

Risikofaktorer i barndommen

*– en forløbsundersøgelse
særligt med henblik på
forældres psykiske sygdomme*

Mogens Nygaard Christoffersen

Risikofaktorer i barndommen

– en forløbsundersøgelse særligt med henblik på forældres psykiske sygdomme

Forskningsleder: Vita Bering Pruzan

Forskningsgruppen om børn, familie og minoriteter

Sekretærarbejdet er udført af forskningssekretær Jette Buntzen

ISSN 1396-1810

ISBN 87-7487-627-9

Sats og tilrettelæggelse: Socialforskningsinstituttet efter principlayout af Bysted A/S

Omslagsfoto: Les Kaner/2maj

Oplag: 1.000

Trykkeri: Holbæk Center-Tryk A/S

Socialforskningsinstituttet

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

Fax 33 48 08 33

E-mail sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

Socialforskningsinstituttets publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver Socialforskningsinstituttets publikationer, bedes sendt til instituttet.

Forord

Programmet Risikofaktorer i Barndommen undersøger med udgangspunkt inden for samfunds- og sundhedsvidenskab visse belastninger i barndommen. Formålet er at undersøge forskellige risikofaktorerers konsekvenser for børn og unge med henblik på, hvordan det går dem i ungdommen og senere som voksne. Undersøgelserprogrammet er baseret på en database, der omfatter i alt 155.000 børn, født 1966 og 1973. Disse børn og deres forældre er fulgt gennem en 15-årig periode 1979-1993. Den første undersøgelse "Opvækst med arbejdsløshed" analyserede betydningen af forældrenes arbejdsløshed.

Med den nærværende rapport udgives nogle forskningsresultater på et tidspunkt i processen, hvor analyserne endnu ikke er fuldt tilendebragt. Der er således tale om præliminære analyser, som er gennemført med henblik på at give en overskuelig belysning af langtidseffekter af forældres psykiske sygdomme sammenlignet med en række andre risikofaktorer. Rapporten indgår desuden i et igangværende udredningsarbejde om social arv. Analysearbejdet fortsætter med henblik på udgivelser i videnskabelige tidsskrifter mv.

Henrik Day Poulsen, Institut for psykiatrisk grundforskning, Afdeling for psykiatrisk demografi, har som lægelig konsulent bistået med rådgivning og vejledning samt kommenteret det samlede manuskript. De statistiske analyser er gennemført på grundlag af vejledning og råd fra seniorforsker, cand.stat. Gerda Engholm, Center for Register Forskning. De takkes for kritiske og konstruktive kommentarer. Rapporten er udarbejdet af seniorforsker, mag.scient.soc. Mogens Nygaard Christoffersen.

Undersøgelsen er finansieret af Socialministeriet og Sygekassernes Helsefond.

København, oktober 1999

Jørgen Søndergaard

Indhold

Kapitel 1	
Undersøgelsens antagelser og resultater	9
Forældres psykiske sygdomme som en risikofaktor	9
Teoretiske antagelser og hypoteser	10
Nogle modelantagelser	11
Sammenfatning af undersøgelsens resultater	12
Sociale forskelle i barndommen	13
For tidlig død	15
Hvem bliver narkomaner?	16
Narkomaner har haft en dårlig barndom	16
Selvmordsovervejelser og selvmordsforsøg	17
Selvmordsforsøg blandt unge født 1966	18
De unge voldsmænd	19
Unge sædelighedsforbrydere	20
Ungdomskriminalitetsforebyggelse og behandling	20
Forældres alkoholisme og psykiske lidelser	21
Børn af psykisk syge forældre	22
Social arv eller miljø?	23
Noter	26
Kapitel 2	
Forekomst af belastninger	27
Forskelle mellem fædre og mødre	30
Piger og drenge har samme familiemæssige belastninger	31
Er der forskel mellem at være født 1966 og 1973, hvad angår familiemæssige belastninger?	33
Noter	35
Kapitel 3	
For tidlig død	37
Antal døde	37
Overdødelighedens sociale baggrund	37
Kapitel 4	
Anbragte børn - et dilemma	43
Kvaliteten af anbringelserne	43
Bowlby's teori om tilknytning	43
Teoretiske antagelser	46
Ensomhed og manglende selvværd blandt anbragte	47
Hvor mange børn og unge anbringes?	48
Omsorgssvigt?	48
Sociale forhold inden anbringelsen	52
Belastningsfaktorer og barnets anbringelse	53
Noter	54

Kapitel 5	
Barnets psykiske lidelser	55
Antal børn der indlægges som følge af psykiske lidelser	55
Narkomisbrug blandt de unge psykiatriske patienter	55
Den psyko-sociale baggrund	58
Kapitel 6	
Voldelige kriminelle unge	61
Vold avler vold	61
De voldelige unges sociale baggrund	62
Tidligere undersøgelse af anbragte børns kriminalitet	63
Ungdomskriminalitetsforebyggelse og behandling	68
Noter	68
Kapitel 7	
Unge narkotikamisbrug	69
Antal børn der fødes af narkomaner	70
Det asymmetriske partnervalg blandt narkomaner	71
Den sociale baggrund for narkomani	74
Narkomaner har haft en dårlig barndom	74
Konklusion	76
Noter	76
Kapitel 8	
Selv mord og selvmordsforsøg blandt børn og unge	77
Forholdet mellem antal selvmord og selvmordsforsøg i en befolkningsgruppe	78
Belastende familieforhold og selvmordsovervejelser	79
Særlige metodeproblemer	80
Den sociale baggrund for selvmordsforsøg blandt børn født 1966 .	83
Kapitel 9	
Unge sædelighedsforbrydere	87
Den sociale baggrund for sædelighedsforbrydelser	87
Kapitel 10	
Alkoholisme og psykiske lidelser	93
Psykiske lidelser hos alkoholikere	94
Diskussion af metoden	95
Mavesår hos alkoholpatienter	97
Hvad gik forud for indlæggelsen med en alkoholrelateret lidelse? .	102
Berksons fejl	103
Alkoholisme og næste generation	105

<i>Kapitel 11</i>	
<i>Undersøgelsesmetoden</i>	107
Erfaringer med landsdækkende longitudinelle undersøgelser	107
Tre typer af forløbsundersøgelser	110
Statistisk analysemetode	112
Problemstilling	112
Den anvendte statistiske model	112
Den anvendte metode	113
Bortcensurering af data	114
Dikotomisering af de forklarende variabler	114
Modellens begrænsninger	115
Analysernes praktiske gennemførelse	115
Vurdering af variablernes indflydelse	115
Dikotomisering af de kontinuerlige variabler	116
Sikkerhedsgrænser og signifikansniveau	116
Etiologisk fraktion	118
Hvordan læses tabellerne?	118
Noter	124
 <i>Litteratur</i>	 125
 <i>Socialforskningsinstituttets udgivelser siden 1.1.1998</i>	 139

Undersøgelsens antagelser og resultater

Nærværende undersøgelse er en del af undersøgelsesprogrammet: Risikofaktorer i barndommen, hvor formålet er at undersøge risikofaktorerens konsekvenser for børn og unge, både med henblik på at beskrive hvordan det går dem i ungdommen, og med henblik på at afdække deres levekår som voksne.

Undersøgelsesrækken er baseret på en database, der omfatter i alt 155.000 børn født 1966 og 1973¹). Disse børn og deres forældre er fulgt gennem en 15-årig periode 1979-1993. En nærmere redegørelse for undersøgelsens design, analysemetoden og vejledning i at læse rapportens tabeller kan ses i kapitel 11.

Den første undersøgelse analyserede betydningen af forældrenes arbejdsløshed (Nygaard Christoffersen, 1996a).

Man kunne i denne undersøgelse iagttage, at hvis forældrene havde et relativt stort ledighedsomfang et år, så var sandsynligheden for en række sociale og helbredsmæssige belastninger for børnene væsentligt øget det efterfølgende år. Der var således en øget indlæggelsesfrekvens for vold imod børnene og indlæggelse af sociale grunde. Endvidere øgedes risikoen for opbrud af børnenes sociale forhold (familieopløsning, flytninger, anbringelse uden for hjemmet). Endelig kunne man året, efter at forældrene havde haft en længerevarende ledighedsperiode, iagttage en øget risiko for, at børnene udvik-

ser forskellige former for selvdestruktiv adfærd (selvmordsforsøg, kriminalitet).

Med hensyn til familieopløsning, vold imod børnene, hospitalsindlæggelse for visse sygdomme, anbringelse uden for hjemmet og kriminalitetsafgørelser er den efterfølgende risiko lavere for de børn, hvor forældrene kom i arbejde igen.

På baggrund af disse analyser af en ti-procents stikprøve af databasen besluttedes det i nærværende undersøgelse dels at inddrage forældrenes psykiske sygdomme som *et blandt flere* belastningsforhold, dels at udvide analyserne til at omfatte hele årgangene født i 1966 og 1973. Ved at inddrage en lang række kendte belastningsforhold åbnes der mulighed for at kunne sammenligne den statistiske effekt af de enkelte faktorer, samtidig med at forholdsvis sjældne fænomener kunne analyseres, når hele fødselskohorten inddrages i stedet for 10 pct. stikprøven. En nærmere redegørelse for metoden kan som nævnt ses i kapitel 11.

Forældres psykiske sygdomme som en risikofaktor

Ud fra tidligere social-psykologisk forskning synes en af de vigtigere prediktorer for børns og unges udvikling af psykiske sygdomme at være *forældrenes* mentale sygdomme (fx Jensen et al., 1990). En række longitudinelle undersøgelser inden for denne tradition har koncentreret sig om at belyse sammenhængen mellem forældres psy-

kiske sygdomme og børnenes senere livsforløb (fx Rutter, 1966; Mednick & Schulsinger, 1968; Rutter & Quinton, 1981; Keller et al., 1986).

Et klassisk eksempel er den tidligere nævnte forløbsundersøgelse blandt drenge på et behandlingshjem, sammenlignet med et udvalg blandt Stockholms drenge (Jonsson, 1967). Denne undersøgelse viste populært sagt, at de væsentligste prediktorer for børnenes kriminalitet var forældrenes mentale sygdom, forældrenes alkoholisme eller, om børnene havde indlæringsvanskeligheder i skolen. Hvis alle tre faktorer var til stede, ville 91 pct. komme ud i kriminalitet, mens dette kun var tilfældet for 24 pct., hvis ingen af de tre faktorer var til stede (Uldall, 1997).

Nærværende undersøgelse inddrager således omfanget af forældrenes ledighed, forældrenes pådømte kriminalitet, alkoholisme og psykiske lidelser, som de er registreret i forbindelse med hospitalsindlæggelser. Men ud over disse klassiske belastningsindikatorer inddrages en lang række andre forhold, der mistænkes for at have langvarige konsekvenser for børnenes livsforløb. Det drejer sig blandt andet om vold i familien, forældres selvmordsforsøg og selvmord, narkomani og neurotiske lidelser.

Teoretiske antagelser og hypoteser

Registermaterialet viser, at omkring 7,8 pct. (eller ca. 12.000) af de to fødselsårsgange har oplevet, at den ene eller – i sjældnere tilfælde – at begge forældre er blevet indlagt for behandling af en psykisk lidelse²⁾.

Et gennemgående træk ved de psykiske lidelser er adfærdsforstyrrelser, et dårligt so-

cialt funktionsniveau samt kommunikationsproblemer. I nogle tilfælde kan den dårlige funktionsevne skyldes fejl i centralnervesystemet, som kan være arveligt eller miljømæssigt betinget, mens det i andre tilfælde tilskrives ekstreme belastninger under indlæring og modning af de sociale processer igennem barndommen, i nogle tilfælde betinget af aktuelle belastninger.

Forældrenes psykotiske symptomer (vrangforestillinger, hallucinationer og fejlagtige realitetsopfattelse), nervøse lidelser og personlighedsforstyrrelser (fx psykopatier) må antages at udgøre særligt alvorlige belastninger for børnene i de faser, hvor de er særligt afhængige af forældrene.

Anthony (1969) antager, at hvor meget forældres psykose påvirker barnet, afhænger af sygdomsintensiteten, hvor meget barnet bliver involveret i den pågældende forælders kaotiske verden samt barnets sårbarhed i den aktuelle udviklingsfase af opvæksten. Appleby & Dickens (1993) nævner, at moderens mentale sygdomme *kan* betyde omsorgssvigt, fysisk mishandling eller psykisk overlast. Men også en ægteskabelig disharmoni, som ofte er knyttet til psykiske sygdomme, kan sammen med stadige hospitalsindlæggelser betyde belastninger for børnene.

Af mere sjældne forhold kan nævnes, at en relativt stor del af de kvinder, der har slået deres børn ihjel, ofte har været psykotiske eller har haft personlighedsforstyrrelser. Ligesom sjældne sindssygdomme som skizofreni dels kan medføre inkongruente følelser, forstyrret adfærd, dels føre til manglende følsomhed over for barnets behov og direkte omsorgssvigt.

Barnets intellektuelle udvikling og evne til at løse problemer kan hæmmes, ligesom tilknytningen mellem den syge forælder og barnet kan lide skade. Endvidere nævnes, at børn af depressive relativt ofte selv vil lide af depressioner. Appleby & Dickens (1993) konkluderer alligevel, at det er vanskeligt at få en sikker prognostisk viden, der kan anvendes til afgørelser af, hvad der er bedst for det enkelte barn.

En af nærværende undersøgelses teoretiske antagelser er, at børn er afhængige af deres forældres følelsesmæssige tilstande. Selv relativt små børn må nødvendigvis prøve at etablere et system eller opbygge en forståelsesramme for at kunne forudse og forstå forældrenes følelser – såvel de udtrykte som de skjulte følelser. Børnene udvikler sig til specialister i at afkode det følelsesmæssige klima i deres egen familie (Harris, 1994). I denne samspilsproces indgår barnets opfattelse af forældrene som en vigtig del af opbygningen af barnets identitet.

Det er endvidere undersøgelsens antagelse, at manglende selvværd og selvdestruktiv adfærd blandt de unge blandt andet kan skyldes, at de har været udsat for forskellige former for krænkende og ydmygende behandling, som kan tænkes at forekomme med en særlig overhyppighed i familier med visse psykiske sygdomme. Manglende værdsættelse, ignorering af barnets ytringer og fravær af engagement fra de voksne, som barnet identificerer sig med, kan være destruktivt for barnets selvtillid og vitalitet (jf. Diderichsen, 1991; 1997).

Det er undersøgelsens antagelse, at manglende sensitivitet hos forældrene, som udgør barnets identitetsskabende netværk, kan

være medvirkende til, at barnet udvikler visse former for personlighedsforstyrrelser, psykiske og somatiske sygdomme, samt selvdestruktive adfærdsformer.

Nogle modelantagelser

En tidligere dansk registerundersøgelse viser, at de børn, der var vokset op under belastende vilkår, 30 år efter adskilte sig fra gennemsnittet ved at have haft flere hospitalsindlæggelser, såvel på kirurgiske, medicinske som psykiatriske afdelinger. Pådomte straffelovsovertrædelser, hæftestrafte og arbejdsløshed samt ulykker, narkomani og personlighedsforstyrrelser var hyppigere forekommet i gruppen med de dårlige opvækstvilkår. Forskellige psykiske lidelser, alkoholisme, skizofreni, andre psykoser var ligeledes hyppigere i gruppen med den belastede baggrund. Det var på denne baggrund forudsigeligt, at pensionering før 40-års alderen havde en signifikant overhyppighed i undersøgelsesgruppen, ligesom forekomsten af børneværnsager, ungdomsfængsel og selvmordsforsøg var betydeligt større i denne gruppe sammenlignet med gennemsnittet (Folmer Andersen, 1981; 1986).

Det er blandt andet sådanne undersøgelser, der har ansporet til yderligere undersøgelser af barndommens belastningsforhold.

Belastningsfaktorer kan således tænkes at resultere i en bred vifte af mangeartede reaktioner hos børnene (behandlingskrævende psykiske lidelser, kriminalitet, selvdestruktiv adfærd) – alt afhængigt af sygdommens alvor, varighed og afbødningsforanstaltninger. Det må blandt andet antages, at belastninger i det hjemlige miljø kan være så omfattende, at de blokerer for barnets

indlæring og vanskeliggør sociale venskabs- og kammeratskabsrelationer.

Nogle af de umiddelbare konsekvenser, der nævnes af overvældende stressreaktioner hos børn, er: søvnforstyrrelser (mareridt, søvnløshed), øget nervøs spænding, tilbagetrækning og depression, koncentrationsproblemer i skolen, pessimisme om fremtiden, monoton gentagen leg, kronisk angst; men en sikker tilknytning med god social støtte kan være baggrunden for, at nogle senere udviser en stor modstandskraft over for belastende situationer (Garmezy, 1982 citeret fra Anthony, 1986).

Et eksempel på dette er de børn, der oplevede relativt massive bombardementer over London under 2. verdenskrig. Undersøgelser viste, at de var forholdsvis mindre angstpåvirkede, hvis de var sammen med deres forældre sammenlignet med de børn, der blev evakueret bort fra deres forældre (Freud & Burlingham, 1944 citeret fra Anthony, 1986). Dog kan panikslagne forældre bidrage til angstanfald og i alvorligere tilfælde mere kroniske angstreaktioner hos børnene.

Der kan systematiseres forskellige former for belastninger af børn omfattende 1) vold, 2) smertelige tab af nære pårørende, 3) børn der er vidner til overvældende belastninger, 4) katastrofer (natur eller menneskeskabte som fx krige). På baggrund af disse erfaringer kan man opstille en række modelantagelser om børns reaktion på overvældende belastninger (Anthony, 1986):

- en model der lader børnenes reaktioner være selvalgt hjælpeløshed som led i en

måde at give op på over for omgivelsernes belastninger (*selvalgt hjælpeløshed*)

- en model, der fokuserer på børnenes evne og kompetencer til at beherske metoder til at håndtere en belastende situation, så ubehaget mindskes (*kompetencer*)
- en model der bygger på en antagelse om, at individerne er forskellige i sårbarhed over for belastende forhold. Forskellige former for benægtelse af realiteterne kan indgå som en strategi over for ubehagelige forhold (*sårbarhed og modstandskraft*)
- en model der fokuserer på barnets sociale relationer ved at inddrage omfanget af social støtte fra familie, formelle organisationer og venskabsrelationer (*social støtte*)
- en biologisk model der fokuserer på kroppens reaktioner på stress: hormonale reaktioner: prolactin, melatonin, endorphiner, belastninger af immunsystemet (*biologisk stress*).

Nærværende undersøgelse kan imidlertid kun belyse mere *langvarige konsekvenser* af alvorlige belastninger i barndommen. Det drejer sig om død før 27 års-alderen, unges selvdestruktive adfærd (narkomani og selvmordsforsøg) samt indlæggelse som følge af psykiske lidelser. Endvidere belyses de unges kriminalitet (vold- og sædelighedsforbrydelser).

Sammenfatning af undersøgelsens resultater

En af vores teoretiske antagelser er, at børn er afhængige af deres forældres følelsesmæssige tilstande. Selv relativt små børn må nødvendigvis prøve at etablere et system eller opbygge en forståelsesramme for at kun-

ne forudse og forstå forældrenes følelser – såvel de udtrykte som de skjulte følelser.

Børnene udvikler sig til specialister i at afkode det følelsesmæssige klima i deres egen familie. I denne samspilsproces indgår barnets opfattelse af forældrene som en vigtig del af opbygningen af barnets identitet.

Det er vores antagelse, at manglende sensitivitet hos forældrene, som udgør barnets identitetsskabende netværk, kan være medvirkende til, at barnet udvikler visse former for personlighedsforstyrrelser, psykiske og somatiske sygdomme, samt selvdestruktive adfærdsformer. Manglende værdsættelse, ignorering af barnets ytringer og fravær af engagement fra de voksne, som barnet identificerer sig med, kan være destruktivt for barnets selvtillid og vitalitet.

Det var vores forhåndsforståelse, at manglende selvværd og selvdestruktiv adfærd blandt de unge blandt andet kan skyldes, at de har været udsat for forskellige former for krænkende og ydmygende behandling, som kan tænkes at forekomme med en særlig overhyppighed i familier med visse psykiske sygdomme eller andre belastninger som for eksempel langvarig arbejdsløshed.

Men arbejdsløshed er blot én blandt mange belastninger, som kan påvirke forældreoven. Arbejdsløshed kan af den arbejdsløse selv og af andre opfattes som et udtryk for, at den arbejdsløse person ikke er i stand til at udføre noget, som andre er villige til at betale for. En afskedigelse kan opfattes som manglende evne til at beherske sin situation.

Forældrenes arbejdsløshed indgik derfor i analyserne i konkurrence med en lang række

andre belastninger som fx forældrenes psykiske sygdomme, alkoholisme, kriminalitet, selvdestruktiv adfærd osv.

Sociale forskelle i barndommen

Nærværende undersøgelse viser, at en række belastninger har betydning for børnenes senere levemåde som voksne. Det drejer sig om forældrenes misbrugsproblemer (hospitalsindlæggelse som følge af alkoholrelaterede lidelser, narkomani) samt andre former for selvdestruktiv adfærd (selvmordsforsøg og selvmord). Desuden forskellige former for vold i familien, som resulterer i hospitalsindlæggelser, eller domme for vold eller sædelighedsforbrydelser, samt andre former for kriminalitet, der resulterer i frihedsdomme (tabel 1.1).

Disse belastninger er hver for sig yderst sjældent forekommende – selv når man, som det er tilfældet i nærværende analyser, betragter en periode på 15 år. Set under et er det dog henvend hvert tiende af de børn, der er født i 1966, der oplever mindst en af de nævnte belastninger hos en af forældrene. For 1973-årgangen er det omkring hver ottende, der har oplevet en af de pågældende belastninger inden for den undersøgte periode. (Dette kan imidlertid ikke tages til indtægt for, at forholdene er blevet forværret, men blot at visse belastninger (fx alkoholisme) først kan iagttages efter en længere årrække med den valgte opgørelsesmetode.)

Nogle børn har imidlertid en væsentlig højere risiko for at blive udsat for en eller flere af de nævnte belastninger. Fx viser en opdeling, at børn af forældre uden en erhvervsuddannelse eller på førtidspension, inden barnet er blevet 18 år, har betydelig større risiko end andre børn.

Tabel 1.1.

Forekomst af belastningsforhold hos fædre og mødre, der er erhvervsaktive, med og uden erhvervsuddannelse eller ude af erhverv. Børn født 1966 fulgt til 1993. Procent-andele.

	Erhvervs- uddannelse	Ingen uddannelse	Førtids- pensioneret	Alle
Faderen har fået en frihedsdom	3,0	4,8	7,1	3,9
Moderen har fået en frihedsdom	0,4	0,6	1,1	0,5
Faderen dømt for sædelighedsforbrydelse	0,2	0,4	1,1	0,3
Moderen dømt for sædelighedsforbrydelse ¹⁾	0,0	0,0	0,0	0,0
Faderen har fået en dom for vold	0,8	1,4	2,8	1,2
Moderen har fået en dom for vold	0,1	0,2	0,5	0,1
Moderen offer for vold (fordelt efter mødre)	0,2	0,6	1,7	0,4
Barnet offer for vold, omsorgssvigt ¹⁾	0,5	0,9	1,4	0,7
Faderen er narkoman	0,1	0,1	1,0	0,1
Moderen er narkoman	0,1	0,2	1,4	0,2
Faderen er alkoholiker	1,9	3,0	13,3	2,9
Moderen er alkoholiker	1,0	1,9	6,3	1,7
Faderen har begået selvmord	0,5	0,7	1,0	0,6
Moderen har begået selvmord	0,3	0,4	0,8	0,4
Faderen har forsøgt selvmord	0,6	1,0	3,9	0,9
Moderen har forsøgt selvmord	1,1	1,9	6,0	1,7
En eller flere af ovennævnte (efter mødre)	8,7	13,3	21,2	11,2
En eller flere af ovennævnte (efter fædre)	8,6	13,3	24,9	11,2

Anm.: Børn i alt (procentbasis): 84.765. For en nærmere definition af belastningerne se kapitel 11.

1) Hospitalsindlagt som følge af vold eller af sociale grunde. Fordelt efter mødre giver samme fordeling som efter fædre.

*) På nær denne er de øvrige signifikant forskellige ($P < 0,001$).

Hvis moderen gennem en erhvervsuddannelse har en tæt tilknytning til arbejdsmarkedet, er det fx hvert tolvte af børnene, der har oplevet en eller flere af de nævnte alvorlige belastninger. Hvis moderen derimod er førtidspensioneret enten af sociale eller af helbredsmæssige grunde, er det omkring hvert femte af børnene, der har haft en af de nævnte belastninger i familien. Nogenlunde

samme resultat ses ved en opdeling af børnene efter faderens erhvervmæssige forhold. Undersøgelsen viser, at næsten hvert fjerde af de børn, hvis fader er blevet førtidspensioneret, har haft en af de nævnte alvorlige belastninger i løbet af barndommen.

Disse sociale forskelle i belastningernes fordeling i børnegruppen ses systematisk som

Forekomst af belastningsforhold hos fædre og mødre, opgjort efter deres erhvervmæssige stilling. Børn født 1973 fulgt til 1993. Procentandele.

	Fædre	Mødre
Direktører, overordnede funktionærer	5,2	7,0
Ledende funktionærer	6,4	8,4
Funktionærer	8,4	9,2
Selvstændige med ansatte	6,4	9,2
Selvstændige uden ansatte ¹⁾	10,1	6,1
Faglærte arbejdere	9,2	12,5
Ikke-faglærte arbejdere	12,7	11,6
Uden for erhverv ²⁾	29,6	22,0
Alle	12,1	12,1

Anm.: Børn i alt (procentbasis): 69.623. Stillingskategorierne er opgjort, da barnet var omkring 18 år.

1) Gruppen omfatter medhjælpende ægtefæller.

2) Gruppen omfatter arbejdsløse uden stillingsangivelse på opgørelsestidspunktet, efterlønsmodtagere, pensionister, uddannelsessøgende, husmødre, uoplyste mht. stillingsangivelse.

et signifikant gennemgående mønster for alle observerede belastninger, analyseret enkeltvis for såvel mødre som fædre (med en enkelt undtagelse).

Det kan på denne baggrund ikke virke overraskende, at de nævnte alvorlige belastninger forekommer med vidt forskellige hyppigheder for børn opdelt efter forældrenes forskellige erhvervmæssige stillingskategorier.

En sådan opgørelse kan ses for alle børn født i 1973.

Børn, hvis fædre eller mødre befinder sig i gruppen af ledende funktionærer eller direktører, har forventeligt en væsentligt lavere risiko for alvorlige belastninger sammenlignet med børn, hvis forældre er uden for arbejdsstyrken (tabel 1.2).

Disse undersøgelsesresultater giver anledning til at stille en række nye spørgsmål, om hvordan disse sociale forskelle i børnenes opvækstvilkår er opstået og vedligeholdt. Det er et af undersøgelsen formål, at belyse hvorvidt de sociale forskelle i belastninger kan forklare børnenes levekårsmuligheder, når de selv skal stå på egne ben.

For tidlig død

I den undersøgte periode var der 671 af de børn, der var født 1966, der døde i alderen 13-26 år. Dette svarer til 5 promille af pigerne og 12 promille af drengene i 1966-fødselsårgangen. Undersøgelsen giver mulighed for at sige, hvad der specielt karakteriserede deres sociale forhold til forskel fra deres jævnaldrendes opvækstbetingelser.

Stik imod vore antagelser udviste forældrenes psykiske lidelser, dvs. skizofreni, øvrige

psykosor, neurotiske lidelser og personlighedsforstyrrelser, ingen statistisk sikker sammenhæng med børnenes levetid.

De mest udslagsgivende forhold viste sig at være:

- a) barnets narkomani,
- b) forældrenes alkoholmisbrug,
- c) om barnet var en dreng,
- d) om barnet var blevet anbragt uden for hjemmet,
- e) moderens prostitution,
- f) faderens neurotiske lidelser,
- g) familiens opløsning,
- h) moderen uden erhvervsuddannelse.

Alle disse faktorer giver en selvstændig forøget sandsynlighed for barnets død inden 27-års alderen. Men det er ikke muligt på det nuværende grundlag at give en nærmere forklaring på disse statistiske sammenhænge med de belastninger, der kendetegner situationen forud for barnet eller den unges tidlige død. Dog kan de følgende analyser af dels selvmordsforsøg, dels narkomani være med til at kaste lys over disse faktoreres indflydelse på dødeligheden.

Hvem bliver narkomaner?

Man har længe forsøgt at få et overblik over, hvor mange børn der hvert år fødes af mødre, der er narkomaner. Undersøgelsen giver mulighed for at belyse dette spørgsmål, fordi en del af narkomanerne før eller senere kommer i forbindelse med vores sundhedsvæsen.

Hvis de – af den ene eller anden grund – bliver indlagt på en somatisk eller psykiatrisk sygehusafdeling, kan man indkredse dem ved hjælp af udskrivningsdiagnoserne: dels afhængighed af morfika eller syntetiske

morfika, dels ved forgiftninger (LSD, amfetamin og beslægtede stoffer samt opiumsderivater)³⁾. Man bør dog være opmærksom på, at der har vist sig at være en væsentlig underrapportering af misbrugsdiagnoser i Det psykiatriske centralregister (Hansen, et al., under udgivelse).

Sundhedsstyrelsen anslår, at der hvert år fødes 50 børn af stofmisbrugere. Men vores undersøgelse viser, at af de børn, der blev født 1966, var det henholdsvis 88 piger og 77 drenge, hvor moderen i perioden 1979-93 blev indlagt som følge af eller i forbindelse med narkotika-misbrug. Dette svarer til omkring 2 promille af fødselsårgangen.

Hvis man forudsætter, at disse mødre har påbegyndt et stofmisbrug før børnene blev født, tyder det på, at antallet af børn, der dengang fødtes af mødre med et stofmisbrug var omkring to gange større end det skøn, som Sundhedsstyrelsen angav.

Narkomaner har haft en dårlig barndom

Man møder ofte det synspunkt, at narkomani kan ramme alle folks børn. I gruppen af narkomaner finder man unge, som kommer fra alle samfundslag, hævdes det. Det er især udsagn baseret på ikke-repræsentative erfaringer, der danner baggrund for sådanne påstande. For eksempel ses disse påstande i opgørelser med "snowballmetoden", hvor personlige kontakter med misbrugere er anvendt til at finde frem til andre brugere. Eller i undersøgelser der baserer sig på løse opgørelser fra behandlingsinstitutioner mv. uden anvendelse af kontrolgrupper som sammenligningsgrundlag.

Nærværende undersøgelse viser, at risikoen for udvikling af narkomani er særlig stor i

de familier, der er præget af vold, misbrug og kriminalitet. Det viser en analyse af de 172 narkomaner fra fødselsårgangen 1966.

De børn og unge, der på et tidspunkt i løbet af deres barndom og ungdom er blevet indlagt på et hospital som følge af vold, er særligt udsatte for at blive narkomaner. Undersøgelsen kan ikke dokumentere, at det er forældrene, der har påført deres børn disse kvæstelser, men undersøgelsen viser, at børnene er særligt udsatte i de familier, hvor moderen er indlagt som følge af vold.

Børn af mødre, der ikke har fået en erhvervsuddannelse er lidt mere udsatte end de øvrige børn, der blev født det år.

Forældrenes alkoholmisbrug, der på et tidspunkt er resulteret i hospitalsindlæggelser, øger ligeledes risikoen for narkomani blandt deres børn. De børn, hvis forældre er narkomaner, er også selv mere udsatte for at blive narkomaner. Dette gælder især, hvis faderen er narkoman, eller hvis moderen er alkoholiker, eller hvor moderen er indlagt som følge af mavesår eller andre betændelsestilstande i mave/tarm. Forhold der sandsynligvis er forårsaget af et alkoholmisbrug.

Man kan således konstatere, at der er en direkte social arv, idet børn af forældre med alkohol- eller narkotikamisbrug har en ekstra forhøjet risiko for selv at blive narkomaner. Det må samtidig konstateres, at visse andre belastninger også øger risikoen for narkomani blandt unge.

De mest udsatte børn er imidlertid børn, der er blevet anbragt uden for hjemmet. Disse børn har omkring 6-12 gange større risiko for at blive narkomaner end de børn

og unge, der ikke er blevet anbragt uden for hjemmet – når man har taget højde for de øvrige belastninger.

