

UNGES SELVSKADE OG SPISEFORSTYRRELSE

KAN SOCIAL STØTTE GØRE EN FORSKEL?



13:18

KATRINE SCHJØDT VAMMEN
MOGENS NYGAARD CHRISTOFFERSEN

13:18

UNGES SELVSKADE OG SPISEFORSTYRRELSER

KAN SOCIAL STØTTE GØRE EN FORSKEL?

KATRINE SCHJØDT VAMMEN
MOGENS NYGAARD CHRISTOFFERSEN

KØBENHAVN 2013
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

UNGES SELVSKADE OG SPISEFORSTYRRELSER
KAN SOCIAL STØTTE GØRE EN FORSKEL?

Afdelingsleder: Anne-Dorthe Hestbæk
Afdelingen for børn og familie

Undersøgelsens følgegruppe:

Steen Andersen, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade
Sabine Elm Klinker, VIOSS – Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade
Elisabeth Marianne Norstedt, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Region Hovedstaden
Mai Heide Ottosen, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Gøye Thorn Svendsen, Socialstyrelsen

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-173-8

e-ISBN: 978-87-7119-174-5

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Polfoto

Oplag: 300

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2013 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Hertuf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.
Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's
publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	BAGGRUND OG FORMÅL	15
	Baggrund	15
	Formål	17
	Analysemodel	18
	De centrale begreber og deres forekomst	20
	Risikofaktorer: Alvorlige traumatiske begivenheder	25
	Data: Interview med 25-årige om deres barndom	33
2	SELVSKADENDE ADFÆRD	39
	Hvad er selvskadende adfærd?	40
	Hvor stort er omfanget af selvskade?	43
	Hvem skader sig selv og hvorfor?	48

	Risikofaktorer for selvskade	50
	Hvordan behandles selvskadende adfærd?	53
3	SPISEFORSTYRRELSER	57
	Hvad er en spiseforstyrrelse?	57
	Hvor stort er omfanget af spiseforstyrrelser?	64
	Hvem lider af en spiseforstyrrelse og hvorfor?	66
	Risikofaktorer for spiseforstyrrelse	66
	Disponerende faktorer for spiseforstyrrelse	67
	Hvordan behandles spiseforstyrrelsen?	72
4	SELVSKADE OG SOCIAL STØTTE	77
	Omfang af selvskade	77
	Andre sociale og følelsesmæssige problemer	81
	Risikofaktorer for selvskade	82
	Analyse af social støtte som mediator	87
	Sammenfatning	89
5	SPISEFORSTYRRELSE OG SOCIAL STØTTE	91
	Omfang af spiseforstyrrelser	91
	Andre sociale og følelsesmæssige problemer	96
	Risikofaktorer for spiseforstyrrelse	97
	Risikofaktorer for anoreksi	101
	Analyse af social støtte som mediator	104
	Sammenfatning	105
6	SAMMENFATNING OG KONKLUSION	107
	Belastninger i barndommen	108
	Følelsesmæssige og sociale forskelle som voksen	110
	Social støtte til selvskadende	111
	Diskussion	112

BILAG	115
Bilag 1 Analyse af social støtte og selvskade	115
Bilag 2 Analyse af social støtte og spiseforstyrrelser	118
Bilag 3 Bilagstabeller	121
LITTERATUR	127
SFI-RAPPORTER SIDEN 2012	149

FORORD

Formålet med denne rapport er at belyse unges selvskadende adfærd for at finde mulige risiko- og beskyttelsesfaktorer med henblik på at få ideer til effektive forebyggende foranstaltninger. SFI har taget initiativ til undersøgelsen, som er finansielt støttet af Egmont Fonden. Det Frie Forskningsråd, Samfund og Erhverv, har finansieret indsamling af interviewdata i forbindelse med barndomsundersøgelsen. Den første rapport fra barndomsundersøgelsen, *Børnemishandling i hjemmet*, udkom i 2010 (Christoffersen, 2010).

Rapporten er udarbejdet af seniorforsker Mogens Nygaard Christoffersen og studentermedhjælper Katrine Schjødt Vammen. Der har været nedsat en følgegruppe (se kolofonen), som har kommenteret det faglige indhold. Professor Bo Møhl, Psykiatrisk Center, København og Aalborg Universitet, har sammen med psykolog Loa Clausen, Børne- & Ungdomspsykiatrisk Regionscenter i Risskov, været eksterne referere på rapporten. Vi takker alle for deres grundige, kritiske og konstruktive kommentarer.

København, juli 2013

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

Det er undersøgelsens formål at belyse baggrunden for udvikling af selvskade og spiseforstyrrelser og at undersøge, om social støtte udgør en beskyttende faktor, som kan forklare, hvorfor nogle af børnene klarer sig godt på trods af belastende opvækstvilkår.

RESULTATER

Rapportens væsentligste resultater er følgende:

- Der er en markant sammenhæng mellem en belastende opvækst og senere selvskade, dvs. adfærd, hvor den unge bevidst fx skærer, slår eller brænder sig selv.
- Der er en mindre markant sammenhæng mellem en belastende opvækst og senere spiseforstyrrelser, fx anoreksi, bulimi eller tvangsoverspisning.
- Social støtte gør en forskel for, om man klarer sig fri af selvskade og spiseforstyrrelser, selvom man har haft en belastende opvækst.
- Unge med selvskade har gennemgående flere psykosociale belastninger, og de er dårligere stillet følelsesmæssigt og socialt end de unge, der kæmper med spiseforstyrrelser.
- Begge grupper har et meget lavt selvværd sammenlignet med deres jævnaldrende.

Omkring 2,7 pct. af en årgang unge 25-årige vil udvise selvskadende adfærd. Det sker ofte i form af 'cutting', hvor de unge skærer sig med skarpe redskaber, slår sig selv, brænder sig selv med en lighter, foretager hoveddunken mv. Der er tale om en bevidst adfærd, der medfører fysisk smerte uden intention om at begå selvmord, men ofte med det formål at blive afledt fra en indre smerte.

Undersøgelsen finder en overraskende klar sammenhæng mellem på den ene side selvskade blandt unge mennesker og på den anden side en belastende opvækst med fysisk mishandling, seksuelle overgreb, psykologisk mishandling eller andre ophobede, traumatiske livsbegivenheder. De unge, der har været udsat for et sådant opvækstmiljø, har seks gange større sandsynlighed for at udøve selvskade end de unge, der ikke har været udsat for disse belastninger. Undersøgelsen bekræfter hypotesen om, at børnemishandling og ophobede traumatiske belastninger ses særligt hyppigt hos unge med selvskadeadfærd.

Resultaterne viser, at det er en anden gruppe af unge, der får spiseforstyrrelser. Kun 7-8 pct. af de personer, der har en spiseforstyrrelse, har også skadet sig selv. Omkring 8 pct. af en årgang har udviklet tegn på spiseforstyrrelser, når de interviewes som 25-årige. Spiseforstyrrelser er indkredset ved en række spørgsmål om slankekure, sulte- og fastekure, brug af slankepiller, fremprovokering af opkastninger, følelse af ubehag ved at spise sammen med andre samt frygt for overspisning. Spiseforstyrrelser dækker således over en forhøjet risiko for en bred vifte af spiseforstyrrelser som fx anoreksi, bulimi og tvangsoverspisning. Risikoen for, at unge udvikler spiseforstyrrelser, er ligeledes relativt større hos de unge, der har oplevet ophobede traumatiske livsbegivenheder, men meget mindre udtalt, end det var tilfældet for selvskade. De unge, der har været udsat for de nævnte psykosociale belastninger, har 2,5 gange større sandsynlighed for at have tegn på en spiseforstyrrelse som 25-årig.

Gennemgående har de unge, der skader sig selv, i højere grad været udsat for flere psykosociale belastninger, og de er dårligere stillet følelsesmæssigt og socialt end de unge, der kæmper med spiseforstyrrelser.

Fælles for dem, der udøver selvskade, og dem, der udvikler en spiseforstyrrelse, er, at begge grupper har et meget lavt selvværd sammenlignet med deres jævnaldrende. Et lavt selvværd findes således fem gange hyppigere i disse grupper end blandt deres øvrige kammerater. Men det er ikke blot et lavt selvværd, der volder problemer for disse unge. De savner venner, de har ingen at betro sig til, og de har en følelse af

tomhed. Deres isolation viser sig ved, at de bliver mobbet, eller ved, at de føler sig afvist af andre. Selvmordsovervejelser og selvmordsforsøg ses relativt hyppigere blandt de unge, der udfører selvskade, og blandt de unge, der har en spiseforstyrrelse, end hos unge uden disse lidelser.

De unge med selvskadende adfærd har mange baggrundsforhold tilfælles. De børn og unge, der i opvæksten har været udsat for ophobede traumatiske livsbegivenheder, har en forhøjet risiko for at lide af PTSD (posttraumatiske stressreaktioner). De har mareridt, og de genoplever frygtelige og forfærdelige oplevelser. Deres nerver er tyndslidte, og de føler sig distanceret og adskilt fra andre mennesker.

Det er antagelsen, at unge, der har oplevet krænkelser og manglende anerkendelse, har en større tilbøjelighed til destruktive handlinger både rettet mod andre og mod sig selv. En teori om selvskade er, at de unge bruger smerten som en coping-mekanisme. Personer med selvskadende adfærd bærer ofte på en lang række ukontrollerbare følelser, som kan være resultat af traumatiske oplevelser i barndommen. Det at skade sig selv er umiddelbart den eneste måde, hvorpå vedkommende kan håndtere disse følelser. Undersøgelsens resultater bekræfter således tidligere teoretiske antagelser om selvskade.

Sammenhængen mellem belastninger i barndommen og udvikling af en spiseforstyrrelse er ikke teoretisk forklaret, og vi finder da heller ikke lige så stærke statistiske bindinger til tidligere barndomsoplevelser i denne gruppe som i gruppen med selvskadende adfærd. Undersøgelsen afkræfter antagelsen om, at selvskade og spiseforstyrrelser har samme bagvedliggende årsager, idet mønsteret af risikofaktorer viser sig at være væsentligt forskelligt i de to grupper.

Det er undersøgelsens formål at undersøge betydningen af, om gode personlige relationer med social støtte kan yde en modstandskraft, der kan mindske risikoen for selvskade og spiseforstyrrelser hos dem, der har oplevet belastende og fjendtlige omgivelser under deres opvækst. Undersøgelsen er dermed en af de få, der både belyser langvarige konsekvenser af børnemishandling og fokuserer på dem, der klarer sig på trods af belastende opvækstvilkår.

Vi har således undersøgt, om social støtte i barndommen kan forklare, hvorfor nogle af børnene har klaret sig godt, mens andre har klaret sig skidt. Undersøgelsen viser, at de børn og unge, der har været udsat for de stærkt belastede opvækstforhold, og som er endt med selvskadende adfærd, også sjældent har fået social støtte. Dem, der fik støt-

ten, har oftere oplevet en berigende og udviklende barndom, på trods af at de eksempelvis har været udsat for belastende opvækstbetingelser. For dem, der både har fået social støtte og haft belastende opvækstbetingelser, er det således tydeligt, at flere har klaret sig fri af både selvskade og spiseforstyrrelser, end man skulle have forventet.

Social støtte forstås vi som en relation, der får personen til at føle, at han/hun er elsket og værdsat. Relationen er kendetegnet ved empati, forståelse og respekt. Der er således tale om en personlig relation til andre, der er villige til at lytte og give emotionel og praktisk støtte, når det har været nødvendigt. Den sociale støtte kan også indebære kontakt med andre, der har været udsat for tilsvarende belastende situationer.

PERSPEKTIVER

Vores forskningshypotese, inden vi gik i gang med undersøgelsen, var, at alvorlige traumatiske livsbegivenheder, som fx forældres omsorgssvigt, mobning i skolen eller andre alvorlige livsbegivenheder, øger risikoen for selvskadende adfærd som ung, og at social støtte fra en anden kan give en modstandskraft, der mindsker risikoen. Hypotesen, som altså bliver bekræftet af undersøgelsens resultater, har baggrund i tidligere undersøgelser, der viser, at social støtte kan mindske følgevirkningerne af traumatiske belastninger. Det er således nærliggende at antage, at social støtte med fordel kunne indgå i behandlingen af selvskade og spiseforstyrrelser.

Undersøgelsens resultater har nogle praktiske implikationer for behandlingen af selvskade og spiseforstyrrelser. For det første bekræfter undersøgelsen de langvarige ødelæggende virkninger, man ser efter børnemishandling, hvilket understreger, hvor vigtigt det er, at børnemishandling identificeres tidligt og følges op af en effektiv indsats. For det andet viser undersøgelsen, at de pågældende unge slås med et meget lavt selvværd, hvilket understreger, hvor vigtigt det er at møde dem, der lider af selvskade eller spiseforstyrrelser, med respekt og værdighed, når de behandles i de sociale og sundhedsmæssige systemer.

Endelig afdækker undersøgelsen de psykosociale problemer, som unge med selvskade og spiseforstyrrelser må døje med. Der er derfor behov for behandlingsprogrammer og procedurer, når man møder disse unge i sundhedssystemet, fx hos den praktiserende læge eller på skadestuen. Og det kan være nødvendigt med en kvalificeret opfølgning i kommunerne, når disse unge har endt deres behandling i sundhedssystemet.

Undersøgelsen giver en større viden om unges sociale problemer og dermed et bedre grundlag for at vurdere forebyggelsesstrategier for de dårligst stillede grupper af børn. Resultaterne giver således belæg for at inddrage barndommens psykosociale belastninger i fremtidige forebyggelsesstrategier.

GRUNDLAG

Undersøgelsen baserer sig på interview med 2.980 unge, alle født i 1984 og omkring 25 år, da de blev interviewet. De unge blev interviewet i ca. 45 minutter om deres barndom enten over telefonen eller ved besøg på bopælen, hvis telefoninterview ikke kunne lade sig gøre.

Den første rapport fra barndomsundersøgelsen, *Børnemishandling i hjemmet*, udkom i 2010 (Christoffersen, 2010).

BAGGRUND OG FORMÅL

I dette afsnit præsenterer vi undersøgelsens hypoteser og det teoretiske udgangspunkt, der danner baggrund for vores valg af analysemodel. Endvidere gennemgår vi de centrale begreber og deres praktiske operationalisering i det anvendte datamateriale.

BAGGRUND

Baggrunden for unges selvdestruktiv adfærd har i årevis optaget samfundsforskere for om muligt at finde årsager, risiko- og beskyttelsesfaktorer med henblik på at lokalisere effektive behandlinger og forebyggende foranstaltninger (Jespersen & Sivertsen, 2005). Denne forskning har især fokuseret på forhold, der kan tænkes at påvirke dannelsen af unges identitet og selvværd i forhold til at kunne klare pubertetens udviklingsmæssige og eksistentielle kriser.

Formålet med denne undersøgelse er at opnå en større viden om unges sociale problemer med henblik på at få et bedre grundlag for forebyggelse og behandling af to specifikke former for selvdestruktiv adfærd: dels selvskade som fx 'cutting', dels spiseforstyrrelser som fx anoreksi, bulimi og tvangsoverspisning. Begge former for adfærd er kendetegnet ved at foregå i det skjulte og ved at være forbundet med skamfølelse. Vi

vil derfor undersøge, om det er de samme baggrundsforhold, der kan forklare såvel spiseforstyrrelser som selvskade.

Teoretisk set bygger vores undersøgelse på den grundantagelse, at unges selvværd bliver dannet gennem sociale relationer med barnets signifikante personer. En sikker tilknytning i barnets første år støtter barnets selvtillid, hvorimod usikker tilknytning medfører forringet evne til socialisering (Rechenbach, 2003a, 2003b). De nære sociale relationer kan gennem anerkendelse (Honneth, 1996) og empati styrke barnets og den unges selvværd. Men de nære sociale relationer kan også nedbryde selvværdet, fx igennem forældres psykologiske mishandling eller kammeraters mobning. Unge, som har oplevet krænkelser og manglende anerkendelse, må således antages at have større tilbøjelighed til destruktive handlinger både rettet mod andre, fx i form af vold (Christoffersen, Sothill & Francis, 2007, 2005) og seksuelle overgreb (Christoffersen, Sothill & Francis, 2005; Møhl, 2006), og mod sig selv, fx i form af 'cutting', stofmisbrug, alkoholisme (Cadoret, 1986; Kendler, 2006, 1996), spiseforstyrrelser, selvmordsovervejelser, selvmordsforsøg og selvmord (Christoffersen, 1996, 1993; Harris, 2000; Harts m.fl., 2002).

En blandt flere gennemgående hypoteser er, at en af årsagerne til såvel selvskadende adfærd som spiseforstyrrelser kan være resultatet af længerevarende børnemishandling og andre psykosociale belastninger.

Der er en stigende forskningsinteresse for at finde understøttede sociale relationer, der kunne antages at opveje belastende erfaringer fra barnets opvækst (Garbarino, Guttman & Seeley, 1992, 1987; Garmezy, 1985, 1976; Masten & Garmezy, 1985; Rutter, 2000, 1990; Werner & Smith, 1992, 1982). Men der findes imidlertid kun forholdsvis få undersøgelser, der belyser langvarige konsekvenser af børnemishandling og vanrøgt, og endnu færre undersøgelser, der fokuserer på dem, der klarer sig på trods af belastende opvækstvilkår (Backe-Hansen, 2004; McGloin & Widom, 2001).

En del af den tidligere forskning om børns modstandskraft analyserer, hvilke *personlige egenskaber* der kendetegner de modstandsdygtige børn (Cederblad, 1984; Schaffer, 1990; Sundelin Wahlsten, 1991). I vores undersøgelse lægger vi vægt på at undersøge betydningen af *gode personlige relationer og ydre støttende systemer*, som kan give en modstandskraft, der mindsker risikoen for selvskade og spiseforstyrrelser.

Det er imidlertid et åbent spørgsmål, om selvskade og spiseforstyrrelser har samme årsager, risikofaktorer og forebyggelsesmuligheder.

Forestillingen om, at spiseforstyrrelser kan betragtes som en bevidst selvskadende adfærd, kan vise sig at være misvisende og vildledende, selvom der umiddelbart findes en række lighedspunkter.

Ligesom ved selvmordsforsøg og selvmord ses selvskadende adfærd hyppigere i sammenhæng med familieproblemer, seksuelt misbrug, alkohol, stofmisbrug og psykiske lidelser blandt de unge. Nogle forskere peger på, at adfærden kan 'smitte', og at samfundsmæssige ændringer med høje krav og forventninger til de unge også kan spille en rolle (Møhl, 2006).

Man ved kun meget lidt om årsagerne til spiseforstyrrelser, men tvillingeundersøgelser viser genetiske forskelligheder i disposition for at udvikle spiseforstyrrelser (Steinhausen, 2002; Sundhedsstyrelsen, 2003), som i kombination med risikofaktorer i omgivelserne kan tænkes at have indflydelse på udvikling af spiseforstyrrelser (Bulik & Sullivan, 2000; Wade, 1998; Walters & Kendler, 1995). Blandt personer med spiseforstyrrelser (tvangsoverspisning) fandt man signifikant flere, der havde været udsat for mobning, diskriminering samt fysiske eller seksuelle overgreb (Striegel-Moore m.fl., 2002). Depressioner, alkoholmisbrug i familien, vold, fysiske og seksuelle overgreb og psykologisk mishandling nævnes som mulige risikofaktorer (Fairburn m.fl., 1999, 1997), hvor de udløsende faktorer kan være præstationskrav, at flytte hjemmefra eller en ophobning af alvorlige traumatiserende livsbegivenheder (Kessler m.fl., 1995; Lindgaard, 2002) som fx skilsmisse, dødsfald, alvorlig trafikulykke og alvorlig sygdom i familien (Sundhedsstyrelsen, 2003). Man finder eksempelvis en overhyppighed af seksuelt misbrug i barndommen hos kvinder med spiseforstyrrelser, men der er tale om et lille antal blandt dem med spiseforstyrrelser, og man er usikker på, om der er tale om en årsagsmæssig sammenhæng. I det hele taget mangler man længerevarende prospektive forløbsundersøgelser, der gør det muligt at finde risikofaktorer og potentielle beskyttende faktorer i individernes sociale omgivelser (Steinhausen, 2002).

FORMÅL

Formålet med vores undersøgelse er at opnå en større viden om unges sociale problemer med henblik på at få et bedre grundlag for forebyggelse og behandling af selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser. De to former for selvdestruktiv adfærd adskiller sig klart fra hinanden, men har

også visse fælles træk. Vi vil i den forbindelse undersøge, om det er de samme personer, der udfører selvskade og har spiseforstyrrelser, dvs. om der er tale om såkaldt komorbiditet. Hvis dette ikke er tilfældet, vil vi undersøge, om det er de samme baggrundsforhold, der kan forklare såvel spiseforstyrrelser som selvskade – vel vidende, at de udvalgte baggrundsforhold kun er nogle få blandt mange mulige forhold, der kan tænkes at øge risikoen for selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser.

Forskningshypotesen er, at alvorlige traumatiske livsbegivenheder – her målt som fx forældres omsorgssvigt i form af psykologisk, fysisk eller seksuel mishandling eller vanrøgt – *øger* risikoen for selvskadende adfærd som ung, og at social støtte fra andre kan give en modstandskraft, der *mindsker* risikoen (se figur 1.1). Hypotesen har baggrund i tidligere undersøgelser af social støtte, der synes at give belæg for, at social støtte mindsker følgevirkningerne af traumatiske belastninger (Elklit, Pedersen & Jind, 2001).

Denne undersøgelse begrænser sig til at undersøge spørgsmålet om social støtte, som kun er et blandt mange potentielt mulige forhold, der kan mindske følgevirkningerne af belastende traumatiske forhold. Det er endvidere vigtigt at bemærke, at vi især fokuserer på psykosociale belastninger i barnets nære miljø. Dette udgør en vigtig begrænsning, idet der er mange andre mulige årsager til selvskadende adfærd som fx genetisk sårbarhed, som ikke kan behandles inden for vores undersøgelsesdesign.

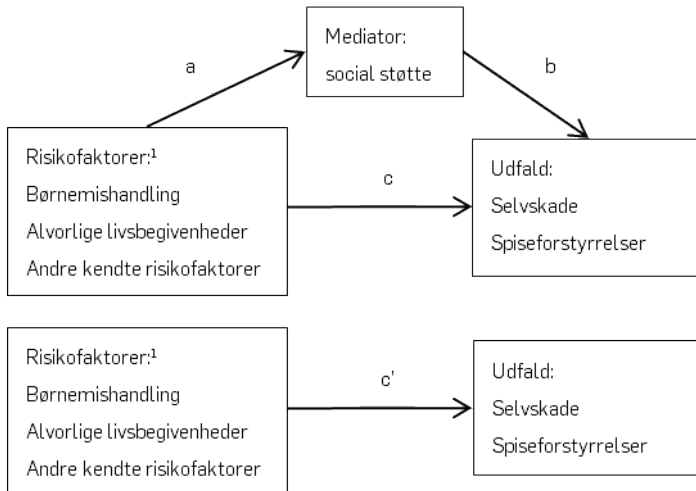
Undersøgelsen skal således ses som et første trin, der kan danne basis for andre undersøgelser, der inddrager flere potentielle årsagsforklaringer, der vil kunne give et bedre grundlag for at vurdere, hvilke forebyggelsesstrategier der er mest hensigtsmæssige.

ANALYSEMODEL

For at få et overblik over de centrale begreber i undersøgelsen gør vi i det følgende rede for analysemodellen i figur 1.1. Efterfølgende gennemgår vi de centrale begreber enkeltvis.

FIGUR 1.1

Analysemodel for test af mediator.



Anm.: Figuren anvender notationen fra MacKinnon (MacKinnon, Warsi & Dwyer, 1995), hvor hver pil angiver en regressionsligning med uafhængige variable og afhængige variable.

Ved mediator-analysen udnytter man, at den totale effekt c' er lig med den indirekte effekt $a * b$ plus den direkte effekt c . Hvis den absolutte værdi af c' er signifikant mindre end c , er der tale om en mediator, og man tester dette ved at undersøge, om den indirekte effekt $a * b$ er signifikant større end nul. Metoden er beskrevet af Baron & Kenny (1986).

Man antager, at risikofaktoren, mediatoren og udfald er kontinuertlige variable – eller som her variable, der enten kan være 1 eller 0. Parametere a udgør den stigning, der efterfølges i mediatoren ved en enheds øgning af risikofaktoren. Parametere b udgør den stigning, man finder i udfald efter en enheds stigning i mediatoren. Den indirekte effekt vil derfor være $a * b$, altså den stigning, man finder i udfald efter en enheds stigning i risikofaktoren. Ved hjælp af lineær regression estimeres parametrene a , b , c og c' .

1. Risikofaktorerne børnemishandling, mobning og ophobede traumatiske livsbegivenheder sammenkædes til en faktor, hvor man modstiller dem, der har oplevet en af disse belastninger, med dem, der ikke har.

Kilde: Baron & Kenny, 1986.

Vi søger gennem denne analysemodel at belyse, hvorfor nogle af de unge, der har været udsat for alvorlige traumatiserende livsbegivenheder, alligevel klarer sig godt på trods af alle odds. Vi anvender modellen til at teste, om sammenhængen mellem de belastende risikofaktorer¹ og selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser svækkes, når man inddrager oplysninger om, hvem der har fået social støtte i barndommen, og hvem der ikke har fået denne støtte.

1. En risikofaktor er en faktor, der tidsmæssigt forekommer inden udfald, og som korrelerer med udfald (Kraemer, Lowe & Kupfer, 2005).

Analysen giver således mulighed for at isolere en lang række faktorer, som mistænkes for at have en sammenhæng med selvskade eller spiseforstyrrelser hos unge voksne, samt for at teste, om tilstedeværelsen af social støtte udgør en mediator², der statistisk set forstærker eller mindsker selvskadende adfærd.

En første nødvendig betingelse for, at der kan være tale om en sådan mediator-effekt, er, at risikofaktoren påvirker mediatorsen. Det vil sige, at mediatorsen afhænger af de belastninger, som personen udsættes for: jo større psykosocial belastning, jo mindre social støtte (se a i figur 1.1). Paradoksalt nok betyder dette, at de personer, der har mest brug for støtte, kun sjældnere får den, mens dem, der har mindst brug for støtten, får den i rigeligt mål. For det andet må man vise, at mediatorsen påvirker udfald (her selvskade og spiseforstyrrelser, se b i figur 1.1). Og endelig må man for det tredje vise, at den direkte effekt c er mindre end den totale effekt c', altså, at påvirkningen fra risikofaktoren mindskes for dem, der får social støtte (mediatorsen).

I denne undersøgelse kan vi ikke afgøre, om der er tale om egentlige årsagsforhold, således som en fuldstændig analyse fordrer. Vi kan kun gennemføre det første trin i en sådan undersøgelse, der tester, om de statistiske sammenhænge, vi finder, lever op til de krav, som mediator-analysen stiller. Med andre ord: Genfinder vi de statistiske strukturer, som man ville forvente, hvis der var tale om de årsagssammenhænge, der er illustreret i figuren?

Analysemetoden gennemgår vi i forbindelse med nogle konkrete eksempler (se bilag 1 og bilag 2).

DE CENTRALE BEGREBER OG DERES FOREKOMST

I det følgende vil vi gennemgå de vigtigste teoretiske elementer i analysesmodellen, som har dannet baggrund for udvælgelsen af spørgsmål, der har indgået i interviewundersøgelsen.³ For det første vil vi gennemgå de to udfaldsfaktorer (selvskade og spiseforstyrrelser). For det andet vil vi

2. Man skelner mellem en mediator og moderator. For at en variabel skal være en mediator, kræves det, at mediatorer er korreleret med såvel de uafhængige variable som med den afhængige variabel (udfald). Mens en moderator helst ikke skal være korreleret med hverken de uafhængige variable eller den afhængige variabel (Baron & Kenny, 1986).

3. Flere af de centrale begreber har tidligere været beskrevet i rapporten *Børnemishandling i hjemmet* (Christoffersen, 2010).

gennemgå alle de vigtigste potentielle risikofaktorer, som tidligere undersøgelser nævner som mulige årsager til udfald. Her nævnes en ophobning af alvorlige traumatiske livsbegivenheder, børnemishandling og vanrøgt samt forældres konflikter og mobning i skolen. Vi må inddrage disse i analyserne for at kunne isolere de statistiske sammenhænge, man finder, når man har kontrolleret for andre betydende forhold. For det tredje vil vi gennemgå de mulige mediatorer, der kan belyse, hvorfor nogle børn klarer sig godt på trods af de dårlige odds. Endelig er der ifølge tidligere undersøgelser en række yderligere forstærkende problemer, man ofte ser både hos børn og unge med alvorlige traumatiske livsbegivenheder og hos selvskadende personer og personer med spiseforstyrrelser. I disse grupper ser man fx ofte en følelse af isolation, manglende venner, lavt selvværd og posttraumatiske stressreaktioner. Forekomsten af disse faktorer kan vise noget om de vanskeligheder, man står overfor, når man vil gå ind med en forebyggende eller behandlende indsats.

Endelig kan forekomsten af belastningsfaktorerne have betydning for den videre forskning i forebyggende foranstaltninger.

SELVSKADENDE ADFÆRD

Unge selvdestruktive adfærd kan tage mange former. I denne undersøgelse koncentrerer vi os om selvskade og spiseforstyrrelser, idet det antages, at disse adfærdsproblemer kan ramme forskelligt og alligevel have en fælles baggrund. Vi vil undersøge, om denne antagelse kan bekræftes eller afkræftes.

Traditionelt har man tidligere klassificeret selvskadende adfærd i to direkte former:

1. Selvskade i form af fx 'cutting', at skære eller brænde sig selv (Möhl, 2006)
2. Selvmord, selvmordsforsøg og selvmordsovervejelser (Blumenthal & Kupfer, 1988).

samt to indirekte former:

3. Spiseforstyrrelser, dvs. anoreksi, bulimi eller tvangsoverspisning (Waaddegaard, 2002)
4. Misbrugsadfærd, fx stofmisbrug og alkoholmisbrug (Rutter, 2002) eller ludomani (Shaffer & Jacobson, 2009).

I vores undersøgelse koncentrerer vi os om selvskade (type 1) og spiseforstyrrelser (type 3), fordi vi antager, at de har flere fælles introverte træk. Begge former for adfærd adskiller sig fra de øvrige ved ofte at foregå i det skjulte og ved at være forbundet med skamfølelse og tabuisering. Vi vil undersøge, om det er de samme baggrundsforhold, der kan forklare såvel spiseforstyrrelser som selvskade, fx i form af 'cutting'. Det er stadig et åbent spørgsmål, om det er hensigtsmæssigt at antage, at der er et sådant slægtsskab mellem spiseforstyrrelser og selvskade, eller om der er tale om vidt forskellige fænomener med forskellige risikofaktorer, årsager, som evt. kræver forskellige forebyggelsesforanstaltninger og behandlingsformer.

UDFALD I: SELVSKADE

De almindeligste former for selvskade er 'cutting', hvor personen skærer sig selv med skarpe redskaber samt slår sig selv, brænder sig selv med en lighter, hoveddunken mv. Fænomenet er beskrevet af flere og første gang i 1935 (Graff, 1967; Grunebaum, 1967; Menninger, 1935; Pao, 1969; Pattison & Kahan, 1983). Der er tale om en bevidst adfærd, der medfører fysisk smerte uden intention om at begå selvmord, men med det formål at aflede sig fra en indre smerte. Det er således vigtigt at skelne mellem selvskade og selvmordsforsøg, selvom der kan ses en række lighedspunkter (Briere & Gil, 1998; Möhl, 2006).

Ligesom ved selvmordsforsøg og selvmordsovervejelser (Jessen, Andersen & Bille-Brahe, 1996b) er det vanskeligt at få pålidelige oplysninger om selvskade og udbredelsen i ungdomsbefolkningen (Hawton, 2003, 2002, 1997; Madge m.fl., 2008; Möhl, 2006; Suyemoto, 1998; Ystgaard, 2003). Et af problemerne ved opgørelserne er, at omfanget bliver meget afhængigt af den valgte spørgemetode. Denne problemstilling vil vi gennemgå detaljeret i kapitel 2. Vi har valgt en spørgemetode, der svarer til tidligere undersøgelser (Madge m.fl., 2008; O'Conner m.fl., 2009), hvor de unge bliver spurgt, om de har skadet sig selv – fx ved at skære eller brænde sig selv – hvornår det skete sidste gang, og om den unge kan angive nogle grunde hertil.

UDFALD II: SPISEFORSTYRRELSER

Flere undersøgelser finder samstemmende, at spiseforstyrrelser er forbundet med lavt selvværd og en usikker selvfølelse. Der er en glidende overgang mellem at have problemer med mad og kontrol og at være

egentlig syg. En relativt stor gruppe af børn og unge kan befinde sig i risikogruppen (Gottlieb, 2003).

Spiseforstyrrelser findes i tre hovedformer: anoreksi, bulimi eller tvangsoverspisning. Den unge med anoreksi har et overdrevent ønske om vægttab og opnår faktisk vægttab ved at spise restriktivt, tvangsmotionere eller kaste op. Problemet opstår typisk tidligst i puberteten og er kendetegnet ved betydeligt vægttab. Bulimi er kendetegnet ved en tvangsmæssig ukontrollabel overspisning efterfulgt af vægtregulerende adfærd (fx opkastninger), så vægten kan holdes normal, mens tvangsoverspisning er karakteriseret ved overspisning uden vægtregulerende adfærd.

Bulimi er væsentligt hyppigere forekommende end anoreksi i befolkningen (estimeret forekomst hhv. 1 pct. med bulimi og 0,18 pct. med anoreksi blandt unge kvinder). De undersøgelser, der baserer sig på indberetninger til sundhedssystemet (praktiserende læger og hospitaler), vil underrepræsentere forekomsten, særligt af bulimi, da mange tilfælde ikke kommer til sundhedssystemets kendskab (Steinhausen, 2002; Sundhedsstyrelsen, 2003). Spiseforstyrrelser har vi i vores undersøgelse operationaliseret ved hjælp af en række standardspørgsmål brugt i andre forskningsbaserede undersøgelser. Spørgsmålene omfatter slankekure, sulte- og fastekure, brug af slankepiller, fremprovokering af opkastninger samt følelse af ubehag ved at spise sammen med andre og frygt for overspisning. Selvom spørgsmålene er evalueret i forhold til diagnoser for spiseforstyrrelser (Waaddegaard, 2002), omfatter spørgsmålene et bredere spektrum af spiseforstyrrelser ud over de sygelige tilstande anoreksi, bulimi og tvangsoverspisning.

For at belyse anoreksi inddrages oplysninger om højde og vægt til konstruktion af det såkaldte BMI.⁴

SOCIAL STØTTE

Social støtte er defineret som en social relation, der får personen til at tro, at han/hun er elsket og værdsat. Relationen er karakteriseret ved empati, forståelse og respekt (Cobb, 1976; Porritt, 1979). For at indkredse eller operationalisere omfanget af 'social støtte' blandt interviewpersonerne spørges i nogle undersøgelser om, hvorvidt de har personer i deres netværk, der hjælper med hensyn til praktiske problemer, er villige til at lytte

4. Kropsvægten opretholdes mindst 15 pct. under den forventede vægt, dette udtrykkes fx ved Que-telet's BMI på 17,5 eller mindre (BMI er forkortelse af 'Body Mass Index', som er vægten i kg divideret med kvadratet af højden angivet i meter).

og give råd, bekræfter deres værd og beskytter dem (Belle, 1989; Thompson, 1995). Til at vurdere individets oplevelse af social støtte har vi anvendt 'The Crisis Support Scale, CSS' i interviewundersøgelsen (Joseph, Williams & Yule, 1992). Spørgsmålene afdækker individets oplevelse af social støtte i barndommen dels mht. tilgængelighed, dels mht. kvalitet (se tabel 1.1). Skalaen indeholder kerneaspekterne af social støtte, herunder personlige relationer til andre, der er villige til at lytte, give emotionel og praktisk støtte, når det har været nødvendigt, samt kontakt med andre, der har været udsat for tilsvarende belastende situationer (Bodvarsdottir & Elklit, 2004; Elklit, Pedersen & Jind, 2001; Lindgaard, 2002).

TABEL 1.1

Andelen af de interviewede 25-årige, der 'aldrig', 'sjældent', 'af og til' eller 'nogle gange' har oplevet en række af forskellige former for social støtte, eller 'næsten altid' eller 'altid' har oplevet, at folk har svigtet i barndommen. Procent.

	Procent
1. Hvor ofte var du alt i alt tilfreds med den støtte, du modtog, da du var barn? ¹	9,7
2. Hvor ofte havde du kontakt med andre, der var i samme situation som dig selv, da du var barn? ¹	20,8
3. Hvor ofte kunne du tale om dine tanker og følelser, da du var barn? ¹	25,9
4. Hvor ofte var der nogen, der hjalp dig med praktiske ting, da du var barn? ¹	6,7
5. Hvor ofte følte du dig svigtet af folk, som du regnede med ville støtte dig, da du var barn? ²	4,3
6. Hvor ofte var der nogen, der hjalp og støttede dig, når du havde brug for det, da du var barn? ¹	9,4
I alt Gennemsnitligt pointtal mindre end 5	23,1

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

Det indledende spørgsmål lød: Hvordan oplevede du din barndom. Du skal svare på en skala fra 1 til 7, hvor 1 er 'aldrig', og 7 er 'altid'. Der udregnes et gennemsnitligt pointtal. Dog regnes pointtallene omvendt for spørgsmål 5. Jo flere point, jo større social støtte i barndommen.

1. Har enten svaret: 'aldrig', 'sjældent', 'af og til' eller 'nogle gange'.
2. Har enten svaret 'næsten altid' eller 'altid'.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

Det er først og fremmest forældrene, der kan levere den sociale støtte, men når forældrene ikke kan, så viser der sig en række andre personer i netværket, der kan yde denne form for social støtte. Der er først og fremmest bedsteforældre (42 pct.), venner (41 pct.) og andre søskende (46 pct.), men det kan også være venners forældre, lærere og pædagoger (se tabel 1.2).

TABEL 1.2

Andelen af de interviewede 25-årige, der har modtaget social støtte fra forskellige personer i netværket. Procent.

	Procent
Bedsteforældre	42
Søskende	46
Anden familie	21
Venner	41
Venners forældre	12
Lærer	18
Pædagoger	9
Andre	2

Anm.: Ud over forældre blev en række personer nævnt som dem, der gav social støtte. Tabellen medtager således kun de personer, der ifølge vores kriterier modtog social støtte. Kun 1,7 pct. nævner andre støttende personer end dem, der var angivet i listen.

Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige. Basis, som procenterne er beregnet af, udgjorde 2.051 personer, der fik social støtte. 20 personer havde uoplyste data.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

RISIKOFAKTORER: ALVORLIGE TRAUMATISKE BEGIVENHEDER

En af de hypoteser, vi vil undersøge, er, om der er en sammenhæng mellem selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser på den ene side og en ophobning af alvorlige traumatiske livsbegivenheder, herunder børnemishandling og vanrøgt, på den anden side. Man har i tidligere undersøgelser konstateret sådanne sammenhænge for selvmord og selvmordsforsøg (Christoffersen, 2010). Vi vil undersøge, om dette også er tilfældet for dels selvskade, dels spiseforstyrrelser.

Kessler har udviklet en række spørgsmål til at dække de mest almindeligt forekomne alvorlige traumatiske livsbegivenheder, ikke blot for personen selv, men også begivenheder, der rammer personens nærmeste familie eller nærmeste venner (Kessler m.fl., 1995). Baggrunden for at inddrage personens nærmeste var en erkendelse af, at alvorlige traumatiske livsbegivenheder kan være lige så stressende, når de sker for nærtstående, som når de sker for personen selv. Kesslers spørgsmål er baseret på en reduceret udgave af spørgsmålene fra et meget omfattende skema (Sarason, Johnson & Siegel, 1978). Den forkortede version var mere anvendelig til vores formål. Denne forkortede udgave er oversat til dansk, tilpasset og afprøvet på danske forhold (Elklit, 2002; Lindgaard,

2002). I vores udgave omfatter skemaet 19 potentielt traumatiserende livsbegivenheder: trafikulykke, alvorlig brand, anden ulykke o.lign., vold, voldtægt, røveri, tæt på at drukne, mishandling, ydmygelse og mobning, selvmord, selvmordsforsøg, dødsfald, alvorlig fysisk eller psykisk sygdom, vold eller seksuelle overgreb i familien eller blandt nærmeste venner (bilagstabel B3.7).

Vi skønnede, at det var nødvendigt med en supplering af denne liste af alvorlige traumatiske begivenheder med forskellige former for børnemishandling og vanrøgt for at undersøge, om disse har en sammenhæng med selvskade og spiseforstyrrelser hos de unge voksne. De bliver præsenteret i det følgende.

BØRNEMISHANDLING OG VANRØGT

Børnemishandling består af forældres eller stedforældres psykologiske mishandling, fysiske mishandling, seksuelle overgreb eller vanrøgt. Denne opdeling af forskellige typer af børnemishandling baserer sig på erfaringer fra tidligere forskning, der viser, at de forskellige typer af mishandling og vanrøgt har forskellige årsager og konsekvenser (Busby, 1991). Det må derfor forventes, at det er forskellige indsatser, der er effektive til at forandre forældrenes adfærd.

TABEL 1.3

Andelen af de interviewede 25-årige, der har været udsat for forskellige former for børnemishandling og vanrøgt. Procent.

