

Unges sociale problemer i samspil eller isolerede problemer?

**Karin Helweg-Larsen
Helmer Bøving Larsen**

**Statens Institut for Folkesundhed
Syddansk Universitet
2010**

Unges sociale problemer, i samspil eller isolerede problemer?

Forandringens omveje og genveje

Delrapport

Karin Helweg-Larsen

Helmer Bøving Larsen

Juni 2010

Unge sociale problemer, i samspil eller isolerede problemer?

Karin Helweg-Larsen og Helmer Bøving Larsen

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København, juni 2010.

Gengivelse af uddrag, herunder tabeller, figurer og citater er tilladt med tydelig henvisning.

Print: Reproafdelingen, Københavns Universitet

Trykt udgave:

ISBN 978-87-7899-163-8

Elektronisk: 978-87-7899-164-5

Rapporten kan rekvireres ved henvendelse til

Statens Institut for Folkesundhed

Øster Farimagsgade 5 A, 2

1399 København K

Tlf.: +45 3920 7777

sif@si-folkesundhed.dk

FORORD

For nogle unge mennesker er ungdommen forbundet med problemer som misbrug af stoffer, seksuelle overgreb, selvmordsforsøg og anden selvskade. Problemerne kan give de unge vanskelige livsvilkår her og nu og øge deres risiko for marginalisering og sociale problemer i fremtiden.

Nærværende rapport formidler resultaterne af et delprojekt i en samlet kortlægning af unges sociale problemer og mulighederne for forebyggelse heraf. Projektet, Forandringens omveje og genveje, kobler forskning i årsager med en vurdering af de forebyggende og behandlende indsatser.

En forudsætning herfor er en beskrivelse af hvert af de tre problemer, stofmisbrug, seksuelle overgreb og selvskade, blandt unge og en vurdering af den samlede påvirkning af disse problemer på de unges psykosociale trivsel. Det har således været ønsket at vurdere de mulige årsager til sociale problems opståen, i hvilket omfang et givet forhold kan medføre problemer, om der er forhold (årsager), der oftest medfører den samme type af socialt problem hos de unge, og om der er risiko- og/eller beskyttende faktorer, der er henholdsvis fremmende og hæmmende for, at et givent forhold (en årsag) udvikler sig til et socialt problem.

Rapporten er baseret på to nylige, landsdækkende spørgeskemaundersøgelser blandt henholdsvis 15-16-årige og 16-24-årige i Danmark. Speciallæge, seniorforsker Karin Helweg-Larsen og lektor, cand. psych. Helmer B. Larsen er ansvarlige for de to spørgeskemaundersøgelser og dataanalyser og for sammenskrivningen af rapporten.

Servicestyrelsen har finansieret projektet og takkes herfor samt for indsigtsfulde kommentarer, der har beriget rapportens endelige udformning.

Henrik Brønnum-Hansen

Forskningsleder

Karin Helweg-Larsen

Projektleder

Forord.....	3
Sammenfatning	7
Hovedresultater.....	9
Resultaterne set i forhold til forebyggelse af selvskade	9
Baggrund.....	11
Tre sociale problemer – kontinuum eller isolerede problemer?	12
Definitioner	12
Seksuelle overgreb.....	13
Brug af euforiserende stoffer	13
Selvskadende adfærd.....	14
Risikofaktorer for selvskadende adfærd	16
Motiver til selvskadende adfærd	16
Genetiske og neurobiologiske aspekter.....	17
Psykologiske og kognitive karakteristika	17
Psykiatriske lidelser og selvskadende adfærd.....	17
Omsorgssvigt og overgreb	18
Sociale relationer	18
Datkilder.....	19
Skoleundersøgelse blandt 9. klasses elever.....	19
Metode	20
Praktisk tilrettelæggelse	21
Undersøgelsens temaer	22
Familie og sociale kontakter	22
Helbredsproblemer, sundhedsadfærd.....	22
Rusmiddelbrug	22
Seksuelle erfaringer	23
Uønskede seksuelle erfaringer med jævnaldrende	24
Seksuelle erfaringer med voksne	24
Psykisk trivsel, modstandskraft og selvskadende adfærd	25
Belastende oplevelser i det sidste år	27
9. klasses-undersøgelsens deltagere	29
Geografisk dækning	30
Deltagernes køn, alder og herkomst.....	32
Sprog, der tales i hjemmet.....	33
Familie.....	33
Forældre	33
Fortrolighed og samvær i familien.....	34
Konflikter i familien.....	35
Samvær ved måltider	36

Forældres kendskab til de unges fritidsliv	36
Skænderier mellem forældre	36
Alkoholproblemer i familien	36
Fritid	37
Undersøgelsen blandt 16-24-årige	39
Metode	39
Temaer	39
Selvskade, euforiserende stoffer og seksuel vold	39
De tre sociale problemer	41
Euforiserende stoffer	41
9. classes elevers brug af hash/marihuana	42
Andre euforiserende stoffer	43
16-24-åriges brug af euforiserende stoffer	44
Seksuelle overgreb	45
Uønskede seksuelle erfaringer med jævnaldrende (9. classes undersøgelsen)	45
Seksuelle kontakter med voksne (9.klasses undersøgelsen)	47
Uønskede seksuelle erfaringer med jævnaldrende og/eller seksuel kontakt med voksne (9.klasses undersøgelsen)	49
Strafbare overgreb og unges egen vurdering af overgreb	51
Gentagne overgreb	51
Seksuelle overgreb blandt 16-24-årige	52
Forskellige typer af overgreb	52
Seksuelle overgreb i og uden for kæresteforhold	53
Risikofaktorer for seksuelle overgreb	53
Euforiserende stoffer og seksuelle overgreb blandt de 16-24-årige	54
Psyriske problemer og seksuelle overgreb blandt 9. classes elever	55
Psyriske problemer og seksuelle overgreb blandt 16-24-årige	58
Selvskadende adfærd	60
Selv mordstanker og selvskade blandt 9. classes elever	61
Kønsforskelle	61
Aldersforskelle	62
Tanker om selv mord og selvskade	63
Fantasier om at skære i sig selv	64
Selvtilføjet skade ,	65
Selvskade/selv mordsforsøg blandt 16-24-årige	66
Køns- og aldersforskelle	66
Selv mordsforsøg og udsættelse for seksuelle overgreb	66
Sammenhænge mellem de tre problemtyper	68

PSYKOSOCIALE RISIKOFAKTORER	70
PSYKOSOCIALE FAKTORER og SELVSKADENDE ADFÆRD	71
PSYKOSOCIALE FAKTORER OG UDSÆTTELSE FOR SEKSUELLE OVERGREB	74
PSYKOSOCIALE FAKTORER OG SELVRAPPORTERET STOFMISBRUG	77
<i>Vægten af de påviste risikofaktorer.....</i>	80
Seksuelle overgreb og selvskadende adfærd.....	81
Seksuelle overgreb og stofmisbrug.....	81
Selvskadende adfærd og stofmisbrug.....	81
Er der en særlig psykosocial profil for unge med sociale problemer?	82
<i>Sammenhænge mellem depression og selvskadende adfærd</i>	83
Forekomsten af depression	83
Depression og selvskadende adfærd.	84
<i>Konklusioner</i>	86
<i>Litteratur</i>	87
<i>Appendiks 1.</i>	91

SAMMENFATNING

Projektet Forandringens Omveje og Genveje har som overordnet formål at bidrage til afhjælpning af unges sociale problemer i videns- og evidensbaseret 'best practice' og at skabe nye (gen)veje til forandring. En forudsætning herfor er at kortlægge omfanget og karakteren af unges sociale problemer, samspillet mellem disse og hvilke beskyttende faktorer og risikofaktorer, der påvirker unges adfærd.

Der har inden for de seneste år været stor opmærksomhed på en stigende forekomst af selvskadende adfærd specielt blandt unge piger, en mulig stigning i andelen af unge, der misbruger stoffer, og på unges risiko for at blive udsat for seksuelle overgreb. Det er sandsynligt, at der kan være en sammenhæng mellem disse tre problemer eller adfærdsmønstre, og det har derfor været ønsket at beskrive forekomsten af selvmordstanker, ønsker om at skade sig selv og selvskadende adfærd blandt unge i forhold til deres risiko for seksuelle overgreb og deres brug af forskellige former for rusmidler.

De tre problemer, rusmidler, seksuelle overgreb og selvskade, adskiller sig i høj grad. Forsøg med eller jævnligt brug af rusmidler i den tidlige ungdom er en aktiv handling, et tilvalg af en livsstil, der ikke behøver at være eller sjældent er udtryk for psykosociale problemer hos den enkelte unge; men som kan medføre sådanne problemer ved regelmæssigt brug.

Udsættelse for seksuelle overgreb er derimod ikke et aktivt tilvalg. Men de unges valg af omgangskreds og især af kæreste/datingpartner har stor betydning for, hvilken karakter deres tidlige seksuelle erfaringer får, dvs. om disse opleves som noget, der sker mod egen vilje, eller som en ønsket oplevelse på egne vilkår.

At udsætte sig for selvskade eller overveje selvmord kan være udtryk for et ønske om at undslippe en belastende/uudholdelig indre tilstand og/eller straffe sig selv for en skamfuld begivenhed. Unge med selvskadende adfærd udtrykker tit en ambivalent holdning til motiverne bag adfærden; men der synes ofte at være alvorlige psykiske problemer eller manifest psykisk lidelse bag handlingerne.

I nærværende rapport beskriver vi ud fra unges egne udsagn omfanget og karakteren af de tre problemer blandt ungdom i Danmark og vurderer, i hvilken grad problemerne sameksisterer, og hvorvidt forekomsten er påvirket af de samme faktorer og har ensartet relation til de unges psykosociale forhold.

I Danmark og i mange andre lande er der politisk taget initiativ til en indsats mod seksuelle overgreb mod børn. Unge oplyses om faren ved gennem hashmisbrug at blive afhængig af stærkere narkotika, og der er gennemført forskellige tiltag med sigte på at forebygge selvmordsforsøg blandt unge. Disse tiltag er overordnet kendetegnet ved, at de ikke sammenkæder social udsættelse med risikoen for overgreb og egen risikoadfærd. Vi vil i nærværende rapport søge at vurdere, hvorvidt der faktisk er tale om en velafgrænset gruppe af unge, der er i særlig risiko for overgreb, stofmisbrug og selvskade –

eller om denne adfærd i lige så høj grad forekommer blandt unge, der ikke kan beskrives som 'socialt udsatte'.

Vi har haft mulighed for at vurdere denne problemstilling ud fra en spørgeskemaundersøgelse blandt knap 4.000 elever i 9.klasse, der er gennemført i 2008, og inddrager også data fra en undersøgelse i 2007 blandt ca. 2.000 unge i alderen 16-24 år.

Rapporten gennemgår de enkelte problemstillinger hver for sig og beskriver den talmæssigt meget lille gruppe unge, der rapporterer alle tre 'sociale' problemer. Vi sætter i særlig grad fokus på sammenhænge mellem udsættelse for seksuelle overgreb og selvrapporteret selvskadende adfærd, dvs. betragter selvskade som et udtryk for betydelig psykosocial mistrivsel.

HOVEDRESULTATER

Blandt de yngste i vores undersøgelse, dvs. 9. klasses elever i 15-16-års alderen, er sammenfaldet mellem de tre problemtyper meget lille. Der deltog knap 4.000 i undersøgelsen, og det er kun 29 af de unge, der rapporterer alle tre problemer, heraf 24 piger og 5 drenge. Det svarer til 1,2 pct. af pigerne og 0,3 pct. af drengene.

Der er en større andel af pigerne, der både har oplevet seksuelle overgreb og haft selvskadende adfærd, i alt 6,6 pct., mod kun 0,7 pct. af drengene.

Seksuelle overgreb eller udsættelse for seksuel vold synes at være en risikofaktor for selvskadende adfærd både blandt de helt unge og blandt de 16-24-årige.

Det er et lille mindretal af de 15-16-årige, der har prøvet/brugt euforiserende stoffer, lidt under 5 pct. af drengene og 3 pct. af pigerne i 9. klasse. Blandt 16-19-årige unge mænd og kvinder har ca. 1 pct. et jævnligt forbrug af euforiserende stoffer (taget stoffer 10 gange eller mere den seneste måned), men blandt 20-24-årige rapporterer en lavere andel af kvinderne, 0,6 pct., et sådant forbrug mens der er en lidt større andel af mænd med jævnligt forbrug, 1,4 pct.

Brug af euforiserende stoffer ser hverken ud til at være en markant risikofaktor for seksuelle overgreb eller at have sammenhæng med selvskadende adfærd i de to undersøgte aldersgrupper.

Selvskadende adfærd er hyppigst blandt piger og unge kvinder, men synes at aftage med alderen. Mens 12 pct. af 16-19-årige angiver nogensinde at have forsøgt at tage sit eget liv, angives det 'kun' af knap 7 pct. af de 20-24-årige.

Der er markant sammenhæng mellem depression og en række psykosociale risikofaktorer/beskyttende faktorer og selvskadende adfærd. Men – disse risikofaktorer synes i højere grad at påvirke ikke-deprimerede unge i retning af selvskadende adfærd. Det kan tydes som, at depression er en overvejende risikofaktor for selvskadende adfærd og derfor overskygger betydningen af andre mulige risikofaktorer.

Blandt de 15-16-årige er køn, dvs. større forekomst blandt piger end drenge, og symptomer på ADHD gennemgående risikofaktorer for forekomsten af alle tre problemer.

RESULTATERNE SET I FORHOLD TIL FOREBYGGELSE AF SELVSKADE

Der er ikke overraskende påvist markant sammenhæng mellem symptomer på depression og selvskadende adfærd. Forebyggelse af selvmordsforsøg og anden selvskadende adfærd bør derfor tage udgangspunkt heri og medinddrage den kombination af risikofaktorer/beskyttende faktorer, som undersøgelsen har peget på.

Det er et vigtigt resultat af undersøgelsen, at selvskade ikke er et generelt problem blandt unge, men først og fremmest forekommer blandt unge med depression. Forebyggelse bør derfor rettes mod denne gruppe af unge og mod de risikofaktorer, der synes at påvirke også ikke-deprimerede unge. Det

omfatter sociale relationer både i hjem og skole. I hjemmet er det først og fremmest vold og dertil knyttet manglende fortrolighed med forældre, der har betydning. I samfundet er isolation pga. dårligt forhold til skolekammerater ligeledes en vægtig risikofaktor.

De aktuelle tiltag i folkeskolen mod mobning og de landsdækkende initiativer mod vold i familien og vold i unges kæresteforhold kan antages at være værdifulde forebyggelsesinitiativer også i forhold til unges selvskadende adfærd.

I overensstemmelse med resultater fra bl.a. New Zealand kan der derimod ikke anbefales generelle oplysningskampagner om selvskade (1).

Der er tidligere peget på betydningen af, at børn og unge tidligt lærer om den normale seksuelle udvikling, om kropssignaler og om deres egne seksuelle rettigheder med henblik på at styrke deres muligheder for selv at trække egne grænser og respektere andres grænser for seksuelt samkvem. Undervisning herom i folkeskolen indgik som en anbefaling i Regeringens Handlingsplan til bekæmpelse af seksuelt misbrug af børn i 2003. Men der er endnu ikke igangsat obligatorisk, landsomfattende skoleundervisning i dette tema, således som vi har beskrevet i en undersøgelse. Det har vi beskrevet i en undersøgelse, der indgår som en del af nærværende samlede projekt, 'Forandringens omveje og vildveje', der samlet vurderer mulighederne for forebyggelse af sociale problemer blandt unge i Danmark (2).

BAGGRUND

Inden for de seneste år har der i Danmark været betydelig opmærksomhed på børns og unges risiko for at blive udsat for seksuelle overgreb. Der blev i starten af 2000-tallet fra Regeringens side taget initiativ til en udredning af problemets omfang og karakter (3-6), og der blev igangsat en række initiativer for at forebygge overgreb og følgerne af overgreb (7;8). Der blev som følge af disse initiativer etableret et tværfagligt og tværinstitutionelt forskningsnetværk om seksuelle overgreb mod børn (9), som bl.a. har udgivet en antologi om problemet (10).

Der er siden slutningen af 1990'erne blevet publiceret en række danske rapporter og internationale artikler, der har beskrevet forskellige aspekter af problemstillingen. Det er gennemgået i en delrapport i det aktuelle forskningsprojekt (2). De sociale og de sundhedsmæssige aspekter af seksuelle overgreb på børn og unge varetages i særlig grad af SISO, center for sociale indsats over for seksuelle overgreb, og af centre i sygehusvæsenet. Der arbejdes aktuelt for at etablere 'børnehuse', dvs. centre hvor de efterforskningsmæssige, behandlingsrelaterede og forebyggende tiltag over for barn og familie kan samles et enkelt sted. Der er i mange kommuner etableret tværfaglige ekspertgrupper, der behandler underretninger til de sociale myndigheder om mulige seksuelle overgreb mod børn. Den nyligt vedtagne 'Barnets Reform' understreger værdien af tværsektorielt og tværkommunalt samarbejde med henblik på tidlig indsats over for omsorgssvigt og overgreb mod børn.

Der er inden for de seneste ti år opbygget en solid tværfaglig kompetence, der øger muligheden for forebyggelse og tidlig indgriben over for seksuelle overgreb mod børn og unge. Vi har tidligere ud fra unges egne udsagn i spørgeskemaundersøgelser kortlagt en række risikofaktorer og beskyttende faktorer mod overgreb og beskrevet de mulige følger af overgreb (11). Disse resultater indgår i Regeringens første Handlungsplan til bekæmpelse af seksuelt misbrug af børn (7). Der har her været fokus på seksuelle overgreb og ikke på den mulige sameksistens mellem udsættelse for seksuelle overgreb, brug af euforiserende stoffer og selvskadende adfærd.

Unge brug og afhængighed af euforiserende stoffer har i en lang årrække været betragtet med stor bekymring. I det samlede projekt om forebyggelse af sociale problemer blandt unge indgår der en række undersøgelser, der belyser de aktuelle forebyggelses og behandlingsmuligheder i Danmark¹.

Selvskadende adfærd blandt unge piger, herunder cutting og indtag af svage smertestillende lægemidler har inden for de seneste 5-6 år hyppigt givet anledning til avisoverskrifter. Der rapporteres om et stigende antal skadestuekontakter pga. handlinger, der tolkes som selvmordsforsøg. Center for Selvmordsforskning blev oprettet i 1989 og blev i 1999 en selvejende institution under socialministeriet og har som kommissorium at drive forskning i selvmordsadfærd og derigennem bidrage til forebyggelse.

¹ Pedersen MU, Vind L og Bækbøl M. 13-17-årige piger der misbruger rusmidler og den behandling de

Centret udgiver statistik over selvmord baseret på Sundhedsstyrelsens dødsårsagsstatistik og en statistik over skadestuekontakter i Fyn, hvor kontaktårsagen skønnes at være selvmordsforsøg. Denne statistik baseres på de enkelte sygehuses indberetning af kontakter vedrørende selvskade og en gennemgang af skadestuejournaler. Centret udgiver populærvidenskabelig information om problemet, selvmord og selvmordsforsøg, tilbyder undervisning i skoler, og afholder en række konferencer og seminarer hvert år om forskellige problemstillinger, der antages at have betydning for selvmordshandlinger (www.selvmordsforskning.dk).

TRE SOCIALE PROBLEMER – KONTINUUM ELLER ISOLEREDE PROBLEMER?

Der er, som beskrevet, relativ bred forskning og en forebyggelsesindsats over for hvert af de tre problemer, men der er relativ sparsom viden om det mulige samspil mellem disse tre problemer, der kan belaste unges hverdag og begrænse de unges muligheder for psykisk trivsel og udvikling.

Vi mener a priori ikke, at de tre problemer kan sidestilles, at de på nogen måde udgør et kontinuum, eller at udsættelse for seksuelle overgreb i sig selv udgør en alvorlig risikofaktor for selvskadende adfærd og/eller afhængighed af euforiserende stoffer. Men vi anser det for sandsynligt, at sociale faktorer har betydning for, at nogle unge er i særlig risiko for at blive udsat for overgreb, for at blive afhængige af stoffer og for selvskadende adfærd.

Vi forsøger ud fra unges egne svar at belyse i hvilken grad der er sammenhæng mellem de tre faktorer, og hvorvidt det er muligt at identificere de unge, der er i særlig risiko, med henblik på en generel forebyggende indsats over for hvert af de tre problemer og en særlig målrettet indsats over for de unge, der er i risiko for alle tre sociale problemer.

Mange unge mennesker tænker på et eller andet tidspunkt i deres liv på at begå selvmord eller gøre skade på sig selv på anden vis. En del skærer i sig selv, men ikke for at begå selvmord, mens langt færre forsøger at begå selvmord. Af dem vil et meget lille mindretal dø, enten med vilje eller som følge af tilfældige omstændigheder. Der er således et vist kontinuum i selvskadende adfærd, men der er to punkter, hvor der ikke er kontinuitet. For det første er det kun et mindretal af dem, der tænker på at begå selvmord, som rent faktisk foretager sig noget risikabelt. For det andet er der grund til at skelne mellem de unge, der skader sig selv en enkelt gang, og de unge, der foretager gentagne selvskadende handlinger.

DEFINITIONER

De tre 'sociale problemer' har ikke en entydig definition. Seksuelle overgreb mod børn omfatter strafretligt enhver seksuel kontakt mellem en voksen og et barn under 15 år, inklusive ikke-fysiske kontakt som fx beluring, blotteri og verbal seksuel chikane – og definitionen behøver ikke at være dækkende for, hvad der er et barns egen vurdering af en 'seksuel krænkende handling' eller hvad unge oplever som seksuelle handlinger mod deres vilje.

Tilsvarende kan euforiserende stoffer som socialt problem være vanskeligt definerbar: drejer det sig om kortvarig og/eller enkeltstående afprøvning af stoffer eller langvarigt, regelmæssigt brug af eufori-

serende stoffer, der hæmmer den unge i sociale kontakter og medfører psykosociale trivselsproblemer?

Selvskadende adfærd kan inkludere selvmordstanker, fantasier om at skære i sig selv eller på anden måde gøre sig selv skade, faktisk at have tilføjet sig selv skade, forsøgt selvmord eller være død som følge af selvmordshandling. Det omfatter således meget forskellige typer af adfærd. Der er næppe nogen person, som aldrig har tænkt på selvmord som en mulighed i en akut krise, som fx kærestesorg, svær sygdom, tab eller andre belastende levevilkår, men uden på nogen måde at have effektueret tanken. At tilføje sig selv skade er heller ikke veldefineret. Det kan strække sig fra fx at drikke sig overmåde beruset til at springe ud foran et tog i beruselse eller med henblik på selvmord. Der kan være kønsforskelle i unges opfattelse af selvskade og omgivelsernes definition heraf. Blandt drenge kan en udtalt risikoadfærd, som fx motorvæddeløb, udspring mm der medfører skader, opfattes som en uheldig bivirkning til vovemod, mens risikoadfærd blandt piger ofte har en anden karakter og opfattes som bevidst selvskadende adfærd.

SEKSUELLE OVERGREB

Den strafferetlige definition på seksuelle overgreb mod børn er enhver seksuel relation mellem et barn under 15 år og en voksen (dvs. person over den strafpligtige alder). Det omhandler både seksuelle relationer uden fysisk berøring, relationer med seksualiseret fysisk berøring og forsøg på eller fuldbyrdet samleje.

Der anmeldes årligt i Danmark ca. 500 forskellige typer af seksuelle overgreb på børn, hovedparten omhandler blufærdighedsovergreb, ca. 50 incest, dvs. blodskamsforhold, mindre end 50 samleje/voldtægt og resten forskellige former for fysisk berøring men uden fuldbyrdet samleje.

I nærværende undersøgelse defineres seksuelle overgreb dels i forhold til jævnaldrende, som en seksuel handling mod den unges vilje – mens enhver seksuel erfaring med en person, der mindst var fem år ældre end den unge/barnet, defineres som et seksuelt overgreb, uanset de unges egen vurdering heraf. Børns og unges egen vurdering af, hvad der er et seksuelt overgreb, adskiller sig i nogen grad fra straffelovens. I vores tidligere undersøgelser var der knap 16 pct. af 15-16-årige piger og 7 pct. af drenge, der rapporterede seksuelle erfaringer inden 15 års alderen, der ville være strafbare ifølge lovens definition. Men det var kun 4,5 pct. af pigerne og 1 pct. af drengene, der selv vurderede, at de havde været udsat for et seksuelt overgreb (4).

BRUG AF EUFORISERENDE STOFFER

Mange, måske flertallet af unge, afprøver på et eller andet tidspunkt hash/marihuana eller andre euforiserende stoffer. Men det er relativt få, der har et jævnligt forbrug af disse stoffer.

Vi har i de to spørgeskemaundersøgelser, der ligger til grund for nærværende undersøgelse, spurgt konkret om brug af forskellige typer af euforiserende stoffer inden for en afgrænset periode, og definerer herudfra brug af stoffer.

SELVSKADENDE ADFÆRD

Selvordstanker kan defineres som tanker om at ønske at foretage en selvskadende handling eller selvmord, planer om hvornår, hvor og hvordan handlingen skal udføres, og ikke mindst tanker om hvordan andre vil reagere på ens selvskadende handling eller selvmord.

Fantasier om at skære i sig selv afgrænses i nærværende undersøgelse ud fra et enkelt spørgsmål om, hvorvidt den unge har haft lyst til at skære i sig selv, og hvorvidt dette har været *'lidt'*, *'ret meget'* eller *'virkelig meget'*.

Selvskadende adfærd kan defineres som enhver form for ikke-dødelig forgiftning, eller selvbeskadigelse (skære i sig selv, tage en overdosis, selvstrangulering, løbe ud foran en bil) uanset om den unge ønsker at dø eller ej. Som det vil fremgå af vores resultater synes der at være kønsforskelle i opfattelsen af, hvad der er selvskadende adfærd.

Selvordsforsøg er en handling udført af et individ med den mere eller mindre bevidste hensigt at ville berøve sig selv livet, men som mislykkes, enten på grund af indgriben udefra eller på grund af anvendelse af inadækvate midler (12).

Selvord defineres som en handling med dødelig udgang, som afdøde med viden eller forventning om dødeligt udfald havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde den ønskede forandring (13).