Disse resultater understøtter en teori om, at narkomani først og fremmest er socialt til lært og et historisk kulturelt fænomen, der rammer de børn og unge, der er blevet massivt underkølet i deres barndom. Der har sandsynligvis været tale om en forhøjet risiko for seksuel og fysisk mishandling af de børn og unge, der senere blev narkomaner. Anbringelsen på døgninstitution kan ydermere tænkes at bringe de unge ind i et miljø, der øger risikoen yderligere.

Selvom en stor del af narkomanerne lider af psykiske lidelser, ses ingen robuste statistiske sammenhænge med forældrenes eventuelle psykiske lidelser.

Selvmodsovervejelser og selvmordsforsøg

En interviewundersøgelse af 25-årige født 1967 viser, at der er nogle statistisk signifikante sammenhænge mellem en række belastninger i de unges familieforhold og deres overvejelser om at begå selvmord. Der var fem forhold, der statistisk set er med til at forklare, hvorfor de unge får selvmordsovervejelser eller forsøger selvmord:

- Det drejer sig først og fremmest om de børn, der har været udsat for incest eller andre seksuelle overgreb fra forældre/stedforældre.
- For det andet drejer det sig om de børn, der i løbet af barndommen er blevet slået meget af forældre/stedforældre.
- Et tredje forhold, der kendetegner disse unges situation, er, at de ofte havde meget svært ved at koncentrere sig i skolen.

- For det fjerde har de alvorligt ønsket at komme væk hjemmefra, inden de blev 16 år, og har henvendt sig til andre om hjælp til dette.
- For det femte er de unge med selvmordsovervejelser ofte blevet mobbet i skolen.

Disse fem forhold øger hver for sig uafhængigt af hinanden sandsynligheden for, at en ung vil gå i selvmordstanker.

Unge, der har været udsat for incest, har omkring 3 gange højere sandsynlighed for at have overvejet selvmord end de, der ikke har været udsat for seksuelle overgreb.

Mens de øvrige undersøgte forhold hver for sig fordobler sandsynligheden for at give de unge selvmordsovervejelser.

Sammenfattende kan man på grundlag af denne undersøgelse konkludere, at de nævnte fem forhold kan udtrykke en ydmygende eller nedværdigende behandling af børnene såvel i hjemmet som blandt kammeraterne i skolen (Nygaard Christoffersen, 1993b). Barnet og den unges personlige integritet og værdighed antastes grundlæggende ved de pågældende handlinger fra de allernærmeste.

Selvmordsforsøg blandt unge født 1966

Blandt de unge, der blev født 1966, var der 867 unge i aldersgruppen 14-26 år, der udførte et selvmordsforsøg, der resulterede i en hospitalsindlæggelse. Dette svarer til 12 promille af pigerne og 9 promille af drengene i denne fødselsårgang.

Nærværende forløbsundersøgelse giver mulighed for at beskrive, hvilke forudgående forhold der bedst karakteriserer den fami-

liemæssige situation forud for børn og unges forsøg på selvmord.

Analyserne viser, at hvad enten der er tale om genetiske eller socialt overførte neurotiske lidelser, så ses en overhyppighed af selvmordsforsøg blandt børn og unge af forældre med neurotiske lidelser.

En forklaring herpå kan være, at forældrenes adfærd for at bekæmpe angsten kan afstedkomme en u hensigtsmæssig belastning af børnene. Især hvis forældrene søger at dæmpe angsten ved hjælp af alkohol eller narkotika.

Endvidere kan man se, at hvis forældrene selv har forsøgt selvmord, ses en forøget risiko for, at også børnene forsøger selvmord.

Ligesom i de tidligere danske undersøgelser viser det sig, at det især er vold og i særlig grad vold, der rammer børnene, der ser ud til at øge risikoen for selvmordsforsøg. Dette er særligt udtalt i de tilfælde, hvor moderen er blevet indlagt på en hospitalsafdeling, som følge af vold. Den mest udslagsgivende risikofaktor er imidlertid, barnets egen indlæggelse på en hospitalsafdeling med diagnosen vold eller indlæggelse af sociale grunde ("social elendighed", eller "ond cirkel i hjemmet").

Ud fra et forebyggelsesperspektiv må man anbefale, at man tager særligt hånd om børn i familier, hvor moderen bliver indlagt med kvæstelser påført af andre, og i særlig grad om de børn, der selv indlægges eller behandles på skadestue som følge af vold.

Hvis faderen har personlighedsforstyrrelser (fx psykopati), der er diagnosticeret i for-

bindelse med en sygehusindlæggelse, ses en forhøjet risiko for de unges selvmordsforsøg.

Undersøgelsen viser endvidere, at barnets anbringelse uden for hjemmet i sig selv øger sandsynligheden for selvmordsforsøg. Anbringelsen kan være resultatet af en utilstrækkelig social støtte i hjemmet, som ikke er blevet erstattet gennem anbringelsen.

Det socialt støttende netværk, der ofte findes i kraft af et erhvervsarbejde, synes – alt andet lige – i sig selv at have en forebyggende virkning med hensyn til at undgå selvmordsforsøg blandt børn og unge. Faderens arbejdsløshed og især moderens ledighed (ud over 21 uger i det forudgående kalenderår) viser således en tydelig sammenhæng med børnenes selvmordsforsøg.

I familier, hvor forældrene ikke får behandlet deres neurotiske lidelser, eller hvor angstbehandlingen foregår ved hjælp af alkohol eller andet misbrug, må man forvente, at deres børn har en væsentligt forøget risiko for selv at forsøge selvmord allerede i løbet af deres tidlige ungdom (dvs. her inden deres 27. år).

Den unges egen skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og arbejde øger derimod sandsynligheden for, at den unge ikke forsøger selvmordsforsøg. Man får herigennem bestyrket en formodning om, at de støttende sociale netværk, der ofte følger med uddannelse og erhvervsarbejde, beforder den unges modstandskraft og kan på denne måde modvirke tidligere belastninger.

Barnets eller den unges egen tidligere indlæggelse som følge af psykiske lidelser ses at

give et forvarsel om en forhøjet risiko for suicidal adfærd. Derimod viste forældrenes psykiske sygdomme (psykoser) ingen sikker sammenhæng med de unges selvmordsforsøg. Der ses en direkte social arv, idet moderens selvmordsforsøg er en blandt flere faktorer, der øger risikoen for børnenes senere selvmordsforsøg.

De unge voldsmænd

Kriminalstatistikregisteret giver mulighed for at analysere den sociale baggrund for de unge, der får en dom for vold. Denne kategori består af en lang række forskelligartede former for kriminel adfærd af varierende alvorlighed: drab, legemskrænkelser, vold, tvang og trusler. Hertil er hverken medtaget uagtsomt manddrab i forbindelse med færdselsuheld eller voldtægt, som hører under kategorien sædelighedsforbrydelser.

Undersøgelsen kommer på denne måde til at omhandle 1.936 drenge født 1966 – svarende til 45 promille af fødselsårgangen – som har fået en voldsdom i perioden 1979-93. Det vil sige fra 15-års alderen og inden deres 27. år. 1973-årgangen er af praktiske grunde ikke medtaget, da de i undersøgelsesperioden 1979-93 endnu ikke har gennemløbet de relevante aldersklasser. Pigerne er gennemgående mindre voldelige og antallet (160) af dømte fra 1966-årgangen giver ikke et tilstrækkeligt analysemateriale.

Risikoen for udvikling af voldelige adfærdformer hos børnene er højere, hvis forældrene har visse sindslidelser (faderens psykoser). Endvidere ses en forhøjet risiko i de tilfælde, hvor forældrene har været indlagt med personlighedsforstyrrelser (fx psykopati) samt visse neurotiske lidelser.

Derimod synes moderens misbrug, at være udslagsgivende for drengenes senere voldelige adfærd, der resulterer i en domsafgørelse. Ikke overraskende finder vi en sammenhæng med børnenes voldelige adfærd og forældrenes misbrug (narkotika, alkohol) samt den unges eget narkotikamisbrug.

Undersøgelsen synes at bekræfte en antagelse om, at forældrenes indbyrdes vold og vold imod børnene er et forhold, der øger risikoen for børnenes senere voldelige adfærd.

I de tilfælde, hvor det sociale støttende netværk omkring familien er opløst, ses også en forhøjet risiko for vold i den næste generation.

Man kan herudover iagttage en let forhøjet risiko for, at drengene bliver dømt for vold inden deres 27. år, hvis for eksempel:

- a) forældrene er flyttet fra hinanden,
- b) barnet ikke bor hos nogen af forældrene, men er anbragt uden for hjemmet,
- c) moderen er uden erhvervsuddannelse, eller
- d) moderen er barslet allerede som teenager.

Man kan fortolke alle disse hændelser som indikatorer på en relativ formindskelse af et støttende socialt netværk omkring børnene. Især spiller de unges egen uddannelse og erhvervsarbejde en væsentlig rolle i denne sammenhæng.

Undersøgelsen viser således, at i de tilfælde, hvor den unge ikke får en længere skoleuddannelse (studentereksamen) – eller er i gang med en erhvervsuddannelse, eller hvis de er længerevarende ledige, øges sandsyn-

ligheden for, at den unge får en voldsdom – alt andet lige.

Unge sædelighedsforbrydere

Der er kun ganske få unge mænd, der dømmes for sædelighedsforbrydelser (fx voldtægt), men disse få har haft nogle karakteristiske opvækstforhold, der adskiller dem fra deres jævnaldrende. Forældrenes selvdestruktive adfærd (moderens alkoholisme) samt faderens neurotiske lidelser er nogle af de forhold, der karakteriserer barndomshjemmet hos de unge mænd, der bliver dømt for en sædelighedsforbrydelse. Barnets anbringelse uden for hjemmet synes at øge risikoen for senere sædelighedsforbrydelser – også når man har taget højde for øvrige belastninger.

De mest udslagsgivende forhold er imidlertid sønnens placering på arbejdsmarkedet. De sønner, der gennem en skole og erhvervsuddannelse har fået en fast tilknytning til arbejdsmarkedet, har væsentligt mindre risiko for at blive dømt for en sædelighedsforbrydelse - alt andet lige.

Ungdomskriminalitetsforebyggelse og behandling

En meget stor procentdel af det samlede antal forbrydelser begås af unge under 18 år, og en væsentlig del af dem har selv været udsat for både overgreb og vanrøgt.

En vigtig metode til behandling af kriminelle unge er at genopbygge deres selvrespekt og selvværd. Man kan frygte, at de eksisterende lukkede institutioner for ungdomskriminelle kan have den modsatte effekt.

Balvig & Høigård (1988) konkludere i deres undersøgelser, at en af de ganske få

metoder til at reducere væksten i kriminel adfærd er at sikre de unge en opvækst i så normale omgivelser som muligt, dvs.

- med muligheder for at vokse op inden for rammerne af et hjem (om nødvendigt hos en plejefamilie og ikke på en døgninstitution)
- med muligheder for uddannelse og beskæftigelse
- med opbakning fra et velfungerende socialt netværk.

Man må forvente, at det vil være forbundet med øgede vanskeligheder, når unge skal resocialiseres efter at være vokset op i institutioner, hvor adskillige unge med en kriminel baggrund er bragt sammen.

Hvis resocialiseringsprojekterne skal lykkes, må et af de væsentligste krav være, at der skaffes de unge uddannelses- og beskæftigelsesmuligheder. Men også en generel indsats til bekæmpelse af arbejdsløsheden må forventes at gavne de unge. Så længe arbejdsløsheden er relativt høj, vil især de unge blive ramt. På den anden side vil de være de første til at nyde godt af en vækst i antallet af job. Unge er de første, der udelukkes fra arbejdsmarkedet, men de er også de første til at få arbejde igen.

Forældres alkoholisme og psykiske lidelser

I lighed med andre undersøgelser finder man også i nærværende undersøgelse, at der er en overhyppighed af psykiske lidelser hos personer, der også har en alkoholrelateret lidelse. Eller sagt på en anden måde: Personer, der indlægges med en psykisk lidelse, har relativt hyppigt også en alkoholrelateret lidelse. Således kan man konstatere, at for mødrenes vedkommende er det omkring 40

pct. af dem, der har været indlagt med en alkoholrelateret lidelse, der også har været indlagt på en psykiatrisk sygehusafdeling i perioden 1979-93. For fædrenes vedkommende er den tilsvarende andel omkring en tredjedel (33 pct.).

Generelt ses således en mange gange hyppigere forekomst af en række psykiske lidelser blandt alkoholikere, end det er tilfældet i resten af befolkningen, men årsagssammenhængen – hvis der er en sådan – kan vise sig at være kompliceret.

Det er således muligt, at alkoholmisbruget er opstået som følge af, at patienter med psykiske sygdomme selv har forsøgt at lindre deres sygdom ved hjælp af alkohol. En anden mulighed er, at deres psykiske lidelser er blevet egentlige sindssygdomme, som følge af de skader alkoholmisbruget har afstedkommet på centralnervesystemet mv.

En af årsagerne til, at man ofte finder en forhøjet risiko for alkoholrelaterede lidelser hos psykiatriske patienter, kan være alkohols angstdæmpende virkninger. Det er på denne baggrund ikke overraskende, at man i undersøgelsen finder, at blandt fædre og mødre, der er alkoholikere, ses en særligt forhøjet risiko for selvmordsforsøg.

Den nærværende undersøgelse viser, at alkoholisme synes herudover at være tæt knyttet til psykiske lidelser, selvdestruktiv adfærd, vold, kriminalitet og en begrænsning i det sociale netværk i form af længerevarende arbejdsløshed og familieopløsning.

Når man i det følgende søger at analysere belastningen som følge af forældres psykiske lidelser, har det derfor været nødvendigt

– så vidt det har været muligt – at søge at isolere sådanne lidelser fra de øvrige belastninger – og herunder også forældres alkoholisme.

Børn af psykisk syge forældre

Det var som nævnt vores oprindelige antagelse, at forældrenes psykiske sygdomme ville udgøre nogle alvorlige belastninger for børnene, fordi børn er afhængige af deres forældres følelsesmæssige tilstande. Det var en antagelse, at børn af psykisk syge forældre ville være særligt udsatte for krænkende og ydmygende behandling. Man måtte forvente alvorlige følger for barnet, hvis barnets forældre manglede evnen til at aflæse og svare på barnets signaler (Lier, 1993, s. 96).

På denne baggrund blev der fokuseret på en række relativt sjældne adfærdsformer, som man måtte kunne mistænke for at være en reaktion, man relativt hyppigt måtte se hos børn af psykisk syge forældre. Det drejede sig om en generelt forhøjet dødelighed, barnets eventuelle psykiske lidelser, eller de unges selvdestruktive adfærd (narkotikamisbrug, selvmordsforsøg), barnets anbringelse uden for hjemmet, voldelige adfærd samt sædelighedsforbrydelser.

Stik imod vores forventninger viste forældres psykiske lidelser kun at kunne forklare en lille del af disse hændelser. Det var primært andre belastninger, som var udslagsgivende.

Med hensyn til overdødelighed var der dog en statistisk sammenhæng med faderens neurotiske lidelser (dvs. angstneuroser, depressionsneuroser, ondt i hjertet, besvimelsetilfælde, samt uspecificerede neuroser),

men ikke med forældres skizofreni, og øvrige psykoser eller neuroser, når man havde taget højde for en række andre belastninger.

Det samme mønster kunne man se for forekomst af unge mænds sædelighedsforbrydelser.

Med hensyn til børns indlæggelse med psykiske lidelser måtte man forvente klare sammenhænge med forældres psykiske sygdomme, fordi det i en række tilfælde er påvist, at biologisk arvelige forhold spiller en væsentlig rolle. Men også miljøet i familien måtte forventes at udgøre en væsentlig belastningsfaktor. Der er da også en indlæggelsesoverhyppighed på psykiatriske sygehusafdelinger blandt børn af forældre med neurotiske lidelser, personlighedsforstyrrelser og i tilfælde, hvor moderen lider af psykoser. Men deres antal og statistiske sammenhænge er ikke robuste, når andre belastningsforhold inddrages som fx forældres selvmordsforsøg, vold og alkoholisme.

Noget tilsvarende gør sig gældende for drengene og de unge mænd, der får en dom for vold. De statistiske sammenhænge, man finder med forældrenes psykiske lidelser (neurotiske lidelser, psykoser, og personlighedsforstyrrelser), mistede deres gennemslagskraft, når man havde taget hensyn til andre belastninger som fx forældrenes alkoholisme og voldelige adfærd, de unges anbringelse uden for hjemmet samt deres manglende erhvervsuddannelse og erhvervsbeskæftigelse.

Heller ikke ved analysen af, hvilke unge, der blev indlagt som følge af narkomani, kunne man se nogle robuste sammenhænge med forældrenes eventuelle sindssygdom-

me. Således forsvandt sammenhængen mellem fædres psykotiske sygdomme og neurotiske lidelser, når der blev inddraget andre belastningsforhold.

Med hensyn til unges selvmordsforsøg måtte vi forvente en stærk sammenhæng med forældres psykiske lidelser. Dette bliver til en vis grad bekræftet af undersøgelsens resultater. Der er ingen sammenhæng med forældres egentlige sindssygdomme (skizofreni og øvrige psykoser), men forældres neurotiske lidelser og personlighedsforstyrrelser er i sig selv vigtige prediktorer for børn og unges risiko for at forsøge selvmord - også når man har taget hensyn til andre belastningsforhold - herunder den unges egen udvikling af psykiske lidelser.

Ikke overraskende finder man i undersøgelsen, at forældres psykiatriske indlæggelser ofte udløser, at børnene anbringes uden for hjemmet. I de tilfælde, hvor forældre var indlagt som følge af psykoser, neurotiske lidelser og personlighedsforstyrrelser, var børnene ofte blevet anbragt uden for hjemmet. Dette var dog i sig selv ikke en systematisk udløsende faktor, hvis der ikke var andre belastningsforhold, der gjorde sig gældende. Kun hvis faderen havde neurotiske lidelser, eller moderen havde personlighedsforstyrrelser, var de psykiske lidelser i sig selv en udløsende faktor forud for barnet eller den unges anbringelse uden for hjemmet.

Generelt må man konkludere, at barnet og den unges reaktioner på forældrenes psykiske lidelser afhænger af, om der i øvrigt er tilstrækkelige ressourcer i hjemmet, til at hjemmet kan tage vare på barnet. I de tilfælde, hvor forældrenes psykiske lidelser –

eventuelt i kombination med andre belastninger (fx familieopløsning, misbrug og vold) – udløser barnets anbringelse uden for hjemmet, kunne man konstatere en forøget risiko for alle de undersøgte reaktionsformer hos børnene (dvs. dødelighed, indlæggelse for psykiske lidelser, dom for vold, narkotikamisbrug, selvmordsforsøg og sædelighedsforbrydelser).

Uanset hvilke familiemæssige belastninger, der er inddraget i analyserne, kommer barnet eller den unges anbringelse uden for hjemmet til at stå som en robust prediktor for alle disse undersøgte reaktioner hos børnene.

En nærliggende fortolkning er, at barnet først er ilde stedt, når hjemmets ressourcer ikke slår til, og en anbringelse bliver nødvendig. Samtidig bestyrkes den mistanke, at man gennem anbringelsen uden for hjemmet gennemgående ikke er i stand til at opveje barnets tab af forældrenes støtte.

Social arv eller miljø?

Kun enkelte af SFI's undersøgelser har direkte forsøgt at isolere den sociale arv fra den genetiske ballast.⁴⁾ Det drejer sig om en forløbsundersøgelse af en generation af unge, der første gang blev interviewet som 14-årige og derefter fulgt frem til 38-års alderen. Undersøgelsen viste, at blandt de børn, der klarede sig godt ved en verbaltest som 14-årige, var der store sociale forskelle mellem dem, der fik en højere videregående uddannelse, og dem der ikke gjorde det. I undersøgelsen konkluderede man, at sociale og kønsmæssige barrierer forhindrede, at "intelligensreserven" blev kanaliseret ind i en højere uddannelse (Hansen, 1995).

I den udstrækning man ønsker at gribe ind i disse processer, samler interessen sig især om forklaringer på *hvorfor?* Eller *hvordan* foregår disse transformationsprocesser fra den ene generation til den næste? Som eksempel på dette kan nævnes følgende spørgsmål: *Hvorfor* viser omfanget af forældres arbejdsløshed sig at hænge tæt sammen med en øget risiko for a) at børnene udvikler selvdestruktiv adfærd og b) deres korte skoleuddannelse og manglende erhvervsuddannelse samt c) deres egen arbejdsløshed som voksne?

Der er givetvis flere social-psykologiske processer, der må regnes som ansvarlige for denne sammenhæng. Traditionelt ville man her fokusere på forældrenes psykiske sygdomme, misbrugsproblemer, kriminalitet, arbejdsløshed osv. Et af de forhold, der påkalder sig opmærksomhed, er de levekår, som kan belaste eller stresser forældrene. Et eksempel herpå er, hvorvidt forældres social-psykologiske arbejdsmiljø kan have indflydelse på den sociale støtte, de kan give deres børn. Det er således ikke blot forældrenes arbejdsløshed, men også forældrenes social-psykologiske arbejdsmiljø, der antages at kunne have en i det mindste *statistisk betydning* for børnenes opvækstmiljø. Denne antagelse finder bekræftelse i en undersøgelse af forældrenes social-psykologiske arbejdsmiljø (at have et arbejde, hvor man er værdsat), der kædes sammen med sandsynligheden for, at børnene får støtte og omsorg fra forældrene (Nygaard Christoffersen, 1996b).

Et væsentligt problem er således, at det er vanskeligt at afgøre, om barnets adfærd (kriminalitet, selvdestruktion eller sygdomssymptomer) afspejler en indlært ad-

færd, miljømæssige belastninger, genetiske træk eller en kombination af flere af disse forhold (McMahon, 1987; Wender et al., 1986; citeret fra Jensen et al., 1990). Hertil kommer, at det er en udbredt misforståelse, at der er tale om et *enten eller*, når det drejer sig om miljø og genetik. Finder man solid dokumentation for et genetisk årsagsforhold, så udelukker dette ikke på forhånd, at også uddannelse og terapeutiske metoder kan være virksomme (Kallmann, 1946).

Misforståelsen skyldes antagelig, at disse undersøgelser behandler forhold, hvor det umiddelbart kan være vanskeligt at udrede, hvor stor en del af belastningsforholdene, der kan tilskrives biologisk arvelige forhold, og hvor stor en del der er indlært eller skyldes påvirkninger fra omgivelserne i fostertilstanden eller efter fødslen. Der kan i nogle tilfælde være tale om et kompliceret samspil mellem arv og miljø.

Tidligere var der især tre metoder, der kunne anvendes til at belyse arvelige forhold (Kallmann, 1946):

- *Familiehistorieanalyse*. For eksempel vil le forekomst af skizofreni hos børnene af to psykotiske forældre kunne tages til indtægt for, at der var tale om et arveligt forhold. Kun sjældne og let genkendelige forhold er anvendelige til denne case-metode.
- *Statistisk korrelationsmetode*. Sammenligning af forekomst af det aktuelle fænomen (en usædvanlig anomali) i statistiske stikprøver blandt blodsbeslægtede og ikke-beslægtede familiers børn. Disse forekomster kan sammenlignes med hyppigheden af det pågældende fænomen i normalbefolkningen.

- *Tvilling-studier*: Her sammenlignes forekomsten af det omhandlede fænomen blandt enæggede, tveæggede (samme køn, forskelligt køn), blandt hel-, halv- og stedsøskende og forældre.

Hertil kommer ud over de af Kallmann (1946) nævnte metoder:

- *Tidlige bortadoptioner*: Det vil ofte være vanskeligt at adskille arvelige forhold fra de øvrige familiemæssige påvirkninger, da børnene sædvanligvis får både en genetisk påvirkning og miljømæssig påvirkning fra deres forældre. En måde at opnå denne adskillelse på er ved at følge børn, der er blevet separeret fra biologiske forældre på et tidligt tidspunkt. Herved kan man se bort fra den sociale påvirkning fra forældrene (Bohman & Sigvardsson, 1985).
- *Højrisiko børn*: Studier af børn, hvor der er en forventet særlig høj risiko. Metoden blev introduceret af Mednick & Schulsinger (1981 citeret fra Sculsinger et al. 1986). Man kan her følge børn, hvor forældrene lider af arvelige sygdomme, som fx skizofreni. Børnene undersøges med henblik på at finde eventuelle miljømæssige forhold, der kunne indgå i et samspil, som kunne tænkes at udgøre modificerende faktorer. Man taler da om børn af skizofrene som børn, der er særligt udsatte – eller børn, der befinder sig i en højriskozone.

Man kan med disse analysemetoder komme til at stå i den situation, at resultaterne på den ene side ikke levner nogen tvivl om, at der er tale om arvelige forhold. På den anden side kan resultaterne samtidig vise, at *kun en del af tilfældene* kan forklares ved arvelighedsforholdene. Eksempelvis viser undersøgelser af enæggede tvillinger, at hvis den ene udvikler skizofreni, er det kun omkring halvdelen af de øvrige tvillinger, der også udvikler sygdommen. Ifølge Lublin (1998) viser dette, at andre faktorer end genetiske må være involveret. Miljøforhold kan endvidere forklare forskelle i symptomernes sværhedsgrad. Bestemmelsen af de arvelige forhold vil ofte være baseret på statistiske metoder, og *derfor må også de arvelige forhold betragtes som ikke-deterministiske*. På trods af sådanne meget klare indicier på arvelige forhold, kan man således ikke udelukke, at sygdommen både kan kureres og forebygges (Kallmann, 1946; Lublin, 1998). Tilbage står at lokalisere de miljømæssige faktorer, som lader sig manipulere til at opnå dette.

Nærværende undersøgelse er ikke designet med henblik på at kunne udrede disse meget vanskelige forhold og skelne mellem biologiske arvelige forhold og miljømæssige risiko-faktorer. I overensstemmelse med en lang tradition inden for området betragtes arveligt belastende forhold i første omgang som potentielle risikoforhold på linie med miljømæssige belastninger.

Noter:

- 1) Registeret indeholder hele fødselsårgangen fra 1966 og 1973 – i alt 155.000 børn. De to generationer adskiller sig historisk med hensyn til den økonomiske krise. Den ene generation er født under højkonjunkturen i 1966, mens den anden er født i året lige før krisen for alvor satte ind. Den fødselsårgang, der er født under højkonjunkturen, har som teenagere i perioden 1979-1985 både oplevet en stigning og et fald i ledigheden, mens den anden fødselsårgang, der var teenagere i perioden 1986-1992, kun har oplevet en stigende ledighed, imens de var teenagere. Det vil således være muligt at belyse, om disse forskellige historiske omstændigheder har en betydning for, hvordan det går børnene, når der i øvrigt tages hensyn til andre betydende sociale baggrundsforhold. Sådanne og tilsvarende analyser er imidlertid ikke medtaget i nærværende rapport. Eksempelvis fremhæver kritikere af forholdene omkring distriktpsykiatriens udlægning muligheden af, at der er sket en forværring af børnenes situation, idet man efterlod et problem med at sikre vilkårene for børn af psykisk syge forældre (Sveinbjørnsson et al., 1997). Nærværende undersøgelse må imidlertid afstå fra at undersøge følgevirkningerne af distriktpsykiatriens udlægning, men kan alene belyse, hvorvidt der er sket en ændring for de børn, der er født 1973 i forhold til 1966-fødselsårgangen.
- 2) Hvis man alene henholder sig til indlæggelser på psykiatriske hospitalsafdelinger, viser de første analyser (Nygaard Christoffersen, 1996a), at omkring 7,8 pct. af en fødselsårgang har oplevet, at den ene eller – i sjældnere tilfælde – begge forældre er blevet indlagt for behandling af en psykisk lidelse. (Dette svarer til omkring 12.000 børn i de to fødselsårgange). For børnene født 1966 og 1973 var det i 4,5 pct. af tilfældene mødrene og i 3,6 pct. af tilfældene fædrene, der blev indlagt med en behandlingskrævende psykisk lidelse inden for den undersøgte periode 1979-1993. De mere alvorlige og kroniske lidelser udgør antagelig kun en mindre del, men netop registerundersøgelsen giver mulighed for at belyse sådanne relativt sjældne forhold.
- 3) Kun ganske få af mødrene havde fået en sædelighedsdom (fx prostitution, alfonseri), men i disse tilfælde var barnet/den unges risiko for at dø tidligt forøget omkring 7 gange, beregnet under hensyn til øvrige betydende faktorer.
- 4) Socialforskningsinstituttet har i 1999 udgivet bogen: Social arv - en oversigt over foreliggende forskningsbaseret viden. Ekspertgruppen om social arv. Socialforskningsinstituttet, 99:9.

Forekomst af belastninger

I det følgende afsnit skal redegøres for forekomsten af en lang række belastninger, der med forskellig vægt viser en sammenhæng med, hvordan det går børnene. Man kan opgøre disse belastningsforhold i 6 områder på grundlag af registeroplysningerne (Igen-nem hele undersøgelsesperioden 1979-93 anvendes ICD-8 diagnoserne. Den nøjagtige afgrænsning er beskrevet i kapitel 11):

- *Forældrenes psykiske sygdomme*, her opdelt i de traditionelle grupperinger (skizofreni, øvrige psykoser og neurotiske lidelser samt indlæggelser med personlighedsforstyrrelser). Endvidere er medtaget en delvis overlappende lidesgruppe bestående af en række neurotiske lidelser: angstneuroser, depressionsneuroser, uspecificerede neuroser samt somatiske udskrivningsdiagnoser: ondt i hjertet, hjertebanken, besvimel-setilfælde.
- *Forældrenes misbrugslidelser* omfattende narkomani, alkoholisme (direkte alko-holrelaterede lidelser), samt en indika-tor der formodes ofte at ses forud for direkte alkoholrelaterede lidelser: visse irritationstilstande i mave/tarm (mave-sår mv.).
- *Forældrenes øvrige selvdestruktive adfærd* omfattende selvmordsforsøg og selv-mord.
- *Forældrenes kriminalitet* opdelt i under-grupper dels omfattende domme, der resulterer i frihedsberøvelse, dels dom-me for sædelighedsforbrydelser. Volds-domme er desuden medtaget som en

kategori, uanset om de resulterer i fri-hedsberøvelse eller ej (se næste punkt).

- *Vold i familien* omfattende moderens hospitalsindlæggelse som følge af vold, forældrenes domme for vold samt bar-nets eller den unges indlæggelse som følge af vold (eller indlæggelse af sociale grunde).
- *Manglende social netværkstøtte i famili-en* omfattende forældrenes arbejdsløs-hed, familieopløsning, barnets anbrin-gelse uden for hjemmet, tidligt moder-skab (moderen barslet som teenager).

I tabel 2.1 kan man se detaljerede opgørel-ser af procentandelen og det absolutte antal af de to generationer, der har oplevet disse belastninger. Den store detaljeringsgrad skyldes tre formål.

For det første giver tabellen mulighed for at vurdere belastningernes omfang i en opvok-sende generation af børn. Dette giver mu-lighed for at anvende oplysningerne i andre beregninger, hvor der skal ske en ekstrapo-lering af belastningernes omfang - med de pågældende definitioner og afgrænsninger. Man kan fx belyse spørgsmål som: Hvor stor en del af den opvoksede generation af børn belastes af, at forældrene er alkoholi-kere eller psykisk syge? Hvor stor en del af børnene har oplevet, at den ene forælder har forsøgt selvmord?

For det andet giver tabellens angivelser af de absolutte antal børn, der er omfattet af belastningerne, læseren mulighed for at

Tabel 2.1.

Forekomst af belastningsforhold i løbet af perioden 1979-93. Børn født 1966 og 1973. Procentandele (antal).