	Forskellige typer af mishandling	Procent
1.	Fysisk mishandling	5,6
2.	Psykologisk mishandling	5,3
3.	Seksuelle overgreb	1,2
4.	Vanrøgt	3,1
I alt	En eller flere af ovenstående	10,3

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

1. Se bilagstabel B3.3.

2. Se bilagstabel B3.4.

3. Se bilagstabel B3.6.

4. Se bilagstabel B3.5.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

Der er udviklet en række indeks til vurdering af forekomst af forskellige typer af børnemishandling og vanrøgt. En nærmere redegørelse for de forskellige typer af børnemishandling kan man finde i SFI-rapporten

Børnemishandling i hjemmet (Christoffersen, 2010). De spørgsmål, der indgår i disse indeks, er tidligere afprøvet i undersøgelser, hvor sagsbehandlere skulle vurdere forekomsten af en række konkrete familiemæssige adfærdsforhold ved gennemgang af 2.000 børnesager (Christoffersen, 2002; Christoffersen & DePanfilis, 2009; Hestbæk m.fl., 2006).

Efterfølgende har vi foretaget en udvikling og præcisering af de indeks, der anvendes til at estimere forekomsten af psykologisk mishandling og vanrøgt (Elklit & Christoffersen, 2013).

PSYKOLOGISK MISHANDLING

Forældres eller stedforældres psykologiske mishandling indebærer et gentaget mønster, hvor barnet får at vide, at det er værdiløst, ikke elsket og uønsket (Brassard, Hart & Hardy, 1991). I spørgeskemaet er dette forsøgt udmøntet i seks spørgsmål om forskellige indikationer på psykologisk mishandling af barnet. Disse spørgsmål er baseret på tidligere forskningserfaringer (Binggeli, Hart & Brassard, 2001; Brassard & Hart, 2000; Cawson, 2002; Cawson m.fl., 2000; Harts m.fl., 2002). Det kan fx dreje sig om, at forældrene er fjendtlige over for barnet, ydmyger barnet, truer barnet med at blive smidt ud hjemmefra og truer barnet med voldelig afstraffelse. Forældrene kan konstant kritisere barnet og udsætte det for mobning samt gennem deres adfærd vise, at barnet er uønsket, ikke elsket og værdiløs (bilagstabel B3.4).

FYSISK MISHANDLING

Fysisk mishandling afgrænses til handlinger, der resulterer i en fysisk skade eller risiko for en sådan fysisk skade (Kolko, 2002). Der er inddraget otte spørgsmål baseret på tidligere forskningsbaserede erfaringer på dette område til at indkredse fysisk mishandling med (Dubowitz, 2000b; Straus m.fl., 1998). Barnet kan være blevet slået med forskellige genstande, fx bøjle eller pisk, eller være blevet truet med våben, fx kniv, pistol, eller forældre/stedforældre kan have taget kvælertag på barnet (bilagstabel B3.3). Der kan være kastet genstande imod barnet, eller barnet kan have fået bidmærker, brandmærker, blødninger, blå øjne, blå mærker efter slag, spark eller anden vold (Hansen, Sedlar & Warner-Rogers, 1999). Endelig spørges der til brækkede knogler, stiksår, forbrændinger eller blødninger i hjernebinderne forårsaget af forældre eller stedforældre (Kempe m.fl., 1962).

SEKSUELLE OVERGREB I FAMILIEN

Børnemishandling kan desuden bestå i seksuelle overgreb. Det vil sige seksuelt motiverede handlinger, der involverer børn, eller seksuel udnyttelse af børn (Berliner & Elliott, 2002). På baggrund af forskningslitteraturen er denne definition forsøgt omsat til fem spørgsmål (bilagstabel B6.8), der kan stilles til unge voksne på linje med en række tilsvarende danske undersøgelser baseret på interview med voksne, der har fortalt om deres opvækstforhold (Christoffersen, 1993; Kutchinsky, 1985; Leth, Stenvig & Pedersen, 1988). I en række undersøgelser har man interviewet store skolebørn, der bor hjemme. Disse undersøgelser har ikke kunnet medinddrage den sidste del af barndoms- og ungdomsperioden (Helweg-Larsen, Larsen & Schütt, 2009; Helweg-Larsen & Larsen, 2002a). I afgrænsningen af, hvad der er *seksuel mishandling*, er der ikke taget stilling til, om der også har været tale om vold, trusler om vold eller andre repressalier. Når der er tale om børn, vil seksuelt motiverede handlinger, der involverer børn, eller seksuel udnyttelse af børn under alle omstændigheder blive betragtet som seksuel mishandling, fordi deres objektive muligheder for at overskue og forstå konsekvenserne af deres handlinger vil være begrænset af deres mentale udvikling (Berliner, 2000). Selvom det vil være en skærpene omstændighed, hvis der har været tale om vold, vil incest eller seksuel udnyttelse af børn under alle omstændigheder – også i tilfælde, hvor der ikke er konstateret vold eller trusler om vold – blive kategoriseret som seksuel mishandling eller seksuelt overgreb.

Der er i undersøgelsen blevet spurgt, dels om personen selv havde været udsat for seksuelle overgreb fra et familiemedlem, dels om forældre eller stedforældre nogensinde havde tvunget ham/hende til seksuel aktivitet. Dette blev eksemplificeret ved ubehagelig seksuel beføling, blotteri eller lignende, forsøg på tvungent samleje, gennemført tvungent samleje eller andre seksuelle overgreb (bilagstabel B3.6).

VANRØGT

Endelig kan børnemishandling bestå i vanrøgt eller forsømmelse, dvs. manglende opfyldelse af barnets basale behov mht. sundhed, mad, hygiejne, tøj, bolig, sikkerhed og opsyn. I denne undersøgelse er dette forsøgt indkredset ved en række spørgsmål baseret på tidligere forskningserfaringer (DePanfilis, 2000; Dubowitz, 2000a). Forældrenes manglende kapacitet til at opfylde barnets basale behov kan give sig udslag i fx for sen tilkaldelse af lægehjælp, utilstrækkeligt tandeftersyn eller forkert eller util-

strækkelig ernæring. I litteraturen skelnes mellem fysisk vanrøgt og følelsesmæssig vanrøgt, hvor den følelsesmæssige vanrøgt omfatter manglende opmærksomhed på barnets følelsesmæssige behov og følelsesmæssige velfærd (Erickson & Egeland, 2002). For de mindre børns vedkommende kan vanrøgt give sig udslag i et utilstrækkeligt opsyn med barnet, hvor barnet efterlades i farlige omgivelser eller efterlades til personer, der er mangelfuldt udrustede til at kunne tage vare på barnet. For de større børns vedkommende kan det dreje sig om utilstrækkelig viden om deres færden. I vores undersøgelse, der baserer sig på interview med de unge 25-årige, kan der være eksempler på vanrøgt inden skolealderen, som vedkommende ikke vil være i stand til at huske. Spørgsmålene om vanrøgt går på, om interviewpersonen som barn blev overdraget et ansvar, der oversteg barnets alder og modenhed fx mht. tøjvask, lægebesøg, madlavning, eller situationer, hvor barnet sultede, fordi der ikke var mad i hjemmet. Interviewpersonen er endvidere blevet spurgt, om han eller hun som barn ofte måtte passe sig selv, fordi forældrene havde problemer med druk eller stoffer, eller fordi forældrene var væk fra hjemmet i flere dage ad gangen (bilagstabel B3.5).

FORÆLDRES KONFLIKTER

I forbindelse med skilsmisser kan forældrenes indbyrdes konflikter eskalere til en konflikt, der fanger børnene i et krydspres. Sådanne intense konflikter sætter sig dybe spor i barnets psykiske velbefindende, og det er efterhånden veldokumenteret, at konfliktfyldte familierelationer er en risikofaktor i børns udvikling (Amato & Rezac, 1994). Yngre børn, der ikke kan forstå forældrenes konflikter, kan i højere grad laste sig selv, end det er tilfældet for de ældre børn. På denne måde bliver børnenes fortolkning af forældrenes konflikt, deres evne til at forstå konflikterne samt konflikternes karakter afgørende for skadevirkningerne (Grych & Fincham, 1990). I vores undersøgelse er interviewpersonen derfor blevet spurgt, om de biologiske forældre havde et kærligt, venskabeligt, neutralt eller konfliktfyldt forhold, der var karakteriseret ved en anspændt atmosfære, der ofte førte til konflikter. De, der svarede et konfliktfyldt forhold, indikerer derved, at de som børn var fanget i et krydspres.

MOBNING I SKOLEN OG MANGLENDE VENSKABER

Mobning kan defineres som negative handlinger rettet mod en person og gentaget over et længere tidsrum som fx uprovokerede angreb, brug af

social isolation og udelukkelse, ydmygelse og latterliggørelse, ondsindet sladder, rygtedannelse og opfindelse af øgenavne (Nicol, 2002; Olweus, 2003, 1995, 1994). Der er påvist sammenhæng mellem (hyppig) mobning i skolen og lavt selvværd eller selvmordsovervejelser i adskillige undersøgelser (Christoffersen, 1996; Due & Holstein, 1999; Nicol, 2002; Rigby & Slee, 1999, 1993; Smith & Sharp, 1994). I vores undersøgelse er der blevet spurgt, om personen blev mobbet i skolen, og om det skete ofte eller sjældent.

TABEL 1.4

Andelen af de interviewede 25-årige, der har oplevet en række forskellige belastninger og problemer. Procent.

	Procent
1. Forældres konflikter	12,4
2. Mobbet i skolen	15,1
3. Følelse af tomhed, isolation og andres afvisning	3,8
4. Isolation og manglende venner	5,2
5. Lavt selvværd	3,2
6. Posttraumatiske stressreaktioner	13,6
7. Alvortlige traumatiske begivenheder (syv eller flere)	19,7

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

1. Personen blev spurgt, om de biologiske forældre havde et kærligt, venskabeligt, neutralt eller konfliktfyldt forhold gennem barndommen. Der kodes konfliktfyldt ved svaret: 'konfliktfyldt (anspændt atmosfære, der ofte førte til konflikter)'.
2. Personen blev spurgt, om han/hun blev mobbet i skolen, og om det skete ofte eller sjældent. Der blev kodet mobbet ved svaret: ofte.
3. Se bilagstabel B3.2.
4. Se bilagstabel B3.1.
5. Se bilagstabel B3.9.
6. Se bilagstabel B3.8.
7. Se bilagstabel B3.7.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

FØLELSE AF TOMHED, ISOLATION OG ANDRES AFVISNING

I denne undersøgelse belyses det, om selvskadende adfærd hænger sammen med ensomhed, manglende venner, en følelse af tomhed og en følelse af at blive afvist af andre. Den sociale isolation kan være en del af problemet, men kan måske også være en del af løsningen, idet omverdens reaktioner både kan tænkes at forstærke problemet og også at afbøde problemet ved at bryde isolationen. I undersøgelsen indgår derfor også spørgsmål om, hvorvidt den unge savner en virkelig ven, en, han/hun kan betro sine inderste tanker til, samt hvorvidt den unge har en følelse

af ofte at blive afvist af andre. Dette uddybes ved yderligere spørgsmål om kammeratskabsrelationer i det følgende (bilagstabel B3.1).

KAMMERATSKABSRELATIONER

Succesfulde kammeratskabsrelationer er vigtige for alle børns trivsel, og de børn, som det mislykkes for, risikerer at få langvarige skader (Bagwell m.fl., 2001; Landau, Milich & Diener, 1998). I undersøgelsen bliver den unge voksne interviewet om kammeratskabsrelationer for at få en indikator for, hvordan situationen er i dag på dette område. Der bliver spurgt, om han/hun holder sig meget for sig selv, og om han/hun har mindst en god ven (bilagstabel B3.1). Oplever personen, at han/hun er populær og vellidt blandt jævnaldrende, eller bliver vedkommende mobbet, og har han/hun i øvrigt svært ved at finde venner?

SELVVÆRD

Baggrunden for at inddrage personens selvværd er at undersøge, om der er unge, der reagerer på alvorlige traumatiserende livsbegivenheder som fx børnemishandling ved at udvikle et lavt selvværd. I andre undersøgelser finder man, at unge selvskadende har et negativt selv billede. Vi vil undersøge, om det også er tilfældet ved såvel selvskade som spiseforstyrrelser i en dansk kontekst.

Til vurdering af individets oplevede selvværd har vi i interviewet anvendt Rosenbergs selvværdsskala (Rosenberg, 1979), som er det mest benyttede instrument til måling af selvværd generelt (Blascovich & Tomaka, 1991; Lindgaard, 2002). Der spørges blandt andet, om personen føler sig mislykket, nytteløs, eller om personen har gode egenskaber, noget at være stolt af, føler sig værdifuld og har selvrespekt (bilagstabel B3.9).

POSTTRAUMATISK STRESSREAKTION

Posttraumatisk stressreaktion (PTSD) finder man i undersøgelser af folk, der har oplevet katastrofer, jordskælv, krig eller andre livstruende oplevelser. PTSD forekommer ofte hos personer, der har været direkte involveret i krigshandlinger eller været vidner til krigshandlinger, og hos personer, der har været udsat for voldtægt. Man forklarer PTSD-reaktionerne med, at personen har været vidne til eller selv er blevet udsat for livstruende oplevelser eller tortur, som resulterer i ekstrem frygt, hjælpeløshed eller følelse af rædsel (Lehmann, 2000). Man har længe kendt til, at hjemvendte soldater kunne have psykologiske problemer.

Efter første og anden verdenskrig gik det under betegnelsen 'granat-chok', 'krigsneurose', eller 'krigstræthed' (Kulka m.fl., 1990).

PTSD blev først egentligt systematisk beskrevet, da man skulle forklare mange af Vietnam-veteranernes reaktioner (Kulka m.fl., 1990). Først senere bliver det erkendt, at børn også kan få disse reaktioner. Barnet kan i tilfælde af PTSD befinde sig i en depressiv og ulykkelig tilstand med frygt og angst eller være ude af stand til at etablere sociale kontakter med jævnaldrende kammerater, have indlæringsproblemer og mangle nysgerrighed.

I tidligere undersøgelser har man fulgt personer, der lider af PTSD, og fundet en forøget risiko for selvmordsovervejelser og selvmordsforsøg. I vores undersøgelse er den unge blevet spurgt, om han/hun har været udsat for ubehagelige oplevelser og i den anledning oplevet mareridt. Den unge kan have prøvet at undgå at tænke på mishandlingerne, undgå situationer, der minder herom; den unge person kan være konstant på vagt, agtpågivende og let opskræmt (bilagstabel B3.8). Den unge kan føle sig distanceret fra andre og adskilt fra sine omgivelser (American Psychiatric Association, 2000; Yule, 2002).

Efter at interviewereren stillede det indledende spørgsmål: "Nu vil jeg bede dig om at tænke på, om du i dit liv har været udsat for nogle ubehagelige oplevelser, som du nogen gange tænker tilbage på?", lød de fire uddybende spørgsmål således:

- Har du nogensinde været ude for en oplevelse, der var så frygtelig, forfærdelig eller oprivende, at du inden for den sidste måneds tid har haft mareridt om det eller tænkt på det, når du *ikke* ønskede det?
- Har du nogensinde været ude for en oplevelse, der var så frygtelig, forfærdelig eller oprivende, at du inden for den sidste måneds tid har prøvet ihærdigt på *ikke* at tænke på det og har undgået situationer, der mindede dig om det?
- Har du nogensinde været ude for en oplevelse, der var så frygtelig, forfærdelig eller oprivende, at du inden for den sidste måneds tid har været konstant på vagt, agtpågivende og let opskræmt?
- Har du nogensinde været ude for en oplevelse, der var så frygtelig, forfærdelig eller oprivende, at du inden for den sidste måneds tid har følt dig følelsesløs, distanceret fra andre og adskilt fra dine omgivelser?

Der er kodet for PTSD ved to eller flere bekræftende svar på de fire spørgsmål om posttraumatiske stressreaktioner (se bilagstabel B3.8).

Tidligere offentliggjorte resultater baseret på samme undersøgelsesdata viser en tæt sammenhæng mellem børnemishandling og efterfølgende posttraumatiske symptomer og selvmordsovervejelser hos unge voksne (Christoffersen, 2010).

DATA: INTERVIEW MED 25-ÅRIGE OM DERES BARNDOM⁵

Undersøgelsens datamateriale består af en interviewundersøgelse af 2.980 repræsentativt udvalgte 25-årige født i 1984. De 25-årige er blevet interviewet om deres barndom, herunder om de har været udsat for forskellige typer af børnemishandling: fysisk mishandling, psykologisk mishandling, seksuelle overgreb og vanrøgt. Der har tidligere været enkeltstående undersøgelser af fx seksuelle overgreb eller alvorlig fysisk vold, men denne undersøgelse er den første i Danmark, som samtidig dækker de andre former for mishandling og vanrøgt.⁶

En afgørende grund til at vælge netop denne aldersgruppe har været, at undersøgelser viser, at de fleste unge er flyttet hjemmefra og netop skal til at stå eller står på egne ben i 25-års-alderen (Christoffersen, 2004). Det har således været muligt at interviewe de unge, uden at forældrene har været til stede.

Stikprøven af unge har vi opdelt i to strata, hhv. personer med en 'børnesag' og personer uden en 'børnesag'.⁷ Personer med en 'børnesag' er blevet oversamlet, således at de udgør omkring en tredjedel af analyseudvalget. Ved estimeringer af forholdene i hele populationen har vi 'vægtet tilbage', så vi har opnået et repræsentativt estimat.

5. Datamaterialet har tidligere været beskrevet i rapporterne *Børnemishandling i hjemmet* (Christoffersen, 2010) og *Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge* (Christoffersen m.fl., 2011).

6. Forekomsten af seksuelle overgreb er tidligere undersøgt ved sådanne retrospektive undersøgelser af fx Berl Kutchinsky, Ingrid Leth, Bodil Stenvig og Asbjørn Pedersen samt Karin Helweg-Larsen og Mogens Christoffersen (Christoffersen, 1993; Helweg-Larsen, Larsen & Schütt, 2009; Helweg-Larsen & Larsen, 2002a; Kutchinsky, 1985; Leth, Stenvig & Pedersen, 1988), men disse undersøgelser har manglet en belysning af incidensen af de øvrige former for børnemishandling. I de undersøgelser, der omhandler vold imod børn, har man undladt at udskille fysisk mishandling fra anden forældrevold mod børn (Helweg-Larsen, 2008; Helweg-Larsen & Larsen, 2002b).

7. Børn og unge, der enten har været anbragt uden for familien eller har modtaget forebyggende foranstaltninger, fx personlig rådgiver, praktikophold, udslusningsordning, forlænget hjemtagelse, fast kontaktperson samt bevilget støtteperson til familien.

Interviewene fandt sted i slutningen af 2008 og første kvartal af 2009. Der blev udvalgt 4.718 personer, født i 1984, til stikprøven, imidlertid kunne 242 ikke interviewes på grund af handicap, sygdom, dødsfald, sprogproblemer, eller fordi de var flyttet ud af landet. Opnåelsesprocenten blandt dem, der kunne interviewes, endte på 67. Der blev opnået interview med 2.980 25-årige; heraf har 852 haft en 'børnesag'. De unge er enten blevet telefoninterviewet eller interviewet ved besøg på bopælen (ca. 45 minutters varighed) ud fra et standardiseret spørgeskema.

Omfanget af børnemishandling kan ikke estimeres ud fra interview med unge, der stadig er børn, hvis man ønsker at beskrive forekomsten for hele barndomsperioden op til de 18 år.⁸ Prævalensundersøgelser, der gennem interview med unge voksne søger at svare på, hvor mange børn der bliver udsat for børnemishandling mindst en gang i løbet af barndommen, vil ifølge sagens natur være retrospektive med de fordele og ulemper, dette medfører. Metoden med at interviewe unge, der netop er blevet voksne, er anvendt tidligere dels i Storbritannien, dels herhjemme (Cawson m.fl., 2000; Christoffersen, 1993).

Det blev besluttet at anvende telefoninterview, så vidt det var muligt, fordi tidligere erfaringer viste, at påvirkning fra interviewerens er mindre ved telefoninterview i forbindelse med sensitive og stigmatiserende spørgsmål, end det er tilfældet for fx postspørgeskemaer eller personlige interview på bopælen (Christoffersen, 1984).

De personlige interview på bopælen er blevet udført ved hjælp af CAPI-metoden (dvs. 'computer assisted personal interview self-completion methods'), hvor interviewpersonen selv udfylder den sidste del af spørgsmålene – som i dette tilfælde er de mest følsomme – uden at interviewerens kan se hverken spørgsmål eller svar. Der er således anvendt samme metode som i den engelske undersøgelse ved de personlige interview, dog med den forskel, at vi i den danske undersøgelse har søgt at interviewe de unge mennesker telefonisk, hvis det har været praktisk muligt. I modsætning til den engelske undersøgelse har de unge på forhånd fået et introduktionsbrev, som beskriver, hvordan de er blevet udtrukket til undersøgelsen, og hvad undersøgelsen handler om.

Udviklingen på det teknologiske område har muliggjort interviewmetoder, der kan mindske interviewerens påvirkning. En engelsk un-

8. I en række undersøgelser har man interviewet store skolebørn, der bor hjemme, fx 14-16-årige. Disse undersøgelser kan derfor ikke dække den sidste del af barndommen (Helweg-Larsen, Larsen & Schütt, 2009; Helweg-Larsen & Larsen, 2002a).

dersøgelse viser, at interviewpersonen er mere tilbøjelig til at give ærlige svar, når det drejer sig om personlige, sensitive emner, når de interviewes med CAPI-metoden, end det er tilfældet med personlige interview, der administreres af interviewerens, eller ved et selvudfyldt spørgeskema (Brooker & Kelly, 1996).

For at kunne opnå pålidelige og valide oplysninger om belastninger i barndommen er det af afgørende vigtighed, at de interviewede sikres anonymitet. Det betyder blandt andet, at man må kunne forsikre dem om, at det, de siger, ikke vil kunne få følger for andre (fx forældre, der har forvoldt mishandlingen). Det vil imidlertid være ulovligt at fastholde denne anonymitetsgaranti ved interview med børn og unge under 18 år om mishandlinger, der har fundet sted i barndommen, fordi der er en skærpet underretningspligt, hvis man bliver vidende om, at et barn bliver udsat for mishandling.⁹

Hertil kommer forventede selektive bortfaldsproblemer blandt børn af forældre, der har haft særlige problemer, idet forældre i disse tilfælde må formodes at være mindre tilbøjelige til at give tilladelse til, at interviewet kan finde sted. På denne baggrund har vi ligesom i andre tilsvarende undersøgelser valgt at interviewe 25-årige om deres opvækst.

Det er essentielt for undersøgelsen at afdække alvorlige belastninger i barndommen forårsaget af mishandling og vanrøgt. Af metodiske grunde er vi nødsaget til at stille specifikke og konkrete spørgsmål, idet vi ikke kan nøjes med generelle abstrakte termer.

Interviewsituationen kræver derfor et beredskab for at kunne imødekomme eventuelle opståede behov for professionel støtte. Man må forvente, at der i en stratificeret stikprøve blandt 2.980 25-årige vil være nogle, der har brug for psykologhjælp på grund af traumatiske livsbegivenheder som fx børnemishandling, hvor vedkommende ikke har fået den nødvendige støtte tidligere. Vi valgte derfor at give de interviewede en mulighed for en samtale med en erfaren psykolog via en anonym telefonisk hotline. Nogle ganske få valgte da også at benytte denne hjælpelinje.

9. Hvis interviewerens får kendskab til børnemishandling, så vil han/hun være i et etisk dilemma mellem hensynet til anonymitetsforsikringen og lovgivningens underretningspligt (Helweg-Larsen & Larsen, 2003). I nogle undersøgelser har man løst problemet ved ikke at love anonymitet, men man har derved antagelig fået færre besvarelser om overgreb. I andre undersøgelser har man gennem sit undersøgelsesdesign sikret de unge anonymitet. Så har forskerne efterfølgende kunnet se af besvarelserne, at der foregår overgreb, som de så ikke har mulighed for at indberette, fordi de ikke kan se, hvem der har svaret hvad.

METODEMÆSSIGE BEGRÆNSNINGER

Undersøgelsesmetoden har en række iboende begrænsninger. En første vigtig begrænsning er, at vi vanskeligt kan slutte noget endegyldigt om konsekvenserne af alvorlige traumatiske livsbegivenheder, og at vi er henvist til at underbygge vores oplysninger om konsekvenser af fx mishandling ved hjælp af andre typer af undersøgelser.

En anden vigtig begrænsning er, at opgørelser af omfanget af fx børnemishandling er særligt følsomme over for valget af teoretiske afgrænsninger og valget af de operationelle metoder (Christoffersen, 2010). Vi har i denne undersøgelse søgt at lægge os op ad de definitioner, der efterhånden er nogenlunde enighed om blandt forskerne (Myers m.fl., 2002). Forskelligheder mellem definitionerne – såvel de teoretiske som de operationelle definitioner – kan få store konsekvenser for omfangsopgørelserne. I denne undersøgelse fokuserer vi særligt på de statistiske sammenhænge mellem psykosociale belastninger, mediator og udfald (se analysemodellen figur 1.1), og vi antager, at disse sammenhænge er mindre påvirkelige af de valgte afgrænsninger.

Til undersøgelsen er udviklet en række detaljerede spørgsmål om konkrete forhold for at mindske misforståelser og mistolkninger, men der vil altid være en risiko for, at spørgsmålene ikke er udtømmende, således at vi kommer til at undervurdere omfanget af børnemishandling.

Undersøgelsen af omfanget af børnemishandling er baseret på en retrospektiv tværsnitsundersøgelse af en repræsentativ stikprøve af 25-årige. Der er imidlertid en række metodiske vanskeligheder forbundet med at anvende denne type af undersøgelsesdesign, hvor man spørger tilbage i tid, til at konkludere noget endegyldigt om de længerevarende konsekvenser af alvorlige traumatiske begivenheder som fx børnemishandling.

Et af problemerne ved retrospektive undersøgelser af stærkt stigmatiserende begivenheder er, at interviewpersonen kan glemme eller fortrænge begivenheden; det kan være pinligt at svare på spørgsmål om mishandling, og spørgsmålsformuleringerne kan give anledning til misforståelser (Melchert & Parker, 1997). Alle disse problemer har ved undersøgelser af fx børnemishandling givet anledning til underrapporteringer ved sådanne retrospektive undersøgelser. Forskerne maner især til forsigtighed, hvis man spørger til detaljer om begivenheder, der har fundet sted tidligt i barndommen, eller hvis man stiller spørgsmål, der åbner mulighed for fortolkninger (Fergusson, Horwood & Woodward, 2000; Hardt & Rutter, 2004; Widom & Shepard, 1996).

Til forskel fra prospektive, dvs. fortløbende, forløbsundersøgelser har retrospektive tværsnitsundersøgelser metodisk vanskeligt ved at tidsfæste begivenheder. Endvidere er der problemer med at tidsfæste andre forhold, der kan virke enten belastende eller støttende. Vi har derfor undgået en sådan detaljeret udspørgning om tidspunkter.

Retrospektive tværsnitsundersøgelser baseret på relativt store stikprøver har visse fordele i forhold til prospektive forløbsundersøgelser. For det første kræves meget omfattende og omkostningstunge forløbsundersøgelser, hvis man vil undersøge børnemishandling, der trods alt må anses for at være et lavfrekvent fænomen. For det andet vil man ved forløbsundersøgelser af etiske grunde være nødt til at gribe ind, hvis man bliver opmærksom på, at der foregår børnemishandling. Man vil herefter have vanskeligt ved at vurdere, hvordan det ville være gået barnet, hvis man ikke havde gjort noget.

Retrospektive tværsnitsundersøgelser har således en ganske særlig værdi i forhold til udforskningen af de længerevarende konsekvenser af traumatiske livsbegivenheder såsom fx børnemishandling og betydningen af social støtte i barndommen. Validiteten af hhv. retrospektive tværsnitsundersøgelser og prospektive forløbsundersøgelser er dog fortsat til diskussion mellem forskere, der beskæftiger sig med børnemishandling.

SELVSKADENDE ADFÆRD

I dette kapitel ser vi nærmere på, hvad den eksisterende forskning kan fortælle os om selvskadende adfærd. Kapitlet giver en introduktion til, hvad selvskade er, og hvordan det defineres i forskningen, og præsenterer forskellige studier, der har undersøgt omfanget af selvskade blandt forskellige grupper.

I forlængelse heraf diskuterer vi de metodiske udfordringer i forbindelse med definition af selvskadende adfærd, valg af stikprøve samt dataindsamlingsmetode, der har afgørende konsekvenser for disse resultater. Efterfølgende giver vi et indblik i, hvem de selvskadende er, og hvorfor de skader sig selv. Afslutningsvis giver vi en kort introduktion til to behandlingsmetoder, der har vist gode resultater i behandlingen af personer med selvskadende adfærd.

Det er vigtigt at fremhæve, at der ikke er tale om et systematisk litteraturstudie, men om en præsentation af et *udpluk* af den væsentligste nationale og internationale forskning om selvskadende adfærd samt behandling heraf.

HVAD ER SELVSKADENDE ADFÆRD?

Selvskade er beskrevet på varierende måde i litteraturen. Menninger beskrev første gang fænomenet som en gentagen selvtilføjet skade på huden, fx ved at skære, gnide eller brænde huden, hvor personen forinden havde oplevet stress eller uro og efterfølgende oplevede en lettelse (Menninger, 1938; Shaffer & Jacobson, 2009). Der eksisterer i dag mange forskellige betegnelser for og definitioner på selvskadende adfærd. De mest kendte former for selvskade er, når en person skærer sig selv i armen eller andre steder på kroppen (også kaldet *cutting*), når en person hiver hår ud af hovedbunden, brænder sig selv eller slår hovedet mod eller med forskellige objekter (Briere & Elliott, 1994; Walsh & Rosen, 1988).

For udenforstående kan selvskadende adfærd forekomme som et mislykket selvmordsforsøg – dette er dog langt fra tilfældet. Personer, der skader sig selv, har ikke intentioner om at tage deres eget liv. Tværtimod skal den selvskadende adfærd betragtes som en copingmekanisme, som den selvskadende anvender netop for at undgå at tage sit eget liv (Duffy, 2009; Klonsky, 2007; Möhl, 2006; Stanley m.fl., 2001). Personer med selvskadende adfærd bærer ofte på en lang række ukontrollerbare følelser, som kan være et resultat af traumatiske oplevelser i barndommen eller andre følelsesmæssige og/eller sociale problemer. For sådanne personer er det at skade sig selv umiddelbart den eneste måde, de kan håndtere disse følelser på.

Hvis vi ser på de forskellige betegnelser for selvskadende adfærd, der gennem tiden er blevet brugt, så er der langt fra konsistens inden for feltet. I den engelske litteratur finder vi en lang række forskellige betegnelser, såsom: *self-mutilation*, *self-destructive behaviour*, *deliberate self-harm*, *self-injury*, *intentional self-harm*, *self-cutting*, *self-wounding*, *focal suicide* eller *parasuicid* (Möhl, 2006). Den manglende ensartethed i valg af betegnelse går igen i valget af definition på den selvskadende adfærd. Det varierer fra studie til studie, hvilken definition der anvendes. I nogle studier skelnes eksempelvis ikke mellem selvskade og selvmordsforsøg, mens andre vælger at inddrage det at tage en overdosis, mens andre ikke gør (Möhl, 2006; Suyemoto, 1998).

I denne undersøgelse har vi valgt at bruge betegnelserne selvskadende adfærd og selvskade synonymt. Og vi har valgt at anvende Suyemotos definition af selvskade (Möhl, 2006; Suyemoto, 1998; Walsh & Rosen, 1988):

Selvskade er en direkte, socialt uacceptabel adfærd, der gentages igen og igen, og som medfører lettere til moderate fysiske skader. Når selvskaden pågår, befinder personen sig i en forstyrret psykisk tilstand, men har ikke til hensigt at tage sit eget liv og udviser heller ikke den form for selvstimulation eller stereotyp adfærd, som er karakteristisk for mentalt retarderede eller autistiske mennesker.

Selvskade kan altså betragtes som en form for selvmedicinering. Almene socialt accepterede handlinger, såsom det at blive piercet eller tatoveret, indgår ikke i ovenstående definition. Det samme gælder selvskadende adfærd som et led i en religiøs ceremoni. Den selvskadende adfærd, som her er på tale, er sædvanligvis mere impulsiv og adskiller sig dermed fra den stereotype adfærd, der kan forekomme hos mentalt retarderede og autistiske personer. Den impulsstyrede selvskade er desuden hyppigt forekommende hos personer med en emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (såkaldt borderline¹⁰) og udgør et diagnostisk kriterium, hvorfor man kan støde på den misforståelse, at selvskade (fx cutting) kun forekommer hos borderlinepatienter. Borderline er en væsentlig risikofaktor for selvskadende adfærd, men selvskade er et non-specifikt symptom, som kan ses hos såvel normale og stort set velfungerende unge mennesker som hos mennesker med psykiske lidelser og en opvækst præget af omsorgssvigt mv. Nogle forskere (fx Adler & Adler, 2007) argumenterer for, at man ikke udelukkende skal betragte selvskade som et patologisk fænomen, men også som et ikke-patologisk ungdomskulturelt udtryk.

Adfærden er ikke den samme, som forekommer hos mentalt retarderede eller autistiske personer, der ofte har et stereotypt præg. I modsætning til mennesker med autisme eller mental retardering har mennesker med borderline personality disorder (BPD), der på dansk kaldes for emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse, en mere impulsiv form for selvskade, som også er den form, der dominerer i ikke-kliniske populationer (Møhl & Skandsen, 2011). Borderline er således en risikofaktor for selvskadende adfærd. Videre er de metoder, der anvendes til at behandle selvskadende adfærd som udgangspunkt, ligeledes udviklet til at behandle personer med borderline (Linehan, 2004).

Ligesom den selvskadende adfærd endnu ikke har en universel definition, så har den heller ikke sin egen diagnose, hverken i the Interna-

10. Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (BPD) er karakteriseret ved et gennemgående ustabil mønster vedrørende affektregulering, impuls kontrol, interpersonelle forhold og selvbillede.

tional Statistical Classification of Diseases ICD-10 (WHO, 1994) eller i Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-R (American Psychiatric Association, 2000).

BOKS 2.1

Foreslåede diagnosekriterier for selvskade.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) foreslår følgende diagnostiske kriterier for selvskade til den revurderede DSM-5: Non-Suicidal Self-Injury Disorder (NSSI):

- A. In the last year, the individual has, on 5 or more days, engaged in intentional self-inflicted damage to the surface of his or her body, of a sort likely to induce bleeding or bruising or pain (e.g., cutting, burning, stabbing, hitting, excessive rubbing), for purposes not socially sanctioned (e.g., body piercing, tattooing, etc.), but performed with the expectation that the injury will lead to only minor or moderate physical harm. The behavior is not a common one, such as picking at a scab or nail biting.
- B. The intentional injury is associated with at least 2 of the following:
 - 1. Psychological Precipitant: Interpersonal difficulties or negative feelings or thoughts, such as depression, anxiety, tension, anger, generalized distress, or self-criticism, occurring in the period immediately prior to the self-injurious act.
 - 2. Urge: Prior to engaging in the act, a period of preoccupation with the intended behavior that is difficult to resist.
 - 3. Preoccupation: Thinking about self-injury occurs frequently, even when it is not acted upon.
 - 4. Contingent Response: The activity is engaged in with the expectation that it will relieve an interpersonal difficulty, or negative feeling or cognitive state, or that it will induce a positive feeling state, during the act or shortly afterwards.
- C. The behavior or its consequences cause clinically significant distress or interference in interpersonal, academic, or other important areas of functioning. (This criterion is subject to final approval on the use of criteria that relate symptoms to impairment).
- D. The behavior does not occur exclusively during states of psychosis, delirium, or intoxication. In individuals with a developmental disorder, the behavior is not part of a pattern of repetitive stereotypies. The behavior cannot be accounted for by another mental or medical disorder (i.e., psychotic disorder, pervasive developmental disorder, mental retardation, Lesch-Nyhan Syndrome, stereotyped movement disorder with self-injury, or trichotillomania).
- E. The absence of suicidal intent has either been stated by the patient or can be inferred by repeated engagement in a behavior that the individual knows, or has learnt, is not likely to result in death.

Anm.: Der foreligger endnu ikke en autoriseret dansk oversættelse. De nærmere overvejelser er beskrevet i det følgende:

<http://www.dsm5.org/Proposed%20Revision%20Attachments/APA%20DSM-5%20NSSI%20Proposal.pdf>.

Kilde: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.

Herhjemme vil man diagnosticere 'cutting' og anden selvskade som 'Vane- og impulshandlinger' (Möhl, 2006). Således er selvskade ikke kun vanskeligt at kategorisere i forskningslitteraturen, men også i behandlingssystemet, da der ikke eksisterer en officiel diagnose. Dette kan have

som konsekvens, at der typisk ikke udarbejdes en behandlingsplan i sundhedssystemet, og der kan mangle en systematisk opfølgning ude i kommunerne, der kan sikre en effektiv behandling.

I mange opgørelser er selvskade blevet misfortolket som et mislykket selvmordsforsøg, og nogle forskere har anvendt betegnelsen 'parasuicide', mens andre har troet, at selvskade var et symptom på borderline. Den manglende klarhed har haft betydning for mulighederne for at opføre omfanget og overvåge udviklingen. Udenlandske erfaringer tyder endvidere på, at en manglende klarhed om fænomenets beskaffenhed har betydet utilstrækkelig, mangelfuld eller fejlagtig behandling (Shaffer & Jacobson, 2009). Dette har ført til forslag om at 'non-suicidal self-injury' indføres som en selvstændig diagnose i den næste udgave af det amerikanske psykiatriske diagnosesystem DSM-V (se boks 2.1).

I den reviderede udgave har man adskilt selvskade fra selvmordsforsøg og adskilt selvskade fra psykotiske tilstande, delirium og forgiftninger. Endvidere medtages mentalt retarderede og autistiske ikke under denne definition. Som det fremgår, er der således foretaget en række præciseringer i nogle anvendelige operationelle kriterier.

HVOR STORT ER OMFANGET AF SELVSKADE?

Omfanget af selvskadende adfærd i den generelle befolkning er ukendt og således vanskeligt at sige noget generelt om (Duffy, 2009; Messer & Fremouw, 2008). Der eksisterer ganske få opgørelser, der tager udgangspunkt i en ikke-klinisk population – det, vi kalder befolkningsstudier, hvilket er betegnelsen for en gruppe af respondenter, der kan karakteriseres som tilhørende den almene brede befolkning. Det meste af den eksisterende forskning tager i stedet udgangspunkt i respondenter, der er tilknyttet behandlingssystemet eller strafferetssystemet, hvorfor resultaterne herfra er vanskelige at generalisere ud fra (Dulit m.fl., 1994; Lena & Bijoor, 1990; Solomon & Farrand, 1996; Wesley, 1991).

De få befolkningsstudier over selvskade, der eksisterer (tabel 2.1), har primært fokus på unge, og resultaterne herfra varierer fra en forekomst på 0,3 pct. (Briere & Gil, 1998) og helt op til 46,5 pct. (Lloyd-Richardson m.fl., 2007). Dog er ikke alle resultater fra disse studier mulige at generalisere, da der ikke altid skelnes mellem selvskade og selvmordsforsøg (Jessen, Andersen & Bille-Brahe, 1996a; Zöllner, 2002).

Generelt karakteriseres selvskadende adfærd blandt unge som et voksende problem (Gratz, Conrad & Roemer, 2002; Hawton m.fl., 2003; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Ross & Heath, 2002; Whitlock m.fl., 2009), samtidig med at forekomsten af selvskade generelt er højere for unge end for andre grupper. Internationale studier viser, at op til 13-16 pct. af high school-elever har rapporteret selvskadende adfærd (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Messer & Fremouw, 2008; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Ross & Heath, 2002).

Nock og Kessler finder, at 1,9 pct. af deres respondenter har skadet sig selv (tabel 2.1). Studiet er udført med udgangspunkt i The National Comorbidity Survey i USA, en nationalt repræsentativ stikprøve bestående af 8.000 respondenter i alderen 15-54 år (Nock & Kessler, 2006). Møhl og Skandsen, der specifikt ser på danske unge, som befinder sig i gymnasiet, finder, at 21,5 pct. ud af 2.864 elever har prøvet at skade sig selv. Heraf er 22,3 pct. kvinder og 18,9 pct. mænd (Møhl & Skandsen, 2011).

Resultaterne viser ydermere, at 16,2 pct. har skadet sig selv inden for det seneste år, hvoraf 15,9 pct. er kvinder, og 16,6 pct. er mænd. Samtidig har signifikant flere mænd (14,7 pct.) end kvinder (6,2 pct.) skadet sig selv mere end 20 gange inden for det seneste år, mens 21,8 pct. af de selvskadende kvinder og 8,8 pct. af de selvskadende mænd ikke har skadet sig selv inden for det seneste år. Disse resultater stiller altså spørgsmålstegn ved opfattelsen af, at omfanget af selvskadende adfærd er langt størst blandt unge kvinder. På dette punkt er der manglende konsistens i forskningsresultaterne.

Nogle resultater viser en overrepræsentation af kvinder (Madge m.fl., 2008; O'Conner m.fl., 2009), andre finder en overrepræsentation af mænd (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004), mens nogle resultater viser, at kønnene er lige aktive, når det kommer til selvskadende adfærd (Zoroglu m.fl., 2003).

TABEL 2.1

Omfanget af selvskadende adfærd i en række forskellige studier af suicidal og/eller selvskadende adfærd blandt forskellige aldersgrupper. Procent.