Der registreres i Danmark årligt ca. 10 selvmord blandt 15-19-årige, heraf 4 blandt unge kvinder. Antallet af selvmordsforsøg kan ikke angives med samme nøjagtighed. Dels vil en lang række *'selvmordsforsøg'* ikke medføre kontakt med sundhedsvæsenet, dels er registreringen af sygehuskontakter pga. selvmordshandlinger mangelfuld. Sådanne kontakter registreres med kontaktårsagskode selvmord/selvskade, dvs. der skelnes ikke mellem bevidst indtagelse af fx lægemidler mhp. selvmord og at have tilføjet sig selv overfladiske snitsår, der ikke ville kunne forventes at medføre død (14). Center for Selvmordsforskning refererer alene til sygehuskontakter i Fyn og rapporterer i 2007 i alt 92 sygehuskontakter pga. selvmordsforsøg, svarende til 43 pr. 10.000 unge under 20 år.

I de seneste år er der i hele Danmark årligt registreret 694 kvinder og 119 mænd i alderen 15-19 år med forgiftning med svage smertestillende lægemidler som årsag til sygehuskontakten, blandt disse er 272 kvinder og 42 mænd registreret med selvmord/selvskade som kontaktårsag. Det viser en betydelig usikkerhed i klassifikationen af den grundlæggende kontaktårsag, dvs. hvorvidt sygehuskontakten skyldes sygdom, ulykke, vold, selvskade/selvord eller følger af skade.

Hvis alle forgiftninger med svage lægemidler betragtes som selvskadende adfærd, er prævalensen blandt 15-16-årige af sådanne handlinger 6,7 pr. 10.000 for mænd og 40,8 pr. 10.000 for kvinder.

SELMORDSTANKER

Skolebørnsundersøgelser har påvist en relativ høj forekomst af tanker om at gøre sig selv skade. En britisk undersøgelse refererer, at 15 pct. af 6.020 elever i 8-9.klasse havde tænkt på at gøre skade på sig selv i det forløbne år, men uden at gøre alvor af tankerne, og at forekomsten var højst blandt piger, 22 pct. mod 13 pct. blandt drenge. Omtrent halvt så mange piger havde tilføjet sig selv skade, 11 pct., og kun 3 pct. af drengene (15). Undersøgelsen indgik i det europæiske forskningsprojekt, CASE, og der

blev i Norge fundet omtrent samme prævalens af tanker om selvskade og faktisk at have tilføjet sig selv skade (16) . Der rapporteres omtrent samme forekomst af selvmordsforsøg inden for det seneste år blandt 9-13-årige skoleelever i New Zealand (17).

Der er rapporteret om endnu højere tal for selvmordsforsøg blandt et repræsentativt udsnit af 9. klasser elever i Grønland. De unge blev spurgt om de nogensinde alvorligt havde tænkt på at begå selvmord, og om de havde forsøgt at begå selvmord. Her havde 33 pct. af pigerne og knap 11 pct. af drengene forsøgt selvmord (18)

ETNISKE FORSKELLE

Der er etniske forskelle i hyppigheden af selvskadende adfærd blandt unge. I en tidligere udredning af kontaktmønsteret til psykiatrien i Danmark blandt unge af forskellig herkomst påviste vi markant højere forekomst af sygehuskontakter pga. selvskade/selvordsforsøg blandt 15-24-årige med ikke-dansk herkomst, dvs. internationalt adopterede og efterkommere af indvandrere, og en lidt højere forekomst blandt førstegenerations indvandrerkvinder. Der var mindre forskelle blandt mænd af forskellig herkomst (19).

RISIKOFAKTORER FOR SELVSKADENDE ADFÆRD

Idet vi betragter selvmordsforsøg og anden selvskadende adfærd som de mest vidtgående eller alvorlige af de tre problemer, der beskrives i nærværende rapport, har vi i særlig grad analyseret de mulige risikofaktorer herfor og taget udgang i resultaterne af en række tidligere studier om de mulige faktorer, der går forud for unges selvskadende adfærd.

MOTIVER TIL SELVSKADENDE ADFÆRD

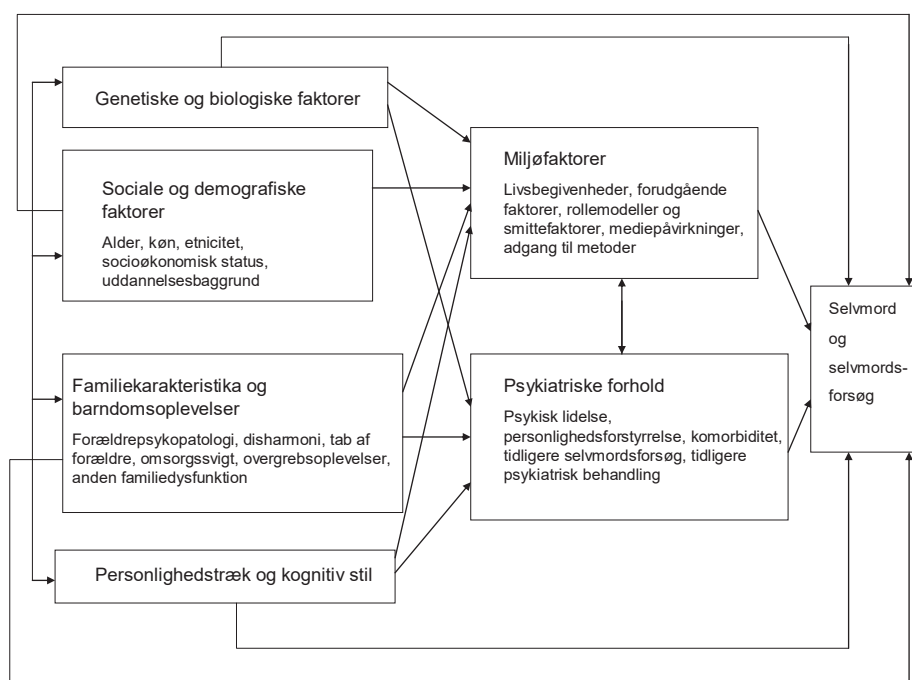
Der kan være mange forskellige grunde til, at en ung foretager en selvskadende handling. Nogle unge føler de er i en håbløs situation, eller de har brug for at kommunikere til omverdenen, hvor slemt de har det. Hvis en ung tager en betydelig overdosis smertestillende lægemidler, vil der kunne være et ønske om at dø, mens en ung der snitter sig overfladisk på oversiden af underarmen, ikke kan forvente at dø af denne handling, men måske ønsker at slippe væk fra en uudholdelig indre tilstand og/eller straffe sig selv for en eller anden skamfuld begivenhed (20;21).

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

I de senere år er der sket en stigning i antallet af rapporterede tilfælde af unge, der snitter eller skærer i sig selv uden at have bevidste ønsker om at dø (cutting), og nogle mener, at der er grund til at skelne mellem disse unges motiver i forhold til motiverne bag andre former for selvskadende adfærd (22). Hypotesen er, at gentagne tilfælde af snitten eller skæren i sig selv tjener til at reducere uudholdelige følelser af vrede eller spænding eller omvendt komme ud af en tomhedsfølelse. Andre forskere har dog fundet, at unge, der snitter eller skærer i sig selv, har en markant forøget risiko for senere at begå selvmord (23). Cutting kan derfor formentlig opfattes som en manifestation på alvorlige psykiske problemer på lige fod med de andre former for selvskadende adfærd blandt unge.

Der er udviklet en model (24), hvor selvskadende adfærd ses som slutresultatet på en række negative livsbegivenheder, (25-28), og hvor de forskellige risikofaktorer tilsammen virker som tilskyndelser eller plausible grunde til at foretage selvskadende handlinger (figur 1). Der er tale om en stress-diathese model, hvor genetiske og temperamentsmæssige faktorer i samspil med tidlige miljøpåvirkninger gør nogle individer særligt sårbare over for senere stresspåvirkninger.

Figur 1. Model over risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøg (efter Beautrais(29))



GENETISKE OG NEUROBIOLOGISKE ASPEKTER

Flere undersøgelser har påvist familiær ophobning af selvskadende adfærd, som kan være betinget af genetik via neurobiologiske transmittorer (30). Der er markant sammenhæng mellem skizofreni og selvmordshandlinger (31;32).

PSYKOLOGISKE OG KOGNITIVE KARAKTERISTIKA

De forvrængede tankeprocesser, der karakteriserer deprimerede personer, passer formentlig i de fleste tilfælde på unge, der foretager selvskadende adfærd, alene af den grund, at depression og selvskadende adfærd hænger tæt sammen. Typiske former for forvrænget tænkning er:

- Håbløshed
- Sort-hvid tænkning
- Det bliver ikke bedre i fremtiden
- Jeg kan ikke selv påvirke udviklingen

En række personlighedstræk kan ligeledes spille en rolle i forhold til selvskadende adfærd, herunder impulsivitet, aggressivitet og neuroticisme (33).

PSYKIATRISKE LIDELSER OG SELVSKADENDE ADFÆRD

Der er en markant sammenhæng mellem psykisk lidelse og selvskadende adfærd, men selvskadende adfærd er ikke altid udtryk for en psykisk lidelse. Affektive lidelser såsom depression spiller formentlig

den største rolle, specielt i kombination med stofmisbrug. Det rapporteres, at unge med depressive symptomer, selv uden at de opfylder kriterierne for en depressionsdiagnose, har en lige så høj risiko som unge med en depressionsdiagnose (34). Angst kombineret med depression forstærker i særlig grad risikoen for selvmordshandlinger (35).

Antisocial adfærd er en risikofaktor for selvskadende adfærd, mest udpræget for piger. Måske er forklaringen på denne kønsforskel, at de fleste piger med antisocial adfærd efterhånden udvikler depression med deraf følgende selvmordstanker, mens adfærdsvanskelige drenge i voksenalderen udvikler andre former for vanskeligheder.

OMSORGSSVIGT OG OVERGREB

Der er påvist en række faktorer i forældre-barn relationerne som øger risikoen for selvmord og selvmordsforsøg blandt børn og unge, specielt mangelfuld forældreomsorg og manglende fortrolighed mellem den unge og forældrene, og der er sammenhænge mellem selvmordsforsøg og fysiske og seksuelle overgreb i barndommen (36-40).

SOCIALE RELATIONER

Kammeratrelationer har stor betydning for unges trivsel omkring puberteten. En gennemgang af de populationsbaserede undersøgelser af unges selvskadende adfærd har påvist, at forekomsten af selvmordstanker og selvmordsforsøg øgedes både blandt drenge og piger, hvis de havde en kammerat, som havde forsøgt selvmord inden for det sidste år. I Grønlandsundersøgelsen kendte 91 pct. af de elever, der havde forsøgt at begå selvmord, nogen der havde begået selvmord (18).

Skolebørn med faglige vanskeligheder ser ikke overraskende ud til at have højere forekomst af selvskadende adfærd end skolebørn uden sådanne vanskeligheder (41;42).

DATAKILDER

Vi har haft mulighed for ud fra to forskellige datakilder at belyse vægten af en række af de faktorer, der i tidligere studier er beskrevet at have betydning for unges risiko for seksuelle overgreb, selvskadende adfærd og stofmisbrug.

De aktuelle analyser og beskrivelsen af omfanget af seksuelt misbrug, selvskadende adfærd og brug af euforiserende stoffer blandt unge i Danmark er hovedsageligt baseret på data indhentet gennem en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt 15-16-årige elever i 9. klasse suppleret med data fra en Internetbaseret undersøgelse blandt et repræsentativt udsnit af 16-24-årige, gennemført henholdsvis i 2008 og 2007.

SKOLEUNDERSØGELSE BLANDT 9. KLASSES ELEVER

I starten af 2000-tallet forelå der kun sparsom viden om unges risiko for seksuelle overgreb. Politianmeldte overgreb og sygehuskontakter på mistanke om overgreb mod børn og unge kunne afdækkes via registerdata og gennem politirapporter (6), men der manglede aktuelle og repræsentative befolkningsundersøgelser. Det blev vurderet, at den bedste viden kunne opnås gennem en skolebaseret spørgeskemaundersøgelse blandt elever i folkeskolens ældste klasser, dvs. blandt 15-16-årige unge.

Der er en række etiske og retslige problemstillinger ved, at ikke-myndige unge selv tager stilling til at deltage i en undersøgelse, der omfatter følsomme emner såsom seksuelle overgreb og selvskade. Forudsætningerne for at gennemføre en undersøgelse blandt 9. klasses elever blev belyst i en pilotundersøgelse på fem folkeskoler i 2001 og gennem information fra de relevante danske myndigheder. Det blev herved påvist, at der ikke er specifikke regler eller retslige forbehold mod at gennemføre en undersøgelse blandt umyndige unge, forudsat at en række etiske hensyn tilgodeses, bl.a. at de deltagende elever tydeligt bliver informeret om undersøgelsens temaer, og at undersøgelsen er anmeldt og accepteret af en videnskabsetisk komite og naturligvis som en forudsætning kan anbefales af de deltagende skoler. Disse forudsætninger er beskrevet i en sammenfattende rapport og i internationale artikler (4;43-45).

Forudsætningerne for at gennemføre en undersøgelse blandt 9. klasses elever har været:

- At eleverne ved undersøgelsens start kunne tage stilling til at deltage
- At elevernes anonymitet har været sikret og gjort klart for den enkelte
- At information om undersøgelsens enkelte temaer blev præsenteret forud for de forskellige temaer og at eleven kunne springe videre til næste tema, hvis de ønskede. Det vil sige, at spørgeskemametoden sikrede, at de enkelte elever ikke blev præsenteret for spørgsmål, som de ikke ønsker at besvare.

- At der blev tilbudt rådgivning og psykologisk støtte under og efter deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen
- At spørgeskemametoden tog hensyn til elevernes forskellige niveauer af læsefærdigheder, og at formuleringen af spørgsmål om følsomme emner var acceptable for den unge og skolen.

Disse krav er indfriet i det undersøgelsesdesign, der er anvendt i 9.klasses undersøgelserne i 2002 og 2008 (43).

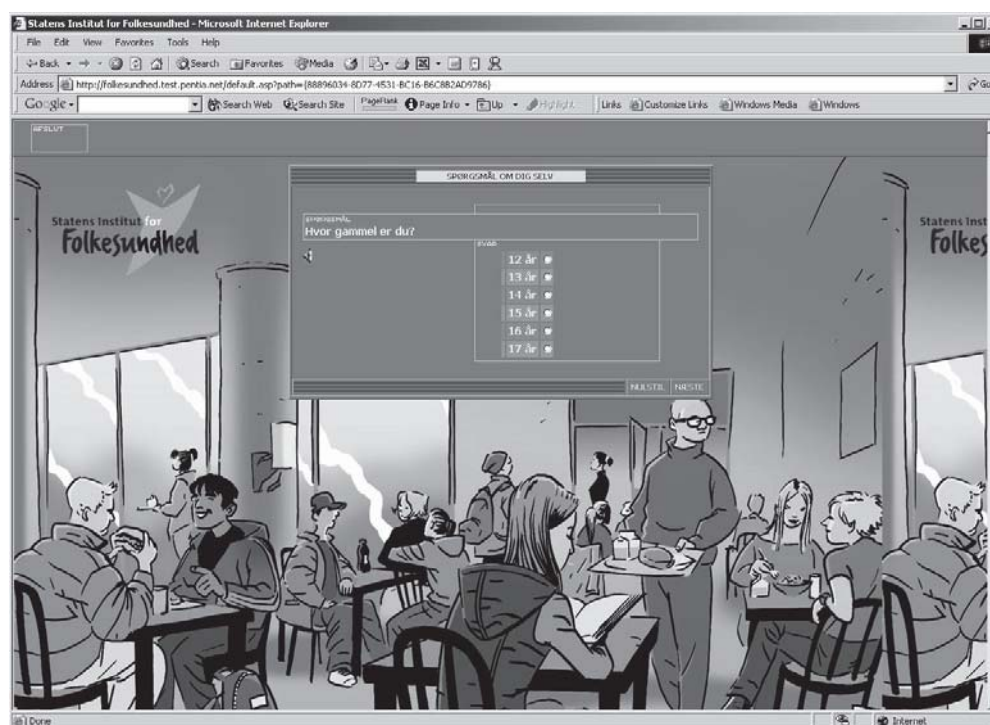
METODE

Med forbillede i en undersøgelse i New Zealand (46) udviklede vi i 2002 et computerbaseret spørgeskema (figur 2), som besvares via bærbare computere med udnyttelse af lyd og billede, Multi-Casi, dvs. *multi-media computerassisted self-interviewing*. Programmeringen af spørgeskemaet fremmer en præcis og hurtig besvarelse af spørgsmålene, idet den enkelte elev kun bliver præsenteret for spørgsmål, der er relevante i forhold til elevens forudgående besvarelser.

Spørgeskemaet blev modificeret til brug i 2008-undersøgelsen ud fra erfaringerne i 2002, og der blev inkluderet spørgsmål, der kan belyse de unges psykosociale forhold, deres brug af rusmidler og deres mulige selvskadende adfærd.

Eleverne kan svare "Nej" til at blive præsenteret for temaer, som de ikke ønsker at besvare, som fx uønskede erfaringer med jævnaldrende eller vold i familien. Eleverne bliver ført videre til næste tema, såfremt de svarer "Nej".

Figur 2. Eksempel på en side i det computerbaserede spørgeskema.



Et landsrepræsentativt udvalg af skoler med 9. klasser blev udvalgt, og skolerne blev i foråret 2008 kontaktet pr. brev om undersøgelsens formål og informeret om dens praktiske opbygning og blev anmodet om at deltage. Den praktiske del af undersøgelsen blev varetaget af SFI-Survey og administreret af fem interviewere, der stod for aftaler med skolerne, det praktiske arbejde forbundet med opsætning af de individuelle computere, introduktion af undersøgelsen til elever, evt. praktisk hjælp til besvarelserne og den afsluttende sikring af data. Intervieweren var til stede i klassen under elevernes besvarelse af spørgeskemaet. Ved hver computer blev der lagt et visitkort med telefonnummer til en psykolog, der stod til rådighed de uger, hvor undersøgelsen blev gennemført. Det kan nævnes, at der kun var tre ud af de knap 4.000 deltagende elever, som kontaktede psykologen.

Eleverne blev indledningsvist informeret om undersøgelsens anonymitet, dvs. at svar ikke ville kunne henføres til den enkelte elev. Eleverne blev placeret således, at deres svar på computeren ikke kunne læses af andre. Når spørgeskemaet var udfyldt, kunne eleven forlade lokalet, og intervieweren sikrede data i en fil, hvorefter computeren blev gjort klar til næste svarperson.

Data blev indlæst i en samlet fil. Dataanalyser til nærværende rapport er gennemført med brug af PASW Statistics 18.

UNDERSØGELSENS TEMAER

Skolebørnsundersøgelsen havde som overordnet formål at belyse omfang, karakter og mulige følger af seksuelle overgreb og udsættelse for fysisk vold i barndom og tidlige ungdom og at relatere risikoen for overgreb og følgevirkninger til de unges egen adfærd, sociale kontakter og familiemæssige baggrund.

Der indgik derfor spørgsmål inden for en række afgrænsede temaer, som beskrives i det følgende.

FAMILIE OG SOCIALE KONTAKTER

For at belyse de mulige sammenhænge mellem familiestruktur, familiens socioøkonomiske forhold, den unges relation til forældre og andre voksne samt kontakt til skolekammerater og andre i fritiden er der stillet spørgsmål, der tidligere er afprøvet i nordiske skolebørnsundersøgelser, og som anses for velegnede til at vurdere betydningen af de unges familiære omstændigheder i forhold til deres egen modstandskraft og sårbarhed.

Der blev medtaget spørgsmål om fars og mors uddannelse og om deres erhverv og arbejdsfunktion, men det viste sig, at en betragtelig andel af de unge ikke kunne besvare disse spørgsmål, hvorfor vi har måttet se bort fra disse spørgsmål til at karakterisere deres sociale baggrund. Dette resultat er i overensstemmelse med hvad, der beskrives i en undersøgelse af Dines Andersen for SFI, "*Hvad kan børn svare på?*" (47).

Spørgsmål om forældrenes erhvervstilknytning og hjemmets økonomi blev derimod besvaret af de fleste deltagere, men de unges vurdering af familiens økonomi må dog sandsynligvis betragtes som relateret til deres opfattelse af økonomiske forhold i kammeraters hjem og således som et relativt udsagn.

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

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

HELBREDSPROBLEMER, SUNDHEDSADFÆRD

Spørgsmål om selv vurderet helbred og specifikke kroniske helbredsproblemer svarer til standarden i de nationale danske sundheds- og sygelighedsundersøgelser (48) og tidligere danske skolebørnsundersøgelser, fx WHO's skolebørnsundersøgelser (49). Der indgår således spørgsmål om tre af de såkaldte KRAM-faktorer; rygning, alkoholvaner og motion, men ikke spørgsmål om kostvaner.

RUSMIDDELBRUG

De unges mulige afprøvning eller mere regelmæssige brug af rusmidler er mest udførligt belyst for hash/marihuana, hvor der både er spurgt til nogensinde brug og brug inden for den seneste måned, mens der for de øvrige, specifikke rusmidler er spurgt til nogensinde brug og omfanget, dvs. hvor mange gange de forskellige stoffer er brugt/taget, som vist i tabel 1.

Tabel 1. Spørgsmål til belysning af rusmiddelbrug.

Har du nogensinde røget hash (pot, cannabis eller marihuana)?

- A) I hele dit liv
- B) I det sidste år
- C) I den seneste måned

Svarmuligheder: Aldrig 1-2 gange 3-9 gange 10 eller flere gange

Har du nogensinde taget følgende stoffer?

- A) Amfetamin
- B) Kokain
- C) Heroin
- D) Ecstasy
- E) Lightergas eller lignende
- F) Doping (steroider)

Svarmuligheder: Aldrig 1-2 gange 3-9 gange 10 eller flere gange

SEKSUELLE ERFARINGER

Der blev først stillet spørgsmål til de unges tidlige, seksuelle erfaringer bl.a. første kys, kæresteforhold og pornoforbrug. Dernæst blev der spurgt om *uønskede* seksuelle erfaringer med jævnaldrende, dvs. erfaringer gjort *imod den unges vilje af* personer, der højst har været fire år ældre end den unge. Derefter blev der stillet spørgsmål om mulige seksuelle kontakter eller erfaringer med voksne, dvs. personer, der mindst var fem år ældre end den unge.

Ifølge dansk straffelov er alle seksuelle forhold mellem et barn under 15 år, dvs. under den seksuelle lavalder, og en person ældre end 15 år strafbare. Et seksuelt forhold med et adoptivbarn, stedbarn, plejebarn eller et barn, der er betroet pågældende person til undervisning eller opdragelse er strafbart så længe den unge er under 18 år. Disse forhold er strafbare uanset, om barnet/den unge selv vurderer det som et overgreb eller ej.

Undersøgelsens spørgsmål om seksuelle erfaringer med voksne beskriver således omfanget af strafbare forhold mod børn under den seksuelle lavalder – og ud fra spørgsmål om uønskede seksuelle erfaringer med jævnaldrende, dvs. nogen som har samme alder eller hvor aldersforskellen er 4 år eller mindre, kan der tillige beskrives overgreb, der ville falde ind under straffelovens bestemmelser om seksuelle overgreb, da disse hændelser er foretaget imod barnets/den unges vilje af en person, der er fyldt 15 år.

Tabel 2. Spørgsmål, der belyser seksuelle overgreb.

Har du været udsat for at **en jævnaldrende imod din vilje** har blottet sig for dig, tvunget dig til at blotte dig, fotograferet dig nøgen eller udsat dig for andre former for seksuelle ting uden direkte at røre dig?

Har du været udsat for at **en jævnaldrende imod din vilje** har rørt dine kønsdele, tvunget dig til at røre ham/hende eller har forsøgt at klæde dig af for at have sex med dig?

Har du imod din vilje haft oralsex med **en jævnaldrende**?

Har **en jævnaldrende imod din vilje** forsøgt eller haft samleje/analsex med dig?

Har du nogensinde haft seksuel kontakt med **en voksen** - eller er du blevet kontaktet seksuelt af en voksen før du fyldte 15 år?

UØNSKEDE SEKSUELLE ERFARINGER MED JÆVNALDRENDE

Inden for de fire typer af uønskede seksuelle erfaringer er der stillet uddybende spørgsmål, der belyser:

- Omstændighederne, fx antal gange det er sket, hvor det skete, anvendelse af tvang, belønning
- Den unge selv, fx alder på tidspunkt for overgreb, påvirkning af alkohol og/eller stoffer på gerningstidspunkt
- Krænkeren, fx alder, køn, relation til den unge, påvirket af alkohol og/eller stoffer.

Selvom spørgsmålene overordnet omhandlede seksuelle erfaringer med jævnaldrende imod den unges (barnets) vilje, blev de unge alligevel direkte spurgt om de oplevede det som et overgreb. Herudfra er det muligt at beskrive omfanget af den type seksuelle erfaringer, som de unge selv har vurderet det som et seksuelt overgreb.

SEKSUELLE ERFARINGER MED VOKSNE

Som indledning til spørgsmål om eventuelle seksuelle kontakter og erfaringer med voksne blev det præciseret, at det drejer sig om erfaringer før den unge er fyldt 15 år og med en voksen, det vil sige nogen, der mindst er fem år ældre.

De unge er først blevet spurgt, om de har set porno sammen med en voksen, og dernæst om de nogensinde før 15 års alderen havde haft seksuel kontakt eller erfaringer med en voksen. Der er, såfremt den unge har svaret "Ja" til seksuelle erfaringer med en voksen, blevet stillet en række spørgsmål, der kan karakterisere overgrebets karakter, og som belyser:

- Specifikke typer af seksuelle handlinger, fx befamling, at blotte kønsdele, berøring af kønsdele, forsøg på samleje, fuldbyrdet samleje
- Den voksne, fx køn, relationen til den unge/barnet, påvirket af alkohol/stoffer
- Omstændighederne, fx hvem indledte kontakten, anvendelse af tvang, belønning, vold, stadig seksuel kontakt med den voksne
- Den unge selv, fx påvirket af alkohol/stoffer

Der blev desuden spurgt, om de unge selv synes, at det var seksuelle overgreb, og om de har fortalt det til nogen, og i så fald til hvem.