	Fødselsårgang 1966:				Fødselsårgang 1973:				Antal i alt
	Pct.	Piger Antal	Pct.	Drenge Antal	Pct.	Piger Antal	Pct.	Drenge Antal	
Faderen er skizofren	0,02	8	0,00	2	0,01	5	0,02	7	22
Moderen er skizofren	0,03	14	0,02	8	0,02	7	0,03	11	40
Faderen er i øvrigt psykotisk	0,47	194	0,42	184	0,38	130	0,32	116	624
Moderen er i øvrigt psykotisk	0,39	160	0,36	155	0,29	100	0,32	115	530
Faderen er neurotisk	0,10	40	0,09	41	0,10	35	0,08	27	143
Moderen er neurotisk	0,26	106	0,24	105	0,23	79	0,20	73	363
Faderen har personlighedsforstyr.	0,48	200	0,45	197	0,54	182	0,52	185	764
Moderen har personlighedsforstyr.	0,75	310	0,67	292	0,64	218	0,71	252	1.072
Faderen er narkoman	0,13	54	0,15	63	0,22	73	0,20	70	260
Moderen er narkoman	0,21	88	0,18	77	0,19	66	0,19	69	300
Faderen er alkoholiker	2,87	1.188	2,94	1.277	2,65	899	2,68	957	4.321
Moderen er alkoholiker	1,65	682	1,70	739	1,29	436	1,39	496	2.353
Faderen har fået en dom for vold	1,16	481	1,17	507	1,87	635	1,88	672	2.295
Moderen har fået en dom for vold	0,15	61	0,12	50	0,21	70	0,16	56	237
Faderen dømt for sædelighedsforbrydelse	0,28	117	0,31	135	0,47	161	0,39	138	551
Moderen dømt for sædelighedsforbrydelse	0,01	4	0,02	8	0,02	7	0,02	7	26
Faderen har irritationstilstand i mave/tarm (mavesår)	4,65	1.923	4,56	1.981	3,44	1.168	3,41	1.217	6.289
Moderen har irritationstilstand i mave/tarm (mavesår)	3,10	1.282	3,09	1.340	2,06	699	2,12	757	4.078

fortsættes

Tabel 2.1. Fortsat.

	Fødselsårgang 1966:				Fødselsårgang 1973:				Antal i alt
	Pct.	Piger Antal	Pct.	Drenge Antal	Pct.	Piger Antal	Pct.	Drenge Antal	
Faderen har neurotiske lidelser	1,67	689	1,57	682	1,35	458	1,28	458	2.287
Moderen har neurotiske lidelser	1,71	706	1,69	733	1,37	464	1,31	468	2.371
Faderen har begået selvmord	0,65	269	0,59	257	0,54	183	0,65	231	940
Moderen har begået selvmord	0,39	161	0,37	160	0,23	78	0,28	100	499
Faderen har forsøgt selvmord	0,92	379	0,91	394	1,14	387	1,06	378	1.538
Moderen har forsøgt selvmord	1,78	735	1,69	735	1,62	548	1,59	567	2.585
Faderen har fået en frihedsdom	3,83	1.584	3,98	1.727	5,27	1.788	5,15	1.840	6.939
Moderen har fået en frihedsdom	0,52	217	0,52	225	0,62	210	0,69	246	898
Moderen offer for vold	0,43	178	0,44	192	0,53	180	0,57	203	753
Barnet udsat for omsorgssvigt	0,46	190	0,92	400	0,65	222	1,27	455	1.267
Barnet anbragt uden for hjemmet	4,98	2.059	5,95	2.581	5,37	1.823	6,55	2.337	8.800
Familien opløst	28,72	11.881	30,50	13.239	34,81	11.806	34,42	12.290	49.216
Moderen barslet som teenager	8,31	3.437	8,29	3.599	4,92	1.670	4,55	1.623	10.329
Faderen har ingen erhvervs-uddannelse	45,27	18.725	45,84	19.895	37,91	12.858	37,61	13.428	
Moderen har ingen erhvervs-uddannelse	57,96	23.973	58,12	25.227	46,56	15.793	46,42	16.573	
Faderen arbejdsløs >21 uger	26,42	10.926	26,28	11.405	27,38	9.286	27,42	9.791	
Moderen arbejdsløs >21 uger	33,92	14.030	34,05	14.777	36,53	12.390	36,33	12.972	
Procentbasis	41.362		43.403		33.919		35.704		154.388

Anm.: Børn og unge, hvor den ene (eller begge) forældre er åndssvage er udeladt af tabellen (i alt fædre: 17 og 20, samt mødre: 58 og 58 for hhv. årgangen 1966 og 1973. Da nogle få af børnene både havde en åndssvag fader og moder, var det samlet 151 børn, der på denne måde blev udeladt af analyserne, enten som følge af at den ene eller begge forældrene var diagnosticeret som åndssvag i forbindelse med en hospitalsindlæggelse).

vurdere analysemulighederne. Formålet er bl.a. at belyse, på hvilke måder belastningsforholdene kan udgøre prediktorer for, hvordan det går børnene. Muligheden for at belyse disse forhold afhænger i nogen grad af det absolutte antal i analyse materialet.

Endelig for det tredje giver tabellen mulighed for en førstehåndsvurdering af, om der er sket en ændring af forholdene for de børn, der blev født 1966 sammenlignet med de børn, der blev født 7 år senere. Men dette kræver en særskilt analyse, som ikke indgår i nærværende rapport.

Forskelle mellem fædre og mødre

For flere af belastningsforholdene er andelen blandt fædre og mødre anderledes, end man umiddelbart skulle forvente fra andre opgørelser af fænomenernes udbredelse i befolkningen. Man skulle således forvente, at der var væsentligt flere fædre end mødre, der var skizofrene (jf. Munk-Jørgensen, 1995, s. 51). Der er relativt flere af mødrene, der er blevet indlagt med neurotiske lidelser, personlighedsforstyrrelser og narkomani. Især hvad angår den sidste diagnose, er det stik imod, hvad man skulle forvente (Munk-Jørgensen, 1998).

Endvidere kan det nævnes, at der er væsentligt flere mødre, der i forbindelse med en indlæggelse er diagnosticeret som åndssvag, end det er tilfældet for fædrenes vedkommende (hhv. 116 og 37 personer). Dette skal ses i sammenhæng med, at der er flere mentalt retarderede mænd end kvinder, der har kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen (Munk-Jørgensen, 1998).

Den første umiddelbare hypotese, der kan forklare dette forhold, er følgende antagel-

se: For en del af belastningsforholdene er udbredelsen helt anderledes i den gruppe af mennesker, der bliver forældre sammenlignet med de mænd og kvinder, der ikke får børn. Eller sagt på en anden måde. En relativt større andel af de kvinder, der er psykisk handicappede, bliver mødre, hvorimod de psykisk handicappede mænd relativt oftere vil leve alene og relativt sjældent stifte familie. Denne *teori om det asymmetriske partnervalg* kan ses underbygget andetsteds (Nygaard Christoffersen, 1998).

For de skizofrenes vedkommende underbygges antagelsen af, at de to hyppigste fund i epidemiologisk skizofreniforskning for det første er *en tidligere debut* (og førstegangsindlæggelse) blandt mænd end blandt kvinder, for det andet at der er relativt *flere enlige* end gifte blandt mændene end blandt kvinderne (Munk-Jørgensen, 1995). Det skal for det tredje nævnes, at lidelsen skizofreni anses for at få *et mere invaliderende forløb* for mænd end for kvinder. Endelig kan en del af de skizofrene fædre, der har fået børn i 1966, være *døde (fx på grund af selvmord)* inden 1979, hvor undersøgelsesperioden starter.

De her nævnte forhold kan være en del af forklaringen på, at man i nærværende undersøgelse finder, at relativt flere af mødrene er skizofrene, end det er tilfældet for fædrenes vedkommende.

Forskellene kan også skyldes tilfældige forskelle, idet man bør bemærke, at der er tale om sjældne forekomster. Her kan det spille en rolle, at der ved de psykiatriske diagnoser er tale om *indlæggelsesdiagnoser*, som har en væsentlig større usikkerhed end *udskrivningsdiagnoser*, som anvendes ved somatiske sygehusafdelinger.

For en lang række af de belastningsforhold, der indgår i nærværende undersøgelse, er fædre mere belastede end mødre i overensstemmelse med forhåndsforventningerne. Således kan man blandt fædre i-agttage en overrepræsentation af alkoholiske lidelser, irritationstilstande i mave/tarm (mavesår), selvmord og kriminalitet (frihedsdom, voldsdomme, sædelighedsforbrydelser). Imidlertid er forskellene mellem forekomsterne hos fædre og mødre ikke så store, som man skulle forvente.

Eksempelvis kan nævnes, at alkoholisme (således som det opgøres i nærværende undersøgelse) kun forekommer med en overhyppighed på 50 pct. blandt fædre i forhold til forekomsten blandt mødre. Tabel 2.1 giver altså en fortegnet udbredelse af alkoholisme i befolkningen. Man må forvente en væsentlig større forekomst af alkoholisme blandt mænd, der aldrig bliver fædre, end nærværende opgørelse giver indtryk af.

Piger og drenge har samme familiemæssige belastninger

En lang række af de undersøgte familiemæssige belastninger er nøjagtig ens for de drenge og for de piger, der tilhører samme fødselsårgang. Dette gælder for forældrenes psykiatriske diagnosegrupper (skizofreni, øvrige psykoser, neuroser, personlighedsforstyrrelser), forældrenes misbrugsopgørelser (narkomani, alkoholisme, irritationstilstand i mave/tarm), deres neurotiske lidelser samt forældrenes selvdestruktive adfærd (selvmord, selvmordsforsøg). Endvidere er de fulgte piger og drenge i de to årgange nøjagtigt lige belastede, hvad angår forældrenes kriminelle pådømmelser (frihedsdom, voldsdom og dom for sædelighedsforbrydelser).

For hver fødselsårgang opgjort for sig viser det sig endvidere, at der er lige mange af pigerne og drengene, der har forældre, der ikke har en erhvervsuddannelse, eller forældre, der har været længerevarende arbejdsløse (dvs. mere end 21 uger i løbet af et kalenderår i undersøgelsesperioden 1979-93). Hvis der havde været ikke-tilfældige forskelle, så måtte det afsløre sig på et materiale, der er så omfattende som det nærværende (154.000 børn indgår).

Ved nærmere eftertanke er det, at der ikke findes nogle signifikante forskelle, ikke særligt overraskende, idet de pågældende familiemæssige belastninger af indlysende grunde er uafhængige af, om familierne får drenge eller piger.

Imidlertid kan man iagttage betydende forskelle mellem pigernes og drengenes reaktioner og morbiditet på trods af, at det som nævnt ser ud til, at de har været udsat i samme grad for forskellige familiemæssige belastninger (tabel 2.2). Der er således signifikant flere drenge, der bliver indlagt med en psykiatrisk lidelse ($P < 0,0005$). Der er signifikant flere drenge, der indlægges med skizofreni og med en psykose i øvrigt.

Man bør dog her være opmærksom på, at når det drejer sig om skizofreni, er der tale om sjældne fund, som kan være usikre ved de anvendte indlæggelsesdiagnoser. Der er ingen forskelle med hensyn til udbredelse af neuroser blandt de to generationers unge, men med hensyn til en række selvdestruktive adfærdsformer er drengene i overtal. Det gælder meget tydeligt for selvmord ($P < 0,00001$) og forskellige former for kriminalitetsadfærd (frihedsdom, dom for vold, sædelighedsforbrydelser). Endvidere

Tabel 2.2.

Forekomst af forhold der kendetegner situationen for barnet eller den unge. Børn født 1966 og 1973.

	Fødselsårgang 1966:				Fødselsårgang 1973:				Antal i alt
	Pct.	Piger Antal	Pct.	Drenge Antal	Pct.	Piger Antal	Pct.	Denge Antal	
Frihedsdom	0,38	158	5,73	2.487	0,05	17	1,79	639	3.301
Voldsdom	0,39	160	4,54	1.970	0,18	61	2,49	888	3.079
Dom for sædelighedsforbrydelse	0,02	9	0,37	160	0,00	1	0,16	58	228
Indlagt med psykiatrisk diagnose	0,56	232	0,79	345	0,20	67	0,33	119	763
Skizofreni	0,03	13	0,10	42	0,01	5	0,02	6	66
Øvrige psykoser	0,07	30	0,12	52	0,01	4	0,06	23	109
Neurose	0,03	12	0,02	7	0,01	2	0,01	2	23
Barnet har forsøgt selvmord	1,23	509	0,90	389	0,88	300	0,50	177	1.375
Barnet er narkoman	0,18	74	0,23	101	0,06	20	0,05	18	203
Barnet har begået selvmord	0,07	29	0,25	110	0,00	1	0,06	21	161
Barnet er død	0,46	190	1,23	533	0,33	112	0,59	211	1.046
Hverken gymnasieelev eller student	63,27	26.171	77,03	33.433					
Ingen erhvervsuddannelse	46,98	19.430	39,44	17.120					
Den unge arbejdsløs >21 uger	53,92	22.304	41,68	18.091					
Procentbasis	41.362		43.403		33.919		35.704		154.388

Anm.: For de børn og unge, der er født 1973, vil oplysningerne vedrørende gymnasie- og erhvervsuddannelse være ufuldstændige på opfølgelsestidspunktet i 1993. Oplysningerne om arbejdsløshed vil ligeledes være usammenlignelige med dem, der er født i 1966.

gælder det for narkomani, som man finder signifikant hyppigere blandt de unge mænd eller drenge i 1966-årgangen. (Der kan –

endnu ikke – konstateres en forskel for 1973-årgangens vedkommende, hvad angår forekomst af narkomani).

Ligesom i andre undersøgelser kan man i nærværende konstatere en generelt højere overdødelighed blandt drengene, uanset hvilken af de to fødselsårgange der betragtes ($P < 0,00001$). Det eneste af de undersøgte risikoforhold, hvor pigerne er overrepræsenterede, er selvmordsforsøg. Uanset fødselsårgang finder man her en overhyppighed blandt pigerne ($P < 0,00001$).

Det generelle mønster for de inddragne adfærdsformer og sygdomsforhold synes at være, at drengene er mere sårbare og reagerer kraftigere på de familiemæssige belastninger. Dette kan skyldes flere forhold, der enkeltvis eller i kombination fremkalder dette mønster. Man kan for eksempel tænke sig, at der blandt en fødselsårgang af drenge er flere sårbare, end det er tilfældet blandt pigerne, der tilhører samme fødselsårgang. Gideon Zlotnick har ved en gennemgang af en række undersøgelser underbygget denne forklaring (1991). Han viser med henvisning til en omfattende dokumentation blandt andet, at drengene fra naturens hånd er mere sårbare end pigerne på en række områder.

Man kan imidlertid også forestille sig, at forældre, der selv slås med forskellige psykiske lidelser og misbrugsproblemer, reagerer forskelligt over for drenge og piger. Det kan for eksempel ske ved at være relativt mere beskyttende over for pigerne og hårdere straffende over for drengene. Nærværende undersøgelse understøtter dette synspunkt. Man kan således se, at "omsorgs-svigt" indkredset ved hjælp af udskrivningsdiagnoser, hvor årsagen er, at barnet har været udsat for vold eller ikke har kunnet hjemskrives, fordi hjemmet ikke skønnedes at kunne tage vare på barnet, forekommer

med en større hyppighed blandt drengene i de to årgange, end det er tilfældet blandt pigerne ($P < 0,00001$). Endvidere er drenge i de to fødselsårgange hyppigere blevet anbragt uden for hjemmet med de sociale myndigheders støtte, end det er sket for pigernes vedkommende ($P < 0,00001$).

Er der forskel mellem at være født 1966 og 1973, hvad angår familiemæssige belastninger?

Det er umiddelbart vanskeligt på grundlag af tabel 2.1 at sige noget om forskelle i opvækstvilkår mellem de to udvalgte fødselsårgange. Dette skyldes, at de to undersøgte årgange i den undersøgte periode 1979-93 gennemløber forskellige aldersintervaller – henholdsvis 6-20 år og 13-27 år. Tilsvarende for forældregenerationerne er der et forskelligt aldersmæssigt interval. Dette får betydning for de undersøgte forhold, der er udpræget aldersafhængige.

For eksempel kan undersøgelsen ikke anvendes til at vurdere, om det er blevet mere eller mindre almindeligt for børn at vokse op i familier, hvor faderen (eller moderen) er alkoholiker. Det skyldes den metode, man i nærværende undersøgelse anvender til at belyse forekomst af alkoholisme. Dels sker observationen i forbindelse med en hospitalsindlæggelse, dels overvejende som følge af sygdomme, der er relateret til mange års alkoholmisbrug (åreknuder på spiserøret, pankreatitis, alkoholisk skrumpelever, alkoholisk fedtlever, alkoholpsykose, delirium).

Det er derfor ikke overraskende, at forekomst af alkoholisme blandt forældre til børn født 1973 er sjældnere, end det er tilfældet blandt forældre til børn født 1966.

Noget tilsvarende gør sig gældende for hospitalsindlæggelser som følge af irritations-tilstand i mave/tarm (mavesår mv.). Noget der i øvrigt antagelig i mange tilfælde også kan være forårsaget af et længerevarende alkoholmisbrug.

Anderledes er det med forekomst af kriminalitet, der traditionelt især finder sted i de unge år: 15-30-årige. Man kan således se en højere frekvens af fædre (og mødre) til børn født i 1973, der i undersøgelsesperioden 1979-1993 har fået en frihedsdom, end det er tilfældet for forældre til børn født 1966. Denne forskel er antagelig ikke udtryk for en reel forskel mellem de to generationer, men sandsynligvis blot udtryk for, at observationsperioden i højere grad falder inden for den aldersmæssigt mere kriminalitetsaktive periode.

Undersøgelsen giver dog alligevel i nogle enkelte tilfælde mulighed for at bedømme udviklingen. For det første fremgår, at andelen af forældre, der ikke har fået en erhvervsuddannelse, er mindre for forældre til børn født 1973 end for forældre til børn født 1966. Dette harmonerer med den generelle tendens i befolkningens uddannelsesudvikling.

Undersøgelsen viser endvidere en stigende tendens til familieopløsning. Således har børn født 1966 en mindre risiko for familieopløsning, end børn der er født 1973. Både de børn, der er født 1966, og dem, der er født 1973, har været fulgt til det 18. år. For 1966-argangen er det kun hhv. 29 og 31 pct. blandt pigerne og drengene, der har oplevet at bo sammen med kun den ene forælder, hvorimod dette er tilfældet for hhv. 35 og 34 pct. af pigerne og drengene

født 1973. Dette svarer i øvrigt til den allerede kendte tendens til, at ægteskaber indgået i 1960'erne holder længere end ægteskaber indgået i 1970'erne¹⁾ (Danmarks Statistik: Befolkningens bevægelser, diverse årgange).

Endelig kan man konstatere, at tendensen til at få børn som teenager var større for mødre til børn født 1966, end det var tilfældet for de mødre, der fik børn i 1973. De var således kun knapt halvt så hyppigt forekommende 7 år senere (hhv. 8 pct. og 5 pct.). Få år tidligere (1964) var det omkring 12 børn for hvert et hundrede, der det år var født af en teenager. Det kan nævnes, at en undersøgelse af børn født i efteråret 1995 viste, at tallet var faldet yderligere, så det kun var omkring 2 pct., der var født af teenagemødre (Nygaard Christoffersen, 1998).

Årsagerne til denne markante udvikling skal blandt andet findes i frigivelsen af p-pillen og den frie abort. Den teknologiske udvikling på præventionsområdet har gjort det lettere for kvinder selv at vælge, hvornår de vil have deres børn. Hertil kommer den almindelige samfundsudviklings stigende uddannelseskraft, hvor den høje arbejdsløshed gennem det meste af 1970'erne og 1980'erne har ansporet flere af de unge til at få en uddannelse og et arbejde, inden de fik børn.

Udviklingen i 1970'erne har antagelig også medvirket til, at mange forældre har følt sig tilskyndet til at udsætte børnefødslerne, hvilket har resulteret i et væsentligt fald i fødselstallet fra 1966 til 1973. Der indgår således 84.839 børn født 1966 samt 69.700 børn født 1973 (i alt 154.539) i den nærværende undersøgelse.

Noter:

- 1) Blandt 10.000 ægteskaber indgået i 1965 var 2.963 opløst efter 18 år (heraf 2.602 som følge af skilsmisse). Blandt 10.000 ægteskaber indgået i 1975 var 3.712 opløst efter 18 år (heraf 3.342 som følge af skilsmisse). Kilde: Danmarks Statistik: Befolkningens bevægelser 1997.

For tidlig død

Når man følger to hele fødselsårsgange gennem en 15-årig periode (1979-1993), vil en mindre del dø inden for perioden, men antallet vil være tilstrækkeligt til, at det vil være muligt at belyse de sociale omstændigheder forud for dødsfaldet. Det er således formålet at give en belysning af, om der er særlige forhold, der gør sig gældende i de tilfælde, hvor der er tale om unge menneskers alt for tidlige død. Men det er ikke formålet at belyse de forudgåede sundheds- og helbredsmæssige årsager.

Antal døde

Nærværende undersøgelse er ikke fuldstændig dækkende for alle dem, der blev født 1966 og 1973. I 1966 blev der født 45.412 drenge og 42.920 piger (i alt 88.332 børn). Fødselsårsgangen fra 1973 var som nævnt væsentlig mindre. Dette år blev der kun født 71.895 børn (hhv. 36.899 drenge og 34.996 piger). Det lykkedes imidlertid ikke at opspore alle disse 160.227 børn i det ældste tilgængelige befolkningsstatistikregister (pr. 1. januar 1979). Undersøgelsen omfatter således kun børn, der var født i Danmark og på dette tidspunkt bosiddende i Danmark. Nogle kan være døde eller udvandrede inden 1. januar 1979, og de er derfor ikke blevet omfattet af undersøgelsen.

Det samlede antal, der indgår i undersøgelsen er 154.388 (hhv. 84.765 og 69.623).

På grundlag af de gennemsnitlige aldersspecifikke dødelighedserfaringer for perioden 1966-91 måtte man forvente, at hhv. 1.344

drenge og 820 piger ville dø i undersøgelsesperioden, dvs. inden deres fyldte 27. år. Tilsvarende beregninger for de børn, der blev født 1973, viser, at man måtte forvente, at ud af de i alt 71.895 levendefødte ville omkring 730 drenge og 476 piger dø inden 20-års alderen (Nygaard Christoffersen, 1996a).

En væsentlig del af disse døde vil imidlertid være afgået ved døden inden 1. januar 1979. Undersøgelsen af for tidlig død blandt de to fødselsårsgange er således kun i stand til at omfatte dem, der dør inden for undersøgelsesperioden 1979-93. De personer, der er udvandret og døde i udlandet, vil altså ikke være omfattet af analysen, ligesom personer, der er døde inden 1979, heller ikke vil indgå (dvs. for 1973-årgangen inden deres 6. år og for 1966-årgangen inden deres 13. år).

Med disse begrænsninger omfatter undersøgelsen kun 723 dødsfald blandt 1966-årgangen (hhv. 533 drenge og 190 piger) samt 323 dødsfald blandt 1973-årgangens børn og unge (hhv. 211 drenge og 112 piger).

Overdødelighedens sociale baggrund
Analyseres 1966-årgangen ved hjælp af de sociale baggrundsforhold, hvor man sammenligner disse dødsfald med deres jævnaldrendes levikår, så er der nogle baggrundsforhold, der umiddelbart optræder med en særlig hyppighed for de børn og unge, der har fået en meget kort levetid.

Tabel 3.1.

Forhold der kendetegner situationen før barnets død. Børn født 1966.

	Antal	<i>Baggrundsfaktorer enkeltvis:</i>				<i>Samlet model:</i>		
		Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser	E.F. pct.	
Faderen er skizofren	0							
Moderen er skizofren	0							
Faderen er i øvrigt psykotisk	1							
Moderen er i øvrigt psykotisk	6	0,41	2,2	1,0-4,9				
Faderen er neurotisk	1							
Moderen er neurotisk	3	0,22	2,0	0,6-6,3				
Faderen har personlighedsforstyrrelser	2	0,48	0,6	0,2-2,5				
Moderen har personlighedsforstyrrelser	3	0,56	0,8	0,3-2,5				
Faderen er narkoman	0							
Moderen er narkoman	4	0,17	3,5	1,3-9,5				
Faderen er alkoholiker	34	2,56	2,0	1,4-2,9	1,4	1,0-2,0	1,0	
Moderen er alkoholiker	24	1,62	2,3	1,5-3,4				
Faderen har fået en dom for vold	12	1,14	1,6	0,9-2,8				
Moderen har fået en dom for vold	1							
Faderen har fået en sædelighedsdom	3	0,39	1,1	0,4-3,6				
Moderen har fået en sædelighedsdom	2	0,04	8,2	2,0-33,8	6,5	1,5-27,6	0,2	
Faderen har irritationstilstand i mave/tarm (mavesår)	15	2,50	0,9	0,5-1,5				
Moderen har irritationstilstand i mave/tarm (mavesår)	11	1,56	1,1	0,6-1,9				
Faderen har neurotiske lidelser	12	0,69	2,6	1,5-4,7	1,8	1,0-3,3	0,5	
Moderen har neurotiske lidelser	9	0,95	1,4	0,7-2,7				

fortsættes

Tabel 3.1. Fortsat.

	Baggrundsfaktorer enkeltvis:				Samlet model:		
	Antal	Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser	E.F. pct.
Moderen har begået selvmord	4	0,27	2,2	0,8-6,0			
Faderen har forsøgt selvmord	6	0,51	1,7	0,8-3,9			
Moderen har forsøgt selvmord	14	1,04	2,0	1,2-3,5			
Faderen har fået en frihedsdom	31	2,71	1,7	1,2-2,5			
Moderen har fået en frihedsdom	6	0,37	2,4	1,1-5,5			
Moderen offer for vold	7	0,28	3,7	1,8-7,9			
Barnet anbragt uden for hjemmet	128	4,88	4,6	3,8-5,6	3,4	2,8-4,2	10,5
Barnet udsat for omsorgssvigt	11	0,70	2,4	1,3-4,3			
Familien opløst	107	12,05	1,4	1,1-1,7	1,3	1,0-1,6	3,5
Moderen barslet som teenager	74	8,66	1,3	1,0-1,7			
Barnet er en dreng	500	52,99	2,6	2,2-3,1	2,5	2,1-3,0	44,3
Faderen har ingen erhvervsuddannelse	350	45,98	1,1	0,9-1,3			
Moderen har ingen erhvervsuddannelse	354	58,11	1,1	0,9-1,3	1,2	1,0-1,4	10,4
Faderen arbejdsløs >21 uger	50	6,12	1,2	0,9-1,7			
Moderen arbejdsløs >21 uger	76	9,30	1,2	1,0-1,6			
Barnet er narkoman	19	0,03	86,1	49,1-151	52,0	28,0-95,0	1,5

Anm.: Antal børn/unge, der døde i undersøgelsesperioden (N=671). Kontrolgruppen (N=106.433). Den samlede model er testet med Hosmer & Lemeshow's Goodness-of-fit test (P=0,29).

For det første udviste ingen af de børn, hvis forældre havde traditionelle former for psykiske lidelser (skizofreni, øvrige psykoser, neuroser, eller personlighedsforstyrrelser) en registrerbar overdødelighed. Dog udviste faderens neurotiske lidelser et sammenfald

med en overdødelighed for børnene. Men det var især forældrenes misbrugsproblemer (narkomani, alkoholisme), der var associeret med en forhøjet risiko for, at børnene ville dø alt for tidligt. Moderens selvmordsforsøg udgør umiddelbart en statistisk sik-

kerhedsrisiko for børnene, ligesom forældrenes kriminalitet. Hvis faderen har fået en frihedsdom, og især hvis moderen havde fået en frihedsdom, kunne man iagttage en forhøjet overdødelighed for børnene. Eller hvis moderen eller børnene havde været udsat for vold (omsorgssvigt) kunne man konstatere en overdødelighed blandt børnene.

Ikke overraskende var det mest udslagsgivende forhold barnets eget narkomisbrug, det vil sige børn, der i forbindelse med en hospitalsindlæggelse var diagnosticeret som narkomaner. Disse børn og unge havde en overdødelighed, der var omkring 50 gange (28-94) større end deres jævnaldrende, som ikke var narkomaner, når man havde taget højde for de øvrige betydende baggrundsforhold.

De øvrige mest udslagsgivende forhold og statistisk mest robuste forhold var imidlertid a) fædrenes alkoholmisbrug, b) om barnet var en dreng, c) familiens opløsning, d) om barnet var blevet anbragt uden for hjemmet, e) moderen uden erhvervsuddannelse og f) hvis moderen havde fået en sædelighedsdom (prostitution, alfonseri), var barnet/den unges risiko for at dø tidligt forøget omkring 7 gange (1,6-29,1) – alt andet lige – men denne belastning var uhyre sjældent forekommende.

Paradoksalt nok har de børn, der er blevet anbragt uden for hjemmet – alle de øvrige belastende baggrundsforhold lige – en signifikant større risiko for at dø tidligt. For 1966-årgangen er deres risiko 3-4 gange større end deres jævnaldrendes for at dø inden for den undersøgte periode (dvs. frem til det 27. år). For 1973 årgangen, som ikke er fulgt så længe (dvs. frem til det 20. år), er

estimatet lidt mere usikkert. Men også her er overdødeligheden omkring 3 gange større for de børn, der er blevet anbragt uden for hjemmet, når man har taget højde for de øvrige baggrundsforhold (fx forældrenes psykiske sygdomme, misbrugsproblemer, uddannelsesbaggrund, arbejdsløshed osv.).

Det er ikke umiddelbart indlysende, hvad der er forklaringerne på disse statistiske sammenhænge. Nærværende undersøgelse viser blot, hvilke baggrundsforhold, der udskiller de børn og unge, der dør inden deres 27. år.

En række af de alvorlige belastningsforhold er imidlertid sjældent forekommende i befolkningen, og de tegner sig derfor kun for en mindre del af dødeligheden. Således kan kun ganske få procent af den tidlige dødelighed henføres til forældrenes misbrug og psykiske lidelser.

Unge, der begynder et stofmisbrug, må forventes at have en høj dødelighed, men der er så få narkomaner, at kun en ubetydelig del af dødeligheden i de undersøgte aldersklasser kan henregnes til narkomani. Drengenes overdødelighed tegner sig for en væsentlig faktor.

En væsentlig større del af dødeligheden kan imidlertid henføres til gruppen af børn, der har oplevet brud på det sociale netværk ved familiens opløsning og ved barnets anbringelse uden for hjemmet.

Men resultaterne kan give anledning til flere formodninger om, hvilke årsager der kan ligge bag disse resultater. Man kan for eksempel antage, at der er en række bagvedliggende risikoforhold, der både afstedkom-

mer, at overdødeligheden er relativt udbredt i gruppen af anbragte og samtidig resulterer i anbringelsen. Anbringelsen kan jo være sket for at imødekomme nogle stærkt

risikable forhold. Denne antagelse bygger på en formodning om, at flere af de børn, der er blevet anbragt, ville have været døde, hvis de var forblevet i familien.

Anbragte børn – et dilemma

Kapitel 3 viste blandt andet, at de anbragte børn havde en signifikant overdødelighed - også når man havde taget højde for de øvrige baggrundsforhold. De efterfølgende kapitler viser, at de tidligere anbragte børn generelt set klarer sig dårligere end deres jævnaldrende, også når man sammenligner med jævnaldrende, som tilsyneladende har haft tilsvarende belastende familieforhold. Ligeegyldigt om vi ser på unges selvdestruktive adfærd (narkomani, selvmordsforsøg), unge der dømmes for vold eller sædelighedsforbrydelser, så har de unge, der har været anbragt uden for hjemmet en signifikant højere risiko end dem, der ikke har været anbragt uden for hjemmet - også når man tager højde for de kendte belastningsforhold i familierne. Men man kan ikke deraf slutte, at anbringelsen er *årsagen* til den dårligere prognose.

Disse resultater er baggrunden for, at vi i dette kapitel har valgt at se nærmere på, hvordan situationen var i hjemmet året forud for den første anbringelse uden for hjemmet. Indledningsvis gennemgås nogle teoretiske antagelser om forældre-barn-tilknytningen, der kan belyse en del af dilemmaet omkring barnets anbringelse.

Kvaliteten af anbringelserne

I den undersøgte periode har langt de fleste anbringelser været frivillige. I mange tilfælde har anbringelsen været et tilbud til forælderen (ofte en enlig moder), som på grund af sygdom, misbrug eller andre grunde ikke magtede at tage sig af barnet, og som derfor

tog imod kommunens tilbud om en anbringelse.

Forældrene var ved barnets tvangsanbringelse omfattet af en vidtrækkende retsbeskyttelse efter den danske lovgivning i undersøgelsesperioden. Anbringelse uden forældres samtykke kunne ske, hvis der var en åbenbar risiko for, at barnet eller den unges sundhed eller udvikling ville lide alvorlig skade. Det er imidlertid vanskeligt nøjagtigt at angive, hvilke krav til kvaliteten af anbringelsen der må forventes at sikre et relativt bedre forløb, end det ellers ville være tilfældet.

Det vil altid være en vanskelig opgave, at opstille eksplicitte mål for kvaliteten af kommunernes anbringelser og gennemføre en kvalitetskontrol, hvor man løbende kontrollerer, at kvalitetskravene opfyldes. Der findes kun ganske få danske undersøgelser af, hvordan det går de unge, der med eller uden samtykke er blevet anbragt uden for hjemmet. Og det er vanskeligt ud fra disse undersøgelser at afgøre, om det er selve anbringelsen, eller de forudgående belastninger i familien, der har afstedkommet et eventuelt dårligt udfald (Nygaard Christoffersen, 1993b, 1994).