Studie	Suicidal adfærd	Gentagen selvskade	Aldersgruppe (år)	Procent
Briere & Gil, 1998	Nej	Ja	18-90	0,3
Lloyd-Richardson m.fl., 2007	Nej	Uoplyst	15,5	47
Jessen, Andersen & Bille-Brahe, 1996a	Ja	Uoplyst	15-24	15
Zöllner, 2002	Ja	Ja	14-16	4
Gratz, Conrad & Roemer, 2002	Nej	Uoplyst	18-49	38
Muehlenkamp & Gutierrez, 2004	Nej	Uoplyst	16	16
Ross & Heath, 2002	Nej	Ja	14-15	13-15
Nock & Kessler, 2006	Nej	Uoplyst	15-54	2
Møhl & Skandsen, 2011	Nej	Uoplyst	17	22
Mænd				19
Kvinder				22
Madge m.fl., 2008	Ja	Uoplyst	15-16	
Mænd				4
Kvinder				14
O'Conner m.fl., 2009	Ja	Ja	11-18	14
Mænd				7
Kvinder				20
Zoroglu m.fl., 2003	Nej	Uoplyst	15,9	21
Mænd				21
Kvinder				22
Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005	Nej	Uoplyst	13-18	15
Mænd				20
Kvinder				9
Boudewyn & Liem, 1995	Nej	Ja	16-65	
Ikke-seksuelt misbrugte mænd				5
Ikke-seksuelt misbrugte kvinder				6
Seksuelt misbrugte mænd				9
Seksuelt misbrugte kvinder				30
Romans m.fl., 1995	Uoplyst	Uoplyst	Under 65	4,8
Hilt, Cha & Nolen-Hoeksema, 2008	Nej	Ja	11-14	7,5 (de sidste 12 mrd.) 3,3 ≥ 1 gang pr. mrd.
Garrison m.fl., 1993	Nej	Uoplyst	11-18	2,5 (de sidste 12 mrd.)
Brunner m.fl., 2007				10,9 (1-3 gange) 4 > 3 gange (de sidste 12 mrd.)
Yates, Tracy & Luthar, 2008	Nej	Ja	14,9 år	37,2 29,5 > 1 gang 4,1 ≥ 6 gange (de sidste 12 mrd.)
Nixon, Cloutier & Jansson, 2008	Nej	Ja	14-18	16,9 (inkl. indtagelse af stoffer/alkohol) 13,9 (skære, kradse eller slået sig selv) nogensinde
Croyle & Waltz, 2007	Nej	Ja	14-21	6,2 > 3 gange
Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006	Nej	Uoplyst	14-21	20 17,1 (nogensinde) 7,3 (de sidste 12 mrd.) 6,7 (≥ 6 gange)
Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003	Nej	Ja	18-24	4,2 (≥ 11 gange)
	Nej	Uoplyst	20	4

TABEL 2.2

Oversigt over spørgsmålsformuleringer i undersøgelserne af selvskaade.

Studie	Skala	Spørgsmålsformulering
Briere & Gil, 1998		"Intentionally hurting yourself (e.g. by scratching, cutting or burning) even though you weren't trying to commit suicide?"
Lloyd-Richardson m.fl., 2007 Jessen, Andersen & Bille-Brahe, 1996a Zöllner, 2002	FASM	Functional Assessment of Self-Mutilation "Har du nogensinde skadet dig selv med vilje?" "Har du nogensinde taget en overdosis af piller eller anden medicin eller på anden måde forsøgt at skade dig selv (fx ved at snitte dig selv)?"
Gratz, Conrad & Roemer, 2002 Gratz, Conrad & Roemer, 2002 Ross & Heath, 2002 Nock m.fl., 2006 Møhl & Skandsen, 2011	DSHI SIQ	The Deliberate Self-Harm Inventory Suicidal Ideation Questionnaire "Hurting themselves on purpose" "My attempt was a cry for help, I did not want to die" "Have you ever in your life deliberately harmed yourself (for example cut, burned, scratched or hit yourself) without having the intention or trying to kill yourself?"
Madge m.fl., 2008		"Have you ever deliberately taken an overdose (e.g. pills or other medication) or tried to harm yourself in some other way (such as cut yourself)?"
O'Conner m.fl., 2009		"Have you ever deliberately taken an overdose (e.g. pills or other medication) or tried to harm yourself in some other way (such as cut yourself)?"
Zoroglu m.fl., 2003		"(...) self-mutilation was defined as deliberate harm to one's body without a conscious intent to die and included such behaviors as cutting, slashing, burning, pulling hair or banging and hitting body areas."
Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005		"Have you ever done anything on purpose to injure, hurt, or harm yourself or your body (but you weren't trying to kill yourself)?"
Boudewyn & Liem, 1995 Romans m.fl., 1995		Uoplyst Uoplyst
Hilt, Cha & Nolen-Hoeksema, 2008		"Have you harmed or hurt your body on purpose (for example, cutting or burning your skin, hitting yourself, or pulling out your hair)?"
Garrison m.fl., 1993	K-SADS	Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version self-mutilation item (non-suicidal self-mutilation)
Brunner m.fl., 2007	K-SADS	Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version self-mutilation item (non-suicidal self-mutilation)
Yates, Tracy & Luthar, 2008 Nixon, Cloutier & Jansson, 2008	FASM	Functional Assessment of Self-Mutilation "Have you ever harmed yourself in a way that was deliberate, but not intended as a means to take your life?"
Croyle & Waltz, 2007 Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006		Self-Harm Information Form "Have you ever done any of the following with intention of hurting self ... list of 16 behaviors"
Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003		Endorsed hurting themselves physically & not having made a suicide attempt

De tvetydige resultater vedrørende omfanget af selvskaadende adfærd skyldes, som vi var inde på i det foregående afsnit, at der anvendes forskellige definitioner på selvskaade i de forskellige studier. Som det ses i tabel 2.2 bruger Briere og Gill (1998) spørgsmålet: "Har du med vilje skadet dig selv (fx kradset, skåret eller brændt), selvom det ikke var din

hensigt at begå selvmord?”¹¹, mens Møhl og Skandsen (2011) spørger: ”Har du nogensinde i dit liv bevidst skadet dig selv (eksempelvis skåret, brændt, kradset eller slået dig selv) uden at have intention om eller prøve på at tage dit eget liv?”¹² En afgørende forskel på de to spørgsmålsformuleringer er, at Møhl og Skandsen ligeledes spørger ind til, hvorvidt den unge har slået sig selv. Med dette spørgsmål får de i højere grad de unge mænd med i deres undersøgelse, da det er en karakteristisk form for selvskade for mænd, men ikke for kvinder. Ydermere er der som nævnt forskel på, hvilke respondenter der udtrækkes til stikprøven, og videre kan det variere, hvilken dataindsamlingsmetode der anvendes. Der er forskel på, om der anvendes registerdata, eller om der er tale om selvrapporteret selvskade i en gymnasieklasse. Slutteligt vil der altid eksistere et vist ’mørketal’ i forbindelse med omfanget af selvskadende adfærd. Det er langt fra alle selvskadende, der kommer i kontakt med sundhedssystemet i forbindelse med deres skader, hvorfor de netop ikke indgår i offentlige registre. Nogle skader er ikke så voldsomme, at de kræver medicinsk behandling, samtidig med at mange selvskadende så vidt muligt vil forsøge at holde deres skader og ar skjult for omverdenen.

En anden problematik er skelnen mellem selvskade og selvmordsforsøg. Det kan i praksis være vanskeligt at skelne mellem selvskade og et selvmordsforsøg, hvorfor der altid vil være en vis risiko for, at den selvskadende adfærd registreres forkert i diverse registre. Som det fremgår af tabel 2.1 og 2.2 er der kun to udenlandske befolkningsstudier, der benytter samme definition på selvskadende adfærd som i dette kapitel. Der er tale om hhv. Briere og Grill (1998) og Ross og Heath (2002). Deres resultater viser, at der er hhv. 0,3 pct. og 13-14,8 pct. selvskadende adfærd i aldersgrupperne 18-90-årige og 14-15-årige. Hvis vi ser på de danske studier, fremgår det ikke, hvorvidt den selvskadende adfærd er en gentagen handling (Jessen, Andersen & Bille-Brahe, 1996a; Møhl & Skandsen, 2011), samtidig med at andre ikke skelner mellem selvmordsforsøg og selvskade (Jessen, Andersen & Bille-Brahe, 1996a; Zöllner, 2002).

Hvis man sammenholder spørgsmålsformuleringerne og den varierende overrepræsentation af kvinder, så viser der sig et tydeligt mønster (tabel 2.1 og tabel 2.2). Tre af spørgsmålsformuleringerne fremprovokerer relativt mange bekræftende svar hos de mandlige respondenter (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Møhl & Skandsen, 2011;

11. Vores oversættelse.

12. Vores oversættelse.

Zoroglu m.fl., 2003). Disse tre spørgsmål har det fælles træk, at de fokuserer på, om man bevidst har påført sig selv skade, fx ved at skære sig, brænde sig, slå sig selv; mens de to spørgsmål, der nævner 'overdosis' i spørgsmålsformuleringen, fremkalder relativt mange bekræftelser hos de kvindelige respondenter (Madge m.fl., 2008; O'Conner m.fl., 2009). Vi har, som det senere fremgår, lagt os op ad denne sidste formulering, og vi skulle derfor forvente relativt flere bekræftende svar blandt de kvindelige respondenter.

HVEM SKADER SIG SELV OG HVORFOR?

Det kan være vanskeligt at forstå, hvorfor nogle personer vælger at skade sig selv. Selvskadende kan i behandlingssystemet møde stor omsorg og optimisme, men kan ligeledes blive mødt med irritation og bebrejdelser, hvis den samme person gang på gang bliver indlagt med skader, som vedkommende har påført sig selv (Möhl, 2006).¹³ Disse handlinger bliver til tider betragtet som et udtryk for, at den selvskadende ønsker opmærksomhed. I nogle tilfælde kan være tale om, at den selvskadende adfærd er en form for trendfænomen, hvor selvskadende 'smitter' hinanden (Deliberto & Nock, 2008). Det kan altså ikke udelukkes, at enkelte forsøger sig med selvskadende adfærd, fordi de har kendskab hertil fra andre. Nogle selvskadende kan have et vist behov for at gøre andre opmærksomme på, hvor dårligt de går og har det. Nogle forskere mener, at mange selvskadende har store vanskeligheder ved at sætte ord på deres følelser, hvorfor den selvskadende adfærd fungerer som den eneste måde, hvorpå de kan kommunikere deres følelser ud til omverdenen (Walsh & Rosen, 1988). Langt størstedelen af de selvskadende forsøger dog at holde deres adfærd skjult for andre (Möhl, 2006). Forskningen peger generelt i retning af, at den selvskadende adfærd primært skal betragtes som en form for selvmedicinering, som den selvskadende anvender for at håndtere personlige problemer, der kan skyldes traumatiske oplevelser som eksempelvis fysisk mishandling eller seksuelt misbrug i barndommen (Duffy, 2009; Favazza & Conterio, 1989; Gratz, 2003; Möhl, 2006;

13. I de engelske retningslinjer for behandling af selvskade indledes blandt andet med følgende: Mennesker, der har skadet sig selv, skal behandles med samme omtanke, respekt og diskretion som andre patienter (Möhl & Schack, 2013; NHS, 2004).

Weierich & Nock, 2008; Yates, 2004; Yates, Carlson & Egeland, 2008) og altså ikke som en opmærksomhedssøgende eller trendy adfærd.

Når vi skal forstå, hvorfor nogle anvender selvskade som en form for selvmedicinering, må vi inddrage fænomenet dissociering. I dette fænomen ligger en forståelse af den splittelse af personligheden, som den selvskadende oplever. Dissociering betyder, at den selvskadende oplever en ændring i sin bevidsthedstilstand, således at vedkommende oplever at blive adskilt fra eller fremmed for sin egen krop. Nogle selvskadende forklarer denne tilstand ved, at de oplever, at de står ved siden af deres egen krop og ser sig skade sig selv, som om det hele foregik på film. Denne oplevelse af adskillelse af sind og krop kan både være ønskværdig at opnå og ønskværdig at undgå. Den selvskadende adfærd kan hjælpe med begge dele og giver dermed den selvskadende en følelse af kontrol. Ved at skade sig selv kan den selvskadende opnå en dissociativ tilstand, der gør, at der skabes afstand til de smertefulde følelser, som vedkommende oplever. Herved kan den selvskadende opnå en form for følelseløshed eller indre ro. En anden mulighed er, at vedkommende gennem den selvskadende adfærd netop kan stoppe eller forhindre en dissociativ proces, som vedkommende opfatter som ubehagelig. Netop ved at skade sig selv kan vedkommende mærke den fysiske smerte, der bevidner, at krop og personlighed hænger sammen (Møhl, 2006).

Men hvorfor opstår disse dissociative processer, eller hvorfor kan en person ønske at fremprovokere disse? Svaret kan som nævnt findes i forskellige traumatiske oplevelser, som den selvskadende har været udsat for. Der kan være tale om problemer nu og her, men det kan også dreje sig om voldsomme oplevelser i barndommen. Forskningen peger i retning af, at forskellige former for mishandling i barndommen hænger sammen med selvskadende adfærd senere i livet (Glassman m.fl., 2007; Nock & Kessler, 2006). Eksempelvis har flere resultater både i kliniske og ikke-kliniske studier vist, at seksuelt misbrug i barndommen er forbundet med selvskadende adfærd (Bergen m.fl., 2003; Briere & Gil, 1998; Lindberg & Distad, 1985; Martin m.fl., 2004; Walsh & Rosen, 1988; Yates, Carlson & Egeland, 2008). Forskningen viser desuden, at det at være opvokset i andre former for invaliderende miljøer med tiden kan munde ud i selvskadende adfærd (Duffy, 2009; Linehan, 1993).

I det følgende afsnit vil vi præsentere en række forskellige studier, der alle beskæftiger sig med identifikation af risikofaktorer for selvskadende adfærd.

RISIKOFAKTORER FOR SELVSKADE

Risikofaktorer er faktorer, der potentielt kan påvirke risikoen for senere selvskadende adfærd i negativ retning (boks 2.2). Risikofaktorer definerer vi ud fra tre kriterier:

1. Risikofaktoren er statistisk associeret med resultatvariablen, som i dette tilfælde er selvskadende adfærd
2. Risikofaktoren tidsfæstes til at finde sted, før den selvskadende handling foretages
3. Risikofaktoren prædikerer den selvskadende adfærd, når der er kontrolleret for andre relevante baggrundsvARIABLE (Farrington & Welsh, 2007).

Risikofaktorer dækker således alene over prospektive markører; dvs. forhold, som med brugen af kvantitative longitudinelle data kan prædikere senere selvskadende adfærd. En risikofaktor kan være årsag til den selvskadende adfærd, men der kræves yderligere undersøgelser for at afklare et egentligt kausalforhold. En reduktion af risikofaktorer fører derfor ikke automatisk til, at den selvskadende adfærd ophører.

BOKS 2.2

Risikofaktorer i de gennemgåede undersøgelser om selvskade.

- At være udsat for seksuelt misbrug i barndommen
 - At være adskilt fra den primære omsorgsperson
 - At have usikker tilknytning til forældrene
 - At være følelsesmæssigt forsømt af forældrene
 - At leve adskilt fra sine forældre i barndommen
 - At leve sammen med en kæreste før 19-års-alderen
 - At være udsat for seksuelt overgreb efter 15-års-alderen
 - At være udsat for fysisk mishandling
 - At have været vidne til vold
 - At miste forældre i barndommen
 - At have familie med alkohol- eller stofmisbrug
 - At selv have et alkoholmisbrug.
-

Seksuelt misbrug i barndommen er en af de risikofaktorer, der har fået størst opmærksomhed, når det handler om at identificere årsagerne til selvskadende adfærd (boks 2.2). En lang række studier peger da også i

retning af, at der eksisterer en sammenhæng mellem seksuelt misbrug i barndommen og selvskadende adfærd som voksen.¹⁴ Boudewyn og Liem (1995) har undersøgt forholdet mellem selvskadende adfærd og seksuelt misbrug i barndommen blandt 438 collestuderende. De fandt, at 16 pct. af de mandlige samt 24 pct. af de kvindelige studerende havde været udsat for seksuelt misbrug i barndommen. Heraf havde 9 pct. af mændene og 30 pct. af kvinderne udført selvskadende adfærd mere end en gang mod hhv. 5 pct. og 6 pct. for de studerende, der ikke var blevet seksuelt misbrugt (tabel 2.1) (Boudewyn & Liem, 1995).

Briere og Gil (1998) fandt på baggrund af et befolkningsstudie, at personer, der var blevet seksuelt misbrugt i barndommen, havde 3,3 gange større risiko for at skade sig selv, end personer, der ikke var blevet seksuelt misbrugt. Samme tendenser fandt de i et klinisk studie, hvor personer, der var blevet seksuelt misbrugt i barndommen, havde 4,3 gange større risiko for at skade sig selv, end personer, der ikke var blevet seksuelt misbrugt (Briere & Gil, 1998). Zlotnick og kollegaer undersøgte omfanget af selvskadende adfærd og seksuelt misbrug i en klinisk population. Ud af de 103 kvinder fandt de, at 79 pct. af de selvskadende personer rapporterede oplevelser med seksuelt misbrug mod 49 pct. af de 45 ikke-selvskadende kvinder (Zlotnick m.fl., 1996).

Disse resultater understøttes af resultaterne fra et studie omhandlerende risikofaktorer for selvskadende adfærd blandt 133 psykologistuderende (Gratz, Conrad & Roemer, 2002). Forfatterne undersøgte forskellige prædiktorer for selvskadende adfærd, såsom seksuelt misbrug, fysisk mishandling og separation i barndommen, forsømmelse samt usikker tilknytning til forældrene. De fandt, at seksuelt misbrug var en signifikant prædiktor for selvskadende adfærd, når der var kontrolleret for de andre variable. De fandt videre, at adskillelse fra den primære omsorgsperson samt følelsesmæssig forsømmelse fra både morens og farens side hang sammen med selvskadende adfærd (boks 2.2).

Romans og kollegaers studie tog udgangspunkt i et tilfældigt udtrukket befolkningsstudie på 252 kvinder, der var blevet seksuelt misbrugt, sammenlignet med 225 kvinder, der ikke var blevet seksuelt misbrugt. De fandt, at seksuelt misbrug var en prædiktor for selvskadende adfærd. Ydermere fandt forfatterne, at det at leve adskilt fra forældrene,

14. Af studier kan blandt andet nævnes: Boudewyn & Liem, 1995; Briere & Gil, 1998; Briere & Elliott, 1994; Glassman m.fl., 2007; Gratz, Conrad & Roemer, 2002; van der Kolk, Perry & Herman, 1991; Zlotnick m.fl., 1996.

det at leve sammen med en kæreste før 19-års-alderen samt at have oplevet et seksuelt overgreb efter 15-års-alderen var prædiktorer for selvskadende adfærd (boks 2.2) (Romans m.fl., 1995).

Wiederman og kollegaer fandt i et klinisk sample på 147 kvinder i alderen 18-49 år, at seksuelt misbrug, fysisk mishandling samt det at have været vidne til vold, var selvstændigt korreleret med selvskadende adfærd såsom at skære sig selv, slå sig selv eller banke hovedet mod muren (Wiederman, Sansone & Sansone, 1999).

Walsh (1987) har i sit studie undersøgt, hvilke risikofaktorer der forklarer selvskadende adfærd blandt unge i alderen 13-20 år, der var i behandling for psykiske lidelser (Walsh & Rosen, 1988). Stikprøven bestod af 52 selvskadende og 52 ikke-selvskadende – begge grupper i behandling. Stikprøven er homogen med hensyn til variable såsom køn, alder og diagnose. Forfatteren fandt, at kroppens forandring i puberteten fra barn til voksen, det at miste en forælder i barndommen (enten grundet skilsmisse eller dødsfald) samt fysisk mishandling og/eller seksuelt misbrug i barndommen var de mest kraftfulde prædiktorer for selvskadende adfærd blandt de unge.

Deliberto og Nock fandt, at unge med selvskadende adfærd i højere grad kom fra en familie, der havde erfaringer med alkohol- og stofmisbrug, vold og selvmordsforsøg end personer, der ikke havde selvskadende adfærd. Studiet tog udgangspunkt i 64 unge, der havde udført selvskadende adfærd samt en kontrolgruppe på 30 unge, der ikke havde udført selvskadende adfærd. Begge grupper var i alderen 12-19 år (Deliberto & Nock, 2008).

Hawton og kollegaer fandt i en klinisk population, at personer på 15 år og op, der skærer sig selv, i højere grad har et alkoholmisbrug end personer, der har taget en overdosis (Hawton m.fl., 2004).

De forskellige risikofaktorer giver et overblik over, hvilke problemer personer, der lider af selvskadende adfærd, har med sig i bagagen. Samtidig kan de give en ide om, hvilke parametre det er værd at arbejde med, når lidelsen skal behandles og forebygges. Vi kan eksempelvis forestille os, at personer, der har oplevet svigt og dårlig kontakt til forældrene i barndommen, ikke har samme evne til at kommunikere deres følelser samt søge hjælp hos andre i forhold til personer, der ikke har været udsat for samme risikofaktorer. Det kan blandt andet være den slags færdigheder, der er fokus på i behandlingen af selvskadende adfærd.

HVORDAN BEHANDLES SELVSKADENDE ADFÆRD?

Selvskadende adfærd kan behandles på flere forskellige måder. Vi har først valgt at fokusere på den psykoterapeutiske metode, der går under navnet dialektisk adfærdsterapi, også kendt som DAT (Linehan, 2004). Netop denne metode har vist positive effekter i forbindelse med behandlingen af personer med selvskadende adfærd (Fleischhaker m.fl., 2011; Linehan m.fl., 2006; Møhl, 2006).

Den amerikanske terapeut Marsha Linehan og hendes kollegaer står bag DAT, der bygger på kognitive adfærdsterapeutiske principper og er specifikt udviklet til at behandle personer med borderline og selvskadende adfærd. I behandlingen prioriteres det at få stoppet den selvskadende adfærd, inden der arbejdes videre med de dybereliggende grunde til forekomsten af denne. Rationalet bag behandlingen er, at den selvskadende person mangler evnen til at foretage de nødvendige handlinger, der kræves i forskellige situationer. Det være sig i relationen til andre, eller når den selvskadende står over for en række ubehagelige følelser, der er vanskelige for vedkommende at håndtere. Derfor er det afgørende at lære den selvskadende, hvordan han eller hun kan tackle disse situationer uden at ty til uhensigtsmæssig adfærd som at skade sig selv. Kort sagt handler det om at erstatte den selvskadende adfærd med nye færdigheder (Linehan m.fl., 2006). Behandlingen kan som udgangspunkt deles op i to dele. Den første handler om tilegnelsen af de nødvendige færdigheder, mens den anden handler om anvendelsen af disse færdigheder. Sidstnævnte arbejdes der med gennem individuel psykoterapi, mens den første del tillæres gennem færdighedstræning i grupper, og det er denne del, som vil blive introduceret i det efterfølgende.

Tillæring af de forskellige færdigheder foregår som nævnt i grupper og gennem forskellige færdighedsmoduler. Mange selvskadende har som udgangspunkt ikke lyst til at deltage i grupperelationer, men fordelene herved er, at terapeuten her har mulighed for at observere den selvskadende i interaktion med andre. Derudover lærer vedkommende at interagere med andre og i den forbindelse at lære af andre. Ydermere kan gruppen fungere som et trygt miljø, der opleves knap så intenst som sessioner, hvor der kun er den selvskadende og terapeuten til stede. Behandlingen består af fire færdighedsmoduler, hvor den selvskadende lærer forskellige færdigheder. Det drejer sig om:

1. Opmærksomhedsfærdigheder
2. Relationsfærdigheder
3. Følelsesreguleringsfærdigheder
4. Hold ud-færdigheder.

Hvis gruppeterapi ikke er mulig at gennemføre, kan der arbejdes med de samme punkter i den individuelle terapi.

1. Opmærksomhedsfærdighederne drejer sig om at få den selvskadende til at opnå en balance mellem fornuft og følelser. Den selvskadende handler ofte meget følelsesladet og subjektivt på en given situation. Målet er at få den selvskadende til at træde et skridt tilbage og vurdere situationen mere objektivt. Dette skal ske gennem det, der kaldes hvad-færdigheder og hvordan-færdigheder.
 - a) Hvad-færdighederne handler først og fremmest om, at den selvskadende skal lære at iagttage. Det vil sige, at den selvskadende skal lære at vende sin opmærksomhed mod begivenheder, følelser og reaktioner uden at handle. Dernæst skal den selvskadende lære at beskrive hændelser og personlige reaktioner med ord. I forlængelse heraf skal den selvskadende lære ikke at tage hændelser personligt, men i stedet lære at være opmærksom på sin egen subjektive tolkning af situationen. Sidst skal vedkommende lære at deltage i interaktion med andre uden at rette opmærksomheden mod sig selv.
 - b) Hvordan-færdighederne omhandler, hvordan den selvskadende skal iagttage, beskrive og deltage. I forhold til det at iagttage, så skal den selvskadende lære at iagttage uden at være dømmende samt lære at fokusere på en ting ad gangen og gøre dette på en effektiv måde.
2. Relationsfærdighederne indebærer, at den selvskadende lærer effektive strategier til at bede om det, som vedkommende har behov for, både til at sige fra over for andre, men også til at håndtere eventuelle problemer i relationen til andre.
3. Følelsesreguleringsfærdighederne omhandler, at den selvskadende skal lære at genkende og sætte ord på egne følelser samt lære at identificere faktorer, der gør det svært at ændre disse følelser. Den selvskadende skal lære at reducere sin følelsesmæssige sårbarhed, blandt andet ved at have de basale behov dækket, såsom at få den rette kost,

få nok søvn med mere. Videre skal den selvskadende forsøge at skabe positive følelsesoplevelser samt skærpe opmærksomheden på sine følelser. Sluttelig skal den selvskadende lære at handle modsat eller anderledes i forskellige situationer (fx ved at være venlig over for en person, som vedkommende som udgangspunkt ikke bryder sig om). Dette handler ikke om, at den selvskadende skal undgå følelsesudtryk, men i stedet forsøge at udtrykke en anden følelse.

4. Hold ud-færdighederne tager udgangspunkt i, at den selvskadende skal lære at acceptere, tolerere og finde en mening med den psykiske smerte, som vedkommende oplever, uden at reagere impulsivt og forværre tingene.

Et 2-årigt RCT-studie¹⁵ blandt 101 kvinder, der har forsøgt selvmord, eller som har udført selvskadende adfærd, viser gode resultater ved brugen af dialektisk adfærdsterapi. I studiet sammenlignes kvinder, der er blevet behandlet med DAT, med kvinder, der har fået en anden offentlig behandling. Generelt viste DAT-behandlingen bedre resultater end den anden behandling. Færre af de kvinder, der modtog DAT, forsøgte at begå selvmord og krævede i mindre grad behandling på sygehuset for skader sammenlignet med dem, der fik en anden offentlig behandling. Endvidere var de i mindre grad tilbøjelige til at droppe ud af behandlingen, og de var i mindre grad indlagt på psykiatrisk afdeling (Linehan m.fl., 2006).

En anden behandlingsform, der anbefales til personer med selvskadende adfærd, er mentaliseringsbaseret terapi, også kendt som MBT (Karterud & Bateman, 2011; Möhl, 2006). Denne behandling henvender sig samtidig også til personer med personlighedsforstyrrelser, depressioner, angsttilstande, posttraumatiske stressreaktioner samt spiseforstyrrelser og rusmiddelrelaterede lidelser.

Begrebet mentalisering tager udgangspunkt i individets evne til at forstå sig selv og andre samt oplevelser og handlinger i lyset af mentale fænomener såsom følelser, holdninger, antagelser og intentioner mv. Alternativet til dette er, at individet styres af ydre påvirkninger. Mentalisering består af en selvreflekterende og en interpersonel del. For de fleste foregår dette pr. refleks, men for nogle kan det være en stor udfordring. Generelt gælder det dog for os alle, at vi nemt kan misforstå hinanden og

15. RCT står for Randomized Controlled Trial, på dansk randomiseret forsøg. Karakteristisk for dette studie er, at deltagerne er udvalgt på baggrund af en tilfældig udtrækning og inddeles i hhv. interventions- og kontrolgruppe. Rationalet er, at den randomiserede allokering til de to sammenligningsgrupper sikrer, at de kun adskiller sig i forhold til, hvorvidt de modtager en intervention eller ej.

andres intentioner, da vi jo ærlig talt ikke ved, hvad andre går og tænker. Omdrejningspunktet for selve mentaliseringsteorien er, at tilknytningsforholdet til andre er altafgørende for at lære at begå sig i relation til andre, men også afgørende for at udvikle sit eget selv samt reflektere over indre mentale tilstande (Karterud & Bateman, 2011).

Der er tale om en psykodynamisk behandlingsform, da den trækker på det intersubjektive samspil mellem terapeut og patient som sit vigtigste redskab. Selve behandlingen eksisterer i flere former. Der er fx en langtidsbehandling, som består af daghospitalsbehandling. Denne bygger på mentaliseringsteori, psykodynamisk behandlingsteori samt teori om personlighedsforstyrrelser og indeholder både gruppeterapi og individuel terapi. I gruppeterapien trænes patienten i at interagere med andre, mens den individuelle terapi tager udgangspunkt i de erfaringer, som patienten har gjort sig i gruppesessionerne (Karterud & Bateman, 2011).

Strukturen er vigtig i denne behandling. Der udarbejdes planer og etableres kontakt med pårørende samt relevante kontaktpersoner. Den eventuelle farmakologiske behandling følges tæt af en psykiater, mens patienten ydermere deltager i ekspressiv gruppeterapi og ustruktureret samvær med de andre patienter, såsom spil og udflugter. Man har også forsøgt sig med en mere rendyrket form af MBT. Denne består af individuel terapi en time om ugen samt gruppeterapi en gang om ugen i 1,5 til 2 år eller udelukkende som individuel terapi (Karterud & Bateman, 2011). Både daghospitalsbehandlingen og den mere rene MBT-form har vist gode resultater hos personer med borderline (Bateman & Fonagy, 2009, 2008, 2003).

Andre elementer i behandlingen indeholder en inddragelse af den selvskadendes familie. Afgørende er støtte og forbedring af kognitive og sociale færdigheder således, at den selvskadende bliver bedre til at dele sine følelser med andre, kontrollere sine følelser og kommunikere med familien. Hvis vedkommende ligeledes har problemer i skolen som eksempelvis mobning, er det afgørende, at forholdet til skolen ligeledes forsøges forbedret (Hawton & James, 2005).

SPISEFORSTYRRELSER

I dette kapitel ser vi nærmere på, hvad der eksisterer af forskning om spiseforstyrrelser som fx anorexia nervosa (anoreksi), bulimia nervosa (bulimi) og tvangsoverspisning. Kapitlet giver en introduktion til, hvad der karakteriserer disse spiseforstyrrelser, og hvordan de defineres. Dernæst præsenterer vi forskellige studier, der har undersøgt omfanget af de to spiseforstyrrelser blandt udvalgte grupper. I forlængelse heraf diskuterer vi de metodiske udfordringer, der er forbundet med opgørelser over omfanget heraf. Efterfølgende giver vi et indblik i, hvem der lider af spiseforstyrrelser og hvorfor. Afslutningsvis giver vi en kort introduktion til de behandlingsmetoder, der arbejdes med, når personer med spiseforstyrrelser skal behandles. Endelig giver vi en kort introduktion til sygdommen binge eating disorder (tvangsoverspisning).

Som nævnt i kapitel 2 om selvskade er der ikke tale om et systematisk litteraturstudie, men et udpluk af dele af den væsentligste nationale og internationale forskning på området.

HVAD ER EN SPISEFORSTYRRELSE?

Spiseforstyrrelser som anoreksi og bulimi rammer oftest kvinder i de tidlige teenageår. Spiseforstyrrelser er den tredjemest udbredte kroniske syg-

dom blandt unge kvinder og kan have voldsomme personlige og sociale omkostninger for de personer, der lider heraf (Lucas, Beard & O'Fallon, 1991; Nielsen, Møller-Madsen & Nystrup, 1996; Steinhausen, 2002).

Som det fremgår, så har anoreksi og bulimi, modsat selvskadende adfærd, altså hver deres klare definition og samtidig hver deres selvstændige diagnose både i det amerikanske diagnosesystem, Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV samt WHO's sygdomsklassifikationssystem, International Statistical Classification of Diseases ICD-10 (boks 3.1-3.4).

Anoreksi har været opfattet som en sygdom i mere end 100 år. Forklaringerne på tilstanden har vekslet gennem tiden, men de overordnede symptomer har stort set været de samme. Hos anorektikeren kommer hovedsymptomerne til udtryk ved en konstant frygt for at tage på samt et overdrevet fokus på sit eget kropsbillede. Vægten er mindre end 85 pct. af den forventede vægt, og menstruationen er udeblevet i minimum 3 sammenhængende måneder, mens der hos mænd kan forekomme tab af seksuel interesse og potens (American Psychiatric Association, 2000; Haller, 1992; Mehler, 2001; Nielsen, 1999; Skårderud, 2001; Steinhausen, 2002; WHO, 1994).

Ser vi i stedet på de bulimiske hovedsymptomer, så forekommer der episoder med tvangsoverspisning – minimum to i gennemsnit om ugen i mindst 3 måneder. Samtidig forekommer der episoder med uhenigtsmæssige kompenserende handlinger for at undgå en stigning i vægten. Der kan være tale om fremprovokeret opkast, misbrug af medikamenter eller overdreven motion (American Psychiatric Association, 2000; Mehler, 2001; WHO, 1994).

Hvis vi kaster et blik på definitionerne for anoreksi (boks 3.1 og 3.2), fremgår det, at begge definitioner fokuserer på de fire hovedsymptomer, som blev præsenteret ovenfor: kropsvægt under minimumsgrænsen, frygt for at tage på, forstyrret kropsbillede samt manglende menstruation hos kvinder. Det, der adskiller de to diagnoser særligt fra hinanden, er, at DSM-IV skelner mellem to typer af anoreksi: den *restriktive* og den *bulimiske*, mens ICD-10 ikke foretager denne skelnen. Den bulimiske type indebærer episoder med overspisning og/eller fremprovokeret opkast eller brug af medikamenter til selvudrensning, mens den restriktive type ikke har denne adfærd, men udelukkende undlader at tage tilstrækkeligt føde til sig (Hertz, 2001). Eksisterende studier finder, at den bulimiske type af anorexia nervosa overvejende er mere syg og har dårligere prognose end den

restriktive type. Den er også kendetegnet ved at være mere impulsiv og i højere grad udføre selvskade (Peat m.fl., 2009). For nogle er anoreksien en forløber for udvikling af bulimi. Strober og kollegaer fandt, at næsten en tredjedel af deres stikprøve på 95 teenagere, der led af anoreksi, fik bulimi efter en periode på 5 år (Strober, Freeman & Morrell, 1997).

BOKS 3.1

Anorexia nervosa i det amerikanske diagnosesystem (DSM-IV).

- Afvisning af at opretholde kropsvægten på eller over minimumsvægten for alder og højde (dvs. vægttab, der fører til opretholdelse af en kropsvægt på mindre end 85 pct. af den forventede).
- Intens frygt for at tage på eller blive fed trods undervægt.
- Forstyrrelse i oplevelsen af ens kropsvægt eller form, overdreven indflydelse af kroppens vægt og figur på selvopfattelsen eller benægtelse af alvoren i den aktuelle lave kropsvægt.
- Hos postmenarkiske kvinder (amenorré, dvs. fravær af mindst tre på hinanden følgende menstruationscykler. En kvinde anses for at have amenorré, hvis hendes menstruationer kun finder sted på grund af fx østrogenbehandling.).

Restriktiv type: Under den aktuelle episode med anorexia nervosa har der ikke regelmæssigt optrådt episoder med overspisning eller udrensende adfærd (fx i form af selvinduceret opkastning eller misbrug af laksantia¹, diuretika² eller lavementer³).

Bulimisk type: Under den aktuelle episode med anorexia nervosa har personen regelmæssigt overspist eller udrenset sig (fx i form af selvinduceret opkastning eller misbrug af laksantia¹, diuretika² eller lavementer³).

Note: 1 = Afføringsmiddel, 2 = Vanddrivende medicin, 3 = Tarmskylning.

Kilde: American Psychiatric Association, 2000; Hertz, 2001.

BOKS 3.2

Anorexia nervosa i WHO's diagnosesystem (ICD-10).

- Kropsvægten opretholdes mindst 15 pct. under den forventede (enten gennem tab eller aldrig opnået), eller Quetelet's Body Mass Index på 17,5 eller mindre (BMI = Body Mass Index = vægten i kg divideret med kvadratet af højden i meter). Præpubertetspatienter opnår evt. ikke den forventede vægtøgning under vækstperioden.
- Vægttabet er selvinduceret gennem undgåelse af 'fedende mad'. Et eller flere af følgende forhold kan også være til stede: selvinduceret opkastning, selvinduceret udrensning, umådelig træning, anvendelse af appetithæmmende midler og/eller diuretika.
- Der optræder et forvrænget kropsbillede i form af en specifik psykopatologi, hvor en frygt for fedme består som en påtrængende, overlødig ide, og patienten påtvinger sig selv en lav vægttærskel.
- En omfattende endokrin forstyrrelse, som involverer den hypothalamisk-hypofysære-gonadale akse, er manifesteret hos kvinder i form af amenorré (udebleven menstruation) og hos mænd i form af manglende seksuel interesse og potens (en tilsyneladende undtagelse er vedvarende vaginalblødninger hos anorektiske kvinder, som får hormonbehandling, som oftest P-piller). Der kan også være forhøjede niveauer af væksthormon, forhøjede niveauer af cortisol, forandringer i skjoldbruskkirtlens hormonestofskifte og abnorm insulinsekretion.
- Ved præpubertal debut forsinkes pubertetsudviklingen, eller den stoppes helt (væksten ophører, hos piger udvikles brysterne ikke, og der ses primær amenorré; hos drengene forbliver genitalierne uudviklede). Ved helbredelse afsluttes puberteten ofte normalt, men menarchen (den første menstruation) er forsinket.

Kilde: Hertz, 2001; Nielsen, 1999; WHO, 1994.

Hvis vi ser på definitionerne for bulimi i boks 3.3 og 3.4, så er den mest iøjnefaldende forskel, at DSM-IV skelner mellem den udrensende-type og den ikke-udrensende-type. Førstnævnte foretager regelmæssigt selvudrensningen ved opkast eller misbrug af afføringsmiddel, vanddrivende medicin eller tarmskylning. Derudover fokuserer DSM-IV på, at der i forbindelse med overspisning er et kontroltab til stede.

BOKS 3.3

Bulimia nervosa i det amerikanske diagnosesystem (DSM-IV).

Tilbagevendende episoder med overspisning. En periode med overspisning er karakteriseret ved følgende seks faktorer:

- Spisning, inden for en afgrænset tidsperiode (inden for en 2-timers periode), af en mængde mad, som er definitivt større, end hvad de fleste ville spise under en lignende tidsperiode og under lignende forhold.
- En følelse af mangel på kontrol over spisningen under episoden (en følelse af ikke at kunne holde op med at spise eller kontrollere, hvad og hvor meget man spiser).
- Tilbagevendende uhensigtsmæssig kompenserende adfærd for at forhindre vægtøgning i i form af selvinduceret opkastning, misbrug af laxantia¹, diuretika² eller lavementer³ eller anden medicin, faste eller overdreven motion.
- Overspisning og den uhensigtsmæssige kompensation herfor finder i gennemsnit sted mindst to gange ugentligt i minimum 3 måneder.
- Selvpfattelsen er i urimelig grad påvirket af kroppens form og vægt.
- Forstyrrelsen forekommer ikke udelukkende under episoder med anoreksi.

Udrensende type: Under den aktuelle episode med bulimi har der regelmæssigt optrådt episoder med selvinduceret opkastning eller misbrug af laxantia¹, diuretika² eller lavementer³.

Ikke-udrensende type: Under den aktuelle episode med bulimi har der regelmæssigt optrådt episoder med anden uhensigtsmæssig kompenserende adfærd såsom faste eller overdreven motion, men der har ikke regelmæssigt været episoder med selvinduceret opkastning eller misbrug af laxantia¹, diuretika² eller lavementer³.

Note: 1 = Afføringsmiddel, 2 = Vanddrivende medicin, 3 = Tarmskyllning.

Kilde: Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskaade (www.lmsspiseforstyrrelser.dk).

BOKS 3.4

Bulimia nervosa i WHO's diagnosesystem (ICD-10).

- Der forekommer vedvarende optagethed af spisning og en uimodståelig trang til mad. Patienten bukker under for episoder med overspisning, hvor store mængder mad konsumeres inden for en kort tidsperiode.
- Patienten forsøger at modvirke madens fedende effekt ved en eller flere af følgende metoder: selvinduceret opkastning, misbrug af afføringsmidler, fasteperioder, anvendelse af appetithæmmende midler, stofskiftehormon eller diuretika¹. Når bulimi opstår hos diabetespatienter, vælger de ofte at ignorere deres insulinbehandling.
- Psykopatologien består i en morbid frygt for fedme, og patienten pålægger sig selv en skarpt defineret væggtærskel langt under den præmorbid vægt. Der ses ofte en historie med en tidligere episode med AN, hvor intervallet mellem de to forstyrrelser kan variere fra måneder til år. Denne tidligere episode kan have været klart til stede eller kan have antaget en mere skjult form med moderat vægttab og/eller en forbigående fase med amenoré².
- Der skal være tale om overspisningsanfald mere end to gange ugentligt i 3 måneder.

Note: 1 = Vanddrivende medicin, 2 = manglende menstruation.

Kilde: Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskaade (www.lmsspiseforstyrrelser.dk).

En tredje spiseforstyrrelse er forstyrrelsen binge eating disorder, på dansk kendt som tvangsoverspisning. Sygdommen adskiller sig fra bulimi ved, at vedkommende, som lider af sygdommen, ikke forsøger at komme af med maden igen gennem opkastning mv. Sygdommen har ligesom selvskadende adfærd endnu ikke sin egen diagnose i de to diagnosesystemer. I ICD-10 bliver sygdommen klassificeret som ”Andre spiseforstyrrelser”, men det forventes, at den vil indgå som en selvstændig diagnose i ICD-11, der er under udarbejdelse. I DSM-IV indgår sygdommen under ”Eating Disorder Not Otherwise Specified” (EDNOS). Der er dog i modsætning til ICD-10 opstillede nogle faste kriterier for sygdommen. De fremgår af boks 3.5.