PSYKISK TRIVSEL, MODSTANDSKRAFT OG SELVSKADENDE ADFÆRD

Som et selvstændigt tema under psykisk trivsel er der medtaget spørgsmål om selvskadende adfærd. De unge blev spurgt om de inden for den sidste uge havde haft tanker om selvmord, om de havde haft lyst til at skære sig selv – og om de reelt havde tilføjet sig selv fysisk skade. Svarene kunne gradueres som *'Nej'*, *'Lidt'*, *'Ret meget'* og *'Virkeligt meget'*.

Det er i nærværende undersøgelse et centralt tema at vurdere sammenhænge mellem psykisk sårbarhed, modstandskraft og udsættelse for overgreb. Analyserne inddrager alene de unges egne svar, men ideelt set burde de unges forældre og lærere også udfylde tilsvarende spørgeskemaer for at få et så nuanceret billede af de unge som muligt. Erfaringerne tyder på, at forældre, lærere og de unge har hver deres måde at besvare spørgsmålene på: Forældre vil typisk sammenligne den unge med eventuelle søskende, lærere vil sammenligne den unge med klassens øvrige elever, og den unge vil sammenligne sig selv med, hvordan han/hun havde det før i tiden. Alt sammen betyder det, at man selv med oplysninger fra flere informanter i bedste fald må nøjes med et groft skøn over de unges psykiske trivselstilstand. For at få et så nuanceret billede som muligt har vi ud fra erfaringer i bl.a. svenske spørgeskemaundersøgelser blandt unge (50) valgt at inkludere tre forskellige skalaer til at vurdere de unges psykiske trivsel og sociale adfærd.

STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ)

En af de standardiserede målemetoder til at afdække psykisk sårbarhed og trivsel hos børn og unge er SDQ (51). Det er et relativt kort spørgeskema bestående af 25 spørgsmål. Der er 20 spørgsmål om symptomer på adfærdsvanskeligheder, opmærksomhedsforstyrrelser (ADHD), emotionelle vanskeligheder (angst og depression) og problemer med jævnaldrende. Der er fem spørgsmål til hvert problemområde. Derudover er der fem spørgsmål omhandlende prosocial adfærd.

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

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

Når vi i denne rapport vurderer, om den unge er i risiko for dårlig psykisk trivsel, gøres det ud fra, om den unge har rapporteret så mange problemer at han/hun ligger blandt de øverste 10 pct. på en skala (90 percentilen). Det kan gøres ud fra totalskalaen (tærskelværdi for at være i risikozonen er på 17 points), men også ud fra de fire underordnede skalaer for de forskellige psykiske problemer.

CHRISTCHURCHSKALA (MODIFICERET WHO-CIDI)

I vores 9. klasses undersøgelse i 2002 indgik der otte spørgsmål til at belyse, om de unge havde symptomer på angst og depression. Spørgsmålene var udarbejdet på baggrund af WHO's Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (52) og har tidligere være benyttet i Christchurchundersøgelsen i New Zealand (53-55). For at undersøge en eventuel udvikling i de unges symptomer indgik de samme spørgsmål i 2008-undersøgelsen.

Skalaen består af spørgsmål om 8 forskellige psykiske helbredsproblemer, der er oplevet mindst to uger inden for det seneste år, og som gør det muligt at afgrænse angst og depression. Ingen af de otte spørgsmål kan bruges til at stille konkrete psykiatriske diagnoser, endsige påvise, at en person har været udsat for en specifik negativ begivenhed. Dertil er de for brede og uspecifikke, men symptomerne ses ofte ved både lette og svære angst- og depressionstilstande og kan have sammenhæng med overgrebsoplevelser.

Ud fra svarene på de otte spørgsmål om ængstelighed og depression er der konstrueret en skala som har værdierne 0 til 16 ud fra, at svaret *"nej"* eller *"ved ikke"* havde værdien 0, svaret *"måske"* havde værdien 1 og svaret *"ja"* havde værdien 2.

MODIFICERET HOPKINS SYMPTOM CHECKLIST 25

Hopkins Symptom Checklist (HSCL) blev oprindeligt udviklet til at måle ændringer i psykiske symptomer før og efter psykoterapeutisk behandling. HSCL har vundet stor udbredelse, idet skemaet på samme måde som SDQ giver pålidelige og gyldige svar. Der findes flere udgaver af spørgeskemaet med fra 25 op til 92 spørgsmål. HSCL-25 omfatter 25 symptomer, og de unge er spurgt, om de inden for den sidste uge har haft nogle af disse symptomer.

Ti symptomer vedrører tegn på angst:

- Hovedpine
- Rysteture
- Svimmelhed
- Nervøsitet
- Bange uden grund
- Ængstelig
- Hjertebanken
- Anspændt eller stresset
- Angst/panikanfald
- Rastløshed, kan ikke sidde stille

13 symptomer vedrører tegn på depression:

- Uoverkommelighed, mangel på energi
- Selvbefrejdelser
- Let til gråd
- Tabt seksuel interesse
- Selvmordstanker
- Følelse af håbløshed
- Tristhed

- Følelse af ensomhed
- Fornemmelse af at være fastholdt
- Bekymring
- Tabt interesse
- Fornemmelse af at alt er besværligt
- Fornemmelse af at være værdiløs.

To symptomer er om somatisering:

- Dårlig appetit
- Søvnbesvær.

Svarmulighederne var: *"Nej"*, *"Lidt"*, *"Ret meget"* eller *"Virkelig meget"* til hvert spørgsmål.

Det blev besluttet i nærværende undersøgelse at stryge spørgsmålet om "tabt seksuel interesse", da hovedparten af de unge sandsynligvis ikke har et regelmæssigt seksualliv, og spørgsmålet derfor vil være irrelevant. Til gengæld blev der tilføjet to ekstra spørgsmål med henblik på at belyse omfanget af tanker om selvskade og selvskadende adfærd:

- Har du haft lyst til at skære i dig selv?
- Har du tilføjet dig selv fysisk skade?

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

BELASTENDE OPLEVELSER I DET SIDSTE ÅR

Børn og unge kan blive ofre for en række andre uønskede oplevelser end seksuelle overgreb og vold, som også kan påvirke deres trivsel og udvikling negativt. Der er medtaget spørgsmål om sådanne oplevelser inden for de sidste 12 måneder med henblik på at vurdere den mulige betydning af en eller flere belastninger for de unges psykiske trivsel og for at inddrage en sådan sammenhæng i analyserne af seksuelle overgreb og voldsudsættelse i forhold til de unges svar på spørgsmålene om psykiske problemer.

Der er medtaget spørgsmål om følgende begivenheder de seneste 12 måneder:

- Alvorlig sygdom
- Alvorlig ulykke
- Alvorlig sygdom i nærmeste familie
- Alvorlig ulykke i nærmeste familie
- Dødsfald i nærmeste familie
- Forældre flyttet fra hinanden

- Brudt kæresteforhold
- Kæledyr dødt
- Ejendele stjålet

9. KLASSES-UNDERSØGELSENS DELTAGERE

Vi kontaktede de samme 320 skoler, der var udvalgt til at deltage i 9. klasses undersøgelsen i 2002, suppleret med 18 efterskoler, hvoraf 7 skoler deltog, samt 4 nye skoler fra et område præget af store skoleomstruktureringer.

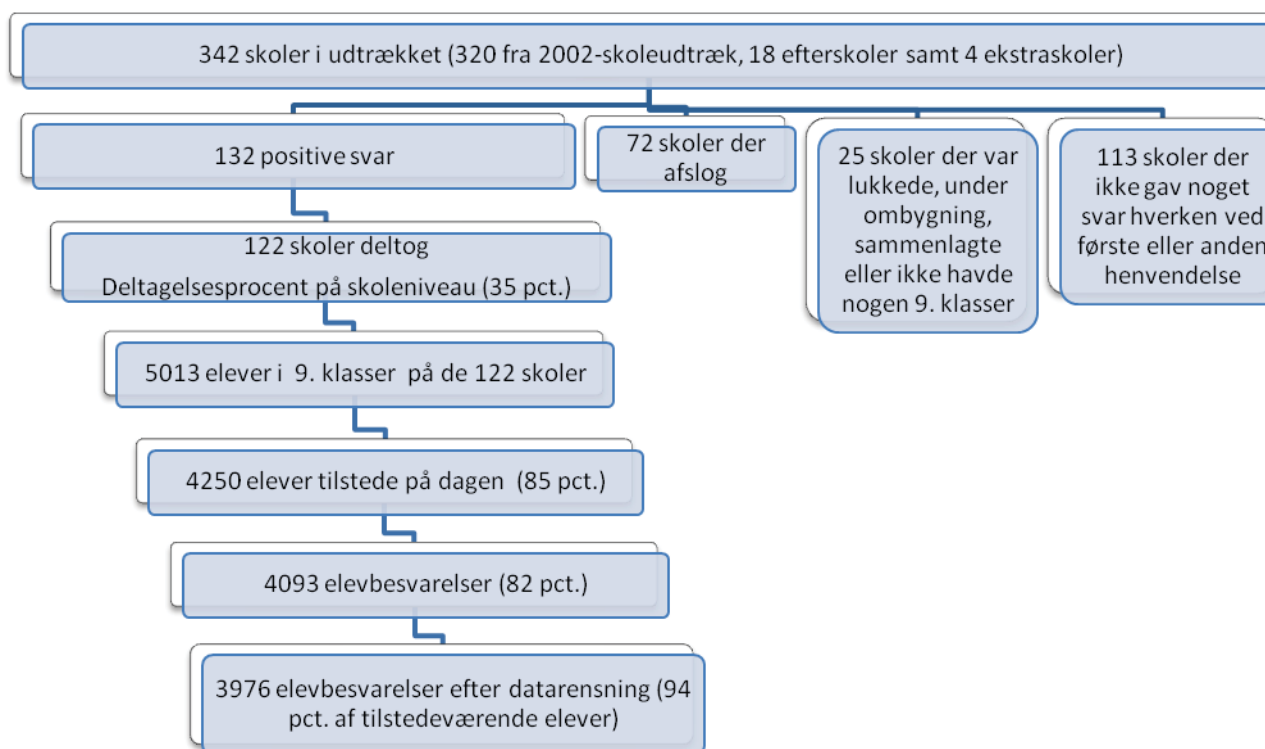
Ud af de 320 skoler var 25 lukket siden 2002, havde ikke længere en 9. klasse eller var under ombygning og var således uden mulighed for at deltage. Der kom tilbagemelding fra i alt 72 skoler, at de ikke kunne deltage. De vigtigste årsager hertil var, at eleverne i 9. klasse allerede havde deltaget i andre spørgeskemaundersøgelser og/eller at der var for mange andre aktiviteter i skolens 9. klasse til, at der var tid til at de kunne deltage i undersøgelsen. Der var ingen afslag pga. undersøgelsens temaer. Vi fik ikke svar fra 113 skoler, trods en gentagen henvendelse ca. fire uger efter første anmodning om deltagelse og heller ikke ved ny kontakt ved undersøgelsens anden runde i efteråret 2008.

I undersøgelsens første runde i foråret 2008 meldte i alt 90 skoler tilbage, at de gerne ville deltage. I anden runde af undersøgelsen i efteråret 2008 kom der yderligere positiv tilbagemelding fra 42 skoler, således at i alt 132 skoler gav tilsagn om at deltage. Blandt disse var der dog 10 skoler, som sidenhen måtte melde fra pga. tidspres i forbindelse med eksamen og andet. De 122 deltagende skoler havde i alt 5.013 elever i 9. klasse, blandt dem var 4.250, 85 pct. tilstede på dataindsamlingstidspunktet. Det relative høje fravær, 15 pct., er af samme størrelsesorden som i 2002-undersøgelsen og kan sammenlignes med, at ca. hver fjerde af eleverne i den aktuelle undersøgelse angav, at de havde været fraværende fra skole pga. sygdom inden for de sidste 14 dage.

Alle tilstedeværende elever fik mulighed for at deltage i undersøgelsen. Ud af de 4.250 tilstedeværende elever blev der sikret besvarelser fra 4.093, 98 pct. At der ikke indgår svar fra 2 pct. af de tilstedeværende elever skyldes tekniske problemer og ikke, at eleverne afslog at deltage.

Der blev identificeret 10 besvarelser med umiddelbart utroværdige oplysninger, to deltagere angav en alder under 14 år, og yderligere 105 besvarelser måtte ekskluderes pga. fejl i datasikringsproceduren, der betød at nogle data gik tabt. Der indgår derefter oplysninger om 3.976 elever, hvilket svarer til 6 pct. af 15-årige i Danmark (figur 3). Blandt de i alt 3.976 elever havde 43 ikke givet oplysning om deres køn. De fleste analyser i denne rapport tager således udgangspunkt i de 3.933 elever, der har oplyst køn.

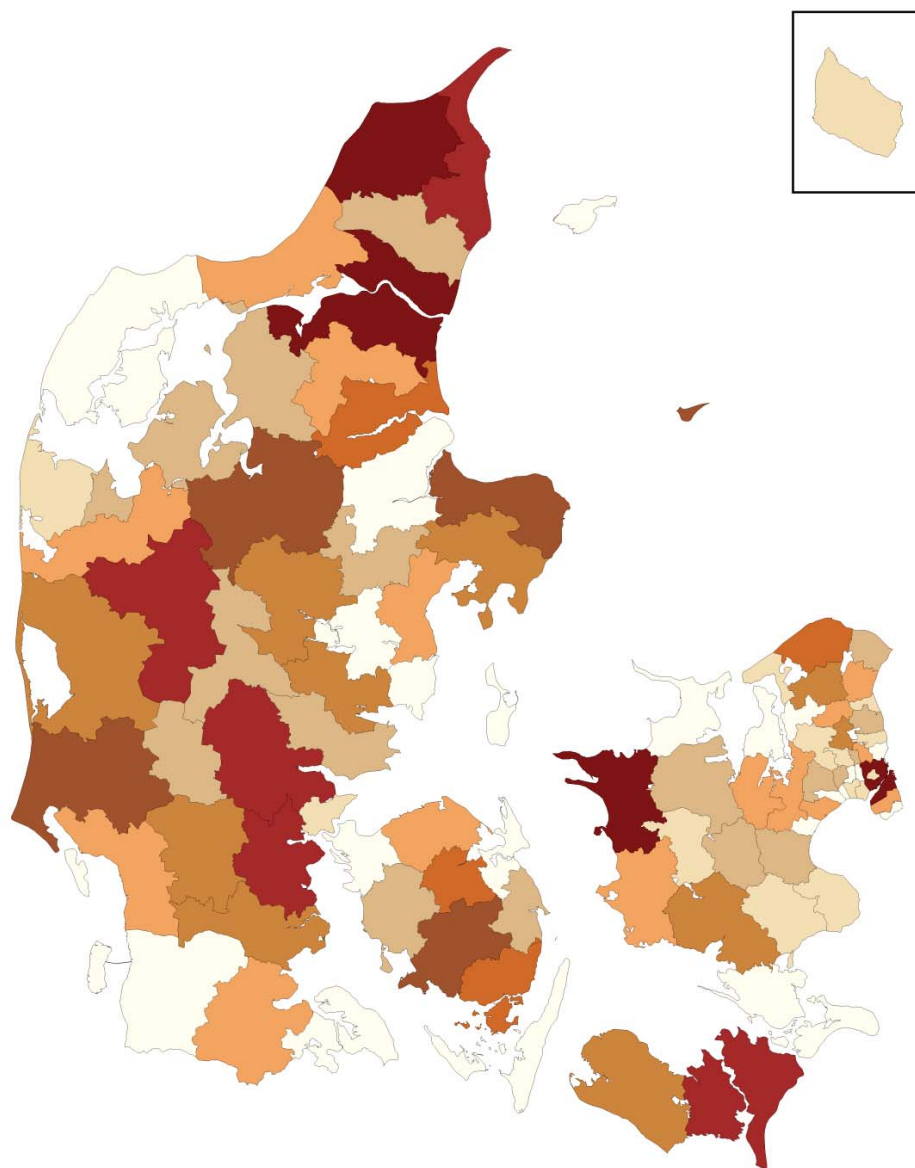
Figur 3. Deltagelse, frafald og svarprocent.



GEOGRAFISK DÆKNING

Undersøgelsen dækker de fleste af landets kommuner med deltagelse af fra en enkelt op til 8 skoler i de enkelte kommuner. Figur 4 viser de deltagende skolars geografiske fordeling i Danmark og viser, at undersøgelsen kan betragtes som landsdækkende, idet der er deltagende skoler både på Bornholm, Fyn, i Sønderjylland, Vestjylland, Nordjylland, i de fleste områder på Sjælland og i Hovedstadsregionen.

Figur 4. Geografisk dækning, 122 skoler i kommunerne



Antal skoler pr kommune

0 skoler	1 skole	2 skoler
3 skoler	4 skoler	5 skoler
6 skoler	7 skoler	8 skoler

DELTAGERNES KØN, ALDER OG HERKOMST

I alt deltog der 1.991 drenge og 1.942 piger. Samlet var 95 pct. af de unge 15 år og ældre, 2/3 var 15 år, godt og vel 1/4 var 16 år. Fem pct. var 14 år. Elevernes gennemsnitsalder var 15,4 år).

248 af de unge oplyste, at de ikke var født i Danmark, dvs. 6,3 pct., en lidt større andel af pigerne end drengene. Danmarks Statistik angiver, at 6,4 pct. af landets 15-årige (pr. 1. januar 2008) er født i andet land end Danmark. Unge, der oplyste, at de ikke var født i Danmark, blev spurgt om deres eget fødeland. Alle unge har tillige besvaret spørgsmål om, hvor deres far og mor er født. Ud fra disse oplysninger er de unge inddelt i ni kategorier af herkomst:

- Dansk, den unge og begge forældre er født i Danmark
- Vestlig efterkommer, den unge er født i Danmark, mens forældre (den ene eller begge) er født i et vestligt land, inklusive Grønland, Vesteuropa, USA, New Zealand og Australien
- Ikke-vestlig efterkommer, den unge er født i Danmark, mens forældre (den ene eller begge) er født i et ikke-vestligt land, såsom Østeuropa, Mellemøsten, Afrika og Asien
- Efterkommer vestlig/ikke vestlig, den unge er født i Danmark, den ene forælder født i vestligt land mens den anden forælder er født i ikke-vestligt land
- Vestlig indvandrer, den unge er født i et andet vestligt land end Danmark
- Ikke-vestlig indvandrer, den unge er født i ikke-vestligt land
- Indvandrer vestlig/ikke-vestlig, den unge er født i andet land end Danmark, den ene forælder født i vestligt land, mens den anden forælder er født i ikke-vestligt land
- Adopteret, den unge er født i Asien, Syd- og Mellemamerika eller Østeuropa og begge forældre født i Danmark
- Uoplyst, dvs. der er utilstrækkelige oplysninger om den unges og/eller forældres fødeland.

Ud fra disse definitioner på herkomst kan i alt 81 pct. af de unge kategoriseres som "danske", ca. 5 pct. som vestlige efterkommere og knap 7 pct. som ikke-vestlige efterkommere. Der er ca. 4 pct. indvandrere af ikke-vestlig herkomst, mens antallet af unge i de øvrige kategorier er lavt, fra 0,1 pct. indvandrere med forælder fra henholdsvis vestligt og ikke-vestligt land til 1 pct. indvandrere fra vestligt land. Gennemsnitsalder ved ankomst til Danmark er ca. 5 år for de 248 unge, som ikke er født i Danmark (data ikke præsenteret).

SPROG, DER TALES I HJEMMET

Der blev spurgt om, hvilket sprog, der tales i de unges hjem. De unge havde overordnet mulighed for at svare: *Dansk, dansk og et andet sprog* eller *kun et andet sprog end dansk*. Dansk er det hyppigst talte sprog. Det tales som eneste sprog i 88 pct. af de unges hjem. Knap 11 pct. taler både dansk og et andet sprog og godt og vel 1 pct. kun et andet sprog end dansk.

FAMILIE

Størstedelen af de unge, 67 pct., bor i en såkaldt kernefamilie, dvs. de har ét hjem, hvor begge deres biologiske forældre bor. Godt og vel 7 pct. bor med deres biologiske forældre, men skiftevis hos den ene og hos den anden. Knap 18 pct. bor sammen med en af deres biologiske forældre og vedkommendes nye partner, heraf knap 14 pct. således, at de har to 2 hjem og 4 pct. i ét enkelt hjem.

Der er en lidt større andel, der angiver at bo med alenemor, knap 6 pct., end med alenefar, 1,5 pct. I alt 28 af de unge, 0,7 pct. boede ikke hjemme og 26, ligeledes 0,7 pct. angav en anden type familieforhold.

Der blev yderligere stillet konkrete spørgsmål om, hvor mange hjem de unge har, og 21 pct. angav, at de havde to forskellige hjem (data ikke præsenteret).

Langt de fleste, 84 pct. bor sammen med søskende. To tredjedele bor kun sammen med biologiske søskende, knap 7 pct. sammen med både biologiske og ikke-biologiske søskende, og 2 pct. kun med ikke-biologiske søskende.

FORÆLDRE

Få af de unges forældre er døde, i flere tilfælde far end mor, henholdsvis godt og vel 2 pct. og knap 1 pct. Fædrene er relativt ældre end mødrene, idet hver femte far er ældre end 50 år mod knap hver tolvte mor. Flertallet af forældrene er i fyrrårs alderen. Et par procent af fædrene og mindre end 1 pct. af mødrene er ældre end 60 år, Blandt fædrene er 17 pct. født i andet land end Danmark, blandt mødrene 16 pct., og hyppigst i et ikke-vestligt land, det svarer til lidt over halvdelen af alle forældre, der er født uden for Danmark.

Som oplyst var der en betydelig andel af de unge, 35 pct. der ikke kunne besvare spørgsmål om forældres uddannelse, og deres svar på konkrete spørgsmål om fars og mors arbejde var for uspecifikke til at det er meningsfuldt at klassificere familiernes sociale status herudfra.

Derimod kunne de fleste af de unge oplyse deres forældres arbejdsstatus eller erhvervstilknytning, dvs. om de var i arbejde eller ej. Såfremt de unge svarede "Nej" på spørgsmålet, blev de spurgt om årsag til at henholdsvis far og mor ikke var i arbejde med følgende svarmuligheder:

- Syg/pensioneret
- Studerende
- Arbejdssøgende
- Hjemmegående (barselsorlov eller anden orlov)
- Ved ikke

Langt størstedelen af fædrene er i arbejde, 91 pct., og også de fleste mødre er i arbejde, 87 pct. En større andel af mødre end af fædre er syge/pensionerede, henholdsvis 6 pct. og 4 pct., ligeledes er en større andel af mødre end fædre hjemmegående, knap 2 pct. mod 0,3 pct.

I alt 31 drenge og 42 piger levede i et hjem, hvor ingen af forældrene var i arbejde, svarende til knap 2 pct. af drengene og godt 2 pct. af pigerne.

Knap 4 pct. af drengene og 7 pct. af pigerne vurderer, at deres familie har en del eller store økonomiske problemer, mens ca. 3/4 af drengene og knap 3/4 af pigerne vurderer familiens økonomi som rigtig god eller ganske god. Godt og vel hver sjette af de unge synes, at familiens økonomi hverken er god eller dårlig.

Det var relativt få af de unge, 5 pct., der ikke kunne vurdere familiens økonomiske situation. De unges svar vil formentlig afspejle en sammenligningsgruppe. Hvis ens klassekammerater har adgang til fritidsaktiviteter, elektronisk udstyr m.m., som ikke er mulig ud fra ens egen families økonomi, vil det være naturligt at vurdere familiens økonomi som vanskelig. Oplysninger om at familien fx har en del økonomiske vanskeligheder behøver derfor ikke at betyde, at familien er fattig ud fra en veldefineret fattigdomsgrænse.

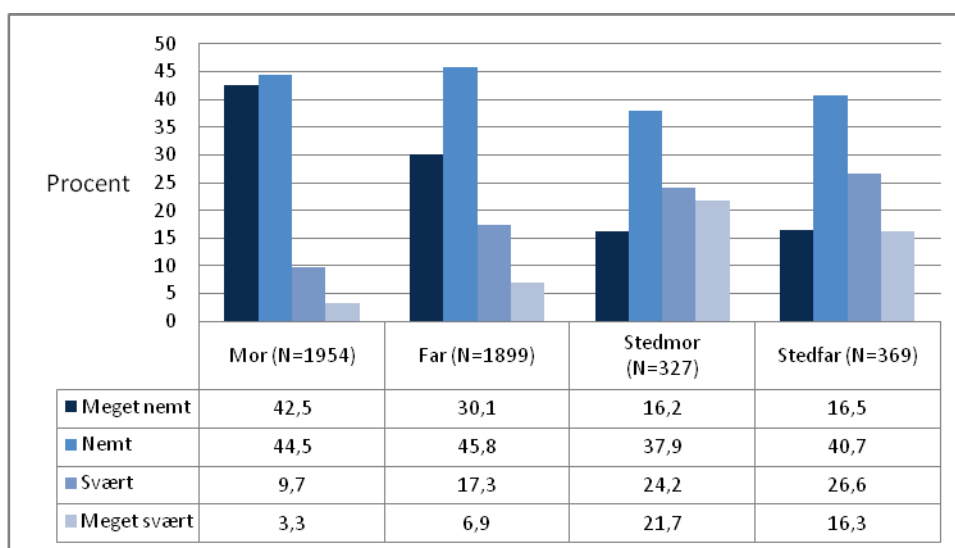
FORTROLIGHED OG SAMVÆR I FAMILIEN

De unge er blevet spurgt om, hvor nemt eller svært de har det med at tale med deres forældre og stedforældre, hvis de selv har problemer, bekymringer eller sorger. Samvær ved måltider og forældres viden om de unges fritidsaktiviteter, skænderier og alkoholmisbrug er også faktorer, der afspejler familiereaktionerne.

