiska konsekvenser, såsom ångest, depression och suicidalitet (Jaffee, 2017; Miller et al., 2013). I linje med tidigare forskning (Turner & Colburn, 2022; Areba et al., 2021; Liu et al., 2022) visar fynden från denna studie att erfarenhet av enskild och multipel utsatthet ökar sannolikheten för både passiv och aktiv suicidalitet. Därutöver hade personer med multipel utsatthet högre risk än personer med enskild för båda typerna av suicidalitet, vilket indikerar en kumulativ effekt av utsatthet på suicidalitet. Detta ger stöd för studiens första hypotes. Resultaten pekar vidare på att socialt stöd från vänner hade en skyddande effekt mot passiv och aktiv suicidalitet för personer med ingen och enskild utsatthet. Detta stöder studiens andra hypotes. För personer med multipel utsatthet var sambandet dock det motsatta, då högre grad av socialt stöd ökade risken för passiv och aktiv suicidalitet. Sammantaget indikerar dessa resultat att socialt stöd har en skyddande effekt mot suicidalitet enbart för personer med erfarenhet av ingen och enskild utsatthet. Resultatet ger således delvis stöd för studiens tredje hypotes.

Utsatthet som riskfaktor för suicidalitet

Studiens resultat visar att utsatta unga var mer troliga att rapportera suicidalitet, än de som inte varit utsatta. Oddsens för att rapportera passiv och aktiv suicidalitet var omkring 2.6 gånger högre för gruppen enskild utsatthet och fyra gånger högre för multipel utsatthet. Detta i jämförelse med gruppen ingen utsatthet. Detta går i linje med forskningsfältet i stort, då flera studier funnit samband mellan utsatthet i barndomen och suicidalitet (Angelakis et al., 2020; Jaffee, 2017; Miller et al., 2013). Resultatet stämmer även väl överens med en svensk kartläggning på området, som fann att det var minst tre gånger så vanligt med suicidtankar bland utsatta tonåringar än bland icke-utsatta (Jernbro & Janson, 2016). Utifrån ett utvecklingspsykopatologiskt perspektiv skulle detta samband kunna förstås utifrån att tidiga erfarenheter påverkar hur barnet tar sig an senare utvecklingsuppgifter (Cicchetti & Banny, 2014). Att växa upp med erfarenheter av utsatthet kan allvarligt försvåra barnets förmåga till adaptiv utveckling, såsom att utveckla en trygg anknytning och förmåga till affektreglering. Detta kan ge konsekvenser för barnets fortsatta biologiska och socioemotionella utveckling och leda till att risken för psykopatologi och suicidalitet ökar (Cicchetti & Banny, 2014; Duprey et al., 2022; Miller & Prinstein, 2019). Att utsatthet innebär en allvarlig risk för barnets direkta

överlevnad samt ger långsiktiga konsekvenser för utvecklingen (Cicchetti & Banny, 2014; WHO 2022) är således någonting som även denna studie ger stöd för.

Studiens resultat indikerar en kumulativ effekt av utsatthet, alltså att fler typer av utsatthet ger en ökad risk för suicidalitet. I enlighet med vår första hypotes och tidigare studier var detta resultat förväntat (Jernbro & Janson, 2016; Liu et al., 2022; Miller et al., 2013; Turner & Colburn, 2022). En förklaring till denna kumulativa effekt kan vara att multipel utsatthet indikerar att utsattheten inte utgör enskilda företeelser i barnets liv utan snarare är ett livsvillkor (Turner & Colburn, 2022). Förekomsten av flera former av övergrepp från omsorgspersonen kan ge upphov till känslor av hopplöshet hos den unge. Exempelvis menar Klonsky et al. (2016) och Van Orden et al. (2010) att denna hopplöshet kan utgöra en riskfaktor för suicidalitet. Vidare skriver Kim et al. (2017) att orsaken till att antal typer spelar roll för utfallet kan förstås utifrån två möjliga förklaringar. För det första kan multipel utsatthet vara ett tecken på att omsorgspersonen har en begränsad förmåga. Exempelvis har man funnit att mödrar till multipelt utsatta barn var mer troliga att lida av psykisk ohälsa, samt att multipelt utsatta barn var mer sannolika att ha växt upp i ett hem där det förekommit våld i nära relationer. Den andra förklaringen som författaren ger handlar om att utsattheten kan vara av en allvarigare grad vid multipel utsatthet än vid enskild. Exempelvis fann man att multipelt utsatta hade erfarenheter av fler undertyper av försummelse och var mer frekvent utsatta (Kim et al., 2017).

Sammanfattningsvis kan multipel utsatthet vara en indikator på att barnet lever i en riskfylld miljö, med en omsorgsperson som på olika sätt brister i sin förmåga, eller att barnet upplever allvarigare former av utsatthet. Detta utgör potentiella förklaringar till varför risken för suicidalitet i denna studie och tidigare studier var som högst för personer med erfarenhet av multipel utsatthet.