Bowlby's teori om tilknytning

John Bowlby viste dels ved egne, dels ved andres undersøgelser, at børn, der blev afskåret fra forældres omsorg, fik alvorlige psykiske og fysiske helbredsmæssige skader. Bowlby's (1951) gennemgang af en lang

række undersøgelser viste nogle dramatiske og tragiske forandringer hos småbørn, der blev anbragt på institution.

Bowlby's undersøgelser omfattede dels studie af døgninstitutioner, børn af mødre i fængsel, eller børn der midlertidigt blev adskilt fra deres mødre enten som følge af deres egen eller deres mødres hospitalsophold. Desuden omfattede hans studie engelske børn, der under anden verdenskrigs luftbombardementer blev evakueret fra London (Goldthorpe, 1987).

Baggrunden var den meget dårlige prognose, man kunne iagttage for spædbørn anbragt i døgninstitutioner. I en gennemgang af asylere i en række amerikanske byer kunne Chapin i 1915 konstatere, at dødeligheden var næsten total. Meget få eller ingen af de børn, der blev indskrevet under 1 år, nåede at blive 2 år. De få børn, der overlevede, gjorde det, fordi de af den ene eller anden grund var blevet flyttet til en plejefamilie eller til slægtninge. På døgninstitutionen mistede de deres appetit og blev apatiske. Deres situation blev beskrevet som resultatet af følelsesmæssige afsavn i den følelsesmæssige rigide atmosfære, der dengang herskede på asylerne (Bakwin, 1949).

En af konsekvenserne af institutionsanbringelserne var, at de lidt større børn blev retarderet intellektuelt, deres udbytte af skoleundervisningen blev reduceret. Flere forskellige uafhængige studier fra forskellige lande viste ved brug af forskellige kriterier alle det samme nedslående resultat. Børnenes motoriske evner, deres talegaver, deres humør blev tydeligvis påvirket af institutionsopholdet, og børnene mistede deres appetit. De blev – ikke overraskende – me-

re modtagelige for infektionssygdomme, end det var tilfældet blandt deres jævnaldrende.

Børn, der blev overladt til plejeforældre, blev genforenet med egne forældre eller fik en "moderssubstitut" genvandt hurtigt det tabte terræn. På samme måde kunne man iagttage en tydelig forbedring hos de småbørn, der boede på institution, men blev passet med personlig omsorg af den samme barnesygeplejerske i stedet for af flere forskellige.

Forskellene kan ikke bortforklares med henvisning til forældrenes sociale baggrund, fordi der er taget højde for dette ved valg af kontrolgrupper (Bowlby, 1951, p. 20). Da undersøgelserne også viser, at en stor del af de dårlige udviklingstendenser stopper, når en moderssubstitut viser sin opmærksomhed og kærlighed til barnet, kan man deraf slutte ifølge Bowlby, at de fundne forskelle ikke kan forklares med henvisning til arvelige forhold. Af mangel på tvillingundersøgelser henviser han herudover til dyreforsøg, hvor gedekid fjernes fra moderen med tydelige mentale og helbredsmæssige følger for afkommet. Bowlby's tanker dannede baggrund for senere studier af blandt andet rhesus-aber, hvor mødre og børn blev adskilt. De affødte reaktioner havde slående ligheder med den adfærd, som man havde iagttaget hos småbørn, der var blevet adskilt fra forældrene (Bretherton, 1991).

En gennemgang af litteraturen helt tilbage til århundredets begyndelse viste tilsvarende, at spædbørn under 6 måneder, der af den ene eller anden grund var kommet på en spædbarnsinstitution, var passive, tog ikke på i vægt, fik ofte tilfælde med feber,

sov dårligt og virkede ulykkelige (Bakwin, 1949 citeret fra Bowlby, 1951, p. 16). Det var som nævnt en slående forandring, man kunne iagttage med de børn, der efterfølgende blev flyttet fra institutionen til en god familie. Spædbarnets apati forsvandt hurtigt. Det blev livligt og reagerede på stimuli, tog igen på i vægt, og den blege farve forsvandt (Bakwin, 1949).

Man lagde stor vægt på renlighed på institutionerne, men kun lidt vægt på den mentale side af behandlingen. I disse upersonlige institutioner var den eneste kortvarige kontakt, spædbørnene oplevede med et andet menneske, når de skulle vaskes, skiftes og mades. Barnet oplevede mange forskellige skift i personalet, som eksplicit blev opfordret til ikke at knytte sig personligt til børnene (Zeanah & Emde, 1994). Spædbørnene udviste som nævnt stor modtagelighed for infektioner, men forsøg med ændringer af kosten, forøget renlighed og isolation, hvor forældrene kun måtte komme på besøg to gange om ugen, gjorde det ikke bedre. Det var forbedringer af den manglende individuelle omsorg, opmærksomhed og affektion, der til sidst gjorde udslaget (Bakwin, 1949).

Børnene på institutionerne havde udvist samme kendetegn, som man fandt hos voksne patienter, der var indlagt på grund af depression. De isolerer sig, er bedrøvelige, inaktive, lider af søvnløshed, mister appetit og taber i vægt, samtidig med at de er særligt modtagelige for infektioner. Disse symptomer kunne man iagttage hos børn, der op til ni-måneders-alderen havde haft et lykkeligt forhold hos deres mor, og som pludseligt blev adskilt fra hende. Omkring halvdelen ville falde ind under betegnelsen

depressive med de ovenstående karakteristika (Bowlby, 1951, p. 22).

Efter en genforening med moderen forsvandt de depressive symptomer helt eller delvist afhængigt af separationens varighed og barnets alder. I mange tilfælde kunne de dramatiske forandringer undgås, hvis der var en moderssubstitut, der tog sig af barnet.

Tizard's & Rees' (1975) undersøgelser gjorde det muligt at vurdere effekten af skiftende omsorgspersoner uafhængigt af børnenes tidligere erfaringer med fysisk og følelsesmæssigt omsorgssvigt. Sammenligninger med de børn, der blev adopteret, viste, at disse havde færre adfærdsmæssige problemer, en højere IQ, viste lavere grad af rastløshed end de institutionsanbragte børn og unge (Tizard & Rees, 1975; citeret fra Zeanah & Emde, 1994).

Et eksempel, der illustrerer problemstillingen, var Fritz Talbot's besøg på en børneklínik i Düsseldorf (omkring 1910). Under besøget bemærkede han, at der var en fed ældre dame, der vandrede omkring og bar et elendigt og sølle barn på sin hofte. Direkte adspurgt fik han at vide, at de havde en procedure på klinikken, at når der var gjort alt, hvad der var muligt medicinsk uden succes, så lod de gamle Anna tage over. Gamle Anna havde altid succes (Bakwin, 1949).

En af Bowlby's egne undersøgelser af 44 tyve viste, at en forklaring på, at en del af disse var psykopatiske og følelseskolde, hang sammen med, om de havde været separeret fra forældrene¹⁾. Denne sammenhæng var robust, når han tog højde for tilstedeværelsen af eventuelle arvelige belast-

ninger (neuroser, psykoser, alvorlig psykopati hos forældre eller hos bedsteforældre).

Også Bowlby's undersøgelser fører til udsagn af statistisk natur omhandlende sandsynligheder. Selvom også han undrede sig over, at nogle få af børnene forblev upåvirkede eller reagerede anderledes end de øvrige. Inden for andre områder er vi vant til at tænke på sandsynligheder og risikobelastninger. For eksempel nævner han den kendsgerning, at nogle børn ikke får tuberkulose efter at være blevet udsat for smittefare. Men dette vil dog ikke få ansvarlige mennesker til at drømme om med fuldt overlæg at udsætte andre børn for smittefare (Goldthorpe, 1987).

En del af resultaterne fra John Bowlby's studier er senere søgt bortforklaret ved, at institutionerne – blandt andet som følge af hans undersøgelser – er blevet ændret. Man søger at undgå skift i personalet, så børnene i mindre grupper har mulighed for at knytte sig til en fast voksen. Børnene bliver bedre stimulerede, der er bedre muligheder for social interaktion.

I de moderne institutionstyper blev den mentale retardering mindsket således, at man ikke mere kunne konstatere et relativt fald i IQ. Men adfærdsmæssige problemer var stadig mere udtalt end blandt sammenlignelige grupper, der var blevet boende i hjemmet. De institutionsanbragte børn var mere rastløse, opmærksomhedssøgende og ulydige. I 16-års alderen var de desuden mere irritable og havde nogle konfliktfyldte forhold til deres kammerater (Hodges & Tizard, 1989; citeret fra Zeanah & Emde, 1994). De børn, der var blevet adopteret, klarede sig i disse henseender bedre.

Den usikre tilknytningssituation for børnene var antagelig baggrunden for, at man i en lang række undersøgelser fandt sammenhænge med adfærdsvanskeligheder, konflikter og kampe med omsorgspersoner og kammerater (Zeanah & Emde, 1994). Her til kommer, at man kunne iagttage et lavere selvværd allerede hos 6-årige (Cassidy, 1988; citeret fra Zeanah & Emde, 1994). De stolede mindre på sig selv og var mindre nysgerrige i forhold til deres omgivelser (Arend et al., 1979 og Sroufe, 1983; citeret fra Zeanah & Emde, 1994).

Teoretiske antagelser

Bowlby's teori handler om relationen mellem barnet og forælderen (Bowlby, 1951, p. 11). Påstanden er, at det er essentielt for barnet at have et varmt, intimt og kontinuerligt forhold til sin moder (eller permanent moderssubstitut). Selvom der er tale om både et biologisk og genetisk forhold, så var det for Bowlby den sociale relation, der var nøglen til at kunne forstå børnenes voldsomme reaktioner på separationen. De stærke sociale bånd var ikke knyttet til indtagelsen af føde.

Mary Ainsworth, som var samtidig med John Bowlby, og som arbejdede sammen med ham i en periode, formulerede begrebet "en sikker base", som barnet kan tage udgangspunkt i, og som barnet kan søge beskyttelse i, hvis det bliver udsat for stress (Bretherton, 1991). Men dette begreb indeholder hverken forældre-relationens helt unikke natur eller relationens betydning for dannelsen af barnets (og forældrens) identitet. Tilsvarende undlader Zeanahs & Emdes (1994) i deres gennemgang at knytte den manglende tilknytningssituation i opvæksten sammen med barnets identitetsudvikling.

Forældre-relationen adskiller sig imidlertid fra enhver anden kendt social relation, idet den, mens den gennemleves, indeholder en bevidst eller ubevidst viden om, at relationen varer hele livet. Denne "livslange" eller "evige" relation er samtidig identitetskabende for både barn og forælder. Når barnet stiller sig selv spørgsmålet om: "Hvem er jeg?", så indgår forældrene på den ene eller anden måde i besvarelsen af dette spørgsmål. Ifølge Jensen (1979) er identitet de processer, der holder styr på personligheden. Uanset en broget mangfoldighed af forskellige handlingsmønstre og reaktionsmåder opbygger barnet og den unge en mere stabil kerne, hvor identiteten spiller en afgørende rolle (Børnekommissionen, 1981, p. 74).

Den separation, som Bowlby studerede, handler om, at netop forældrerelationens 'evighed' blev fjernet. Selv et kortvarigt hospitalophold, som dengang medførte en adskillelse fra forældrene, kunne af barnet opleves, som om hele verden faldt sammen. De voksne kunne overskue opholdets varighed, og de forstod derfor ikke rækkevidden af den påvirkning, som de udsatte barnet for.

Dette aspekt er blevet belyst af en svensk forløbsundersøgelse af børn anbragt i familiepleje (Bohman, 1971; Bohman & Sigvardsson, 1985). Undersøgelsen havde fulgt et stort antal børn, der oprindeligt havde været uønskede graviditeter registreret med henblik på adoption. Nogle af børnene forblev hos deres mødre, nogle blev adopteret inden de fyldte 1 år, mens de resterende blev anbragt hos en plejefamilie, uden at der blev foretaget en klar beslutning om deres placering. Bohman & Sigvardsson (1985)

finder, at børnene i plejefamilierne på flere måder klarede sig dårligere end forventet. De forklarer de dårligere resultater med den følelsesmæssige usikkerhed, som familierne måtte leve med i årevis, og som antages at have fået en negativ indflydelse på barnets nærmeste sociale relationer.

Ensomhed og manglende selvværd blandt anbragte

En undersøgelse af 25-årige, der havde været anbragt uden for hjemmet, viste, at de tidligere anbragte oftere havde en følelse af ensomhed og manglende selvværdsfølelse end deres jævnaldrende. Det er imidlertid vigtigt at skelne mellem at være isoleret og at føle ensomhed. Selvom der ofte for mange vil være overensstemmelse mellem de to situationer, så er det netop ikke tilfældet for de tidligere anbragte. De tidligere anbragte lever ikke mere alene end deres jævnaldrende, men de føler sig gennemgående mere ensomme, og de har signifikant oftere en manglende selvværdsfølelse sammenlignet med risikogruppen (Nygaard Christoffersen, 1993b).

Det, der kendetegner de anbragte unge, der mangler selvtillid, som ofte føler sig afvist af andre, og som ofte har en følelse af tomhed, er primært følgende forhold:

- de er blevet slået meget af forældrene,
- de har *ingen* kontakt med nogen af deres forældre,
- de er i dag ikke i gang med en uddannelse og har ikke et fast arbejde.

Undersøgelsen viser, at de forhold, der er afgørende for de unges selvværdsfølelse, primært bunder i de belastninger, de har været udsat for *inden anbringelsen*. Hvorvidt de

har været anbragt i familiepleje, på et børnehjem eller senere en ungdomsinstitution har ikke kunnet opveje de tidligere belastninger.

De børn, der er blevet slået meget af forældre/stedforældre, har 4 gange større sandsynlighed for senere som voksne at mangle selvtillid, føle tomhed og føle at blive afvist, end det er tilfældet for de tidligere anbragte, som *ikke* er blevet slået meget af forældrene.

Disse belastninger udtrykkes også i det faktum, at der i dag for relativt mange af disse unge ikke er nogen kontakt med nogen af forældrene. De unge, hvor kontakten er afbrudt, har 3 gange større sandsynlighed for manglende selvværd end de unge, der har kontakt med en eller begge forældre (Nygaard Christoffersen, 1993b).

En antagelse kan være, at separationen fra forældrene kan betyde kimen til et voksende selvhad, der blandt andet giver sig udtryk i en udpræget risikoadfærd, der altså i visse få tilfælde resulterer i en overdødelighed hos de tidligere anbragte børn og unge. Anbringelse af børn uden for hjemmet kan af andre grunde være nødvendig, men en utilsigtet bivirkning ved indgrebet kan være denne uheldige udvikling af selvdestruktiv adfærd.

Hvor mange børn og unge anbringes?

I Danmark anbringes relativt flest børn og unge uden for hjemmet sammenlignet med det øvrige Norden. Knap 1 pct. af alle danske 0-17-årige var anbragt uden for hjemmet opgjort på et givent tidspunkt. En dansk undersøgelse viser imidlertid, at der til forskel fra de øvrige nordiske lande er

tale om relativt få tvangsanbringelser i Danmark (Hestbæk, 1998).

En undersøgelse af en stikprøve af børn født 1967 viste, at omkring 6-7 pct. havde i kortere eller længere perioder af deres opvækst været anbragt uden for hjemmet i henhold til de officielle registreringer. Langt de fleste af disse anbringelser var sket med forældrenes samtykke. Imidlertid er en væsentlig del af disse anbringelser antagelig foregået, uden at de unge selv har en erindring om dette eller en viden om, at de i juridisk forstand havde været anbragt uden for hjemmet.

Når man anvender begreber som 'anbringelse' må man være opmærksom på, at der er forskel på, hvad det administrative/juridiske system forstår ved en anbringelse, og hvorledes det opfattes i bred almindelighed.

Endelig kan de, der selv har været anbragt, lægge noget helt tredje i begrebet. Således viste interviewundersøgelsen blandt tidligere anbragte, at da de som 25-årige blev interviewet herom, var det næsten halvdelen af de unge, der benægtede at have været anbragt uden for hjemmet. Det drejede sig relativt ofte om ophold på kostskole, efterskole, i familiepleje hos slægtninge, eller at de havde fået støtte til eget værelse. Disse ikke-erindrede anbragte var gennemgående mindre belastede hjemmefra, og de klarede sig relativt bedre end de øvrige anbragte børn og unge (Nygaard Christoffersen, 1993b).

Omsorgssvigt?

Visse typer af sociale begivenheder i barndomsårene antages bl.a. at lægge begrænsninger og bindinger resten af livet, som kan

få langtrækkende konsekvenser for et voksent liv og relationer til egne børn (Kyng, 1984). En engelsk undersøgelse viste, at de børn, der havde været anbragt uden for hjemmet, gennemgående klarede sig dårligere i skolen end deres jævnaldrende. Ofte havde mødrene også selv været anbragt uden for hjemmet (Essen et al., 1976). Flere danske undersøgelser om børns anbringelse uden for hjemmet har ligeledes behandlet problemstillingen om "social arv". Således viser Hestbæk (1997), at forældres egen anbringelse øger sandsynligheden for, at deres børn også senere anbringes. Der er således god grund til at interessere sig for de processer i familien, der kan tænkes at videreføre denne statistiske sammenhæng.

Ud fra undersøgelser af tidligere anbragte børn og unge måtte man forvente at finde en ophobning af belastende forhold, hvor en overhyppighed af forældrene for eksempel var langvarigt arbejdsløse, alkoholiserede, stofmisbrugere eller langvarigt psykisk syge. Dette blev bekræftet af undersøgelsen. For omkring en fjerdedel af de tidligere anbragte havde moderen været ude af stand til at passe et arbejde i længere perioder på grund af psykiske sygdomme og/eller misbrugsproblemer. I næsten halvdelen (43 pct.) af de anbragtes familier fandtes enten vold, misbrug eller incestforhold²). Dette forekom for 7 pct. af deres jævnaldrende (Nygaard Christoffersen, 1993b).

Ud fra tidligere undersøgelser (fx Straus et al., 1980) måtte man forvente, at problemer med langtidsarbejdsløshed var kædet sammen med en hyppigere forekomst af vold i familierne. Dette viste sig også at komme til at passe på de børn, der efterfølgende var anbragt uden for hjemmet. Om-

kring hver fjerde eller hver femte af de tidligere anbragte havde oplevet at blive slået meget af forældre/stedforældre. Således havde omkring en tredjedel af familierne været præget af vold enten mellem forældrene eller/og over for børnene. Til sammenligning kan nævnes, at dette var tilfældet blandt omkring 6 pct. af deres jævnaldrende.

Fysisk afstraffelse og incest er nogle alvorlige eksempler på manglende respekt for børns personlige integritet, som sandsynligvis giver nogle alvorlige langtidsbelastninger. Tidligere danske undersøgelser viser, at omkring 1 pct. af den voksne befolkning i løbet af barndommen havde været udsat for grove seksuelle overgreb (dvs. forsøg på eller gennemført samleje) inden for familien (Leth et al., 1988). I undersøgelsen af børn der var født 1967, var det omkring 1 pct., der svarede bekræftende på dette spørgsmål. Dels på grund af vanskeligheder med at få eksakte oplysninger, dels på grund af stikprøvestørrelsen er der imidlertid knyttet en relativt stor usikkerhed til begge disse skøn. Alene stikprøveusikkerheden betyder en usikkerhed på mindst +/- 1 procent point ved de to nævnte undersøgelser.

Blandt de tidligere anbragte piger fra 1967-fødselsårgangen var det imidlertid omkring hver tiende, der havde været udsat for dette overgreb. Undersøgelsen bekræftede tidligere erfaringer om, at sådanne overgreb kunne få langvarige konsekvenser for børnene. Omkring halvdelen (49 pct.) af de unge, der havde været udsat for incest, havde forsøgt eller overvejet selvmord (Nygaard Christoffersen, 1993b).

De tidligere anbragte unge, der som børn var blevet slået meget af forældre/stedfor-

Tabel 4.1.

Forhold der kendetegner situationen forud for barnet eller den unges anbringelse uden for hjemmet. Børn født 1973.

	Antal	<i>Baggrundsfaktorer enkeltvis:</i>				<i>Samlet model:</i>		
		Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser	E.F. pct.	
Faderen er skizofren	1							
Moderen er skizofren	5	0,05	3,1	1,2-7,8	udeladt			
Faderen er i øvrigt psykotisk	38	0,30	3,6	2,6-5,1	udeladt			
Moderen er i øvrigt psykotisk	36	0,24	4,3	3,0-6,1				
Faderen er neurotisk	5	0,14	1,0	0,4-2,4	udeladt			
Moderen er neurotisk	30	0,10	8,9	5,8-13,5	udeladt			
Faderen har personlighedsforstyrrelser	60	0,47	3,6	2,8-4,8				
Moderen har personlighedsforstyrrelser	107	0,45	7,0	5,6-8,7	2,4	1,8-3,1	0,6	
Faderen er narkoman	33	0,14	7,2	5,5-9,4	1,8	1,1-2,9	0,1	
Moderen er narkoman	48	0,11	7,5	6,2-9,2	2,2	1,4-3,4	0,1	
Faderen er alkoholiker	301	2,33	3,9	3,5-4,4	1,5	1,3-1,8	1,2	
Moderen er alkoholiker	246	0,99	7,6	6,5-8,8	3,1	2,5-3,7	2,0	
Faderen har fået en voldsdom	252	1,57	4,9	4,2-5,6	1,7	1,5-2,1	1,1	
Moderen har fået en voldsdom	41	0,10	11,8	8,1-17,3	2,5	1,5-4,0	0,1	
Faderen har fået en sædelighedsdom	79	0,27	8,4	6,5-10,9	4,0	2,9-5,4	0,8	
Moderen har fået en sædelighedsdom	7	0,02	8,8	3,7-21,1				
Faderen har irritationstilstand i mave/tarm (mavesår)	119	1,57	2,2	1,8-2,7	1,3	1,0-1,6	0,5	
Moderen har irritationstilstand i mave/tarm (mavesår)	74	0,58	3,7	2,9-4,7	2,4	1,8-3,2	0,8	
Faderen har neurotiske lidelser	52	0,61	2,5	1,8-3,3	1,7	1,2-2,3	0,4	
Moderen har neurotiske lidelser	67	0,53	3,6	2,8-4,7				

fortsættes

Tabel 4.1. Fortsat.

	Antal	Baggrundsfaktorer enkeltvis:			Samlet model:		
		Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser	E.F. pct.
Faderen har begået selvmord	30	0,23	3,8	2,6-5,6	1,6	1,0-2,4	0,1
Moderen har begået selvmord	20	0,10	6,0	3,6-9,8	3,0	1,5-4,7	0,2
Faderen har forsøgt selvmord	84	0,45	5,4	4,2-6,8	1,4	1,0-1,9	0,2
Moderen har forsøgt selvmord	145	0,56	7,7	6,4-9,3	1,8	1,4-2,3	0,4
Faderen har fået en frihedsdom	401	2,97	4,2	3,8-4,7			
Moderen har fået en frihedsdom	72	0,27	7,7	5,9-10,1	2,1	1,5-2,9	0,3
Moderen offer for vold	56	0,23	7,1	5,2-9,6			
Barnet udsat for omsorgssvigt	172	0,81	6,3	5,3-7,5	3,2	2,6-3,9	1,8
Familien opløst	2.008	20,57	5,2	4,8-5,5	3,2	2,9-3,4	31,2
Barnet er narkoman	1						
Moderen barslet som teenager	503	4,21	3,8	3,4-4,2	2,0	1,5-1,9	4,0
Faderen har ingen erhvervsuddannelse	2.078	36,26	1,0	1,0-1,1	1,7	1,6-1,8	20,2
Moderen har ingen erhvervsuddannelse	2.480	44,28	1,0	1,0-1,1	1,9	1,7-2,0	28,5
Faderen arbejdsløs >21 uger	688	6,36	3,6	3,3-3,9	1,7	1,4-1,7	4,3
Moderen arbejdsløs >21 uger	1.102	9,56	4,3	4,0-4,7	2,0	1,8-2,1	8,7
Barnet er en dreng	1.983	50,63	1,3	1,2-1,4	1,3	1,3-1,5	13,2

Anm.: Antal anbragte børn og unge (N=3.514). Kontrolgruppen (N=79.361). Hosmer & Lemeshow (P=0,0001).

ældre, manglede relativt ofte selvtillid som voksne. De føler i dag oftere en tomhed, og de føler sig oftere afvist af andre. De børn, der havde været udsat for vold og/eller seksuelle overgreb, havde oftere som voksne søgt hjælp for psykiske problemer, og de

havde som nævnt markant hyppigere selvmordsovervejelser.

Man har længe vidst, at det er forældrenes behandling af barnet med respekt, accept og deltagelse, der har afgørende indflydelse

på barnets udvikling af selvtillid (Cooper-smith, 1967). Barnets deltagelse i andre betydende sociale netværk har givetvis også indflydelse herpå.

Sociale forhold inden anbringelsen

Hvis man i nærværende undersøgelse sammenligner situationen *året forud* for de børn og unge, der er blevet anbragt uden for hjemmet, med deres jævnaldrende, ses en lang række stærkt signifikante forskelle. Denne analyse kan være med til at belyse anbringelsesårsager for de pågældende børn. Aanalysen indskrænker sig til 1973-årgangen, der i undersøgelsesperioden 1979-93 befandt sig i de relevante alderskategorier 6-20 år.

Stort set alle de belastningsforhold, der er inddraget i nærværende undersøgelse, øger ved deres tilstedeværelse risikoen for, at barnet eller den unge anbringes frivilligt (sjældent ved tvang) uden for hjemmet.

En af de forskelle, der falder i øjnene for fødselsårgangen 1973, er, at i de tilfælde, hvor moderen har fået en dom for vold, er sandsynligheden for, at barnet er blevet anbragt efterfølgende 12 gange større (8-17) end i de tilfælde, hvor hun ikke er blevet dømt for vold.

En anden indikator på vold i familien er moderens indlæggelse på hospital som følge af vold. For fødselskohorten fra 1973 var sandsynligheden 7 gange (5-10) større for at blive anbragt uden for hjemmet i sådanne tilfælde sammenlignet med situationen, hvor moderen ikke var blevet offer for vold, der resulterede i hospitalsindlæggelse. Om faderen havde fået en dom for vold, syntes af relativt mindre betydning, men dog af

signifikant betydning for at kunne forudsige, om barnet blev anbragt uden for hjemmet. Odds ratio var her 4-5 for de to fødselskohorter. Dette kan skyldes, at en relativt større del af disse domfældelser skyldes vold, der er begået over for andre uden for familien, end det er tilfældet for de voldsdømte mødres vedkommende.

Foruden vold spiller forældrenes (og især moderens) misbrugsproblemer også en selvstændig rolle forud for børnenes anbringelse uden for hjemmet. I de tilfælde, hvor faderen eller moderen er narkoman eller alkoholiker, var der en overhyppighed af børn og unge, der blev anbragt uden for hjemmet. Men det var dog langt fra alle disse børn, der var blevet anbragt uden for hjemmet.

Forældrenes og især moderens indlæggelse som følge af psykiske lidelser (skizofreni, psykoser, neuroser, samt det vi har kaldt neurotiske lidelser og personlighedsforstyrrelser) ses relativt ofte at resultere i barnets efterfølgende anbringelse uden for hjemmet. Forældrenes (og især moderens) selvdestruktion (selvmord og selvmordsforsøg) ser ligeledes ud til at udløse en anbringelse uden for hjemmet. Ligesom forældrenes (og især moderens) kriminelle adfærd fx i form af en frihedsdom øger sandsynligheden for, at barnet anbringes uden for hjemmet.

En lang række af de mest belastende familiemæssige forhold (forældrenes vold, misbrug, psykiske lidelser, kriminalitet og forældrenes suicidale adfærd) er imidlertid relativt sjældne belastninger i befolkningen. Kun relativt få af anbringelserne kan forklares ved sådanne forhold.

Anderledes er det i de tilfælde, hvor moderens socialt støttende netværk indskrænkes, som det fx er tilfældet ved familieopløsning, teenage-moderskab, manglende erhvervsuddannelse og længerevarende ledighed. Disse forhold tegner sig således for den væsentligste del af anbringelserne.

Belastningsfaktorer og barnets anbringelse

Undersøgelsen viser som nævnt, at de udvalgte belastningsfaktorer således som de er konstrueret ud fra forskellige registeroplysninger, næsten alle udviser en markant prognostisk værdi for barnets senere anbringelse uden for hjemmet. Dette er ikke overraskende, da en stor del af kriterierne er baseret på oplysninger i forbindelse med en af forældrenes hospitalsindlæggelse eller fri-

hedsstraf. Der er således i de fleste tilfælde tale om, at den ene forælder selv "anbringes" uden for hjemmet.

Betydningen, af at barnet anbringes uden for hjemmet, kan være, at hjemmet af forskellige grunde ikke har ressourcer til at kunne tage vare på barnet. For en del af forældrene vil dette bero på deres egen vurdering af situationen, men det vil dog ikke være tilfældet for alle. Anne-Dorthe Hestbæk (1997) anfører således, at omkring 11 pct. af forældrene direkte adspurgt opfattede anbringelsen som en slags frivillig tvang.

Men over 80 pct. af forældrene mener, at det konkrete anbringelsessted er det mest optimale. Kun 6 pct. angiver, at dette afgjort ikke er tilfældet.

Noter:

- 1) Bowlby skriver næsten konsekvent adskillelse fra mødrene, men dette indbefatter, så vidt jeg kan se, også en adskillelse fra fædrene (Bowlby, 1951). I de tilfælde, hvor der optræder en moderssubstitut, som han kalder det, så ses ikke de ødelæggende virkninger.
- 2) Det skal bemærkes, at det kun var omkring 1 pct. af de tidligere anbragte, der adspurgt refererede, at de havde været udsat for såvel vold i familien, misbrugsproblemer som incest.

Barnets psykiske lidelser

Antal børn der indlægges som følge af psykiske lidelser

Det er yderst sjældent, at børn og unge indlægges på en psykiatrisk sygehusafdeling som følge af psykiske lidelser. De børn, der er født 1966, blev fulgt fra deres 13. til 27. år. Blandt disse piger var det 0,56 pct., og en hyppigere (0,79 pct.) forekomst for drengenes vedkommende. Skønt drenge og piger lige hyppigt har oplevet, at den ene eller begge forældre har en psykisk lidelse, ses væsentlig oftere psykisk sårbarhed hos drengene, ligesom det er tilfældet i en lang række andre undersøgelser (John et al., 1995; El-Guelbaly & Offord, 1977).

Man må imidlertid her gøre opmærksom på, at der er tale om relativt få observationer i nærværende undersøgelse. For 1966-generationen drejer det sig om 232 piger og 345 drenge, mens det for 1973-generationen drejer sig om henholdsvis 67 piger og 119 drenge, der blev indlagt på en psykiatrisk sygehusafdeling. Da der således er tale om relativt få tilfælde i nærværende undersøgelse, må man være opmærksom på, at en meget differentieret analyse hurtigt kan udtynde materialet, så man kun finder relativt få signifikante sammenhænge. Andre undersøgelser baseret på væsentlig større antal observationer kan således tænkes at afsløre flere andre signifikante sammenhænge med børnenes senere psykiske lidelser.

For generationen født 1973 er det 0,20 pct. blandt pigerne og 0,33 pct. blandt drenge-

ne, der har oplevet en indlæggelse med en psykiatrisk diagnose inden for aldersperioden 6-20 år. Undersøgelsen viser, som det vil fremgå af det følgende, at selv hvis man tager højde for en lang række belastningsforhold under opvæksten, ses disse kønsspecifikke forhold stadigvæk.

Baggrunden kan dels være, at en del af de psykiske lidelser er arveligt betingede og overvejende kønsbundne, dels kan forklaringen måske findes i, at drengene generelt er mere psykisk sårbare fra naturens hånd. En tredje mulighed kan være, at drengene behandles relativt hårdere og mere brutalt, end det er tilfældet for pigernes vedkommende. Endelig kan der være tale om en kombination af flere af disse forklaringer.

Endelig må man være opmærksom på, at en del lidelser fx depressioner og skizofreni - især for kvindernes vedkommende - ofte debuterer senere end det 27. år. Ved den valgte opgørelsesmåde, der baserer sig på sygehusindlæggelser, vil der også af denne grund være tale om minimumstal (Licht, 1998; Lublin, 1998).