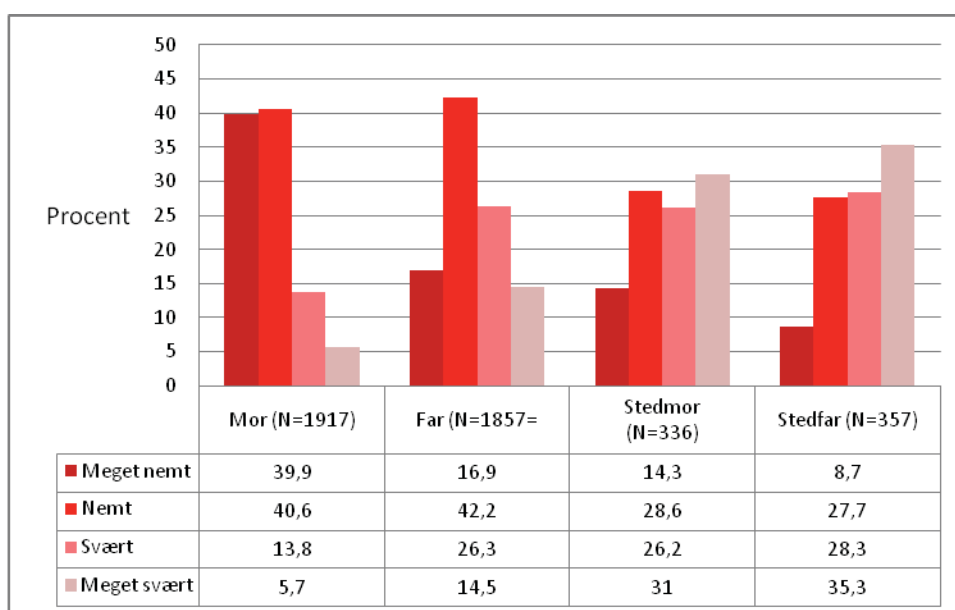
Størstedelen af både drenge og piger svarer, at de har *nemt* eller *meget nemt* ved at tale med deres mødre og fædre, en lavere andel svarer, at de har tilsvarende *nemt* eller *meget nemt* ved at tale med stedforældre. Der er dog markante kønsforskelle i de unges fortrolighed med forældrene, idet 87 pct. af drengene mod 80 pct. af pigerne angiver at have *meget nemt* eller *nemt* ved at tale med deres mor, og henholdsvis 79 pct. af drengene og 59 pct. af pigerne med deres far (Figur 5 og 6).

Det er også en større andel af pigerne, der angiver at have *svært* eller *meget svært* ved at tale med stedfar, 65 pct., mod 44 pct. af drengene, og en større andel af pigerne, 57 pct., har også *svært* ved at tale med stedmor mod 46 pct. af drengene.

Figur 5. Andel af 15-16-årige drenge, der har meget nemt, nemt, svært eller meget svært ved at tale med forældre og evt. stedforældre.



Figur 6. Andel af 15-16-årige piger, der har meget nemt, nemt, svært eller meget svært ved at tale med forældre og evt. stedforældre.



KONFLIKTER I FAMILIEN

De unge er i forbindelse med spørgsmål om deres relation til familien blevet spurgt om, hvorvidt de i forbindelse med en konflikt har oplevet forskellige typer af reaktion fra de voksne, som de bor sammen med. De voksne kan være far, mor, stedforælder eller andre. De unge kan have svaret, at der ge-

nerelt ikke er konflikter i familien eller have svaret "Ja" til have oplevet en eller flere af en række reaktioner, som voksne udviser/kan udvise ved konflikter.

Drengene angiver hyppigere end pigerne, at der ikke har været konflikter mellem dem selv og de voksne i familien, henholdsvis 13 pct. og 9 pct., og en stor andel af de unge, 76 pct. af drengene og 78 pct. af pigerne, at konflikter løses ved at man snakker sammen. Men ca. hver tredje har oplevet, at forældre var tavse og vrede, og ca. hver femte har oplevet kritik, skældud og hån i forbindelse med konflikter i familien. Syv procent har været udsat for fysisk vold, en større andel af piger rapporterer dette, 9 pct., end drenge, 5 pct.

SAMVÆR VED MÅLTIDER

Størstedelen af de unge svarer, at de dagligt eller flere gange om ugen spiser aftensmad sammen med deres forældre eller de voksne, som de bor sammen med. Der er kun få kønsforskelle heri, en lidt mindre andel af pigerne end af drengene spiser aftensmad sammen med forældrene hver dag.

Det er få, i alt 159 af de unge, ca. 3 pct., der kun spiser sammen med deres forældre én gang om måneden eller sjældnere. I alt 193 af de unge var efterskoleelever, og blandt dem var der naturligvis en større andel, 12 pct., der oplyste at spise aftensmad med forældre højst én gang om måneden eller angav, at spørgsmålet var irrelevant.

FORÆLDRES KENDSKAB TIL DE UNGES FRITIDSLIV

Oplysninger om, hvorvidt forældrene ved, hvem de unge tilbringer deres fritid sammen med, kan supplere beskrivelsen af de unges relationer til deres forældre. De unge blev derfor spurgt, om deres forældre har kendskab til, hvem de tilbringer deres fritid sammen med.

Det er kun få, der har svaret, at deres forældre *aldrig* ved, hvem de er sammen med i deres fritid, 3 pct. af drengene og 2 pct. af pigerne. Flertallet, ca. 2/3 af både drenge og piger mener, at deres forældre *altid* ved, hvem de er sammen med i fritiden, og ca. 1/3 at deres forældre *nogle gange* ved det. Nogle få af de unge, i alt 38, svarer, at de *ikke er sammen med nogen i fritiden*.

SKÆNDERIER MELLEML FORÆLDRE

Det er en større andel af piger end drenge, der har været vidne til – eller har bemærket skænderier mellem forældrene inden for de seneste 12 måneder, henholdsvis knap 20 pct. og 13 pct. Langt de fleste unge rapporterer, at deres forældre aldrig eller sjældent skændes, dvs. højst et par gange om året, knap 66 pct. af drengene og 57 pct. af pigerne.

ALKOHOLPROBLEMER I FAMILIEN

En anden faktor, der kan have betydning for de unges opvækstvilkår og trivsel, er, om de unge er vokset op med familiemedlemmer, som har et problematisk forbrug af alkohol. For at belyse dette er de unge blevet spurgt, om de har oplevet alkoholmisbrug i deres nærmeste familie. Det er et subjektivt mål, der tager udgangspunkt i de unges egne grænser for, hvornår de oplever, at et alkoholforbrug er blevet til misbrug. Netop spørgsmålets subjektive karakter giver indblik i, hvorvidt de unge selv har opfattet alkoholforbruget som problematisk eller ej, og kan derfor betragtes som en indikation på, at misbruget har haft en negativ virkning på de unge.

Det er en betænkelig høj andel af de unge, 18 pct. af drengene og 25 pct. af pigerne, der angiver, at de har oplevet misbrug af alkohol i deres nærmeste familie. Det er således samlet ca. hver femte elev i 9. klasse, der har oplevet problemer med alkohol i familien.

FRITID

De fleste af de unge tilbringer oftest fritiden sammen med venner, enten en enkelt ven eller grupper af venner, men hver tiende af de unge er mest alene. De unge er oftest sammen med deres venner mindst 2-3 dage om ugen. Det er knap 3/4 af drengene og pigerne. Mindre end hver femte er højest sammen med venner en dag om ugen, og få, ca. 7 pct. er mest alene.

De unges venner er overvejende jævnaldrende med dem selv, dog er der knap 12 pct. af drengene og 17 pct. af pigerne som svarer, at deres venner er ældre end dem selv og 1-2 pct. af de unge som svarer, at de venner, som de oftest er sammen med, er voksne. Pigerne er oftere end drengene sammen med en kæreste, henholdsvis 12 pct. og 9 pct., det tyder på, at pigerne har kærester, der er en del ældre end de selv.

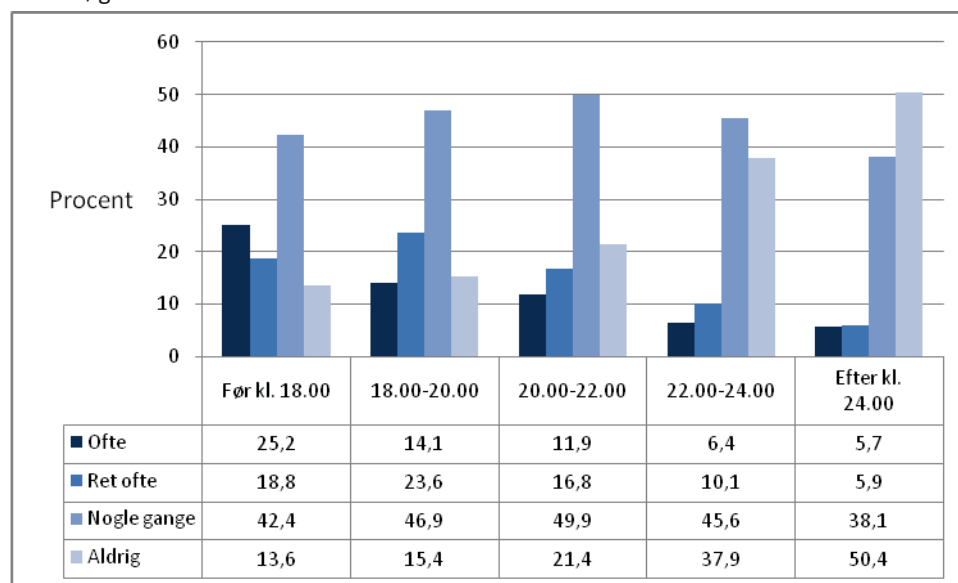
En mindre andel af pigerne, 10 pct., end af drengene, 20 pct., opholder sig aldrig eller meget sjældent på offentlige steder, såsom caféer, gadehjørner, indkøbscentre. Relativt få af de unge, 1-2 pct. opholder sig på disse offentlige steder hver dag inklusiv i weekenden.

Knap hver ottende af drengene og knap hver tiende af pigerne angiver, at de ofte eller ret ofte er ude efter kl. 24.00. Samlet er lidt under halvdelen af de unge enten ofte, ret ofte eller nogle gange ude efter midnat (figur 7 og 8).

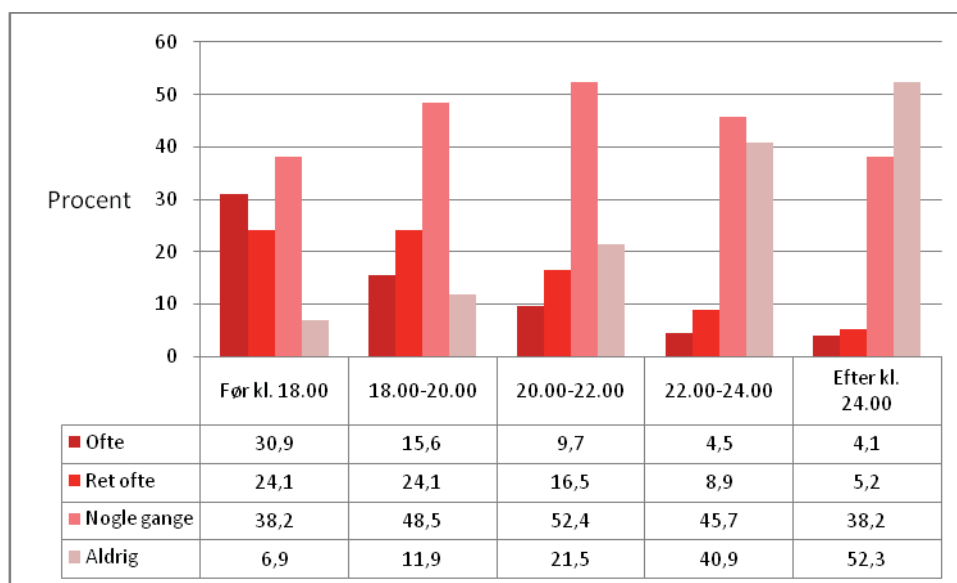
Det er et mindretal af de unge, der rapporterer forekomst af flere forskellige typer af belastende faktorer i familien, som f.eks. forældres manglende erhvervstilknytning, at have svært eller meget svært ved at tale med sin mor og/eller far om problemer, at familien har store økonomiske vanskeligheder, at familien har sparsomt samvær, og at der er alkoholproblemer i den nærmeste familie.

Det er en større andel af pigerne end af drengene, der rapporterer en eller flere af disse risikofaktorer i familien, knap 50 pct. af pigerne mod 40 pct. af drengene. Det er en relativ lille andel af de unge, der rapporterer en forekomst af tre eller flere af disse faktorer, knap 3 pct. af drengene og knap 6 pct. af pigerne. Der er ingen af de unge, der har rapporteret, at alle syv forskellige risikofaktorer forekommer i deres familie.

Figur 7. Andel af 15-16-årige drenge, der opholder sig ude (i offentlige rum), fordelt på tidspunkter over døgnet.



Figur 8. Andel af 15-16-årige piger, der opholder sig ude (i offentlige rum), fordelt på tidspunkter over døgnet.



UNDERSØGELSEN BLANDT 16-24-ÅRIGE

I 2007 gennemførte vi en spørgeskemaundersøgelse blandt i alt 2.125 unge i alderen 16-24 år primært for at kortlægge forekomsten og karakteren af kærestevold blandt unge og at belyse konsekvenserne af denne vold. Undersøgelsen belyste de unges tidligere og nuværende kæresteforhold, deres sociale baggrund, rusmiddelbrug, psykisk trivsel, helbredsproblemer, selvskadende adfærd og lægemiddelbrug (53).

Der indgik desuden en række holdningsrelaterede spørgsmål, som giver indsigt i, hvordan unge selv bedømmer forskellige former for vold, og hvorledes de unge mener, at man kan forebygge vold mod unge, og bedst hjælpe unge, som har været udsat for kærestevold.

METODE

Undersøgelsen blev gennemført over en måned i efteråret 2007. Et repræsentativt udsnit af en stikprøve på 8.000 unge i alderen 16-24 år, tilfældigt udvalgt via Sundhedsstyrelsens CPR-register, deltog i undersøgelsen. De unge i stikprøven fik pr. post tilsendt information om undersøgelsen, et link og en individuel adgangskode til et web-baseret spørgeskema, og i alt 2.125 valgte at deltage i undersøgelsen. Det svarer til 28 pct. af de unge, der modtog opfordring til deltagelse. Svarprocenten er lav, men de unge modsvarer i aldersfordeling, etnisk sammensætning og geografisk fordeling i det væsentlige til alle 16-24-årige i Danmark; men der er en overrepræsentation af kvinder blandt deltagerne.

Data blev transformeret til en CSV-fil og kunne umiddelbart analyseres. Resultaterne er formidlet i en rapport, der blev udgivet foråret 2008 (56).

TEMAER

Undersøgelsens fokus var forekomst og karakter af psykisk, fysisk og seksuel vold i unges partnerforhold. De unges sociale baggrund, deres trivsel og sundhedsadfærd blev belyst særskilt, og der indgik en række spørgsmål, der specielt kan beskrive psykisk trivsel, selvskade og brug af rusmidler.

SELVSKADE, EUFORISERENDE STOFFER OG SEKSUEL VOLD

Spørgsmål om selvskadende adfærd omhandler *nogensinde* at have forsøgt selvmord, spørgsmål om udsættelse for seksuel vold/overgreb omhandler den seneste måned, mens spørgsmål om brug af euforiserende stoffer gælder den seneste måned.

Spørgsmål om rusmidler, selvskade og seksuelle overgreb er gengivet i tabel 3, spørgsmålene angår for rusmidler den seneste måned, for selvskade nogensinde og for seksuel vold det seneste år.

Tabel 3. Spørgsmål om rusmiddelbrug, selvmordsforsøg og seksuelle overgreb.

Rusmidler

Har du taget stoffer såsom hash, kokain, ecstasy, poppers, fantasy mv. inden for den seneste måned?

Svarmuligheder: Nej Et par enkelte gange Ca. 4-5 gange Ca. 6-9 gange 10 eller flere gange Kan ikke huske

Selvskade

Kender du nogen, der har forsøgt eller begået selvmord?

Har du nogensinde selv forsøgt at tage dit eget liv?

Hvordan?: Forgiftning (fx piller, alkohol, stoffer) Anden metode (fx snit, udspring)

Hvad skete der efterfølgende med dig? (giv evt. flere svar)

Svarmuligheder: Fik du skader eller blev syg efter forsøget? Medførte skaderne, at du måtte have lægehjælp?

Blev du indlagt efter forsøget? Andet, hvad: _

Seksuelle overgreb (med efterfølgende uddybende spørgsmål)

Har du inden for det seneste år oplevet, at nogen har krænknet dig seksuelt (fx ved at røre dig intime steder imod din vilje)?

Har du inden for det seneste år oplevet, at nogen har forsøgt at have sex med dig imod din vilje?

Har du inden for det seneste år oplevet, at nogen har tvunget dig til at have sex uden at bruge vold?

Har du inden for det seneste år oplevet, at nogen har tvunget dig til at have sex ved at bruge vold?

Har du inden for det seneste år oplevet, at nogen har delt intime billeder af dig med andre imod din vilje (fx via MMS eller internettet)?

De unge blev ud over de angivne spørgsmål om seksuelle overgreb spurgt om evt. udsættelse for 'psykisk vold', omfattende et bredt spektrum af overgreb, såsom mobning, chikane, trusler, frihedsindskrænkning, samt forskellige former for fysisk vold, i overensstemmelse med Straus' conflict tactics scales (57).

I nærværende rapporters resultater om 16-24-årige er der medtaget de unges svar vedrørende seksuelle overgreb, men ikke svar om udsættelse for de forskellige former for fysisk vold som fx at blive skubbet, slået med flad hånd, med knytnæve, sparket og udsat for livstruende vold såsom kværkning eller angreb med våben.

Spørgeskemaundersøgelsen omfattede præcise oplysninger om de unges eget fødeland og deres forældres fødeland. Herudfra er det muligt at inddele svarpersonerne i etnisk danske, dvs. den unge selv og begge forældre er født i Danmark, og i ikke-etnisk danske, hvor enten den unge selv eller en af forældrene er født i andet land end i Danmark.

Etnisk danske udgjorde 87,8 pct. af undersøgelsespopulationen, nogenlunde samme andel som i baggrundspopulationen af 16-24-årige. Undersøgelsen har således evnet at indfange den etniske mangfoldighed, som kendetegner den danske ungdom i dag.

DE TRE SOCIALE PROBLEMER

Omfanget af de 15-16-åriges udsættelse for seksuelle overgreb og karakteren heraf rapporteres i de følgende afsnit og beskrives i relation til deres psykiske trivsel med en vurdering af de mulige sammenhænge mellem brug af euforiserende stoffer, overgreb og selvskadende adfærd.

Selvskade og selvmordsforsøg behandles, som omtalt, mere dybtgående end de to andre problemer, og vi vurderer hvorvidt seksuelle overgreb og brug af euforiserende stoffer har betydning for den selvskadende adfærd.

I vurderingen af de mulige sammenhænge mellem de tre typer af sociale problemer inddrager vi også en række data fra den Internetbaserede undersøgelse i 2007 blandt 16-24-årige.

EUFORISERENDE STOFFER

Hver fjerde af de unge 9. klasses elever har aldrig drukket sig fuld. Knap halvdelen har været fulde mange gange, dvs. mere end fire gange, og hver tredje af drengene og hver fjerde af pigerne har været fulde mere end 10 gange.

Blandt drengene havde 8 pct. prøvet at være fulde, før de fyldte 13 år, blandt pigerne 6 pct. Knap hver tredje var 15 år eller ældre, første gang de var fulde.

I 15-16 års alderen har ca. 7 pct. af drengene og 6 pct. af pigerne prøvet at tage andre euforiserende stoffer end hash/marihuana. Blandt 16-24-årige har ca. hver tiende ung mand og knap hver tyvende ung kvinde inden for den seneste måned et par gange taget euforiserende stoffer, inklusive hash – og knap 10 pct. af mændene anvender euforiserende stoffer mere jævnligt mod mindre end 1 pct. af de unge kvinder.

I 16-19 års alderen havde 84 pct. af de unge drenge og 93 pct. af de unge piger ikke taget nogen form for euforiserende stoffer inden for den seneste måned. Andelen var omtrent den samme blandt de 20-24-årige.

9. KLASSES ELEVERS BRUG AF HASH/MARIHUANA

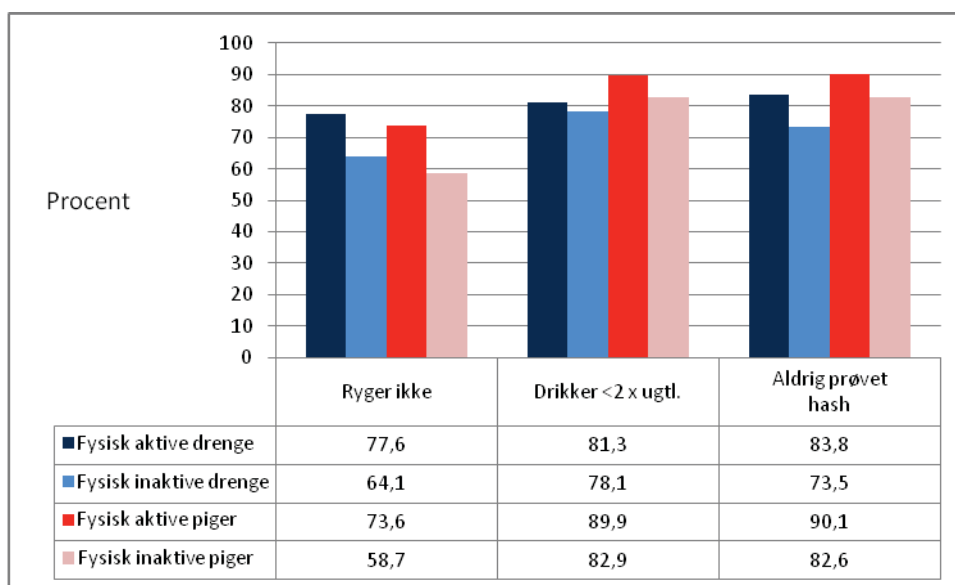
De unge var spurgt om de 'nogensinde' har røget hash eller taget andre slags euforiserende stoffer, og i så fald hvor ofte, de havde gjort det.

I alt har 15 pct. af de unge "nogensinde" prøvet at ryge hash eller marihuana, en større andel af drengene, 18 pct., end pigerne, 11 pct. De fleste unge, 90 pct. af drengene og 93 pct. af pigerne, oplyser, at de ikke har røget hash/marihuana inden for den sidste måned. Men i alt 65 drenge, svarende til 3 pct. af drengene, og 32 piger, svarende til knap 2 pct. af pigerne, oplyser, at de i løbet af en måned har haft et jævnligt forbrug, dvs. har røget stoffet tre gange eller oftere.

Det er et mindretal af de unge, der samtidig rapporterer en omfattende sundhedsmæssig risikoadfærd, dvs. tobaksrygning, hashbrug, hyppigt alkoholforbrug og sparsom fysisk aktivitet, i alt 2 pct. af drengene og pigerne, men i alt 23 pct. af drengene og 21 pct. af pigerne rapporterer to eller flere af de beskrevne risikofaktorer.

Der er markante sammenhænge mellem at være fysisk meget aktiv, dvs. at dyrke hård motion dagligt eller mindst hver uge, og derudover også at have en "sund" adfærd, dvs. ikke ryge tobak, relativt sjældent drikke alkohol og aldrig have røget hash. Det er illustreret i figur 9, der viser, at over tre fjerdedele af de unge, der er fysisk aktive har en sundhedsadfærd, der kan betegnes som "sund". Der er markant forskel i de to grupper vedrørende tobaksrygning og hashrygning både for drenge og piger, men ingen forskelle i hyppig alkoholindtag for drengene og kun en lille tendens til forskel for pigerne (figur 9).

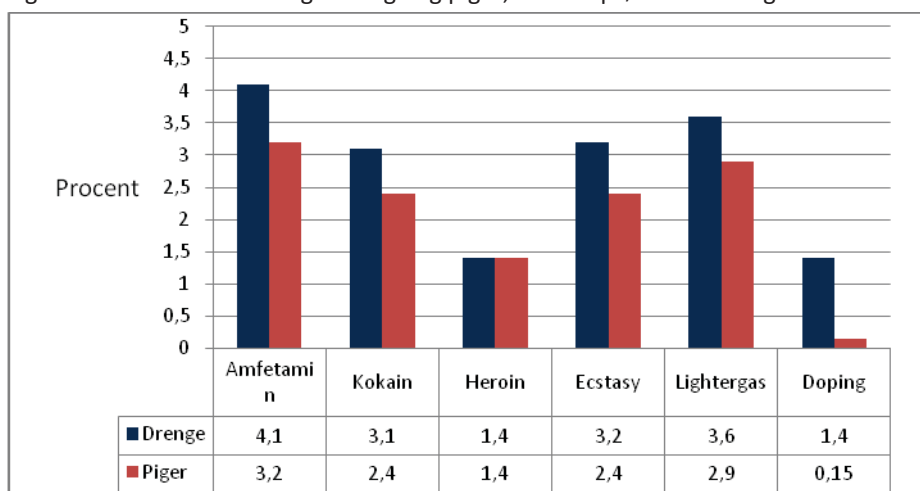
Figur 9. Andel af 15-16-årige drenge og piger med "sund" adfærd fordelt på fysisk aktive og fysisk inaktive.



ANDRE EUFORISERENDE STOFFER

Det er få af de unge, der jævnligt har taget flere forskellige slags euforiserende stoffer, men dog har knap hver tiende dreng og en mindre andel af pigerne prøvet et eller flere stoffer, 7,8 pct. af drengene og 6,4 pct. af pigerne. For langt de fleste af de unge, der har prøvet euforiserende stoffer, drejer det sig om et enkelt stof. Men 12 drenge og 2 piger oplyser, at de har prøvet alle de seks forskellige stoffer. Amfetamin er det stof, som flest har prøvet, 4,1 pct. af drengene og 3,2 pct. af pigerne, mens kokain, ecstasy og lightergas er prøvet af godt og vel 3 pct. af drengene, og 2 til 3 pct. af pigerne. Doping er prøvet af en større andel af drenge end piger (figur 10).

Figur 10. Andel af 15-16-årige drenge og piger, der har prøvet forskellige euforiserende stoffer.