Socialt stöd, utsatthet och suicidalitet

Studiens fynd visar att socialt stöd generellt har en skyddande effekt mot både passiv och aktiv suicidalitet. Studiens resultatet var förväntat då tidigare forskning visat att högre grad av socialt stöd, från exempelvis vänner och familj, minskade risken för suicidtankar och suicidförsök (Kleiman & Liu, 2013; Otten et al., 2022). Vidare fann Rubio et al. (2020) ett negativt samband mellan socialt stöd och passiv suicidalitet. Resultatet är också i linje med suicidteorin IPTS som betonar att socialt stöd kan öka känslan av tillhörighet, vilket i sin tur kan minska risken för suicid (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010).

Thompson och Goodvin (2016) menar att utifrån ett utvecklingspsykologiskt perspektiv är nära relationer och det sociala stödet som dessa relationer ger viktigt av flera skäl. Stödjande relationella erfarenheter är grunden för barns utveckling inom flertalet områden, då sociala, emotionella och kognitiva färdigheter formas i en social kontext. Nära relationer bidrar också till att barnet får en ökad självkänsla och emotionell trygghet. Dessutom kan just vänskapsrelationer skydda mot flertalet socio-emotionella svårigheter (Cairano et al., 2007). Vidare lyfts inom det utvecklingspsykopatologiska perspektivet att socialt stöd bidrar till psykologiskt välbefinnande på två olika sätt, dels genom att förhindra att stress uppstår, dels genom att dämpa effekterna av stress när den uppstår. Barn som ställs inför motgångar och saknar stödjande relationer har därmed en förhöjd risk att utveckla psykopatologi. Relationer är dock psykologiskt komplexa och kan därför vara en källa till stöd och stress på samma gång. Detta eftersom relationer med exempelvis jämnåriga även kan innebära en upplevelse av negativa händelser, såsom konflikter och avvisanden (Thompson & Goodvin, 2016).

Fynden i denna studie visar att personer med ingen och enskild utsatthet hade en lägre risk att rapportera aktiv och passiv suicidalitet när grad av socialt stöd från vänner ökade. Resultatet indikerar att den skyddande effekten var starkare för personer med enskild utsatthet,

dock var skillnaden mellan grupperna ingen och enskild inte signifikant. För gruppen multipel utsatthet var sambandet det motsatta, risken att rapportera passiv och aktiv suicidalitet ökade när socialt stöd ökade. Detta var inte förväntat då vi utifrån stress-buffering-hypothesis och tidigare forskning antog att socialt stöd, utöver att ha en *generell* skyddande effekt, skulle ha en *särskilt* dämpande effekt för personer med erfarenhet av både enskild och multipel utsatthet.

Att personer med multipel utsatthet hade en högre benägenhet att rapportera suicidalitet när det sociala stödet ökade kan förklaras utifrån suicidteorin IPTS genom att socialt stöd, under vissa omständigheter, kan öka risken för suicidalitet. Detta eftersom det finns en risk att individer som erhåller socialt stöd kan uppleva sig vara en börda för den som ger stödet, en upplevelse som kan öka risken för suicidalitet (Joiner, 2005). Vidare fann en studie att starka kamratrelationer ökade risken för suicidtankar (Miller et al., 2014). En förklaring som ges är att nära vänskapsrelationer kan bidra till stress över tid, vilket i sin tur kan ha en negativ påverkan på suicidtankar. En andra förklaring är enligt författarna att socialt stöd från vänner ser olika ut bland tonåringar beroende på vänskapsrelationens karaktäristika, för vissa kan det innebära ett skydd mot psykiska problem och för andra kan det snarare öka risken för dessa (Miller et al., 2014). Ett annat sätt att förstå de förvånande fynden kan vara att denna studie endast undersökte socialt stöd från vänner vilket skulle kunna förklara varför resultatet endast är delvis i linje med tidigare forskning. Flertalet studier pekar på vikten av att undersöka socialt stöd från flera källor, såsom vänner, familj, skola och signifikanta andra (Forster et al., 2020; Miller et al., 2015; Wan et al., 2019).

Förekomst av utsatthet och suicidalitet

Totalt 11.9 % av tonåringarna rapporterade enskild utsatthet och 9.1 % multipel. Sammantaget rapporterade således lite mer än var femte deltagare erfarenhet av utsatthet. Prevalensen är lägre än vad Jernbro och Janson (2016) fann i sin kartläggning, där totalt 36 % av tonåringar hade erfarenhet av utsatthet från en förälder. Detta skulle kunna bero på att olika mätinstrument använts, att gränsvärdet för vad som klassas som utsatthet var högre i vår studie eller att vittne till våld inkluderades som en form av utsatthet i kartläggningen av Jernbro och Janson (2016). I kartläggningen hade 45 % av de utsatta erfarenhet av fler än en typ av utsatthet, prevalensen i vår studie är snarlik, då drygt 43 % av de utsatta rapporterade multipel utsatthet.