BOKS 3.5

Binge Eating Disorder i det amerikanske diagnosesystem (DSM-IV).

Gentagne episoder med overspisning. En periode med overspisning karakteriseres ved følgende:

- At mad, inden for en tidsafgrænset periode (fx inden for 2 timer), indtages i mængder, som helt klart er større end det, de fleste ville spise i tilsvarende omstændigheder.
- En følelse af kontroltab i forhold til fødeindtagelsen (fx en følelse af ikke at kunne kontrollere hvad og hvor meget man spiser).

Binge eating-episoderne skal være forbundet med mere end tre af følgende karakteristika:

- Man spiser hurtigere end normalt
- Man spiser, så man føler sig ubehagelig mæt
- Man spiser store mængder mad uden at være sulten
- Man spiser alene, fordi man skammer sig over, hvor meget man spiser
- Man føler væmmelse, tristhed eller skyld efter overspisning.

Binge eating-episoderne skal være forbundet med betydeligt ubehag.

Binge eating-episoderne forekommer gennemsnitligt mindst 2 dage om ugen, set over en 6-måneders periode.

Binge eating er ikke forbundet med regelmæssig brug af uhensigtsmæssig kompensatorisk adfærd (fx opkastning, faste eller omfattende motion) og forekommer ikke i forløbet af AN og BN.

Kilde: Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (www.vioss.dk), American Psychiatric Association, 2000.

Selvom der eksisterer klare definitioner på både anoreksi og bulimi, er det vigtigt at fremhæve, at begge spiseforstyrrelser har flydende grænser ligesom ethvert andet sygdomsforløb. Som det fremgår, kan det være vanskeligt at skelne mellem anoreksi og bulimi, da der forekommer et vist overlap mellem de to diagnoser. Den afgørende forskel er dog, at anoreksipatienten forbliver undervægtig, typisk ved at holde fødeindtaget

på et minimum, mens bulimikeren svinger mellem at spise lidt og at overspise. Bulimikeren kan på sin vis fremstilles som den 'mislykkede' anorektiker, der 'falder i' af og til, hvor anorektikeren i langt højere grad formår at opretholde selvkontrollen (Skårderud, 2001).

Begge typer af spiseforstyrrelser har voldsomme fysiske konsekvenser. Når kroppen ikke får den nødvendige ernæring, går den på lavt blus. Det betyder, at den spiseforstyrrede fryser, samt at kropstemperatur, puls og blodtryk reduceres (Haller, 1992). Størstedelen af de symptomer, der er forbundet med sygdommene, forsvinder, når kroppen normaliseres under behandlingen – men ikke alle. Symptomer såsom knogleskørhed, reduceret højdevækst (særligt ved sygdom i puberteten) samt øget risiko for infertilitet forbliver aktuelle. Ydermere påvirkes hjertet; der er øget risiko for rytmeforstyrrelser, hjertestop og dødsfald. Elektrolytforstyrrelser er udbredt og kan være farligt, særlig i forbindelse med hyppige opkastninger. Mange har muskelgener samt spændinger, stivhed og ømhed i kroppen. Når anorektikeren eller bulimikeren kommer i behandling og skal forsøge at spise mere, end vedkommende tidligere har været vant til, kan der opstå problemer med fordøjelsessystemet, såsom mavekneb, koliksmertes og forstoppelse. For personer, der kaster op, er det endvidere ikke unormalt med betændelse i spiserøret. Opstød af mavesækkens indhold kan også forekomme uden forsøg på provokeret opkast og skyldes en svækkelse af lukkemuskulaturen i spiserøret. Mængden af kønshormoner nedsættes, knogledannelsen hæmmes, og mange lider af jernmangel (Skårderud, 2001).

Det, at den spiseforstyrrede sulter sig selv, kan påvirke vedkommendes søvn- og koncentrationsevne. Han eller hun kan blive lettere irriteret, opleve humørsvingninger samt lide af angst og depressioner (Haller, 1992; Neiderman, 2000). Både ved anoreksi og bulimi forekommer der generelt en høj komorbiditet; dvs. at de ofte har andre sygdomme sideløbende med spiseforstyrrelsen. De mest udbredte komorbide sygdomme blandt spiseforstyrrede er depressioner og angstlidelser (Kaye m.fl., 2004; Mischoulon m.fl., 2011), med et enkelt studie rapporterende helt op til 73 pct. af patienterne (Herzog m.fl., 1992). Misbrug af euforiserende stoffer (Neiderman, 2000) ses også regelmæssigt, dog overvejende hos de bulimiske typer (både lav- og normalvægtige) (Neiderman, 2000). Videre eksisterer der en begrænset social kontakt, og mange mister tiltroen til deres nærmeste. Ganske få indleder intime forhold, og de færreste er seksuelt aktive (Steinhausen, 2002). Det kan altså konstateres,

at en spiseforstyrrelse er en meget alvorlig sygdom, som samtidig er yderst vanskelig at behandle, hvilket vi vil komme tilbage til senere i kapitlet (Garner, Vitousek & Pike, 1997; Haller, 1992; Steinhausen, 2002a, 2002b; Sundhedsstyrelsen, 2005).

HVOR STORT ER OMFANGET AF SPISEFORSTYRRELSER?

Det har været debatteret, hvorvidt antallet af nyopståede tilfælde af spiseforstyrrelser er eller har været stigende (Fombonne, 1995; Hoek & van Hoeken, 2003; Smink, van Hoeken & Hoek, 2012), da studierne viser modstridende resultater. Først og fremmest er det afgørende at forstå, hvordan man foretager opgørelser over omfanget af hhv. anoreksi og bulimi. Der er som udgangspunkt to forskellige opgørelser; nemlig incidens og prævalens. Begge mål beskriver omfanget af sygdommen i populationen. *Incidensraten* er typisk defineret som antal nyopståede tilfælde af sygdommen inden for et specifikt tidsinterval (eksempelvis 1 år), mens *prævalensraten* estimerer det totale antal af personer, der lider af sygdommen på et bestemt tidspunkt (eksempelvis pr. 1. januar 2012). En stigning i prævalensraten kan således hænge sammen med en høj incidensrate og/eller langvarige sygdomstilfælde (Norris, Bondy & Pinhas, 2011).

Incidensraten for anoreksi er blevet fulgt intensivt i Danmark fra 1970-1993, og der er fundet en stigning i antallet af nydiagnosticerede tilfælde af spiseforstyrrelser på psykiatriske hospitaler og afdelinger, selv når der er kontrolleret for skævheder i registrene (Munk-Jørgensen m.fl., 1995; Nielsen, 1999). Lucas og kollegaer (Lucas m.fl., 1999) rapporterer i stedet en mere lineær udvikling i perioden 1935-1989. Indtil 1970 steg incidensraten, men efter 1970 er den blevet stabiliseret i Europa. Den overordnede incidensrate for anoreksi er mindst 8 pr. 100.000 personer pr. år, mens den for bulimi er 12 pr. 100.000 personer pr. år (Hoek & van Hoeken, 2003; Lucas m.fl., 1999).

Resultaterne for anoreksi viser ydermere, at antallet af nyopdukkede tilfælde er 10-12 gange større blandt kvinder end blandt mænd med udgangspunkt i hospitalsregistre, mens resultater fra almen lægepraksis lyder på 30-40 gange større incidens (Hertz, 2001). Anoreksi rammer altså primært kvinder, men det betyder ikke, at sygdommen ikke forekommer hos mænd (Haller, 1992; Hertz, 2001; Steinhausen, 2002). I nogle undersøgelser har man fundet, at anoreksi blandt mænd er særligt

udbredt i de homoseksuelle miljøer (Carlat, Camargo & Herzog, 1997; Haller, 1992). En af grundene til den lave forekomst af anoreksi blandt mænd kan også skyldes underrapportering.

Hvis vi ser på aldersfordelingen, er forekomsten af anoreksi som nævnt højest hos teenagere (Haller, 1992; Hertz, 2001; Steinhausen, 2002). Nogle undersøgelser henviser til de 15-19-årige (Hertz, 2001; Steinhausen, 2002), mens andre går helt ned til de 13-18-årige (Haller, 1992). Forekomsten er dog ligeledes relativt høj hos personer i 20'erne og 30'erne, mens nyopståede tilfælde hos patienter over 40 år kun udgør 3 pct. af samtlige tilfælde (Hertz, 2001).

Den generelle usikkerhed ved disse opgørelser er dog, at de udelukkende tager udgangspunkt i de tilfælde, der kommer til sundhedsvæsenets kendskab. Der er oftest tale om de personer, der er allermest syge, og kun dem, der kommer i behandling. Der eksisterer dog en stor gruppe, som ikke kommer til sundhedsvæsenets kendskab, da mange med især bulimi skjuler deres sygdom og helt undgår behandling (Haller, 1992; Hertz, 2001). Dette kan altså resultere i en mulig underrapportering (Fairburn m.fl., 1997; Hoek & van Hoeken, 2003b; Steinhausen, 2002a). Videre er diagnoserne for anoreksi og bulimi meget specifikke, og de fleste undersøgelser viser, at op imod 60 pct. af de, der behandles for en spiseforstyrrelse, ikke opfylder de specifikke diagnoser, men har en atypisk spiseforstyrrelse (Fairburn & Bohn, 2005). Derudover er der en del personer, som bevæger sig lige på grænsen mellem en effektiv diæt og en spiseforstyrrelse (Haller, 1992). I Danmark har Waadegaard og kollegaer fundet, at op imod en femtedel af kvinder mellem 16 og 29 år har en risikoadfærd (Waadegaard, Davidsen & Kjølner, 2009).

Der eksisterer dog også opgørelser, som ikke tager udgangspunkt i kliniske populationer, men i stedet i den generelle befolkning. I det følgende gives kort eksempler på forskellige prævalensrater for anoreksi og bulimi fremført i forskellige internationale studier.

Der kan forekomme en variation imellem de forskellige prævalensrater afhængig af, hvilket land samt hvilken aldersgruppe der er tale om. Et amerikansk befolkningsstudie fandt, at prævalensraten for anoreksi var på 1,7 pct. for piger i alderen 9-18 (Marchi & Cohen, 1990). Stice og kollegaer fandt en prævalensrate for anoreksi på 0,6 pct. for kvinder på 20 år i et befolkningsstudie (Stice m.fl., 2009). Et norsk befolkningsstudie fandt en prævalensrate på 0,7 pct. blandt 14-15-årige piger (Kjelsas, Bjornstrom & Gøtestam, 2004), mens et iransk befolknings-

studie fandt en rate på 0,9 pct. for piger i alderen 15-19 år (Nobakht & Dezhkam, 2000). Der er få studier for prævalensraten for anoreksi for mænd, men Marchi og Cohen fandt en prævalensrate på 0,3 pct. for drenge og unge mænd i alderen 9-18 år (Marchi & Cohen, 1990).

Prævalensraten for bulimi karakteriseres generelt som værende højere end prævalensraten for anoreksi, dog er der få studier, der beskæftiger sig med prævalensraten for bulimi. Et norsk befolkningsstudie fandt en prævalensrate på 1,2 pct. for bulimi blandt 14-15-årige piger (Kjelsas, Bjornstrom & Göttestam, 2004), mens man i et iransk befolkningsstudie har fundet en prævalensrate på 3,2 pct. for 15-18-årige piger (Nobakht & Dezhkam, 2000), mens et tredje studie har fundet en prævalensrate helt ned på 0,14 pct. i et spansk kohortestudie blandt børn med en gennemsnitsalder på 11,4 år (Pelaez Fernandez, Labrador & Raich, 2007).

HVEM LIDER AF EN SPISEFORSTYRRELSE OG HVORFOR?

Selvom anoreksi og bulimi har været anerkendt som sygdomme i mange år (Nielsen, 1999), og der er forsket meget inden for området, så er sygdommene og årsagerne hertil stadig forbundet med stor usikkerhed (Sundhedsstyrelsen, 2005). I det efterfølgende gennemgår vi nogle af de fokusområder, der oftest trækkes frem i forskningen.

RISIKOFAKTORER FOR SPISEFORSTYRRELSE

Som vi var inde på i forrige kapitel, kan risikofaktorer karakteriseres som faktorer, der er associerede med risikoen for senere udvikling af spiseforstyrrelse. En reduktion af risikofaktorer fører dog ikke automatisk til, at den spiseforstyrrede adfærd ophører, eller at antallet af spiseforstyrrelser reduceres på samfundsplan.

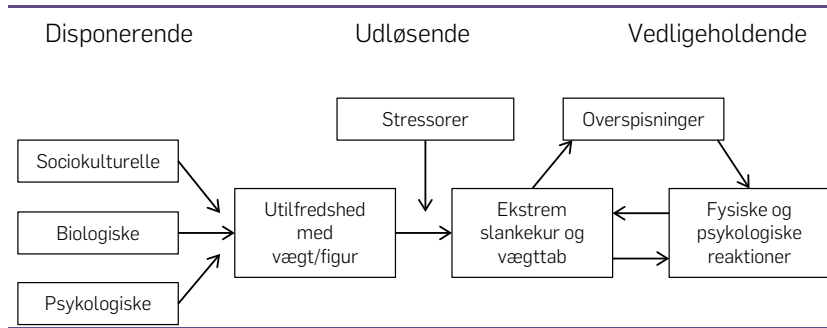
Der eksisterer inden for forskningen en stor usikkerhed omkring spiseforstyrrelsens ætiologi.¹⁶ Dog er der enighed om, at forekomsten af spiseforstyrrelser ikke blot kan forklares af en enkeltstående risikofaktor. Teoretisk forklares sygdommen i stedet som en kombination af en række af interagerende faktorer (Woodside, 1995; Haller, 1992; Kerig & Wenar,

16. Ætiologi er inden for lægevidenskab læren om sygdommenes årsager, dvs. summen af de genetiske og miljømæssige faktorer, der igangsætter en sygdom.

2006; Skårderud, 2001; Steinhausen, 2002; Steinhausen m.fl., 1992). Som det fremgår af figur 3.1, så kan risikofaktorerne opdeles i tre kategorier: disponerende faktorer, udløsende faktorer og vedligeholdende faktorer (Garner, 1993). Ifølge Garners multikausale teori så skal der være en disponerende faktor til stede, for at en person kan udvikle en spiseforstyrrelse. Der kan være tale om en eller flere sociokulturelle, biologiske eller psykologiske faktorer. Videre skal der være en faktor, der udløser spiseforstyrrelsen, og sidst er der forskellige fysiske og psykologiske faktorer, der vedligeholder spiseforstyrrelsen.

FIGUR 3.1

Garners multikausale teori.



Kilde: Garner, 1993.

Nedenstående gennemgang giver et indblik i, hvilke risikofaktorer der fremhæves i litteraturen som disponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer (jf. figur 3.1).

DISPONERENDE FAKTORER FOR SPISEFORSTYRRELSE

INDIVIDUELLE FORHOLD

Anoreksi forekommer særligt hos personer i teenagealderen. Netop i denne periode af livet går man fra at være barn til at blive voksen, hvilket ligeledes afspejles i kroppens fysiske udvikling. Der nævnes i litteraturen, at det at komme tidligt i puberteten i forhold til sine jævnaldrende kan betragtes som en risikofaktor (Atkins & Silber, 1993). Videre kan karaktertræk såsom perfektionisme, usikkerhed, negativt selvbillede samt det at have få nære venner fremgå som risikofaktorer (Sundhedsstyrelsen,

2005). Ydermere finder Troop og kollegaer, at skam er forbundet med spiseforstyrrelse, også når der er kontrolleret for effekten af depressioner (Troop m.fl., 2003). Der skelnes her mellem den eksterne og den interne skamfølelse. Den eksterne skam kan karakteriseres som den skam, der opleves i forbindelse med den sociale interaktion med andre personer. Her kan den spiseforstyrrede opleve, at andre ser ned på eller tager afstand fra vedkommende. Hvorimod den interne skam i højere grad handler om den spiseforstyrredes egen selvfølelse, der kan være påvirket af tidligere hændelser i livet. De fandt, at den eksterne skam var associeret med anoreksi, mens den interne skam var associeret med bulimi (Troop m.fl., 2008). Garner nævner ligeledes faktorer som angst, depression samt personlighedsforstyrrelser (Garner, 1993).

FAMILIEFORHOLD

Forskellige forhold i familien figurerer som risikofaktorer for fremkomsten af anoreksi. Det fremgår blandt andet, at et stort fokus på slankekur, et generelt forstyrret forhold til mad og krop samt kritiske kommentarer om udseende i familien kan forekomme som risikofaktorer for udvikling af spiseforstyrrelser. Videre er en høj forekomst af fysiske og psykiske sygdomme eller alkoholproblemer samt tidligere erfaringer med spiseforstyrrelser og vægtproblemer i familien risikofaktorer for senere udvikling af anoreksi og bulimi (Fairburn m.fl., 1997).

Personer med spiseforstyrrelser kan ydermere komme fra familier, der er overbeskyttende, eller som modsat mangler affektion (Garfinkel m.fl., 1983; Strober & Peris, 2011). Der kan videre være tale om familier, der har mange interne konflikter og er dårlige til at håndtere disse (Fairburn m.fl., 1999; Johnson, Lewis & Hagman, 1984; Pike m.fl., 2008; Shisslak m.fl., 1998; Webster & Palmer, 2000). Et højt forventningspres fra forældrenes side kan ligeledes være udløsende (Fairburn m.fl., 1999; Garfinkel m.fl., 1983; Pike m.fl., 2008; Strober & Peris, 2011; Yates, 1989).

Flere forskere er skeptiske overfor, at spiseforstyrrelser skulle skyldes familien, men der er generel enighed om, at det er nyttigt at inddrage familien, når det handler om behandling af spiseforstyrrede. Tozzi har interviewet en række anoreksipatienter, der yderligere påpegede, at støttende relationer uden for familien kunne have en positiv effekt i forbindelse med behandlingen (Tozzi m.fl., 2003).

Det virker intuitivt plausibelt, at social støtte kan fungere som en mediator mellem stressende og/eller traumatiske hændelser i livet samt

depressive og fysiske symptomer. Der er i den forbindelse fundet en korrelation mellem lav social støtte og spiseforstyrrelser i op til flere studier (Goodrick m.fl., 1999; Tiller m.fl., 1997; Troop, Holbrey & Treasure, 1998). En række forskere har i forlængelse heraf fundet, at lavt selvværd og manglende sociale støtte korrelerer med spiseforstyrrelser og dårlig bedring (Cohen & Hoberman, 1983; Ghaderi & Scott, 2001; Rorty m.fl., 1999; Stice, 2002).

Forskningen peger i retningen af, at seriøse stressende livsfaktorer, som eksempelvis seksuelt misbrug og fysisk mishandling i barndommen, kan være udløsende for, at en person udvikler forskellige psykiske forstyrrelser, blandt andet spiseforstyrrelser, men det er alligevel kun en mindre del af de spiseforstyrrede, der har været udsat for misbrug i barndommen. Woodside finder en række undersøgelser, der er nået frem til disse resultater (Woodside, 1995).

Van Gerko og kollegaer fandt, at kvinder, der rapporterede perioder med opkastning samt høj forekomst af overspisning, brug af afføringsmiddel og vanddrivende midler, også i en signifikant højere grad rapporterede oplevelser med seksuelt misbrug i barndommen (van Gerko m.fl., 2005). Micali fandt, at mishandling samt fysisk og seksuelt misbrug i barndommen kan sættes i forbindelse med en stigende risiko for spiseforstyrrelser, men flere longitudinelle studier er nødvendige for at konkludere yderligere, om der er tale om et årsagsforhold eller blot en statistisk sammenhæng (Micali, 2005). Jacobi og kollegaer har udarbejdet en systematisk oversigt over longitudinelle studier og tværsnitsundersøgelser vedrørende forekomsten af spiseforstyrrelser. Selvom der er en overhyppighed af seksuelle overgreb blandt unge med spiseforstyrrelser, er det alligevel kun en mindre del af spiseforstyrrelserne, der kan forklares med denne form for mishandling i barndommen (Jacobi m.fl., 2004).

GENETISKE OG BIOLOGISKE FORHOLD

En række forskere bakker op omkring tesen om, at spiseforstyrrede har en signifikant genetisk komponent, og påpeger, at der er fundet evidens for en genetisk sårbarhed påvist i tvillinge- og familiestudier (Bulik m.fl., 2000; Fichter & Noegel, 1990; Grice m.fl., 2002; Holland, Sicotte & Treasure, 1988; Kendler m.fl., 1991; Lilenfeld m.fl., 1998; Strober, Freeman & Lampert, 2000). I forlængelse heraf har man også konkluderet, at biologiske faktorer som for tidlig fødsel, fødselsskader samt tidlig pubertet er korreleret med spiseforstyrrelser, dog er der ikke påvist en

direkte årsagssammenhæng (Cnattingius m.fl., 1999; Foley m.fl., 2001; Jacobi m.fl., 2004).

Det er dog vigtigt at påpege, at fremkomsten af en spiseforstyrrelse ikke kun afhænger af en genetisk sårbarhed, men at denne ligeledes kan blive udløst af et særligt miljø (Rutter, 1988; Strober & Peris, 2011). Et bestemt miljø kan aktivere en genetisk sårbarhed eller omvendt en beskyttelsesfaktor. Der er altså tale om en kompleks interaktion mellem en genetisk sårbarhed og forskellige stressende hændelser i livet, der over tid påvirker nervernes og adfærdens plasticitet (Strober & Peris, 2011). Der fokuseres således på, hvordan en genetisk sårbarhed i den tidlige barndom, den tidlige emotionelle udvikling samt det pågældende opvækstmiljø påvirker barnets emotionelle, kognitive og sociale udvikling. Det er en hypotese, at en ustabil tilknytning til omsorgspersoner, uforudsigelige forældreroller og generelle problemer eller kaotiske tilstande i opdragelsesmiljøet kan forme hjernen i en retning, der kan skabe angstfremkaldende adfærd såsom spiseforstyrrelser (Franklin m.fl., 2010; Strober & Peris, 2011).

UDLØSENDE FAKTORER

Det er ikke 'nok' med faktorer, der disponerer personer for spiseforstyrrelser. Selve sygdommen skal ifølge forskningslitteraturen også udløses af en eller flere faktorer som nævnt i det forrige (Nielsen, 1999; Sundhedsstyrelsen, 2005). Der gives eksempler på alvorlige traumatiske livsbegivenheder som for eksempel oplevelser, der er forbundet med et stort følelsesmæssigt pres, præstationskrav eller usikkerhed; store omvæltninger i livet eksempelvis skilsmisse, flytning, nyt job, ny uddannelse, at flytte hjemmefra, dødsfald eller sygdom, eller hvis andre taler nedsættende om ens udseende (Garner, 1993; Sundhedsstyrelsen, 2005). Det har dog været vanskeligt at finde studier, der understøtter disse teser.

VEDLIGEHOVDENDE FAKTORER

Mangel på forskningsresultater er også et problem, når vi taler om de såkaldte vedligeholdende faktorer, der er medvirkende til, at spiseforstyrrelsen fortsætter.

BOKS 3.6

Oversigt over risikofaktorer for at udvikle en spiseforstyrrelse.

Disponerende faktorer:

Individuelle forhold:

- Tidlig pubertet
- Perfektionisme
- Usikkerhed
- Negativt selvbillede
- Få nære venner
- Angst
- Depression
- Personlighedsforstyrrelser

Familieforhold:

- Stort fokus på slankekure
- Forstyrret forhold til mad og krop
- Kritiske kommentarer om udseende
- Høj forekomst af fysiske og psykiske sygdomme
- Alkoholmisbrug
- Tidligere erfaringer med spiseforstyrrelser eller vægtproblemer
- Overbeskyttende forældre
- Dårlig konflikthåndtering
- For høje forventninger

Sociokulturelle forhold:

- Høje og uhensigtsmæssige skønheds- og kropsidealer

Genetiske og biologiske forhold:

- Genetiske komponenter
- Stress

Udløsende faktorer:

- Episoder med følelsesmæssigt pres
- Store omvæltninger i hverdagen, fx skilsmisse, dødsfald mm.
- Slankekure
- Kritiske kommentarer fra andre om krop og udseende

Vedligeholdende faktorer:

- Social isolation
- Oplevelse af succes i forbindelse med spiseforstyrrelsen
- Restriktiv spisning og kompenserende adfærd
- Sort-hvid-tænkning
- Perfektionisme
- Øget fokus på mad og krop

Kilde: Anderluh m.fl., 2003; Atkins & Silber, 1993; Barr Taylor m.fl., 1996; Garfinkel m.fl., 1983; Garner, 1993; Grice m.fl., 2002; Holland, Sicotte & Treasure, 1988; Kog & Vandereycken, 1988; Lilenfeld m.fl., 1998; Nielsen, 1999; Shisslak m.fl., 1998; Sundhedsstyrelsen, 2005; Yates, 1989.

Der gives eksempler som social isolation, hvor spiseforstyrrelsen fylder så meget i hverdagen, at den syge mere eller mindre mister kontakten til omverdenen og isolerer sig selv. Dette kan forstærke følelsen af lavt selvværd og selve spiseforstyrrelsen.

En anden tese er, at kontrollen med egen vægt giver den spiseforstyrrede en oplevelse af succes, hvorfor vedkommende ihærdigt forsætter i samme spor (Nielsen, 1999; Sundhedsstyrelsen, 2005). Dog har det været vanskeligt at finde forskning, der be- eller afkræfter disse teser. Garner fremhæver fysiske og psykiske konsekvenser af at sulte som vedligeholdende faktorer (Garner, 1993). Vægttab kan medføre sult, som medfører, at den spiseforstyrrede overspiser. Denne overspisning kan medføre kompenserende handlinger såsom opkastning, overdreven motion mv., som igen kan medføre sult osv.

Risikofaktorerne kan gives os en ide om, hvilke parametre det er værd at arbejde med i forhold til behandling af spiseforstyrrede. Dog er det vigtigt at påpege, at der i forbindelse med sygdommen kan være andre faktorer, der påvirker den spiseforstyrredes adfærd, som ikke nødvendigvis kan karakteriseres som en risikofaktor. Det kan eksempelvis være mobning eller social isolation, hvor det kan være vanskeligt at afgøre, hvorvidt denne faktor kommer før eller efter spiseforstyrrelsen i tid. Det er således et åbent spørgsmål, der kræver yderligere undersøgelser, men netop social isolation og mobning kan være af betydning for behandlingsforløbet.

HVORDAN BEHANDLES SPISEFORSTYRRELSEN?

Prognosen for fuldstændig helbredelse er ikke særlig god for spiseforstyrrelser. Behandling af en spiseforstyrrelse er en lang og kompliceret proces. Der indgår mange delkomponenter, og risikoen for tilbagefald er stor. Et dansk studie, der tager udgangspunkt i alle patienter med diagnosen anoreksi i perioden 1970-1993, viser, at resultatet af behandlingen har været uændret de sidste 50 år. Den standardiserede mortalitetsrate er fortsat øget 10 gange (Emborg, 1997; Sundhedsstyrelsen, 2005). For de patienter, der overlever sygdommen, gælder det, at under halvdelen bliver raske, en tredjedel bedres noget, mens en femtedel forbliver kronisk syge. Dette er vurderet på baggrund af 4-10 års opfølgning af patienter i 108 studier fra 1953-1996 samt 31 studier, der udelukkende fokuserer på teenagere (Steinhausen, 2002). På længere sigt viser det sig dog, at unge,

der har været i behandling for anoreksi, klarer sig udmærket i forhold til uddannelse, men deres sociale relationer uden for familien, særligt i forhold til seksuelle partnere, forbliver problematiske (Neiderman, 2000). Generelt kan det dog siges, at den bedste prognose ses hos unge, der har været syge i kort tid og er kommet hurtigt i behandling.

Det ideelle mål for behandlingen er naturligvis, at spiseforstyrrelsen ophører. I nogle tilfælde er dette mål dog ganske urealistisk, og man må i sådanne tilfælde slå sig til tåls med, at patienten blot opnår mindre forbedringer. Det særlige ved behandlingen af spiseforstyrrede er, at behandlingen både har et fysisk og et psykisk fokus. Den fysiske del handler om fysisk stabilisering af patienten, mens den psykiske del omhandler bearbejdning af psykiske problemer. Til dette formål eksisterer der en lang række forskellige psykoterapeutiske metoder. Behandlingen har til hensigt at skabe et trygt sted for patienten, hvor der skabes kontakt, tillid og erkendelse af sygdommen. Målene for behandlingen er fysisk stabilitet, kontrol over den unormale spiseadfærd, at patientens evne til at identificere og udtrykke følelser fremmes, samt at tilbagefald forebygges (Haller, 1992).

Behandlingen kan foregå på et sygehus, hos en praktiserende psykolog eller psykiater. Langt de fleste behandles i ambulanseregime, men indlæggelse eller daghospitalsbehandling kan være nødvendig for de mest syge. Indlæggelse kan være en afgørende støtte for både patienten og familien, men kan også opfattes som et overgreb. Det anbefales derfor, at selve behandlingsforløbet planlægges i dialog med patienten og vedkommendes familie. En god ide kan være at udforme en mere eller mindre eksplicit behandlingskontrakt, der er tidsbestemt med fælles evaluering af de enkelte etaper. Der er dog tilfælde, hvor patienten er så fysisk afkræftet, at der er tale om en livstruende tilstand, hvorfor behandlingen må gennemføres uden hensyntagen til vedkommende. I forbindelse med behandlingens afslutning er det ydermere vigtigt at tilbyde patienten en form for social støtte til at klare de udfordringer, der er forbundet med udslusningen til den normale hverdag i forhold til uddannelse, bolig, sociale relationer mv. (Skårderud, 2001) samt behandling af et eventuelt traume som følge af eventuelle episoder med tvangsfodring i behandlingen.

I det følgende præsenterer vi en række behandlingsformer, der på trods af de dårlige prognoser for fuld helbredelse har gode resultater med at forbedre de spiseforstyrredes tilstand.

FAMILIETERAPI TIL BEHANDLING AF ANOREKSI

En behandlingsform, der viser gode resultater i behandlingen af børn og unge med anoreksi, er familierapi (Lock, 2011). Her spiller forældrene en afgørende rolle i behandlingen af deres barn. Der er overordnet tre faser i familierapien. Først skal forældrene lære at arbejde effektivt sammen for at stoppe den unges vægttab. Dernæst skal forældrene lære vedkommende selv at opnå kontrol med egen vægt. For det tredje skal de identificere de andre problemer, som sygdommen har forårsaget. Der er tale om en behandling, der ikke kræver indlæggelse, men i stedet foregår i hjemmet. Behandlingen varer i 6-12 måneder med 10-20 sessioner af en times varighed. I første fase er der tale om ugentlige sessioner, mens disse i anden fase bliver til sessioner en gang hver anden uge og i tredje fase kun til en gang om måneden.

Tanken bag behandlingen er, at forældrene erstatter den funktion, som personalet på et behandlingscenter ellers ville have. Forældrene har klare fordele, idet de kender deres barn og er følelsesmæssigt involveret og derfor vil gøre en stor indsats for at få deres barn rask. Omvendt har de dog ikke den specifikke faglige viden og professionelle erfaring, som uddannede behandlere besidder, samtidig med at familierapi kan være en psykisk stor udfordring for forældrene. Forældrene uddannes til at få kontrol over situationen. Sideløbende med behandlingen står et faglært behandlingsteam klar til at håndtere den mere medicinske del af behandlingen, hvis en sådan er nødvendig.

Der eksisterer fem grundprincipper i familierapien. Første princip er et agnostisk perspektiv, hvor man fokuserer på, hvad der praktisk skal gøres for at ændre situationen i stedet for at bruge ressourcer på, hvorfor sygdommen er opstået. Det andet grundprincip er, at man fokuserer meget snævert på, hvad der holder anoreksien i gang i stedet for at brede perspektivet ud og se på bagvedliggende faktorer og andre sammenhænge. Det tredje grundprincip er, at terapeuten ikke forekommer som autoritet, men kun er vejleder, der ikke kommer med specifikke krav og opgaver. Den fjerde grundtanke er, at forældrene er altafgørende, hvorfor de skal tilbydes de redskaber, der skal til, for at de kan hjælpe deres barn. De skal føle, at det er dem, der er autoriteten og har mulighed for og evne til at tage styringen. Det femte grundprincip er, at man adskiller selve anoreksien fra patienten, således at der er tale om en psykiatrisk diagnose og ikke et bevidst valg (Lock, 2011). Lock (2011) har gennemgået den eksisterende forskningslitteratur, der undersøger effek-

ten af familierapi, og her finder han gode resultater i behandlingen af børn og unge med anoreksi (Couturier, Isserlan & Lock, 2010; Lock, 2011; Loeb m.fl., 2007; Tukiewicz m.fl., 2010; Wallis m.fl., 2007).

KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI TIL BEHANDLING AF BULIMI

Den kognitive adfærdsterapi har vist positive resultater i forhold til behandlingen af personer, der lider af bulimi (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Shapiro m.fl., 2007). Behandlingen fokuserer på de processer, der medvirker til, at forstyrrelsen bibeholdes og udvikles. Personer, der lider af en spiseforstyrrelse, er meget selvkritiske og vurderer egne evner på et snævert grundlag, der udelukkende tager udgangspunkt i deres spisevaner, form og vægt samt evner til at kontrollere dette.

Udgangspunktet for behandlingen er at øge engagementet og motivationen til at bryde den onde cirkel hos bulimikeren (Campbell & Schmidt, 2011). Der udarbejdes en case-formulering for sygdomsforløbet og en behandlingsplan, som det er vigtigt, at den unge selv er med til at lave. Bulimikeren skal lære at regulere sit fødeindtag. Det skal ske i små step og på den måde, der fungerer bedst for vedkommende. Der kan være andre problemer ud over spisevaner og episoder med opkastning, som personen tumler med, hvorfor det kan være relevant at sætte tid af til at diskutere disse. Mod behandlingens afslutning ses tilbage på den udvikling, som patienten har gennemgået, og her er det vigtigt at få patienten til at anerkende, at han/hun selv har været årsagen til den positive udvikling. Ydermere afsluttes behandlingen med, at der fastsættes forskellige realistiske mål for vedkommendes fremadrettede udvikling.

SELVSKADE OG SOCIAL STØTTE

Øger alvorlige traumatiske livsbegivenheder risikoen for selvskade? Og kan social støtte give en modstandskraft, der mindsker denne risiko? Disse spørgsmål vil vi forsøge at belyse i dette kapitel. I kapitel 5 vil de samme spørgsmål blive belyst for spiseforstyrrelser.

OMFANG AF SELVSKADE

Analysens afsæt er 2.980 interview gennemført med unge voksne født i 1984. I analysen sammenlignes unge, der har udført selvskade, med deres jævnaldrende for at finde risikofaktorer, der optræder særligt hyppigt hos dem med selvskadeadfærd sammenlignet med deres jævnaldrende.

Samtlige respondenter har fået stillet spørgsmålet: ”Har du nogensinde med vilje taget en overdosis (fx piller eller anden medicin) eller skadet dig selv på nogen måde (såsom at skære eller brænde dig selv)?” Har den unge voksne svaret: ”Ja, selvskade” eller ”Ja, begge dele”, indgår vedkommende i gruppen af personer med selvskadende adfærd.

Livstidsprævalensraten for selvskade hos stikprøven er 2,7 pct., når man udelukker dem, der havde intentioner om selvmordsforsøg. Alt-så 2,7 pct. af de 2.980 unge voksne har udført, hvad der kan karakterise-

res som selvskadende adfærd i løbet af deres ungdom, inden de blev interviewet som 25-årige.

I kapitel 2 så vi, at spørgsmålsformuleringen er meget afgørende for estimationen af prævalensen af selvskade i befolkningen. For eksempel finder Briere og Gil, at omkring 4 pct. har udført selvskade (Briere & Gil, 1998), mens Møhl og Skandsen finder omkring 21,5 pct. (Møhl & Skandsen, 2011). Anvender man den snævre afgrænsning efter den snævre definition, der ligger op ad kriterierne angivet i tabel 4.1, finder Brunner og kollegaer en prævalens på 4 pct. (Brunner m.fl., 2007), mens Garrison og kollegaer finder frem til, at 2,5 pct. på et tidspunkt har selvskadet sig (Garrison m.fl., 1993). Briere og Gill arbejder med en meget bred aldersgruppe, 18-90 år, hvilket kan have betydning for, at de finder en lavere andel selvskadende, end vi gør i vores studie. De inddrager også de ældre aldersgrupper, hvor den selvskadende adfærd måske er knap så udbredt, modsat Møhl og Skandsen, der har fokus på de 17-årige gymnasieelever. Vores resultater lægger sig imellem disse resultater omend i den lave ende, hvilket dels kan skyldes forskelle i spørgsmålsformuleringen, dels kan skyldes valg af aldersgruppe.

Undersøgelser blandt voksne, der anvender en snæver afgrænsning af selvskade, som opgjort i tabel 4.1, viser en lavere prævalens end undersøgelserne foretaget blandt unge under 18 år. Således finder Klonsky og kollegaer nogenlunde samme resultater, nemlig 4 pct., som Briere og Gill (Briere & Gil, 1998; Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003).

Hvis vi betragter selvskade som en adfærd, der kan placeres hen over et kontinuum efter alvorlighedsgrad, så vil vores spørgemetode overvejende medtage den alvorlige del. Dette bekræftes af de efterfølgende spørgsmål, som vi har stillet til dem, der bekræftede det første spørgsmål.

Tabel 4.1 giver et overblik over, hvad respondenterne i undersøgelsen svarede, da de blev spurgt om, hvorfor de forsøgte at skade sig selv. Det typiske svar var, at den unge ”ønskede at slippe ud af en uudholdelig følelse” (76 pct.) Således fremgår det, at langt de fleste unge anvender den selvskadende adfærd som en coping-mekanisme til at opnå en dissociativ tilstand, hvilket er i tråd med resultaterne fra forskningslitteraturen. En stor del af de unge ønskede at straffe sig selv (45 pct.) eller ønskede opmærksomhed (45 pct.). At så stor en del af de unge har skadet sig selv, blandt andet for at få opmærksomhed, kommer som lidt af en overraskelse. Vi havde en forventning om, at der kun ville være tale om en meget lille andel, der ville svare således. Omkring 1 ud af 3 (34

pct.) ønskede at finde ud af, hvorvidt der var nogen, der virkelig holdt af dem, eller ønskede at skræmme nogen.

Hvis de unge svarede, at de ønskede at dø, så blev dette svar fortolket som, at de havde skadet sig selv som et selvmordsforsøg, og derfor blev disse personer ikke medregnet blandt de selvskadende. Over halvdelen (55 pct.) af de selvskadende gav tre eller flere af de angivne forklaringer på, hvorfor de havde udøvet selvskade. Mens kun ganske få (8 pct.) gav andre begrundelser for deres adfærd end dem, de blev tilbudt i spørgeskemaet.

TABEL 4.1

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

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

Anm.: Spørgsmålet til de interviewede lød: Kan nogle af følgende grunde forklare, hvorfor du forsøgte at skade dig selv?

Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

1. Procenterne i kolonnen summer ikke op til 100, fordi det var muligt at anvende flere svarmuligheder. Mange gav flere svar, således gav 55 pct. tre eller flere af de angivne begrundelser.
2. Personer, der angav dette svar, blev ikke medregnet som selvskadende.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

Af tabel 4.2 fremgår det, hvilke socio-demografiske karakteristika der gør sig gældende hos den samlede stikprøve af 25-årige samt hos personer med og uden selvskadende adfærd. Hvis vi som udgangspunkt ser på, hvad der karakteriserer de selvskadende unge voksne, fremgår det blandt andet, at der er en stor overrepræsentation af kvinder ($P < 0,0001$), idet 76 pct. af de selvskadende er kvinder, mens kvinderne udgør 47 pct. blandt de øvrige. Som vi har været inde på i kapitel 2, er der ikke enighed inden for forskningen om, hvorvidt selvskadende adfærd oftest forekommer hos kvinder eller mænd, idet resultatet i høj grad afhænger af de spørgsmål, der stilles for at afdække selvskade. Vores spørgemetode skriver sig dog helt tydeligt ind i den forskning, der beretter om en overre-

præsentation af kvinder, fordi vi i det indledende spørgsmål nævner ordet 'overdosis', som falder sammen med kvinders selvskadende adfærd.

TABEL 4.2

De interviewede 25-årige fordelt efter sociodemografiske karakteristika. Særskilt for personer med og uden selvskadende adfærd. Procent.

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

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige. Stikprøven er stratificeret, og procentandelene er derfor vægtede således, at de repræsenterer hele fødselsårgangen. Ns betyder 'ikke signifikant', altså at de fundne forskelle ligger inden for stikprøveusikkerheden.

1. Børn og unge, der enten har været anbragt uden for familien eller har modtaget forebyggende foranstaltninger, fx personlig rådgiver, praktikophold, udslusningsordning, forlænget hjemtagelse, fast kontaktperson samt bevilget støtteperson til familien.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

En anden ting, der springer i øjnene, er, at unge voksne med selvskadende adfærd i en signifikant højere grad som børn har haft en børnesag, end de unge voksne, der ikke udviser en selvskadende adfærd ($P < 0,0001$). Det fremgår ydermere, at selvskadende unge voksne sjældnere er i gang med eller har gennemført en erhvervsuddannelse (67 pct.) end ikke-selvskadende unge voksne (83 pct.), mens selvskadende unge ligner deres jævnaldrende, hvad angår gennemført skolegang og civilstatus.