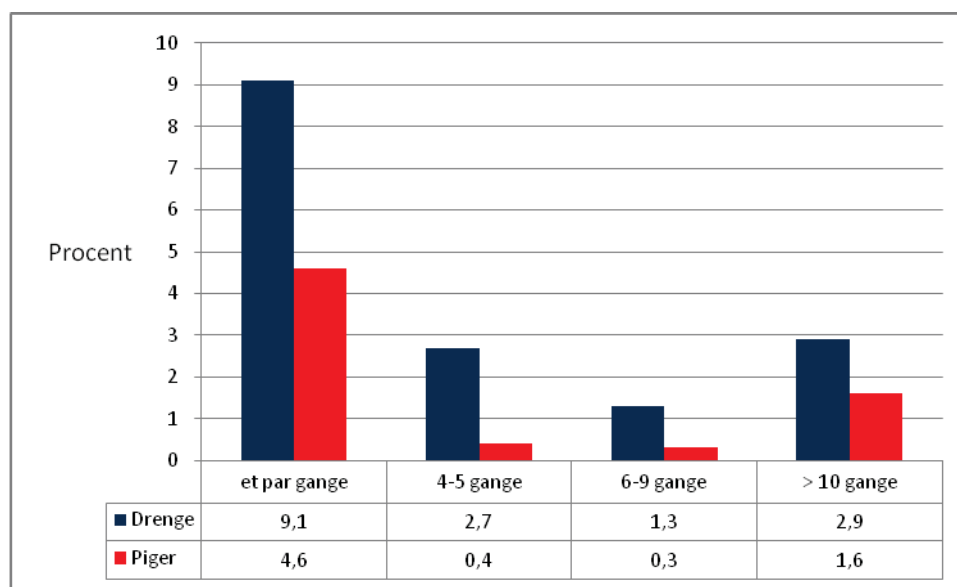


I analyserne i nærværende rapport er de unge blevet udvalgt, som har svaret "ja" til om de nogensinde har røget hash, samt desuden svaret "ja" til at have prøvet mindst et af de følgende stoffer: amfetamin, kokain, heroin, ecstasy, lightergas eller doping. I alt har 4,6 pct. af drengene og 3,2 pct. af pigerne har prøvet at ryge hash plus et af de andre ovenfor nævnte euforiserende stoffer.

16-24-ÅRIGES BRUG AF EUFORISERENDE STOFFER

På spørgsmålet om den unge inden for den seneste måned har taget euforiserende stoffer svarede flertallet, at de ikke havde brugt sådanne stoffer den seneste måned. Figur 11 viser andelen af de unge i teenagealderen og blandt de 20-24-årige, der angiver at have brugt et eller flere euforiserende stoffer.

Figur 11. Andel af 16-19-årige med brug af euforiserende stoffer, fordelt på køn.



SEKSUELLE OVERGREB

De fleste af eleverne der deltog i 9. klasses undersøgelsen i 2008 besvarede spørgsmålene om deres tidlige seksuelle erfaringer med jævnaldrende og voksne, og som beskrevet var det herudfra muligt at belyse omfang og karakter af seksuelle overgreb inden det fyldte 15. år.

Undersøgelsen blandt de 16-24-årige rummer en række data om seksuelle erfaringer inden for det seneste år med kærester og andre personer, som de unge har oplevet som overgreb.

UØNSKEDE SEKSUELLE ERFARINGER MED JÆVNALDRENDE (9. KLASSES UNDERSØGELSE)

I alt havde 308 piger, svarende til 18 pct. af de piger, der svarede på spørgsmålene om uønskede seksuelle oplevelser med jævnaldrende, og 74 drenge, 5 pct., oplevet en eller flere af de fire typer seksuelle overgreb fra jævnaldrende. Det er således en markant større andel af pigerne end drengene, der har været udsat for uønskede seksuelle handlinger fra jævnaldrende.

I alt 9 pct. af pigerne mod 2 pct. af drengene rapporterede at have været udsat for uønskede seksuelle handlinger uden fysisk kontakt – 12 pct. af pigerne mod 3 pct. af drengene overgreb med fysisk kontakt men ikke samleje, og 2 pct. af pigerne mod 0,6 pct. af drengene samleje eller analsex. Det var en lavere andel, der rapporterede oralsex, 1 pct. af pigerne og 0,5 pct. af drengene.

De fleste, 226 piger, 73 pct., og 55 drenge, 74 pct., havde kun været udsat for en enkelt type af de fire slags seksuelle overgreb, mens et fåtal, 5 piger og 2 drenge, rapporterede, at de havde været udsat for alle fire typer overgreb (tabel 4).

Tabel 4. Antal og andel af drenge og piger, der har haft forskellige typer af uønskede erfaringer med jævnaldrende.

	Drenge		Piger	
	Antal	procent	Antal	Procent
Har du været udsat for at en jævnaldrende imod din vilje har blottet sig for dig, tvunget dig til at blotte dig, fotograferet dig nøgen eller udsat dig for andre former for seksuelle ting uden direkte at røre dig?				
Ja				
Nej	33	2,1	148	8,7
	1557	97,9	1548	91,3
Har du været udsat for at en jævnaldrende imod din vilje har rørt dine kønsdele, tvunget dig til at røre ham/hende eller har forsøgt at klæde dig af for at have sex med dig?				
Ja				
Nej	48	3,0	204	12,1
	1540	97,0	1489	87,9
Har du imod din vilje haft oralsex med en jævnaldrende?				
Ja	9	0,6	22	1,3
Nej	1579	99,4	1670	98,7
Har en jævnaldrende imod din vilje forsøgt eller haft samleje/analsex med dig?				
Ja				
Nej	10	0,6	34	2,0
	1573	99,4	1655	98,0
Hvor mange forskellige typer overgreb har du oplevet?				
Ikke oplevet overgreb	1517	95,4	1393	81,9
1 overgreb	55	3,5	226	13,3
2 overgreb	14	0,9	69	4,1
3 overgreb	3	0,2	8	0,5
4 overgreb	2	0,1	5	0,3

SEKSUELLE KONTAKTER MED VOKSNE (9.KLASSES UNDERSØGELSEN)

I alt 34 drenge, 2,0 pct., og 137 piger, 7,8 pct., svarede *Ja* på spørgsmålet, om de havde haft seksuel kontakt eller erfaring med en voksen inden de fyldte 15 år. Spørgsmålet blev stillet uden at anvende begrebet uønsket eller betegnelsen seksuelt overgreb, men er iflg. straffeloven et overgreb, da den unge er under 15 år. Unge, der angav at have haft seksuel kontakt/erfaring med voksne, blev efterfølgende stillet en række spørgsmål, der afdækker karakteren af og omstændighederne ved disse seksuelle erfaringer, herunder om de unge selv vurderer erfaringen som et seksuelt overgreb.

På spørgsmålet om de unge selv har vurderet, at det var et seksuelt overgreb, svarede 29 pct. af de 137 piger og 12 pct. af de 34 drenge, der har rapporteret seksuel kontakt med voksne, *Ja* eller *Måske*. Men en stor andel har ikke besvaret spørgsmålet, 38 pct. af drengene og 25 pct. af pigerne. I alt svarede 50 pct. af drengene og 39 pct. af pigerne *Nej*, og 7 pct. af pigerne *Ved ikke*.

Med det betydelige forbehold, at spørgsmålet kun er besvaret af ca. 2/3 af drengene og ¾ af pigerne, som har svaret "*Ja*" til at have haft seksuel kontakt med voksne, skønnes det, når man overfører resultatet til alle unge, som har villet svare på spørgsmål om seksuel kontakt/erfaringer med voksne, at mindre end 1 pct. af drengene og ca. 2 pct. af pigerne selv vurderer at have været udsat for et seksuelt overgreb fra en voksen før 15-års alderen (tabel 5).

Tabel 5. Antal og andel af drenge og piger med seksuelle kontakter med voksne før 15-års alderen - og de unges svar på, om det var et seksuelt overgreb eller ej.

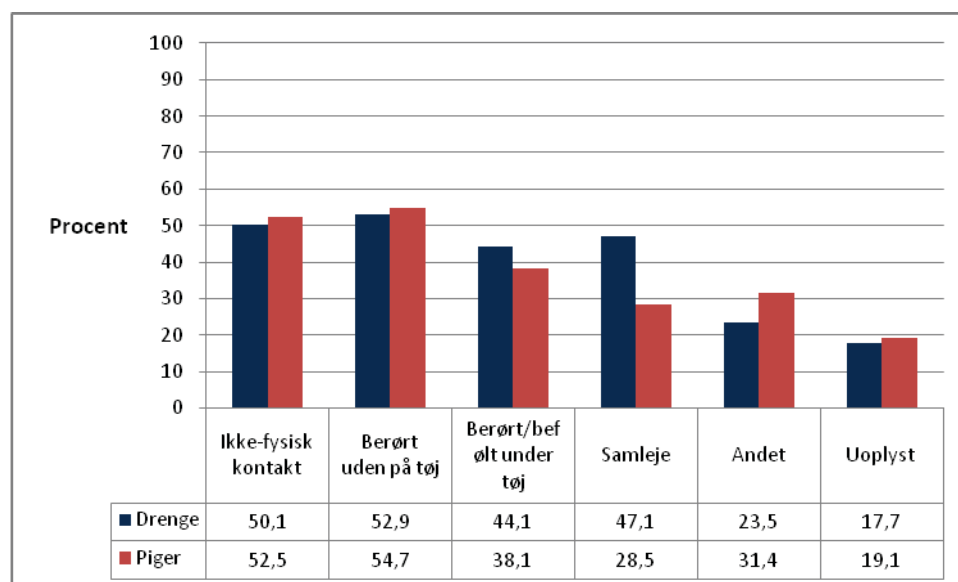
		Drenge		Piger	
		Antal	Procent	Antal	Procent
Har du set porno med en voksen?	Ja	92	5,3	43	2,4
	Nej	1636	94,7	1721	97,6
Har du haft seksuel kontakt med en voksen inden du fyldte 15 år?					
	Ja	34	2,0	137	7,8
	Nej	1694	98	1622	92,2
Svar på egen vurdering i forhold til seksuelt overgreb					
	"Ja" eller "Måske" seksuelt overgreb	4	11,8	39	28,5
	"Nej" ikke et overgreb	17	50,0	54	39,4
	"Ved ikke"	0	0	10	7,3
	Ikke besvaret spørgsmålet	13	38,2	34	24,8

De 34 drenge og de 137 piger, der svarede *Ja* til at have haft seksuelle erfaringer med voksne inden 15 års alderen, har oplyst hvilke typer seksuelle handlinger, som det har drejet sig om. De er inddelt i 5 forskellige kategorier; Ikke fysisk kontakt, fysisk kontakt uden på tøjet, fysisk kontakt under tøjet, vaginalt/analt samleje og andet.

Over halvdelen af de unge med erfaringer med voksne har været udsat for forskellige former for ikke-fysisk kontakt og været seksuelt berørt uden på tøjet, mens en lavere andel har været udsat for de mere vidtgående former for seksuel kontakt med voksne. De unge har kunnet angive flere typer erfaringer (figur 12).

Drenge har markant hyppigere end piger har haft samleje/analsex med en voksen, henholdsvis knap halvdelen af de 34 drenge mod noget under hver tredje af de 137 piger. Men knap hver femte af de unge har ikke svaret på karakteren af den seksuelle kontakt, og knap hver tredje pige og knap hver fjerde dreng har angivet at kontakten omfattede "andet" end de præciserede kategorier.

Figur 12. Andel af 15-16-årige drenge og piger der har haft forskellige typer af seksuelle erfaringer blandt 34 drenge og 137 piger med seksuel kontakt/erfaring med voksne inden 15 års alderen.

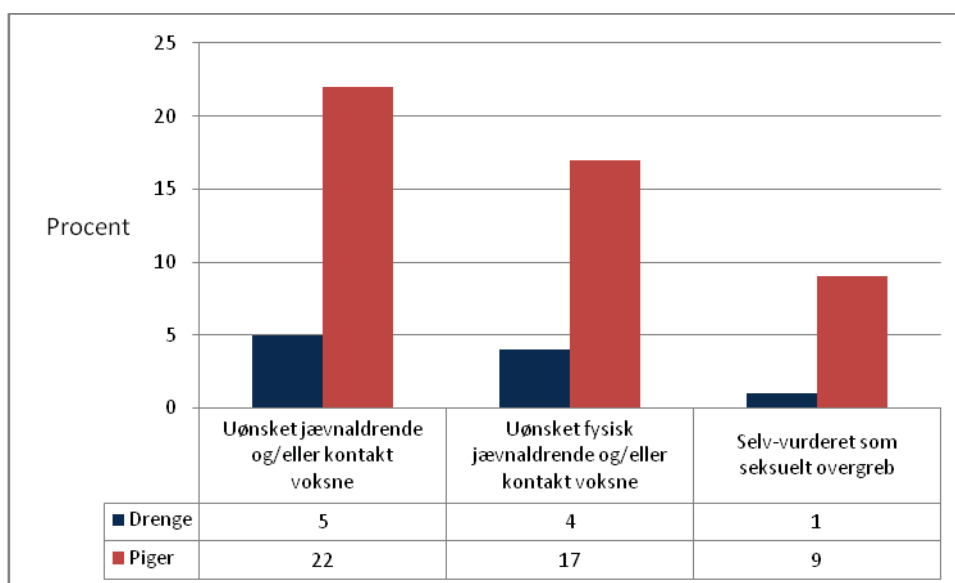


UØNSKEDE SEKSUELLE ERFARINGER MED JÆVNALDRENDE OG/ELLER SEKSUEL KONTAKT MED VOKSNE (9.KLASSES UNDERSØGELSEN)

Blandt de drenge, som har besvaret spørgsmål om seksuelle erfaringer med jævnaldrende og voksne, har 5 pct. enten haft uønskede seksuelle erfaringer med jævnaldrende og/eller har haft seksuelle erfaringer med voksne, mens de stadig var under den seksuelle lavalder. En femtedel, svarende til knap 1 pct. af alle drengene, har selv vurderet, at en eller flere af de disse erfaringer var eller måske var et seksuelt overgreb.

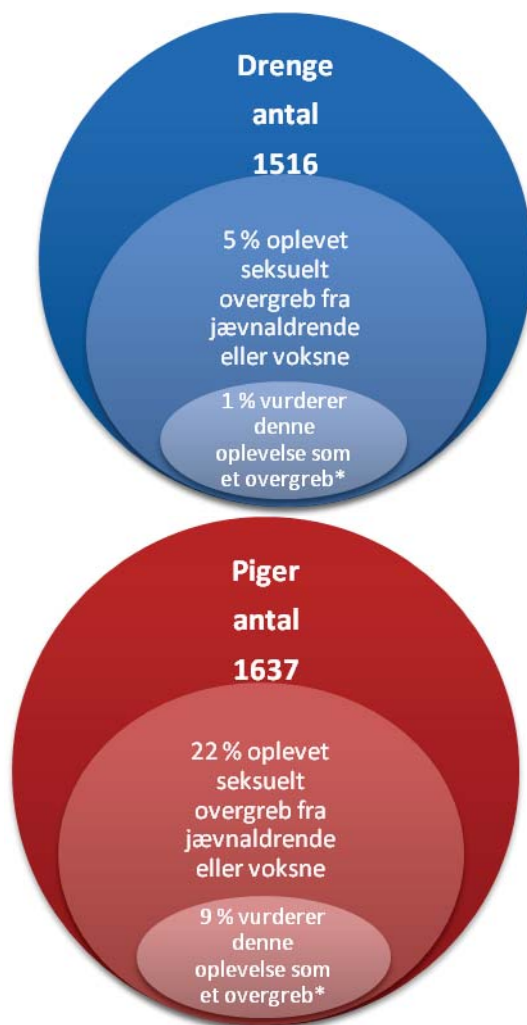
Blandt pigerne har 22 pct. haft en eller flere uønskede seksuelle erfaringer med jævnaldrende og/eller erfaringer med voksne. Der er en relativt stor andel af disse piger, der vurderer denne erfaring til at være et seksuelt overgreb, svarende til 9 pct. af alle de piger, som har villet svare på spørgsmål om seksuelle erfaringer, og som har givet en vurdering af erfaringen i forhold til overgreb eller ej (figur 13).

Figur 13. Andel af 15-16-årige drenge og piger med erfaringer om uønskede seksuelle kontakter med jævnaldrende og kontakter med voksne; fordelt på alle former for uønsket kontakt med jævnaldrende og seksuelle kontakter med voksne; uønskede kontakter med jævnaldrende, der omfatter fysisk kontakt, og kontakter de selv vurderer som seksuelle overgreb.



Tages der udgangspunkt i de unges egen vurdering, er der således 1 pct. af drengene og 9 pct. af pigerne, som har været udsat for en seksuel kontakt med en jævnaldrende og/eller en voksen før de fyldte 15 år, som de selv vurderer som et seksuelt overgreb (figur 14).

Figur 14. Andelen af unge, der vurderer en seksuel erfaring til at være et seksuelt overgreb.



* Andelen af unge, der vurderer en seksuel erfaring til at være et seksuelt overgreb, er blevet beregnet med udgangspunkt i de unge, som både har rapporteret en seksuel erfaring og som har svaret på spørgsmålet om vurderingen. De 20 unge, som har rapporteret en erfaring, men ikke har vurderet denne, er udeladt i denne beregning.

STRAFBARE OVERGREB OG UNGES EGEN VURDERING AF OVERGREB

Der er, som det fremgår, stor forskel mellem, hvad de unge selv vurderer som et overgreb, og det der defineres som strafbart ifølge dansk straffelov, dvs. enhver seksuel kontakt mod ens vilje og enhver seksuel kontakt mellem en voksen og et barn under den seksuelle lavalder, 15 år.

I alt har 4 pct. af drengene og 17 pct. af pigerne, ud af de i alt 1.516 drenge og 1.637 piger, der har besvaret spørgsmålene om uønskede erfaringer med jævnaldrende og seksuel kontakt med voksne, haft relativt vidtgående, uønskede seksuelle erfaringer med jævnaldrende, dvs. uønsket fysisk seksuel kontakt, oralsex, samleje eller analsex med jævnaldrende, og/eller en eller flere typer af seksuel kontakt med voksne før 15 års alderen (figur 14).

GENTAGNE OVERGREB

I alt har 68 drenge, knap 5 pct. af svarpersonerne, kun oplevet en enkelt type af de forskellige seksuelle handlinger, 7 har oplevet to forskellige, 4 tre forskellige og to alle fire typer, dvs. både 'overgreb' uden fysisk kontakt, med fysisk kontakt, oralsex og vaginal/anal samleje. Blandt pigerne har 243, knap 15 pct. af svarpersonerne, oplevet en enkelt type handling, 84 har oplevet to forskellige, 22 tre forskellige og 3 piger angiver at have oplevet alle fire typer handlinger fra enten voksne eller som uønskede erfaringer med jævnaldrende.

SEKSUELLE OVERGREB BLANDT 16-24-ÅRIGE

Ud fra data i den Internetbaserede spørgeskemaundersøgelse blandt de 16-24-årige kan vi beskrive forekomsten af forskellige typer af overgreb i og uden for parforhold, dvs. mellem kærester.

FORSKELLIGE TYPER AF OVERGREB

Det er omtrent den samme andel unge mænd og kvinder, der rapporterer at have været generet via mobiltelefon eller Internet, men det er ca. tre gange så mange unge mænd som kvinder, der har oplevet sig truet. Psykisk vold er således hyppigst forekommende blandt unge mænd (tabel 6).

Tabel 6. Forekomst af psykisk vold, fysisk vold og seksuel vold fordelt på køn, angivet i procent.

	Kvinde	Mand
Psykisk vold		
Generet via elektroniske medier (mobbet, truet)	14,4	16,0
Trusler om vold	10,1	36,2
En eller flere typer psykisk vold	20,4	41,4
Fysisk vold		
Skubbet, revet, rusket	14,7	34,0
Slået, sparket	3,6	18,2
Kastet mod møbler/væg	3,3	4,7
Kvælningsforsøg, angrebet med våben	1,6	5,8
En eller flere typer fysisk vold	16,2	37,7
Seksuel vold		
Krænket seksuelt	15,2	3,3
Forsøg på sex mod sin vilje	7,8	3,3
Tvungen sex mod sin vilje vha. trusler	4,6	1,1
Tvungen sex mod sin vilje vha. vold	1,1	-
Delt intime billeder mod sin vilje	3,3	1,4
En eller flere typer seksuel vold	21,1	7,5

En dobbelt så stor andel af unge mænd end af unge kvinder rapporterer udsættelse for fysisk vold det seneste år.

Men det er en langt højere andel af de unge kvinder end af de unge mænd rapporterer udsættelse for seksuel vold, henholdsvis 21,1 pct. og 7,5 pct. (tabel 6).

SEKSUELLE OVERGREB I OG UDEN FOR KÆRESTEFORHOLD

Blandt de unge kvinder rapporterede 9,6 pct., at de havde været udsat for seksuelle krænkelse og/eller overgreb af en ven, et familiemedlem eller kollega, 9,2 pct. af en fremmed og 6,7 pct. af en nuværende eller tidligere kæreste. Blandt de unge mænd rapporterede 4,5 pct. at de havde været udsat for et seksuelt overgreb begået af en ven, familiemedlem eller kollega, mens 1,9 pct. angav, at de var blevet udsat for seksuel vold af en kæreste.

RISIKOFAKTORER FOR SEKSUELLE OVERGREB

Der er ingen signifikant sammenhæng mellem de unges herkomst, og hvorvidt de har oplevet fysisk eller seksuel vold fra en kæreste. Men der er markant øget risiko for udsættelse for seksuel vold i kortvarige kæresteforhold og nedsat risiko blandt de unge over 20 år i forhold til teenagere.

Kvinder, der debuterer meget tidligt seksuelt (< 13 år), har en overrisiko på otte gange for at opleve kærestevold i forhold til unge, der debuterede som 15-17-årige. Jo ældre den unge er, når vedkommende debuterer seksuelt, jo mindre risiko er der for at opleve kærestevold. Unge mænd, der angiver at have debuteret seksuelt i 13-14 års alderen, har ligeledes en overrisiko på ca. 3,5 gang i forhold til at have oplevet kærestevold sammenlignet med mænd, der har debuteret i 15-17 års alderen.

Tabel 7. Sammenhæng mellem risikofaktorer og overgreb fordelt på type voldsudøver og køn, angivet i procent.

	Kvinde			Mand		
Forældres løsning af konflikter med den unge	Overgreb fra kæreste	Overgreb fra anden	Intet overgreb	Overgreb fra kæreste	Overgreb fra anden	Intet overgreb
Den unge blev truet med vold	8,2	5,8	4,2	-	25,0	6,1
Den unge blev skubbet og rusket i vrede	21,9	20,5	11,5	-	15,6	13,3
Den unge blev revet i håret	-	-	2,5	-	-	3,5
Den unge blev slået	16,4	10,3	7,7	-	28,1	11,8
Vidne til vold mod mor						
Ja	18,9	7,6	6,7	-	-	4,7
Vidne til vold mod far						
Ja	6,9	-	1,4	-	-	1,7

Dobbelt så mange af de kvindelige ofre for seksuel vold fra en kæreste er blevet truet med vold, skubbet eller slået af deres forældre i forbindelse med en konflikt i hjemmet i forhold til ikke-ofre. Henholdsvis 16,4 pct. af de unge kvinder, der havde været udsat for seksuel kærestevold og 8 pct. af dem, der ikke havde været udsat for nogen vold, var blevet slået af deres forældre (tabel 7).

Tre gange så mange af de kvindelige ofre for seksuel kærestevold har angivet, at de har set deres mor blive udsat for partnervold. Der er også markant sammenhæng mellem at have været vidne til vold mod far og selv blive udsat for seksuel kærestevold, idet fire gange så mange af de kvindelige ofre for kæresteovergreb rapporterer, at de har oplevet deres far blive udsat for vold fra en partner, sammenlignet med kvinder, der ikke har oplevet seksuel vold.

Unge kvinder, der har været vidne til vold i deres hjem, har således en 4,5 gange større risiko for senere at blive udsat for kærestevold end unge kvinder, der ikke har oplevet vold i deres barndomshjem.

Der er sammenhæng mellem at have været udsat for seksuel vold og selv at have udsat en anden for fysisk vold inden for de seneste 12 måneder. I forhold til ikke-ofre angiver 3 gange så mange kvindelige ofre for seksuelt kærestevold og 5 gange så mange mandlige ofre for seksuel kærestevold at have brugt vold.

EUFORISERENDE STOFFER OG SEKSUELLE OVERGREB BLANDT DE 16-24-ÅRIGE

Brug af stoffer øger i væsentlig grad risikoen for at blive udsat for kærestevold både for de unge kvinder og unge mænd. Kvinder, der har brugt stoffer et par gange inden for den seneste måned, har fem gange større risiko for at opleve kærestevold. Denne overrisiko er knap ti gange for mændene i forhold til ikke at have brugt stoffer.

PSYKISKE PROBLEMER OG SEKSUELLE OVERGREB BLANDT 9. KLASSES ELEVER

De unges sårbarhed og modstandskraft er belyst ud fra de beskrevne spørgsmål om psykosocial trivsel, og der er derved mulighed for at vurdere de mulige sammenhænge mellem udsættelse for overgreb, angst, depression og andre symptomer på dårlig trivsel og vanskeligheder. Vi sammenligner psykisk trivsel blandt det store flertal af de unge 15-16-årige, som ikke har været udsat for seksuelle overgreb fra jævnaldrende og voksne, med de unge der har været udsat for de forskellige overgreb fra jævnaldrende og/eller voksne ved at sammenholde de unges besvarelser af SDQ, de 8 spørgsmål om psykisk trivsel (Christchurch skalaen) og HSCL25. Resultaterne uddybes i rapportens senere afsnit.

Alle sammenhænge er testet for statistisk signifikans med χ^2 test, bortset fra Christchurchspørgsmålene, hvor der er rapporteret gennemsnitlige svarpoints og testet for signifikans med Kruskal-Wallis.

Tabel 8 og 9 viser sammenhængen mellem seksuelle overgreb og psykisk trivsel for henholdsvis drenge og piger ud fra de i afsnittet om datakilder beskrevne grænseværdier (cut-off points) ved 90 percentil for total problemscore og score for adfærdsproblemer, opmærksomhedsproblemer, emotionelle problemer, kammeratproblemer og prosocial adfærd (SDQ), gennemsnitscore for de 8 spørgsmål (Christchurchskalaen) og HSCLscore for angst, depression og for lyst til at skære i sig selv og at have tilføjet sig selv skade. For drenges vedkommende er den generelle tendens, at seksuelle overgreb øger risikoen for dårlig trivsel på alle de undersøgte psykiske trivselsområder bortset fra SDQ emotionelle problemer, hvor der kun er beskeden forskel mellem drenge, der kun har været udsat for seksuelle overgreb fra jævnaldrende, og drenge, der ikke har været udsat for nogen former for seksuelle overgreb (tabel 8).