Avseende suicidalitet rapporterade en knapp tredjedel av deltagarna förekomst av passiv suicidalitet och en femtedel förekomst av aktiv. Aktiv suicidalitet inbegriper suicidtankar och suicidförsök, och kan därför jämföras med prevalensen för detta från den allmänna folkhälsoenkäten (Folkhälsomyndigheten, 2022c). I denna enkät uppgav 14.5 % i åldersgruppen 16-29 år förekomst av suicidtankar och 6.5 % förekomst av suicidförsök, för mer än ett år sedan. Prevalensen i vår studie är som synes något högre, vilket kan bero på att vår definition av aktiv suicidalitet inkluderade mer än enbart tankar och försök samt att vi undersökte en yngre population. Exempelvis menar Klonsky et al. (2016) att det är vanligare att rapportera förekomst av suicidalitet bland tonåringar än bland vuxna. Studier med passiv suicidalitet som utfallsmått saknas, vilket gör det svårt att jämföra prevalensen för detta.

Styrkor och begränsningar med studien

En styrka med föreliggande studie var det stora deltagarantalet. Detta möjliggör generalisering av resultatet på ett större urval. Studien är också en av få som undersökt passiv suicidalitet som utfall vid enskild och multipel utsatthet. Harmer et al. (2022) menar att passiv suicidalitet fått mindre uppmärksamhet jämfört med aktiv suicidalitet inom forskning och

kliniskt arbete. Studier visar dock att passiv suicidalitet har ett starkt samband med exempelvis suicidförsök (Baca-Garcia et al., 2011; Liu et al., 2020). Att undersöka passiv suicidalitet är således viktigt för att bättre kunna förstå och förebygga suicidalitet bland personer med erfarenhet av utsatthet. Slutligen är en av studiens styrkor att vi inkluderat kön som en prediktor. Detta är viktigt då tidigare forskning visar att fler män än kvinnor tar sitt liv samtidigt som det är vanligare för kvinnor att rapportera suicidtankar och suicidförsök (Bommersbach et al., 2022; Gomez et al., 2017; Polanco-Roman et al., 2021; Turner & Colburn, 2022; Van Orden et al., 2010).

En första begränsning är att studiens bortfall var omkring sex procent och därmed överskrider Grahams (2009) rekommendation på fem procent. Detta kan ha påverkat resultatet, men då bortfallet fortsatt är lågt och deltagarantalet stort är troligtvis denna påverkan liten.

Vidare är en begränsning att vi inte hade möjlighet att kontrollera för psykisk ohälsa. Detta är en viktig aspekt att ta hänsyn till, dels eftersom utsatta unga löper en högre risk för psykisk ohälsa (Jaffee, 2017), dels eftersom psykisk ohälsa utgör en robust riskfaktor för suicid (Klonsky et al., 2016; Socialstyrelsen, 2022; Van Orden et al., 2010).

En andra begränsning är att vi använt oss av ett retrospektivt självskattningsformulär för att mäta utsatthet. Retrospektiva självskattningsformulär kan leda till svarsbias, exempelvis kan det finnas en tendens att ge socialt önskvärda svar och personer kan glömma eller sakna förmågan att återge upplevelser av utsatthet (Bernstein & Fink, 2011). Samtidigt har det visat sig fördelaktigt att använda sig av just självskattningsformulär vid forskning på utsatthet eftersom det finns en risk att förekomsten är underrapporterad i statistik och rapporter från myndigheter (Fallon et al., 2010; Glaesmer, 2016). Vidare har CTQ-SF visat sig ha goda psykometriska egenskaper (Bernstein et al., 2003; Gerdner & Allgulander, 2009; Hagborg et al., 2022). I föreliggande studie uppvisade delskalan FF en låg intern konsistens. Detta kan bero på att delskalan funnits överlappa med delskalan KÖ (Gerdner & Allgulander, 2009).

Då syftet med studien var att undersöka om det finns en kumulativ effekt av utsatthet genomfördes en dikotomiseringprocess i enlighet med forskning på området (Areba et al., 2021; Duprey et al., 2021; Hagborg et al., 2018, 2020; Jia et al., 2020; Wang et al., 2019). Att koda om kontinuerliga variabler till kategorier har kritiserats av bland annat Altman och Royston (2006). Författarna menar att detta förfarande ökar risken för falskt positiva svar samt att information går förlorad. Kategorisering av variabler innebär också att ett gränsvärde behöver sättas. I denna studie bestämdes gränsvärdet utifrån Walker et al. (1999) och Bernstein och Finks (2011) kategorisering av allvarlighetsgrad, vilket innebär att deltagare med lägre nivåer av allvarlighetsgrad för vissa typer av utsatthet kategoriserades som ingen utsatthet. Detta var en avvägning för att kunna upprätthålla en god specificitet och sensitivitet.