Narkomisbrug blandt de unge psykiatriske patienter

Sundhedsstyrelsens tidligere undersøgelser af stofmisbrugsdødsfald i København 1992/93 viser, at hver femte havde været indlagt på en psykiatrisk afdeling for en psykisk lidelse. Men psykiske lidelser blandt narkomaner er antagelig meget mere udbredt end disse tal viser. Dette bekræftes af en under-

Tabel 5.1.

Forhold der kendetegner situationen før barnets indlæggelse med en psykisk lidelse. Børn født 1966.

	Antal	Baggrundsfaktorer enkeltvis:				Samlet model:		
		Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser	E.F. pct.	
Faderen er skizofren	0							
Moderen er skizofren	1							
Faderen er i øvrigt psykotisk	6	0,56	2,0	0,9-4,4				
Moderen er i øvrigt psykotisk	6	0,41	2,7	1,2-6,2				
Faderen er neurotisk	2	0,06	6,0	1,5-24,6	5,4	1,3-23,0	0,3	
Moderen er neurotisk	4	0,22	3,4	1,2-9,1				
Faderen har personlighedsforstyrrelser	6	0,49	2,3	1,0-5,1				
Moderen har personlighedsforstyrrelser	12	0,56	4,0	2,2-7,1				
Faderen er narkoman	3	0,09	6,5	2,0-20,5				
Moderen er narkoman	7	0,16	8,3	3,9-17,7				
Faderen er alkoholiker	28	2,54	2,1	1,4-3,0				
Moderen er alkoholiker	28	1,62	3,3	2,3-4,8				
Faderen har fået en dom for vold	15	1,14	2,5	1,5-4,1				
Moderen har fået en dom for vold	3	0,14	4,0	1,3-12,6				
Faderen har fået en sædelighedsdom	4	0,39	1,9	0,7-5,1				
Moderen har fået en sædelighedsdom	1							
Faderen har irritationstilstand i mave/ tarm (mavesår)	18	2,48	1,4	0,9-2,2				
Moderen har irritationstilstand i mave/ tarm (mavesår)	20	1,55	2,3	1,5-3,6	1,7	1,0-2,7	1,1	
Faderen har neurotiske lidelser	6	0,69	1,6	0,7-3,5				
Moderen har neurotiske lidelser	8	0,95	1,5	0,8-3,0				

fortsættes

Tabel 5.1. Fortsat.

	Antal	<i>Baggrundsfaktorer enkeltvis:</i>				<i>Samlet model:</i>		
		Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser	E.F. pct.	
Faderen har begået selvmord	6	0,33	3,1	1,4-7,0				
Moderen har begået selvmord	5	0,26	3,5	1,4-8,5				
Faderen har forsøgt selvmord	5	0,52	1,7	0,7-4,1				
Moderen har forsøgt selvmord	25	1,03	4,5	3,0-6,7	2,0	1,3-3,0	0,1	
Faderen har fået en frihedsdom	22	2,69	1,6	1,0-2,4				
Moderen har fået en frihedsdom	6	0,37	2,9	1,3-6,5				
Moderen offer for vold	7	0,27	4,5	2,1-9,7				
Barnet anbragt uden for hjemmet	166	4,77	8,7	7,2-10,4	3,1	2,5-3,8	9,1	
Barnet udsat for omsorgssvigt	30	0,69	8,6	5,9-12,4	3,4	2,3-5,0	1,6	
Familien opløst	84	12,06	1,3	1,0-1,7				
Moderen barslet som teenager	76	8,64	1,7	1,4-2,2				
Faderen har ingen erhvervsuddannelse	286	45,95	1,3	1,1-1,5				
Moderen har ingen erhvervsuddannelse	343	58,08	1,2	1,0-1,5				
Faderen arbejdsløs >21 uger	58	6,10	1,8	1,4-2,4				
Moderen arbejdsløs >21 uger	86	9,27	1,8	1,5-2,3				
Barnet er en dreng	328	52,99	1,4	1,1-1,6	1,4	1,2-1,7	17,5	
Barnet er narkoman	13	0,02	118	59-235				
Hverken gymnasieelev eller student	493	83,52	1,9	1,5-2,6	1,4	1,0-1,9	25,0	
Ingen erhvervsuddannelse	444	42,12	6,1	4,9-7,6	3,6	2,9-4,6	52,3	
Den unge arbejdsløs >21 uger	265	11,50	7,3	6,2-8,7	3,5	2,8-4,2	22,3	

Anm.: Antal børn/unge, der bliver indlagt N=544. Kontrolgruppen N=106.091. Den samlede model er testet med Hosmer og Lemeshow's Goodness-of-fit test (P=0,28).

søgelse af dødsfald blandt narkomaner på 40 år. I denne gruppe var det 40 pct., der tidligere havde været indlagt for en psykisk lidelse (Sundhedsstyrelsen, 1998b).

Nærværende undersøgelse viser tilsvarende, at lidt mindre end halvdelen af unge, der bliver registreret som narkomaner, senere indlægges på en psykiatrisk sygehusafdeling.

Den psyko-sociale baggrund

Den relevante aldersgruppe for de unges psykiatriske indlæggelser er for 1966-årgangen aldersgruppen 13-27 år. I denne årgang er 544 unge blevet indlagt med en psykiatrisk diagnose.

Moderens sindsygdomme giver en signifikant prædiktation for, at barnet indlægges på en psykiatrisk sygehusafdeling. Hvis moderen er skizofren eller har andre psykoser eller personlighedsforstyrrelser, øges barnets risiko for en psykiatrisk indlæggelse. Fædrenes eventuelle psykiatriske diagnoser udviser en mere usikker og insignifikant sammenhæng med børnenes risiko for psykiske indlæggelser (tabel 5.1).

Når faderens psykiske diagnoser ikke er nær så prædiktive, kan det skyldes flere forhold. For det første kan en relativt større del af fædrene have ubehandlede psykiske sygdomme eller psykiske sygdomme, der har afstedkommet indlæggelser uden for den undersøgte periode (1979-93). For det andet vil en relativt stor del af mænd med psykiske sygdomme ikke blive fædre sammenlignet med kvinder med psykiske sygdomme. For det tredje kan en relativt større andel af kvinderne søge behandling for psy-

kiske lidelser, der kan have mildere former (som det fx er tilfældet ved skizofreni).

Når vi finder en tættere sammenhæng mellem moderens psykiske lidelser og barnets senere indlæggelse med en psykisk lidelse, kan det således være et resultat af disse selektioner til behandlingssystemet, men det kan også være udtryk for moderens kraftigere påvirkning af barnet. Dette spørgsmål kan undersøgelsen ikke give nogen endegyldig besvarelse af.

For begge forældrene gælder, at deres misbrug (alkohol, narkotika) udviser en umiddelbar signifikant sammenhæng med børnenes risiko for selv at blive indlagt med en psykisk lidelse. Denne sammenhæng kan imidlertid skyldes den meget tætte forbindelse, man finder mellem forekomst af alkoholisme- og narkomani-diagnoser hos forældrene og registreringen af psykiske lidelser i forbindelse med hospitalsindlæggelser (se kapitel 10, hvor dette behandles mere indgående).

Hvis der i den efterfølgende model tages højde for forældrenes psykiske lidelser, bliver den fundne sammenhæng mellem forældrenes misbrug og børnenes psykiatriske diagnoser insignifikante. Dette er imidlertid ikke tilstrækkeligt til at udelukke, at forældrenes misbrug kan afstedkomme psykiske lidelser hos børn og unge. Dog viser faderens indlæggelse med neurotiske lidelser sig at give en robust forudsigelse for den unges senere indlæggelse med en psykisk lidelse. I denne forbindelse kan nævnes, at moderens indlæggelse som følge af mavesår eller andre irritationstilstande i mave/tarm ligeledes udgør en signifikant prædikator for

børn og unges senere indlæggelse som følge af en psykiatrisk lidelse.

Forældrenes selvmordsforsøg og selvmord udviser en signifikant sammenhæng med børnenes psykiatriske indlæggelser. I de tilfælde hvor faderen har begået selvmord eller moderen foretaget selvmordsforsøg, ses en signifikant overhyppighed af børn med indlæggelse på hospitalsafdelinger for psykiske lidelser. Også blandt forældrene ses de forskelle, man kender for mænds og kvinders selvdestruktive adfærd. Der er således relativt flere af mødrene, der kun udfører selvmordsforsøg og relativt flere af fædrene, der gennemfører selvmordet. Dette betyder, at mens den statistiske sammenhæng mellem fædrenes selvmord/mødrenes selvmordsforsøg og børnenes psykiatriske indlæggelser er statistisk signifikant, så er fædrenes selvmordsforsøg/mødrenes selvmord en mere usikker faktor til at prædikere barnets/den unges senere indlæggelse som følge af en psykisk lidelse. Under alle omstændigheder kan disse sammenhænge dække over, at en stor andel af forældre med selvdestruktive adfærdsformer også har alvorlige psykiske lidelser.

Ud over misbrugsproblemer og selvdestruktiv adfærd ses også en tydelig sammenhæng mellem børnenes psykiske lidelser og vold i familien. I de tilfælde hvor faderen eller især moderen har fået en dom for vold, ses en særlig hyppig forekomst af psykiske indlæggelser blandt deres børn. Hvis moderen har været offer for vold og som følge heraf er blevet indlagt på et hospital, ses ligeledes en efterfølgende signifikant høj risiko for psykiatrisk indlæggelse blandt deres børn. Det skal nævnes, at undersøgelsen viser, at for 1973-årgangen, som jo omfatter perio-

den, hvor børnene er mellem 6 og 20 år, ses desuden, at i de tilfælde, hvor faderen er blevet dømt for en sædelighedsforbrydelse, er der en signifikant forhøjet sandsynlighed for børnenes psykiatriske indlæggelser.

Et af de mere signifikante forhold, der er gået forud for barnet eller den unges indlæggelse som følge af en psykisk lidelse, ses at være forekomsten af det, vi her har valgt at kalde "omsorgssvigt". Det vil sige, at barnet enten er indlagt med traumer mv. som følge af vold eller indlagt som følge af, hvad der med de lidt gammeldags klingende betegnelser kaldes "sociale grunde", "social elendighed" eller "ond cirkel i hjemmet".

Den mest signifikante sammenhæng med barnets senere indlæggelse med psykiske lidelser ses for 1973-årgangen at være moderens forudgående domfældelse for vold. Disse børn har en sandsynlighed for senere at blive indlagt, der er omkring 20 gange større end de børn, hvor moderen ikke er blevet dømt for vold. Men det er for de lidt yngre børn i 1973-årgangen, at denne sammenhæng ses så tydeligt. Barnets anbringelse uden for hjemmet giver ligeledes en prædiktation for barnets senere indlæggelse for psykiske lidelser. For de lidt ældre børn født i 1966 og fulgt i aldersgruppen 13-27 år ses disse sammenhæng ikke nær så markant.

Med en måske forenklet beskrivelse kan man sige, at der er en sammenhæng mellem barnet eller den unges psykiatriske indlæggelser og forudgående krænkelser af barnets personlige integritet i form af udsættelse for vold. Der er ikke nødvendigvis tale om en direkte årsagsmæssig følgevirkning, men det er tankevækkende, at i Thomas Lindstein's

analyse (1995) af pædagogisk arbejde med børn af alkoholikere er det netop genoprettelsen af respekten for barnets personlige integritet, der udgør et gennemgående tema.

Imidlertid er det kun en lille del af børn og unges indlæggelser med psykiske lidelser, der kan tilskrives forældrenes egne psykiske lidelser. Endvidere kan forældres vold, misbrug eller suicidale adfærd – som det findes oplyst – kun forklare en mindre del af unges psykiske lidelser.

En relativt stor del af de unge, der indlægges med psykiske lidelser, er alene kende-

tegnet ved deres kortere skolegang, manglende erhvervsuddannelse og marginale arbejdsmarkedstilknytning.

De børn, der får en længere skoleuddannelse (studentereksamen), en erhvervsuddannelse og et arbejde, ser relativt oftere ud til at undgå psykiske lidelser. Forklaringen kan ligge i, at de børn og unge, der er robuste nok til at klare sig uddannelsesmæssigt og på arbejdsmarkedet på trods af de øvrige belastninger, får yderligere social støtte gennem det netværk, som den uddannelsesmæssige og erhvervmæssige tilknytning kan give.

Voldelige kriminelle unge

Kriminalstatistikregisteret giver mulighed for at analysere den sociale baggrund for de unge, der får en dom for vold. Denne kategori består af mange slags kriminel adfærd af varierende alvorlighed: drab, legemskrænkelser, vold, tvang og trusler. Heri er hverken medtaget uagtsomt manddrab i forbindelse med færdselsuheld eller voldtægt, som hører under kategorien sædelighedsforbrydelser.

Det er uhyre sjældent, at piger dømmes som følge af voldelig adfærd. Nærværende undersøgelse viser, at dette kun skete for 0,39 pct. af de piger, der blev født i 1966, inden deres fyldte 27. år, mens det var 4,54 pct. af drengene, der blev dømt efter voldsparagrafferne i straffeloven. Netop 1966-generationen er fulgt i perioden 1979-93, altså mens de var omkring 13-27 år, hvilket er en aldersperiode, hvor der traditionelt er en relativt større risiko for voldelig adfærd. For forældregenerationens vedkommende var det da også kun 1,16 pct. af fædre og 0,15 pct. af mødre, der i den undersøgte periode var blevet dømt for vold.

Vold avler vold

Et af problemerne ved at vurdere langtids-effekterne af at blive udsat for vold i barndommen er, at der ofte med den fysiske mishandling også følger andre forringede opvækstvilkår. Det kan således være vanskeligt på et mindre materiale at adskille de forskellige belastningsforhold (Bootsman, 1995). McCords undersøgelse (1983 citeret af Bootsman, 1995) viser, at gruppen af

børn, der var blevet udsat for vanrøgt, havde en oversandsynlighed for selv at blive involveret i kriminelle aktiviteter, blive alkoholikere, mentalt syge eller dø usædvanligt tidligt.

En af de mere udbredte opfattelser er, at børn, der bliver udsat for vold, udviser en udadvendt adfærd fx i form af aggression og i mindre grad depression. Imidlertid viser Bootsman gennemgang (1995), at man i flere undersøgelser kan finde en overhyppighed af såvel depression som aggression hos voldsofrene. Hun nævner blandt andet lav grad af selvkontrol, hjælpeløshed, depressive følelser, selvdestruktiv adfærd, følelse af tomhed og en vaklende identitet. De psykologiske aggressioner og fysiske afstraffelser har i de refererede undersøgelser efterladt offeret i en kronisk følelse af egen personlig ringhed.

Kaufman & Zigler (1987 citeret af Bootsman, 1995) finder, at omkring 30 pct. af de forældre, der er blevet mishandlet som børn, har fortsat med at mishandle deres egne børn. På trods af en overvældende statistisk sammenhæng er der på ingen måde tale om en fuldstændig uomtvistelig effekt, hvilket har øget interessen for at finde andre betydende faktorer, der kunne tænkes at forklare, hvorfor 2/3 af de mishandlede selv *undlader* at mishandle deres egne børn.

Man har savnet forløbsundersøgelser på større materialer, der muliggør en belysning af langtidsvirkningerne, og som samtidig

muliggør multivariate analyser, der adskiller belastningsfaktorerne. Nærværende undersøgelse omhandler 1.936 drenge født 1966, som har fået en voldsdom i perioden 1979-93), det vil sige fra 15-års alderen og inden deres 27. år. Som sammenligningsgrundlag anvendes en ti-procent-stikprøve blandt deres jævnaldrende.

De voldelige unges sociale baggrund

Udviklingen af voldelige adfærdsformer synes statistisk at hænge sammen med visse sindslidelser hos forældrene. Der er således en overhyppighed af unge drenge, der har fået en voldsdom, i de tilfælde, hvor faderen har fået behandlet en psykotisk lidelse ved indlæggelse på en psykiatrisk hospitaalsafdeling.

Personlighedsforstyrrelser hos forældrene (fx psykopiati diagnosticeret i forbindelse med en indlæggelse) synes ligeledes at øge sandsynligheden for, at drengene senere får en voldsdom.

Der er på den ene side tale om signifikante forskelle, fordi forældrenes indlæggelse pga. personlighedsforstyrrelser eller fædrenes psykotiske lidelser er uhyre sjældent forekommende i befolkningen, men de optræder relativt hyppigere i gruppen af forældre, hvis børn har fået en dom for vold. Der kan således ikke være tale om en tilfældighed som følge af et for spinkelt materiale, selv om der er tale om små tal. På den anden side er der tale om psykiatriske *indlæggelses*-diagnoser, der er usikre i sig selv.

Forældrenes misbrug (alkohol eller narkotika) synes ligeledes at være udslagsgivende for drengenes senere voldelige adfærd, der resulterer i en domsafgørelse. Hvis moderen

selv har fået en voldsdom, og især hvis faderen har fået en dom for vold, ses en forhøjet risiko for, at også deres drenge bliver dømt for vold. Faderens eventuelle dom for en sædelighedsforbrydelse, og især hvis moderen er dømt herfor, øger risikoen for, at drengene udvikler en voldelig adfærd, der resulterer i, at drengene dømmes for vold på et senere tidspunkt. Især er de unge, som senere er blevet indlagt i forbindelse med en narkotika-diagnose, særligt i søgelyset med hensyn til en efterfølgende voldsdom.

Selvom disse statistiske associationer ikke må forveksles med beviser for en årsags-sammenhæng, kan resultaterne give anledning til en yderligere udforskning af de familiemæssige processer i voldelige familier.

Drenge af fædre, der har forsøgt selvmord, samt drenge af mødre, der har forsøgt selvmord, udviser ligeledes voldelige tendenser, der resulterer i en forhøjet risiko for voldsdomme for drengenes vedkommende.

Undersøgelsen synes at bekræfte en antagelse om, at forældrenes indbyrdes vold og vold imod børnene, misbrug og selvdestruktive adfærd øger risikoen for, at børnene udvikler en voldelig adfærd.

En lang række af de alvorlige belastninger i familien er således kendetegnet ved en betydelig overrisiko for, at de unge mænd senere får en dom for vold. Det drejer sig som nævnt om visse sindslidelser hos forældrene, forældrenes misbrug, samt forældrenes voldelige og selvdestruktive adfærd. Imidlertid forekommer disse belastningsforhold kun yderst sjældent i befolkningen og slet ikke i et antal, der kan forklare omfanget af voldsdømte unge mænd.

Tabel 6.1.

Selvrapporteret kriminel adfærd og anbringelse på børnehjem. Procentandele der svarer bekræftende på kriminalitetsspørgsmålene.

	Anbragt på børnehjem ²⁾	Ikke været på børnehjem ²⁾	P<
<i>Har du nogensinde:</i>			
Lavet butikstyveri?	71	55	0,0005
Stjålet en cykel?	41	27	0,001
Stjålet en bil?	19	10	0,001
Lavet indbrud?	35	19	0,0005
Fået dom for kriminalitet? ¹⁾	39	23	0,0005
Et eller flere af ovenstående tyverier?	80	63	0,0005
Antal interviewede	161	537	

Anm.: Kun tidligere anbragte er medtaget i tabellen. Der var 2 uoplyste.

Kilde: Nygaard Christoffersen, 1993b.

1) Denne gruppe indbefatter også tiltalefrafald.

2) Med børnehjem menes i den pågældende undersøgelse døgninstitution, dog ikke kostskole, ungdomsskole/efterskole, socialpædagogisk kollektiv eller ungdomspension.

I de tilfælde, hvor det må antages, at det sociale støttende netværk omkring familien er svækket, ses også en forhøjet risiko for vold i den næste generation. Man kan således iagttage en let forhøjet risiko for, at drengene bliver dømt for vold inden deres 27. år, hvis for eksempel a) forældrene er flyttet fra hinanden, b) barnet ikke bor hos nogen af forældrene, men er anbragt uden for hjemmet, c) moderen er uden erhvervsuddannelse, eller d) moderen er barslet allerede som teenager.

Undersøgelsen viser endvidere, at i de tilfælde, hvor den unge kun får en kort skoleuddannelse, ingen erhvervsuddannelse og er længerevarende ledig, øges sand-

synligheden for, at den unge får en voldsdom.

Omfanget af unge, der dømmes for vold er således først og fremmest karakteriseret af disse tilfælde, hvor det socialt støttende netværk er reduceret og de unge er marginaliseret i forhold til arbejdsmarkedet.

Tidligere undersøgelse af anbragte børns kriminalitet

Tidligere undersøgelser finder en overhyppighed af kriminalitet blandt de anbragte børn og unge sammenlignet med deres jævnaldrende. En nyere dansk undersøgelse (Nygaard Christoffersen, 1993b) viser således, at der er en markant sammenhæng

mellem det at have været på børnehjem¹⁾ og kriminel adfærd. Således havde omkring 80 pct. af de tidligere anbragte, der havde været på børnehjem, i løbet af deres ungdomstid efter eget udsagn begået et eller flere tyverier, mens dette var tilfældet for omkring 63 pct. af de øvrige unge anbragte (tabel 6.1).

Forskellene mellem de unge, der har været på børnehjem, og de øvrige er iøjnefaldende for alle de undersøgte typer af kriminel adfærd (butikstyverier, cykeltyverier, biltyverier og indbrud). Af de unge, der havde været på børnehjem, havde 39 pct. fået en dom for kriminalitet. For de øvrige anbragte var det 23 pct., der havde fået en dom for kriminalitet.

En lang række undersøgelser har behandlet kriminalitetsproblemet i forhold til institutionsanbringelser (se fx Lihme & Palsvig, 1977). Der er to konkurrerende hypoteser. Den ene forklarer kriminalitetsniveauet på institutionerne med, at de unge, der anbringes på institutionerne, i forvejen har afvigende holdninger og en kriminel adfærd. Man kunne kalde denne hypotese for "*visitationshypotesen*". Tankegangen er her, at det netop er de unge, der allerede er inde i kriminalitet, der relativt oftere vil være blevet anbragt på institution frem for i familiepleje. I nogle tilfælde har netop kriminaliteten været udslagsgivende for, at de oprindeligt blev anbragt uden for hjemmet.

En dansk undersøgelse (Kyvsgaard, 1989) viser således, at en del af de unge lovovertrædere (15-17-årige) bliver anbragt uden for hjemmet i henhold til bistandsloven, hvilket i næsten alle tilfælde skete med forældrenes samtykke.

Den anden forklaring er, at det ikke er personalets værdier og holdninger, men gruppens normer, der kommer til at præge børnene på institutionerne. Den kriminelle adfærd er ifølge denne tankegang noget, der indlæres på institutionerne ("*indlæringshypotesen*"). Der er således undersøgelser, der peger på, at kriminaliteten kan være noget, man lærer på døgninstitutionerne (Boolsen et al., 1986).

En indvending imod "indlæringshypotesen" kan være, at de børn, der anbringes på børnehjemmet, fx er anderledes belastede hjemmefra end de øvrige anbragte. Eksempelvis var der ifølge den pågældende undersøgelse en relativ overvægt af børn og unge på institutionerne, der var blevet slået meget af forældre/stedforældre. Det hævdes, at netop institutionerne ofte vil udgøre et sikkerhedsnet under familieplejen. I nogle belastede situationer vil børnene/de unge allerede have lært kriminalitet og omgang med stoffer, inden de kommer på institutionerne.

En anden indvending kan være, at der anbringes relativt flere drenge på børnehjemmene, og at de traditionelt har en højere kriminalitetsrisiko end piger. Man kan imidlertid tage højde for sådanne forskelle i baggrundsforhold ved hjælp af en såkaldt multivariat analyse.

I en sådan multivariat analyse sammenligner man grupper – drenge og piger – med samme hjemlige belastninger fx voldelige forældre, misbrugsproblemer i hjemmet, psykiske problemer osv. Analyserne viser, at det stadigvæk er opholdet på børnehjemmet, der er udslagsgivende. Således har de unge, der blev anbragt på børnehjem, inden

Tabel 6.2.

Dom for kriminalitet sammenholdt med anbringelsestyper, køn og belastningsforhold i hjemmet. Kun unge der blev anbragt inden det fyldte 15. år.

	Odds ratio	95% sikkerhedsgrænse	Signifikansniveau P<
Børnehjem	2,3	1,4-3,8	0,002
Ungdomsinstitution (kostskole/efterskole/ungdomspension mv.)	2,1	1,3-3,5	0,005
Ønske om at komme væk hjemmefra - og henvendt sig til andre herom	2,9	1,7-4,9	0,0001
Drenge	7,0	3,8-12,8	0,0001
Antal interviewede	379		

Anm.: Der er anvendt en multiplikativ regressionsmodel. 2 personer var uoplyste. Alle de øvrige belastningsforhold mv. er udeladt, fordi det viste sig, at de ikke kunne bidrage med selvstændig information, der kunne forklare kriminalitetsforekomsten, når der var taget højde for ovenstående faktorer.

En estimeret "odds ratio" på 2,3 betyder her, at sandsynligheden, for at de tidligere anbragte fik en kriminalitetsdom, var omkring 2,3 gange større for dem, der havde været på børnehjem, end for dem der ikke havde været på børnehjem. Estimatet er beregnet under hensyntagen til de øvrige betydende faktorer.

De estimerede 95 pct.'s sikkerhedsgrænser på 1,4-3,8 angiver, at der er en usikkerhed ved estimatet af odds ratio. Men med 95 pct.'s sandsynlighed ligger den sande værdi imellem de angivne sikkerhedsgrænser. Signifikansniveauet P angiver sandsynligheden for, at den sande odds ratio er 1, hvilket betyder, at der ikke er nogen statistisk sammenhæng mellem børnehjemsanbringelsen og dom for kriminalitet.

Kilde: Nygaard Christoffersen, 1993b.

de fyldte 15 år, dobbelt så stor sandsynlighed for senere at få en dom for kriminalitet end de unge, der anbringes i familiepleje, *når man tager højde for en række relevante faktorer, herunder fx køn, hjemlige belastninger osv.* (tabel 6.2) (Nygaard Christoffersen, 1993b).

Analyserne viser, at de unge, der har fået en kriminalitetsdom, i øvrigt er kendetegnet ved dels at have haft et tidligt ønske om at komme væk hjemmefra, dels at have været på en ungdomsinstitution. Ønsket om at komme væk hjemmefra er givetvis udtryk for nogle belastningsforhold i hjemmet. De

unge, der således selv ønskede at komme væk hjemmefra, inden de fyldte 16 år, havde næsten 3 gange større sandsynlighed for at få en dom for kriminalitet end de unge, der ikke havde været i denne situation. Generelt set har de drenge, der blev anbragt inden 15-års alderen, 7 gange højere sandsynlighed end pigerne for at få en dom for kriminalitet uanset belastningsforhold og anbringelsesformer.

Umiddelbart tyder den pågældende undersøgelse således på, at døgninstitutionsanbragte børn har øget sandsynlighed for senere at få en kriminalitetsdom sammenlig-

Tabel 6.3.

Forhold der kendetegner situationen forud for, at den unge får en dom for vold. Børn født 1966. Kun drenge.

	Antal	<i>Baggrundsfaktorer enkeltvis:</i>				<i>Samlet model:</i>		
		Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser	E.F. pct.	
Faderen er skizofren	0							
Moderen er skizofren	0							
Faderen er i øvrigt psykotisk	16	0,44	1,9	1,1-3,1				
Moderen er i øvrigt psykotisk	8	0,39	1,1	0,5-2,1				
Faderen er neurotisk	2	0,07	1,5	0,4-6,1				
Moderen er neurotisk	6	0,26	1,2	0,5-2,8				
Faderen har personlighedsforstyrrelser	18	0,38	2,5	1,5-4,0				
Moderen har personlighedsforstyrrelser	27	0,54	2,6	1,7-3,9				
Faderen er narkoman	8	0,10	4,2	2,0-8,7				
Moderen er narkoman	8	0,16	2,5	1,2-5,2				
Faderen er alkoholiker	113	2,96	2,0	1,7-2,5				
Moderen er alkoholiker	77	1,49	2,7	2,2-3,5	1,7	1,3-2,2	1,0	
Faderen har fået en dom for vold	76	1,14	3,6	2,8-4,5	1,4	1,1-1,9	0,5	
Moderen har fået en dom for vold	8	0,16	2,6	1,3-5,4				
Faderen har fået en sædelighedsdom	15	0,43	1,8	1,1-3,0				
Moderen har fået en sædelighedsdom	2	0,02	4,4	1,0-19,5				
Faderen har irritationstilstand i mave/ tarm (mavesår)	61	2,59	1,2	0,9-1,6				
Moderen har irritationstilstand i mave/ tarm (mavesår)	45	1,62	1,4	1,1-2,0				
Faderen har neurotiske lidelser	26	0,66	2,0	1,4-3,0				
Moderen har neurotiske lidelser	32	1,12	1,5	1,0-2,1				

fortsættes

Tabel 6.3. Fortsat.

	Antal	Baggrundsfaktorer enkeltvis:			Samlet model:		
		Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser	E.F. pct.
Faderen har begået selvmord	7	2,29	1,3	0,6-3,0			
Moderen har begået selvmord	6	0,24	1,3	0,6-3,0			
Faderen har forsøgt selvmord	1						
Moderen har forsøgt selvmord	48	1,12	2,2	1,7-3,0			
Faderen har fået en frihedsdom	133	2,57	2,8	2,3-3,4	1,4	1,1-1,7	1,0
Moderen har fået en frihedsdom	14	0,31	2,4	1,4-4,1			
Moderen offer for vold	28	0,36	4,1	2,8-6,1			
Barnet anbragt uden for hjemmet	428	5,21	5,2	4,6-5,8	2,2	2,0-2,6	5,9
Barnet udsat for omsorgssvigt	76	0,88	4,6	3,6-5,9	2,7	2,1-3,6	1,5
Familien opløst	386	13,08	1,7	1,5-1,9	1,3	1,1-1,5	3,8
Moderen barslet som teenager	287	8,25	2,0	1,7-2,2	1,3	1,2-1,6	2,4
Faderen har ingen erhvervsuddannelse	1.102	46,35	1,5	1,4-1,7			
Moderen har ingen erhvervsuddannelse	1.334	57,52	1,6	1,5-1,8	1,2	1,1-1,3	10,3
Faderen arbejdsløs >21 uger	206	6,10	1,8	1,6-2,1			
Moderen arbejdsløs >21 uger	291	8,93	1,8	1,6-2,1			
Barnet er narkoman	7	0,03	13,4	5,4-32,8	3,6	1,4-9,5	0,1
Hverken gymnasieelev eller student	1.895	87,00	6,9	5,1-9,4	5,8	4,2-7,9	80,7
Ingen erhvervsuddannelse	1.169	37,98	2,5	2,3-2,7	1,7	1,5-1,9	21,0
Barnet arbejdsløs >21 uger	580	9,14	4,3	3,8-4,7	2,4	2,1-2,7	11,3

Anm.: Der var 1.936 drenge, der havde fået en dom for vold. Kontrolgruppen udgjorde 55.212 personår. Hosmer & Lemeshow ($P=0,36$).

net med børn anbragt på anden måde, når man har taget højde for de øvrige betyden-

de faktorer. Men det er imidlertid kun et stærkt begrænset antal baggrundsforhold,

der er inddraget i den pågældende undersøgelse.

Resultaterne tyder på, at der er et behov for yderligere undersøgelser af de gruppeprocesser på døgninstitutionerne, der fremmer eller hæmmer udviklingen af kriminel adfærd samt de belastningsforhold i hjemmet, der mistænkes for at være udslagsgivende.

Ungdomskriminalitetsforebyggelse og behandling

En meget stor procentdel af det samlede antal forbrydelser begås af unge under 18 år, og en væsentlig del af dem har selv været udsat for både overgreb og vanrøgt.

En anden faktor, når det gælder behandlingen af kriminelle unge, er manglen på effektive behandlingsformer. En vigtig metode til behandling af kriminelle unge er at genopbygge deres selvrespekt og selvværd. Man kan frygte, at de eksisterende lukkede institutioner for ungdomskriminelle kan have den modsatte effekt. Undersøgelsen siger ikke noget om, hvorvidt der kan være behov for forbedringer i uddannelsen af fængselspersonale og andre, der har med disse unge at gøre. Men ifølge nordiske erfaringer er en af de ganske få metoder til at reducere væksten i kriminel adfærd at sikre de unge en opvækst i så normale omgivelser som muligt (Balvig & Høigård, 1988), dvs.