Der er ikke nogen entydig sammenhæng mellem graden af dårlig psykisk trivsel og om overgrebet er begået af en jævnaldrende eller en voksen. Blandt de få drenge, i alt 6, der både har haft uønskede seksuelle erfaringer med jævnaldrende og seksuel kontakt med voksne, er der en større andel, der scorer højt på alle problemer, og også vedrørende selvskaide. Men de høje procenttal for psykisk dårlig trivsel hos drenge, der både har været udsat for overgreb for jævnaldrende og voksne skal tages med forbehold, idet det "kun" drejer sig om i alt 6 drenge (tabel 8).

For pigernes vedkommende er den generelle tendens ligeledes, at seksuelle overgreb øger risikoen for dårlig trivsel på alle de undersøgte psykiske trivselsområder. Heller ikke her er der nogen entydig sammenhæng mellem graden af dårlig psykisk trivsel og om overgrebet er begået af en jævnaldrende eller en voksen eller begge dele.

Den højeste andel med score over tærskelværdien er dog blandt de 62 piger, der både har angivet uønskede seksuelle erfaringer med jævnaldrende og med voksne (tabel 9).

Sammenlignes andelen af piger og drenge, udsat for seksuelle overgreb, som ligger over tærskelværdierne, ses der en tydelig kønsforskel (tabel 8 og tabel 9), idet andelen er langt større blandt piger end drenge med overgrebserfaringer – uanset, at piger uden overgrebserfaringer i større omfang også ligger over tærskelværdier end den tilsvarende gruppe af drenge.

Tabel 8. Sammenhænge mellem seksuelle overgreb og trivselsproblemer blandt drenge. Andelen af drenge, der overstiger tærskelværdien for score (90 percentil) i forhold til ikke udsat for seksuelt overgreb, overgreb fra jævnaldrende, fra voksne og både fra jævnaldrende og voksne.

	Ingen overgreb (N=1790)	Kun overgreb fra jævnaldrende (N=58)	Kun overgreb fra voksne (N=30)	Overgreb fra jævnald- rende og voksne (N=6)
	Procent	Procent	Procent	Procent
Total SDQ	8	16	20	100
SDQ Opmærksomhedsforstyrrelser	16	26	23	50
SDQ Emotionelle problemer	4	3	7	33
SDQ Adfærdsproblemer	14	36	30	100
SDQ Kammeratproblemer	16	14	30	33
Christchurchspørgsmål (gns)	2,4	3,3	3,6	7,7
HSCL Angst	5	9	11	67
HSCL Depression	4	11	14	50
Haft lyst til at skære i sig selv	3	11	4	50
Har tilføjet sig selv fysisk skade	4	9	4	50

Tabel 9. Sammenhænge mellem seksuelle overgreb og trivselsproblemer blandt piger. Andelen af piger der overstiger tærskelværdien for score (90 percentil) i forhold til ikke udsat for seksuelt overgreb, overgreb fra jævnaldrende, fra voksen og både fra jævnaldrende og voksen.

	Ingen overgreb (N=1487)	Kun overgreb fra jævnaldrende (N=229)	Kun overgreb fra voksne (N=76)	Overgreb fra jævnaldrende og voksne (N=62)
	Procent	Procent	Procent	Procent
Total SDQ	8	27	25	36
SDQ Opmærksomhedsforstyrrelser	12	31	33	38
SDQ Emotionelle problemer	13	38	26	37
SDQ Adfærdsproblemer	9	21	25	29
SDQ Kammeratproblemer	13	14	18	21
Christchurchspørgsmål (gns)	4,3	7,7	6,1	7,7
HSCL Angst	13	36	23	42
HSCL Depression	13	34	35	48
Haft lyst til at skære i sig selv	10	32	24	46
Har tilføjet sig selv fysisk skade	6	24	15	32

Sammenfattende viser resultaterne, at der er klare sammenhænge mellem udsættelse for seksuelle overgreb, hvad enten de er begået af jævnaldrende eller voksne, og dårlig psykisk trivsel hos såvel drenge som piger. Sammenhængene er dog ikke helt entydige, og en af forklaringerne herpå er, at drenge i mindre grad end piger rapporterer seksuelle overgreb, hvilket gør det vanskeligt at fortolke resultaterne for drengenes vedkommende. Seksuelle overgreb fra både jævnaldrende og voksne ser dog ud til at have sammenhæng med betydelige trivselsproblemer hos drenge.

For pigernes vedkommende er psykiske trivselsproblemer forbundet med seksuelle overgreb fra såvel jævnaldrende som voksne, idet den procentvise andel af piger, der overskrider tærskelværdierne for risiko for psykiske vanskeligheder er høj blandt de piger, der er udsat for overgreb.

Det er dog værd at bemærke, at det hele vejen igennem er under halvdelen af piger udsat for overgreb, der overskrider disse tærskelværdier, det højeste procenttal er 48 på HSCL depression hos de 62 15-16-årige piger, der både er udsat for seksuelle overgreb fra jævnaldrende og fra voksne.

Med andre ord er den psykiske modstandskraft mere reglen end undtagelsen, selv i denne udsatte gruppe af unge.

PSYKISKE PROBLEMER OG SEKSUELLE OVERGREB BLANDT 16-24-ÅRIGE

Kvindelige ofre for seksuel kærestevold angiver oftere at have underlivssmerter (52 pct.), følelsen af at alt er uoverkommeligt (48 pct.), daglig tristhed og depression (36 pct.) og angstanfald (11 pct.) end ikke-ofre, og ofre for anden seksuel vold rapporterer markant hyppigere end andre kvinder hovedpine, nervøsitet og fordøjelsesbesvær (tabel 10).

Mandlige ofre for seksuel kærestevold rapporterer oftere at have haft problemer med ondt i led og muskler samt hovedpine sammenlignet med mænd udsat for seksuel vold fra en anden person end en kæreste ofre og ikke-ofre. Derudover rapporterer mandlige ofre for seksuelle overgreb fra en anden person end en kæreste hyppigere en række trivselsproblemer end ikke-ofre gør.

For kvinder gælder således, at trivselsproblemer blandt ofre for seksuel vold varierer med, om den unge har været udsat for dette af en kæreste eller af en anden person. Nogle trivselsproblemer forekommer hyppigere blandt kærestevoldsofre (eksempelvis underlivssmerter, problemer med at sove og følelse af uoverkommelighed), mens andre forekommer hyppigere, når gerningspersonen har været en anden end kæresten (eksempelvis hovedpine, nervøsitet og fordøjelsesbesvær).

Det er omtrent samme andel af unge piger blandt dem, der har været, og dem der ikke har været udsat for seksuelt overgreb, som bruger beroligende medicin.

Tabel 10. Sammenhæng mellem trivsel og seksuel vold fordelt på type voldsudøver og køn, angivet i procent.

	Kvinde			Mand		
	Kærestevold	Anden vold	Ingen vold	Kærestevold	Anden vold	Ingen vold
Har du indenfor den seneste måned haft? (angivet i procent)						
Ondt i led og muskler	48,0	44,9	45,5	63,6	55,6	55,2
Hovedpine	76,7	81,4	70,5	45,5	40,7	50,4
Svimmelhed	37,0	33,3	19,4	-	22,2	14,1
Daglig tristhed og depression	35,6	23,7	22,1	-	-	13,0
Problemer med at sove	46,6	40,4	25,4	-	44,4	29,8
Mareridt	35,6	30,1	19,3	-	-	8,5
Nervøsitet	19,2	22,4	14,9	-	-	10,0
Angstanfald	11,0	3,2	3,0	-	-	-
Følelse af uoverkommelighed	48,0	38,5	31,7	-	25,9	17,0
Ondt i maven	49,3	44,2	33,8	-	18,5	18,3
Underlivssmerter	52,0	41,7	31,7	-	-	-
Fordøjelsesbesvær	11,0	13,5	10,7	-	-	3,7
Brug af beroligende medicin?						
Ja	-	4,4	3,0	-	-	1,4
Nogensinde forsøgt at tage eget liv (%)						
Ja	31,1	16,5	7,5	-	-	3,8

SELVSKADENDE ADFÆRD

Vi beskriver de unges udsagn om selvmordstanker, lyst (fantasier) til at skære i sig selv og/eller at have tilføjet sig selv fysisk skade. De tre problemer kan muligvis betragtes som et kontinuum, som et udtryk for alvorlige følelsesmæssige problemer og dårlig psykisk trivsel. Men der er betydelig forskel på at svare 'Ja' til at have haft selvmordstanker og til at have lyst til at skære i sig selv eller gøre sig selv skade. Måske er det overraskende, at mindre end hver tiende af de unge har oplevet selvmordstanker i en livsperiode, hvor der for de fleste sker store forandringer, forelskelse, kærestesorg, usikker på fremtiden, opbrud i kammeratskab, løsrivelse fra forældre og andre svære valg.

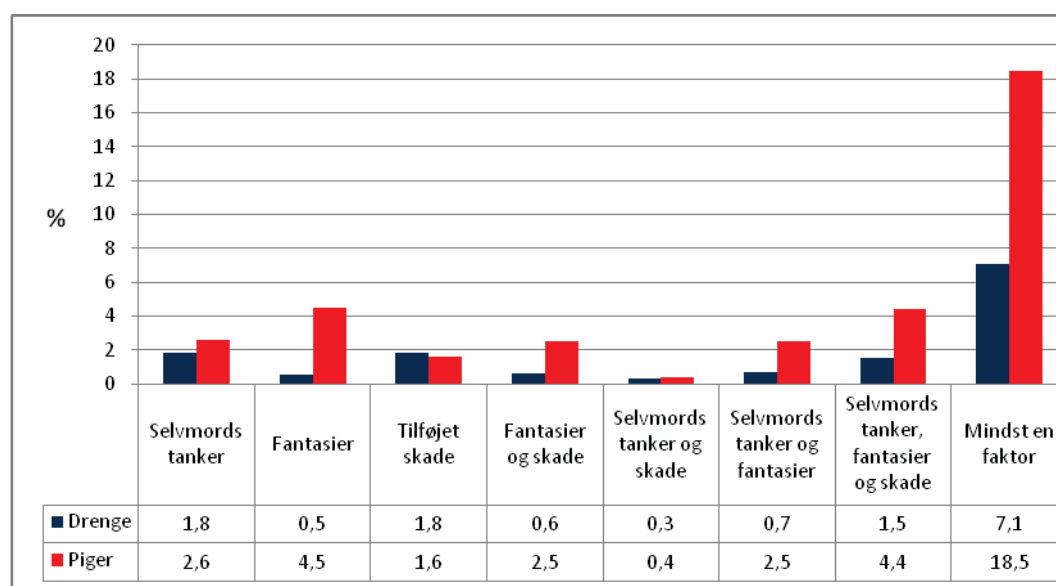
Sammenlignes svarene fra 9. klasses eleverne med svarene fra de ældre unge, 16-24-årige, finder vi, at andelen, der rapporterer nogensinde at have haft selvskadende adfærd, falder betydeligt med alderen. Dette kan overraske, men kan være udtryk for, at de unges selvskadende adfærd i teenageårene har karakter af mindre alvorlige handlinger, som ikke erindres senere.

Det er betydningsfuldt også at huske på, at der trods den relativt store andel af unge kvinder, der rapporterer de forskellige former for selvskadende adfærd, kun forekommer enkelte selvmord årligt i denne aldersgruppe. I 2006 er der registreret 4 selvmord blandt 15-19-årige kvinder og 6 selvmord blandt 15-19-årige mænd, svarende til ca. 2,5 pr. 100.000.

SELMORDSTANKER OG SELVSKADE BLANDT 9. KLASSES ELEVER

Samlet er det knap hver femte pige og mindre end hver tiende dreng, der enten angiver at have haft selvmordstanker, at have haft lyst til at skære i sig selv eller faktisk har tilføjet sig selv fysisk skade inden for den seneste uge, eller to til tre af disse ting. Men knap 1,5 pct. af drengene og 4,4 pct. af pigerne rapporterede, at de både havde haft selvmordstanker, fantasier om at skære i sig selv og faktisk at have tilføjet sig selv skade inden for den seneste uge (figur 15).

Figur 15. Unges rapportering af selvmordstanker, fantasier om at skære i sig selv og at have tilføjet sig fysisk skade inden for senest uge. Vist som procentandele, der kun rapporterer en enkelt faktor, to forskellige faktorer, og alle tre samtidigt.



KØNSFORSKELLE

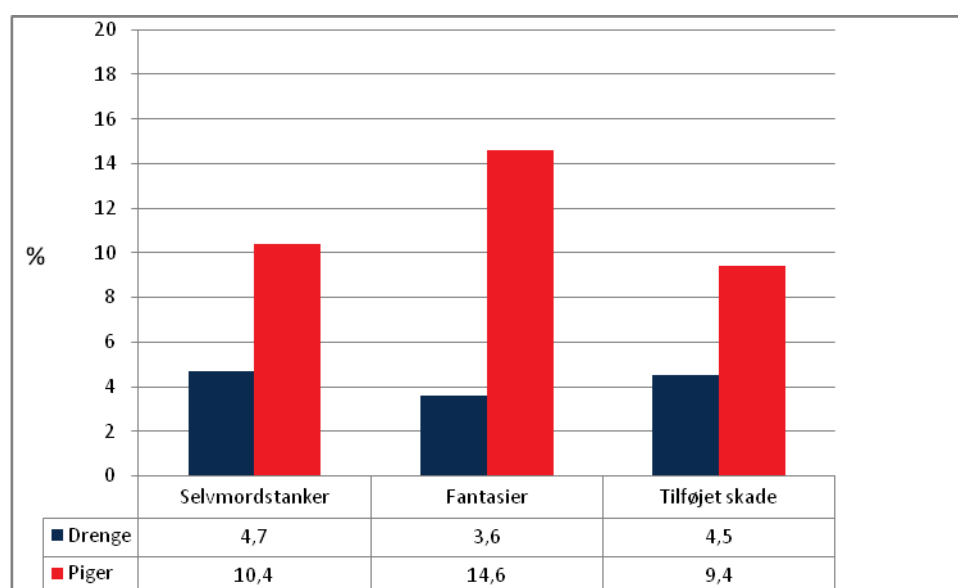
Der er således markante kønsforskelle i 15-16-åriges svar på spørgsmål om disse alvorlige hverdagsproblemer. Mens ca. 7 pct. af drengene rapporterer sådanne problemer, er det 18 pct. af pigerne der angiver at have oplevet enten tanker om selvmord, fantasier om at skære i sig selv og/eller have tilføjet sig selv skade.

Derimod er det en større andel af drengene end af pigerne, der angav at de havde tilføjet sig selv skade og ikke rapporterede de to andre former for selvskadende adfærd. Spørgsmålets brede formulering kan betyde, at der i drengenes svar også indgår skader fx opstået ved idræt, ulykker på cykel og ved skisport. Som det ses i figur 15 er det en forholdsvis stor andel af drengene, der rapporterer at have tilføjet sig selv skade, og ikke rapporterer at have fantasier om selvskade eller selvmordstanker, 1,8 pct. mod at 0,5 pct. rapporterer fantasier. Blandt piger er der omvendt en større andel, der alene rapporterer fantasier om selvskade, 4,5 pct. mod 1,6 pct. rapporterer alene at have tilføjet sig fysisk skade.

Når de unges svar på de tre former for selvskade analyseres hver for sig, er kønsforskellene meget markante. Fantasier om at skære i sig selv er rapporteret af knap 15 pct. af pigerne mod knap 4 pct. af drengene. Der er tilsvarende markante kønsforskelle i rapporteringen af selvmordstanker: knap 5 pct. af drengene og godt og vel 10 pct. af pigerne angav, at de inden for den sidste uge havde haft selvmordstanker (dvs. enten oplevet lidt, ret meget eller virkelig meget); OR 2,37 [CI 1,8 – 3,1]², enten isoleret fra de øvrige selvskadende faktorer eller samtidig med enten fantasier og/eller at have tilføjet sig skade (figur 16).

Kønsforskellene er som tidligere omtalt mindst udtalt vedrørende det at have tilføjet sig selv skade.

Figur16. Kønsforskelle i rapportering af de tre former/udtryk for selvskadende adfærd blandt 9. classes elever.



ALDERSFORSKELLE.

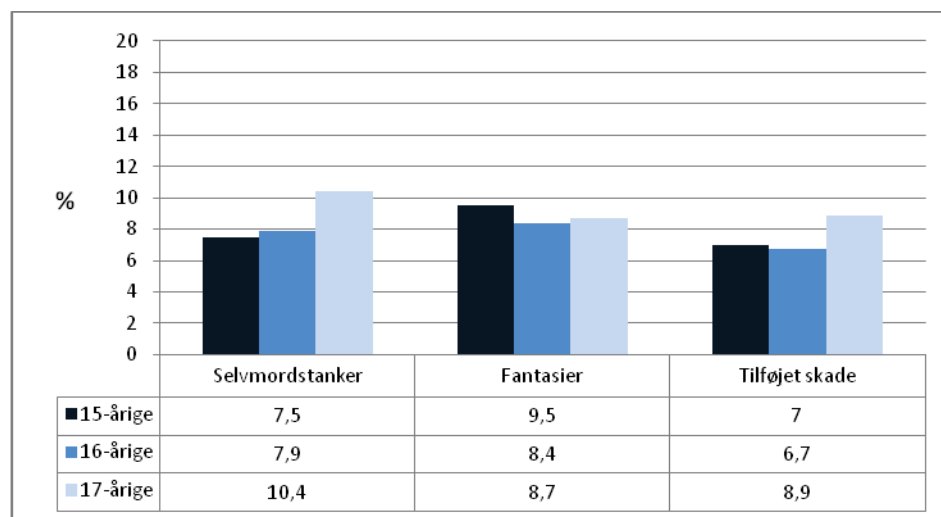
Med stigende alder er der tendens til, at en større andel af de unge rapporterede selvmordstanker. Blandt de relativt få 17-årige, der indgik i 9.klasses undersøgelsen, var der således 10 pct. med selvmordstanker mod 7,7 pct. blandt de 15-årige.

Hyppigheden af fantasier om selvskade synes derimod at aftage med alderen, idet der var tendens til en højere forekomst blandt de 15-årige end blandt de ældre unge. Andelen af unge der havde tilføjet sig selv fysisk skade inden for den seneste uge viste derimod ingen faldende tendens med højere al-

² OR = odds ratio. Odds ratio udtrykker oversandsynligheden for at en person, der har en given baggrund, oplever den pågældende begivenhed i forhold til en anden person, der ikke har den givne baggrund - givet at de øvrige variable i modellen er uforandrede. CI = konfidensinterval.

der, idet der var den største andel blandt de 17-årige, der rapporterede, at de havde tilføjet sig selv skade. Det var kun en beskednen andel af 9.klasses eleverne, der var fyldt 17 år, i alt 48, og denne gruppe kan have særlige karakteristika i forhold til deres noget yngre klassekammerater (figur 17).

Figur 17. Rapporteret selvskadende adfærd blandt 9.klasses elever, fordelt på alder.



TANKER OM SELVMORD OG SELVSKADE

Når vi først ser på hvor stor en andel af de i alt 288 unge, der angav, at de havde haft tanker om selvmord den seneste måned, ses det, at noget under halvdelen, i alt 115, 41 pct., både rapporterede tanker, fantasier om at skære i sig selv og at de havde tilføjet sig selv skade, mens 87, svarende til 31 pct. kun havde haft tanker om selvmord, men uden fantasier om at skære i sig selv eller havde tilføjet sig selv skade (figur 18).

Knap hver fjerde havde både haft tanker om selvmord og fantasier om at skære i sig selv. Det var et mindretal, der havde haft selvmordstanker og havde tilføjet sig selv skade, 13 svarende til 5 pct..

Figur 18. Unge, der angiver at have haft tanker om selvmord og deres rapportering af anden form for selvskadende adfærd.



FANTASIER OM AT SKÆRE I SIG SELV

I alt angav 335 af de unge, at de har haft fantasier om skære i sig selv, 29 pct. havde haft disse fantasier uden tanker om selvmord og uden at have tilføjet sig selv skade; men mere end hver tredje, 34 pct. rapporterede alle tre former for selvskadende adfærd, og 60 af de unge, 19 pct. havde både haft fantasier og faktisk tilføjet sig selv skade.

Det er dog en relativ stor andel af de unge, der alene har haft fantasier om at skære i sig selv, i alt 97, svarende til 29 pct. (figur 19).

Figur 19. Fantasier om at skære i sig selv i forhold til tanker om selvmord og at have skadet sig selv.

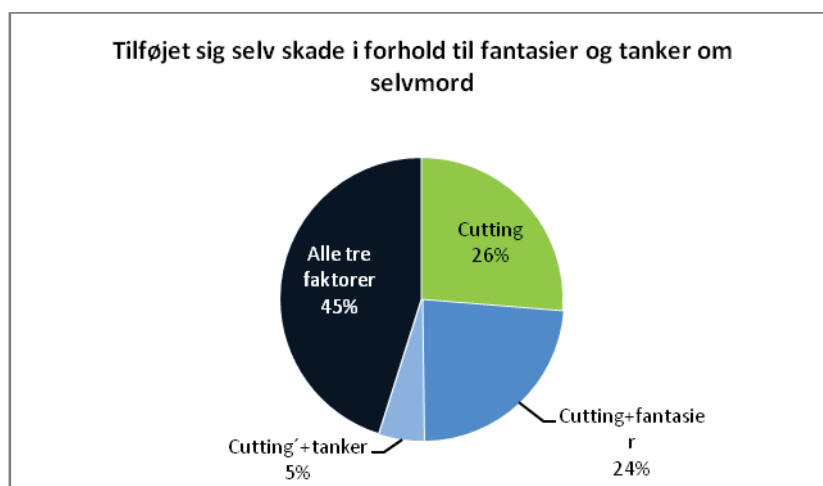


SELVTILFØJET SKADE

Blandt de unge var der i alt 255 der rapporterede, at de havde tilføjet sig selv skade inden for den seneste måned. Figur 20 viser, at der blandt dem havde hver fjerde ikke samtidigt haft fantasier om skære i sig selv eller haft selvmordstanker. Som ovenfor beskrevet, ved vi ikke hvad 'tilføjet sig selv skade' er tolket som – det behøver ikke være selvskade i form af cutting, men sammenlignet med oplysningerne i figur 19, er der en relativ mindre andel af de unge, der har tilføjet sig selv skade, der ikke samtidigt har angivet at de har oplevet selvmordsønsker og/eller fantasier om at skære i sig selv, 26 pct. mod henholdsvis 30 pct. og 29 pct.

Der var et flertal af unge, der rapporterede selvskade, som havde også havde oplevet fantasier om at skære i sig selv og selvmordstanker, i alt 115 svarende til 45 pct. (figur 20).

Figur 20. Tilføjet sig selv skade i forhold til fantasier og tanker om selvmord.



SELVSKADE/SELMORDSFORSØG BLANDT 16-24-ÅRIGE

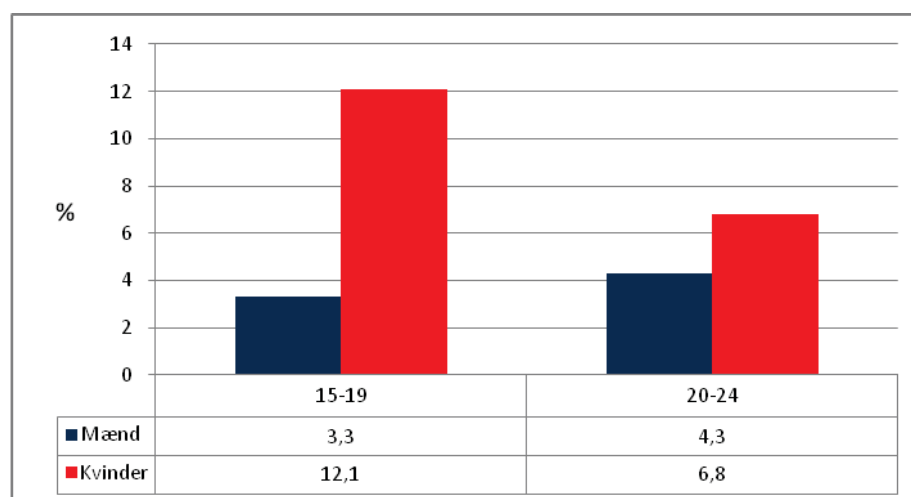
I den Internetbaserede spørgeskemaundersøgelse i 2007 blandt 16-24-årige indgik der et spørgsmål om nogensinde at have forsøgt selvmord. Selvmordsforsøgets alvorlighed blev belyst ud fra spørgsmål om skader/sygdom efter forsøget, lægehjælp til disse skader og evt. sygehusindlæggelse.

I alt rapporterede 156 af de unge nogensinde at have forsøgt at tage sit liv, 74 havde anvendt forgiftning dvs. lægemidler, og 79 en anden metode.

KØNS- OG ALDERSFORSKELLE

Spørgsmålet var formuleret, således at de unge svarede på om de nogensinde havde forsøgt selvmord. Trods dette er det en markant højere andel af 16-19-årige unge kvinder end 20-24-årige, der svarede 'Ja' på dette spørgsmål. Figur 21 viser alders- og kønsforskellene i forekomsten af rapporteret selvmordsforsøg (nogensinde).

Figur 21. 16-24-åriges rapportering af selvmordsforsøg nogensinde, fordelt på køn og aldersgrupper.



Derimod er der for de unge mænds vedkommende ikke nogen lavere rapportering af selvmordsforsøg med stigende alder. De viste alders- og kønsmæssige forskelle tyder på, at selvmordsforsøg blandt meget unge piger måske tolkes på en anden måde end blandt mere modne unge kvinder.

SELMORDSFORSØG OG UDSÆTTELSE FOR SEKSUELLE OVERGREB

Selvordsforsøg rapporteres hyppigst af kvinder, der har været udsat for seksuel kærestevold. Knap hver tredje, 31,1 pct. af de kvindelige ofre for seksuelt kærestevold angiver, at de på et tidspunkt har forsøgt selvmord, sammenlignet med hver sjette af kvinderne, der rapporterer seksuel vold fra anden person end en kæreste, og mindre end hver tiende kvinde, der ikke rapporterer seksuelle overgreb.