Ytterligare en begränsning med studien är att vi enbart mätte livstids- och inte aktuell suicidalitet. Att enbart mäta livstidssuicidalitet innebär att vi inte med säkerhet kan dra slutsatser om huruvida suicidaliteten uppstått som en konsekvens av utsatthet eller om suicidaliteten tvärtom föregått den. Det finns även ett starkt stigma kring suicidalitet vilket kan ha påverkat rapporteringen av fenomenet i denna studie (Klonsky et al., 2016).

Slutligen är en begränsning att vi inte använde oss av ett validerat instrument för att mäta socialt stöd. En låg intern konsistens uppvisades för våg 5 även efter exkluderingen av en fråga, något som kan bero på att frågorna inte anpassats till äldre tonåringar. Vidare visar analyserna att det fanns stora skillnader i hur deltagarna upplevt sitt sociala stöd från vänner under adolescensen. Det är därför viktigt att ta i beaktning att detta mått inte nödvändigtvis avspeglar hur deltagarna upplevde det sociala stödet från vänner vid tidpunkten för utsattheten eller suicidaliteten. Ytterligare en brist med skalan är att den är tregradig vilket kan ha en negativ inverkan på fördelningen av datan. Man bör således ha i åtanke att studiens resultat avseende socialt stöd bör tolkas med viss försiktighet eftersom deltagarantalet i gruppen multipel utsatthet var litet samt att spridningen i variabeln socialt stöd var liten. Samtidigt

innebar inkluderingen av skalan en möjlighet att undersöka vilken påverkan som stöd från en nära vän utgör i adolescensen. Detta ansåg vi som viktigt för att kunna få en fördjupad förståelse för varför vissa utsatta unga uppvisar en motståndskraft mot suicidalitet.

Implikationer och framtida rekommendationer

Denna studie pekar på att risken för suicidalitet ökar när erfarenhet av olika typer av utsatthet ökar. Ett viktigt nästa steg för framtida forskning vore att inkludera allvarlighetsgrad av utsatthet för att kunna undersöka om och hur detta interagerar med den kumulativa effekten. Utifrån ett utvecklingspsykopatologiskt perspektiv kan det även vara relevant att undersöka vid vilken ålder utsattheten inträffade eftersom det kan tänkas ge olika konsekvenser för barnets utveckling (Duprey et al., 2022). Att ta hänsyn till dessa aspekter är ett sätt att integrera utvecklingspsykopatologi med suicidteori och få en större helhetssyn på suicidalitet.

Vidare bör man i framtida studier om suicidalitet vara tydlig i sina definitioner och mätmetoder, suicidalitet bör dels delas upp utifrån dödstankar, suicidtankar, -planer och -försök, dels mätas på en kontinuerlig skala. Detta för att kunna särskilja utsatta unga med olika grader av suicidrisk samt för att bättre kunna jämföra och integrera resultat mellan studier. Det är även viktigt att utöver livstidssuicidalitet mäta aktuell suicidalitet eftersom suicidalitet är något som kan fluktuera över tid, inte minst under adolescensen (Duprey et al., 2022).

Framtida forskning bör undersöka socialt stöd från flera källor eftersom den skyddande effekten påvisats öka när antalet former av socialt stöd ökar (Forster et al., 2020). Studier bör även titta på om vissa typer av socialt stöd, såsom ett instrumentellt eller emotionellt, ger ett bättre skydd mot suicidalitet än andra. Därtill bör man lägga vikt på att undersöka huruvida socialt stöd har en indirekt effekt på suicidalitet genom bakomliggande processer, som i sin tur ökar skyddande faktorer (Kleiman & Liu, 2013). Detta är viktigt för att få en bättre förståelse för hur resiliens kan främjas bland utsatta barn och unga.

Avslutningsvis ger studiens resultat praktiska implikationer. Det är främst viktigt att öka medvetenheten om förekomsten av multipel utsatthet bland personal som arbetar med utsatta unga. Vidare är en samverkan mellan olika instanser på flera nivåer av största vikt för att kunna förebygga utsatthet och i längden suicidalitet. Den universella nivån utgörs av förebyggande arbete som riktar sig till alla, vid utsatthet kan detta vara att personal inom vård och skola informeras om vad utsatthet är och hur man bör agera vid misstanke om detta. På den selektiva nivån ges stöd till de grupper som identifierats ha en förhöjd risk, vid utsatthet kan det innebära att ge stöd till föräldrar med psykisk ohälsa (Jernbro & Landberg, 2020). Detta är av särskild vikt för att kunna förebygga multipel utsatthet, vars riskfaktorer funnits vara relaterade till svårigheter hos omsorgspersonen (Jernbro & Landberg, 2020; Kim et al., 2017). Slutligen ges på den indikativa nivån stöd till de som har utsatts, exempelvis i form av behandlingsprogram som Project Support och Parent Child Interaction Therapy (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2018). Vidare är det av vikt att i kliniskt arbete identifiera och arbeta med faktorer som potentiellt kan främja resiliens hos barn med erfarenhet av utsatthet, såsom att stärka förmågan att utveckla och bibehålla relationer, inte minst till jämnåriga (Afifi & MacMillan, 2011; Miller et al., 2013). Kliniker som möter utsatta unga bör också vara uppmärksamma på denna grupps förhöjda risk för suicidalitet, för att kunna screena för detta och fånga upp unga i ett tidigt skede (Duprey et al., 2022; Schönfelder et al., 2021).