- med muligheder for at vokse op inden for rammerne af et hjem (om nødven-

digt hos en plejefamilie og ikke på en døgninstitution)

- med muligheder for uddannelse og beskæftigelse
- med opbakning fra et velfungerende socialt netværk.

Man må forvente, at det vil være forbundet med øgede vanskeligheder, når unge skal resocialiseres efter at være vokset op i institutioner, hvor adskillige unge med en kriminel baggrund er bragt sammen (Lihme & Palsvig, 1977; Nygaard Christoffersen, 1993b).

Hvis resocialiseringsprojekterne skal lykkes, må et af de væsentligste krav være, at der skaffes de unge uddannelses- og beskæftigelsesmuligheder. Men også en generel indsats til bekæmpelse af arbejdsløsheden må forventes at gavne de unge. Så længe arbejdsløsheden er relativt høj, vil især de unge blive ramt. På den anden side vil de være de første til at nyde godt af en vækst i antallet af job. Unge er de første, der udelukkes fra arbejdsmarkedet, men de er også de første til at få arbejde igen (Vejrup Hansen, 1987).

Undersøgelserne viser endvidere en tydelig social arv. Tiltag over for forældrenes misbrug, vold og især volden over for barnet/den unge er et område, der af indlysende grunde kunne indgå i et forebyggende arbejde.

Noter:

- 1) Med børnehjem menes i den pågældende undersøgelse døgninstitution dog ikke kostskole, ungdomsskole/ efterskole, socialpædagogisk kollektiv eller ungdomspension.

Unge narkotikamisbrug

Undersøgelsen anvender af rent praktiske grunde en meget snæver afgrænsning af narkotikamisbrug. Det omfatter således kun det misbrug, der resulterer i en hospitalsindlæggelse enten på en somatisk eller psykiatrisk sygehusafdeling. Det er kun, hvis der her anføres, at der er tale om forgiftning med narkotika, narkomani eller lignede, at nærværende opgørelse vil kunne indfange og analysere baggrunden for narkotikamisbruget og sætte det i forhold til de øvrige livsomstændigheder.

Generelt set savner området en systematisk repræsentativ analyse af de sociale omstændigheder, der går forud for narkotikamisbrugets start. Ofte er man henvist til undersøgelser af unge, der tager imod et behandlingstilbud, uden at have et repræsentativt sammenligningsgrundlag.

Nærværende undersøgelse er repræsentativ landsdækkende for både de narkomaner, der deltager i et behandlingstilbud, og dem der ikke kendes af de sociale myndigheder. Det eneste udvalgs-kriterium er som nævnt, at de pågældende har været indlagt på en somatisk eller psykiatrisk sygehusafdeling, og at der som hoved- eller bidiagnose er angivet narkomani eller en af de beslægtede diagnoser (se skema 7.1).

Omkring halvdelen af narkotikadiagnoserne består af en uspecificeret gruppe 304.99. Denne gruppe er ikke medtaget, selvom det er skønnet, at der er tale om afhængighed af farmaka. Tilsvarende er afhængighed af vis-

se beroligende midler (304.39), som også narkomaner anvender som supplerende medikamenter, heller ikke medtaget. Som det fremgår er afhængighed af hashish, marijuana (304.59) samt 304.69 ligeledes udeladt fra denne snævre narkomani-definition.

Der er således anvendt en meget konservativ afgrænsning af narkomani-begrebet, som må betyde, at omfanget af narkomani er stærkt undervurderet. Begrundelsen herfor har været, at den narkomani, der er lægeordineret, ikke medtages. Morfika mv. kan gives i forbindelse med cancer og andre kronisk smertegivende sygdomme. Hvis sådanne sygdomme har været angivet i forbindelse med udskrivningsdiagnosen (somatic afdeling) eller indskrivningsdiagnosen (psykiatrisk afdeling), er de ligeledes undtaget fra diagnosen narkomani i nærværende analyser.

Metoden vil imidlertid ikke opfange alle narkomanerne, idet man må formode, at det ofte vil være sent i forløbet, at misbrugerne indlægges på en hospitalsafdeling. Hertil kommer, at man fra skadestuens vedkommende ofte vil forsøge at ordne problemerne ambulant. Nogle narkomaner kan antagelig helt undgå hospitalsindlæggelser.

Dette skal tages i betragtning, når man i nærværende analyser foretager en opgørelse af de sociale og sundhedsmæssige forhold, der gik forud for *den første indlæggelse* med en af de nævnte narkotika-diagnoser.

Skema 7.1.

Narkomani.

ICD 8 diagnose	Sygdomsbetegnelse
304.09	Afhængighed af morfika ¹⁾
304.19	Afhængighed af syntetiske morfika ¹⁾
304.49	Afhængighed af kokain
304.79	Afhængighed af hallucinogener
965.09	Forgiftninger af opium eller syntetiske analoger
970.90	Forgiftninger med LSD
971	Forgiftninger med andre midler med stimulerende virkning på centralnervesystemet (bl.a. amfetamin og beslægtede stoffer)
978.09	Forgiftninger med opiumsderivater i kombination med andre lægemidler
979.09	Forgiftninger med opiumsderivater i kombination med alkohol

1) Dog undtagen morfika i forbindelse med visse kronisk smertegivende sygdomme (712 leddegigt og beslægtede sygdomme, 725 sygdomme i brusk mellem ryghvirvler, diskusprolaps, 728 "rygsmerter" samt 140-239.99 svulster).

Der har imidlertid vist sig et sammenfald mellem psykiske lidelser og narkotikamisbrug. En del af narkotikadiagnoserne er stillet i forbindelse med en indlæggelse på grund af psykiske lidelser.

Den anvendte metode kan derfor betyde, at ændringer i forholdet mellem indlæggelsespraksis og misbrugsudviklingen kan påvirke vurderinger af misbrugsomfanget.

Det skal i den forbindelse nævnes, at det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at sammenhængen mellem psykiske lidelser og stofmisbrug bliver mere dominerende, og at der bliver flere misbrugere med svære psykiske lidelser i undersøgelsesperioden. En registerbaseret undersøgelse af indlæggelser på

psykiatriske sygehusafdelinger fra 1970-93 viste således en stigning i antallet af indlæggelser blandt psykiatriske patienter med svære psykoser og en samtidig misbrugsdiagnose (Søberg Hansen & Perto, 1994).

Endelig bør man være opmærksom på, at der sker en væsentlig underrapportering af misbrugsdiagnoserne i Det psykiatriske Centralregister (Hansen et al., under udgivelse).

Antal børn der fødes af narkomaner
Nærværende stærkt konservative analyse viser, at omkring 0,14 pct. af fædrene til de børn, der er født 1966, på denne måde er blevet noteret som narkomaner, mens det er væsentligt flere af børnene (0,20 pct.),

der havde mødre, der er blevet vurderet som havende et narkotikamisbrug i forbindelse med en hospitalsindlæggelse.

De personer, der fik deres børn i 1966, har gennemgående været 20-30 år på dette tidspunkt. Mange af disse forældre havde altså passeret de kritiske aldersgrupper, da narkotikamisbruget for alvor blev et problem i Danmark. Narkotikamisbruget er imidlertid vokset de efterfølgende år, hvis man tager højde for, at fødselsårgangen i 1973, er væsentligt mindre end 1966-årgangen. For den generation, der blev født i 1973, er der da en *væsentlig større andel* af fædrene, der med den anvendte snævre operationalisering er blevet registreret som narkomaner (men samme andel af mødrene). Omkring 0,20 pct. af fædrene og 0,19 pct. af mødrene i denne gruppe er blevet registreret for et narkotikamisbrug i den undersøgte periode (1979-93).

Sundhedsstyrelsen skønner, at der hvert år fødes 50 børn af stofmisbrugere (Sundhedsstyrelsen, 1995). Nærværende undersøgelse, som anvender en konservativ afgrænsning¹⁾ af narkomani, viser imidlertid, at det må dreje sig om betydeligt flere børn i en fødselsårgang, der oplever, at forældrene er narkomaner. Af de børn, der blev født 1966, var det henholdsvis 88 piger og 77 drenge, hvor moderen i perioden 1979-93 blev indlagt som følge af eller i forbindelse med narkotikamisbrug, mens dette var tilfældet for et lidt mindre antal børn i den årgang, der blev født 1973 (hhv. 66 piger og 69 drenge). Hvis man forudsætter, at disse mødre har påbegyndt et stofmisbrug, før børnene er født, tyder det på, at antallet af børn, der dengang fødtes af mødre med et stofmisbrug, var omkring 2 gange større

end det skøn, som Sundhedsstyrelsen (1995) angav.

Det asymmetriske partnervalg blandt narkomaner

Det har ikke været muligt at følge 1973-fødselsårgangen længere end til deres 20. år. Det er meget få, der er blevet narkomaner inden det 20. år og i den forbindelse har pådraget sig nogle lidelser, der har resulteret i en hospitalsindlæggelse. Undersøgelsen viser, at det er omkring 0,05 pct. af årgangen svarende til henholdsvis 20 piger og 18 drenge. Antallet er her for lille til, at der kan foretages analyser af disses baggrundsforhold.

Da der med den stærkt indskrænkede misbrugsafgrænsning er relativt få børn fra 1973-årgangen, der får en diagnose for misbrug i forbindelse med en hospitalsindlæggelse, vil de efterfølgende analyser alene koncentrere sig om 1966-årgangen.

Det skal imidlertid bemærkes, at for begge de undersøgte fødselskohorter gælder det, at der er en større andel eller lige så stor andel af mødrene, der er narkomaner, som det er tilfældet for fædrenes vedkommende.

Dette er antageligt overraskende for dem, der har beskæftiget sig med denne problematik, fordi den almindelige erfaring er, at der er væsentligt flere mænd end kvinder, der er narkomaner (Sundhedsstyrelsen, 1995, 1998b). Dette bekræftes i øvrigt af nærværende undersøgelse blandt unge, der blev født 1966. Undersøgelsen viser, at drengene er mere udsat for narkomani, når vi ser på den registrerede forekomst af narkomani blandt de børn og unge, der er født i 1966. Det er omkring 0,18 pct. af de

Tabel 7.1.

Forhold der kendetegner situationen forud for indlæggelse i forbindelse med narkotikamisbrug. Børn født 1966.

	Antal	Baggrundsfaktorer enkeltvis:			Samlet model:		
		Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser	E.F. pct.
Faderen er skizofren	0						
Moderen er skizofren	0						
Faderen er i øvrigt psykotisk	3	0,58	3,0	1,0-9,5			
Moderen er i øvrigt psykotisk	1						
Faderen er neurotisk	0						
Moderen er neurotisk	1						
Faderen har personlighedsforstyrrelser	2	0,48	2,4	0,6-9,8			
Moderen har personlighedsforstyrrelser	2	0,56	2,1	0,5-8,4			
Faderen er narkoman	1						
Moderen er narkoman	2	0,17	6,9	1,7-27,9			
Faderen er alkoholiker	13	2,56	3,1	1,8-5,5			
Moderen er alkoholiker	15	1,62	5,8	3,4-9,9			
Faderen har fået en voldsdom	5	1,14	2,6	1,1-6,3			
Moderen har fået en voldsdom	3	0,14	12,8	4,1-40,7			
Faderen har fået en sædelighedsdom	3	0,39	4,5	1,4-14,2			
Moderen har fået en sædelighedsdom	0						
Faderen har irritationstilstand i mave/tarm (mavesår)	12	2,50	2,9	1,6-5,3			
Moderen har irritationstilstand i mave/tarm (mavesår)	14	1,56	5,6	3,2-9,7	2,9	1,6-5,0	2,9
Faderen har neurotiske lidelser	4	0,69	3,4	1,3-9,2			
Moderen har neurotiske lidelser	4	0,95	2,5	0,9-6,7			

fortsættes

Tabel 7.1. Fortsat.

	Antal	Baggrundsfaktorer enkeltvis:				Samlet model:		
		Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser	E.F. pct.	
Faderen har begået selvmord	0							
Moderen har begået selvmord	1							
Faderen har forsøgt selvmord	4	0,52	4,6	1,7-12,4				
Moderen har forsøgt selvmord	9	1,04	5,3	2,7-10,3				
Faderen har fået en frihedsdom	15	2,71	3,4	2,0-5,8				
Moderen har fået en frihedsdom	2	0,37	3,2	0,8-12,8				
Moderen offer for vold	5	0,28	10,7	4,4-26,2	3,3	1,3-8,5	0,6	
Barnet anbragt uden for hjemmet	68	4,87	12,8	9,4-17,4	8,7	6,3-12,0	27,3	
Barnet udsat for omsorgssvigt	16	0,70	14,5	8,6-24,3	6,3	3,6-10,9	3,6	
Familien opløst	23	12,05	1,1	0,7-1,7				
Moderen barslet som teenager	28	8,66	2,1	1,4-3,1				
Faderen har ingen erhvervsuddannelse	103	45,97	1,8	1,3-2,4				
Moderen har ingen erhvervsuddannelse	133	58,11	2,5	1,7-3,5	1,9	1,3-2,7	34,3	
Faderen arbejdsløs >21 uger	18	6,12	1,8	1,1-2,9				
Moderen arbejdsløs >21 uger	29	9,29	2,0	1,3-3,0				
Barnet er en dreng	100	53,01	1,2	0,9-1,7				

Anm.: For fødselsårgangen 1966 var der N=172 børn og unge, der bliver indlagt i forbindelse med narkotikamisbrug. Kontrolgruppen består af personår: N=106.441. Den samlede model er testet med Hosmer & Lemeshow's Goodness-of-fit test (P=0,56). For fødselsårgangen 1973 var der kun 35 børn og unge, der i aldersintervallet 14-20 år var narkomaner.

piger, der blev født 1966, der indlægges som følge af narkotikamisbrug inden deres 27. år. For drengenes vedkommende er det relativt flere: 0,23 pct.

Baggrunden for, at der i forældregenerationen er forholdsvis færre mænd end kvinder, og at det omvendte er tilfældet for børnegruppen, skyldes antagelig det, vi har kaldt:

det asymmetriske partnervalg. De mænd, der er narkomaner, har relativt vanskeligere ved at blive forældre, dels fordi deres odds på "ægteskabsmarkedet" generelt må anses for at være dårlige, dels fordi de kvinder, der bliver mødre på trods af deres narkotika-handicap, har forholdsvis større mulighed for at blive gravide med en partner, som ikke selv er narkoman, end det omvendte er tilfældet.

Den sociale baggrund for narkomani

Man møder ofte det synspunkt, at narkomani kan ramme alle folks børn. I gruppen af narkomaner finder man unge, som kommer fra alle samfundslag, hævdes det. Det er især udsagn baseret på ikke-repræsentative erfaringer, der danner baggrund for sådanne påstande. For eksempel ses disse påstande i opgørelser med "snowballmetoden", hvor personlige kontakter med misbrugere er anvendt til at finde frem til andre brugere. Karen Ellen Spannow (1997) finder således, at de rekreative stofbrugere findes i alle samfundslag²⁾ (citeret fra Sundhedsstyrelsen, 1998b).

I en lignende ikke-repræsentativ opgørelse fra Fyns Amt har behandlingsinstitutionen stedse hyppigere set "mennesker, der tilhører helt andre befolkningsgrupper end tidligere. Det drejer sig om personer, som har uddannelser, og som ikke uden videre kan betegnes som sociale tabere i den forstand, at de har en længere social taber-karriere bag sig." (Sundhedsstyrelsen, 1995).

Imidlertid viser de repræsentative undersøgelser blandt de unge, der har prøvet hårde stoffer, et helt andet billede. Sabroe & Fonager (1996) finder, at der er signifikant hyppigere skolefravær, flere skoleskift og la-

vere tilfredshed med skolen i denne gruppe, end det er tilfældet for andre unge.

Sundhedsstyrelsens tidligere undersøgelser af stofmisbrugsdødsfald i København 1992/93 viser endvidere, at hver femte havde været indlagt på en psykiatrisk afdeling for en psykisk lidelse. Men blandt de døde på 40 år og derover var det 40 pct., der havde været indlagt for en psykisk lidelse (Sundhedsstyrelsen, 1998b). Disse og andre repræsentative undersøgelser tyder således på, at der er markante psykosociale forskelle i narkomaniens udbredelse i befolkningen.

Narkomaner har haft en dårlig barndom

Nærværende undersøgelse kan bekræfte dette billede. Risikoen for udvikling af narkomani er særlig stor i de familier, der er præget af vold, misbrug og kriminalitet. De børn og unge, der på et tidspunkt i løbet af deres barndom og ungdom er blevet indlagt på et hospital som følge af vold, er særligt udsatte for at blive narkomaner.

Undersøgelsen kan ikke dokumentere, at det er forældrene, der har påført deres børn disse kvæstelser, men børn, hvis fædre har fået en dom for vold - og især hvis moderen har fået en dom for vold - er i en særlig risikogruppe for senere at blive registrerede for narkomani. Ligeledes er børnene særligt udsatte i de familier, hvor moderen er indlagt som følge af vold. Dette er ligeledes tilfældet, hvis faderen har fået en dom for en sædelighedsforbrydelse.

Til gengæld viser undersøgelsen, at i de familier, hvor moderen har fået en erhvervsuddannelse, ser man sjældnere, at børnene bliver narkomaner.

Tabel 7.2.

Sammenhæng mellem at have prøvet hårde stoffer og tidligere belastninger og anbringelsesformer.

	Odds ratio	95% sikkerhedsgrænse	Signifikansniveau P<
Har været på børnehjem	1,7	1,1-2,6	0,02
Har været på ungdomsinstitution	2,5	1,7-3,7	0,0001
Har fået en dom for kriminalitet	3,5	2,4-5,2	0,0001
Havde meget svært ved at koncentrere sig i skolen	1,6	1,1-2,3	0,01
Antal interviewede	695		

Anm.: Der er anvendt log-lineær regressionsmodel. Kun tidligere anbragte er medtaget.

Kilde: Nygaard Christoffersen, 1993b.

Egentlige sindssygdomme er mere sjældne, og de kan ikke på dette begrænsede materiale med sikkerhed kobles sammen med narkomani i børnegenerationen. Dog synes faderens neurotiske lidelser (her somatiske udskrivningsdiagnoser som ondt i hjertet, hjertebanken og besvimelsestilfælde) at øge risikoen for narkomani i den næste generation. Den årsagsmæssige sammenhæng er usikker.

Forældrenes alkoholmisbrug, der på et tidspunkt er resulteret i hospitalsindlæggelser, øger ligeledes risikoen for narkomani blandt deres børn. De børn, hvis mødre er narkomaner, er også selv mere udsatte for at blive narkomaner. En forhøjet risiko ses ligeledes i de tilfælde, hvor faderen eller moderen er indlagt som følge af mavesår eller andre betændelsestilstande i mave/tarm, der sandsynligvis er forårsaget af et alkoholmisbrug.

De mest udsatte børn er imidlertid børn, der er blevet anbragt uden for hjemmet.

Disse børn har omkring 7-13 gange større risiko for at blive narkomaner end de børn og unge, der ikke er blevet anbragt uden for hjemmet - alt andet lige. (Det skal bemærkes, at anbringelsen uden for hjemmet har fundet sted inden den første indlæggelse, som følge af narkomani).

En tidligere interviewundersøgelse blandt et repræsentativt udsnit af 25-årige født 1967, der har været anbragt uden for hjemmet, viser, at de unge, der har prøvet hårde stoffer, oftere end de øvrige anbragte unge har været på institution (enten børnehjem eller senere ungdomsinstitution). De havde svært ved at koncentrere sig i skolen og har oftere end de andre anbragte fået en dom for kriminalitet. Disse forhold (se tabel 7.2) synes at være de eneste forhold, der adskiller dem, der har eksperimenteret med hårde stoffer fra de øvrige.

Den pågældende undersøgelse viser, at der ingen sammenhæng er mellem belastningsforhold i hjemmet og deres forsøg med hår-

de stoffer, når man tager højde for de nævnte fire forhold. Man får således en mistanke om, at dette kan skyldes, at denne form for selvdestruktiv adfærd i nogle tilfælde hænger sammen med de unges indbyrdes påvirkninger på institutionerne (Nygaard Christoffersen, 1993b).

Men forskellene imellem institutionsanbringelserne og familieplejen kan også skyldes, at en række belastende problemer, herunder eksperimenteren med hårde stoffer, har resulteret i en flytning fra en plejefamilie til en af institutionerne.

Konklusion

Disse resultater understøtter en teori om, at narkomani først og fremmest er socialt til lært og et historisk kulturelt fænomen, der rammer de børn og unge, der er blevet massivt underkuet i deres barndom. Hjemmet har relativt ofte været præget af misbrug og

vold. Der har sandsynligvis været tale om en forhøjet risiko for seksuel og fysisk mishandling af de børn og unge, der senere blev narkomaner. Anbringelsen på døgninstitution kan ydermere tænkes at bringe de unge ind i et miljø, der øger risikoen, for at de bliver narkomaner.

Imidlertid viser beregninger, at anbringelser kun tegner sig for mindre end 5 pct. af antallet af narkomaner. Mange af de alvorlige belastninger, som er kendetegnet ved en særlig forøget risiko, er samtidig yderst sjældne. Vold i familien, forældrenes misbrug, visse psykiske lidelser og kriminalitet kan således kun forklare omkring 7-8 pct. af antallet af narkomaner. En relativt større andel af narkomanerne kan tilskrives forældrenes marginaliserede tilknytning til arbejdsmarkedet (manglende erhvervsuddannelse og længerevarende ledighed).

Noter:

- 1) Nærværende undersøgelse anvender ICD-8 diagnosesystemet. En senere opgørelse på basis af ICD-10 viser en markant stigning i antallet af misbrugsrelaterede indlæggelser fra 1993 til 1994. Sundhedsstyrelsen angiver (1995), at der næppe er tvivl om, at en væsentlig del af stigningen må tilskrives ændringerne i diagnose-klassifikationssystemet.
- 2) Det gøres gældende, at der i det indsamlede materiale er så mange forskellige livsforløb og stofhistorier, at vi uden at ville hævde, at materialet er fuldstændig repræsentativt, i hvert fald kan beskrive mange forskellige stofkarrierer. Deres sociale forhold er i hvert fald ikke atypiske i forhold til lignende grupper beskrevet andre steder i litteraturen (Spannow, 1997, 17-18).

Selv mord og selvmordsforsøg blandt børn og unge

Selv mord blandt børn og unge påkalder sig ofte en stærk bekymring. Der er dog tale om en meget sjælden hændelse, som hvert år omfatter omkring 2-6 personer pr. 100.000 15-19-årige i Danmark. Men der er dog alligevel tale om den tredje hyppigste dødsårsag i denne aldersgruppe.

Analyser af svingninger i antal selvmord blandt unge under 20 år viser en sammenhæng med svingninger i økonomisk depression og arbejdsløshed gennem det 20. århundrede (Nygaard Christoffersen, 1990). Den økonomiske depression tegnede sig for den relativt høje selvmordsrate i 30'erne, mens stigningen i selvmordshyppigheden gennem 70'erne og 80'erne ligeledes kan kædes sammen med arbejdsløsheden. Op gennem halvfjerdserne og begyndelsen af firserne har man kunnet konstatere en jævn stigning i selvmordsfrekvenserne for de helt unge (jf. Sommer & Jensen, 1987; Vange, 1986; Krarup et al., 1988; Arcel, 1989). Men også visse direkte lovindgreb har under særlige omstændigheder kunnet påvirke udviklingen. Paerregaard (1980) mener, at nogle af de væsentligste årsager til nedgangen i selvmordshyppigheden frem til slutningen af 20'erne var den relativt store nedgang i alkoholkonsumtionen som følge af indførelse af et afgiftssystem fra 1917.

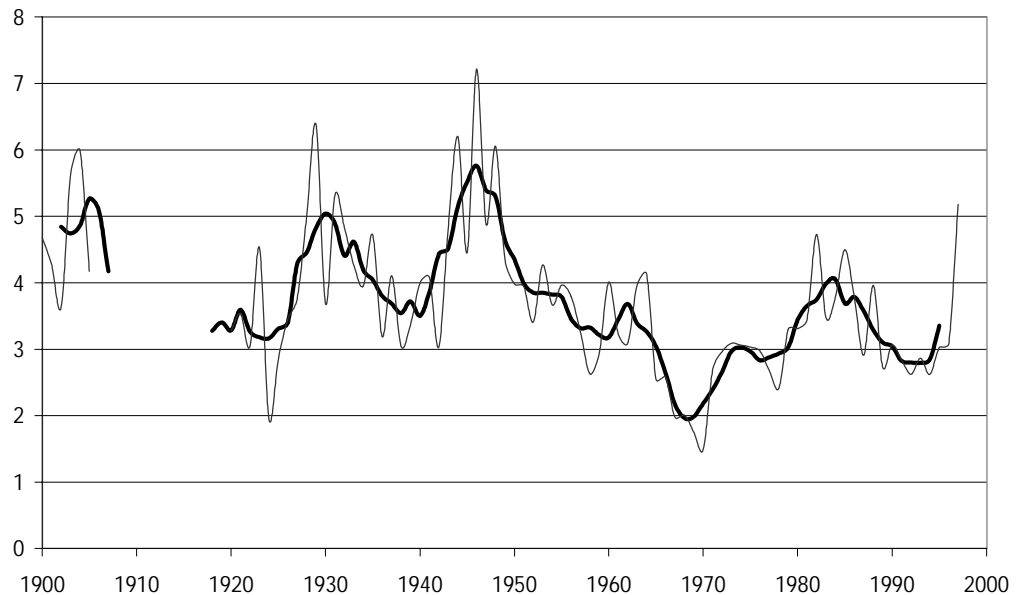
Blandt de unge er det langt hyppigere unge *mænd*, der vælger selvmordet, end det er tilfældet blandt de unge kvinder. I Danmark har der dog været en periode ved opgøret

ved 2. verdenskrigs afslutning, hvor selvmordsraten blandt de unge kvinder var på højde med mændenes. Man mener, at det skyldes den sociale vanære og ydmygelse, der fulgte i krigstidens opgør med de unge kvinder, der havde involveret sig med tyske soldater (Paerregaard, 1980).

Det gennemgående billede er, at perioder med en høj ungdomsarbejdsløshed også kendetegnes ved en relativt høj selvmordshyppighed blandt de helt unge (figur 8.1). Forklaringen herpå skulle være, at *svingninger i arbejdsløsheden mærkes særligt tydeligt blandt de unge, fordi de relativt ofte fyres i forbindelse med indskrænkninger*. Hertil kommer, at ansøgere, der har været ledige længe – med rette eller urette – kan anses for at mangle den løbende uddannelse, der foregår på virksomhederne. Dette kan i en periode med relativt høj arbejdsløshed være med til at fastholde mange unge i en længerevarende ledighedssituation (jf. Peder sen, 1994). Men med til billedet hører også, at de nye generationer af unge hurtigt kommer i arbejde igen ved en begyndende højkonjunktur (jf. Vejrup Hansen, 1987).

Sammenholdes arbejdsløshedsudviklingen med selvmordsstatistikken over en længere årrække kan dette således give belæg for, at en del af stigningen i arbejdsløshed kan være en medvirkende årsag blandt mange andre på stigning i selvmordshyppighederne. Tidligere danske og udenlandske undersøgelser viser da også, at man blandt de ar-

Figur 8.1.
 Antal selvmord blandt de 10-19-årige pr. 100.000 i aldersgruppen. 1900-1997.



Anm.: Glidende gennemsnit med en periode på 5 år er indtegnet.

Kilde: Danmarks Statistik: "Statistiske Efterretninger: Befolkning og valg". Samt "Befolkningens Bevægelser". Diverse årgange.

bejdsløses børn har fundet en overhyppighed af selvmordsforsøg (Garfinkel et al., 1982; Olsen & Lajer, 1979; Nygaard Christoffersen, 1994).

De første analyser af arbejdsløshedens konsekvenser som led i undersøgelsesprogrammet: Risikofaktorer i barndommen, bekræfter i nogen grad disse resultater, idet man også blandt de årgange af unge, der blev født 1966 og 73, kan iagttage en øget forekomst af selvmordsforsøg/selvtilføjet skade i de grupper, hvor forældrene var arbejdsløse året forinden. Selvom man stadig bør være opmærksom på, at der under alle omstændigheder er tale om et relativt sjældent forekommende fænomen, når det drejer sig om unge under hhv. 20 og 27 år, ses i denne undersøgelse en markant overhyppighed af

selvmordsforsøg for børn af forældre, der er længerevarende ledige. Især børn af førtidspensionister er relativt mere udsatte (Nygaard Christoffersen, 1996a).

Forholdet mellem antal selvmord og selvmordsforsøg i en befolkningsgruppe

En statistik over selvmordsforsøg viser, at piger omkring dobbelt så hyppigt som drenge udfører selvmordsforsøg, der resulterer i hospitalsindlæggelse (Nygaard Christoffersen, 1993b). Men man skal stadig huske på, at i forhold til antallet af børn i 10-14-års alderen er der tale om noget uhyre sjældent forekommende. I gennemsnit har der i perioden 1979-1986 været omkring 11 selvmordsforsøg pr. år pr. 100.000 10-14-årige. Man kan ikke ud fra de ganske få observationer se, om der er tale

om en stigende eller faldende tendens for disse aldersgrupper. Desuden bør man være opmærksom på, at antallet kan være usikkert, fordi det kan være vanskeligt i nogle tilfælde at skelne imellem ulykker og selvmordsforsøg.

Et mønster, der tegner sig, er, at antallet af selvmordsforsøg i aldersgruppen 10-14-årige er omkring 15 gange større end antallet af fuldførte selvmord. Men der er betydelig forskel på reaktionsmønstre hos drenge og piger på dette område. For drengene er der gennemsnitligt 6 selvmordsforsøg pr. selvmord, mens pigerne i gennemsnit udfører omkring 80 selvmordsforsøg pr. fuldført selvmord.

Dermed udviser børnene i endnu mere udpræget grad det samme kønsspecifikke mønster som de voksne. Måske ønsker såvel piger som drenge med selvmordsforsøget at gøre en ende på et massivt psykisk pres, som de er udsat for. Pigerne søger gennem selvmordsforsøget at signalere, at de lægger ansvaret fra sig: at dø i symbolsk forstand, mens drengene tilsyneladende ikke har denne mulighed indbygget i deres kønsrollemønstre (jf. Arcel, 1989).

Belastende familieforhold og selvmordsovervejelser

En nyere dansk undersøgelse af 25-årige født 1967 viser, at der er nogle statistisk signifikante sammenhænge mellem en række belastninger i de unges familieforhold og deres overvejelser om at begå selvmord.

Ud af den række belastningsforhold, som de unge er blevet spurgt om, er der fem forhold, der statistisk set er med til at forklare, hvorfor de unge får selvmordsovervejelser

eller forsøger selvmord (Nygaard Christoffersen, 1993b).

Det drejer sig først og fremmest om de børn, der har været udsat for incest eller andre seksuelle overgreb fra forældre/stedforældre (se tabel 8.1). Omkring halvdelen (49 pct.) af de unge, der havde været udsat for incest, havde forsøgt eller overvejet selvmord. Blandt de øvrige var det 13 pct., der havde haft disse selvmordsovervejelser.

For det andet drejer det sig om de børn, der i løbet af barndommen er blevet slået meget af forældre/stedforældre. Omkring 1/3 (35 pct.) af de unge, der var blevet slået meget af forældre/stedforældre, havde forsøgt eller overvejet selvmord, mens det var 11 pct. blandt de øvrige, hvor disse selvmordsovervejelser var forekommet. Et tredje forhold, der kendetegner disse unges situation, er, at de ofte havde meget svært ved at koncentrere sig i skolen. For det fjerde har de alvorligt ønsket at komme væk hjemmefra, inden de blev 16 år, og har henvendt sig til andre om hjælp til dette. For det femte er de unge med selvmordsovervejelser ofte blevet mobbet i skolen.

Disse fem forhold øger hver for sig uafhængigt af hinanden sandsynligheden for, at en ung vil gå i selvmordstanker. (Men man skal være opmærksom på, at kombinationer af belastende forhold ikke er inddraget i analyserne). Men disse forhold er langt fra tilstrækkelige til at forklare selvmordsrisikoen. Det må således pointeres, at en lang række forhold, der kunne tænkes at udgøre en selvmordsrisiko, ikke er inddraget i denne undersøgelse. Andre erfaringer tyder på, at fx fattigdom, hjemløshed, psykiske lidelser, ensomhed, dødsfald i nærmeste

Tabel 8.1.

Procentandele der har overvejet eller forsøgt selvmord, særskilt for børn og unge med og uden belastninger i barndommen.