Der er ligeledes en signifikant sammenhæng blandt mænd mellem at have været udsat for et seksuelt overgreb og at have forsøgt at tage sit eget liv. Det er ikke oplyst, om de seksuelle overgreb er begået af en mand eller en kvinde.

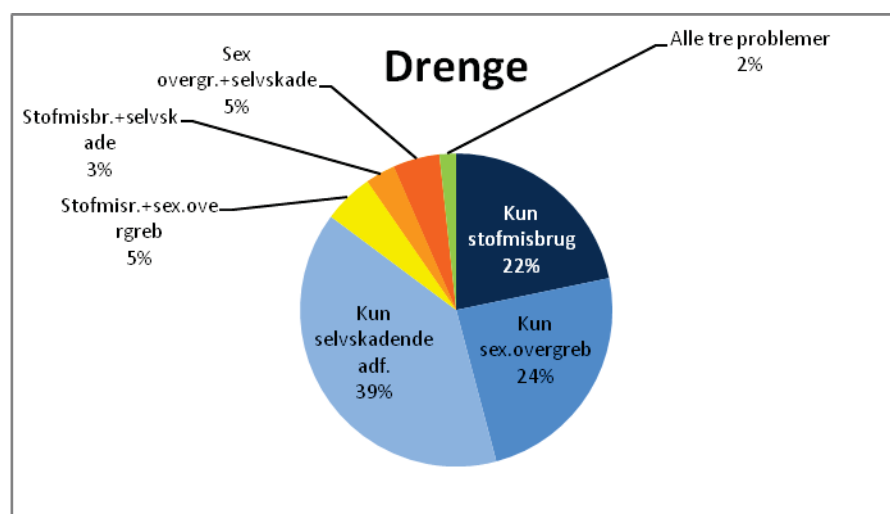
Mænd og kvinder, der har rapporteret at have forsøgt at tage deres eget liv, har således hyppigere været udsat for kærestevold. For kvindernes vedkommende er denne risiko øget 5,7 gange og for mændenes vedkommende er risikoen 8 gange øget.

SAMMENHÆNGE MELLEM DE TRE PROBLEMTYPER

Nedenstående cirkeldiagrammer viser overlappningen mellem selvskadende adfærd (selvmordstanker, lyst til at skære i sig selv, tilføjet sig selv fysisk skade), udsættelse for seksuelle overgreb (uønskede seksuelle kontakter med jævnaldrende, seksuelle kontakter med voksne) og stofmisbrug (nogensinde prøvet hash plus mindst et af følgende euforiserende stoffer: amfetamin, kokain, heroin, ecstasy, ligh-tergas eller steroider). I figur 22 og figur 23 ses de forskellige kombinationer der fremkommer fordelt på køn. Gruppen af unge, der rapporterer alle forhold, er særdeles lille, 29 ud af 3931 unge, 0,7 pct. Den procentvise største kombination udgøres af de unge, der både har været udsat for seksuelle overgreb inden 15 års alderen og har foretaget en eller flere former for selvskadende handling i den forløbne uge, 143 ud af 3931 unge (3,6 pct.).

Når man betragter fordelingen mellem de forskellige typer af problemer, forekommende alene eller i kombination med en eller to af de andre typer problemer, er der blandt de 290 drenge, der rapporterer et eller flere af de tre problemer, i alt 2 pct. der angiver at have alle tre problemer, 22 pct. rapporterer kun stofmisbrug (brug af euforiserende stoffer), 24 pct. kun seksuelle overgreb og 39 pct. alene selvskadende adfærd.

Figur 22. Overlappningen mellem selvskadende adfærd, udsættelse for seksuelle overgreb og stofmisbrug blandt drenge.

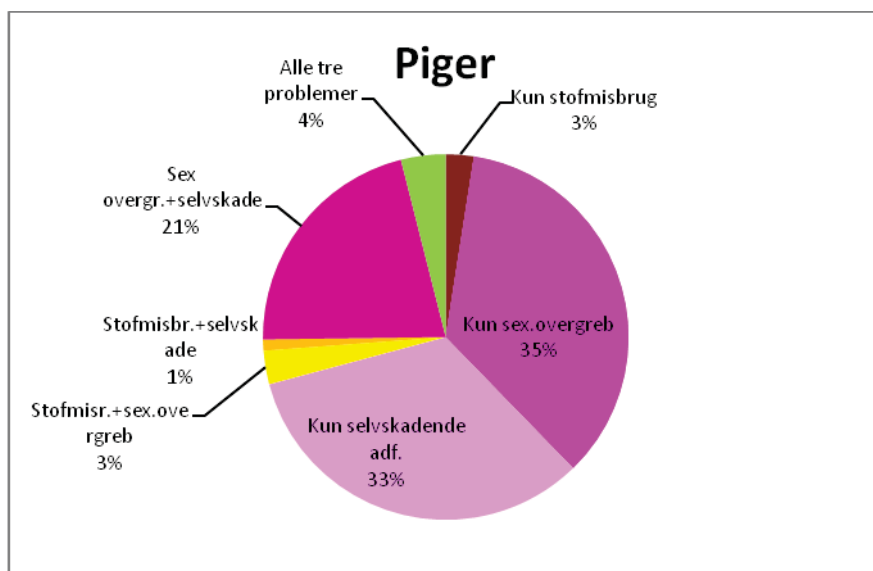


Blandt pigerne er der i alt 607, der rapporterer et eller flere af de tre problemer. Blandt disse er der 4 pct., der angiver alle tre problemer, 3 pct. kun brug af euforiserende stoffer, 35 pct. kun seksuelle overgreb og 33 pct. kun selvskadende adfærd. Men der er en relativ stor andel, 21 pct., der angiver både seksuelle overgreb og selvskadende adfærd. Sammenlignet med andelen blandt drenge, 5 pct., er denne andel markant større.

Ud fra dette er der således grund til at antage, at seksuelle overgreb i barndommen hænger sammen med selvskadende adfærd, specielt for piger, mens stofmisbrug ikke synes at hænge sammen med de andre forhold i nævneværdig grad.

For drenge er der i den relative fordeling et lidt større sammenfald mellem at bruge euforiserende stoffer og have selvskadende adfærd eller have været udsat for seksuelle overgreb end for piger.

Figur23. Overlapningen mellem selvskadende adfærd, udsættelse for seksuelle overgreb og stofmisbrug blandt piger.



PSYKOSOCIALE RISIKOFAKTORER

Resultaterne i det foregående afsnit viser, at en relativt stor andel af de unge 9. klasses elever rapporterer en eller flere former for vanskeligheder eller negative oplevelser i løbet af opvæksten. Disse resultater rejser spørgsmålet om, hvad der adskiller dem, der rapporterer om vanskeligheder fra dem, der ikke gør det. I det følgende afsnit vil dette blive belyst ved at sammenligne den sociale, familiære og individuelle kontekst blandt unge med og uden vanskeligheder på de tre områder (selvskadende adfærd, seksuelle overgreb og stofmisbrug). Det er vigtigt at understrege, at undersøgelsen ikke gør det muligt at påvise, om de psykosociale risikofaktorer udgør årsagsfaktorer – en del af dem kan i princippet lige så godt være konsekvenser af de vanskeligheder, de unge har. Der er således tale om en undersøgelse af statistiske sammenhænge, ikke årsager. Til gengæld er det en fordel, at de unge er blevet udspurgt i 15 års alderen, hvilket mindsker risikoen for erindringsforskydning eller andre fejltolkninger, når de er blevet udspurgt om deres familieforhold.

Profilen af de unge er konstrueret ved at udvælge en række af de variable fra undersøgelsen, som kan belyse de unges levevilkår op til 15 års alderen. Disse variable kan grupperes på følgende måde:

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

Spørgsmålet er som ovenfor nævnt, om de unge der har vanskeligheder på henholdsvis selvskadende adfærd, seksuelle overgreb og stofmisbrug, adskiller sig på disse områder i forhold til de unge, der ikke har de pågældende vanskeligheder.

PSYKOSOCIALE FAKTORER OG SELVSKADENDE ADFÆRD

Tabel 11 og tabel 12 viser sammenhængen mellem selvskadende adfærd og en række sociale, familiemæssige og individuelle faktorer for henholdsvis drenge og piger. I disse sammenligninger er alle de psykosociale faktorer blevet dikotomiseret for at gøre tabellerne mere overskuelige. Appendiks 1 beskriver, hvorledes dikotomiseringen er foretaget for de forskellige variable. Alle sammenligningerne er testet for statistisk signifikans med χ^2 test, og af tabellens højre kolonne fremgår det, hvilke sammenligninger der var statistisk signifikante ($p < 0.05$), og hvilke der ikke var (n.s. = non significant).

For drengenes vedkommende tegner der sig et nogenlunde klart billede af sammenhængen mellem de psykosociale faktorer og selvrapporteret selvskadende adfærd. Bortset fra manglende fortrolighed med mor og alkoholproblemer i den nærmeste familie var der generelt svage og statistisk ikke-signifikante sammenhænge mellem de unge drenges familiære baggrund og familiens funktion og stabilitet. Til gengæld var der markante tendenser til, at drenge med selvskadende adfærd havde været udsat for forældrevold, mange traumatiske oplevelser inden for det sidste år og seksuelle overgreb (tabel 11). Endvidere havde drengene med selvskadende adfærd markant flere symptomer på psykisk dårlig trivsel, kammeratproblemer og højere forbrug af alkohol og stoffer.

For pigernes vedkommende viser tabel 12 klare og markante sammenhænge mellem alle de psykosociale variable og selvskadende adfærd. Det gælder såvel deres familiebaggrund, familiens funktion og stabilitet, deres udsættelse for forskellige former for belastende oplevelser og deres psykiske helbredstilstand, kammeratproblemer og alkohol- og stofmisbrug. Det tyder således på, at pigerne med selvskadende adfærd i højere grad end drengene påvirkes af en kompleks blanding af psykosociale risikofaktorer i form af familieproblemer, negative oplevelser i barndom og ungdom samt tendens til dårligt psykisk helbred, som i forskellige kombinationer øger risikoen for at pigerne foretager selvskadende handlinger. Men forskellene på tabellerne for drenge og piger gør, at der ikke kan opstilles en generel model på dette område.

Tabel 11. Sammenhæng mellem selvrapporteret selvskadende adfærd og forskellige psykosociale faktorer blandt drenge.

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

Tabel 12. Sammenhæng mellem selvrapporteret selvskadende adfærd og forskellige psykosociale faktorer blandt piger.

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

PSYKOSOCIALE FAKTORER OG UDSÆTTELSE FOR SEKSUELLE OVERGREB

Tabel 13 og tabel 14 viser sammenhængen mellem udsættelse for seksuelle overgreb fra jævnaldrende eller voksne inden 15 års alderen og de samme sociale, familiemæssige og individuelle faktorer for henholdsvis drenge og piger. Igen er alle de psykosociale faktorer blevet dikotomiseret for at gøre tabellerne mere overskuelige, og alle sammenligningerne er testet for statistisk signifikans med χ^2 testen.

For drengenes vedkommende tegner der sig et nogenlunde klart billede af sammenhængen mellem de psykosociale faktorer og selvrapporteret udsættelse for seksuelle overgreb. Drenge fra ikke-danske familier og drenge, som ofte er ude om natten oplever oftere seksuelle overgreb. Drengene kommer oftere fra familier, hvor forældrene er voldelige mod hinanden og mod drengene. Bortset herfra er familiemæssige vanskeligheder ikke specielt relateret til udsættelse for seksuelle overgreb hos drenge. Til gengæld har drengene foruden de seksuelle overgreb også oplevet en række belastende begivenheder i det sidste år, og de har forøget tendens til selvskadende adfærd. Drengene har mange psykiske vanskeligheder, men ikke kammeratproblemer og højere forbrug af alkohol og stoffer (tabel 13).

For pigernes vedkommende viser tabel 14 klare og markante sammenhænge mellem næsten alle de psykosociale variable og udsættelse for seksuelle overgreb. De eneste ikke-signifikante sammenhænge var, om begge forældre er danske eller ej og om de unge piger rapporterer om kammeratproblemer. Igen ses, at piger udsat for seksuelle overgreb er præget af en problemfyldt og ustabil familiebaggrund, har været udsat for forskellige andre former for belastende oplevelser og har en dårlig psykisk helbredstilstand, med forøget tendens til selvskadende adfærd og alkohol- og stofmisbrug. Det tyder således på, at piger, der har været udsat for seksuelle overgreb, i højere grad end drengene påvirkes af en kompleks blanding af psykosociale faktorer i form af familieproblemer, negative oplevelser i barndom og ungdom samt tendens til dårligt psykisk helbred.

Tabel 13. Sammenhæng mellem selvrapporteret udsættelse for seksuelle overgreb fra jævnaldrende eller voksne (CSA) og forskellige psykosociale faktorer blandt drenge.

Psykosociale faktorer	Ikke-CSA	CSA	P-værdi
Procentandele	(N = 1886)	(N= 104)	
Begge forældre danske	89,2	77,9	.000
Bor ikke med begge biologiske forældre	30,8	36,5	n.s.
Dårlig økonomi i familien	3,8	7,7	n.s.
Spiser som regel ikke sammen med forældrene	6,1	8,7	n.s.
Ofte ude om natten	10,1	30,8	.000
Forældrene har ringe kendskab til den unges fritid	3,0	3,8	n.s.
Manglende fortrolighed med mor	12,5	16,3	n.s.
Alkoholproblemer i den nærmeste familie	17,2	22,1	n.s.
Forældrene skændes ofte	13,1	12,5	n.s.
Vold forældrene indbyrdes	1,5	4,8	.010
Udsat for forældrevold	4,3	10,6	.003
Flere belastende oplevelser i det sidste år	9,3	26,0	.000
Selvskadende adfærd	6,5	18,3	.000
Mange ADHD-symptomer (SDQ)	15,4	29,8	.000
Mange emotionelle problemer (SDQ)	3,6	8,7	.009
Mange adfærdsproblemer (SDQ)	13,9	40,4	.000
Mange kammeratproblemer (SDQ)	15,4	22,1	n.s.
Angst SCL	4,3	12,5	.000
Depression SCL	3,1	13,5	.000
Den unge drikker selv	18,2	35,6	.000
Den unge tager selv stoffer	3,8	19,2	.000

Tabel 14. Sammenhæng mellem selvrapporteret udsættelse for seksuelle overgreb fra jævnaldrende eller voksne (CSA) og forskellige psykosociale faktorer blandt piger.

Psykosociale faktorer	Ikke-CSA	CSA	P-værdi
Procentandele	(N = 1556)	(N= 385)	
Begge forældre danske	87,7	90,4	n.s.
Bor ikke med begge biologiske forældre	31,7	43,6	.000
Dårlig økonomi i familien	5,7	10,6	.001
Spiser som regel ikke sammen med forældrene	6,1	11,2	.001
Ofte ude om natten	7,1	17,4	.000
Forældrene har ringe kendskab til den unges fritid	1,2	5,2	.000
Manglende fortrolighed med mor	16,5	30,4	.000
Forældrene skændes ofte	16,5	25,2	.000
Vold forældrene indbyrdes	3,3	6,2	.009
Udsat for forældrevold	7,4	15,8	.000
Alkoholproblemer i den nærmeste familie	19,2	44,7	.000
Flere belastende oplevelser i det sidste år	9,4	35,1	.000
Selvskadende adfærd	13,3	39,7	.000
Mange ADHD-symptomer (SDQ)	12,3	33,2	.000
Mange emotionelle problemer (SDQ)	12,9	35,6	.000
Mange adfærdsproblemer (SDQ)	8,3	23,9	.000
Mange kammeratproblemer (SDQ)	12,7	16,4	n.s.
Angst SCL	12,5	34,0	.000
Depression SCL	12,3	33,6	.000
Den unge drikker selv	8,7	24,4	.000
Den unge tager selv stoffer	1,3	10,9	.000

PSYKOSOCIALE FAKTORER OG SELVRAPPORTERET STOFMISBRUG

Tabel 15 og tabel 16 viser sammenhængen mellem selvrapporteret stofmisbrug og de samme sociale, familiemæssige og individuelle faktorer for henholdsvis drenge og piger. Igen er alle de psykosociale faktorer blevet dikotomiseret for at gøre tabellerne mere overskuelige, og alle sammenligningerne er testet for statistisk signifikans med χ^2 testen.

For drengenes vedkommende ser det ud til, at stofmisbrug i langt højere grad end det, der fremgik vedrørende selvskadende adfærd og seksuelle overgreb, har sammenhæng med belastende familieforhold. Der er således markante sammenhænge mellem stofmisbrug og om den unge bor sammen med begge biologiske forældre, at familiens økonomi er dårlig, om den unge spiser sammen med forældrene, ofte er ude om natten, om forældrene har kendskab til den unges fritid, om der er alkoholproblemer i den nærmeste familie, og om forældrene er voldelige mod hinanden.

Drenge, der rapporterer stofmisbrug, har oftere været udsat for forældrevold og seksuelle overgreb, og de har desuden oplevet en række belastende begivenheder i det sidste år, og de har forøget tendens til selvskadende adfærd. Drengene har mange psykiske vanskeligheder, særlig ADHD-symptomer og adfærdsproblemer, men ikke kammeratproblemer og et markant højere forbrug af alkohol (Tabel 15).

For pigernes vedkommende ses omtrent de samme billede af sammenhæng mellem selvrapporteret stofmisbrug og familieproblemer som blandt drengene. Den eneste forskel er, at pigerne tillige beretter om manglende fortrolighed med mor. I lighed med drengene er der for pigernes vedkommende markante sammenhænge mellem stofmisbrug og om den unge bor sammen med begge biologiske forældre, at familiens økonomi er dårlig, om den unge spiser sammen med forældrene, ofte er ude om natten, om forældrene har kendskab til den unges fritid, om der er alkoholproblemer i den nærmeste familie, og om forældrene er voldelige mod hinanden.

Piger, der rapporterer stofmisbrug, har oftere været udsat for forældrevold og seksuelle overgreb, og de har desuden oplevet en række belastende begivenheder i det sidste år, og de har forøget tendens til selvskadende adfærd. Pigerne har mange psykiske vanskeligheder, bemærkelsesværdigt mange ADHD-symptomer, de har kammeratproblemer og et markant højere forbrug af alkohol (tabel 16).

Tabel 15. Sammenhæng mellem selvrapporteret stofmisbrug og forskellige psykosociale faktorer blandt drenge.

Psykosociale faktorer	Ikke stofmisbrug	Stofmisbrug	P-værdi
Procentandele	(N = 1898)	(N= 92)	
Begge forældre danske	88,8	84,8	n.s.
Bor ikke med begge biologiske forældre	30,0	52,2	.000
Dårlig økonomi i familien	3,7	8,7	.017
Spiser som regel ikke sammen med forældrene	5,7	16,3	.000
Ofte ude om natten	9,6	43,5	.000
Forældrene har ringe kendskab til den unges fritid	2,7	9,8	.000
Manglende fortrolighed med mor	12,5	17,4	n.s.
Alkoholproblemer i den nærmeste familie	16,1	45,7	.000
Forældrene skændes ofte	13,0	15,2	n.s.
Vold forældrene indbyrdes	1,5	4,3	.039
Udsat for forældrevold	4,2	14,1	.000
Flere belastende oplevelser i det sidste år	9,4	27,2	.000
Udsat for seksuelle overgreb fra jævnaldrende eller voksne	4,4	21,7	.000
Selvskadende adfærd	6,7	15,2	.002
Mange ADHD-symptomer (SDQ)	14,5	48,9	.000
Mange emotionelle problemer (SDQ)	3,7	6,5	n.s.
Mange adfærdsproblemer (SDQ)	13,2	57,6	.000
Mange kammeratproblemer (SDQ)	15,8	15,2	n.s.
Angst SCL	4,4	12,0	.001
Depression SCL	3,8	11,3	.001
Den unge drikker selv	16,9	65,2	.000

Tabel 16. Sammenhæng mellem selvrapporteret stofmisbrug og forskellige psykosociale faktorer blandt piger.

Psykosociale faktorer	Ikke stofmisbrug	Stofmisbrug	P-værdi
Procentandele	(N = 1878)	(N= 63)	
Begge forældre danske	88,0	93,7	n.s.
Bor ikke med begge biologiske forældre	33,0	66,7	.000
Dårlig økonomi i familien	6,2	20,6	.000
Spiser som regel ikke sammen med forældrene	6,8	17,5	.001
Ofte ude om natten	8,3	33,3	.000
Forældrene har ringe kendskab til den unges fritid	1,8	9,5	.000
Manglende fortrolighed med mor	18,5	42,9	.000
Alkoholproblemer i den nærmeste familie	23,3	54,0	.000
Forældrene skændes ofte	18,2	19,0	n.s.
Vold forældrene indbyrdes	3,7	11,1	.003
Udsat for forældrevold	8,6	23,8	.000
Flere belastende oplevelser i det sidste år	13,4	47,6	.000
Udsat for seksuelle overgreb fra jævnaldrende eller voksne	18,3	66,7	.000
Selvskadende adfærd	17,6	47,6	.000
Mange ADHD-symptomer (SDQ)	15,1	58,7	.000
Mange emotionelle problemer (SDQ)	17,0	30,2	.007
Mange adfærdsproblemer (SDQ)	10,3	42,9	.000
Mange kammeratproblemer (SDQ)	13,2	22,2	.038
Angst SCL	15,7	49,2	.000
Depression SCL	16,9	51,6	.000
Den unge drikker selv	10,2	60,3	.000

VÆGTEN AF DE PÅVISTE RISIKOFAKTORER

Det er muligt ud fra 9.klasses undersøgelsen at analysere vægten af en række faktorer (risikofaktorer) i forhold til de unges rapportering af selvskadende adfærd, udsættelse for seksuelle overgreb og brug af euforiserende stoffer. Det er derved muligt at vurdere, hvorvidt der er sammenfald mellem faktorerne og forekomsten af de tre typer af sociale problemer, dvs. hvorvidt de kendte risikofaktorer for de tre sociale problemer har samme styrke.

Tabel 17. Vægten af risikofaktorer for henholdsvis selvskadende adfærd, seksuelle overgreb og brug af euforiserende stoffer (justerede odds ratio med angivelse af 95% konfidensinterval).

Risikofaktorer	Selvskadende adfærd	Seksuelle overgreb	Stofmisbrug
Køn	1,5 [1,2 – 1,9]	4,4 [3,4 – 5,6]	2,1 [1,4 – 3,2]
Vold fra forældrenes side	1,3 [1,1 – 1,4]		1,3 [1,1 – 1,6]
Manglende fortrolighed med mor	1,7 [1,3 – 2,2]		
Alkoholmisbrug i familien		1,7 [1,4 – 2,2]	2,3 [1,5 – 3,3]
Forældrene skændes			0,6 [0,4 – 0,9]
Traumatiske begivenheder	1,3 [1,1 – 1,4]	1,5 [1,4 – 1,7]	
Seksuelle overgreb	1,8 [1,3 – 2,3]		3,4 [2,2 – 5,2]
ADHD SDQ	1,5 [1,2-2,0]	1,4 [1,1-1,9]	2,5 [1,7-3,6]
Adfærdsproblemer SDQ		1,7 [1,3 – 2,2]	2,8 [1,9 – 4,2]
Kammeratproblemer SDQ	1,7 [1,2 – 2,2]		
Angst SCL	1,6 [1,1 – 2,1]	1,0 [1,0 – 1,1]	
Depression SCL	1,4 [1,3 – 1,5]	1,9 [1,5 – 2,4]	
Den unge er ofte ude om natten		1,7 [1,3 – 2,3]	2,1 [1,4 – 3,1]
Den unge drikker selv		1,6 [1,6 – 2,1]	5,2 [3,5 – 7,6]

Tabel 17 viser, at der er to faktorer, som går igen i forhold til alle tre former for problemer: Køn og ADHD-symptomer.

Kvindekøn er som forventet en risikofaktor for selvskadende adfærd og udsættelse for seksuelle overgreb og en beskyttende faktor for misbrug af stoffer.

ADHD-symptomer (urolig, impulsiv, planløs) er som forventet en risikofaktor for misbrug af stoffer: Den unge tiltrækkes af øjeblikkelige og forhåbentlige positive oplevelser. Hvad angår seksuelle overgreb kan der ligeledes være tale om impulsivitet og planløshed, der udsætter den unge for risikable situationer. Og selvskadende adfærd kan igen være udtryk for impulsivitet og ønske om øjeblikkelige løsninger på den unges vanskeligheder.

SEKSUELLE OVERGREB OG SELVSKADENDE ADFÆRD

Disse to problemer har (foruden køn og ADHD symptomer) 3 risikofaktorer tilfælles: Traumatiske begivenheder, angst og depression.

Der er en række mulige forklaringer herpå. For seksuelle overgreb og traumatiske begivenheder gælder det, at traumer ikke er ligeligt fordelt i befolkningen, og at de pågældende unge er i risikogrupper for såvel at opleve traumer som at blive udsat for seksuelle overgreb.

For sammenhænge mellem angst, depression og udsættelse for seksuelle overgreb er det nok snarere, at angst og depression er et resultat af CSA og traumer, end at de er risikofaktorer.

Seksuelle overgreb og traumer er således risikofaktorer for angst og depression og selvskadende adfærd.

SEKSUELLE OVERGREB OG STOFMISBRUG

For disse to problemer er der foruden køn og ADHD symptomer 4 risikofaktorer tilfælles: Alkoholmisbrug i familien, adfærdsproblemer, den unge er ofte ude om natten, og den unges eget alkoholmisbrug.

Kønssforskellene viser sig ved, at hunkøn har betydning for seksuelle overgreb og hankøn for stofmisbrug.

De mulige forklaringer på sammenhængene kan være, at alkoholmisbrug i familien er en direkte risikofaktor for den unges eget alkoholmisbrug og stofmisbrug (modelindlæring), og også er indirekte risikofaktor for seksuelle overgreb, da den unge ikke er beskyttet hjemmefra mod udsættelse for overgreb. Alkohol kan også være en direkte risikofaktor for seksuelle overgreb, hvis den unge er beruset og sammen med potentielle krænkere, men alkoholbrug kan også være resultat af at den unge er blevet seksuelt misbrugt.

At den unge ofte/ret ofte er ude efter kl. 24 om natten er formentlig indirekte risikofaktor for at være i et miljø med stofmisbrug og i et miljø, hvor risikoen for seksuelle overgreb er relativ høj.