Slutsatser

Föreliggande studie fann stöd för en kumulativ effekt av utsatthet på suicidalitet, där fler typer av utsatthet indikerades öka risken för passiv och aktiv suicidalitet. Detta går i linje med tidigare fynd på området som funnit att multipelt utsatta unga löper en högre risk för olika negativa konsekvenser, såsom suicidalitet. Socialt stöd från vänner hade en generellt dämpande effekt mot suicidalitet, dock inte för gruppen multipelt utsatta. Framtida forskning på området bör undersöka både kumulativ effekt av utsatthet och hur detta interagerar med allvarlighetsgrad samt skilja på suicidtankar, -planer och -försök som utfall. Vidare bör olika typer av socialt stöd från flera källor undersökas för att bättre kunna förstå dess skyddande effekt. Prevention på flera, med varandra samverkande nivåer är avgörande för förebyggandet av både utsatthet och suicidalitet.

Referenser

- Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 266–272. <https://doi.org/10.1177/070674371105600505>
- Ahouanse, R. D., Chang, W., Ran, H.-L., Fang, D., Che, Y.-S., Deng, W.-H., Wang, S.-F., Peng, J.-W., Chen, L., & Xiao, Y.-Y. (2022). Childhood maltreatment and suicide ideation: A possible mediation of social support. *World Journal of Psychiatry, 12*(3), 483–493. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i3.483>
- Altman, D. G., & Royston, P. (2006). The cost of dichotomising continuous variables. *BMJ: British Medical Journal, 332*.
- American Psychological Association. (u.å.). Suicidality. I *APA Dictionary of Psychology*. Hämtad 29 november 2022 från <https://dictionary.apa.org/suicidality>
- Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Association of childhood maltreatment with suicide behaviors among young people. *JAMA Network Open, 3*(8). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12563>
- Annerbäck, E.-M., Sahlqvist, L., Svedin, C. G., Wingren, G., & Gustafsson, P. A. (2012). Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden—Associations with health and risk behaviors. *Child Abuse & Neglect, 36*(7), 585–595. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.05.006>
- Areba, E. M., Taliaferro, L. A., Forster, M., McMorris, B. J., Mathiason, M. A., & Eisenberg, M. E. (2021). Adverse childhood experiences and suicidality: School connectedness as a protective factor for ethnic minority adolescents. *Children and Youth Services Review, 120*. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105637>
- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Oquendo, M. A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Estimating risk for suicide attempt: Are we asking the right questions? *Journal of Affective Disorders, 134*(1–3), 327–332. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.026>
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (2011). *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report*. Manual – Svensk version. Pearson Assessment.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 27*(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)

- Bommersbach, T. J., Rosenheck, R. A., Petrakis, I. L., & Rhee, T. G. (2022). Why are women more likely to attempt suicide than men? Analysis of lifetime suicide attempts among US adults in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders, 311*, 157–164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.096>
- Borg, E., & Westerlund, J. (2012). *Statistik för beteendevetare. Faktabok*. (3 uppl). Liber.
- Boson, K., Berglund, K., Wennberg, P., & Fahlke, C. (2016). Well-Being, mental health problems, and alcohol experiences among young Swedish adolescents: A general population study. *Journal for Person-Oriented Research, 2*, 123–134. <https://doi.org/10.17505/jpor.2016.12>
- Broberg, A., Almqvist, K., Risholm Mothander, P., & Tjus, T. (2015). *Klinisk barnpsykologi. Utveckling på avvägar*. (2 uppl). Natur & Kultur.
- Cheung, K., Taillieu, T., Turner, S., Fortier, J., Sareen, J., MacMillan, H. L., Boyle, M. H., & Afifi, T. O. (2017). Relationship and community factors related to better mental health following child maltreatment among adolescents. *Child Abuse & Neglect, 70*, 377–387. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.026>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.023>
- Ciairano, S., Rabaglietti, E., Roggero, A., Bonino, S., & Beyers, W. (2007). Patterns of adolescent friendships, psychological adjustment and antisocial behavior: The moderating role of family stress and friendship reciprocity. *International Journal of Behavioral Development, 31*(6), 539–548. <https://doi.org/10.1177/0165025407080573>
- Cicchetti, D., & Banny, A. (2014). A developmental psychopathology perspective on child maltreatment. I M. Lewis & K. D. Rudolph (Red.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (s. 723–741). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9608-3_37
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 8*(4), 597–600. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007318>
- Clemmons, J., Walsh, K., DiLillo, D., & Messman, T. (2007). Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child Maltreatment, 12*, 172–181. <https://doi.org/10.1177/1077559506298248>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98* (2), 310-357.
- Crosby, A. E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Duprey, E. B., Handley, E. D., Manly, J. T., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2021). Child maltreatment, recent stressful life events, and suicide ideation: A test of the stress sensitivity hypothesis. *Child Abuse & Neglect, 113*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104926>
- Duprey, E. B., Handley, E. D., Wyman, P. A., Ross, A. J., Cerulli, C., & Oshri, A. (2022). Child maltreatment and youth suicide risk: A developmental conceptual model and implications for suicide prevention. *Development and Psychopathology, 1–24*. <https://doi.org/10.1017/S0954579422000414>
- Esposito, C. L., & Clum, G. A. (2002). Social support and problem-solving as moderators of the relationship between childhood abuse and suicidality: Applications to a delinquent