	Andel selvmordsovervejelser med/ uden belastninger i barndommen:		Signifikans niveau P<
	Med	Uden	
Incest eller seksuelle overgreb	49	13	0,0005
Blevet slået meget af forældre/stedforældre	35	11	0,0005
Meget svært ved at koncentrere sig i skolen	28	12	0,0005
Oftede mobbet i skolen	29	12	0,0005
Alvorligt ønsket at komme væk hjemmefra inden 16. år og henvendt sig til andre herom	30	11	0,0005
Anbragt uden for hjemmet	22	8	0,0005
Antal interviewede			1.460

Anm.: Alle tre undersøgelsesgrupper indgår i tabellen dvs. såvel tidligere anbragte som risikogruppen samt kontrolgruppen.
Kilde: Nygaard Christoffersen, 1993b.

familie, alvorlige somatiske sygdomme, alkoholisme ofte kan føre til selvmord (Lester, 1992).

Blandt dem, der har været anbragt uden for hjemmet, har en større andel – alt andet lige – haft selvmordsovervejelser. En nærliggende forklaring er, at hjemmet i disse tilfælde manglede ressourcer til at kunne støtte barnet. Men det synes også nærliggende at antage, at de, der har været anbragt uden for hjemmet, har været udsat for ekstra byrdefulde belastninger.

Af undersøgelsen fremgår, at unge, der har været udsat for incest, har omkring 3 gange højere sandsynlighed for at have overvejet selvmord end de, der ikke har været udsat

for seksuelle overgreb, mens de øvrige undersøgte forhold hver for sig fordobler sandsynligheden for at give de unge selvmordsovervejelser (Nygaard Christoffersen, 1993b).

Sammenfattende kan man konkludere, at de nævnte fem forhold kan udtrykke en ydmygende eller nedværdigende behandling af børnene såvel i hjemmet som blandt kammeraterne i skolen. Barnet og den unges personlige integritet og værdighed antages grundlæggende ved de pågældende handlinger fra de allernærmeste.

Særlige metodeproblemer

En af fordelene ved at undersøge selvdestruktiv adfærd ved hjælp af interviewun-

dersøgelse er, at det er muligt herigennem at indhente oplysninger, der kan belyse, hvilke risikofaktorer der har betydning for den selvdestruktive adfærd. Desværre giver interviewundersøgelser *vidt forskellige vurderinger af fænomenets omfang*. På trods af forsøg på standardiseringer er undersøgelserne alligevel vanskelige at sammenligne. En af årsagerne hertil er, at omfanget af selvmordsforsøg eller selvtilføjet skade er særligt følsomt for svagheder i den anvendte spørgemetode. Et andet problem er en lav opnåelsesprocent i visse af undersøgelserne. Og et tredje problem er, hvorvidt de udvalgte populationer er direkte sammenlignelige (Jessen et al., 1996).

En række udenlandske interviewundersøgelser blandt gymnasieelever (high school) og studerende giver således *vidt forskellige overslag over forekomst af selvmordsforsøg* (Moscicki, 1989). Andelen varierer fra 2-11 pct. En enkelt undersøgelse angiver endda 15 pct. (Mishara et al., 1986). En nyere dansk undersøgelse (Bille-Brahe et al., 1995) viser, at 4,9 pct. af 3.042 unge 15-24-årige på 31 forskellige ungdomsskoler på Fyn og i Jylland svarede bekræftende på spørgsmålet, om de havde forsøgt selvmord. Dette stemmer overens med en norsk undersøgelse blandt universitetsstuderende (Trondheim). Omkring 3,7 pct. svarede bekræftende på spørgsmålet: "Har du nogensinde skadet dig selv alvorligt, eller forsøgt at tage dit eget liv?" (Bjerke et al., 1992).

Ingen af de nævnte undersøgelser indeholder oplysninger om, hvorvidt selvmordsforsøget resulterede i nogen form for lægebehandling eller hospitalsindlæggelse. Meehan et al. (1992) har dog gjort forsøg på at estimere forholdet imellem selvrapporterede

selvmordsforsøg og indlæggeshyppighed. Ud fra deres undersøgelse må man regne med, at de forsøg, der resulterer i hospitalsindlæggelser, kun udgør omkring 10 pct. af samtlige selvrapporterede forsøg på selvtilføjet skade.

I en undersøgelse fra DIKE blev det påvist, at 13 pct af de adspurgte 16-24-årige inden for det sidste år havde haft tanker om at tage deres eget liv. Omkring 5 pct havde tidligere foretaget et selvmordsforsøg, hvoraf halvdelen af disse oplyste, at dette havde medført kontakt med sundhedsvæsenet (Sundhedsstyrelsen, 1998a).

Et af problemerne ved de ovennævnte interviewundersøgelser er, at historiske oplysninger vil blive afgivet i lyset af interviewpersonens kendskab til de senere begivenheder. Netop ved undersøgelser af selvmordsforsøg gennem interview med de unge og deres pårørende vil det ikke kunne undgås, at svarene bliver påvirket af de interviewedes kendskab til den begivenhed, der undersøges. Der kan derfor let blive tale om "efterrationaliseringer".

Nærværende undersøgelse er en longitudinell registerundersøgelse, der inkluderer alle børn eller unge, der har forsøgt selvmord, der har resulteret i en hospitalsindlæggelse. Oplysninger om opvækstvilkårene er indhentet forud for begivenheden. Registeroplysningerne er således indhentet prospektivt. Denne metode undgår således – til forskel fra de øvrige – problemer med, at oplysninger om tidligere belastningsforhold kan være inficeret af recall-bias.

På grund af den mangelfulde registrering af selvmordsforsøg har det imidlertid ifølge

Skema 8.1.

Diagnoser der normalt forekommer i forbindelse med selvmord eller selvmordsforsøg.

ICD8 diagnose	Sygdomsbetegnelse
881.99	Åbent sår og vævssønderrivning på albue, underarm og håndled
873.99	Ikke nærmere specificeret åbent sår og vævssønderrivning på hoved
874.19	Åbent sår og vævssønderrivning på hals, i nakke (fx ved skud)
875.99	Åbent sår og vævssønderrivning på brystvæg (forside) (fx ved skud)
902	Læsion af arterie og vene i overekstremitet
906	Senelæsion i underarmen inkl. håndled
953	Læsion af nerve i underarm
954	Læsion af nerve i håndled og finger
962-973	Lægemiddelforgiftninger af forskellig slags
975-979	(fx sovemiddel, overdosis af narkotika)
980-982	Toksisk virkning af andre stoffer (fx alkoholforgiftning, gas, kulilte,
985-987	opløsningsmidler)
989	Andre stoffer (fx stryknin, pesticider, rengøringsmidler)
994.79	Kvælning

Anm.: Selvmordsforsøg defineres kun, hvis ovenstående diagnoser findes i kombination med enten diagnoserne E950-E959 (dvs. selvmord og selvmordsforsøg) indtil 1987 eller efter 1/1 1987 i kombination med den eksterne årsagskode kaldet selvtilføjet skade (dvs. selvtilføjet skade, villet egenskade, selvlemlæstelse eller selvmord og selvmordsforsøg).

Sundhedsstyrelsen (1998a) ikke tidligere været muligt at gennemføre en landsdækkende registerundersøgelse af sammenhængen mellem selvmordsforsøg og psykisk sygdom.

Nærværende undersøgelse er således det første forsøg på en sådan landsdækkende registerundersøgelse på trods af indbyggede mangelfuldheder. Nærværende registerundersøgelse, der alene baserer sig på hospi-

talsindlæggelser (såvel på somatiske som psykiatriske sygehusafdelinger), vil kun indfange de selvmordsforsøg, der både udløser en hospitalsindlæggelse og samtidig bedømmes og journaliseres af lægerne til at være en selvtilføjet skade og ikke en ulykke (skema 8.1).

De foreløbige analyser viser, at over en længere periode (1980-93) er det omkring 1 pct. af generationerne født 1966 eller 1973,

der har forsøgt selvmord, som er resultatet i hospitalsindlæggelse.

Den sociale baggrund for selvmordsforsøg blandt børn født 1966

Det er en velbeskrevet erfaring, at selvmordsforsøg er en blandt flere risikofaktorer, der har en relativt stor forudsigelsesværdi for forekomst af selvmord (Sundhedsstyrelsen, 1998a). Men hertil kommer, at selvmordsforsøg blandt forældre i sig selv må være en kolossal belastning for børn og eventuel ægtefælle. Samtidig kan selvmordsforsøget være en indikator på andre alvorlige sociale belastninger.

Det er ifølge sagens natur forbundet med vanskeligheder helt præcist at afgrænse selvmordsforsøg og adskille dem fra ulykker og mere eller mindre bevidste handlinger, hvor man ønsker at skade sig selv. Som nævnt er det kun en mindre del af de handlinger, som personen selv betegner som selvmordsforsøg, der resulterer i en hospitalsindlæggelse.

Nærværende undersøgelse giver mulighed for at beskrive, hvilke forudgående forhold der bedst karakteriserer den familiemæssige situation forud for børns og unges forsøg på selvmord.

Analyserne viser, at hvad enten der er tale om genetiske eller socialt overførte neurotiske lidelser, så ses en overhyppighed af selvmordsforsøg blandt børn og unge af forældre med neurotiske lidelser. En forklaring herpå kan være, at forældrenes adfærd for at bekæmpe angsten kan afstedkomme en uhensigtsmæssig belastning af børnene. Især hvis forældrene søger at dæmpe angsten ved hjælp af alkohol eller narkotika.

Nærværende undersøgelse viser endvidere, at hvis forældrene selv har forsøgt selvmord (eller hvis moderen har begået selvmord), ses en forøget risiko for, at også børnene forsøger selvmord.

Hvis moderen er barslet som teenager, og/eller familien er blevet opløst, ses ligeledes en forøget risiko for selvmordsforsøg blandt deres børn og unge. Det er her nærliggende at fortolke disse forhold som en indikator på, at barnets sociale netværk og muligheder for social støtte er blevet reduceret. Tilsvarende viser undersøgelsen, at barnets anbringelse uden for hjemmet i sig selv er knyttet til en øget risiko for selvmordsforsøg.

Moderens socialt støttende netværk i kraft af et erhvervsarbejde, synes – alt andet lige – i sig selv at have en forebyggende virkning med hensyn til at undgå selvmordsforsøg blandt børn og unge. Moderens ledighed (ud over 21 uger, det forudgående kalenderår) viser en tydelig sammenhæng med børnenes selvmordsforsøg. Ligeledes viser moderens manglende erhvervsuddannelse en sammenhæng med en øget risiko for selvmordsforsøg blandt børnene. Disse forhold viser sig at være statistisk robuste, også når man tager højde for en række andre betydelige forhold.

Ligesom i de tidligere nævnte danske undersøgelser viser det sig, at det især er vold i familien og i særlig grad vold, der rammer børnene, der ser ud til at øge risikoen for selvmordsforsøg, når børnene bliver lidt ældre. Hvis faderen har fået en frihedsdom, eller især hvis moderen har fået en frihedsdom, ses en øget risiko for selvmordsforsøg hos børnene. Dette er særligt udtalt i de

Tabel 8.2.

Forhold der kendetegner situationen forud for, at den unge begår et selvmordsforsøg. Børn født 1966 i alderen 14-26 år.

	Antal	Baggrundsfaktorer enkeltvis:				Samlet model:		
		Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser	E.F. pct.	
Faderen er skizofren	0							
Moderen er skizofren	0							
Faderen er i øvrigt psykotisk	8	0,58	1,6	0,8-3,2				
Moderen er i øvrigt psykotisk	4	0,41	1,1	0,4-3,0				
Faderen er neurotisk	3	0,06	6,2	2,0-19,9				
Moderen er neurotisk	8	0,23	4,1	2,0-8,4	2,5	1,2-5,3	0,3	
Faderen har personlighedsforstyrrelser	13	0,46	3,3	1,9-5,7	1,8	1,0-3,2	0,4	
Moderen har personlighedsforstyrrelser	14	0,56	2,9	1,7-5,0				
Faderen er narkoman	5	0,08	7,3	3,0-18,1				
Moderen er narkoman	8	0,17	5,4	2,7-11,0				
Faderen er alkoholiker	36	2,56	1,7	1,2-2,3				
Moderen er alkoholiker	35	1,62	2,6	1,8-3,6				
Faderen har fået en dom for vold	24	1,15	2,5	1,6-3,7				
Moderen har fået en dom for vold	7	0,14	5,9	2,7-12,6				
Faderen har fået en sædelighedsdom	5	0,39	1,5	0,6-3,6				
Moderen har fået en sædelighedsdom	1							
Barnet indlagt med psykisk lidelse	49	0,26	23,2	17,0-31,7	7,1	5,0-10,0	1,6	
Faderen har irritationstilstand i mave/tarm (mavesår)	31	2,49	1,5	1,0-2,1				
Moderen har irritationstilstand i mave/tarm (mavesår)	26	1,55	2,0	1,3-2,9				
Faderen har neurotiske lidelser	17	0,69	2,9	1,8-4,7	1,8	1,0-2,9	0,5	

fortsættes

Tabel 8.2. Fortsat.

	<i>Baggrundsfaktorer enkeltvis:</i>				<i>Samlet model:</i>		
	Antal	Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser	E.F. pct.
Moderen har neurotiske lidelser	20	0,94	2,5	1,6-3,9			
Faderen har begået selvmord	4	0,33	1,4	0,5-3,7			
Moderen har begået selvmord	7	0,26	3,1	1,4-6,5			
Faderen har forsøgt selvmord	11	0,51	2,5	1,4-4,6			
Moderen har forsøgt selvmord	38	1,01	4,5	3,2-6,3	2,4	1,7-3,4	1,4
Faderen har fået en frihedsdom	39	2,69	1,7	1,2-2,4			
Moderen har fået en frihedsdom	9	0,37	2,8	1,5-5,5			
Moderen offer for vold	13	0,26	5,8	3,3-10,1			
Barnet anbragt uden for hjemmet	202	4,79	6,0	5,1-7,1	2,3	1,9-2,8	5,9
Barnet udsat for omsorgssvigt	55	0,69	9,8	7,4-13,0	4,6	3,3-6,3	2,4
Familien opløst	130	12,07	1,3	1,1-1,6			
Moderen barslet som teenager	107	8,67	1,5	1,2-1,8			
Barnet er en dreng	378	53,09	0,7	0,6-0,8	0,7	0,6-0,8	15,8
Faderen har ingen erhvervsuddannelse	473	45,93	1,4	1,2-1,6			
Moderen har ingen erhvervsuddannelse	615	58,06	1,8	1,5-2,0	1,3	1,1-1,5	14,8
Faderen arbejdsløs >21 uger	89	6,09	1,8	1,4-2,2			
Moderen arbejdsløs >21 uger	149	9,25	2,0	1,7-2,4	1,2	1,0-1,5	1,8
Hverken gymnasieelev eller student	795	83,51	2,2	1,7-2,8	1,8	1,4-2,3	40,1
Ingen erhvervsuddannelse	634	42,09	3,7	3,2-4,4	2,3	2,0-2,7	35,4
Barnet arbejdsløs >21 uger	361	11,50	5,5	4,8-6,3	2,6	2,2-3,1	15,5

Anm.: Der var 867 børn og unge, der blev indlagt efter selvmordsforsøg. Kontrolgruppen udgjorde 106.015 personer. Hosmer & Lemeshow (P=0,05).

tilfælde, hvor moderen er blevet indlagt på en hospitalsafdeling som følge af vold. Den mest udslagsgivende risikofaktor er imidlertid barnets egen indlæggelse på en hospitalsafdeling med diagnosen vold eller indlæggelse af sociale grunde ("social elendighed", eller "ond cirkel i hjemmet").

Ud fra et forebyggelsesperspektiv må man anbefale, at man tager særligt hånd om børn i familier, hvor moderen bliver indlagt med kvæstelser påført af andre, og i særlig grad de børn, der selv indlægges eller behandles på skadestue som følge af vold. I familier, hvor forældrene ikke får behandlet deres neurotiske lidelser, eller hvor angst-behandlingen foregår ved hjælp af alkohol eller andet misbrug, må man forvente, at deres børn har en væsentligt forøget risiko for selv at forsøge selvmord allerede i løbet af deres tidlige ungdom (dvs. her inden deres 27. år).

Det er på den anden side nødvendigt at pointere, at de nævnte forhold ikke i alle tilfælde behøver at være til stede i de situationer, hvor de unge har selvmordsovervejelser.

I Sundhedsstyrelsens forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark er man inde på problemet, at udtrykket risikogruppe eller risikofaktor kan virke misvisende, da det kan give det indtryk, at der er tale om en gruppe med en meget stor risiko. Hvis man eksempelvis taler om en meget sjælden hændelse af en størrelsesorden 2-3 pr. 10.000 personer, så vil en risikofaktor, der tidobler risikoen betyde, at 2-3 pr. 1.000 personer vil begå selvmord. Dette betyder altså, at 997-998 ud af 1.000 personer ikke vil begå selvmord inden for den betragtede periode,

selvom de tilhører risikogruppen (Sundhedsstyrelsen, 1998a).

Dette ræsonnement gælder i nogen grad også for selvmordsforsøg – selvom disse er langt hyppigere – men det er alligevel vanskeligt på forhånd at afskrive disse statistiske metoder som led i forebyggelsen af selvmord. Man kan gennem de statistiske metoder indkredse nogle af de belastninger, der leder frem til en øget risiko for selvmord eller selvmordsforsøg. Sådanne belastninger kan det ud fra et almindeligt levekårsperspektiv være rimeligt at imødegå, selvom en sådan indsats kun skulle give en begrænset reduktion i antallet af selvmord/selvmordsforsøg. For eksempel opnår man ved forsøg på at begrænse vold, seksuelt misbrug, mobning i skolen mv., at foranstaltningerne kommer en masse børn og unge til gode, selvom de aldrig havde overvejet selvmord.

Imidlertid tegner forældrenes vold, misbrug, psykiske lidelser og barnets psykiatriske indlæggelse sig kun for en lille del af samtlige selvmordsforsøg, der resulterer i en hospitalsindlæggelse.

En styrkelse af barnet og den unges sociale netværk gennem en skole- og erhvervsuddannelse samt en erhvervsmæssig beskæftigelse ser ud til at give en robusthed og modstandskraft, der mindsker risikoen for selvmordsforsøg blandt de unge.

En langt større andel af selvmordsforsøgene kan således tilskrives moderens marginale stilling på arbejdsmarkedet (manglende erhvervsuddannelse og længerevarende ledighed) og især de unges egen usikre erhvervsmæssige tilknytning.

Unge sædelighedsforbrydere

I nærværende opgørelse af sædelighedsforbrydelser har man anvendt pådømte sædelighedsforbrydelser begået i perioden 1979-93. For 1966-fødselsårgangen er dog udeladt de 13-14-årige, da den relevante aldersgruppe er 15-27 år. Under kategorien sædelighedsforbrydelser hører blodskam, herunder samleje med plejebørn/ stedbørn, voldtægt, samleje med institutionsanbragte eller udnyttelse af hjælpeløse, homoseksualitet med mindreårige, rufferi, alfonseri, børnepornografi og opfordring til utugt (prostitution). Pådømt tyveri i forbindelse med prostitution indgår som tyveri og ikke som en sædelighedsforbrydelse.

Sådanne forbrydelser virker umiddelbart uforståelige for de fleste og i strid med de almindelige normer. Og de overvejelser, der har præget forskningen, er først og fremmest en velbegrundet bekymring for konsekvenserne for ofrene. En del af forskningen har behandlet problemer med at afgrænse, hvad der skal forstås ved voldtægt, vurderinger af andelen af voldtægter, der anmeldes, og hvordan retssystemet behandler sagerne (Kongstad, 1983).

Den sociale baggrund for sædelighedsforbrydelser

Den sociale fordømmelse bør imidlertid ikke afholde fra, at man forskningsmæssigt kan interessere sig for, hvilke familiemæssige forhold, der – om man så kan sige – hvert år frembringer en risiko for, at der kan opstå nye sædelighedsforbrydelser. Sådanne overvejelser er blandt andet baseret

på mere langsigtede strategier, hvor man kan få oplysninger, der kan bidrage til en belysning af mulighederne for at forebygge nogle sædelighedsforbrydelser ved en tidlig indsats i hjemmet. En nærliggende antagelse er, at fx voldtægtsforbrydere, som udgør en væsentlig del af sædelighedsforbryderne, selv for en dels vedkommende har været udsat for seksuelle krænkelser i barndommen.

Undersøgelsen giver mulighed for at belyse, om der er særlige familiemæssige forhold, der skiller sig ud for de unge mænd, som er blevet dømt for en sædelighedsforbrydelse. Det er en nærliggende antagelse, at netop voldtægterne udgør en stor andel af disse sædelighedsforbrydelser i denne aldersgruppe.

Det må imidlertid indledningsvis konstateres, at det er yderst få af en årgang unge, der er blevet dømt for en sædelighedsforbrydelse inden deres fyldte 27. år. For 1966-årgangen drejede det sig om 9 kvinder og 160 mænd, svarende til 3-4 promille af drengene i denne fødselsårgang. For 1973-årgangen, der jo kun følges til det 20. år, er der for få observationer til, at en analyse af deres sociale baggrund kan gennemføres (henholdsvis 1 kvinde og 58 mænd).

Ved analyse af 1966-årgangen viser det sig, at hvis faderen er psykotisk, øges sandsynligheden for, at sønnen senere bliver dømt for en sædelighedsforbrydelse. I de tilfælde, hvor faderen har neurotiske lidelser, som

Skema 9.1.

Nutidige og tidligere typer af sædelighedsforbrydelser i henhold til dagældende straffelov.

Blodskam i øvrigt	Homoseksualitet ved ulovlig tvang
Voldtægt	Homoseksualitet ved vold mod barn under 15 år
Samleje ved ulovlig tvang	Homoseksualitet ved ulovlig tvang mod barn under 15 år
Samleje ved udnyttelse af psykisk abnormitet	Homoseksualitet ved vold mod barn under 12 år
Samleje ved udnyttelse af hjælpeløs tilstand	Homoseksualitet ved ulovlig tvang mod barn under 12 år
Samleje ved institutionsanbringelse	Uagtsom sædelighedsforbrydelse mod barn under 15 år
Samleje ved misbrug af afhængighedsforhold	Uagtsom sædelighedsforbrydelse mod barn under 12 år
Tilsnigelse af samleje	Uagtsom sædelighedsforbrydelse i øvrigt
Samleje med barn under 15 år	Rufferi
Samleje med barn under 12 år	Fremme af utugt
Samleje med plejebarn/stedbarn mv.	Udlejning af værelse til utugt
Samleje ved forførelse	Alfonseri (underhold)
Anden kønslig omgang ved vold	Alfonseri (deler bolig)
Anden kønslig omgang ved ulovlig tvang	Blufærdighedskrænkelser
Anden kønslig omgang ved udnyttelse af psykisk abnormitet	Blufærdighedskrænkelser ved beføling
Anden kønslig omgang ved institutionsanbringelse	Blufærdighedskrænkelser ved blotteri
Anden kønslig omgang ved misbrug af afhængighedsforhold	Blufærdighedskrænkelser ved beluring
Anden kønslig omgang ved tilsnigelse	Blufærdighedskrænkelser ved verbal uterlighed og lignende
Anden kønslig omgang med barn under 15 år	Blufærdighedskrænkelser ved anden uterlighed
Anden kønslig omgang med barn under 12 år	Blufærdighedskrænkelser i øvrigt
Anden kønslig omgang med pleje/stedbarn	Forulemper ved opfordring til utugt
Anden kønslig omgang ved forførelse	Pornografi
Homoseksualitet med barn under 15 år	Børnepornografi
Homoseksualitet med barn under 12 år	Overtrædelse af pålæg
Homoseksualitet i øvrigt	Meddelt pålæg
Homoseksualitet ved vold	

har resulteret i en hospitalsindlæggelse, og i de tilfælde, hvor moderen er narkoman, ses en øget risiko for, at sønnen dømmes for en sædelighedsforbrydelse. Men moderens evt. neurotiske lidelser eller psykoser ses ikke på samme måde at hænge sammen med sønnens senere sædelighedsforbrydelser. Derimod ser moderens egen alkoholisme ud til at hænge tæt sammen med næste generation af drenges sædelighedsforbrydelser.

Man bør dog være opmærksom på, at belastningsfaktorer, hvor faderen er psykotisk, eller moderen er narkoman, ganske vist forekommer signifikant hyppigere i gruppen af sønner, der er dømt for en sædelighedsforbrydelse, men der er stadigvæk tale om forholdsvis sjældne hændelser, hvortil der er knyttet en stor statistisk usikkerhed, som det fremgår af tabel 9.1.

Familiens opløsning eller tidligt moderskab synes at øge risikoen. Ligesom barnets anbringelse uden for hjemmet – alt andet lige – statistisk hænger sammen med en øget risiko for sønnens senere sædelighedsforbrydelse.

Forældrenes selvmordsforsøg ses ligeledes at hænge sammen med sønnens egne krænkelser af andres personlige integritet. Endvidere ses en overrepræsentation af fædre, der har fået en dom for vold i disse familier.

I en gennemgang af kvindeforskningen om voldtægt i de nordiske lande konkluderes om gerningsmændene, at de alt i alt til forveksling ligner billedet af mænd, der er anmeldt/dømt for andre typer af kriminalitet (Kongstad, 1983, p. 29). Det, der karakteriserer mændene, er, at de er unge mellem 20 og 30 år. De er ofte arbejdsløse, har tid-

ligere begået kriminalitet (berigelses- og voldskriminalitet), og de var ofte alkoholpåvirkede på gerningstidspunktet (Kongstad, 1983).

I de nordiske kvindeforskeres arbejder omkring voldtægt er der enighed om, at forklaringen på, at mænd overhovedet begår handlinger som voldtægt, må søges i samfundsstrukturen og de deraf afledte kønsroller (Kongstad, 1983).

Resultaterne fra nærværende undersøgelse kan ikke direkte underbygge denne opfattelse, fordi både den nærværende undersøgelse og de undersøgelser, der i øvrigt henvises til, viser, at sædelighedsforbrydelserne især udføres af de utilpassede unge med adfærd, der også på andre måder afviger fra samfundets normer og roller.

For det første ses det sjældnere, at sønnerne dømmes for voldtægt i de familier, hvor faderen har en erhvervsuddannelse. Og for det andet viser nærværende undersøgelse, at de mest udslagsgivende forhold – alt andet lige – er sønnens placering på arbejdsmarkedet. De sønner, der gennem en længere skoleuddannelse og en erhvervsuddannelse har fået en fast arbejdsmarkedstilknytning, har relativt mindre risiko for at blive dømt for sædelighedsforbrydelser. I modsætning til de mænd, der kun har gennemført en kort skolegang, mangler en erhvervsuddannelse, og som har en høj risiko for arbejdsløshed. Disse har også en relativt stor risiko for at blive dømt for sædelighedsforbrydelser. Det er i øvrigt netop den gruppe mænd, der statistisk set har en relativt begrænset sandsynlighed for selv at stifte familie og blive fædre (Nygaard Christoffersen, 1998). Lidt firkantet kan man udtryk-

Tabel 9.1.

Forhold der kendetegner situationen forud for dom for en sædelighedsforbrydelse. Børn født 1966. Kun mænd.

	Antal	Baggrundsfaktorer enkeltvis:				Samlet model:		
		Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser	E.F. pct.	
Faderen er skizofren	0							
Moderen er skizofren	0							
Faderen er i øvrigt psykotisk	3	0,43	4,5	1,4-14,2				
Moderen er i øvrigt psykotisk	0							
Faderen er neurotisk	0							
Moderen er neurotisk	0							
Faderen har personlighedsforstyrrelser	2	0,36	3,6	0,9-14,7				
Moderen har personlighedsforstyrrelser	1							
Faderen er narkoman	1							
Moderen er narkoman	2	0,16	8,0	2,0-32,9				
Faderen er alkoholiker	8	2,98	1,8	0,9-3,6				
Moderen er alkoholiker	10	1,51	4,5	2,4-8,5	2,6	1,3-5,0	2,4	
Faderen har fået en dom for vold	7	1,12	4,1	1,9-8,9				
Moderen har fået en dom for vold	0							
Faderen har fået en sædelighedsdom	1							
Moderen har fået en sædelighedsdom	1							
Faderen har irritationstilstand i mave/tarm (mavesår)	5	2,63	1,2	0,5-3,0				
Moderen har irritationstilstand i mave/tarm (mavesår)	3	1,67	1,2	0,4-3,6				
Faderen har neurotiske lidelser	5	0,70	4,7	1,9-11,6	3,0	1,2-7,5	1,4	
Moderen har neurotiske lidelser	2	1,15	1,1	0,3-4,5				

fortsættes

Tabel 9.1. Fortsat.

	Antal	Baggrundsfaktorer enkeltvis:				Samlet model:		
		Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser	E.F. pct.	
Faderen har begået selvmord	0							
Moderen har begået selvmord	0							
Faderen har forsøgt selvmord	4	0,51	5,2	1,9-14,1				
Moderen har forsøgt selvmord	7	1,13	4,1	1,9-8,8				
Faderen har fået en frihedsdom	8	2,65	2,0	1,0-4,0				
Moderen har fået en frihedsdom	1							
Moderen offer for vold	2	0,34	3,9	0,9-15,7				
Barnet anbragt uden for hjemmet	45	5,59	6,8	4,8-9,7	2,7	1,8-4,0	8,7	
Barnet udsat for omsorgssvigt	3	0,96	2,0	0,6-6,3				
Familien opløst	28	13,09	1,5	1,0-2,2				
Moderen barslet som teenager	25	8,43	2,1	1,4-3,2				
Faderen har ingen erhvervsuddannelse	105	46,62	2,4	1,7-3,3	1,7	1,2-2,4	24,6	
Moderen har ingen erhvervsuddannelse	115	57,76	2,1	1,4-2,9				
Faderen arbejdsløs >21 uger	16	6,12	1,8	1,0-2,9				
Moderen arbejdsløs >21 uger	28	9,14	2,2	1,4-3,3				
Barnet er narkoman	0							
Hverken gymnasieelev eller student	150	87,22	3,7	1,6-8,3	2,5	1,1-5,9	56,7	
Ingen erhvervsuddannelse	107	38,40	3,5	2,5-4,9	2,2	1,5-3,1	31,5	
Den unge arbejdsløs >21 uger	55	9,82	5,0	3,6-7,0	2,6	1,8-3,9	13,6	

Anm.: Antal børn/unge, der bliver dømt for en sædelighedsforbrydelse: N=156. Kontrolgruppen bestod af 56.330 personår. Den samlede model er testet med Hosmer & Lemeshow's Goodness-of-fit test (P=0,16). Børn af åndssvage forældre er ekskluderet af analysen. Der er for få observationer til at kunne sige noget signifikant om den sociale baggrund for kvinders sædelighedsforbrydelser.

disse resultater således: Det er især mænd med dårlige chancer på ægteskabsmarkedet, der tyer til voldtægt.

Kun en meget lille del af de unge mænds sædelighedsforbrydelser kan henregnes til forældrenes psykiske lidelser, misbrug eller

voldelige adfærd, således som det er afgrænset i nærværende undersøgelse. Ud fra de foreliggende oplysninger kan langt de fleste af sædelighedsforbrydelserne således kun forklares med de unge mænds korte skolegang og marginaliserede tilknytning til arbejdsmarkedet.

Alkoholisme og psykiske lidelser

Alene afgrænsningen af lidelsen alkoholisme volder vanskeligheder, som dels har afgørende betydning for en vurdering af problemets omfang i befolkningen, dels kan føre til fortolkningsvanskeligheder ved sammenligninger af grupper og vurdering af konsekvenser for de pågældende selv og deres eventuelle børn.

Man har eksempelvis anvendt kvantitative mål for omfanget af alkoholindtaget på grundlag af studier af etanols specifikke virkning på leverens funktion (fx 50 gram ethanol pr. døgn). Men en sådan afgrænsning tager ikke hensyn til de adfærdsmæssige ændringer, der kan være konsekvensen af et mindre alkoholindtag. Den sociale stigmatisering og normer i den pågældende befolkningsgruppe vil heller ikke blive afspejlet i et sådant kvantitativt alkoholmål (Knop, 1989). De individuelle og sociale forskelle er for store til, at man kan anvende denne afgrænsning (Knop, 1998).

Man kan også anvende såkaldte psykologiske test i interviewundersøgelser, der omfatter en række emneområder, som kan relateres til alkohols påvirkning af psykiske, sociale og helbredsmæssige forhold. Desuden findes diagnosesystemer, der afgrænser symptomer: a) psykiatriske symptomer, b) personlighedsafvigelse, c) stressfaktorer, d) funktionsniveau (Knop, 1989, 1998).