ANDRE SOCIALE OG FØLELSMÆSSIGE PROBLEMER

I tabel 4.3 har vi inddraget en række variable, som må forventes at være relateret til den selvskadende adfærd. Der er ikke nødvendigvis tale om nogen årsagssammenhæng, da det blandt andet er vanskeligt at afgøre, hvad der kommer først i tid: de sociale og følelsesmæssige problemer eller den selvskadende adfærd. Jævnført med børnemishandlingsstudier er der dog tale om problemer, som ofte vil være et resultat af et belastende opvækstmiljø (Christoffersen, 2010), og da det forventes, at flere af de selvskadende personer er opvokset i et sådant, er de værd at inddrage. Vi har valgt at kalde disse sociale og følelsesmæssige problemer for sekundære følgevirkninger, fordi det hyppigere opleves af personer, der har været udsat for børnemishandling, vanrøgt og andre traumatiske livsbegivenheder. Men for nogle personer kan de nævnte sociale og følelsesmæssige problemer tænkes at være resultatet af en genetisk sårbarhed kombineret med psykosociale belastninger.

Som det fremgår af tabel 4.3, så har personer med selvskadende adfærd langt større risiko for at have forskellige følelsesmæssige og sociale problemer end personer uden selvskadende adfærd. De selvskadende unge har fire gange så stor risiko (odds ratio: 4)¹⁷ for at have posttraumatiske stressreaktioner, lav selvfølelse samt at føle sig isoleret og mangle venner end personer uden selvskade ($P < 0,0001$). De oplever i højere grad en manglende social støtte (odds ratio: 4,4), savner venner og føler sig afvist af andre (odds ratio: 5,5). Ydermere har de selvskadende i langt højere grad overvejet eller forsøgt at tage deres eget liv (odds ratio: 16,6) sammenlignet med personer uden selvskadende adfærd. En del af forklaringen på dette høje tal er givetvis, at spørgsmålet om selvskade inddrager ordet 'overdosis'. Men også andre undersøgelser finder en høj risiko for selvmordsforsøg blandt dem, der tidligere har udført selvskade, og især blandt dem, der har udført selvskade mange gange (Brunner m.fl., 2007; Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003; Lloyd-Richardson m.fl., 2007). Risikoen er højest blandt psykiatriske patienter, og her er risikoen højest blandt dem,

17. En vurdering af den talmæssige størrelse af de enkelte faktoreres statistiske indflydelse sker ved hjælp af den såkaldte 'odds ratio' (OR). Når der er tale om relativt sjældne hændelser, tilnærmes OR den relative risiko (RR) for selvskade for den person, der har været udsat for en bestemt risikofaktor i forhold til den person, der ikke har været udsat for denne risikofaktor. Den justerede OR udtrykker således den pågældende faktors indflydelse på udfald, når man samtidig tager højde for de øvrige faktoreres indflydelse (Hosmer & Lemeshow, 1989).

der har brugt mange metoder af selvskade (Nock m.fl., 2006; Shaffer & Jacobson, 2009; Zlotnick, Mattia & Zimmerman, 1999).

Resultaterne passer sammen med tidligere undersøgelser, der finder flere med depressive symptomer, angst, selvmordstanker blandt dem, der udfører selvskade, sammenlignet med andre (Selby m.fl., 2012).

TABEL 4.3

Andelen af interviewpersonerne, der har forskellige følelsesmæssige og sociale problemer. Særskilt for personer med og uden selvskadende adfærd. Procent og odds ratio.

	Alle Procent	Selvskade Procent	Odds ratio	P <
Isoleret og mangler venner ¹	5,2	16,8	4,0	0,0001
Savner ven og føler sig afvist af andre ²	3,8	16,2	5,5	0,0001
Lav selvværdsfølelse ³	3,2	11,0	4,0	0,0001
Posttraumatiske stressreaktioner ⁴	13,6	36,8	3,9	0,0001
Lav social støtte ⁵	23,1	55,8	4,4	0,0001
Selvmordsovervejelser og forsøg ⁶	14,2	70,6	16,6	0,0001

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

1. Se bilagstabel B3.1.
2. Se bilagstabel B3.2.
3. Se bilagstabel B3.9.
4. Se bilagstabel B3.8.
5. Se tabel 1.1.
6. Der blev stillet flere spørgsmål omhandlende selvmordsovervejelser i løbet af interviewet: 1) Har du på noget tidspunkt overvejet eller forsøgt selvmord? 2) Har du truet med selvmord? 3) Har du forsøgt selvmord? 4) Har du nogensinde med vilje taget en overdosis (fx piller eller anden medicin) eller skadet dig selv på nogen måde (såsom at skære eller brænde dig selv)? Hvis der svares bekræftende på de første spørgsmål eller bekræftende på at have taget en overdosis, er der kodet for selvmordsovervejelser/selvmordsforsøg. Hvis der alene er svaret bekræftende på selvskadende adfærd, er dette ikke kodet som selvmordsovervejelse.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

RISIKOFAKTORER FOR SELVSKADE

I tabel 4.4 viser vi, hvorvidt der er en statistisk sammenhæng mellem en række udvalgte baggrundsvARIABLE, blandt andet forskellige former for omsorgssvigt på den ene side og selvskadende adfærd på den anden side. Vi har valgt at fokusere på køn, forskellige former for misbrug og vanrøgt, akkumulerede traumatiske belastninger, begrænset social støtte, lavt selvværd samt posttraumatiske stressreaktioner.

Resultaterne bekræfter generelt de resultater, man har fundet i en række tidligere udenlandske undersøgelser (jf. kapitel 2). Som det fremgår af tabel 4.4, så bekræfter vores resultater tesen om, at traumatiske

belastninger, fysisk mishandling eller seksuelt misbrug i barndommen er associeret med en øget risiko for selvskadende adfærd i teenageårene eller starten af voksenlivet. Odds ratio for de forskellige risikofaktorer er mellem 2,6 og 4,6 for selvskadende adfærd, hvis den unge har været udsat for forskellige former for mishandling, vanrøgt eller en ophobning af andre traumatiske livsbegivenheder i barndommen. Således har personer, der har været udsat for misbrug eller vanrøgt i barndommen, mellem 2,6 og 4,6 gange større risiko for at udvikle selvskadende adfærd end personer, der ikke har været udsat for dette.

I følge forskningslitteraturen (jf. kapitel 2) er det særlig seksuelt misbrug i barndommen, som bliver fremhævet som en afgørende risikofaktor. Også vores analyse viser, at personer med selvskade relativt ofte har været udsat for seksuelt misbrug (odds ratio: 2,6). Men der er også andre faktorer, som forekommer særligt hyppigt hos selvskadende. Det drejer sig om psykologisk mishandling (odds ratio: 4,6), fysisk mishandling (odds ratio: 4,2) og fysisk vanrøgt (odds ratio: 3,3).

Resultaterne viser ydermere, at hvis den unge har været udsat for en ophobning af flere traumatiske belastninger i barndommen, så har han eller hun relativt større risiko for at udvikle selvskadende adfærd (odds ratio: 3,7). De traumatiske belastninger kan blandt andet være, at den unge selv eller vedkommendes nærmeste familie eller venner har været udsat for et voldeligt overfald, forsøgt at begå selvmord, været udsat for dødsfald i nærmeste familie eller en alvorlig trafikulykke (bilagstabel B3.7). I forskningslitteraturen henvises netop til dét at have været vidne til vold eller at have mistet sine forældre i barndommen som en risikofaktor for selvskadende adfærd.

En person, der er blevet mobbet i skolen, har ligeledes signifikant højere risiko for at udføre selvskadende adfærd som ung (odds ratio: 2,8), end personer, der ikke er blevet mobbet i skolen.

Yderligere afspejler vores resultater en høj statistisk sammenhæng mellem posttraumatiske stressreaktioner, lavt selvværd og mobning som risikofaktor på den ene side og selvskadende adfærd på den anden side (odds ratio: 4,0 og 5,1). Data støtter således den hypotese, at den selvskadende adfærd fungerer som en coping-strategi for dem, der lider af en posttraumatisk stressreaktion. Det er dog en hypotese, som vi ikke alene på baggrund af nærværende analyse kan bekræfte endegyldigt.

Hvis vi ser på den sociale støtte, fremgår det, at de unge, der har oplevet lav grad af social støtte, også er dem, der har en signifikant større

risiko for at udføre selvskadende adfærd (odds ratio: 4,2). Det er således paradoksalt, at dem, der ikke har brug for støtten, oplever, at de får den i højere grad end dem, der har særligt brug for støtte.

De risikofaktorer, der indgår i undersøgelsen, er heldigvis relativt sjældne i befolkningen. Af tabel 4.4 fremgår, hvor stor en del af befolkningen der har været udsat for de nævnte risikofaktorer. Risikofaktorer, der har en høj risiko for selvskade, kan imidlertid være så sjældne, at det kun er en meget lille del af de selvskadende, der har været udsat for den pågældende faktor. De meget sjældne belastninger kan derfor kun forklare en meget lille del af det samlede antal, der har skadet sig selv. For at undersøge dette nærmere har vi udregnet den ætiologiske brøk AR, dvs. den reduktion af det samlede antal selvskade, som man måtte forvente, hvis man kunne fjerne den pågældende risikofaktor.¹⁸

Beregningen af AR foretages på grundlag af den pågældende risikofaktors udbredelse i befolkningen sammenholdt med risikofaktorens justerede relative sandsynlighed (odds ratio) for selvskade, når der er taget højde for de øvrige risikofaktorer. Her ses, at en faktor, der har begrænset udbredelse, ikke kan forklare forekomsten af selvskade, selvom der ved den første analyse var klare statistiske sammenfald. Det er primært alvorlige ophobede traumatiske livsbegivenheder, lav social støtte, posttraumatiske stressreaktioner, fysisk mishandling og et lavt selvværd, der statistisk bedst kan forklare forekomsten af selvskade. Vi har i denne undersøgelse især taget udgangspunkt i de risikofaktorer, man kendte fra tidligere undersøgelser. Men det kan være andre risikofaktorer, som er ukendte, der er de bagvedliggende årsager til unges selvskade.

På baggrund af disse analyser kan man danne en sammensat risikofaktor, der består af såvel børnemishandling (fysisk, seksuel og psykologisk A-C), mobning i skolen (F) og andre ophobede traumatiske livsbegivenheder (E), se tabel 4.5.

18. AR beregnes på grundlag af risikofaktorens udbredelse i populationen P_e og risikofaktorens justerede odds ratio (OR): $AR = P_e * (OR-1)/(1+P_e*(OR-1))$. AR er kun defineret i de tilfælde, hvor OR er større end 1.

TABEL 4.4

Andel blandt interviewede 25-årige med udvalgte risikofaktorer samt odds ratio og beregnet ætiologisk brøk (AR) for selvskade.

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

Anm.: AR er en forkortelse af 'attributable risk' eller ætiologisk brøk. Brøken angiver et tænkt regneeksempel, hvor man forestiller sig, at den pågældende risikofaktor blev fjernet, og derefter beregnes, hvor stor en reduktion man måtte forvente i andelen af personer med selvskade (Szklo & Nieto, 2012; Woodward, 1999).

En vurdering af den talmæssige størrelse af de enkelte faktoreres statistiske indflydelse sker ved hjælp af den såkaldte 'odds ratio OR'. Når der er tale om relativt sjældne hændelser, tilnærmes OR den relative risiko (RR) for selvskade for den person, der har været udsat for en bestemt risikofaktor, i forhold til den person, der ikke har været udsat for denne risikofaktor. Den justerede OR udtrykker således den pågældende faktors indflydelse på udfald, når man samtidig tager højde for de øvrige faktoreres indflydelse (Hosmer & Lemeshow, 1989).

1. Se bilagstabel B3.3.
2. Se bilagstabel B3.6.
3. Se bilagstabel B3.4.
4. Se bilagstabel B3.5.
5. Se bilagstabel B3.7.
6. Se tabel 1.1.
7. Se bilagstabel B3.8.
8. Se bilagstabel B3.9.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

Denne sammensatte risikofaktor viser, at et belastende opvækstmiljø med fx mobning, misbrug samt andre traumatiske belastninger hænger stærkt sammen med en høj risiko for selvskadende adfærd senere i livet (odds ratio: 6,0). Således har personer, der har været udsat for en eller flere af disse belastninger i barndommen, seks gange større risiko for at udvikle selvskadende adfærd, end de personer, der ikke har været udsat for disse belastende forhold (se tabel 4.5). Inddrager man de øvrige risikofaktorer, ses stadig en signifikant sammenhæng med selvskade, dog reduceret til odds ratio 3,2 (se tabel 4.6).

TABEL 4.5

Andelen af de interviewede 25-årige med en selvskadende adfærd, der har været udsat for en række udvalgte risikofaktorer. Procent og odds ratio.

	Antal	Selvskade Procent (vægtet)	Selvskade Odds ratio (ikke-justeret)	P <
Total	2.980	2,7		
<i>Misbrug og vanrøgt</i>				
A Fysisk mishandling ¹	275	12,1	4,2	0,0001
B Seksuelt misbrug ²	67	10,2	2,6	0,027
C Psykologisk mishandling ³	268	8,7	4,6	0,0001
D Fysisk vanrøgt ⁴	192	8,4	3,3	0,0001
Misbrug og vanrøgt (en eller flere af de ovenstående, dvs. A-D)	502	9,0	4,3	0,0001
Misbrug generelt (fysisk, seksuel eller psykologisk mishandling, dvs. A-C)	435	9,3	4,3	0,0001
<i>Traumatiske belastninger</i>				
E Traumatiske belastninger (mindst 7 andre end ovenstående) ⁵	699	6,1	3,7	0,0001
F Mobning i skolen	611	6,1	2,8	0,0001
Traumatiske belastninger (inklusive mishandling eller mobning i skolen, dvs. A-C, E-F)	1.231	5,8	6,0	0,0001

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

1.-5. Se noter under tabel 4.4.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

Den statistiske sammenhæng mellem udbredelsen af selvskade i ungdomspopulationen afhænger som nævnt dels af risikofaktorens udbredelse, dels af, hvor stor overrisiko der er i den pågældende risikogruppe. For at kunne vurdere risikofaktorens betydning for omfanget af selvskade i ungdomspopulationen udregnes AR, der er en forkortelse af 'attributable risk' eller ætiologisk brøk. Brøken angiver et tænkt regneeksempel, hvor man forestiller sig, at den pågældende risikofaktor blev fjernet, og derefter beregnes, hvor stor en reduktion man måtte forvente i andelen af personer med selvskade (Szklo & Nieto, 2012; Woodward, 1999). Dette regnestykke har imidlertid den udokumenterede forudsætning, at der er tale om en årsagssammenhæng mellem risikofaktoren og udviklingen af selvskadeadfærd. Eller sagt på en anden måde: Hvis der ikke er en sådan årsagssammenhæng, så vil en reduktion af risikofaktorens udbredelse ikke føre til en tilsvarende reduktion i omfanget af selvskadeadfærd.

Beregningen her viser, at en relativ stor del af dem med selvskade har oplevet ophobede traumatiske livsbegivenheder inklusive mobning i skolen eller børnemishandling. Disse unge tegner sig for 43 pct. af de selv-

skadende, mens posttraumatiske stressreaktioner og lav social støtte tegner sig for hhv. 9 og 16 pct. af de selvskadende (se tabel 4.6).

TABEL 4.6

Andel blandt de interviewede med udvalgte risikofaktorer, odds ratio og beregnet ætiologisk brøk (AR) for selvskade.

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

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

1. AR er en forkortelse af 'attributable risk' eller ætiologisk brøk. Brøken angiver et tænkt regneeksempel, hvor man forestiller sig, at den pågældende risikofaktor blev fjernet, og derefter beregnes, hvor stor en reduktion man måtte forvente i andelen af personer med selvskade (Szklo & Nieto, 2012; Woodward, 1999).

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

ANALYSE AF SOCIAL STØTTE SOM MEDIATOR

I det følgende undersøger vi, hvorvidt social støtte mindsker risikoen for at udvikle selvskadende adfærd. Dette gør vi ved brug af analysemodellen, der blev introduceret i kapitel 1. Den tekniske analyse gennemgås i bilag 1.

Et paradoksalt resultat af undersøgelsen er, at de personer, der har været udsat for traumatiske livsbegivenheder, misbrug og mobning i skolen mv., i signifikant mindre grad har modtaget social støtte sammenlignet med dem, der ikke har været udsat for disse belastninger (odds ratio 2,6). Vi kan altså konkludere, at social støtte gives selektivt, og således, at dem, der har mest brug for støtten, sjældnere får den (se tabel 4.7).

Undersøgelsen viser endvidere, at i de tilfælde, hvor de unge har fået social støtte, klarer de sig bedre (der var færre med selvskadende adfærd), selvom de har været udsat for samme belastninger som deres jævnaldrende (se parameteren c, hvor $P < 0,0001$, se figur 1.1 og tabel 4.8). Social støtte svækker sammenhængen mellem traumatiske livsbegivenheder inklusive misbrug og mobning i skolen og selvskade.

TABEL 4.7

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

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

1. Da interviewdata stammer fra en stratificeret stikprøve, opdelt i to strata er det testet, om risikofaktorerne i de to strata har samme værdier. Testen viste, at der ikke var signifikante forskelle mellem risikofaktorerne estimeret i de to strata.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

I tabel 4.8 ses den beregnede værdi for sammenhængen mellem den uafhængige variabel og den afhængige variabel, uden at der tages højde for effekten af social støtte. Man kalder denne sammenhæng for den totale effekt. Denne værdi estimeres til 0,03837 og er altså vores c' . Ifølge tabel 4.8 så er c estimeret til 0,03585 og altså mindre end estimatet for c' 0,03837. Vi finder altså heri en støtte for hypotesen om, at social støtte udgør en mediator mellem traumatiske livsbegivenheder og selvskadende adfærd hos unge voksne. En fortolkning af disse resultater er, at social støtte ser ud til at hjælpe mange af dem, der har fået den, men langt fra alle. For at udgøre en fuld mediator ville det kræves, at den direkte effekt forsvandt, når man inddrog mediatorsen i analyserne.

Social støtte er kun en partiel mediator. Man bør derfor lede efter andre mediatorer, der kan mindske eller fjerne effekten. Vi har imidlertid kun kunnet teste en del af de nødvendige betingelser for at kunne bekræfte, at der var tale om, at social støtte udgør en mediator.

Undersøgelsen efterlader stadig en usikkerhed om, hvorvidt der er tale om en årsagssammenhæng. Det betyder, at vi ikke kan være sikre på, at hvis de unge får social støtte, at det så også resulterer i en signifikant nedgang i selvskade. Men hypotesen bestyrkes af det teoretiske grundlag, som vi har redegjort for i kapitel 2.

Dertil kræves yderligere forsøg eksempelvis med kontrollerede eksperimenter, hvilket kan være forbundet med store etiske og praktiske vanskeligheder.

TABEL 4.8

Sammenhæng mellem risikofaktorer, social støtte og selvskade blandt de interviewede 25-årige (se bilag 1.)

Selvskade	Total effekt c'	a	b	Den direkte effekt c	Indirekte effekt a * b
Parameter	0,03837	0,16787	0,02935	0,03585	0,00493
(Standardfejl: SE)	(0,00758)	(0,01613)	(0,00823)	(0,00766)	(0,00147)
H_0 ¹	P < 0,0001	P < 0,0001	P < 0,0004	P < 0,0001	P < 0,0011

Anm.: Parametrene a, b, c, c' er beskrevet i figur 1.1.

1. H_0 kaldes traditionelt for H-nul hypotesen. Den udtrykker antagelsen, at den pågældende parameter er nul, når man tager højde for stikprøvesikkerheden. P angiver sandsynligheden for dette. Altså, det er meget usandsynligt (P < 0,0011), at parameteren a * b skulle være nul.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

SAMMENFATNING

I denne analyse har vi inddraget et omfattende datamateriale, der baserer sig på interview med 2.980 unge voksne født i 1984. Der er særligt fokus på data vedrørende selvskadende adfærd samt en lang række baggrundsforhold såsom belastende livsbegivenheder og social støtte.

Analysen bekræfter vores formodning om, at selvskadende adfærd i højere grad forekommer hos unge voksne, der har været udsat for mishandling, vanrøgt eller andre belastende livsbegivenheder i barndommen, end hos unge voksne, der ikke har været udsat for samme belastninger. Dette er i tråd med resultaterne fra tidligere studier om børnemishandling.

Resultaterne støtter hypotesen om, at social støtte fungerer som en mediator, således at risikoen for selvskadende adfærd mindskes hos de unge voksne, der har modtaget social støtte fra en signifikant anden. Den sociale støtte får den unge til at føle sig elsket og værdsat. Et sådant forhold er karakteriseret ved empati, forståelse, respekt og oprigtighed (Cobb, 1976; Porritt, 1979).

Resultaterne bekræftede også, at der findes en række andre sociale og følelsesmæssige følgevirkninger af børnemishandling og andre alvorlige traumatiske livsbegivenheder: posttraumatiske stressreaktioner, social isolation, lavt selvværd og selvmordsovervejelser. Disse belastende forhold finder vi særlig udbredt blandt de unge, der skader sig selv. Disse resultater er således relevant at medtænke fremadrettet i planlægningen af effektive behandlinger og forebyggende foranstaltninger.

SPISEFORSTYRRELSE OG SOCIAL STØTTE

Mens vi i kapitel 4 undersøgte, hvorvidt en ophobning af alvorlige traumatiske livsbegivenheder statistisk er associeret med en øget risiko for selvskadende adfærd i form af cutting, så vil vi i kapitel 5 undersøge, hvorvidt alvorlige traumatiske livsbegivenheder statistisk er associeret med en øget risiko for spiseforstyrrelser. Dernæst ønsker vi at undersøge, hvorvidt social støtte udgør en mediator og dermed er statistisk forbundet med en mindsket risiko for spiseforstyrrelser.

OMFANG AF SPISEFORSTYRRELSER

Analysens afsæt er 2.980 interview gennemført med unge voksne født i 1984. I analysen fokuserer vi på de unge voksne, der lider af en spiseforstyrrelse. Disse personer sammenligner vi med personer, der ikke har samme problemer.

For at indgå som en person med en spiseforstyrrelse i undersøgelsen har de unge voksne skullet svare på en bestemt måde på en række udvalgte spørgsmål, der har vist sig at være anvendelige til netop at indfange personer med spiseforstyrrelser, dvs. anoreksi, bulimi og tvangsoverspisning (Waaddegaard & Petersen, 2002; Waaddegaard, Thoning &

Petersson, 2003). Disse spørgsmål omhandler holdninger til krop, vægt og spisevaner og lyder som følger:

1. Du får dårlig samvittighed, når du spiser slik
2. Du er på slankekur
3. Du er tilfreds med dine spisevaner
4. For at tabe dig eller undgå at tage på i vægt, går du på sulte- eller fastekur
5. For at tabe dig eller undgå at tage på i vægt, bruger du slankepiller eller slankepulver
6. Du kaster op for at komme af med det, du har spist
7. Du føler det ubehageligt at spise sammen med andre
8. Du er bange for, du ikke kan holde op med at spise, når du først er begyndt.

Den interviewede unge voksne skulle svare ”Passer ofte” eller ”Passer meget ofte” til minimum tre af spørgsmålene; med undtagelse af spørgsmål 3, hvor vedkommende skulle svare ”Passer sjældent” eller ”Passer aldrig” for at indgå i definitionen. På baggrund af denne afgrænsning estimeres, at knap 8 pct. svarende til 257 af de 2.980 unge voksne har en indikation på en spiseforstyrrelse (tabel 5.2). For at fastslå, om der faktisk er tale om en egentlig spiseforstyrrelse (dvs. anoreksi, bulimi eller tvangsoverspisning), kræves en egentlig psykiatrisk undersøgelse. Det er desuden vigtigt at holde sig for øje, at denne definition intentioner at indfange forskellige grader af en spiseforstyrrelse.

Ud over spørgsmålene om holdninger til krop, vægt og spisevaner tager vi også udgangspunkt i estimation af det såkaldte BMI. Hvis vi anvender den definition for anoreksi, der anvendes i ICD-10 (jf. kapitel 3), så er der kun 88 af respondenterne, der har et BMI på under 18,5 svarende til 2,7 pct. af de 25-årige (tabel 5.1). Personer med BMI mellem 18,5 og 25 regnes for normalvægtige, mens personer med et BMI på over 25 regnes for overvægtige. Personer med et BMI, der er større end 30, har et fedmeproblem. Der er omkring 6,6 pct. af fødselsårgangen, der har et fedmeproblem i 25-års-alderen (tabel 5.1).

Omgivelserne kan umiddelbart reagere med stereotype forestillinger om spiseforstyrrelser ud fra personens relativt lave eller relativt høje BMI. Imidlertid er fokus for vores undersøgelse det aspekt ved en spiseforstyrrelse, der drejer sig om personens mentale problemer, fx

angst for tage på i vægt, et forvrænget kropsbillede eller manglende kontrol med spisningen, idet spiseforstyrrelserne i mange tilfælde ikke vil manifestere sig i en unormal BMI. Risikofaktorer for, at unge som 25-årig har et BMI på under 18,5, vil vi derfor gennemgå i et særskilt afsnit. Fedmeproblemer (BMI > 30) falder uden for denne rapport's rammer, idet fedmeproblemer ikke hører ind under spiseforstyrrelserne anoreksi, bulimi eller tvangsoverspisning.

TABEL 5.1

De interviewede 25-årige fordelt efter Body Mass Index. Procent.

BMI	Pct. (vægtet)
-18,5 (indikator for anoreksi)	2,7
18,51-25 (normal vægt)	67,9
25,01-30 (overvægtig)	21,7
30,01- (indikator for et fedmeproblem)	6,6
Uoplyst	1,1
I alt	98,9

1. Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige. Stikprøven er stratificeret, og procentandelene er derfor vægtede, således at de repræsenterer hele fødselsårgangen.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

Mange har sikkert oplevet at få dårlig samvittighed, når de spiser slik, eller har et ønske om at forbedre deres spisevaner. Disse problemer kan karakteriseres som en mild spiseforstyrrelse, mens definitionen ligeledes indfanger de mere alvorlige spiseforstyrrelser såsom opkastning og sultekure. Der er således tale om et kontinuum, hvor besvarelsene både kan være et udtryk for en reel spiseforstyrrelse eller blot for, at personen er utilfreds med egne spisevaner. Opgørelser af denne art er derfor meget følsomme over for placeringen af skæringspunktet. Vi har som nævnt valgt, at personerne mindst skulle svare klart bekræftende ('Passer ofte', 'Passer meget ofte') på tre af ovennævnte otte spørgsmål.

Tabel 5.2 giver et overblik over svarprocenterne for de enkelte spørgsmål for alle adspurgte. Som det fremgår, så får relativt mange dårlig samvittighed, når de spiser slik (35 pct.), og mange er ikke tilfredse med deres spisevaner (25 pct.). Der er 13 pct., som er på slankekur, mens en lille gruppe går på en decideret sulte- eller fastekur (3 pct.). Nogle er bange for, at de ikke kan stoppe med at spise, når de først er begyndt (4 pct.), mens andre føler det ubehageligt at spise sammen med andre (2 pct.). En meget lille gruppe spiser slankepiller eller -pulver eller kaster

maden op (1 pct. og 0,5 pct.). Samlet set er det 7,8 pct., der giver tre eller flere klart bekræftende svar på disse spørgsmål.

TABEL 5.2

Andelen af de interviewede 25-årige, der har svaret bekræftende på en række spørgsmål om krop, vægt og spisevaner. Procent.

	Antal N = 2.980	Procent (vægtet)
Du får dårlig samvittighed, når du spiser slik	981	35
Du er på slankekur	408	13
Du er ikke tilfreds med dine spisevaner ¹	812	25
For at tabe dig eller undgå at tage på i vægt, går du på sulte- eller fastekur	85	3
For at tabe dig eller undgå at tage på i vægt, bruger du slankepiller eller slankepulver	34	1
Du kaster op for at komme af med det, du har spist	20	0,5
Du føler det ubehageligt at spise sammen med andre	73	2
Du er bange for, du ikke kan holde op med at spise, når du først er begyndt	133	4
Tre eller flere bekræftende svar på ovenstående	257	7,8

Anm.: Svarkategorierne har været som følger: 'Passer meget ofte', 'Passer ofte', 'Passer sjældent', 'Passer aldrig', 'Ved ikke' eller 'Uoplyst'. Hvis der svares bekræftende på tre eller flere af spørgsmålene, regnes det som en indikator for en spiseforstyrrelse.

1. Spørgsmålet er her blevet 'vendt om'. I spørgeskemaet er respondenterne blevet spurgt: 'Du er tilfreds med dine spisevaner'.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

Vores undersøgelse viser, at der eksisterer et meget begrænset overlap mellem personer med selvskadende adfærd, som blev behandlet i forrige kapitel, og personer med en spiseforstyrrelse. Således fremgår det, at 7,5 pct. af de personer, der lider af en spiseforstyrrelse, også har skadet sig selv. Eller sagt på en anden måde: Der er 114 personer ud af de i alt 2.980 interviewede, der har skadet sig selv, og der er 257 personer, der har indikation på en spiseforstyrrelse; ud af disse er der 17 personer, der indgår i begge grupper. Således er det relevant at undersøge, hvilke forskellige baggrundskarakteristika der karakteriserer de to grupper.

De unge voksne er ligeledes blevet spurgt om en række baggrundsforhold, såsom uddannelse, civilstatus mv. Af tabel 5.3 fremgår det, hvad der karakteriserer den samlede gruppe samt personer med og uden en spiseforstyrrelse. Først og fremmest fremgår det med al tydelighed, at der forekommer en stor overrepræsentation af kvinder i gruppen af personer med en spiseforstyrrelse: 79 pct. er kvinder, mens der 'kun' er tale om 21 pct. mænd ($P < 0,001$). Dette er i tråd med resultaterne fra den eksisterende forskningslitteratur, som vi så det i kapitel 3.

Hvis vi ser på personerne, der har haft en børnesag, så er det interessant, at dette ikke er signifikant for personer med en spiseforstyrrelse, som vi ellers så det hos personer, der lider af selvskade. Der er altså ikke signifikant flere personer med en spiseforstyrrelse, der har en børnesag, end personer uden en spiseforstyrrelse med en børnesag.

TABEL 5.3

De interviewede 25-årige fordelt efter sociodemografiske karakteristika. Særskilt for personer med og uden en spiseforstyrrelse. Procent.

	Total	Har ingen spiseforstyrrelse	Har en spiseforstyrrelse	P <
<i>Køn</i>				0,0001
Kvinde	47,8	45,0	79,0	
Mand	52,2	55,0	21,0	
<i>Børnesag</i>				Ns
Har haft børnesag	6,3	6,0	9,0	
Har ikke haft børnesag	93,7	94,0	91,0	
<i>Højeste skoleuddannelsesniveau</i>				Ns
Grundskole	35,5	35,4	37,0	
Højere end grundskole	64,5	64,6	63,0	
<i>Erhvervsuddannelse</i>				0,0019
I gang med eller gennemført erhvervsuddannelse	82,4	83,1	75,0	
Er hverken i gang med eller har gennemført erhvervsuddannelse	17,6	16,9	25,0	
<i>Civilstatus</i>				0,0174
Gift/samlevende	46,0	45,3	53,4	
Enlig	54,0	54,7	46,6	
<i>Antal</i>	2.980	2.723	257	

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige. Stikprøven er stratificeret, og procentandelene er derfor vægtede, således at de repræsenterer hele fødselsårgangen. Ns betyder 'ikke signifikant', altså at de fundne forskelle ligger inden for stikprøvesikkerheden.

1. Børn og unge, der enten har været anbragt uden for familien eller har modtaget forebyggende foranstaltninger, fx personlig rådgiver, praktikophold, udslusningsordning, forlænget hjemtagelse, fast kontaktperson samt bevilget støtteperson til familien.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

I forhold til uddannelsesniveau adskiller personer med en spiseforstyrrelse og dem uden en spiseforstyrrelse sig ikke signifikant fra hinanden. Dog har personer med en spiseforstyrrelse signifikant mindre erhvervsuddannelse end personer uden en spiseforstyrrelse.

Ser vi på den civile status hos personer med en spiseforstyrrelse, så er lidt over halvdelen gift eller samlevende (53,4 pct.), mens lidt under

halvdelen er enlige (46,6 pct.). Således lever personer med en spiseforstyrrelse i højere grad i et forhold end deres jævnaldrende ($P < 0,0174$).

ANDRE SOCIALE OG FØLELSERMÆSSIGE PROBLEMER

Tabel 5.4 indeholder en række variable omhandlende følelsesmæssige og sociale problemer, som ifølge den eksisterende forskningslitteratur ofte forekommer i forbindelse med den spiseforstyrrede adfærd. Der er ikke nødvendigvis tale om nogen årsagssammenhæng, da det blandt andet er vanskeligt at afgøre, hvad der kommer først i tid: de sociale og følelsesmæssige problemer eller den spiseforstyrrede adfærd. Vi kan blot konstatere, at de udvalgte sociale og følelsesmæssige problemer ofte ses sammen med en spiseforstyrrelse, hvilket i øvrigt også svarer til resultaterne fra tidligere undersøgelser.

TABEL 5.4

Andelen af de interviewede 25-årige, der har en række følelsesmæssige og sociale problemer. Særskilt for hele gruppen og gruppen med en spiseforstyrrelse. Procent og odds ratio.

	Alle Procent	Har spiseforstyrrelse Procent	Odds ratio	P <
Isoleret og manglende venner ¹	5,2	9,6	2,1	0,0001
Savner ven og føler sig afvist af andre ²	3,8	7,0	2,1	0,0001
Lav selvværdsfølelse ³ (RSE)	3,2	10,3	4,3	0,0001
Posttraumatiske stressreaktioner ⁴	13,6	27,1	2,6	0,0001
Lav social støtte ⁵	23,1	34,2	1,8	0,0001
Selvmodsovervejelser og -forsøg ⁶	14,2	28,0	2,6	0,0001

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

1. Se bilagstabel B3.1.
2. Se bilagstabel B3.2.
3. Se bilagstabel B3.9.
4. Se bilagstabel B3.8.
5. Se tabel 1.1.
6. Der blev stillet flere spørgsmål omhandlende selvmodsovervejelser i løbet af interviewet: 1) Har du på noget tidspunkt overvejet eller forsøgt selvmord? 2) Har du truet med selvmord? 3) Har du forsøgt selvmord? 4) Har du nogensinde med vilje taget en overdosis (fx piller eller anden medicin) eller skadet dig selv på nogen måde (såsom at skære eller brænde dig selv)? Hvis der svares bekræftende på de første spørgsmål eller bekræftende på at have taget en overdosis, er der kodet for selvmodsovervejelser/selvmodsoversøg. Hvis der alene er svaret bekræftende på selvskadende adfærd, er dette ikke kodet som selvmodsovervejelse.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

Som det fremgår af tabellen, så har personer med en spiseforstyrrelse en langt større risiko for sociale og følelsesmæssige problemer end personer

uden en spiseforstyrrelse. Odds ratio er mellem 1,8 og 4,3 for forskellige problemer ($P < 0,0001$). Det er særlig problemer forbundet med lavt selvværd, posttraumatiske stressreaktioner samt selvmordsovervejelser og -forsøg, der korrelerer med spiseforstyrrelser. Ifølge forskningslitteraturen er problemet med få nære venner og social isolation udslagsgivende risikofaktorer for spiseforstyrret adfærd (jf. kapitel 3). Disse resultater bekræftes i denne undersøgelse. Ud fra en række spørgsmål om social isolation og manglende venner forekommer dette dobbelt så hyppigt blandt spiseforstyrrede som blandt deres jævnaldrende.

RISIKOFAKTORER FOR SPISEFORSTYRRELSE

På baggrund af tidligere forskning har vi søgt at belyse en række udvalgte risikofaktorer, der potentielt kunne være associerede med spiseforstyrrelser. I tabel 5.5 har vi undersøgt, hvorvidt der er en statistisk sammenhæng mellem en række udvalgte baggrundsvariable, såsom køn, forskellige former for misbrug og vanrøgt, begrænset social støtte, lavt selvværd, posttraumatiske stressreaktioner samt akkumulerede traumatiske livsbegivenheder. Formålet er at teste, om det er de samme risikofaktorer, som gjorde sig gældende for selvskade, eller om der tegner sig et andet mønster.

Som nævnt tidligere er det i højere grad kvinder end mænd, der lider af en spiseforstyrrelse. Det viser sig ligeledes i vores undersøgelse, at kvinder har signifikant højere odds for at udvikle en spiseforstyrrelse end mænd (odds ratio: 4,6).

Resultaterne viser, at børnemishandling og vanrøgt i barndommen er statistisk knyttet til en øget risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse senere i livet. Oddsene er mellem 1,8 og 4,5 for forskellige former for børnemishandling og vanrøgt, hvilket betyder, at personer, der har været udsat for misbrug eller vanrøgt, har mellem 1,8 og 4,5 gange større risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse end personer, der ikke har.

De højeste odds for at udvikle en spiseforstyrrelse er her hos personer, der er blevet seksuelt misbrugt (odds ratio: 4,5). En samlet analyse, hvor alle de nævnte risikofaktorer inddrages i analysen, viser imidlertid, at det kun er lavt selvværd, posttraumatiske stressreaktioner, personens køn samt en ophobning af traumatiske livsbegivenheder (som ikke indbefatter børnemishandling og mobning), der statistisk hænger signifikant sammen med risikoen for en spiseforstyrrelse. De psykosocia-

le belastningsfaktorer i familien har slet ikke samme vægt, som undersøgelsen viste for selvskadende personer.

TABEL 5.5

Andel blandt interviewede 25-årige med udvalgte risikofaktorer samt odds ratio og beregnet ætiologisk brøk (AR) for spiseforstyrrelser.

	Antal	Pct. blandt alle (vægtet)	Odds ratio (ikke justeret)	Odds ratio (justeret)	P<	AR
Kvinde	1.401	47,8	4,6	4,3	0,0001	61
<i>Misbrug og vanrøgt</i>						
A Fysisk mishandling ¹	275	5,6	1,8	Ns	Ns	
B Seksuelt misbrug ²	67	1,2	4,5	Ns	Ns	
C Psykologisk mishandling ³	268	5,3	2,5	Ns	Ns	
D Fysisk vanrøgt ⁴	192	3,1	2,4	Ns	Ns	
E Traumatiske belastninger (mindst 7 andre end ovenstående) ⁵	699	19,7	1,8	1,4	0,03	7
F Mobbning i skolen	611	15,1	2,1	Ns	Ns	
G Forældrekonflikt	543	12,4	2,1	Ns	Ns	
Lav social støtte (CSS) ⁶	929	23,1	2,1	1,5	0,006	10
Børnesag	852	6,3	1,5	Ns	Ns	
Posttraumatiske stressreaktioner ⁷	508	13,6	2,6	1,6	0,005	8
Lavt selvværd, The Rosenberg Self-Esteem (RSE) ⁸	135	3,2	5,1	3,2	0,0001	7

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige. AR er en forkortelse af 'attributable risk' eller ætiologisk brøk. Brøken angiver et tænkt regneeksempel, hvor man forestiller sig, at den pågældende risikofaktor blev fjernet, og derefter beregnes, hvor stor en reduktion man måtte forvente i andelen af personer med selvskade (Szklo & Nieto, 2012; Woodward, 1999). Ns betyder ikke signifikant.

1. Se bilagstabel B3.3.
2. Se bilagstabel B3.6.
3. Se bilagstabel B3.4.
4. Se bilagstabel B3.5.
5. Se bilagstabel B3.7.
6. Se tabel 1.1.
7. Se bilagstabel B3.8.
8. Se bilagstabel B3.9.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

Vores resultater peger dog ikke på, at seksuelt misbrug tidligere i livet hænger statistisk sammen med risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse. Der er i forskningslitteraturen ikke enighed om, hvorvidt seksuelt misbrug øger risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse eller ej.

Resultaterne understøtter kun delvist vores tese om, at alvorlige traumatiske livsbegivenheder er knyttet til en øget risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse. For flere akkumulerede traumatiske livsbegivenheder er odds ratio 1,4 ($P < 0,03$).

Det kan således umiddelbart afkræftes, at enkeltfaktorerne i et belastende opvækstmiljø med eksempelvis mobning eller børnemishandling er associeret med en øget risiko for en spiseforstyrrelse, når man tager højde for de øvrige risikofaktorer i analyserne (se justeret OR i tabel 5.5). Unge voksne, der har haft en børnesag, har ikke større risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse end personer uden en børnesag, når man tager højde for de øvrige risikofaktorer. Men personer, der oplever manglende social støtte, har en øget risiko for en spiseforstyrrelse (odds ratio 1,5).

At relativt mange af de unge med en spiseforstyrrelse oplever manglende social støtte kan være et resultat af deres lidelse eller en kombination af, at omgivelserne mangler viden og indsigt i, hvorledes de kan støtte den unge med en spiseforstyrrelse.

Vi finder ydermere en statistisk sammenhæng mellem posttraumatiske stressreaktioner, lavt selvværd og spiseforstyrrelse (odds ratio hhv. 1,6 og 3,2). Det er altså især et lavt selvværd, der kendetegner dem, der lider af spiseforstyrrelser. Lavt selvværd findes 3,2 gange hyppigere blandt dem, der har en spiseforstyrrelse sammenlignet med de jævnaldrende, der ikke lider af en sådan, når man inddrager de øvrige risikofaktorer. Det lave selvværd kan være en konsekvens af deres spiseforstyrrelse eller kan være forårsaget af de samme forhold som spiseforstyrrelsen.

For at kunne vurdere de enkelte faktorer betydning for det samlede antal personer med en spiseforstyrrelse har vi udregnet den ætiologiske brøk AR, dvs. den reduktion af det samlede antal, som man måtte forvente, hvis man kunne reducere udbredelsen af den pågældende risikofaktor. Beregningen foretages på grundlag af oplysninger om risikofaktorens udbredelse i hele ungdomspopulationen sammenholdt med risikofaktorens odds ratio for en spiseforstyrrelse.

Ingen af de specificerede enkeltfaktorer for børnemishandling og vanrøgt kunne bidrage med en reduktion i det samlede antal spiseforstyrrelser. Kun de øvrige ophobede traumatiske belastninger (E i tabel 5.5) kan bidrage med en signifikant reduktion, og det er endda kun et beskedent bidrag (AR 7 pct.).