- population. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 137–146.
<https://doi.org/10.1023/A:1014860024980>
- Evans, S. E., Steel, A., & DiLillo, D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: Does perceived social support play a buffering role? *Child Abuse & Neglect*, 37(11). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.005>
- Fallon, B., Trocmé, N., Fluke, J., MacLaurin, B., Tonmyr, L., & Yuan, Y.-Y. (2010). Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 34(1), 70–79. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.08.008>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS: (and sex and drugs and rock 'n' roll)*. (3 uppl). SAGE.
- Folger, S. F., & Wright, M. O. (2013). Altering risk following child maltreatment: Family and friend support as protective factors. *Journal of Family Violence*, 28(4), 325–337. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9510-4>
- Folkhälsomyndigheten. (2021). *Suicid bland barn i Sverige*. (Artikelnummer 21300). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a0631c7344be413bb4aa754d2770043e/suicid-bland-barn-sverige.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2022a). *Ökning av suicid bland unga vuxna 20-29 år*. (Artikelnummer 22208). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ebca89599b3b4a0da1718f482aecbf5b/okning-suicid-unga-vuxna-20-29-ar.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (6 september 2022b). *Statistik om suicid*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-forebygga-suicid/statistik-om-suicid/>
- Folkhälsomyndigheten. (14 september 2022c). *Statistik psykisk hälsa: Yngre vuxna 16-29år*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/statistik-om-ungas-psykiska-halsa/>
- Forster, M., Grigsby, T. J., Gower, A. L., Mehus, C. J., & McMorris, B. J. (2020). The role of social support in the association between childhood adversity and adolescent self-injury and suicide: Findings from a statewide sample of high school students. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(6), 1195–1208. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01235-9>
- Gerdner, A., & Allgulander, C. (2009). Psychometric properties of the Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire—Short Form (CTQ-SF). *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(2), 160–170. <https://doi.org/10.1080/08039480802514366>
- Gerdner, A., & Håkansson, A. (2022). Prevalence and comorbidity in a Swedish adolescent community sample – gambling, gaming, substance use, and other psychiatric disorders. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04218-1>
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Glaesmer, H. (2016). Assessing childhood maltreatment on the population level in Germany: Findings and methodological challenges. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0104-9>
- Gomez, S. H., Tse, J., Wang, Y., Turner, B., Millner, A. J., Nock, M. K., & Dunn, E. C. (2017). Are there sensitive periods when child maltreatment substantially elevates suicide risk? Results from a nationally representative sample of adolescents. *Depression and Anxiety*, 34(8), 734–741. <https://doi.org/10.1002/da.22650>
- Graham, J. W. (2009). Missing Data Analysis: Making It Work in the Real World. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 549–576. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085530>