Adfærdsproblemer er direkte risikofaktor for stofmisbrug blandt drenge og piger og måske både risikofaktor for og resultat af CSA blandt piger.

SELVSKADENDE ADFÆRD OG STOFMISBRUG

Der er for selvskadende adfærd og stofmisbrug tre fælles risikofaktorer: Vold fra forældrenes side, seksuelle overgreb i barndommen og ADHD-symptomer. Hunkøn er risikofaktor for selvskade og hankøn for brug af euforiserende stoffer.

De mulige forklaringer er, at forældrevold får pigerne til at skade sig selv og drengene til at misbruge stoffer.

ADHD får såvel pigerne som drengene til at eksperimentere med stoffer, men ADHD-symptomerne kan også være symptomer på udsættelse for vold og overgreb.

Seksuelle overgreb er risikofaktor for selvskadende adfærd og stofmisbrug.

ER DER EN SÆRLIG PSYKOSOCIAL PROFIL FOR UNGE MED SOCIALE PROBLEMER?

Unge i 15-16 års alderen, der udviser selvskadende adfærd, har været udsat for seksuelle overgreb eller misbruger narkotiske stoffer, adskiller sig fra andre unge på en række sociale, familiemæssige og individuelle forhold, som mere eller mindre diffust hænger sammen med risikoen for de pågældende problemer. Den profil, de unge med disse problemer synes at have tilfælles, er en kombination af familiære problemer, psykiske vanskeligheder hos forældrene, dårligt forældre-barn-forhold og psykiske vanskeligheder hos den unge selv, særlig rastløshed og impulsivitet (ADHD-symptomer).

Disse faktorer synes at gå igennem for alle tre problemer, hvilket kan tyde på, at de hver især eller i kombination er kilde til sårbarhed over for en række vanskeligheder blandt unge. Undersøgelsen giver ikke mulighed for at afklare direkte årsagsforhold. Man kunne hævde, at sammenhængene mellem de psykosociale faktorer og de tre problemtyper skyldes, at de belastende opvækstvilkår er symptomatiske for familier, som genetisk er prædisponerede til forskellige former for psykiske vanskeligheder. Ikke desto mindre forekommer det rimeligt at antage, at negative opvækstvilkår, særligt dem der involverer familiemiljøet, spiller en meget vigtig rolle i udviklingen af de unges problemer,

SAMMENHÆNGE MELLEM DEPRESSION OG SELVSKADENDE ADFÆRD

Det er muligt ud fra data i 9.klasses undersøgelsen at belyse den mulige betydning af depression for unges selvskadende adfærd.

FOREKOMSTEN AF DEPRESSION

Forekomsten af depression blandt de unge er belyst ud fra Hopkins Symptom Checklist. Ud fra denne liste er det dog ikke muligt at stille en depressionsdiagnose, dertil kræves en mere omfattende klinisk undersøgelse. Yderligere er de unge kun blevet spurgt om symptomer inden for den sidste uge, mens der kræves en varighed af den depressive episode på mindst to uger, før diagnosen kan stilles. Dog rammer flere af spørgsmålene centrale aspekter ved depression, og følgende fremgangsmåde blev derfor valgt: De unge skulle svare "ret meget" eller virkelig meget" til mindst to af de følgende tre spørgsmål, som vedrører depressive kernesymptomer.

Spørgsmålene var: Har du i den sidste uge haft nogle af følgende problemer, svar i forhold til hvor meget besvær du har haft:

- Tristhed
- Tabt interesse
- Uoverkommelighed, mangler energi

Desuden skulle de svare "ret meget" eller virkelig meget" til mindst to af de følgende fem spørgsmål, som vedrører depressive ledsagesymptomer:

- Fornemmelse af værdiløshed
- Selvbefejdelser
- Fornemmelse af at alt er besværligt
- Følelse af at være fastholdt
- Søvnbesvær

De unge kunne svare "nej", "lidt", "ret meget", "virkelig meget".

I alt 219 (5,6%) af de adspurgte 3.931 unge kan klassificeres med symptomer på depression, 43 drenge (2,2%) og 176 piger (9,1%). Kønsforskellen var markant, odds ratio 4,5 [CI 3,2 – 6,3].

DEPRESSION OG SELVSKADENDE ADFÆRD.

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

Imidlertid var der et betydeligt mindretal blandt de deprimerede unge (34,2 pct.), som ikke havde udvist selvskadende adfærd i den sidste uges tid. Dette kunne tolkes derhen, at en række risikofaktorer og beskyttende faktorer muligvis har betydning for, om unge med depression reagerer med selvskadende adfærd eller ej.

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

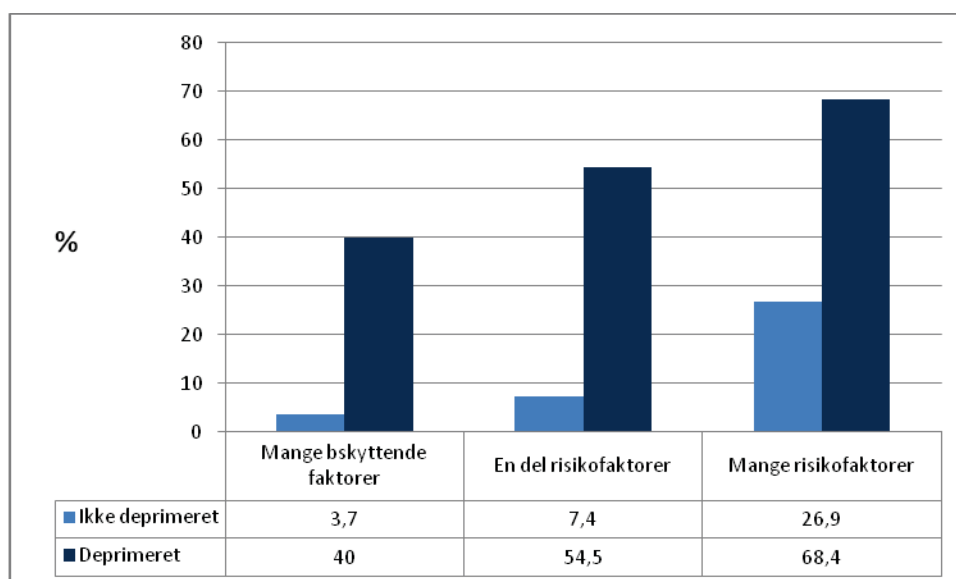
Herefter blev de ikke-deprimerede unge sammenlignet med de deprimerede unge i forhold til deres selvskadende adfærd og deres udsættelse for beskyttende faktorer/risikofaktorer.

For de deprimerede unges vedkommende steg forekomsten af selvskadende adfærd nærmest lineært i forhold til deres udsættelse (40 pct. 54,5 pct. og 68,4 pct.). For de ikke-deprimerede unges vedkommende var forholdet anderledes: Her ser det ud til, at der var tale om en eksponentiel stigning i forhold til risikofaktorerne (3,7 pct., 7,4 pct. og 26,9 pct.). Figur 24 illustrerer forholdet.

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

Af de 219 med depression havde 160 angstsymptomer (73pct.), 59 deprimerede havde ikke angstsymptomer. Der var ikke interaktion mellem depression og udsættelse for seksuelle overgreb fra jævnaldrende, vold fra forælder eller øvrige risikofaktorer i familien.

Figur 24. Forekomst af selvskadende adfærd (%) blandt deprimerede og ikke-deprimerede unge med mange beskyttende faktorer, en del risikofaktorer og mange risikofaktorer/få beskyttende faktorer.



KONKLUSIONER

Blandt de yngste i vores undersøgelse, dvs. 9.klasses elever i 15-16-års alderen, er sammenfaldet mellem de tre problemtyper selvskadende adfærd, udsættelse for seksuelle overgreb og stofmisbrug, meget lille. Det er samlet 29 af de unge, der rapporterer alle tre problemer, heraf 24 piger og 5 drenge.

Seksuelle overgreb eller udsættelse for seksuel vold synes at være en risikofaktor for selvskadende adfærd både blandt de helt unge og blandt de 16-24-årige.

Brug af euforiserende stoffer ser hverken ud til at være en markant risikofaktor for seksuelle overgreb eller at have sammenhæng med selvskadende adfærd i de to undersøgte aldersgrupper. Der er ikke nogen betydelig stigning med alderen i andelen af unge, der jævnligt bruger euforiserende stoffer.

Blandt de yngste, dvs. 9. klasses eleverne, er køn og symptomer på ADHD gennemgående risikofaktorer for alle tre problemer.

Selvskadende adfærd er hyppigst blandt piger og unge kvinder, men synes at aftage med alderen. Der er markant sammenhæng mellem depression og risikofaktorer/beskyttende faktorer og selvskadende adfærd. Men – risikofaktorer synes i højere grad at påvirke ikke-deprimerede unge i retning af selvskadende adfærd.

Der er ikke overraskende markant sammenhæng mellem symptomer på depression og selvskadende adfærd. Forebyggelse af selvmordsforsøg og anden selvskadende adfærd bør derfor tage udgangspunkt i den kombination af risikofaktorer/beskyttende faktorer, som undersøgelsen har peget på.

Undersøgelsen viser, at selvskade ikke er et generelt problem blandt unge, men forekommer først og fremmest blandt unge med depression. Forebyggelse bør derfor rettes mod denne gruppe af unge og mod de risikofaktorer, der synes at påvirke også ikke-deprimerede unge. Det omfatter sociale relationer både i hjem og skole. I hjemmet er det først og fremmest vold og – dertil knyttet manglende fortrolighed med forældre, der har betydning. I samfundet er isolation pga. dårligt forhold til skolekammerater ligeledes en vægtig risikofaktor.

De aktuelle tiltag i folkeskolen mod mobning og de landsdækkende initiativer mod vold i familien og vold i unges kæresteforhold kan antages at være værdifulde forebyggelsesinitiativer også i forhold til unges selvskadende adfærd.

I overensstemmelse med resultater fra bl.a. New Zealand kan der derimod ikke anbefales generelle kampanjer blandt unge for at forebygge selvskadende adfærd.

Det kan derimod anbefales, at der gennemføres obligatorisk undervisning i folkeskolen om unges seksuelle rettigheder og deres seksuelle udvikling for at øge de unges muligheder for selv at sætte grænser og respektere andres grænser.

LITTERATUR

- (1) Beautrais A, Fergusson D, Coggan C, Collings C, Doughty C, Ellis P et al. Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence. *N Z Med J* 2007; 120(1251):U2459.
- (2) Helweg-Larsen K., Andersen S, Plauborg R. Forebyggelse af seksuelle overgreb mod børn. Kommunernes indsats og om skoleundervisningen. 2010. København, Statens Institut for Folkesundhed; Syddansk Universitet.
- (3) Helweg-Larsen K, Larsen HB. Child sexual abuse in Denmark. An assessment of the scope and nature of the problem based on literature reviews and a number of Danish data sources. [National Inst Publ Health, Copenhagen 2000].
- (4) Helweg-Larsen K, Larsen HB. Unges trivsel 2002. En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb i barndommen. 2002. København, Statens Institut for Folkesundhed.
- (5) Helweg-Larsen K. Seksuelle krænkelse af børn og unge inden for idræt. 2003. København, Kulturministeriet.
- (6) Helweg-Larsen K. Seksuelle overgreb mod børn i Danmark. Problemets omfang og karakter bedømt ud fra litteraturstudier og en række danske datakilder. Child sexual abuse in Denmark. An assessment of the scope and nature of the problem based on literature reviews and a number of Danish data sources. [Statens Institut for Folkesundhed]. 2000. København.
- (7) Justitsministeriet, Socialministeriet. Regeringens handlingsplan om bekæmpelse af seksuelt misbrug af børn. 2003. København, Justitsministeriet.
- (8) Den tværministerielle arbejdsgruppe. Redegørelse om en forstærket indsats mod seksuelt misbrug af børn. 1-65. 2000. København, Socialministeriet.
- (9) Forskningsnetværket om seksuelle overgreb på børn. Bekæmpelse af seksuelle overgreb mod børn i Danmark. Hvor langt er vi nået? 2004. København.
- (10) Forskningsnetværket om seksuelle overgreb på børn. Seksuelle overgreb mod børn og unge. En antologi om forebyggelse og behandling. AKF, 2006.
- (11) Helweg-Larsen K., Schütt NM, Larsen HB. Unges trivsel år 2008. En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb og vold i barndom og tidlige ungdom. 2009. København, Statens Institut for Folkesundhed; SDU.
- (12) Pærregaard G. Selvmordsforsøg og selvmord i København. 1963.
- (13) Suicide prevention. <http://www.euro.who.int/document/mnh/ebrief07.pdf>: 2005.
- (14) Helweg-Larsen K. Selvmord i Danmark. Markant fald i selvmord, men stigende antal selvmordsforsøg. Hvorfor? Udviklingen belyst ud fra registerdata og selvrapporeret selvmordsadfærd med fokus på kvaliteten af registerdata. 2005. København, Statens Institut for Folkesundhed.
- (15) Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ* 2005; 330(7496):891-894.
- (16) Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(6):667-677.

- (17) Fleming TM, Merry SN, Robinson EM, Denny SJ, Watson PD. Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41(3):213-221.
- (18) Curtis T, Larsen HB, Helweg-Larsen K., Pedersen CP, Olesen I, Sørensen K et al. Unges trivsel i Grønland 2004. 2006. Nuuk, Grønlands Hjemmestyre. Inussuk; Arktisk forskningsjournal 1.
- (19) Helweg-Larsen K., Flachs E.M., Kastrup M. Psykisk trivsel. Psykisk sygdom. Etniske forskelle blandt unge i Danmark. 2007. København, Statens Institut for Folkesundhed.
- (20) Kienhorst IC, de Wilde EJ, Diekstra RF, Wolters WH. Adolescents' image of their suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34(5):623-628.
- (21) Boergers J, Spirito A, Donaldson D. Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(12):1287-1293.
- (22) Sogaard LE, Christensen CL, Bilenberg N. [Self-harm in children and adolescents]. *Ugeskr Laeger* 2009; 171(33):2265-2268.
- (23) Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang YY, Mann JJ. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Affect Disord* 2009.
- (24) Mulder RT, Beautrais AL, Joyce PR, Fergusson DM. Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *Am J Psychiatry* 1998; 155(6):806-811.
- (25) Beautrais AL, Gibb SJ, Fergusson DM, Horwood LJ, Larkin GL. Removing bridge barriers stimulates suicides: an unfortunate natural experiment. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43(6):495-497.
- (26) Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychol Med* 2005; 35(7):983-993.
- (27) Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol Med* 2003; 33(1):61-73.
- (28) Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005; 294(16):2064-2074.
- (29) Beautrais A. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. . *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34: 420 - 436.
- (30) Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002; 360(9340):1126-1130.
- (31) Nordentoft M, Laursen TM, Agerbo E, Qin P, Hoyer EH, Mortensen PB. Change in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark, 1981-97: nested case-control study. *BMJ* 2004; 329(7460):261.
- (32) Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003; 160(4):765-772.
- (33) Beautrais AL, Gibb SJ, Fergusson DM, Horwood LJ, Larkin GL. Removing bridge barriers stimulates suicides: an unfortunate natural experiment. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43(6):495-497.

- (34) Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychol Med* 2005; 35(7):983-993.
- (35) Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol Med* 2003; 33(1):61-73.
- (36) Fergusson DM, Lynskey MT. Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse Negl* 1997; 21(7):617-630.
- (37) Fergusson DM, Horwood LJ. Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child Abuse Negl* 1998; 22(5):339-357.
- (38) Fergusson DM, Horwood LJ. The Christchurch Health and Development Study: review of findings on child and adolescent mental health. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35(3):287-296.
- (39) Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychol Med* 2005; 35(7):983-993.
- (40) Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol Med* 2003; 33(1):61-73.
- (41) Denny SJ, Clark TC, Watson PD. Comparison of health-risk behaviours among students in alternative high schools from New Zealand and the USA. *J Paediatr Child Health* 2003; 39(1):33-39.
- (42) Fleming TM, Merry SN, Robinson EM, Denny SJ, Watson PD. Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41(3):213-221.
- (43) Helweg-Larsen K, Sundaram V, Curtis T, Larsen HB. The Danish Youth Survey 2002: Asking young people about sensitive issues. *Circumpolar Health* 2004; Supplementum(2):147-152.
- (44) Helweg-Larsen K, Larsen HB. Ethical Issues in Youth Surveys: Potentials for Conducting a National Questionnaire Study on Adolescent Schoolchildren's Sexual Experiences with Adults. *Am J Public Health* 2003; 93(11):1878-1882.
- (45) Helweg-Larsen K., Larsen HB, Andersen D. Erfaringer fra en pilotundersøgelse. Mulighederne for at gennemføre en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse om trivsel blandt ældre skoleelever med fokus på seksuelle erfaringer med voksne. 2001. København, Statens Institut for Folkesundhed.
- (46) Watson PD, Denny SJ, Adair V, Ameratunga SN, Clark TC, Crengle SM et al. Adolescents' perceptions of a health survey using multimedia computer-assisted self-administered interview. *Aust N Z J Public Health* 2001; 25(6):520-524.
- (47) Andersen D, Kjærulff A. Hvad kan børn svare på? - om børn som respondenter i kvantitative spørgeskemaundersøgelser. 03:07 ed. København: Socialforskningsinstituttet, 2007.
- (48) Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen A.I. et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. 2006. København, Statens Institut for Folkesundhed.
- (49) Rasmussen M, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2006. 2007. København, Forskningsgruppen for Børn og Unge Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab. Københavns Universitet.
- (50) Svedin CG, Nilsson D, Lindell C. Traumatic experiences and dissociative symptoms among Swedish adolescents. A pilot study using Dis-Q-Sweden. *Nord J Psychiatry* 2004; 58(5):349-355.

- (51) Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2000; 177:534-9.:534-539.
- (52) WHO. Composite International Diagnostic Interview 1.1 (CIDI). Geneva: 1993.
- (53) Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(10):1355-1364.
- (54) Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(10):1365-1374.
- (55) Fergusson DM, Horwood LJ. The Christchurch Health and Development Study: review of findings on child and adolescent mental health. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35(3):287-296.
- (56) Schütt NM, Frederiksen ML, Helweg-Larsen K. Unge og kærestevold i Danmark. En landsdækkende undersøgelse af omfang, karakter og følger af vold blandt 16-24-årige med fokus på vold i kæresteforhold. 2008. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- (57) Straus MA, Douglas EM. A short form of the Revised Conflict Tactics Scales, and typologies for severity and mutuality. *Violence Vict* 2004; 19(5):507-520.

APPENDIKS 1.

EN BESKRIVELSE AF DE PSYKOSOCIALE FAKTORER I 9. KLASSES UNDERSØGELSEN.

Begge forældre danske: Den unge og begge forældre er født i Danmark.

Bor ikke med begge biologiske forældre: Den unge bor enten ikke sammen med sin mor eller sin far i sit hjem.

Dårlig økonomi i familien: Den unge blev spurgt: Hvordan synes du at din families økonomi er? Svarmulighederne var: Den er rigtig god, Den er ganske god, Den er hverken god eller dårlig, Vi har en del økonomiske vanskeligheder, Vi har store økonomiske vanskeligheder, Ved ikke. De unge, der enten svarede en del eller store økonomiske vanskeligheder, blev klassificeret som dårlig økonomi i familien.

Spiser som regel ikke sammen med forældrene: Omfatter de unge, der svarede *en gang om ugen*, *en gang om måneden* eller *meget sjældent* på spørgsmålet: Hvor ofte plejer du og dine forældre at spise aftensmad sammen?

Ofte ude om natten: Omfatter de unge der svarede *ofte* eller *ret ofte* på spørgsmålet: Hvor ofte opholder du dig på et offentligt sted om natten efter kl. 24?

Forældrene har ringe kendskab til den unges fritid: Omfatter de unge, der svarede: *Næsten aldrig* på spørgsmålet: Ved dine forældre, hvem du er sammen med i fritiden?

Manglende fortrolighed med mor: Omfatter de unge, der svarede *svært* eller *meget svært* på følgende spørgsmål: Hvor nemt eller svært er det for dig at tale med følgende personer, når du har problemer, bekymringer eller sorger?

Alkoholproblemer i den nærmeste familie: Omfatter de unge, der svarede *ja* på spørgsmålet: Har du oplevet alkoholmisbrug i din nærmeste familie?

Forældrene skændes ofte: Omfatter de unge, der har svaret *næsten daglig* eller *cirka en gang om ugen* på spørgsmålet: Hvor ofte har du set eller hørt dine forældre skændes inden for de seneste 12 måneder?

Vold forældrene indbyrdes: Omfatter de unge, der har svaret *ja* til at enten deres mor eller far har udsat partneren for en eller flere af følgende handlinger inden for de sidste 12 måneder: Er blevet trukket i håret, er blevet slået med flad hånd, er blevet slået med knytnæve, er blevet slået med en genstand, er blevet angrebet med en kniv, er blevet truet med våben, er blevet udsat for noget andet voldeligt.

Udsat for forældrevold: Omfatter de unge, der har svaret *ja* til at enten deres mor eller far har udsat dem for en eller flere af følgende handlinger inden for de sidste 12 måneder: Er blevet trukket i håret,

er blevet slået med flad hånd, er blevet slået med knytnæve, er blevet slået med en genstand, er blevet angrebet med en kniv, er blevet truet med våben, er blevet udsat for noget andet voldeligt.

Flere belastende oplevelser i det sidste år: Omfatter de unge, der har svaret *ja* til spørgsmål om tre eller flere af følgende belastende oplevelser inden for de sidste 12 måneder: 1) At du selv har været alvorligt syg, 2) at du selv har været udsat for en alvorlig ulykke, 3) alvorlig sygdom i din nærmeste familie (dem du bor sammen med), 4) dødsfald i din nærmeste familie (dem du bor sammen med), 5) at dine forældre er flyttet fra hinanden, 6) du holdt op med at komme sammen med en kæreste, 7) din hund eller kat eller et andet dyr du holdt af, døde, 8) du havde alvorlige problemer i skolen med lærerne, 9) nogle af dine ejendele blev stjålet eller ødelagt, 11) du har været udsat for vold.

Udsat for seksuelle overgreb fra jævnaldrende eller voksne: Omfatter de unge, der enten har sagt *ja* til spørgsmål om de har haft uønskede seksuelle kontakter med jævnaldrende, dvs. personer, der var højst 5 år ældre end dem selv, eller svaret *ja* til spørgsmål om de nogensinde haft seksuel kontakt med en voksen - eller er blevet kontaktet seksuelt af en voksen, før de fyldte 15 år.

Mange ADHD-symptomer (SDQ): Omfatter de unge, der har 6 eller flere point (> 90 percentilen) på selvrapporterede symptomer på ADHD på Strengths and Difficulties scale (SDQ). Spørgsmålene lyder: Jeg er rastløs (svært ved at holde mig i ro), jeg har altid uro i kroppen og svært ved at sidde stille, jeg har svært ved at koncentrere mig, jeg tænker mig om, før jeg gør noget*, jeg gør ting færdige og er god til at koncentrere mig*.

Mange symptomer på emotionelle problemer (SDQ): Omfatter de unge, der har 6 eller flere point (> 90 percentilen) på selvrapporterede symptomer på emotionelle vanskeligheder på Strengths and Difficulties scale (SDQ). Spørgsmålene lyder: Jeg har tit hovedpine, ondt i maven eller kvalme, jeg er tit bekymret, jeg er tit ked af det, trist eller lige ved at græde, jeg bliver utryk i nye situationer og let usikker, jeg er bange for mange ting og nem at forskrække.

Mange symptomer på adfærdsvanskeligheder (SDQ): Omfatter de unge, der har 4 eller flere point (> 90 percentilen) på selvrapporterede symptomer på adfærdsproblemer på Strengths and Difficulties scale (SDQ). Spørgsmålene lyder: Jeg kan blive meget vred og tit hidsig, jeg gør som regel hvad jeg får besked på*, jeg slås ofte. Jeg kan få andre til at gøre det jeg siger at de skal, jeg bliver tit beskyldt for at lyve eller snyde, jeg tager ting som ikke er mine.

Mange symptomer på kammeratproblemer (SDQ): Omfatter de unge, der har 4 eller flere point (> 90 percentilen) på selvrapporterede symptomer på kammeratproblemer på Strengths and Difficulties scale (SDQ). Spørgsmålene lyder: Jeg gør ting alene eller passer mig selv, jeg har mindst én god ven*, mine jævnaldrende synes for det meste godt om mig*, jeg bliver tit mobbet eller drillet, jeg har det bedre med voksne end med mine jævnaldrende. 3

Angst SCL: Omfatter de unge, der har 9 eller flere points (> 90 percentilen) på angstskaalen på Hopkins Symptom Checklist (spørgsmålene er vist i afsnittet om datakilder).

³ Spørgsmål markeret med * scores omvendt.

Depression SCL: Omfatter de unge, der har 15 eller flere points (> 90 percentilen) på depressionsskalaen på Hopkins Symptom Checklist minus spørgsmålene om: Haft lyst til at skære i dig selv, har du tilføjet dig selv fysisk skade, da de to spørgsmål bruges til at definere unge med selvskadende adfærd (spørgsmålene er vist i afsnittet om datakilder).

Den unge drikker selv: Omfatter de unge, der svarer 2 – 3 gange om ugen eller mere på spørgsmålet: Hvor ofte drikker du alkohol, dvs. øl, vin eller spiritus? Det gælder også de gange hvor du kun har drukket lidt.

Den unge tager selv stoffer: Omfatter de unge, der svarer ja til om de nogensinde har røget hash, samt desuden svaret ja til at have prøvet mindst et af de følgende stoffer: amfetamin, kokain, heroin, ecstasy, lightergas eller doping.

Der har inden for de seneste år været stor opmærksomhed på en stigende forekomst af selvskadende adfærd blandt specielt unge piger, en mulig stigning i andelen af unge, der misbruger stoffer og på unges risiko for at blive udsat for seksuelle overgreb. Baseret på landsdækkende undersøgelser blandt 9.klasses elever i 2008 og 16-24-årige unge i 2007 beskrives sammenhænge mellem de tre problemer og faktorer, der kan have indflydelse på problemernes forekomst.

Rapporten er led i et samlet projekt om sociale problemer blandt unge og mulighederne for forebyggelse af disse problemer.

Projektet gennemføres med støtte fra Servicestyrelsen.