En forklaring kunne være, at det kun er dem, der er hårdest ramt af en spiseforstyrrelse, der også har oplevet ophobede alvorlige traumatiske belastninger, og at vores afgrænsning af spiseforstyrrelser medtager grupper, der kun har lettere spiseforstyrrelser (se bilagstabel B 3.1). Hvis man afgrænser spiseforstyrrelse ud fra et strengere kriterium, hvor kun 2,7 pct. opfylder kravene (svarende til 95 personer), så ændres risikopro-

filen en smule.¹⁹ De risikofaktorer, der er signifikante, er køn (OR 3,8), seksuelt misbrug (OR 2,4), lav social støtte (OR 2,1) samt lavt selvværd (OR 6,5). Det er dog stadig lav social støtte og lavt selvværd, der kan forklare de fleste alvorlige spiseforstyrrelser med hhv. AR på 20 og 15 pct., hvor kun et stærkt begrænset antal af de alvorlige spiseforstyrrelser kan forklares med seksuelt misbrug (AR 2).

En anden del af forklaringen på, at de psykosociale belastninger i familien kun kan forklare en begrænset del af spiseforstyrrelserne, kan være, at vi har opdelt alvorlige traumatiske belastninger i en bred vifte af relativt sjældne belastninger. På baggrund af tidligere analyser kan man danne en sammensat risikofaktor, der består af såvel fysisk og psykologisk mishandling, seksuelle overgreb i familien (A-C), sammen med mobning i skolen (F) og andre ophobede traumatiske livsbegivenheder (E), se tabel 5.6.

TABEL 5.6

Andelen af de interviewede 25-årige med en spiseforstyrrelse, der har været udsat for en række risikofaktorer i barndommen. Procent og odds ratio.

	Antal	Procent (vægtet)	Odds ratio	P <
Total	2.980		7,8	
A. Fysisk mishandling	275	14,2	1,8	0,0015
B. Seksuelt misbrug	67	34,4	4,5	0,0001
C. Psykologisk mishandling	268	15,4	2,5	0,0001
D. Fysisk vanrøgt	192	15,1	2,4	0,0001
Misbrug og vanrøgt (en eller flere af de ovenstående A-D)	502	16,0	2,4	0,0001
Misbrug generelt (fysisk, seksuel eller psykologisk mishandling A-C)	435	17,4	2,6	0,001
E. Traumatiske belastninger (mindst syv andre end ovenstående)	699	12,8	1,8	0,0001
F. Mobning i skolen	611	12,4	2,1	0,0001
Traumatiske belastninger (inklusive misbrug eller mobning i skolen A-C, E-F)	1.231	12,4	2,5	0,0001

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige. A-C og E-F refererer til tabel 5.5.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

Denne sammensatte risikofaktor viser, at et belastende opvækstmiljø har en statistisk sammenhæng med en øget risiko for en spiseforstyrrelse (odds ratio 2,5). Når man inddrager de øvrige risikofaktorer i analysen

19. For at blive registreret med en alvorlig spiseforstyrrelse skal personen svare bekræftende på mindst halvdelen af spørgsmålene om holdning til krop, vægt og spisevaner (se tabel 5.2). Der var 95 personer, der opfyldte dette kriterium, mens der var 257, der gav tre eller flere bekræftende svar. Risikoprofilen kan ses i bilagstabel B3.1.

ses stadig en signifikant, men reduceret sammenhæng (odds ratio 2,0). Omkring en fjerdedel af tilfældene kunne teoretisk set fjernes, hvis man forestiller sig, at man kunne fjerne traumatiske belastninger. Dette er en meget mindre reduktion end den, vi fandt for selvskaade, antagelig fordi selvskaade er statistisk meget tættere knyttet til traumatiske belastninger.

TABEL 5.7

Andel blandt interviewede 25-årige med udvalgte risikofaktorer samt odds ratio og beregnet ætiologisk brøk (AR) for spiseforstyrrelser.

	Antal	Pct. blandt alle (vægtet)	Odds ratio (justeret)	P <	AR ¹ pct.
Kvinde	1.401	47,8	4,2	0,0001	60
Traumatiske belastninger (inklusive misbrug eller mobning i skolen A-C, E-F)	1.231	33,7	2,0	0,0001	25
Posttraumatiske stressreaktioner	508	13,6	1,6	0,002	8
Lavt selvværd, The Rosenberg Self-Esteem (RSE)	135	3,2	3,2	0,0001	7
Børnesag	852	6,3	Ns		
Lav social støtte (CSS)	929	23,1	Ns		
Forældrekonflikt	543	12,4	Ns		

1. AR er en forkortelse af 'attributable risk' eller ætiologisk brøk. Brøken angiver et tænkt regneeksempel, hvor man forestiller sig, at den pågældende risikofaktor blev fjernet, og derefter beregnes, hvor stor en reduktion man måtte forvente i andelen af personer med selvskaade (Szklo & Nieto, 2012; Woodward, 1999).

A-C og E-F refererer til tabel 5.5.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

RISIKOFAKTORER FOR ANOREKSI

I en undersøgelse som denne, der baserer sig på besøgs- og telefoninterview, kan vi vanskeligt med sikkerhed udskille dem, der har anoreksi; dertil kræves en psykiatrisk undersøgelse, men vi har spurgt de unge om deres højde og vægt. I diagnosesystemet for anoreksi indgår personer med en kropsvægt, der er mindre end 85 pct. af den forventede vægt ud fra personens højde og alder. Dette svarer til et BMI på under 18,5 for de 25-årige, som indgår i vores undersøgelse.²⁰ I vores undersøgelse var der ud af de 2.980 adspurgte 88, der opfyldte dette kriterium. I lighed med de 114 unge, der havde skadet sig selv, underkastede vi disse 88 en nærmere analyse for at finde ud af, om de adskilte sig fra de øvrige med hensyn til rækken af risikofaktorer.

20. Quetelet's Body Mass Index er for anoreksi på 17,5 eller mindre. BMI betyder Body Mass Index = vægten i kg divideret med kvadratet af højden i meter. I analysen er skillepunktet flyttet til 18,5.

TABEL 5.8

Andel blandt interviewede 25-årige med udvalgte risikofaktorer samt odds ratio og beregnet ætiologisk brøk (AR) for anoreksi.

	Antal	Pct. blandt alle (vægtet)	Odds ratio (ikke justeret)	Odds ratio (justeret)	P <	AR Pct.
Kvinde	1.401	47,8	4,0	3,8	0,0001	57
<i>Misbrug og vanrøgt</i>						
A Fysisk mishandling ¹	275	5,6	Ns	Ns	Ns	
B Seksuelt misbrug ²	67	1,2	Ns	Ns	Ns	
C Psykologisk mishandling ³	268	5,3	3,4	3,1	0,0001	10
D Fysisk vanrøgt ⁴	192	3,1	Ns	Ns	Ns	
E Traumatiske belastninger (mindst syv andre end ovenstående) ⁵	699	19,7	Ns	ns	Ns	
F Mobbning i skolen	611	15,1	1,8	Ns	Ns	
G forældre konflikt	543	12,4	2,2	ns	Ns	
<i>Begrænset social støtte</i>						
Lav social støtte (CSS) ⁶	929	23,1	1,8	ns	Ns	
Børnesag	852	6,3	Ns	ns	Ns	
<i>Selværd og posttraumatiske stressreaktioner</i>						
Posttraumatiske stressreaktioner ⁷	508	13,6	2,2	ns	Ns	
Lavt selvværd, The Rosenberg Self-Esteem (RSE) ⁸	135	3,2	2,5	ns	Ns	

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige. AR er en forkortelse af 'attributable risk' eller ætiologisk brøk. Brøken angiver et tænkt regneeksempel, hvor man forestiller sig, at den pågældende risikofaktor blev fjernet, og derefter beregnes, hvor stor en reduktion man måtte forvente i andelen af personer med selvskade (Woodward, 1999).

1. Se bilagstabel B3.3.
2. Se bilagstabel B3.6.
3. Se bilagstabel B3.4.
4. Se bilagstabel B3.5.
5. Se bilagstabel B3.7.
6. Se tabel 1.1.
7. Se bilagstabel B3.8.
8. Se bilagstabel B3.9.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

De eneste risikofaktorer, der adskiller de undervægtige fra deres jævnaldrende, er deres oplevelse af forældres psykologiske mishandling (odds ratio 3,4) og oplevelsen af at blive mobbet i skolen (odds ratio 1,8). Herudover slås disse unge med symptomer på posttraumatisk stress (odds ratio 2,2) og et lavt selvværd (2,5). Imidlertid forsvinder disse sammenhænge i den samlede model, hvor hver enkelt risikofaktor estimeres under hensyntagen til de øvrige signifikante risikofaktorer. Tilbage står alene psykologisk mishandling, som kun kan forklare omkring 10 pct. (AR) af det samlede omfang af unge med BMI under 18,5.

I undersøgelsen forekommer de psykosociale belastninger i barndom og ungdom detaljeret bredt ud på en række belastninger, der hver for sig rammer mindre grupper. En del af forklaringen på, at der kun er sporadiske sammenhænge mellem anoreksi og tidligere former for alvorlige traumatiske livsbegivenheder, kan skyldes, at der er tale om relativt sjældne hændelser. I den følgende analyse har vi derfor konstrueret et sammensat mål for alvorlige traumatiske livsbegivenheder bestående af forskellige typer af børnemishandling, inklusive mobning i skolen og andre ophobede traumatiske livsbegivenheder. Men selv med dette sammensatte mål for belastninger finder vi stadig ingen sammenhæng med symptom på anoreksi målt som et BMI mindre end 18,5.

TABEL 5.9

Andel af de interviewede 25-årige med sammensatte risikofaktorer samt odds ratio og beregnet ætiologisk brøk (AR) for anoreksi.

	Antal	Pct. blandt alle (vægtet)	Odds ratio (justeret)	P <	AR pct.
Kvinde	1.401	47,8	3,7	0,0001	56
Traumatiske belastninger (inklusive misbrug eller mobning i skolen A-C, E-F)	1.231	33,7	Ns		
Posttraumatiske stressreaktioner	508	13,6	1,7	0,035	9
Lavt selvværd, The Rosenberg Self-Esteem (RSE)	135	3,2	Ns		
Børnesag	852	6,3	Ns		
Lav social støtte (CSS)	929	23,1	Ns		
Forældrekonflikt	543	12,4	1,8	0,002	9

Anm.: AR er en forkortelse af 'attributable risk' eller ætiologisk brøk. Brøken angiver et tænkt regneeksempel, hvor man forestiller sig, at den pågældende risikofaktor blev fjernet, og derefter beregnes, hvor stor en reduktion man måtte forvente i andelen af personer med selvskade (Szklo & Nieto, 2012; Woodward, 1999). A-C og E-F refererer til tabel 5.5.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

Det samlede resultat viser, at de psykosociale belastninger kun i begrænset omfang kan knyttes til en øget risiko for symptomer på anoreksi. Disse resultater underbygges af de tidligere familie- og tvillingeundersøgelser, der vidner om betydningen af en genetisk sårbarhed for spiseforstyrrelser (Bulik m.fl., 2000; Fichter & Noegel, 1990; Grice m.fl., 2002; Holland, Sicotte & Treasure, 1988; Kendler m.fl., 1991; Lilenfeld m.fl., 1998; Strober, Freeman & Lampert, 2000). Men netop en sådan genetisk sårbarhed kan ikke belyses i denne undersøgelse. Resultaterne kan således ikke afvise hypotesen om, at en genetisk sårbarhed i kombination med kaotiske tilstande i opvækstmiljøet i enkelte tilfælde kan øge risikoen for udvikling af en spiseforstyrrelse.

ANALYSE AF SOCIAL STØTTE SOM MEDIATOR

Vi undersøger, om social støtte svækker sammenhængen mellem den uafhængige variabel (traumatiske livsbegivenheder inklusive misbrug og mobning i skolen) og den afhængige variabel (spiseforstyrrelse). Dette gør vi ved brug af analysemodellen (figur 1.1), der blev introduceret i kapitel 1.

Som vi viste i det forrige kapitel, er det sådan, at den sociale støtte gives selektivt, hvilket betyder, at de personer, der især får social støtte, er dem, der ikke har brug for det, altså især dem, der ikke har oplevet kumulerede traumatiske livsbegivenheder. Det fremgik af tabel 4.7, at personer, der har været udsat for traumatiske livsbegivenheder, børnemishandling og mobning i skolen, oftere har oplevet en lav grad af social støtte (odds ratio: 2,6; $P < 0,0001$) end dem, der ikke har været udsat for disse psykosociale belastninger.

Sammenhængen mellem ophobede traumatiske livsbegivenheder og spiseforstyrrelse ($P < 0,0091$, se tabel 5.10) svækkes, når der er taget højde for social støtte, idet den direkte effekt c estimeret (0,04704) er mindre end den totale effekt c' , som er estimeret til (0,04904).

TABEL 5.10

Sammenhæng mellem risikofaktorer, social støtte og spiseforstyrrelse blandt de interviewede 25-årige (se bilag 2).

Spiseforstyrrelse	Total effekt c'	a	b	Den direkte effekt c	Indirekte effekt $a * b$
Parameter lineær regression (Standardfejl)	0,04904 (0,0109)	0,16787 (0,01613)	0,03205 (0,01175)	0,04704 (0,01107)	0,00538 (0,00205)
H_0^1	$P < 0,0001$	$P < 0,0001$	$P < 0,0064$	$P < 0,0001$	$P < 0,0091$

Anm.: Parametrene a , b , c , c' er beskrevet i figur 1.1.

- H_0 kaldes traditionelt for H-nul hypotesen. Den udtrykker antagelsen, at den pågældende parameter er nul, når man tager højde for stikprøveusikkerheden. P angiver sandsynligheden for dette. Altså, det er meget usandsynligt ($P < 0,0091$), at parameteren $a * b$ skulle være nul.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

Der er selvfølgelig usikkerhed på sådanne estimater, men forskellen er signifikant, idet den indirekte effekt, dvs. produktet $a * b$ er signifikant forskellig fra nul (se tabel 5.10). Social støtte opfylder således en af de nødvendige betingelser for at udgøre en mediator, der kan forklare,

hvorfor nogle af de unge, der har været udsat for alvorlige traumatiske livsbegivenheder, alligevel klarer sig uden at udvikle spiseforstyrrelser.

Dog udgør social støtte kun en partiel mediator, idet mange af de unge, der har været udsat for alvorlige traumatiske livsbegivenheder, fik en spiseforstyrrelse også i de tilfælde, hvor de fik social støtte. Således bør man lede efter andre mediatorer. Vi kan endvidere ikke være sikre på, at der er tale om en årsagssammenhæng. Det betyder, at hvis de unge i en fremtidig situation får social støtte, at så kan vi ikke være sikre på, at det også vil resultere i en signifikant nedgang i spiseforstyrrelser. Dertil kræves yderligere undersøgelser.

SAMMENFATNING

I denne analyse har vi inddraget et omfattende datamateriale, der baserer sig på interview med 2.980 unge voksne født i 1984. Vi har i dette kapitel fokuseret særligt på data vedrørende spiseforstyrrelser samt en lang række baggrundsforhold såsom belastende livsbegivenheder og social støtte.

Analysen bekræfter vores formodning om, at spiseforstyrrelser i højere grad forekommer hos unge voksne, der har været udsat for en eller flere psykosociale belastninger, som fx psykologisk mishandling, mobning eller andre traumatiske livsbegivenheder i barndommen, end hos unge voksne, der ikke har været udsat for disse belastninger. Omkring en fjerdedel af tilfældene kunne forklares med disse psykosociale belastninger (AR: 25 pct.).

Resultaterne bekræfter ydermere, at social støtte fungerer som en mediator, således at risikoen for spiseforstyrrende adfærd mindskes hos de unge voksne, der har modtaget social støtte fra en signifikant anden. Den sociale støtte får den unge til at føle sig elsket og værdsat. Et sådant forhold er karakteriseret ved empati, forståelse, respekt og oprigtighed (Cobb, 1976; Porritt, 1979).

Analysens resultater belyser således, hvilke forhold der statistisk er korreleret med en forøget risiko for udvikling af en spiseforstyrrelse, og inddrager social støtte som en partiel mediator. Disse resultater er således relevante at medtænke fremadrettet i planlægningen af effektive behandlinger og forebyggende foranstaltninger.

SAMMENFATNING OG KONKLUSION

Formålet med denne undersøgelse har været at opnå en større viden om unges sociale problemer med henblik på at få et bedre grundlag for forebyggelse og behandling af to specifikke typer af selvdestruktiv adfærd: selvskade og spiseforstyrrelser.

Undersøgelsen har vist, at der er nogle statistiske sammenhænge mellem forskellige belastninger i barndommen og forekomst af selvskade og spiseforstyrrelser. Undersøgelsen har desuden gjort det klart, at disse sammenhænge er meget mere udtalt for personer med selvskadende adfærd end for personer med en spiseforstyrrelse. Undersøgelsen afkræfter antagelsen om, at selvskade og spiseforstyrrelser har samme bagvedliggende årsager, idet mønsteret af risikofaktorer viser sig at være væsentligt forskelligt i de to grupper. Endvidere har undersøgelsen vist, at de følelsesmæssige og sociale problemer er mere udtalte blandt de unge med selvskadende adfærd end blandt de unge, der havde spiseforstyrrelser.

Endelig har undersøgelsen vist, at de unge, der fik social støtte i barndommen, klarer sig bedre på trods af belastninger i barndommen – uanset om det drejer sig om selvskade eller spiseforstyrrelser.

BELASTNINGER I BARNDOMMEN

Undersøgelsen er en af de få, der både belyser langvarige konsekvenser af børnemishandling og fokuserer på dem, der klarer sig godt på trods af belastende opvækstvilkår. Undersøgelsen finder meget markante sammenhænge mellem alvorlige traumatiserende belastninger i barndommen og selvdestruktiv adfærd i form af selvskade, mens sammenhængen for personer med spiseforstyrrelse og anoreksi er langt mindre markant, jf. tabel 6.1. Umiddelbart er fysisk mishandling, seksuelt misbrug, psykologisk mishandling og fysisk vanrøgt alle markant korreleret med såvel selvskade som spiseforstyrrelse. Ligeledes ses en tydelig ophobning af andre traumatiske livsbegivenheder samt mobning i skolen både hos dem, der lider af selvskade, og hos dem med spiseforstyrrelser, men disse sammenhænge er mindre robuste for spiseforstyrrelser, når man justerer for samtlige risikofaktorer.

Der er et meget lille sammenfald imellem de to grupper. Der er således kun få, der både udfører selvskade og har en spiseforstyrrelse. Men begge grupper lider under et meget lavt selvværd (odds ratio 5,1). Der er imidlertid også nogle iøjnefaldende forskelle. Sammenhængen mellem seksuelt misbrug og spiseforstyrrelse er særligt udtalt, men kun mindre markant for dem, der lider af selvskade. Alle de øvrige risikofaktorer for børnemishandling og for alvorlige livsbegivenheder optræder til gengæld langt hyppigere blandt de unge med selvskade end blandt de unge med spiseforstyrrelser (tabel 6.1).

Posttraumatiske stressreaktioner er følgelig også meget mere udbredt blandt de unge, der lider af selvskade, end blandt de unge, der lider af en spiseforstyrrelse. Samlet set forekommer ophobede traumatiske livsbegivenheder, herunder børnemishandling og mobning i skolen, seks gange hyppigere hos unge med selvskade end blandt de unge, der ikke lider af selvskade (odds ratio 6,0). Tilsvarende er odds ratio 2,5 for de unge, der lider af spiseforstyrrelser.

Der er med andre ord væsentlige forskelle mellem selvskade og spiseforstyrrelser, hvilket fremgår af det mønster, risikofaktorerne tegner. Dermed styrkes en antagelse om, at de bagvedliggende årsager til hhv. selvskade og spiseforstyrrelser er væsentligt forskellige, og at man i det videre arbejde med at finde effektive forebyggende foranstaltninger og effektive behandlinger vil være tjent med at betragte selvskade og spiseforstyrrelser som to forskellige fænomener.

TABEL 6.1

Andelen af de interviewede 25-årige med selvdestruktiv adfærd, der har været udsat for en række risikofaktorer i barndommen. Særskilt for selvskade og for spiseforstyrrelser. Procent og odds ratio (ikke justerede).

	Selvskade Procent	Spisefor- styrrelse Procent	Odds ratio Selvskade	Odds ratio Spisefor- styrrelse
Total	2,7	7,8		
Kvinde	4,2	13,0	2,9	4,6
<i>Misbrug og vanrøgt</i>				
A Fysisk mishandling ¹	12,1	14,2	4,2	1,8
B Seksuelt misbrug ²	10,2	34,4	2,6	4,5
C Psykologisk mishandling ³	8,7	15,4	4,6	2,5
D Fysisk vanrøgt ⁴	8,4	15,1	3,3	2,4
Misbrug og vanrøgt (en eller flere af de ovenstående dvs. A-D)	9,0	16,0	4,3	2,4
Misbrug generelt (fysisk, seksuel eller psykologisk mishandling dvs. A-C)	9,3	17,4	4,3	2,6
<i>Traumatiske belastninger</i>				
E Traumatiske belastninger (mindst 7 andre end ovenstående) ⁵	6,1	12,8	3,7	1,8
F Mobning i skolen	6,1	12,4	2,8	2,1
Traumatiske belastninger (inklusive mishandling eller mobning i skolen dvs. A-C, E-F)	5,8	12,4	6,0	2,5
<i>Begrænset social støtte</i>				
Lav social støtte (CSS) ⁶	6,5	11,6	4,2	2,1
Børnesag	7,5	11,2	3,4	1,5
<i>Selv værd og posttraumatiske stressreaktioner</i>				
Posttraumatiske stressreaktioner ⁷	7,2	15,6	4,0	2,6
Lavt selvværd, The Rosenberg Self-Esteem (RSE) ⁸	9,1	25,0	5,1	5,1

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

1. Se bilagstabel B3.3.

2. Se bilagstabel B3.6.

3. Se bilagstabel B3.4.

4. Se bilagstabel B3.5.

5. Se bilagstabel B3.7.

6. Se tabel 1.1.

7. Se bilagstabel B3.8.

8. Se bilagstabel B3.9.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

Personer med de udvalgte risikofaktorer har gennemgående en større risiko for at udvikle en selvskadende adfærd end for at udvikle en spiseforstyrrelse. Af tabel 6.2 fremgår det, at unge med psykosociale belastninger (traumatiske belastninger, mobning og mishandling) har 3,2 gange større risiko for at udvikle en selvskadende adfærd end unge, der ikke har været udsat for disse belastninger, når man har taget andre risikofaktorer med i beregningen. De unge, der har været udsat for nævnte belastninger,

har imidlertid kun 2 gange større risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse. Dermed kan de psykosociale belastninger forklare omkring 43 pct. af forekomst af selvskade, men kun 25 pct. af spiseforstyrrelserne (se AR i tabel 6.2).

TABEL 6.2

Beregnet ætiologisk brøk for risikofaktorer for hhv. selvskade og spiseforstyrrelse ved udvalgte risikofaktorer. Odds ratio og procent.

Risikofaktorer	Pct. blandt alle (vægtet)	OR selvskade (justeret)	OR spiseforstyrrelse (justeret)	AR selvskade (pct.)	AR spiseforstyrrelse (pct.)
Kvinde	47,8	2,6	4,2	43	60
Traumatiske belastninger (inklusive misbrug eller mobning i skolen A-C, E-F)	33,7	3,2	2,0	43	25
Posttraumatiske stressreaktioner	13,6	1,7	1,6	9	8
Lavt selvværd, The Rosenberg Self-Esteem (RSE)	3,2	2,1	3,2	3	7
Børnesag	6,3	1,7	Ns	4	
Lav social støtte (CSS)	23,1	1,8	Ns	16	
Forældrekonflikt	12,4	Ns	Ns		

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige. A-C og E-F refererer til tabel 6.1.

1. AR er en forkortelse af 'attributable risk' eller ætiologisk brøk. Brøken angiver et tænkt regneeksempel, hvor man forestiller sig, at den pågældende risikofaktor blev fjernet, og derefter beregnes, hvor stor en reduktion man måtte forvente i andelen af personer med selvskade (Szklo & Nieto, 2012; Woodward, 1999).

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

FØLELSESMÆSSIGE OG SOCIALE FORSKELLE SOM VOKSEN

Både de unge, der udfører selvskade, og de unge, der lider af spiseforstyrrelser, har som nævnt et lavt selvværd. Imidlertid er de unge med en selvskadende adfærd mere isolerede, de savner oftere venner, og flere af dem har forsøgt eller overvejet selvmord, end det er tilfældet for dem med spiseforstyrrelser (se tabel 6.3). De unge med selvskade oplever især at få meget mindre social støtte (odds ratio 4,4) end dem med spiseforstyrrelser (odds ratio 1,8). Dette bekræfter i øvrigt det generelle billede af, at de unge, der har været udsat for de mest belastende opvækstvilkår, også giver udtryk for, at de ikke har fået social støtte.

TABEL 6.3

Andelen af det interviewede 25-årige med en selvdestruktiv adfærd, der oplever en række sociale og følelsesmæssige problemer. Særskilt for personer med selvskade og personer med spiseforstyrrelser. Procent og odds ratio.

	Selvskade Procent	Spiseforstyr- relse Procent	Selvskade Odds ratio	Spiseforstyr- relse Odds ratio
Isoleret og manglende venner ¹	16,8	9,6	4,0	2,1
Savner ven og føler sig afvist af andre ²	16,2	7,0	5,5	2,1
Lav selvværdsfølelse ³	11,0	10,3	4,0	4,3
Posttraumatiske stressreaktioner ⁴	36,8	27,1	3,9	2,6
Lav social støtte ⁵	55,8	34,2	4,4	1,8
Selvmodsovervejelser og forsøg ⁶	70,6	28,0	16,6	2,6

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

1. Se bilagstabel B3.1.
2. Se bilagstabel B3.2.
3. Se bilagstabel B3.9.
4. Se bilagstabel B3.8.
5. Se tabel 1.1.
6. Der blev stillet flere spørgsmål omhandlende selvmodsovervejelser i løbet af interviewet: 1) Har du på noget tidspunkt overvejet eller forsøgt selvmord? 2) Har du truet med selvmord? 3) Har du forsøgt selvmord? 4) Har du nogensinde med vilje taget en overdosis (fx piller eller anden medicin) eller skadet dig selv på nogen måde (såsom at skære eller brænde dig selv)? Hvis der svares bekræftende på de første spørgsmål eller bekræftende på at have taget en overdosis, er der kodet for selvmodsovervejelser/selvmodsoversøgelse. Hvis der alene er svaret bekræftende på selvskadende adfærd, er dette ikke kodet som selvmodsovervejelse.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

SOCIAL STØTTE TIL SELVSKADENDE

Social støtte til børn og unge, der lever under belastende opvækstvilkår, er ofte nævnt som en af de mediatorer, der kan vise sig at være nyttig i behandlingen af PTSD. Det har derfor været nærliggende at undersøge, om de børn og unge, der havde været udsat for belastende og destruktive opvækstforhold, har klaret sig bedre, hvis de har modtaget social støtte, sammenlignet med de unge, der ikke har modtaget denne støtte. Resultaterne viser, at de unge, der har fået social støtte gennemgående klarer sig bedre, dvs. at færre af dem har en spiseforstyrrelse eller er selvskadende end de unge, der ikke har fået denne støtte – selvom de har været udsat for de samme belastninger under opvæksten. Undersøgelsen bekræfter, at social støtte opfylder flere af de nødvendige betingelser for at udgøre en såkaldt mediator, der forklarer, hvorfor nogle klarer sig bedre end andre – på trods af lige dårlige odds?

DISKUSSION

Undersøgelsen belyser sammenhængen mellem selvskade eller spiseforstyrrelser i voksenalderen og betydelige belastende forhold i barndommen i form af ophobede traumatiske oplevelser, psykologiske og/eller fysiske overgreb. Der er tale om en stor stikprøve repræsentativt udvalgt blandt unge voksne født 1984. Undersøgelsen har imidlertid en række begrænsninger, som bør tages i betragtning, når man fortolker undersøgelsens resultater. For det første må man altid være på vagt, når der er tale om retrospektive interview, som det er tilfældet i vores undersøgelse. Et af problemerne med retrospektive interview er, at respondenterne kan glemme stigmatiserende begivenheder eller føle sig forlegen eller flov over at besvare spørgsmål om negative begivenheder. Det er derfor nærliggende, at undersøgelsen underrapporterer traumatiske livsbegivenheder og adfærd, der er forbundet med skamfølelse og tabuisering. Retrospektive interview lider også under vanskeligheden ved at tidsfæstne begivenheder. Det kan således principielt være vanskeligt at vide, om de alvorlige traumatiske livsbegivenheder har fundet sted, inden den selvskadende adfærd startede. Selvom vi ved hjælp af forskellige spørgeteknikker prøver at råde bod på dette, så er der tale om en svaghed i undersøgelsens design, der gør, at vi må tage forbehold og foreslå flere undersøgelser, der kan teste, om der er tale om årsagssammenhænge. For det andet er undersøgelsens resultater baseret på en enkelt dataindsamling og ikke flere forløbsinterview med de samme personer.

Undersøgelsens særlige fordele er, at metoden giver et mere repræsentativt grundlag end mange af de tidligere undersøgelser på området, som er baserede på patientgrupper og personer, der er indskrevet i et behandlingsforløb. Undersøgelsen kan derfor give en ny indsigt i sammenhænge mellem selvskade, spiseforstyrrelser og tidligere børnemishandling og alvorlige traumatiske livsbegivenheder, som man ikke tidligere havde kendt til.

Undersøgelsen begrænser sig til kun at undersøge spørgsmålet om social støtte, som kun er et blandt mange potentielt mulige forhold, der kan mindske følgevirkningerne af belastende traumatiske forhold. Det er endvidere vigtigt at bemærke, at vi især fokuserer på psykosociale belastninger i barnets nære miljø. Dette er en vigtig begrænsning, idet der er mange andre mulige årsager til udviklingen af en spiseforstyrrelse, som fx genetisk sårbarhed, der ikke kan behandles inden for vores undersø-

gelsesdesign. Undersøgelsen skal således ses som et første trin, der kan danne basis for andre undersøgelser, der inddrager flere potentielle årsagsforklaringer.

I lyset af disse begrænsninger har undersøgelsen nogle praktiske implikationer. For det første bekræfter undersøgelsen de langvarige ødelæggende virkninger, man ser efter børnemishandling. For det andet må resultaterne give anledning til overvejelser om, hvordan der kan ske en tidlig identifikation og effektiv indsats imod børnemishandling. Undersøgelsen giver nogle estimater på udbredelsen blandt børn og unge.

Undersøgelsen bidrager med indsigt i, hvilke risiko faktorer man særligt ofte ser ved selvskade og spiseforstyrrelser.

Der har været uklarhed om, hvordan selvskade skulle klassificeres, blandt andet mangler der en officiel diagnose. Dette har haft som konsekvens, at man i forskningslitteraturen har haft svært ved at opgøre omfanget og sammenligne resultaterne. Den manglende klarhed om fænomenets beskaffenhed kan føre til utilstrækkelig, mangelfuld eller fejlagtig behandling. I Danmark kan det have som konsekvens, at der mangler behandlingsprogrammer og -procedurer, og der kan mangle en systematisk opfølgning i kommunerne.

Personer med selvskadende adfærd kan i behandlingssystemet møde stor omsorg og optimisme, men kan ligeledes blive mødt med irritation og bebrejdelser, hvis den samme person igen og igen bliver indlagt med selvpåførte skader. Undersøgelsens resultater vidner om de alvorlige traumatiske belastninger og de mange sociale og følelsesmæssige problemer, som de unge selvskadende slås med. Såvel de unge med selvskadende adfærd som de unge med en spiseforstyrrelse har et særligt lavt selvværd. Dette resultat viser, hvor vigtigt det er at møde dem, der lider af selvskade eller spiseforstyrrelser, med respekt og værdighed, når de behandles i de sociale- og sundhedsmæssige systemer (Møhl & Schack, 2013; NHS, 2004).

Undersøgelsen bidrager med indsigt i forhold til, i hvilket omfang psykosociale belastninger optræder som risikofaktor for dels selvskade, dels spiseforstyrrelse. Dette giver grundlag for at inddrage barndommens psykosociale belastninger i fremtidige vurderinger af forebyggelsesstrategier. Endvidere understøtter undersøgelsens resultater, at man inddrager social støtte som en del af behandlingen af selvskade og spiseforstyrrelser.

BILAG

BILAG 1 ANALYSE AF SOCIAL STØTTE OG SELVSKADE

I dette bilag undersøger vi, hvorvidt social støtte mindsker risikoen for at udvikle selvskadende adfærd. Dette gør vi ved brug af analysemodellen, der blev introduceret i kapitel 1 (se figur 1.1). Til dette formål udfører vi tre lineære regressionsanalyser. I den første regressionsligning c' estimerer vi sammenhængen mellem den uafhængige variabel (traumatiske livsbegivenheder inklusive misbrug samt mobning i skolen) og den afhængige variabel (selvskadende adfærd). I den anden regressionsligning a estimerer vi sammenhængen mellem den uafhængige variabel og den mulige mediator (lav social støtte). I den tredje regressionsligning estimerer vi både sammenhængen mellem den uafhængige variabel og den afhængige variabel c og den mulige mediator b .

REGRESSIONSANALYSE c'

Første step er at beregne værdien for sammenhængen mellem den uafhængige variabel og den afhængige variabel, uden at der tages højde for effekten af social støtte. Man kalder denne sammenhæng for den totale effekt. Denne værdi, estimeret til 0,03837, er altså vores c' (se bilagstabel B1.2).

REGRESSIONSANALYSE A

Som nævnt har vi en hypotese om, at social støtte fungerer som en mediator mellem traumatiske livsbegivenheder og selvskadende adfærd, der kan ændre dette forhold. Næste step er derfor at undersøge, hvorvidt der er en sammenhæng mellem traumatiske livsbegivenheder og social støtte a.

Som det fremgår af tabel 4.5, har personer, der har været udsat for traumatiske livsbegivenheder, misbrug og mobning i skolen, i signifikant mindre grad modtaget social støtte sammenlignet med dem, der ikke har været udsat for disse belastninger (odds ratio 2,6). Vi kan altså konkludere, at social støtte gives selektivt, og at dem, der har mest brug for støtten, sjældnere får den.

REGRESSIONSANALYSE B OG C

Tredje step er at undersøge, hvorvidt social støtte svækker sammenhængen mellem den uafhængige variabel (traumatiske livsbegivenheder inklusive misbrug og mobning i skolen) og den afhængige variabel (selvskade). Det sker i den tredje regressionsligning, hvor vi får værdierne for c og b, c kaldes også den direkte effekt.

Sammenhængen mellem traumatiske livsbegivenheder inklusive misbrug og mobning i skolen og selvskade, når der er taget højde for social støtte, benævnes som nævnt c. For at teste, hvorvidt social støtte svækker sammenhængen, sammenholdes værdien for den direkte effekt c med den totale effekt c'. c skal være signifikant mindre end c'.

Ifølge bilagstabel B3.9 er c estimeret til 0,03585 og altså mindre end estimatet for c' 0,03837. Spørgsmålet er, hvorvidt denne forskel er signifikant, eller om den ligger inden for stikprøveusikkerheden. Til at beregne dette inddrager vi produktet af de estimerede værdier for a og b, som er et udtryk for den indirekte effekt $a * b$. Denne indirekte effekt skal være signifikant forskellig fra nul, hvis social støtte skal opfylde de nødvendige betingelser for at udgøre en mediator. Ifølge tabel 1.5 opfylder værdien for $a * b$ (0,00493) dette krav ($P < 0,0011$), og dermed kan vi slutte, at forskellen mellem c og c' er signifikant større end nul.

Vi finder altså heri en støtte for hypotesen om, at social støtte udgør en mediator mellem traumatiske livsbegivenheder og selvskadende adfærd hos unge voksne. En fortolkning af disse resultater er, at social støtte ser ud til at hjælpe en del af dem, der har fået den, men langt fra alle. For at udgøre en fuld mediator ville det kræves, at den direkte effekt forsvandt, når man inddrog mediatoren i analyserne.

Social støtte er kun en partiel mediator. Man bør derfor i fremtidig forskning lede efter andre mediatorer, der kan mindske eller fjerne effekten. Vi har imidlertid kun kunnet teste en del af de nødvendige betingelser for at kunne bekræfte, at der var tale om, at social støtte udgør en mediator. Undersøgelsen efterlader således stadig en usikkerhed om, hvorvidt der er tale om en årsagssammenhæng. Det betyder, at vi ikke kan være sikre på, at hvis de unge får social støtte, at det så også resulterer i en signifikant nedgang i selvskaade. Dertil kræves yderligere forsøg eksempelvis med kontrollerede eksperimenter. Men hypotesen bestyrkes af det teoretiske grundlag, som vi har redegjort for i kapitel 2.

BILAGSTABEL B1.1

Sammenhængen mellem forskellige former for traumatiske belastninger og andre risikofaktorer blandt de interviewede 25-årige og sandsynligheden for selvskaade. Justeret odds ratio.

	Odds ratio (justeret)	P <
Traumatiske belastninger (inklusive misbrug og mobning i skolen)	3,8	0,0001
<i>Andre risikofaktorer</i>		
Forældrekonflikter i barndommen	Ns	
Kvinde	2,6	0,0001
Posttraumatiske stressreaktioner	2,1	0,0004
Børnesag	2,1	0,0005
Mere end tre skoleskift	Ns	
Interaktionsvariable ¹	Ns	

1. Da interviewdata stammer fra en stratificeret stikprøve, opdelt i to strata, har vi testet, om risikofaktorerne i de to strata har samme værdier. Testen viste, at der ikke var signifikante forskelle mellem risikofaktorerne estimeret i de to strata.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

BILAGSTABEL B1.2

Sammenhæng mellem risikofaktorer, social støtte og selvskaade blandt de interviewede 25-årige (se figur 1.1).

Selvskaade	Total effekt c'	a	b	Den direkte effekt c	Indirekte effekt a * b
Parameter	0,03837	0,16787	0,02935	0,03585	0,00493
(Standardfejl: SE)	(0,00758)	(0,01613)	(0,00823)	(0,00766)	(0,00147)
H ₀ ¹	P<0,0001	P<0,0001	P<0,0004	P<0,0001	P<0,0011

Anm.: Det total antal interviewede (N = 2980), hvor antal med selvskaade udgør (N = 114).

1. H₀ kaldes traditionelt for H-nul hypotesen. Den udtrykker antagelsen, at den pågældende parameter er nul, når man tager højde for stikprøveusikkerheden. P angiver sandsynligheden for dette. Altså, det er meget usandsynligt (P < 0,0011), at parameteren a * b skulle være nul.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

BILAG 2 ANALYSE AF SOCIAL STØTTE OG SPISEFORSTYRRELSER

I dette bilag undersøger vi, hvorvidt social støtte mindsker risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse. Dette gør vi ved brug af analysemodellen (se figur 1.1), der blev introduceret i kapitel 1. Til dette formål udfører vi tre lineære regressionsanalyser.

I den første regressionsligning (c') estimerer vi den totale effekt, dvs. sammenhængen mellem den uafhængige variabel (traumatiske livsbegivenheder inklusive misbrug samt mobning i skolen) og den afhængige variabel (spiseforstyrrelse).

I den anden regressionsligning (a) estimerer vi sammenhængen mellem den mulige mediator (lav social støtte) og den uafhængige variabel (traumatiske livsbegivenheder).

I den tredje regressionsligning estimerer vi den direkte effekt, dvs. sammenhængen mellem den uafhængige variabel og den afhængige variabel (spiseforstyrrelse) (c) og den mulige mediator (social støtte) (b).

REGRESSIONSANALYSE C'

Første step er at beregne værdien for sammenhængen mellem den uafhængige variabel og den afhængige variabel, uden at der tages højde for effekten af social støtte. Denne værdi (0,04904) er altså den totale effekt og vores c' (se bilagstabel B2.2).

REGRESSIONSANALYSE A

Som nævnt har vi en hypotese om, at social støtte fungerer som en mediator mellem traumatiske livsbegivenheder og spiseforstyrrelser. Næste step er derfor at undersøge, hvorvidt der er en sammenhæng mellem traumatiske livsbegivenheder og social støtte, dvs. om de personer, der især får social støtte, er dem, der har oplevet kumulerede traumatiske livsbegivenheder.

Som det fremgår af tabel 4.5, har personer, der har været udsat for traumatiske livsbegivenheder, børnemishandling og mobning i skolen, i signifikant højere grad oplevet lav social støtte (odds ratio: 2,6).

REGRESSIONSANALYSE B OG C

Tredje step er at undersøge, hvorvidt social støtte svækker sammenhængen mellem den uafhængige variabel (traumatiske livsbegivenheder inklusive

misbrug og mobning i skolen) og den afhængige variabel (spiseforstyrrelse). Det sker i den tredje regressionsligning, hvor vi får værdierne for c og b .

Ifølge bilagstabel B2.2 er den direkte effekt c estimeret (0,04704) mindre end den totale effekt c' , som er estimeret til (0,04904). Der er selvfølgelig usikkerhed på sådanne estimater. Spørgsmålet er, hvorvidt denne forskel er signifikant, dvs. om forskellen mellem c og c' er mindre end den usikkerhed, der kan tilskrives, at vi kun har analyseret en stikprøve af de unge.

Til at beregne dette inddrager vi værdierne for a og b , idet produktet $a * b$ er den indirekte effekt; a (traumatiske livsbegivenheder inklusive misbrug og mobning i skolen og social støtte) og b (sammenhængen mellem social støtte og spiseforstyrrelse). Hvis denne indirekte effekt er signifikant forskellig fra nul, så opfylder social støtte en af de nødvendige betingelser for at udgøre en mediator, der kan forklare, hvorfor nogle af de unge, der har været udsat for alvorlige traumatiske livsbegivenheder, alligevel klarer sig uden at udvikle spiseforstyrrelser.