- Hagborg, J. M. (2019). *Child maltreatment among young adolescents. Effects on mental health, academic functioning and substance use*. [Doktorsavhandling, Göteborgs universitet]. Göteborgs universitets publikationer - elektroniskt arkiv. <http://hdl.handle.net/2077/62461>
- Hagborg, J. M., Berglund, K., & Fahlke, C. (2018). Evidence for a relationship between child maltreatment and absenteeism among high-school students in Sweden. *Child Abuse & Neglect*, 75, 41–49. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.027>
- Hagborg, J. M., Kalin, T., & Gerdner, A. (2022). The Childhood Trauma Questionnaire—Short Form (CTQ-SF) used with adolescents – methodological report from clinical and community samples. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00443-8>
- Hagborg, J. M., Thorvaldsson, V., & Fahlke, C. (2020). Child maltreatment and substance-use-related negative consequences: Longitudinal trajectories from early to mid adolescence. *Addictive Behaviors*, 106. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106365>
- Harmer, B., Lee, S., Duong, T. vi H., & Saadabadi, A. (2022). Suicidal Ideation. *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2000). Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child Abuse Review*, 9(1), 6–18. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0852\(200001/02\)9:1<6::AID-CAR579>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0852(200001/02)9:1<6::AID-CAR579>3.0.CO;2-W)
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior*, 6(6), 547–578. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00030-6](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00030-6)
- Horan, J. M., & Widom, C. S. (2015). From childhood maltreatment to allostatic load in adulthood: The role of social support. *Child Maltreatment*, 20(4), 229–239. <https://doi.org/10.1177/1077559515597063>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), 356–366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Jaffee, S. R. (2017). Child Maltreatment and Risk for Psychopathology in Childhood and Adulthood. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 525–551. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005>
- Jernbro, C., & Janson, S. (2016). *Våld mot barn: En nationell kartläggning*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset. www.allmannabarnhuset.se
- Jernbro, C., & Landberg, Å. (2020). *Multiutsatta barn. Om barn som utsatts för flera typer av barnmisshandel*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset. www.allmannabarnhuset.se
- Jia, Z., Wen, X., Chen, F., Zhu, H., Li, C., Lin, Y., Xie, X., & Yuan, Z. (2020). Cumulative exposure to adverse childhood experience: depressive symptoms, suicide intentions and suicide plans among senior high school students in Nanchang city of China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph17134718>
- Joiner, T. (2005). *Why People Die By Suicide*. Harvard University Press.
- Kim, K., Mennen, F. E., & Trickett, P. K. (2017). Patterns and correlates of co-occurrence among multiple types of child maltreatment: Multiple types of child maltreatment. *Child & Family Social Work*, 22(1), 492–502. <https://doi.org/10.1111/cfs.12268>
- Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 540–545. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.033>

- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*, 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Lamis, D. A., Wilson, C. K., King, N. M., & Kaslow, N. J. (2014). Child abuse, social support, and social functioning in African American children. *Journal of Family Violence, 29*(8), 881–891. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9639-9>
- Lensch, T., Clements-Nolle, K., Oman, R. F., Evans, W. P., Lu, M., & Yang, W. (2021). Adverse childhood experiences and suicidal behaviors among youth: The buffering influence of family communication and school connectedness. *Journal of Adolescent Health, 68*(5), 945–952. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.08.024>
- Liu, J., Abidin, E., Vaingankar, J. A., Verma, S., Tang, C., & Subramaniam, M. (2022). Profiles of adverse childhood experiences and protective resources on high-risk behaviors and physical and mental disorders: Findings from a national survey. *Journal of Affective Disorders, 303*, 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.112>
- Liu, R. T., Bettis, A. H., & Burke, T. A. (2020). Characterizing the phenomenology of passive suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis of its prevalence, psychiatric comorbidity, correlates, and comparisons with active suicidal ideation. *Psychological Medicine, 50*(3), 367–383. <https://doi.org/10.1017/S003329171900391X>
- Miller, A. B., Adams, L. M., Esposito-Smythers, C., Thompson, R., & Proctor, L. J. (2014). Parents and friendships: A longitudinal examination of interpersonal mediators of the relationship between child maltreatment and suicidal ideation. *Psychiatry Research, 220*(3), 998–1006. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.10.009>
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., & Leichtweis, R. N. (2015). Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health, 56*(3), 286–292. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.265>
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismoore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review, 16*(2), 146–172. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0131-5>
- Miller, A. B., & Prinstein, M. J. (2019). Adolescent suicide as a failure of acute stress-response Systems. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*, 425–450. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095625>
- Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. (19 september 2022). *Själv mord i Sverige*. <https://ki.se/nasp/sjalvmord-i-sverige>
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry, 1*(1), 73–85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Otten, D., Ernst, M., Tibubos, A. N., Brähler, E., Fleischer, T., Schomerus, G., Wild, P. S., Zöller, D., Binder, H., Kruse, J., Johar, H., Atasoy, S., Grabe, H. J., Ladwig, K.-H., Münzel, T., Völzke, H., König, J., & Beutel, M. E. (2022). Does social support prevent suicidal ideation in women and men? Gender-sensitive analyses of an important protective factor within prospective community cohorts. *Journal of Affective Disorders, 306*, 157–166. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.031>
- Pallant, J. (2016). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis using IBM SPSS* (6 uppl). Gardners Books.
- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1993). Friendship and Friendship Quality in Middle Childhood: Links With Peer Group Acceptance and Feelings of Loneliness and Social Dissatisfaction. *Developmental Psychology, 29* (4).
- Polanco-Roman, L., Alvarez, K., Corbeil, T., Scorza, P., Wall, M., Gould, M. S., Alegría, M., Bird, H., Canino, G. J., & Duarte, C. S. (2021). Association of childhood adversities

- with suicide ideation and attempts in Puerto Rican young adults. *JAMA Psychiatry*, 78(8), 896–902. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0480>
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 801–813. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.004>
- Rubio, A., Oyanedel, J. C., Cancino, F., Benavente, L., Céspedes, C., Zisis, C., & Páez, D. (2020). Social support and substance use as moderators of the relationship between depressive symptoms and suicidal ideation in adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.539165>
- Sahle, B. W., Reavley, N. J., Li, W., Morgan, A. J., Yap, M. B. H., Reupert, A., & Jorm, A. F. (2022). The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(10), 1489–1499. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01745-2>
- Schönfelder, A., Rath, D., Forkmann, T., Paashaus, L., Lucht, L., Teismann, T., Stengler, K., Juckel, G., & Glaesmer, H. (2021). Child abuse and suicidality in the context of the Interpersonal Psychological Theory of Suicide: A network analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(4), 425–442. <https://doi.org/10.1111/bjc.12293>
- Sheehan, D. V. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59, 22–33.
- Sheehan, D. V. (2014). *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) Screen 7.0*. <https://harmresearch.org/product/mini-international-neuropsychiatric-interview-mini-screen-7-0-2-6/>
- Socialstyrelsen. (25 oktober 2019). *MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/mini-mini-international-neuropsychiatric-interview/>
- Socialstyrelsen. (2021). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* (Artikelnummer 2021-4-7339). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>
- Socialstyrelsen. (15 augusti 2022). *Suicid och suicidförsök*. Samlat Stöd För Patientsäkerhet. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varriskador/varriskador/suicid/>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2018). *Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för våld och försummelse. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter*. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/oppenvardsinsatser-for-familjer-dar-barn-utsatts-for-vald-och-forsummelse/>
- Stattin, H., & Kerr, M. (u.å.). *Codebook för programmet 11-18 år*. [Opublicerat manuskript].
- Su, Y., Meng, X., Yang, G., & D’Arcy, C. (2022). The relationship between childhood maltreatment and mental health problems: Coping strategies and social support act as mediators. *BMC Psychiatry*, 22(1), 359. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04001-2>
- Svedin, C. G., Landberg, Å., & Jonsson, L. (2021). *Unga, sex och internet efter metoo. Om ungdomars sexualitet och utsatthet för sexuella övergrepp och sexuell exploatering i Sverige 2020/2021*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset. www.stiftelsenallmannabarnhuset.se
- Thompson, R. A., & Goodvin, R. (2016). Social support and developmental psychopathology. I D. Cicchetti (Red.), *Developmental psychopathology: Risk, resilience, and intervention* (s. 50). John Wiley & Sons.

- Turner, H. A., & Colburn, D. (2022). Independent and cumulative effects of recent maltreatment on suicidal ideation and thoughts of self-harm in a national sample of youth. *Journal of Adolescent Health, 70*(2), 329–335. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.09.022>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review, 117*(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Vizard, E., Gray, J., & Bentovim, A. (2022). The impact of child maltreatment on the mental and physical health of child victims: A review of the evidence. *BJPsych Advances, 28*(1), 60–70. <https://doi.org/10.1192/bja.2021.10>
- Walker, E. A., Gelfand, A., Katon, W. J., Koss, M. P., Von Korff, M., Bernstein, D., & Russo, J. (1999). Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *The American Journal of Medicine, 107*(4), 332–339. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(99\)00235-1](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(99)00235-1)
- Walsh, W. A., Dawson, J., & Mattingly, M. J. (2010). How are we measuring resilience following childhood maltreatment? Is the research adequate and consistent? What is the impact on research, practice, and policy? *Trauma, Violence, & Abuse, 11*(1), 27–41. <https://doi.org/10.1177/1524838009358892>
- Wan, Y., Chen, R., Ma, S., McFeeters, D., Sun, Y., Hao, J., & Tao, F. (2019). Associations of adverse childhood experiences and social support with self-injurious behaviour and suicidality in adolescents. *The British Journal of Psychiatry, 214*(3), 146–152. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.263>
- Wang, Y.-R., Sun, J.-W., Lin, P.-Z., Zhang, H.-H., Mu, G.-X., & Cao, F.-L. (2019). Suicidality among young adults: Unique and cumulative roles of 14 different adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect, 98*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104183>
- Warmingham, J. M., Handley, E. D., Rogosch, F. A., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (2019). Identifying maltreatment subgroups with patterns of maltreatment subtype and chronicity: A latent class analysis approach. *Child Abuse & Neglect, 87*, 28–39. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.013>
- World Health Organization. (17 juni 2021). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization. (19 september 2022). *Child maltreatment*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>