Ifølge bilagstabel B2.2 opfylder estimatet for $a * b$ (0,00538) dette krav ($P < 0,0091$), og dermed kan vi slutte, at forskellen mellem c og c' er signifikant større end nul. På baggrund af regressionsanalyserne kan vi altså konkludere, at sammenhængen c er signifikant mindre end c' , når der er taget hensyn til social støtte.

Vi finder altså en støtte for hypotesen om, at social støtte er en mediator mellem traumatiske livsbegivenheder og spiseforstyrrelse hos unge voksne. Dog er social støtte en partiel mediator, idet en del af de unge, der har været udsat for alvorlige traumatiske livsbegivenheder, fik en spiseforstyrrelse også i de tilfælde, hvor de fik social støtte.

Således bør man i fremtidig forskning lede efter andre mediatorer. Vi kan endvidere ikke være sikre på, at der er tale om en årsagssammenhæng – altså at det, hvis de unge får social støtte, faktisk vil resultere i en signifikant nedgang i spiseforstyrrelser. Dertil kræves yderligere forskning eksempelvis med kontrollerede eksperimenter.

BILAGSTABEL B2.1

Sammenhængen mellem forskellige former for traumatiske belastninger og andre risikofaktorer blandt de interviewede 25-årige og sandsynligheden for at få spiseforstyrrelser. Justeret odds ratio.

	Odds ratio (justeret)	P <
Traumatiske belastninger (inklusive misbrug og mobning i skolen)	2,0	0,0001
<i>Andre risikofaktorer</i>		
Forældrekonflikter i barndommen	1,4	0,02
Kvinde	4,3	0,0001
Posttraumatiske stressreaktioner	1,7	0,0004
Børnesag	Ns	
Interaktionsvariabel	Ns	

Anm.: Da interviewdata stammer fra en stratificeret stikprøve, opdelt i to strata, er det testet, om risikofaktorerne i de to strata har samme værdier.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

BILAGSTABEL B2.2

Sammenhæng mellem risikofaktorer, social støtte og spiseforstyrrelse blandt de interviewede 25-årige (se figur 1.1).

Spiseforstyrrelse	Total effekt c'	a	b	Den direkte effekt c	Indirekte effekt a * b
Parameter lineær regression (Standardfejl)	0,04904 (0,0109)	0,16787 (0,01613)	0,03205 (0,01175)	0,04704 (0,01107)	0,00538 (0,00205)
H_0 ¹	P < 0,0001	P < 0,0001	P < 0,0064	P < 0,0001	P < 0,0091

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige; heraf havde spiseforstyrrelse (N = 257).

1. H_0 kaldes traditionelt for H-nul hypotesen. Den udtrykker antagelsen, at den pågældende parameter er nul, når man tager højde for stikprøvesikkerheden. P angiver sandsynligheden for dette. Altså, det er meget usandsynligt (P < 0,0011), at parameteren a * b skulle være nul.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

BILAG 3 BILAGSTABELLER

BILAGSTABEL B3.1

Andel af de interviewede 25-årige fordelt efter udsagn om isolering og manglende venner. Procent.

	0 p	1 p	2 p
1. Du holder dig mest for dig selv. Du gør mange ting alene eller passer dig selv ¹	57,5	30,9	11,6
2. Du har mindst en god ven ²	95,9	2,2	1,9
3. Andre på din egen alder synes for det meste godt om dig ²	90,0	9,0	1,0
4. Du bliver tit mobbet og drillet ¹	95,9	2,9	1,2
5. Du har svært ved at få venner ¹	85,1	11,9	3,0
I alt Fire eller flere point (gennemsnitligt)			5,2

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

Hver beskrivelse afsluttes med et spørgsmål: Hvor godt passer dette billede på dig? eller Hvor godt passer dette på dig? eller en lignende formulering. Spørgsmålene blev indledt med følgende: For hvert af de følgende udsagn vil jeg spørge dig om beskrivelsen 'ikke passer', 'passer delvist', eller 'passer godt' på dig. Jeg vil bede dig svare ud fra, hvordan du har haft det inden for de sidste 6 måneder.

1. Svarkategorierne giver her forskellige point hhv. 0, 1 og 2 point for spørgsmål 1, 4 og 5. Jo flere point jo mere intense problemer.
2. Spørgsmål 2 og 3 kodes med hhv. 2, 1 og 0 point i de tre svarkategorier, således at jo flere point, jo mere intense problemer.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

BILAGSTABEL B3.2

Andelen af de interviewede 25-årige, der er enig eller meget enig i en række udsagn om isolation, tomhed og afvisning. Procent.

	Procent
1. Du savner en virkelig ven – hvor enig er du i det?	12,9
2. Der er ingen, du kan betro dine inderste tanker til – hvor enig er du i det?	7,2
3. Du har ofte en følelse af tomhed – hvor enig er du i det?	14,4
4. Du føler dig ofte afvist af andre – hvor enig er du i det?	6,9
I alt Tre eller flere af ovenstående	3,8

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

1. Der var mulighed for at svare 'meget enig', 'enig', 'uenig' eller 'meget uenig'. Afskæringspunktet blev sat til tre eller flere bekræftende svar.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

BILAGSTABEL B3.3

Andelen af de interviewede 25-årige, der har været udsat for en række forskellige former for fysisk mishandling i barndommen. Procent.

	Procent
1. Er du, i din barndom, blevet slået med forskellige genstande (fx bøjle, pisk eller spanskør) af dine forældre/stedforældre?	2,7
2. Er du, i din barndom, blevet truet med våben, fx kniv, pistol, af dine forældre /stedforældre?	0,4
3. Er der, i din barndom, blevet kastet en genstand imod dig af dine forældre /stedforældre?	2,7
4. Har dine forældre/stedforældre taget kvælertag på dig i din barndom?	0,5
5. Har du, i din barndom, fået brændemærker eller bidmærker af dine forældre /stedforældre?	0,2
6. Har du, i din barndom, kunnet konstatere gentagne mærker efter slag fra dine forældre/stedforældre, fx blå øjne, blå mærker?	1,7
7. Har en læge, i din barndom, konstateret skader på dig, fx brækkede knogler, stik-sår, forbrændinger, blødninger i hjernehinderne forårsaget af dine forældre /stedforældre?	0,3
8. Er du, i din barndom, blevet slået, sparket eller udsat for anden vold, der har resulteret i blå mærker, blødninger eller andre fysiske skader forårsaget af dine forældre/stedforældre?	1,6
I alt En eller flere af ovenstående	5,6

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

BILAGSTABEL B3.4

Andelen af de interviewede 25-årige, der har været udsat for en række forskellige former for psykologisk mishandling i barndommen. Procent.

	Procent
1. Har dine forældre/stedforælder ydmyget dig ved nedværdigende tiltale (fx ved at blive kaldt dum, doven og uduelig)?	13,2
2. Har dine forældre/stedforælder ydmyget og nedværdiget dig offentligt?	5,4
3. Er du blevet truet med at blive smidt ud hjemmefra af dine forældre /stedforælder?	13,6
4. Er du blevet truet med voldelig afstraffelse (fx tævv, pisk) af dine forældre /stedforælder?	3,0
5. Har dine forældre/stedforældre gennem deres adfærd vist, at du var uønsket, ikke elsket og værdiløs?	4,9
6. Har dine forældre/stedforældre konstant kritiseret dig og udsat dig for mobning?	2,9
I alt Tre eller flere af ovenstående	5,3

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

BILAGSTABEL B3.5

Andelen af de interviewede 25-årige, der har været udsat for en række forskellige former for vanrøgt i barndommen. Procent.

	Beskrivelse af vanrøgt	Procent
1.	Forventede dine forældre/stedforældre, at du selv stod for tøjvasken? ¹	2,9
2.	Da du var yngre end 12 år, gik du da i skole i beskidt tøj, fx fordi der ikke var rent tøj? ¹	1,5
3.	Da du var yngre end 12 år, måtte du da selv sørge for at komme regelmæssigt til tandlæge? ¹	1,6
4.	Da du var yngre end 12 år, måtte du da indimellem sulte, fx fordi der ingen var til at tilberede maden, eller der ikke var mad i køleskabet? ¹	1,2
5.	Da du var yngre end 12 år, måtte du da selv passe dine yngre søskende, når dine forældre/stedforældre var ude? ¹	8,0
6.	Da du var yngre end 12 år, måtte du da passe dig selv, når du var syg? ¹	5,9
7.	Da du var yngre end 12 år, har du da selv måttet tilkalde læge ved sygdom? ¹	0,6
8.	Du måtte ofte passe dig selv, fordi dine forældre havde problemer med druk, og/eller stoffer? ²	3,9
9.	Du måtte ofte passe dig selv, fordi dine forældre rejste væk eller blev væk i flere dage ad gangen? ²	1,3
	I alt To eller flere af ovenstående	3,1

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

1. Spørgsmålet blev indledt med følgende: Forældre kan have forskellige holdninger til, hvornår et barn kan tage vare på sig selv. Da du var barn – lad os sige, da du var yngre end 12 år – har du da været ude for et eller flere af følgende forhold?
2. Spørgsmålene blev indledt med følgende: I nogle familier kan omstændighederne gøre, at børn får samme ansvar som voksne. Har du i din barndom oplevet, at ...

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

BILAGSTABEL B3.6

Andelen af de interviewede 25-årige, der har været udsat for en række forskellige former for seksuelle overgreb i barndommen. Procent.

	Beskrivelse af seksuelle overgreb	Procent
1.	Har du været udsat for seksuelle overgreb fra et familiemedlem? ¹	1,1
2.	Var der tale om ubehagelig seksuel beføling, blotteri eller lignende? ²	0,1
3.	Var der tale om forsøg på tvungent samleje?	0,1
4.	Var der tale om gennemført tvungent samleje?	0,0
5.	Var der tale om andre seksuelle overgreb?	0,2
	I alt En eller flere af ovenstående	1,2

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

1. Spørgsmålet blev indledt således: I det følgende er nævnt en række begivenheder, der kan være hændt dig i dit liv fra barndom til nu. Det kan også være begivenheder, som nogen i din nærmeste familie eller nogen af dine nærmeste venner har været udsat for. Har du eller nogen i din nærmeste familie eller nogen af dine nærmeste venner været udsat for seksuelle overgreb fra et familiemedlem. Dig selv?
2. Spørgsmålet blev indledt med følgende: Er du nogensinde blevet tvunget til seksuel aktivitet? Hvem udsatte dig for tvangen? Her optræder rubrikken forældre/stedforældre som en blandt flere svarmuligheder.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

BILAGSTABEL B3.7

Andelen af de interviewede 25-årige, der hhv. selv har været udsat for alvorlige livsbegivenheder, eller har et nært familiemedlem eller en nær ven, der har. Procent.

	Beskrivelse af traumatiske livsbegivenheder. 'Har du eller nogen i din nærmeste familie eller nærmeste venner været udsat for':	Person selv Pct.	Nær familie Pct.	Nær ven Pct.	En eller flere Pct.
1.	En alvorlig trafikulykke	9,2	19,8	21,4	41,8
2.	Alvorlig brand	2,1	6,0	3,8	10,9
3.	Anden alvorlig ulykke	2,8	10,3	9,3	19,4
4.	Et voldeligt overfald	11,6	11,3	21,4	36,1
5.	Trusler om at blive tævet	21,7	13,8	27,9	45,0
6.	Tæt på at drukne ²	6,3	5,7	2,0	13,4
7.	Et røveri ²	7,6	14,4	10,9	27,5
8.	Mishandling ²	2,2	4,2	5,9	10,8
9.	Gentagen ydmygelse og mobning ²	14,3	11,5	16,3	34,2
10.	Voldtægt ¹	1,7	2,6	7,6	11,4
11.	Truet med selvmord ¹	3,8	9,3	12,9	23,5
12.	Forsøgt at begå selvmord ¹	3,2	7,2	10,6	19,0
13.	Begået selvmord	-	4,4	4,6	8,8
14.	Døde	-	61,7	23,0	70,4
15.	En alvorlig fysisk sygdom (også handicap eller kronisk sygdom)	3,4	39,9	9,0	47,3
16.	Psykisk lidelse (depression, angst eller lignende)	8,7	33,1	19,9	49,8
17.	Spiseforstyrrelse (anoreksi eller bulimi) ¹	2,6	6,0	14,1	21,3
18.	Gentagen fysisk afstraffelse fra et familiemedlem ¹	1,8	3,3	3,1	7,2
19.	Seksuelle overgreb fra et familiemedlem ¹	1,1	2,7	3,1	6,6
I alt	Syv eller flere af ovenstående				19,7

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige. Spørgsmålet blev indledt med følgende: I det følgende er nævnt en række begivenheder, der kan være hændt dig i dit liv fra barndom til nu. Det kan også være begivenheder, som nogen i din nærmeste familie eller nogen af dine nærmeste venner har været udsat for.

1. En række forhold er dog ikke medtaget i den samlede opgørelse, fordi disse forhold behandles i andre variabelkonstruktioner. Det drejer sig om personens egne traumatiske livsbegivenheder: seksuelle overgreb fra familiemedlem, egne trusler om selvmord, egne selvmordsforsøg, egne spiseforstyrrelser, egne oplevelse af gentagen ydmygelse og mobning samt egen oplevelse af mishandling i familien.
2. Herudover er en række spørgsmål udeladt i samtentællingen: 'tæt på at drukne', 'et røveri', 'mishandling samt 'gentagen ydmygelse og mobning' hverken for personen selv eller andre af de nærmeste,

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

BILAGSTABEL B3.8

Andelen af de interviewede 25-årige, der har oplevet en række forskellige former for posttraumatiske stressreaktioner. Procent.

	Procent
1. Har du nogensinde været ude for en oplevelse, der var så frygtelig, forfærdelig eller oprivende, at du inden for den seneste måneds tid har haft mareridt om det eller tænkt på det, når du <i>ikke</i> ønskede det?	20,3
2. Har du nogensinde været ude for en oplevelse, der var så frygtelig, forfærdelig eller oprivende, at du inden for den seneste måneds tid har prøvet ihærdigt på ikke at tænke på det og undgået situationer, der mindede dig om det?	13,1
3. Har du nogensinde været ude for en oplevelse, der var så frygtelig, forfærdelig eller oprivende, at du inden for den seneste måneds tid har været konstant på vagt, agtpågivende og let opskræmt?	7,5
4. Har du nogensinde været ude for en oplevelse, der var så frygtelig, forfærdelig eller oprivende, at du inden for den seneste måneds tid har følt dig følelsesløs, distanceret fra andre og adskilt fra dine omgivelser?	7,3
I alt To eller flere af ovenstående	13,6

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige.

Spørgsmålene blev indledt med følgende: Nu vil jeg bede dig om at tænke på, om du i dit liv har været udsat for nogle ubehagelige oplevelser, som du nogle gange tænker tilbage på.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

BILAGSTABEL B3.9

Andelen af de interviewede 25-årige, der er enige eller meget enige i en række udsagn i forhold til selvfølelse og selvværd (Rosenbergs selvværdsskala). Procent.

	Procent ¹
1. Du er alt i alt tilfreds med dig selv. Hvor enig er du i det?	4,6
2. Fra tid til anden synes du, at du overhovedet ikke dur til noget. Hvor enig er du i det?	27,5
3. Du synes, at du har en del gode egenskaber. Hvor enig er du i det?	1,4
4. Du er i stand til at gøre noget lige så godt som de fleste andre. Hvor enig er du i det?	2,0
5. Du synes, at du har meget at være stolt af. Hvor enig er du i det?	5,2
6. Du føler dig helt nyttesløs fra tid til anden. Hvor enig er du i det?	15,5
7. Du synes, at du er et menneske af værdi, i det mindste lige så værdifuldt som andre mennesker. Hvor enig er du i det?	2,9
8. Du ville ønske, at du kunne have mere respekt for dig selv. Hvor enig er du i det?	36,4
9. Alt i alt er du tilbøjelig til at tro, at du er mislykket. Hvor enig er du i det?	6,1
10. Du har en positiv holdning over for dig selv. Hvor enig er du i det?	6,8
I alt Fire eller flere point på Rosenberg skalaen.	3,2

Anm.: Det samlede antal interviewede var 2.980 personer. Den stratificerede stikprøve er opvejet til normalbefolkningen af 25-årige. Spørgsmålene er kodet efter den forskrift, som Rosenberg har kommet frem til. (Rosenberg, 1979). Jo flere point, jo lavere selvværd oplever personen. Hvis der svares bekræftende på spørgsmål, benægtende på 7 og bekræftende på 9 i mindst 2 tilfælde, noteres et point. Der opnås endvidere et point, hvis der svares bekræftende i mindst et tilfælde på spørgsmål 2 og spørgsmål 6; eller hvis der svares benægtende på mindst et tilfælde på spørgsmål 4 og spørgsmål 5. Hvis der svares benægtende på spørgsmål 1 eller spørgsmål 10 noteres i hvert enkelt tilfælde et point, ligesom et bekræftende svar på spørgsmål 8 udløser et point. Jo flere point, jo ringere selvværd. Vi har valgt et skæringspunkt, hvor dem der har fire eller flere point scorer et lavt selvværd.

1. Spørgsmålene er kodet således, at procenten angiver enighed med de negative udsagn eller uenighed med de positive udsagn. I den første linje angives fx, hvor mange procent der er uenig med udsagnet.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

BILAGSTABEL B3.10

Andel af de interviewede 25-årige med udvalgte risikofaktorer samt odds ratio og beregnet ætiologisk brøk (AR) for alvorlig spiseforstyrrelse. Antal, procent og justeret odds ratio.

	Antal	Procent blandt alle (vægtet)	Odds ratio (justeret)	P <	AR
Kvinde	1.401	47,8	3,8	0,0001	57
Misbrug og vanrøgt					
A Fysisk mishandling ¹	275	5,6	Ns	Ns	
B Seksuelt misbrug ²	67	1,2	2,4	0,02	2
C Psykologisk mishandling ³	268	5,3	Ns	Ns	
D Fysisk vanrøgt ⁴	192	3,1	Ns	Ns	
E Traumatiske belastninger (mindst 7 andre end ovenstående) ⁵	699	19,7	Ns	Ns	
F Mobning i skolen	611	15,1	Ns	Ns	
G Forældre konflikt	543	12,4	Ns	Ns	
Lav social støtte (CSS) ⁶	929	23,1	2,1	0,001	20
Børnesag	852	6,3	Ns	Ns	
Posttraumatiske stressreaktioner ⁷	508	13,6	Ns	Ns	
Lavt selvværd, The Rosenberg Self-Esteem (RSE) ⁸	135	3,2	6,5	0,0001	15

1. Ved alvorlig spiseforstyrrelse forstås bekræftelse af mindst halvdelen af spørgsmålene om holdning til krop, vægt og spisevaner (se tabel 6.2). Der var 95 personer, der opfyldte dette kriterium, mod 257, der gav tre eller flere bekræftende svar.

Kilde: Barndomsundersøgelsen.

LITTERATUR

- Adler, P.A. & P. Adler (2007): "The Demedicalization of Self-Injury: From Psychopathology to Sociological Deviance". *Journal of Contemporary Ethnography*, 36(5), s. 537-570.
- Amato, P.R. & S.J. Rezac (1994): "Contact with Nonresident Parents, Interparental Conflict, and Children's Behavior". *Journal of Family Issues*, 15(2), s. 191-207.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderluh, M.B., K. Tchanturia, S. Rabe-Hesketh & J. Treasure (2003): "Childhood Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adult Women with Eating Disorders: Defining a Broader Eating Disorder Phenotype". *American Journal of Psychiatry*, 160, s. 242-247.
- Atkins, D.M. & T.J. Silber (1993): "Clinical Spectrum of Anorexia Nervosa in Children". *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14, s. 211-216.
- Backe-Hansen, E. (2004): *Barn og unges håndtering av vanskelige livsvilkår: Kunnskapsbidrag fra 36 studier av barnefattigdom*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Bagwell, C.L., B. Molina, W.E. Pelham & B. Hoza (2001): "Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Problems in Peer Relations: Predictions from Childhood to Adolescence". *Journal of the*

- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), s. 1285-1292.
- Baron, R.M. & D.A. Kenny (1986): "The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations". *Journal of Personality & Social Psychology*, 51(6), s. 1173-1182.
- Barr Taylor, C., T. Sharpe, C. Shisslak, S. Bryson, L.S. Estes, N. Gray, K.M. McKnight, M. Crago, H.C. Kraemer & J.D. Killen (1996): "Factors Associated with Weight Concerns in Adolescent Girls". *International Journal of Eating Disorders*, 24(1), s. 31-42.
- Bateman, A.W. & P. Fonagy (2009): "Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder". *American Journal of Psychiatry*, 166(12), s. 1355-1364.
- Bateman, A.W. & P. Fonagy (2008): "8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual". *American Journal of Psychiatry*, 165, s. 631-638.
- Bateman, A.W. & P. Fonagy (2003): "Health Service Utilization Costs for Borderline Personality Disorder Patients Treated with Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization Versus General Care". *American Journal of Psychiatry*, 160, s. 169-171.
- Belle, D. (1989): "Introduction: Studying Children's Social Network and Social Supports". I: Belle, D.: *Children's Social Networks and Social Supports*. New York, N.Y.: Wiley, s. 1-12.
- Bergen, H.A., G. Martin, A.S. Richardson, S. Allison & L. Roeger (2003): "Sexual Abuse and Suicidal Behavior: A Model Constructed From a Large Community Sample of Adolescents". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(11), s. 1301-1309.
- Berliner, L. (2000): "What is Sexual Abuse?". I: Dubowitz, H. & D. DePanfilis (red.): *Handbook for Child Protection Practice*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, s. 18-22.
- Berliner, L. & D.M. Elliott (2002): "Sexually Abuse of Children". I: Myers, J.E.B., L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix & C.&R.T. Jenny (red.): *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Thousand Oaks: Sage Publications, s. 55-78.
- Binggeli, N.J., S.N. Hart & M.R. Brassard (2001): *Psychological Maltreatment of Children*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Blascovich, J. & J. Tomaka (1991): "Measures of Self-Esteem". I: Robinson, J.P., P.R. Shaver, L.S. Wrightsman & F.M. Andrews

- (red.): *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego: Academic Press, s. 115-160.
- Blumenthal, S.J. & D.J. Kupfer (1988): "Overview of Early Detection and Treatment Strategies for Suicidal Behavior in Young People". *Journal of Youth and Adolescence*, 17(1), s. 1-23.
- Bodvarsdottir, I. & A. Elklit (2004): "Psychological Reactions in Icelandic Earthquake Survivors". *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(1), s. 3-13.
- Boudewyn, A.C. & J.H. Liem (1995): "Childhood Sexual Abuse as a Precursor to Depression and Self-Destructive Behavior in Adulthood". *Journal of Traumatic Stress*, 8, s. 445-459.
- Brassard, M.R. & S. Hart (2000): "What is Psychological Maltreatment?". I: Dubowitz, H. & D. DePanfilis (red.): *Handbook for Child Protection Practice*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, s. 23-27.
- Brassard, M.R., S. Hart & D.B. Hardy (1991): "Psychological and Emotional Abuse of Children". I: Ammerman, R.T. & M. Hersen (red.): *Case Studies in Family Violence*. New York: Plenum Press, s. 255-270.
- Briere, J.N. & D.M. Elliott (1994): "Immediate and Long-Term Impacts of Child Sexual Abuse". *Future of Children*, 4(2), s. 54-69.
- Briere, J.N. & E. Gil (1998): "Self-Mutilation in Clinical and General Population Samples: Prevalence, Correlates, and Functions". *Am J Orthopsychiatry*, 68(4), s. 609-620.
- Brooker, S. & G. Kelly (1996): "Researching the Use and Misuse of Drugs". Paper præsenteret på konferencen *ESOMAR /WARPOR Seminar on Researching Public Policy*.
- Brunner, R., P. Parzer, J. Haffner, R. Steen, J. Roos, M. Klett & F. Resch (2007): "Prevalence and Psychological Correlates of Occasional and Repetitive Deliberate Self-Harm in Adolescents". *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(7), s. 641-649.
- Bulik, C.M. & P.F. Sullivan (2000): "Twin Studies of Eating Disorders: A Review". *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), s. 1-20.
- Bulik, C.M., P.F. Sullivan, T.D. Wade & K.S. Kendler (2000): "Twin Studies of Eating Disorders: A Review". *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), s. 1-20.
- Busby, D.M. (1991): "Violence in the Family". I: Bahr, S.J.: *Family Research. A Sixty-Year Review, 1930-1990. Volume 1*. Lexington, Mass.: Lexington Books, s. 335-385.
- Cadoret, R. (1986): "An Adoption Study of Genetic and Environmental-Factors in Drug-Abuse". *Archives of General Psychiatry*, 43(12), s. 1131-1136.

- Campbell, M. & U. Schmidt (2011): "Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder". I: Le Grange, D. & J. Lock (eds.): *Eating Disorders in Children and Adolescents. A Clinical Handbook*. New York: The Guilford Press, s. 305-318.
- Carlat, D.J., C.A. Camargo & D.B. Herzog (1997): "Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients". *American Journal of Psychiatry*, 154, s. 1127-1132.
- Cawson, P. (2002): *Child Maltreatment in The Family: The Experience of a National Sample of Young People*. National Society for the Prevention of Cruelty to Children.
- Cawson, P., C. Wattam, S. Brooker & G. Kelly (2000): *Child Maltreatment in The United Kingdom: A Study of The Prevalence of Child Abuse and Neglect*. National Society for the Prevention of Cruelty to Children.
- Cederblad, M. (1984): *Barn i tid och rum*. Malmö: Liber Förlag.
- Christoffersen, M.N. (2010): *Børnemishandling i hjemmet*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Christoffersen, M.N. (2004): *Familiens udvikling i det 20. århundrede: demografiske strukturer og processer*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Christoffersen, M.N. (2002): *Social støtte til børn. En undersøgelse af børn, der modtog forebyggende hjælp i henhold til Serviceloven for første gang i 1998. 5. delrapport i evaluering af den forebyggende indsats over for børn og unge*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Christoffersen, M.N. (1996): "A Follow-Up Study of Out-of-Home Care in Denmark: Long-Term Effect on Self-Esteem among Abused and Neglected Children". *International Journal of Child & Family Welfare*, 1(1), s. 25-39.
- Christoffersen, M.N. (1993): *Anbragte børns livsforløb: en undersøgelse af tidligere anbragte børn og unge født i 1967*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Christoffersen, M.N. (1984): "The Quality of Data Collected at Telephone Interviews: Investigations of Differences in The Quality of Surveys Conducted by Personal and Telephone Interviewing". *Statistisk tidskrift*, 1, s. 27-35.
- Christoffersen, M.N. & D. DePanfilis (2009): "Prevention of Child Abuse and Neglect and Improvements in Child Development". *Child Abuse Review*, 18(1), s. 24-40.
- Christoffersen, M.N., K. Sothill & B. Francis (2007): "Violent Life Events and Social Disadvantage: A Systematic Study of the Social Background of Various Kinds of Lethal Violence, other Violent Crime, Suicide, and Suicide Attempts". *Journal of*

- Scandinavian Studies in Criminology & Crime Prevention*, 8(2), s. 157-184.
- Christoffersen, M.N., K. Soothill & B. Francis (2005): "Who Is Most at Risk of Becoming a Convicted Rapist? The Likelihood of a Rape Conviction among the 1966 Birth Cohort in Denmark". *Journal of Scandinavian Studies in Criminology & Crime Prevention*, 6(1), s. 39.
- Christoffersen, M.N., K. Soothill & B. Francis (2003): "An Upbringing to Violence? Identifying the Likelihood of Violent Crime among the 1966 Birth Cohort in Denmark". *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 14(2), s. 367-381.
- Christoffersen, M.N., P. Skov Olsen, K.S. Vammen, S. Sander Nielsen, M. Lausten & J. Brauner (2011): *Tidlig identifikation af kriminalitets-truede børn og unge: risiko- og beskyttelsesfaktorer*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Cnattingius, S., C.M. Hultman, M. Dahl & P. Sparén (1999): "Very Preterm Birth, Birth Trauma, and the Risk of Anorexia Nervosa Among Girls". *Archives of General Psychiatry*, 56(7), s. 634-638.
- Cobb, S. (1976): "Social Support as a Moderator of Life Stress". *Psychosomatic Medicine*, 38(5), s. 300-314.
- Cohen, S. & H.M. Hoberman (1983): "Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress". *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), s. 99-125.
- Couturier, J., L. Isserlan & J. Lock (2010): "Family-Based Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: A Dissemination Study". *International Journal of Eating Disorders*, 18, s. 199-209.
- Croyle, K.L. & J. Waltz (2007): "Subclinical Self-Harm: Range of Behaviors, Extent, and Associated Characteristics". *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), s. 332-342.
- Deliberto, T.L. & M.K. Nock (2008): "An Exploratory Study of Correlates, Onset, and Offset of Non-Suicidal Self-Injury". *Archives of Suicide Research*, 12(3), s. 219-231.
- DePanfilis, D. (2000): "How Do I Determine if a Child is Neglected?". I: Dubowitz, H. & D. DePanfilis (red.): *Handbook for Child Protection Practice*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, s. 121-126.
- Dubowitz, H. (2000a): "What is Child Neglect?". I: Dubowitz, H. & D. DePanfilis (red.): *Handbook for Child Protection Practice*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, s. 10-15.
- Dubowitz, H. (2000b): "What is Physical Abuse?". I: Dubowitz, H. & D. DePanfilis (red.): *Handbook for Child Protection Practice*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, s. 15-17.
- Due, E.P. & B.E. Holstein (1999): "Mobning som sundhedstrusel blandt store skoleelever. [Bullying as health threat among school children]". *Ugeskr Læger*, 161(15), s. 2201-2206.

- Duffy, D.F. (2009): "Self-Injury". *Psychiatry*, 8(7), s. 237-240.
- Dulit, R.A., M.R. Fyer, A.C. Leon, B.S. Brodsky & A.J. Frances (1994): "Clinical Correlates of Self-Mutilation in Borderline Personality Disorder". *The American Journal of Psychiatry*, 151(9), s. 1305-1311.
- Elklit, A. (2002): "Victimization and PTSD in a Danish National Youth Probability Sample". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), s. 174.
- Elklit, A. & M.N. Christoffersen (2013): "Co-Occurring Childhood Maltreatment in Denmark: A Latent Class Analysis". *Journal of Loss and Trauma*, s. in press.
- Elklit, A., S.S. Pedersen & L. Jind (2001): "The Crisis Support Scale: Psychometric Qualities and Further Validation". *Personality and Individual Differences*, 31(8), s. 1291-1302.
- Emborg, C. (1997): "Mortality and Causes of Death in Eating Disorders in Denmark 1970-1993: A Case Register Study". *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), s. 243-251.
- Erickson, M.F. & B. Egeland (2002): "Child Neglect". I: Myers, J.E.B., L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix & C.&R.T. Jenny (red.): *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Thousand Oaks: Sage Publications, s. 3-20.
- Fairburn, C.G. & K. Bohn (2005): "Eating disorder NOS (EDNOS): An Example of the Troublesome 'Not Otherwise Specified' (NOS) Category in DSM-IV". *Behaviour Research and Therapy*. 43, s.: 691-701.
- Fairburn, C.G., Z. Cooper & R. Shafran (2003): "Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders: A 'Transdiagnostic' Theory and Treatment". *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), s. 509-528.
- Fairburn, C.G., Z. Cooper, H. Doll & S. Welch (1999): "Risk Factors for Anorexia Nervosa: Three Integrated Case-Control Comparisons". *Archives of General Psychiatry*, 56(5), s. 468-476.
- Fairburn, C.G., S.L. Welch, H.A. Doll, B.A. Davies & M.E. O'Connor (1997): "Risk Factors for Bulimia Nervosa. A Community-Based Case-Control Study". *Archives of General Psychiatry*, 54(6), s. 509-517.
- Farrington, D.P. & B. Welsh (2007): *Saving Children from a Life of Crime: Early Risk Factors and Effective Interventions*. New York: Oxford University Press.
- Favazza, A.R. & K. Conterio (1989): "Female Habitual Self-Mutilators". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), s. 283-289.
- Fergusson, D.M., L.J. Horwood & L.J. Woodward (2000): "The Stability of Child Abuse Reports: A Longitudinal Study of the Reporting Behaviour of Young Adults". *Psychological Medicine*, 30(3), s. 529-544.

- Fichter, M.M. & R. Noegel (1990): "Concordance for Bulimia Nervosa in Twins". *International Journal of Eating Disorders*, 9(3), s. 255-263.
- Fleischhaker, C., R. Böhme, B. Sixt, C. Brück, C. Schneider & E. Schultz (2011): "Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): A Clinical Trial for Patients with Suicidal and Self-Injurious Behavior and Borderline Symptoms with a One-Year Follow-up". *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(3), s. 1-10.
- Foley, D.L., L.R. Thacker, S.H. Aggen, M.C. Neale & K.S. Kendler (2001): "Pregnancy and Perinatal Complications Associated with Risks for Common Psychiatric Disorders in a Population-Based Sample of Female Twins". *American Journal of Medical Genetics*, 105(5), s. 426-431.
- Fombonne, E. (1995): "Anorexia-Nervosa: No Evidence of an Increase". *Br J Psychiatry*, 166, s. 462-471.
- Franklin, T.B., H. Russig, I.C. Weiss, J. Gräff, N. Linder, A. Michalon, S. Vizi & I.M. Mansuy (2010): "Epigenetic Transmission of the Impact of Early Stress Across Generations". *Biological Psychiatry*, 68(5), s. 408-415.
- Garbarino, E., J.W. Guttman & J.W. Seeley (1992): *Children in Danger. Coping with the Consequences of Community Violence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Garbarino, J., E. Guttman & J.W. Seeley (1987): *The Psychologically Battered Child: Strategies for Identification, Assessment and Intervention*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Garfinkel, P.E., D.M. Garner, J. Rose, P.L. Darby, J.S. Brandes, J. O'Hanlon & N. Walsh (1983): "A Comparison of Characteristics in the Families of Patients with Anorexia Nervosa and Normal Controls". *Psychological Medicine*, 13, s. 821-828.
- Garnezy, N. (1985): "Stress-Resistant Children: The Search for Protective Factors". I: Stevenson, J.E.: *Recent Research in Developmental Psychopathology*. Oxford [Oxfordshire]: Pergamon Press.
- Garnezy, N. (1976): *Vulnerable and Invulnerable Children: Theory, Research, and Intervention. [Sound Recording]*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Garner, D.M. (1993): "Pathogenesis of Anorexia Nervosa". *Lancet*, 341(8861), s. 1631-1635.
- Garner, D.M., K.M. Vitousek & K.M. Pike (1997): "Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa". I: D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders (2nd Ed.)*, s. 94-144. New York: The Guilford Press.

- Garrison, C.Z., C.L. Addy, R.E. McKeown, S.P. Cuffe & J.L. Waller (1993): "Nonsuicidal Physically Self-Damaging Acts in Adolescents". *Journal of Child and Family Studies*, 2(4), s. 339-352.
- Ghaderi, A. & B. Scott (2001): "Prevalence, Incidence and Prospective Risk Factors for Eating Disorders". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(2), s. 122-130.
- Glassman, L.H., M.R. Weierich, J.M. Hooley, T.L. Deliberto & M.K. Nock (2007): "Child Maltreatment, Non-Suicidal Self-Injury, and the Mediating Role of Self-Criticism". *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), s. 2483-2490.
- Goodrick, G.K., V.R. Pendleton, K.T. Kimball, W.S. Carlos Poston, R.S. Reeves & J.P. Foreyt (1999): "Binge Eating Severity, Self-Concept, Dieting Self-Efficacy and Social Support during Treatment of Binge Eating Disorder". *International Journal of Eating Disorders*, 26(3), s. 295-300.
- Gottlieb, S. (2003): *Spiseforstyrrelser*. København: PsykiatriFondens Forlag.
- Graff, H. (1967): "The Chronic Wrist-Slasher". *Hosp Top*, 45(11), s. 61-65.
- Gratz, K.L. (2003): "Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), s. 192-205.
- Gratz, K.L., S.D. Conrad & L. Roemer (2002): "Risk Factors for Deliberate Self-Harm among College Students". *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, s. 128-140.
- Grice, D.E., K.A. Halmi, M.M. Fichter, M. Strober, D.B. Woodside, J.T. Treasure, A.S. Kaplan, P.J. Magistretti, D. Goldman, C.M. Bulik, W.H. Kaye & W.H. Berrettini (2002): "Evidence for a Susceptibility Gene for Anorexia Nervosa on Chromosome 1". *The American Journal of Human Genetics*, 70(3), s. 787-792.
- Grunebaum, H.U. (1967): "Wrist Slashing". *The American Journal of Psychiatry*, 124(4), s. 527-534.
- Grych, J.H. & F.D. Fincham (1990): "Marital Conflict and Children's Adjustment: A Cognitive-Contextual Framework". *Psychological Bulletin*, 108(2), s. 267-290.
- Haller, E. (1992): "Eating Disorders. A Review and Update". *The Western Journal of Medicine*, 157(6), s. 658-662.
- Hansen, D.J., G. Sedlar & J.E. Warner-Rogers (1999): "Child Physical Abuse". I: Ammerman, R.T. & M. Hersen (red.): *Assessment of Family Violence. A Clinical And Legal Sourcebook*. New York: Wiley, s. 127-156.
- Hardt, J. & M. Rutter (2004): "Validity of Adult Retrospective Reports of Adverse Childhood Experiences: Review of the Evidence". *Journal of Child Psychology and Psychiatry (formerly Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines)*, 45(2), s. 260-273.

- Harris, J. (2000): "Self-Harm: Cutting The Bad out of Me". *Qual Health Res*, 10(2), s. 164-173.
- Harts, S.N., M.R. Brassard, N.J. Binggeli & H.A. Davidson (2002): "Psychological Maltreatment". I: Myers, J.E.B., L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, C. Jenny & T. Reid (red.): *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Thousand Oaks: Sage Publications, s. 79-103.
- Hawton, K. (2003): "Deliberate Self-Harm in Oxford, 1990-2000: A Time of Change in Patient Characteristics". *Psychological Medicine*, 33(6), s. 1191-1198.
- Hawton, K. (2002): "Deliberate Self-Harm in Adolescents: Self Report Survey in Schools in England". *British Medical Journal*, 325(7374), s. 1207-1211.
- Hawton, K. (1997): "Trends in Deliberate Self-Harm in Oxford, 1985-1995 – Implications for Clinical Services and the Prevention of Suicide". *Br J Psychiatry*, 171, s. 556-560.
- Hawton, K. & A. James (2005): "Suicide and Deliberate Self Harm in Young People". *British Medical Journal*, 330(7496), s. 891-894.
- Hawton, K., L. Harriss, S. Simkin, E. Bale & A. Bond (2004): "Self-Cutting: Patient Characteristics Compared with Self-Poisoners". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(3), s. 199-208.
- Hawton, K., S. Hall, S. Simkin, L. Bale, A. Bond, S. Codd & A. Stewart (2003): "Deliberate Self-Harm in Adolescents: A Study of Characteristics and Trends in Oxford, 1990-2000". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), s. 1191-1198.
- Helweg-Larsen, K. (2008): "Violence: News on a Public Health Problem". *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(6), s. 561-563.
- Helweg-Larsen, K. & H.B. Larsen (2003): "Ethical Issues in Youth Surveys: Potentials for Conducting a National Questionnaire Study on Adolescent Schoolchildren's Sexual Experiences With Adults". *American Journal of Public Health*, 93(11), s. 1878-1882.
- Helweg-Larsen, K. & H.B. Larsen (2002a): *Unge trivsel år 2002: En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb i barndommen*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Helweg-Larsen, K. & H.B. Larsen (2002b): *Unge trivsel år 2002: En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb i barndommen*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Helweg-Larsen, K., H.B. Larsen & N.M. Schütt (2009): *Unge trivsel år 2008: En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb og vold i barndom og tidlig ungdom*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Hertz, M.M. (2001): *Sultens paradoks – viden og tendenser om anoreksi og bulimi*. København: Munksgaard Danmark.

- Herzog, D.B., M.B. Keller, N.R. Sacks, C.J. Yeh & P.W. Lavori (1992): "Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Anorexics and Bulimics". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, s. 810-818.
- Hestbæk, A.D., A. Lindemann, V. Lehmann Nielsen & M.N. Christoffersen (2006): *Nye regler – ny praksis: Ændringerne i servicelevens børneregler 2001*. Odense: Styrelsen for Social Service.
- Hilt, L.M., C.B. Cha & S. Nolen-Hoeksema (2008): "Non-Suicidal Self-Injury in Young Adolescent Girls: Moderators of the Distress-Function Relationship". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), s. 63-71.
- Hoek, H.W. & D. van Hoeken (2003): "Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders". *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), s. 383-396.
- Holland, A.J., N. Sicotte & J. Treasure (1988): "Anorexia Nervosa: Evidence for a Genetic Basis". *Journal of Psychomatic Research*, 32, s. 561-572.
- Honneth, A. (1996): *The Struggle for Recognition. The Moral Grammar of Social Conflicts*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Hosmer, D.W. & S. Lemeshow (1989): *Applied Logistic Regression*. New York: Wiley.
- Jacobi, C., C. Hayward, M. de Zwaan, H.C. Kraemer & W.S. Agrav (2004): "Coming to Terms with Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy". *Psychological Bulletin*, 130(1), s. 19-65.
- Jespersen, C. & M.B. Sivertsen (2005): *Unge sociale problemer – en forskningsoversigt*. København: Socialforskningsinstituttet, 05:21.
- Jessen, G., K. Andersen & U. Bille-Brahe (1996a): "Selvmordstanker og selvmordsforsøg blandt 15-24-årige i det danske uddannelsessystem [Suicidal thoughts and suicidal attempts among 15-24 years old individuals in the Danish educational system]". *Ugeskr Læger*, 158(36), s. 5026-5029.
- Jessen, G., K. Andersen & U. Bille-Brahe (1996b): "Selvmord og selvmordsforsøg blandt børn og unge". I: Schiødt, H. (red.): *Hvad kan vi stille op? Forebyggelse af selvmordsadfærd blandt børn og unge*. Odense: Odense Universitetsforlag, s. 9-21.
- Johnson, C., C. Lewis & J. Hagman (1984): "The Syndrome of Bulimia. Review and Synthesis". *The Psychiatric Clinics of North America*, 7(2), s. 247-273.
- Joseph, S., R. Williams & W. Yule (1992): "Crisis Support, Attributional Style, Coping Style, and Post-Traumatic Symptoms". *Personality and Individual Differences*, 13(11), s. 1249-1251.

- Karterud, S. & A. Bateman (2011): *Mentaliseringsbaseret terapi, manual og vurderingsskala*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kaye, W.H., C.M. Bulik, L. Thornton, N. Barbarich & K. Masters (2004): "Comorbidity of Anxiety Disorders with Anorexia and Bulimia Nervosa". *American Journal of Psychiatry*, 161(12), s. 2215-2221.
- Kempe, C.H., F.N. Silverman, B.F. Steele, W. Droegemueller & H.K. Silver (1962): "The Battered Child Syndrome". *Journal of the American Medical Association*, 181(1), s. 17-24.
- Kendler, K.S. (2006): "Illicit Psychoactive Substance Use, Abuse and Dependence in a Population-Based Sample of Norwegian Twins". *Psychological Medicine*, 36(7), s. 955-962.
- Kendler, K.S. (1996): "Childhood Parental Loss and Alcoholism in Women: A Causal Analysis Using a Twin-Family Design". *Psychological Medicine*, 26(1), s. 79-95.
- Kendler, K.S., C. MacLean, M. Neale, R. Kessler, A. Heath & L. Eaves (1991): "The Genetic Epidemiology of Bulimia Nervosa". *American Journal of Psychiatry*, 148, s. 1627-1637.
- Kerig, P.K. & C. Wenar (2006): "Psychopathologies of the Adolescent Transition: Eating Disorders and Substance Abuse". I: *Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence*. New York: McGraw-Hill, s. 359-403.
- Kessler, R.C., A. Sonnega, E.J. Bromet, M. Hughes & C.B. Nelson (1995): "Posttraumatic-Stress-Disorder in the National Comorbidity Survey". *Archives of General Psychiatry*, 52(12), s. 1048-1060.
- Kjelsas, E., C. Bjornstrom & K. Götestam (2004): "Prevalence of Eating Disorders in Female and Male Adolescents (14-15 Years)". *Eating Behaviors*, 5(1), s. 13-25.
- Klonsky, E.D. (2007): "The Functions of Deliberate Self-Injury: A Review of The Evidence". *Clinical Psychology Review*, 27(2), s. 226-239.
- Klonsky, E.D., T.F. Oltmanns & E. Turkheimer (2003): "Deliberate Self-Harm in a Non-Clinical Population: Prevalence and Psychological Correlates". *American Journal of Psychiatry*, 160(8), s. 1501-1508.
- Kog, E. & W. Vandereycken (1988): "The Facts: A Review of Research Data on Eating Disorders Families". I: Vandereycken, W., E. Kog & J. Vanderlinden (red.): *The Family Approach to Eating Disorders: Assessment and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: PMA Publications, s. 25-67.
- Kolko, D.J. (2002): "Child Physical Abuse". I: Myers, J.E.B., L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, C. Jenny & T. Reid (red.): *The APSAC*

- Handbook on Child Maltreatment*. Thousand Oaks: Sage Publications, s. 21-54.
- Kraemer, H.C., K.K. Lowe & D.J. Kupfer (2005): *To Your Health: How to Understand what Research Tells Us about Risk*. New York: Oxford University Press.
- Kulka, R.A., W.E. Schlenger, J.A. Fairbank, R.L. Hough, B.K. Jordan, C.R. Marmar & D.S. Weiss (1990): *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. Philadelphia, PA US: Brunner/Mazel.
- Kutchinsky, B. (1985): *Om incestproblemet udbredelse*. København: Kriminalistisk Institut.
- Landau, S., R. Milich & M.B. Diener (1998): "Peer Relations of Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder". *Reading & Writing Quarterly*, 14(1), s. 83.
- Laye-Gindhu, A. & K. Schonert-Reichl (2005): "Nonsuicidal Self-Harm among Community Adolescents: Understanding the 'Whats' and 'Whys' of Self-Harm". *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), s. 447-457.
- Lehmann, P. (2000): "Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Child Witnesses to Mother-Assault: A Summary and Review". *Children and Youth Services Review*, 22(3-4), s. 275-306.
- Lena, S.M. & S. Bijoor (1990): "Wrist Cutting: A Dare Game Among Adolescents". *Canadian Medical Association Journal*, 142(2), s. 131-132.
- Leth, I., B. Stenvig & A. Pedersen (1988): "Seksuelt overgreb mod børn og unge: Omfang og karakter". *Nordisk Psykologi*, 40, s. 383-393.
- Lilenfeld, L.R., W.H. Kaye, C.G. Greeno, K.R. Merikangas, K. Plotnicov, C. Pollice, R. Radhika, M. Strober, C.M. Bulik & L. Nagy (1998): "A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Psychiatric Disorders in First-Degree Relatives and Effects of Proband Comorbidity". *Archives of General Psychiatry*, 55, s. 603-610.
- Lindberg, F.H. & L.J. Distad (1985): "Post-Traumatic Stress Disorders in Women Who Experienced Childhood Incest". *Child Abuse & Neglect*, 9(3), s. 329-334.
- Lindgaard, H. (2002): *Voksne børn fra familier med alkoholproblemer: mestring og modstandsdygtighed*. Århus: Aarhus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.
- Linehan, M.M. (2004): *Manual til dialektisk adfærdsterapi – færdighedstræning*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Linehan, M.M. (1993): *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.

- Linehan, M.M., K.A. Comtois, A.M. Murray, M.Z. Brown, R.J. Gallop, H.L. Heard, K.E. Korslund, D.A. Tutek, S.K. Reynolds & N. Lindenboim (2006): "Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder". *Arch Gen Psychiatry*, 63, s. 757-766.
- Lloyd-Richardson, E.E., N. Perrine, L. Dierker & M.L. Kelley (2007): "Characteristic and Functions on Non-Suicidal Self-Injury in a Community Sample of Adolescents". *Psychological Medicine*, 37(8), s. 1183-1192.
- Lock, J. (2011): "Family-Based Treatment for Anorexia Nervosa". I: Le Grange, D. & J. Lock (red.): *Eating Disorders in Children and Adolescents. A Clinical Handbook*. New York: The Guilford Press, s. 223-242.
- Loeb, K., B. Walsh, J. Lock, D. Le Grange, J. Jones & S. Marcus (2007): "Open Trial of Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa: Evidence of Successful Dissemination". *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, s. 792-800.
- Lucas, A.R., C.M. Beard & W.M. O'Fallon (1991): "50-Year Trends in the Incidence of Anorexia Nervosa in Rochester, Minn.: A Population-Based Study". *American Journal of Psychiatry*, 148, s. 917-922.
- Lucas, A.R., C.S. Crowson, W.M. O'Fallon & L.J. Melton (1999): "The Ups and Downs of Anorexia Nervosa". *International Journal of Eating Disorders*, 26(4), s. 397-405.
- MacKinnon, D.P., G. Warsi & J.H. Dwyer (1995): "A Simulation Study of Mediated Effect Measures". *Multivariate Behavioral Research*, 30(1), s. 41-62.
- Madge, N., A. Hewitt, K. Hawton, E.J.d. Wilde, P. Corcoran, S. Fekete, K.v. Heeringen, D.D. Leo & M. Ystgaard (2008): "Deliberate Self-Harm within an International Community Sample of Young People: Comparative Findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), s. 667-677.
- Marchi, M. & P. Cohen (1990): "Early Childhood Eating Behaviors and Adolescent Eating Disorders". *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 162(4), s. 753-757.
- Martin, G., H.A. Bergen, A.S. Richardson, L. Roeger & S. Allison (2004): "Sexual Abuse and Suicidality: Gender Differences in a Large Community Sample of Adolescents". *Child Abuse & Neglect*, 28(5), s. 491-503.

- Masten, A.S. & N. Garmezy (1985): "Risk, Vulnerability, and Protective Factors in Developmental Psychopathology". *Advances in Clinical Child Psychology*, 8, s. 1-52.
- McGloin, J.M. & C.S. Widom (2001): "Resilience among Abused and Neglected Children Grown Up". *Development and Psychopathology*, 13(4), s. 1021-1038.
- Mehler, P.S. (2001): "Diagnosis and Care of Patients with Anorexia Nervosa in Primary Care Settings". *Annals of Internal Medicine*, 134(11), s. 1048-1059.
- Melchert, T.P. & R.L. Parker (1997): "Different Forms of Childhood Abuse and Memory". *Child Abuse & Neglect*, 21(2), s. 125-135.
- Menninger, K.A. (1938): *Man against Himself*. Oxford: Harcourt, Brace.
- Menninger, K.A. (1935): "Psychology of a Certain Type of Malingering". *Archives of Neurology and Psychiatry*, 33(3), s. 507-515.
- Messer, J.M. & W.J. Fremouw (2008): "A Critical Review of Explanatory Models for Self-Mutilating Behaviors in Adolescents". *Clinical Psychology Review*, 28(1), s. 162-178.
- Micali, N. (2005): "Childhood Risk Factors: Longitudinal Continuities And Eating Disorders". *Journal of Mental Health*, 14(6), s. 567-574.
- Mischoulon, D., K.T. Eddy, A. Keshaviah, D. Dinescu, S.L. Ross, A.E. Kass, D.L. Franko & D.B. Herzog (2011): "Depression and Eating Disorders: Treatment and Course". *Journal of Affective Disorders*, 130(3), s. 470-477.
- Møhl, B. (2006): *At skære smerten bort: en bog om cutting og anden selvskadende adfærd*. København: PsykiatriFonden.
- Møhl, B. & M.M. Schack (2013): "Cutting og anden form for selvskade". *Månedsskrift for almen praksis*, s. in press.
- Møhl, B. & A. Skandsen (2011): "The Prevalence and Distribution of Self-Harm among Danish High School Students". *Personality and Mental Health*, (6)2, s. 147-155.
- Muehlenkamp, J.J. & P.M. Gutierrez (2004): "An Investigation of Differences between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), s. 12-23.
- Munk-Jørgensen, P., S. Møller-Madsen, S. Nielsen & J. Nystrup (1995): "Incidence of Eating Disorders in Psychiatric Hospitals and Wards in Denmark, 1970-1993". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(2), s. 91-96.
- Myers, J.E.B., L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, C. Jenny & T.A. Reid (2002): *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Neiderman, M. (2000): "Prognosis and outcome". I: Lask, B. & R. Bryant-Waugh (red.): *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence*. Philadelphia: Psychology Press, s. 81-101.
- NHS (2004): *NICE Clinical Guidelines 16. Self-Harm. The Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care*. NICE. Tilgængelig på: www.nice.org.uk/cg16. Besøgt den 29-4-2013.
- Nicol, R. (2002): "Practice in Non-Medical Settings". I: Rutter & Taylor (red.): *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Science, s. 1077-1089.
- Nielsen, S. (1999): "Spiseforstyrrelser". I: Lier, L., T. Isager, O.S. Jørgensen, F.W. Larsen & T. Aarkrog (red.): *Børne og ungdomspsykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 381-390.
- Nielsen, S., S. Møller-Madsen & J. Nystrup (1996): "Utilisation of Psychiatric Beds in the Treatment of ICD-8 Eating Disorders in Denmark 1970-1993, a Register Study". *European Psychiatry*, 11(10), s. 221s-221s.
- Nixon, M.K., P. Cloutier & S.M. Jansson (2008): "Nonsuicidal Self-Harm in Youth: A Population-Based Survey". *Canadian Medical Association Journal*, 178(3), s. 306-312.
- Nobakht, M. & M. Dezhkam (2000): "An Epidemiological Study of Eating Disorders in Iran". *International Journal of Eating Disorders*, 28(3), s. 259-265.
- Nock, M.K. & R.C. Kessler (2006): "Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts versus Suicide Gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey". *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), s. 616-623.
- Nock, M.K., J. Joiner, K.H. Gordon, E. Lloyd-Richardson & M.J. Prinstein (2006): "Non-Suicidal Self-Injury among Adolescents: Diagnostic Correlates and Relation to Suicide Attempts". *Psychiatry Research*, 144(1), s. 65-72.
- Norris, M.L., S.J. Bondy & L. Pinhas (2011): "Epidemiology of Eating Disorders in Children and Adolescents". I: Le Grange, D. & J. Lock (red.): *Eating Disorders in Children and Adolescents: A Clinical Handbook*. New York, NY US: Guilford Press, s. 63-89.
- O'Conner, R.C., S. Rasmussen, J. Miles & K. Hawton (2009): "Self-Harm in Adolescents: Self-Report Survey in Schools in Scotland". *The British Journal of Psychiatry*, 194, s. 72-86.
- Olweus, D. (2003): "A Profile of Bullying at School". *Educational Leadership*, 60(6), s. 12-17.
- Olweus, D. (1995): *Bullying at School: What We Know and What We Can Do*. Oxford: Blackwell.

- Olweus, D. (1994): "Bullying at School: Basic Facts and Effects of a School Based Intervention Program". *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 35(7), s. 1171-1190.
- Pao, P.N. (1969): "The Syndrome of Delicate Self-Cutting". *Br J Med Psychol*, 42(3), s. 195-206.
- Pattison, E.M. & J. Kahan (1983): "The Deliberate Self-Harm Syndrome". *The American Journal of Psychiatry*, 140(7), s. 867-872.
- Peat, C., J.E. Mitchell, H.W. Hoek & S.A. Wonderlich (2009): "Validity and utility of subtyping anorexia nervosa". *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), s. 590-594.
- Pelaez Fernandez, M.A., F.J. Labrador & R.M. Raich (2007): "Prevalence of Eating Disorders among Adolescent and Young Adult Scholastic Population in Region of Madrid (Spain)". *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), s. 681-690.
- Pike, K.M., A. Hilbert, D.E. Wilfley, C.G. Fairburn, F.A. Dohm, B.T. Walsh & R. Striegel-Moore (2008): "Toward an Understanding of Risk Factors for Anorexia Nervosa: A Case-Control Study". *Psychological Medicine*, 38(10), s. 1443-1453.
- Porritt, D. (1979): "Social Support in Crisis: Quantity or Quality". *Social Science & Medicine*, 13(6A), s. 715-721.
- Rechenbach, A. (2003a): "Attachmentbegrebet, dets historik og aktualitet". *Psyke & Logos*, 24(2).
- Rechenbach, A. (2003b): "Tilknytningsforstyrrelser og psykopatologi". *Psyke & Logos*, 24(2).
- Rigby, K. & P.T. Slee (1993): "Dimensions of Interpersonal Relation Among Australian Children and Implications for Psychological Well-Being". *Journal of Social Psychology*, 133(1), s. 33-42.
- Rigby, K. & P. Slee (1999): "Suicidal Ideation Among Adolescent School Children, Involvement in Bully-Victim Problems, and Perceived Social Support". *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 29(2), s. 119.
- Romans, S.E., J.L. Martin, J.C. Anderson & G.P. Herbison (1995): "Sexual Abuse in Childhood and Deliberate Self-Harm". *The American Journal of Psychiatry*, 152(9), s. 1336-1342.
- Rorty, M., J. Yager, J.G. Buckwalter & E. Rossotto (1999): "Social Support, Social Adjustment, and Recovery Status in Bulimia Nervosa". *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), s. 1-12.
- Rosenberg, M. (1979): *Conceiving the Self*. New York: Basic Books.
- Ross, S. & N. Heath (2002): "A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents". *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), s. 67-77.
- Rutter, M. (2002): "Substance Use and Abuse: Causal Pathways Considerations". I: Rutter, M. & E. Taylor (red.): *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Science, s. 455-462.

- Rutter, M. (2000): "Psychosocial Influences: Critiques, Findings, and Research Needs". *Development and Psychopathology*, 12(3), s. 375-405.
- Rutter, M. (1990): "Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms". I: Rolf, J., A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein & S. Weintraub (red.): *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press, s. 181-214.
- Rutter, M. (1988): "Longitudinal Data in the Study of Causal Processes: Some Uses and Some Pitfalls". I: Rutter, M.: *Studies of Psychosocial Risk: The Power of Longitudinal Data*. New York, NY US: Cambridge University Press, s. 1-28.
- Sarason, I.G., J.H. Johnson & J.M. Siegel (1978): "Assessing the Impact of Life Changes: Development of the Life Experiences Survey". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), s. 932-946.
- Schaffer, H.R. (1990): *Making Decisions about Children: Psychological Questions and Answers*. Oxford: Blackwell.
- Selby, E.A., T.W. Bender, K.H. Gordon, M.K. Nock & T.E. Joiner Jr (2012): "Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Disorder". *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(2), s. 167-175.
- Shaffer, D. & C. Jacobson (2009): *Proposal to the DSM-V Childhood Disorder and Mood Disorder Work Groups to Include Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) as a DSM-V Disorder*. American Psychiatric Association. Tilgængelig på:
<http://www.dsm5.org/Proposed%20Revision%20Attachments/APA%20DSM-5%20NSSI%20Proposal.pdf>
- Shapiro, J.R., N.D. Berkman, K.A. Brownley, J.A. Sedway, K.N. Lohr & C.M. Bulik (2007): "Bulimia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials". *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), s. 321-336.
- Shisslak, C.M., M. Crago, K.M. McKnight, L.S. Estes, N. Gray & O.G. Parnaby (1998): "Potential Risk Factors Associated with Weight Control Behaviors in Elementary School Girls". *Journal of Psychomatic Research*, 44, s. 301-313.
- Skårderud, F. (2001): *Stærk/svag. En håndbog om spiseforstyrrelser*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Smink, F., D.v. Hoeken & H. Hoek (2012): "Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates". *Current Psychiatry Reports*(Preprints), s. 1-9.
- Smith, P.K. & S. Sharp (1994): *School Bullying: Insights and Perspectives*. London: Routledge.
- Solomon, Y. & J. Farrand (1996): ""Why Don't You Do It Properly?" Young Women Who Self-Injure". *Journal of Adolescence*, 19(2), s. 111-119.

- Stanley, B., M.J. Gameroff, V. Michalsen & J. Mann (2001): "Are Suicide Attempters who Self-Mutilate a unique Population?". *The American Journal of Psychiatry*, 158(3), s. 427-432.
- Steinhausen, H.-C. (2002): "Anorexia and Bulimia Nervosa". I: Rutter, M. & E. Taylor (red.): *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Science, s. 555-570.
- Steinhausen, H.-C., K.J. Neumärker, M. Vollrath & U. Dudeck (1992): "A Transcultural Comparison of the Eating Disorder Inventory in former East and West Berlin". *International Journal of Eating Disorders*, 12(4), s. 407-416.
- Stice, E. (2002): "Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review". *Psychological Bulletin*, 128(5), s. 825-848.
- Stice, E., C.N. Marti, H. Shaw & M. Jaconis (2009): "An 8-Year Longitudinal Study of the Natural History of Threshold, Subthreshold, and Partial Eating Disorders from a Community Sample of Adolescents". *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), s. 587-597.
- Straus, M.A., S.L. Hamby, D. Finkelhor, D.W. Moore & D. Runyan (1998): "Identification of Child Maltreatment With the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and Psychometric Data for a National Sample of American Parents". *Child Abuse & Neglect*, 22(4), s. 249-270.
- Striegel-Moore, R.H., F.A. Dohm, K.M. Pike, D.E. Wilfley & C.G. Fairburn (2002): "Abuse, Bullying, and Discrimination as Risk Factors for Binge Eating Disorder". *American Journal of Psychiatry*, 159(11), s. 1902.
- Strober, M. & T. Peris (2011): "The Role of Family Environment in Etiology: A Neuroscience Perspective". I: Le Grange, D. & J. Lock (red.): *Eating Disorders in Children and Adolescents: A Clinical Handbook*. New York, NY US: Guilford Press, s. 34-60.
- Strober, M., R. Freeman & C. Lampert (2000): "Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Evidence of Shared Liability and Transmission of Partial Syndromes". *American Journal of Psychiatry*, 157(3), s. 393-401.
- Strober, M., R. Freeman & W. Morrell (1997): "The Long-Term Course of Severe Anorexia Nervosa in Adolescents: Survival Analysis of Recovery, Relaps, and Outcome Predictors over 10-15 Years in a Prospective Study". *International Journal of Eating Disorders*, 22, s. 339-360.
- Sundelin Wahlsten, V. (1991): *Utveckling och verlevnad: en studie av barn i psykosociala riskmiljer*. Stockholm: Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.

- Sundhedsstyrelsen (2005): *Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2003): *Spiseforstyrrelser: Anbefalinger for organisation og behandling*. Sundhedsstyrelsen.
- Suyemoto, K.L. (1998): "The Functions of Self-Mutilation". *Clinical Psychology Review*, 18(5), s. 531-554.
- Szklo, M. & F.J. Nieto (2012): *Epidemiology: Beyond the Basics*. Boston: Jones & Bartlett Publishers.
- Thompson, R.A. (1995): *Preventing Child Maltreatment Through Social Support: A Critical Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tiller, J.M., G. Sloane, U. Schmidt, N. Troop, M. Powers & J.L. Treasure (1997): "Social Support in Patients with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa". *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), s. 31-38.
- Tozzi, F., P.F. Sullivan, J.L. Fear, J. McKenzie & C.M. Bulik (2003): "Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective". *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), s. 143-154.
- Troop, N.A., A. Holbrey & J.L. Treasure (1998): "Stress, Coping, and Crisis Support in Eating Disorders". *International Journal of Eating Disorders*, 24(2), s. 157-166.
- Troop, N.A., S. Allan, L. Serpell & J.L. Treasure (2008): "Shame in Women with a History of Eating Disorders". *European Eating Disorders Review*, 16(6), s. 480-488.
- Troop, N.A., S. Allan, J.L. Treasure & M. Katzman (2003): "Social Comparison and Submissive Behaviour in Eating Disorder Patients". *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(3), s. 237-249.
- Tukiewicz, G., V. Pinzon, J. Lock & B. Fleitlich-Bilyk (2010): "Feasibility, Acceptability, and Effectiveness of Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa: An Observational Study Conducted in Brazil". *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, s. 169-172.
- van der Kolk, B.A., Perry, J.C., & Herman, J.L. (1991): "Childhood origins of self-destructive behavior". *American Journal of Psychiatry*, 148, s. 1665-1671.
- van Gerko, K., M.L. Hughes, M. Hamill & G. Waller (2005): "Reported Childhood Sexual Abuse and Eating-Disordered Cognitions and Behaviors". *Child Abuse and Neglect: The International Journal*, 29(4), s. 375-382.
- Waadegaard, M. (2002): *Risk Behaviour Related to Eating Disorders among Danish Adolescents*. Copenhagen: National Institute of Public Health.

- Waaddegaard, M. & T. Petersen (2002): "Dieting and Desire for Weight Loss Among Adolescents in Denmark: A Questionnaire Survey". *European Eating Disorders Review*, 10(5), s. 329-346.
- Waaddegaard, M., M. Davidsen & M. Kjoller M. (2009): "Obesity and Prevalence of Risk Behaviour for Eating Disorders Among Young Danish Women". *Scand J Public Health*, 37: s. 736-743.
- Waaddegaard, M., H. Thoning & B. Petersson (2003): "Validation of a Screening Instrument for Identifying Risk Behaviour Related to Eating Disorders". *European Eating Disorders Review*, 11(6), s. 433-455.
- Wade, T. (1998): "Genetic and Environmental Risk Factors for the Weight and Shape Concerns Characteristic of Bulimia Nervosa". *Psychological Medicine*, 28(4), s. 761-771.
- Wallis, A., P. Rhodes, M. Kohn & S. Madden (2007): "Five-Years of Family Based Treatment for Anorexia Nervosa: The Maudsley Model at the Children's Hospital at Westmead". *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 19, s. 227-283.
- Walsh, B.W. & P.M. Rosen (1988): *Self-Mutilation Theory, Research, and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Walters, E.E. & K.S. Kendler (1995): "Anorexia Nervosa and Anorexic-Like Syndromes in a Population-Based Female Twin Sample". *American Journal of Psychiatry*, 152(1), s. 64.
- Webster, J.J. & R.L. Palmer (2000): "The Childhood and Family Background of Women with Clinical Eating Disorders: A Comparison with Women with Major Depression and Women Without Psychiatric Disorder". *Psychological Medicine*, 30(1), s. 53-60.
- Weierich, M.R. & M.K. Nock (2008): "Posttraumatic Stress Symptoms Mediate the Relation between Childhood Sexual Abuse and Nonsuicidal Self-Injury". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), s. 39-44.
- Werner, E.E. & R.S. Smith (1992): *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.
- Werner, E.E. & R.S. Smith (1982): *Vulnerable, but Invincible. A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. New York: McGraw-Hill.
- Wesley, B. (1991): "Relationship of Depression and Cognitive Impairment to Self-Injury in Borderline Personality Disorder, Major Depression, and Schizophrenia". *Psychiatry Research*, 38(1), s. 77-87.
- Whitlock, J., J. Eckenrode & D. Silverman (2006): "Self-Injurious Behaviors in a College Population". *Pediatrics*, 117(6), s. 1939-1948.
- Whitlock, J., G. Eells, N. Cummings & A. Purington (2009): "Nonsuicidal Self-Injury in College Populations: Mental

- Health Provider Assessment of Prevalence and Need". *Journal of College Student Psychotherapy*, 23, s. 172-183.
- WHO (1994): *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: WHO.
- Widom, C.S. & R.L. Shepard (1996): "Accuracy of Adult Recollection of Childhood Victimization: Part 1. Childhood Physical Abuse". *Psychological Assessment*, 8(4), s. 412-421.
- Wiederman, M.W., R.A. Sansone & L.A. Sansone (1999): "Bodily Self-Harm and Its Relationship to Childhood Abuse Among Women in a Primary Care Setting". *Violence Against Women*, 5, s. 155-163.
- Woodside, D.B. (1995): "A Review of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa". *Current Problems in Pediatrics*, 25(2), s. 67-89.
- Woodward, M. (1999): *Epidemiology: Study Design and Data Analysis*. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC.
- Yates, A. (1989): "Current Perspectives on the Eating Disorders: I. History, Psychological, and Biological Aspects". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, s. 813-828.
- Yates, T.M. (2004): "The Developmental Psychopathology of Self-Injurious Behavior: Compensatory Regulation in Posttraumatic Adaptation". *Clinical Psychology Review*, 24(1), s. 35-74.
- Yates, T.M., E.A. Carlson & B. Egeland (2008): "A Prospective Study of Child Maltreatment and Self-Injurious Behavior in a Community Sample". *Development and Psychopathology*, 20(02), s. 651-671.
- Yates, T.M., A.J. Tracy & S.S. Luthar (2008): "Nonsuicidal Self-Injury Among "Privileged" Youths: Longitudinal and Cross-Sectional Approaches to Developmental Process". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), s. 52.
- Ystgaard, M. (2003): "Deliberate Self Harm in Adolescents". *Tidsskr Nor Lægeforen*, 123(16), s. 2241-2245.
- Yule, W. (2002): "Post-Traumatic Stress Disorder". I: Rutter, M. & E. Taylor (red.): *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Science, s. 520-528.
- Zlotnick, C., J.I. Mattia & M. Zimmerman (1999): "Clinical Correlates of Self-Mutilation in a Sample of General Psychiatric Patients". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(5), s. 296-301.
- Zlotnick, C., T.M. Shea, T. Pearlstein, E. Simpson, E. Costello & A. Begin (1996): "The Relationship between Dissociative Symptoms, Alexithymia, Impulsivity, Sexual Abuse, and Self-Mutilation". *Comprehensive Psychiatry*, 37, s. 12-16.
- Zøllner, L. (2002): *Unges (mis)trivsel*. Odense: Center for Selvmordsforskning.
- Zoroglu, S.S., U. Tuzan, V. Sar, H. Tutkun, H.A. Savas, M. Ozturk, B. Alyanak & M.E. Kora (2003): "Suicide Attempt and Self-

Mutilation among Turkish High School Students in Relation with Abuse, Neglect and Dissociation". *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, s. 119-126.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2012

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 12:01 Lyk-Jensen, S.V., A. Glad, J. Heidemann & M. Damgaard: *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse*. 117 sider. e-ISBN: 978-87-7119-075-5. Netpublikation.
- 12:02 Lausten, M., H. Hansen, A.-K. Mølholt, K.S. Vammen & A.-C. Legendre: *Forebyggende foranstaltninger 14-17 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 5*. 235 sider. ISBN: 978-87-7119-078-6. e-ISBN: 978-87-7119-079-3. Vejledende pris: 230,00 kr.
- 12:03 Rostgaard, T., T.N. Brunner & T. Fridberg: *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*. 150 sider. ISBN: 978-87-7119-080-9. e-ISBN: 978-87-7119-081-6. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:04 Mølholt, A.-K., S. Stage, J.H. Pejtersen & P. Thomsen: *Efterværn for tidligere anbragte unge. En videns- og erfaringsopsamling*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-082-3. e-ISBN: 978-87-7119-083-0. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 12:05 Ellerbæk, L.S. & A. Høst: *Udlejningsredskaber i almene boliger. En analyse af brugen og effekterne af udlejningsredskaber i almene boligområder*.

- 258 sider. ISBN: 978-87-7119-084-7. e-ISBN: 978-87-7119-085-4. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 12:06 Høgelund, J.: *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte. En litteraturoversigt*. 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-086-1. Netpublikation.
- 12:07 Rasmussen, P.S. & P.S. Olsen: *Positiv adfærd i læring og samspil (PAL5). En evaluering af en skoleomfattende intervention på 11 pilot-skoler*. 159 sider. ISBN: 978-87-7119-087-8. e-ISBN: 978-87-7119-088-5. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:08 Fridberg, T. & M. Damgaard: *Frivillige i hjemmeværnet 2011*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-089-2. e-ISBN: 978-87-7119-090-8. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:09 Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann & A. Glad: *Soldater – før og efter udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet*. 164 sider. e-ISBN: 978-87-7119-091-5. Netpublikation.
- 12:10 Bengtsson, S.: *Vækstfaktorer på det specialiserede socialområde*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-092-2. e-ISBN: 978-87-7119-093-9. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:11 Dines, A., V. Jakobsen, V.M. Jensen, S.S. Nielsen, S., K.C.Z. Pedersen, D.S. Petersen & K.M. Thorsen: *Indsatser for tosprogede elever. Kortlægning og analyse*. 162 sider. e-ISBN: 978-87-7119-094-6. Netpublikation.
- 12:12 Christensen, E.: *Nakuusa – vi vil og vi kan. En opfølgning på Youth Forum i Ilulissat 2011*. 48 sider. e-ISBN: 978-87-7119-096-0. Netpublikation.
- 12:13 Christensen, E.: *Nakuusa – piumavugut saperatalu. 2011-mi ilulissani Youth Forum pillugu nangitsineq*. 50 sider. e-ISBN: 978-87-7119-097-7. Netpublikation.
- 12:14 Larsen, M. & L.S. Ellerbæk: *Evaluering af jobplanen. Nuværende og kommende pensionisters kendskab til og betydning af reglerne for at arbejde*. 111 sider. ISBN: 978-87-7119-100-4. e-ISBN: 978-87-7119-101-1. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 12:15 Larsen, M., H.B. Bach & A. Liversage: *Pensionisters og efterlønsmodtageres arbejdskraftpotentiale. Fokus på genindtræden*. 181 sider. ISBN: 978-87-7119-102-8. e-ISBN: 978-87-7119-103-5. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 12:16 Ottosen, M.H. & S. Stage: *Deleborn i tal. En analyse af skilsmissebørns samvær baseret på SFI's børneforløbsundersøgelse*. 111 sider. ISBN:

- 978-87-7119-104-2. e-ISBN: 978-87-7119-105-9. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 12:17 Nilsson, K. & H. Holt: *En vurdering af arbejdsskadestyrelsens fastholdelsecenter. Kommuners, fagforeningers, arbejdsgivers og forsikringselskabers erfaringer med fastholdelsescentret.* 89 sider. ISBN: 978-87-7119-106-6. e-ISBN: 978-87-7119-107-3. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 12:18 Holt, H: *Lokal løn på kommunale arbejdspladser. Forskelle i kvinders og mænds løn.* 82 sider. e-ISBN: 978-87-7119-108-0. Netpublikation.
- 12:19 Bengtsson, S. & M. Røgeskov: *Et liv i egen bolig. Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser.* 145 sider. ISBN: 978-87-7119-109-7. e-ISBN: 978-87-7119-110-3. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 12:20 Graversen, B: *Effekter af virksomhedsrettet aktivering for udsatte ledige. En litteraturoversigt.* 72 sider. e-ISBN: 978-87-7119-112-7. Netpublikation.
- 12:21 Albæk, K., H.B. Bach & S. Jensen: *Effekter af mentorstøtte for udsatte ledige. En litteraturoversigt.* 68 sider. e-ISBN: 978-87-7119-114-1. Netpublikation.
- 12:22 Jensen, T.G., K. Weibel, M.K. Tørslev, L.L. Knudsen & S.J. Jacobsen: *Måling af diskrimination på baggrund af etnisk oprindelse.* 134 sider. ISBN: 978-87-7119-115-8, e-ISBN: 978-87-7119-116-5. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 12:23 Madsen, M.B. & K. Weibel: *Delt viden. Aktiveringsindsatsen for ikke-arbejdsmarkedsparete kontanthjælpsmodtagere.* 152 sider. ISBN: 978-87-7119-117-2. e-ISBN: 978-87-7119-118-9. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:24 Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann, A. Glad & C.D. Weatherall: *Danske hjemvendte soldater. Soldaternes psykiske sundhedsprofil før og efter udsendelse.* 210 sider. e-ISBN: 978-87-7119-119-6. Netpublikation.
- 12:25 Lausten, M., H. Hansen, K.S. Vammen & K. Vasegaard: *Forebyggende foranstaltninger 18-22 år. Dialoggruppe – Om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 6.* 164 sider. ISBN: 978-87-7119-121-9. e-ISBN: 978-87-7119-122-6. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 12:26 Lauritzen, H.H., R.N. Brünner, P. Thomsen & M. Wüst: *Ældres ressourcer og behov. Status og udvikling på baggrund af Ældredatabasen.* 180 sider. ISBN: 978-87-7119-123-3. e-ISBN: 978-87-7119-124-0. Vejledende pris: 180,00 kr.

- 12:27 Høst, A.K, T. Fridberg, D.L. Stigaard & B. Boje-Kovacs: *Når fogeden banker på. Fogedsager og effektive udsættelser af lejere*. 422 sider. ISBN: 978-87-7119-125-7. e-ISBN: 978-87-7119-126-4. Vejledende pris 420,00 kr.
- 12:28 Nielsen, H., A. Mølgaard & L. Dybdal: *Procesevaluering af boligsociale indsatser. Delrapport 2. Kvalitativ kortlægning af Landsbyggefondens 2006-2010-pulje med fokus på projektorganisering og samarbejde*. 118 sider. e-ISBN: 978-87-7119-127-1. Netpublikation.
- 12:29 Andrade, S.B.: *Levekår i dansk landbrug. Analyse af sammenhænge mellem risikofaktorer og dyrvernssager i landbruget fra 2000 til 2008*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-128-8. e-ISBN: 978-87-7119-129-5. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 12:30 Ottosen, M.H. (red.): *15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. 348 sider. ISBN: 978-87-7119-130-1. e-ISBN: 978-87-7119-131-8. Vejledende pris: 340,00 kr.
- 12:31 Bach, H.B.: *Arbejdsmarkedsparathed og selvforsørgelse*. 36 sider. e-ISBN: 978-87-7119-133-2. Netpublikation.
- 12:32 Christensen, E. & A.P. Langhede: *Evaluering af psykologhjælp til børn på krisecentre*. 61 sider. ISBN: 978-87-7811-197-5. Netpublikation. Udgivet af Ankestyrelsen og SFI.
- 12:33 Termansen, T. & C.S. Sonne-Schmidt: *Forebyggende fysisk træning til ældre. En undersøgelse af effekten af en kort træningsindsats på aldres fysiske funktionsevne*. 64 sider. ISBN: 978-87-7119-135-6. e-ISBN: 978-87-7119-136-3. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 12:34 Hansen, H., P.R. Skov & K.M. Sørensen: *Støtte til udsatte børnefamilier. En effektmåling af familiebehandling og praktisk pædagogiske støtte*. 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-137-0. Netpublikation
- 12:35 Ellerbæk, L.S., V. Jakobsen, S. Jensen & H. Holt: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2012*. 182 sider. ISBN: 978-87-7119-138-7. e-ISBN: 978-87-7119-139-4. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 12:36 Jakobsen, T.B., S.V. Lyk-Jensen & D.L. Stigaard: *Lige muligheder – metodisk grundlag for en effektevaluering. Evalueringsrapport 2*. 82 sider. e-ISBN: 978-87-7487-140-0. Netpublikation.
- 13:01 Kjeldsen, M.M., H.S. Houlberg & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2012*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-141-7. e-ISBN: 978-87-7119-142-4. Vejledende pris: 170,00 kr.

- 13:02 Liversage, A, R. Bille & V. Jakobsen: *Den danske au pair-ordning*. 281 sider. ISBN: ISBN 978-87-7119-143-1. e-ISBN: 978-87-7119-144-8. Vejledende pris 280,00 kr.
- 13:03 Oldrup, H., A.K. Høst, A.A. Nielsen & B. Boje-Kovacs: *Når børnefamilier sættes ud af deres lejebolig*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-145-5. e-ISBN: 978-87-7119-146-2. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 13:04 Lausten, M., H. Hansen & V. M. Jensen: *God praksis i forebyggende arbejde – samlet evaluering af dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse*. 173 sider. ISBN: 978-87-7119-147-9. e-ISBN: 978-87-7119-148-6. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:05 Christensen, E.: *Ilasiq. Evaluering af en bo-enhed for udsatte børn*. 75 sider. ISBN: 978-87-7119-149-3. e-ISBN: 978-87-7119-150-9. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:06 Christensen, E.: *Ilasiq. Meeqqanut aarlerinartorsiorturnut najugaqatigiiffimmik nalilersuineq*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-151-6. e-ISBN: 978-87-7119-152-3. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:07 Lausten, M., D. Andersen, P.R. Skov & A.A. Nielsen: *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995*. 153 sider. ISBN: 978-87-7119-153-0. e-ISBN: 978-87-7119-154-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 13:08 Luckow, S.T. & V.L. Nielsen: *Evaluering af ressource- og risikoskema. Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge*. 90 sider. e-ISBN: 978-87-7119-156-1. Netpublikation.
- 13:09 Winter, S.C. & V.L. Nielsen (red.): *Lærere, undervisning og elevpræstationer i folkeskolen*. 265 sider. e-ISBN: 978-87-7119-158-5. Netpublikation.
- 13:10 Kjeldsen, M.M., & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2012. Regionale forskelle*. 59 sider. ISBN: 978-87-7119-159-2. e-ISBN: 978-87-7119-160-8. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 13:11 Manuel, C. & A. K. Jørgensen: *Systematic review of youth crime prevention intervention – published 2008-2012*. 309 sider. e-ISBN: 978-87-7119-161-5. Netpublikation.
- 13:12 Nilsson, K. & H. Holt: *Halvering af dagpengeperioden og akutpakken. Erfaringer i jobcentre og A-kasser*. 80 sider. e-ISBN: 978-87-7119-162-2. Netpublikation.

- 13:13 Nielsen, A.A. & V.L. Nielsen: *Evaluering af projekt SAMSPIL. En udvidet modregruppe til unge udsatte mødre*. 66 sider. e-ISBN: 978-87-7119-163-9. Netpublikation.
- 13:15 Bengtsson, S. & S. Ø. Gregersen: *Integrerede indsatser over for mennesker med psykiske lidelser. En forskningsoversigt*. 106 sider. ISBN: 978-87-7119-169-1. e-ISBN: 978-87-7119-170-7. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 13:18 Vammen, K.S. & M.N. Christoffersen: *Unge selvskade og spiseforstyrrelser. Kan social støtte gøre en forskel?* 156 sider. ISBN: 978-87-7119-173-8. e-ISBN: 978-87-7119-174-5. Vejledende pris: 150,00 kr.

UNGES SELVSKADE OG SPISEFORSTYRRELSE

KAN SOCIAL STØTTE GØRE EN FORSKEL?

Formålet med denne rapport er at belyse unges selvskadende adfærd for at finde mulige årsager, risiko- og beskyttelsesfaktorer med henblik på at få ideer til effektive forebyggende foranstaltninger.

Undersøgelsen finder en klar sammenhæng mellem på den ene side selvskade blandt unge mennesker og på den anden side en belastende opvækst med fysisk mishandling, seksuelle overgreb, psykologisk mishandling eller andre ophobede, traumatiske livsbegivenheder. Risikoen for at unge udvikler spiseproblemer er ligeledes markant hos de unge, der har oplevet ophobede traumatiske livsbegivenheder, men meget mindre udtalt.

Rapporten finder, at de børn og unge, der havde været udsat for stærkt belastede opvækstforhold, og som ender med at have selvskadende adfærd, også sjældent har fået social støtte. Til gengæld har dem, der fået støtte, oftere oplevet en berigende og udviklende barndom, trods de belastede forhold.

Undersøgelsen baserer sig på interviews med 2.980 unge, alle født i 1984, og omkring 25 år, da de blev interviewet.