Den psykiske afhængighed ved alkoholisme er kendetegnet ved en stærk uimodståelig trang til gentagen stofindtagelse. Den fysi-

ske afhængighed ses ved, at der opstår abstinenssymptomer, hvis indtagelsen ophører (Knop, 1998).

En lang række psykiske og somatiske sygdomme kan forårsages af alkoholisme. Ifølge Knop (1998) regner man med, at omkring 15 pct. af de somatiske sengepladser optages af patienter med alkoholbetingede lidelser.

I nærværende undersøgelse har man valgt at afgrænse alkoholisme til en række diagnoser, der nogenlunde entydigt kan relateres til et alkoholmisbrug over en længere periode. Diagnoserne forekommer i forbindelse med hospitalsindlæggelse på en somatisk eller psykiatrisk hospitalet.

Dette forsøg på at afgrænse alkoholmisbruget kan først og fremmest anvendes til at vurdere *relative forskelle i belastninger mellem børn*, der vokser op under forskelligartede forhold. Afgrænsningerne kan derimod vanskeligt anvendes til at vurdere *det absolute omfang* af belastninger som følge af forældres misbrug. Dette ville kræve en langt mere nuanceret og finmasket metode til at opfange grader af misbrugsbelastninger, end det er muligt ved hjælp af de tilgængelige registeroplysninger.

Afgrænsningen af alkoholomfanget er blevet ændret i de nye analyser af det fulde materiale i forhold til analyserne på 10 pct.-stikprøven. Hertil kommer, at der var en programmeringsfejl i de gamle analyser, som nu er blevet rettet. Dette har betydet

Skema 10.1.

Alkoholisme.

291	Alkoholpsykose
303	Alkoholisme (dog undtaget 303.90 ebrietas)
456.00-09	Åreknuder på spiserøret
571.09	Skrumpelever (alkoholisk)
571.10	Fedtlever (alkoholisk)
577.10	Pankreatitis: Bugspytkirtlen defekt pga. alkohol
780.19	Delirium
979.59	Forgiftninger med alkohol tillige med antabus/dipsan (forgiftninger i forbindelse med narkotika medtages ikke her)
E860	Forgiftningsulykker med alkohol (før 1987)
980	Forgiftninger med alkohol

Dette har betydet en reduktion med omkring 40 pct. af det samlede omfang i forhold til tidligere analyser (Nygaard Christoffersen, 1996a). På grundlag af erfaringer med undersøgelser af alkoholdiagnoserne i forbindelse med levetidsanalyser, viste det sig, at en enkelt af de tidligere anvendte diagnoser for alkoholmisbrug 303.90 ebrietas (opløftet stemning) var uden informationsværdi (Gerda Engholm, personlig meddelelse). I nærværende analyser anvendes derfor det "rensede mål", hvor diagnosen 303.90 ebrietas er udtaget. Denne revision betyder også, at de relative hyppigheder bliver lettere at fortolke, fordi der derved afgrænses en mere homogen gruppe.

Psykiske lidelser hos alkoholikere

I forbindelse med hospitalsindlæggelser, hvad enten det sker på en psykiatrisk afde-

ling eller en somatisk afdeling, kan man blandt forældre til børn født enten 1966 eller 1973 konstatere en overhyppighed af psykiske lidelser hos personer, der har en alkoholrelateret lidelse. Eller sagt på en anden måde: Personer, der indlægges med en psykisk lidelse, har relativt hyppigt også en alkoholrelateret lidelse. Det er i denne forbindelse vigtigt at huske på, at undersøgelsen ikke kan sige noget om psykiatriske lidelser, der alene behandles ambulantly eller slet ikke behandles, idet undersøgelsen udelukkende omfatter lidelser, der resulterer i hospitalsindlæggelser.

I tidligere epidemiologiske undersøgelser af psykiske lidelser har man været opmærksom på denne høje hyppighed af alkoholisme hos de psykiatriske patienter. Misbrug af stoffer, medicin og alkohol kan være

medvirkende til at gøre psykiatriske diagnoser ved hospitalsindlæggelser usikre. Man taler i den forbindelse om en diagnostisk forsinkelse, som kan udgøre en betydelig fejlkilde ved de psykiatriske *indlæggelses*-diagnoser. For eksempel nævner Ram et al. (1992) (citeret fra Munk-Jørgensen, 1995, p. 95), at en betydelig del af de skizofrene patienter ved den første kontakt med sygehuset havde et eller flere af disse misbrugsproblemer.

I nærværende undersøgelse kan man konstatere, at for mødrenes vedkommende er det omkring 40 pct. af dem, der har været indlagt med en alkoholrelateret lidelse, der også har været *indlagt på en psykiatrisk sygehusafdeling* i perioden 1979-93. For fædrenes vedkommende er den tilsvarende andel omkring en tredjedel (33 pct.).

Hos mødre med et omfattende alkoholmisbrug gennem en længere periode ses således forekomst af en *egentlig sindssygdom* (ICD 8-diagnoserne 290-309) for omkring en tredjedels vedkommende, mens det tilsvarende for fædrenes vedkommende er omkring en fjerdedel (27 pct.), der også har eller har haft en decideret sindssygdom.

Generelt ses således en mange gange hyppigere forekomst af en række psykiske lidelser blandt alkoholikere, end det er tilfældet i resten af befolkningen, men årsagssammenhængen – hvis der er en sådan – kan vise sig at være kompliceret.

Diskussion af metoden

Alkohol diagnoserne er for de flestes vedkommende lidelser, der er resultat af et længerevarende alkoholmisbrug. Metoden til at

afgrænse alkoholisme baserer sig i nærværende undersøgelse alene på Landspatientregisterets udskrivningsdiagnoser og Det psykiatriske Centralregisters indlæggelsesdiagnoser. Dette giver nogle åbenbare fordele sammenlignet med undersøgelser, der baserer sig på interview med udsnit af befolkningen eller på særlige udvalg som for eksempel patienter, der søger alkoholambulatorier mv. Man ved fra sådanne undersøgelser, at det kan være vanskeligt at få nøjagtige angivelser af alkoholindtagelsen. Endvidere kan det på grundlag af alkoholindtaget være vanskeligt at vurdere, hvilke skadevirkninger dette har på de nære sociale relationer i familien og på arbejdspladsen.

Ved sådanne undersøgelser har man også problemer med, at mange af de udtrukne personer er vanskelige at træffe, eller de kan være tilbageholdende med at medvirke i en undersøgelse. Sådanne bortfaldsproblemer plager imidlertid ikke nærværende undersøgelse, idet den som nævnt alene baserer sig på registeroplysninger. Ved registermetodens anonymitetssikring løser man samtidig en række etiske problemer og risici for stigmatisering, som kan spille en ikke uvæsentlig rolle i traditionelle interviewundersøgelser.

Men på grund af denne opgørelsesmåde kan man imidlertid ikke få en sikker viden om, hvornår misbruget er startet, hvilket er en vigtig oplysning i afdækning af årsagskæder. Det er således ikke på grundlag af nærværende undersøgelse muligt at belyse, hvorvidt alkoholmisbruget er opstået som følge af, at patienter med psykiske sygdomme selv har forsøgt at lindre deres sygdom ved hjælp af alkohol. En anden mulighed er også, at deres psykiske lidelser er blevet

Tabel 10.1.

Forhold der kendetegner situationen forud for forældrenes indlæggelse med en alkoholrelateret lidelse. Børn født 1966. Kun fædre.

	Antal	Baggrundsfaktorer enkeltvis:			Samlet model:	
		Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser
Faderen er åndssvag	7	0,03	12,3	5,4-28,0	11,2	4,6-27,5
Faderen er skizofren	5	0,02	13,0	4,9-34,5	8,8	2,9-27,2
Faderen er i øvrigt psykotisk	154	0,30	28,6	23,5-34,9	14,4	11,4-18,2
Faderen er neurotisk	7	0,05	6,9	3,2-15,3		
Faderen har personlighedsforstyrrelser	122	0,31	21,7	17,6-26,9	5,7	4,4-7,5
Faderen er narkoman	40	0,07	28,8	19,6-42,4	13,7	8,7-21,5
Faderen har irritationstilstand i mave/tarm (mavesår)	157	2,22	3,9	3,3-4,6	3,7	3,1-4,5
Faderen har neurotiske lidelser	39	0,58	3,6	2,6-4,9	2,3	1,6-3,3
Faderen har forsøgt selvmord	46	0,36	6,8	5,0-9,3		
Faderen har fået en frihedsdom	298	2,42	7,4	6,5-8,4	4,8	4,2-5,6
Faderen har fået en dom for vold	55	0,61	4,8	3,6-6,3		
Moderen offer for vold	14	0,28	2,6	1,5-4,5		
Barnet udsat for omsorgssvigt	29	0,70	2,2	1,5-3,1		
Familien opløst	556	11,78	3,0	2,8-3,4	2,3	2,1-2,6
Faderen har ingen erhvervsuddannelse	885	45,90	1,0	0,9-1,0	0,9	0,8-1,0
Faderen arbejdsløs >21 uger	446	5,85	4,9	4,4-5,4	3,6	3,2-4,0

Anm.: Antal fædre indlagt med en alkoholrelateret lidelse: N=1.924. Kontrolgruppen består af personår: N=104.634. Den samlede model er testet med Hosmer & Lemeshow's Goodness-of-fit test ($P<0,0001$).

egentlige sindssygdomme som følge af de skader alkoholmisbruget har afstedkommet på centralnervesystemet mv. Endelig må det som tidligere nævnes, at der ved en dansk

undersøgelse af Det psykiatriske Centralregister er vist, at der sker en væsentlig underreportering af misbrugsdiagnoserne (Hansen et al., under udgivelse).

Tabel 10.2.

Forhold der kendetegner situationen forud for forældrenes indlæggelse med en alkoholrelateret lidelse. Børn født 1966. Kun mødre.

	Antal	Pct.	Baggrundsfaktorer enkeltvis:		Samlet model:	
			Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser
Moderen er åndssvag	8	0,01	48,3	20,4-114	18,2	6,0-55,8
Moderen er skizofren	1					
Moderen er i øvrigt psykotisk	86	0,34	23,2	18,2-29,5	4,1	2,9-5,8
Moderen er neurotisk	15	0,11	12,3	7,1-21,1		
Moderen har personlighedsforstyrrelser	152	0,45	32,6	26,9-39,5	9,1	7,0-11,7
Moderen er narkoman	46	0,14	28,6	20,5-40,1	4,7	3,0-7,3
Moderen har irritationstilstand i mave/tarm (mavesår)	97	1,43	6,2	5,0-7,7	3,7	2,9-4,8
Moderen har neurotiske lidelser	66	0,84	7,0	5,4-9,1	2,8	2,1-3,8
Moderen har forsøgt selvmord	125	0,80	14,8	12,1-18,0	4,1	3,2-5,3
Moderen har fået en frihedsdom	37	0,30	10,7	7,6-15,1	5,6	3,8-8,3
Moderen har fået en dom for vold	7	0,07	8,7	4,0-18,9		
Moderen offer for vold	48	0,22	19,3	14,0-26,4	9,0	6,2-12,9
Barnet udsat for omsorgssvigt	21	0,67	2,7	1,7-4,2	2,2	1,3-3,5
Familien opløst	310	11,96	2,6	2,3-3,0	1,9	1,7-2,2
Moderen har ingen erhvervsuddannelse	723	58,14	1,2	1,0-1,3		
Moderen arbejdsløs >21 uger	286	9,14	3,2	2,8-3,7	2,6	2,2-3,0

Anm.: Antal mødre indlagt med en alkoholrelateret lidelse: N=1.173. Kontrolgruppen (N=105.433). Den samlede model er testet med Hosmer & Lemeshow's Goodness-of-fit test ($P < 0,0001$).

Mavesår hos alkoholpatienter

I nærværende opgørelse må vi nøjes med at undersøge, hvilke andre forhold der hænger sammen med den konstaterede alkoholisme, samt eventuelt søge at belyse, hvad der

er gået forud for indlæggelsen med de specificerede alkoholrelaterede lidelser.

Blandt såvel fædre som mødre med alkoholisme ses en overhyppighed af irritationstil-

Tabel 10.3.

Forhold der kendetegner situationen forud for forældrenes indlæggelse med en alkoholrelateret lidelse. Børn født 1973. Kun fædre.

	Antal	Baggrundsfaktorer enkeltvis:			Samlet model:	
		Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser
Faderen er åndssvag	6	0,04	9,3	3,9-22,1		
Faderen er skizofren	3	0,01	13,2	3,8-46,4	0,0	0,0-0,1
Faderen er i øvrigt psykotisk	108	0,21	35,6	28,0-45,4	13,6	10,0-18,4
Faderen er neurotisk	5	0,03	13,0	4,9-34,5		
Faderen har personlighedsforstyrrelser	129	0,33	27,7	22,4-34,3	6,8	5,1-9,0
Faderen er narkoman	51	0,09	39,7	27,7-56,8	10,9	6,9-17,2
Faderen har irritationstilstand i mave/tarm (mavesår)	119	1,60	5,2	4,3-6,3	3,3	2,6-4,1
Faderen har neurotiske lidelser	41	0,58	4,7	3,4-6,5	3,0	2,0-4,4
Faderen har forsøgt selvmord	68	0,41	11,4	8,7-14,8	1,5	1,0-2,1
Faderen har fået en frihedsdom	354	3,17	9,2	8,1-10,4	3,4	2,9-4,0
Faderen har fået en dom for vold	89	0,97	6,3	5,0-7,9	1,5	1,2-2,0
Moderen offer for vold	19	0,34	3,7	2,3-5,9		
Barnet udsat for omsorgssvigt	31	1,04	2,0	1,4-2,8		
Familien opløst	802	20,91	4,1	3,7-4,6	2,4	2,2-2,8
Faderen har ingen erhvervsuddannelse	711	37,01	1,4	1,3-1,6		
Faderen arbejdsløs >21 uger	489	6,71	6,5	5,8-7,3	3,4	3,0-3,9

Anm.: Antal fædre indlagt med en alkoholrelateret lidelse: N=1.533. Kontrolgruppen (N=87.671). Den samlede model er testet med Hosmer & Lemeshow's Goodness-of-fit test ($P<0,0001$).

stande i mave/tarm-systemet, herunder forekomst af mavesår (tabel 10.1-2). Det kan dreje sig om katar i spiserøret, eller maven og tolvfingertarmen. I nogle tilfælde kan

det udvikle sig til sår og perforeringer. Kun de alvorligste tilfælde vil antagelig blive opfanget i Landspatientregisteret, fordi disse tilfælde vil udløse en hospitalsindlæggelse.

Tabel 10.4.

Forhold der kendetegner situationen forud for forældrenes indlæggelse med en alkoholrelateret lidelse. Børn født 1973. Kun mødre.

	Antal	Baggrundsfaktorer enkeltvis:			Samlet model:	
		Pct.	Odds ratio	95% grænser	Odds ratio	95% grænser
Moderen er åndssvag	5	0,07	8,6	3,1-23,9		
Moderen er skizofren	4	0,06	8,7	3,1-24,0		
Moderen er i øvrigt psykotisk	58	0,25	31,7	23,5-42,7	13,4	9,3-19,3
Moderen er neurotisk	15	0,06	32,2	18,1-57,3	11,1	5,1-24,3
Moderen har personlighedsforstyrrelser	127	0,44	43,0	34,7-53,3	13,6	10,5-17,7
Moderen er narkoman	34	0,14	32,2	21,9-47,4	2,0	1,2-3,3
Moderen har irritationstilstand i mave/tarm (mavesår)	36	0,71	6,6	4,7-9,4	3,7	2,5-5,5
Moderen har neurotiske lidelser	45	0,62	9,7	7,1-13,3	1,8	1,2-2,8
Moderen har forsøgt selvmord	83	0,70	16,5	13,0-21,0	3,5	2,6-4,7
Moderen har fået en frihedsdom	40	0,34	15,5	11,1-21,8	3,4	2,2-5,2
Moderen har fået en dom for vold	8	0,06	17,3	8,2-36,6	2,7	1,0-7,3
Moderen offer for vold	35	0,31	15,0	10,5-21,5	2,6	1,6-4,1
Barnet udsat for omsorgssvigt	32	1,03	4,0	2,8-5,8	2,3	1,6-3,4
Familien opløst	411	21,33	4,0	3,5-4,6	2,7	2,3-3,2
Moderen har ingen erhvervsuddannelse	464	45,32	1,7	1,5-2,0	1,2	1,0-1,4
Moderen arbejdsløs >21 uger	243	10,35	3,8	3,3-4,5	2,3	2,0-2,8

Anm.: Antal mødre indlagt med en alkoholrelateret lidelse: N=792. Kontrolgruppen (N=88.415). Den samlede model er testet med Hosmer & Lemeshow's Goodness-of-fit test ($P < 0,004$).

De nævnte tilstande er kendt for hyppigt at optræde sammen med en forhøjet social psykologisk irritationstærskel. I mange år har man sat mavesår mv. i forbindelse med

psykosomatiske stressreaktioner. I nogle tilfælde nævnes disse sygdomme også i forbindelse med prestigegivende job (fx direktører).

Tabel 10.5.

Fædres alkoholrelaterede lidelser sammenholdt med forskellige psykiske lidelser mv. Procentandele.

Fædre	Har <i>ikke</i> haft en alkoholrelateret sygdom	Har haft en alkoholrelateret sygdom	I alt	Contingency koefficient	Signifikans-niveau P<
Indlæggelse på psykiatrisk afdeling	1,68	33,20	3,00	0,35	0,00001
Psykiatrisk diagnose (290-309)	0,54	26,83	1,64	0,38	0,00001
Skizofreni (295)	0,01	0,15	0,01	0,02	0,00001
Psykosser i øvrigt	0,15	6,33	0,41	0,19	0,00001
Neuroser	0,05	1,03	0,09	0,06	0,00001
Personlighedsforstyrrelser	0,22	6,93	0,50	0,19	0,00001
Neurotiske lidelser	1,22	7,54	1,49	0,10	0,00001
Intellektuel reduktion	0,01	0,32	0,02	0,04	0,00001
Irritationstilstand i mave/tarm	3,50	17,41	4,08	0,14	0,00001
Selv mord	0,49	3,35	0,61	0,07	0,00001
Selv mordsforsøg	0,48	13,70	1,03	0,25	0,00001
En eller flere af ovenstående	6,68	52,82	8,62	0,31	0,00001
Procentbasis	148.064	6.475	154.539		

Anm.: Forbehold for Berksons fejl.

Men nærværende undersøgelse viser, at de personer, der i perioden 1980-93 har eller har haft stillingsbetegnelsen "direktør", kun havde 3 pct.'s sandsynlighed for at få sygdommen. Det skal ses i sammenhæng med, at sygdommen forekom med 4 pct.'s sandsynlighed i den øvrige gruppe af fædre (Nygård Christoffersen, 1996a). Man må således aflive myten om de nødlidende direktører.

Når man hos mavesårspatienter har kunnet konstatere en lavere irritationstærskel, så har man troet, at det var stress, der fremkaldte sygdommen. Men Per Jess (1995) konkluderer på grundlag af en kohorteundersøgelse, at den højere score på en neuroseskala, han finder blandt mavesårspatienter, er *en følge af sygdommen*. Det er i flere efterfølgende undersøgelser afsløret, at sygdommen hænger sammen med nogle spe-

Tabel 10.6.

Mødres alkoholrelaterede lidelser sammenholdt med forskellige psykiske lidelser mv. Procentandele.

Mødre	Har <i>ikke</i> haft en alkoholrelateret sygdom	Har haft en alkoholrelateret sygdom	I alt	Contingency koefficient	Signifikansniveau P<
Indlæggelse på psykiatrisk afdeling	2,84	40,45	3,89	0,31	0,00001
Psykiatrisk diagnose (290-309)	1,01	32,93	1,91	0,36	0,00001
Skizofreni (295)	0,03	0,16	0,03	0,01	0,0005
Psykososer i øvrigt	0,23	4,95	0,36	0,13	0,00001
Neuroser	0,17	2,75	0,24	0,09	0,00001
Personlighedsforstyrrelser	0,44	10,34	0,71	0,19	0,00001
Neurotiske lidelser	1,26	11,71	1,55	0,14	0,00001
Intellektuel reduktion	0,06	0,60	0,08	0,03	0,00001
Irritationstilstand i mave/tarm	2,35	13,10	2,65	0,11	0,00001
Selv mord	0,25	2,94	0,33	0,08	0,00001
Selv mordsforsøg	1,03	26,31	1,74	0,30	0,00001
En eller flere af ovenstående	6,66	59,43	8,13	0,30	0,00001
Procentbasis	150.218	4.321	154.539		

Anm.: Signifikansniveauet er beregnet ved Fishers eksakt test. Forbehold for Berksons fejl.

cifikke bakterieangreb (*Helicobacter*), som forårsager en infektion i maveslimhinden. Det er nu klart, at dette er årsag til de fleste tilfælde af mavesår (Andersen, 1994), og behandlingsstrategien er da også en kombination af en række antibiotika (Matzen, 1994).

Når man i nærværende undersøgelse finder en tæt sammenhæng mellem alkoholrelaterede lidelser og irritationstilstande i mave/

tarmsystemet, så skyldes det antagelig, at et længerevarende alkoholmisbrug kan mindske modstandsevnen og derved være en medvirkende årsag til en hyppigere forekomst af disse mave/tarmlidelser. Men andre forklaringer på den fundne sammenhæng kan også tænkes.

En af årsagerne, til at man ofte finder en forhøjet risiko for alkoholrelaterede lidelser

hos psykiatriske patienter, kan være alkohols angstdæmpende virkninger. Det er på denne baggrund ikke overraskende, at man i undersøgelsen finder, at blandt fædre og mødre, der er alkoholikere, er der en særligt forhøjet risiko for selvmordsforsøg.

For fædre til de to udvalgte fødselsår angese ses, at omkring 1 pct. har forsøgt selvmord inden for den 15-årige undersøgelsesperiode. Imidlertid er det omkring hver syvende af de alkoholiserede fædre, der har forsøgt selvmord i denne periode. Forskellene er endnu mere markante for mødrenes vedkommende. Selvmordsforsøg forekom for næsten 2 pct. af mødrene i de to år angese, men blandt de alkoholiserede mødre var det omkring hver fjerde, der har forsøgt selvmord inden for undersøgelsesperioden.

Hvad gik forud for indlæggelsen med en alkoholrelateret lidelse?

Undersøgelsen giver mulighed for at belyse, hvad der gik forud for indlæggelsen med den alkoholrelaterede lidelse. Man kan således få indblik i, hvordan situationen så ud året forud for indlæggelsen, og på hvilke måder den adskilte sig fra de øvrige fædres, som ikke blev indlagt det pågældende år.

Man kan således konstatere, at indlæggelsen med en række psykiske lidelser i mange tilfælde sker *inden* den somatiske eller psykiske indlæggelse med en alkoholrelateret lidelse. Det gjaldt alle de egentlige sindssygdomme (neuroser, psykoser herunder skizofreni) samt personlighedsforstyrrelser. Men det gjaldt også det, der her er kaldt neurotiske lidelser og irritation i mave/tarmsystemet samt narkotikamisbrug.

Undersøgelsen viser med andre ord, at patienter, der indlægges som følge af psykiske lidelser, hvor der ved indlæggelsen ikke er konstateret alkoholisme, således kan betragtes som værende i en risikogruppe for senere at blive ofre for en alkoholrelateret lidelse.

Forud for indlæggelsen med en alkoholrelateret lidelse kunne man ligeledes konstatere en overhyppighed af pådømt kriminalitet og vold. Hvis faderen eller især hvis moderen havde fået en frihedsdom, var der en forhøjet risiko for, at den pågældende senere blev indlagt med en alkoholrelateret lidelse. Ligeledes hvis faderen, og især hvis moderen havde fået en dom for vold, var der en ekstra forhøjet risiko for en efterfølgende indlæggelse som følge af en alkoholrelateret lidelse. Da disse lidelser som nævnt antagelig er følge af et længerevarende misbrug, kan man blot konkludere, at der øjensynligt er tale om et markant statistisk sammenfald.

Dette er ligeledes tilfældet, hvis moderen havde været indlagt som følge af, at hun havde været offer for vold. I disse tilfælde kunne man iagttage en forhøjet risiko for, at faderen på et senere tidspunkt blev indlagt med en alkoholrelateret lidelse. Imidlertid havde mødre, der var offer for vold, selv en ekstra forhøjet risiko for at blive indlagt som følge af en alkoholrelateret lidelse.

Barnet var ekstra udsat for vold i familier, hvor faderen efterfølgende blev indlagt med en alkoholrelateret lidelse. Risikoen, for at barnet blev udsat for vold, var dog ekstra forhøjet i de familier, hvor mødrene senere blev indlagt for en alkoholrelateret lidelse.

Familiens opløsning og forældrenes arbejdsløshed kunne ligeledes give et statistisk signifikant forvarsel om forældrenes efterfølgende indlæggelse med en alkoholrelateret lidelse.

Ikke overraskende kan undersøgelsen vise, at alkoholisme synes at være tæt knyttet til psykiske lidelser, selvdestruktiv adfærd, vold, kriminalitet herudover, og en begrænsning i det sociale netværk i form af længerevarende arbejdsløshed og familieopløsning.

Berksons fejl

Man skal imidlertid være opmærksom på, at sammenhængen mellem psykiske lidelser og alkoholrelaterede lidelser i nogen grad kan skyldes *Berksons fejl*. Et klassisk problem ved registerbaseret epidemiologisk forskning er blevet kendt som *Berksons fejl*. Han påpegede, at tilstedeværelsen af en sygdom kunne medføre en forøget sandsynlighed for, at en anden sygdom også blev opdaget. Det kan fx være en metodemæssig fejlkilde ved diagnosticering af visse sygdomme, der er udpræget arveligt betinget. Man er specielt opmærksom på disse sygdomme hos børnene, hvis forældrene har den pågældende sygdom. Hvorimod sandsynligheden, for at sygdommen ikke diagnosticeres hos børn, selvom de har sygdommen, er større, når forældrene ikke har sygdommen (Fink, 1992).

Denne metodemæssige fejlkilde kan være grunden til, at man i nærværende undersøgelse finder så tætte sammenhænge mellem psykiatiske diagnoser og alkoholrelaterede lidelser. Ifølge denne tankegang bliver man først opmærksom på alkoholismen i forbindelse med indlæggelsen for den psykiske li-

delse. Alkohol diagnosen kan imidlertid stamme fra såvel somatiske som psykiatiske sygehusafdelinger. For at belyse, hvor meget dette betyder for analyserne, er der foretaget nogle særskilte opgørelser af alkoholrelaterede sygdomsdiagnoser, der *alene stammer fra somatiske sygehusafdelinger*.

Det viser sig, at en ikke uvæsentlig del af alkohol diagnoserne stilles i forbindelse med indlæggelse på de psykiatiske sygehusafdelinger. Men det er dog stadig således, at en signifikant del af de psykiatiske patienter også har været indlagt på en somatisk sygehusafdeling, for behandling for alkoholrelaterede lidelser (se tabel 10.5-7). Den foretagne korrektion ændrer således ikke på konklusionen, at der er en væsentlig forhøjet risiko for alkoholisme i forbindelse med en række psykiatiske lidelser.

Uanset hvilken psykisk lidelse, der er tale om, ses en markant overhyppighed af alkoholrelaterede sygdomme. Sindssygdommene (diagnoserne 290-309) er for 2/3 af fædrenes vedkommende forbundet med alkoholisme.

Til sammenligning kan nævnes, at for fædregruppen som helhed ses disse alkoholrelaterede lidelser i omkring 4 pct. af tilfældene.

Især psykoserne ses relativt ofte sammen med et omfattende misbrug af alkohol. Dog er alkoholmisbruget relativt lavere hos de skizofrene end blandt de øvrige psykotiske tilfælde, mens narkomanerne for en væsentlig andels vedkommende også har et omfattende alkoholmisbrug, der er blevet diagnosticeret i forbindelse med en hospitalsindlæggelse.

Tabel 10.7.

Andel, der har en alkoholrelateret lidelse blandt forældre med forskellige psykiske lidelser mv. Særskilt opgjort for alkoholrelaterede somatiske diagnoser. Procentandele.

	Alle alkoholrelaterede diagnoser		Alene alkoholrelaterede somatiske diagnoser			
	Fædre	Mødre	Fædre	P<	Mødre	P<
Indlæggelse på psykiatrisk afdeling	46,32	29,05	32,92	0,0001	18,56	0,0001
Psykiatrisk diagnose (290-309)	68,63	48,34	42,79	0,0001	28,16	0,0001
Skizofreni (295)	43,48	15,22	30,43	0,0001	10,87	0,005
Psykosier i øvrigt	65,08	38,77	44,44	0,0001	25,54	0,0001
Neuroser	46,53	31,99	32,64	0,0001	21,24	0,0001
Personlighedsforstyrrelser	57,79	40,56	43,24	0,0001	25,23	0,0001
Neurotiske lidelser	21,25	21,15	18,73	0,0001	16,56	0,0001
Intellektuel reduktion	56,76	22,41	35,14	0,0001	14,66	0,0001
Irritationstilstand i mave/tarm	17,87	13,84	16,73	0,0001	12,37	0,0001
Selv mord	23,04	25,25	14,86	0,0001	15,51	0,0001
Selv mordsforsøg	55,72	42,28	47,11	0,0001	32,32	0,0001
Alle	4,19	2,80	3,70		2,30	

Anm.: Forbehold for Berksons fejl .

I næste række (tabel 10.7) ses der et signifikant alkoholmisbrug hos over halvdelen af fædre med personlighedsforstyrrelser, hos fædre der er intellektuelt reducerede, endvidere hos fædre med neurotiske lidelser, samt hos fædre der har forsøgt selvmord.

Fædre, der faktisk har gennemført selvmord, har i færre tilfælde haft et alkoholmisbrug, der har resulteret i en hospital-

sindlæggelse. Men også de har haft et markant alkoholmisbrug i forhold til de øvrige fædre.

Mødrene har gennemgående en lavere risiko for alkoholisme end fædrene. En mindre del af forskellen skyldes, at fædrene gennemgående er ældre – i gennemsnit 2,7 år (Nygaard Christoffersen, 1996a). Fædrene har således været ældre i den periode, hvor

der foreligger oplysninger om indlæggelser (perioden 1979-1993).

Men også for mødrenes vedkommende ses et markant alkoholmisbrug blandt mødre med psykiske lidelser.

Alkoholisme og næste generation

I en række undersøgelser kan man konstatere, at alkoholfafhængighed eller alkoholmisbrug ses med en statistisk overhyppighed blandt personer, hvis forældre også havde disse lidelser (Cotton, 1979 citeret fra Knop, 1989, 1998). Dette giver mistanke om, at der dels kan være arvelige dispositioner, der gør nogle mere udsatte med hensyn til at udvikle alkoholfafhængighed end andre, dels kan der tænkes at være en indlæringsmæssig overførsel fra en generation til den næste. Endelig kan man tænke sig en kombination af såvel genetisk art som en miljømæssig transformation.

En gennemgang af en række undersøgelser (svenske, finske, amerikanske), der sammenligner enæggede og toæggede tvillinger – der formodes at have haft samme opvækstmiljø – viste, at der må være en betydelig genetisk komponent i udviklingen af en høj alkoholkonsumtion. Resultaterne var dog ikke entydige og en engelsk undersøgelse fandt ikke forskelle af betydning mellem de enæggede og toæggede tvillingepar (Knop, 1989).

Undersøgelser (en svensk, en dansk) af adoptivbørn og familier med halvsøskende

viste, at personer med alkoholiske biologiske forældre havde en betydelig overrisiko for selv at være alkoholmisbrugere sammenlignet med dem, hvis biologiske forældre ikke var alkohol-afhængige. Specielt synes afhængigheden at gælde for sønnernes vedkommende. Knop (1989) konkluderer i sin gennemgang af disse undersøgelser, at sønner af alkoholiske fædre havde 3-4 gange forøget risiko for selv at udvikle alkoholisme som voksne, når man ser bort fra miljømæssige påvirkninger.

Med de metoder, man normalt anvender til at afsløre genetiske forhold, må man konkludere, at der er tale om betydelige forskelle, der må tilskrives en genetisk overførsel fra en generation til den næste. Men man må samtidig konkludere, at der *ikke* er tale om en fuldstændig entydig genetisk overførsel. Der er tale om betydelige forskelle, som ikke kan forklares med henvisning til de biologiske forhold, hvor man må søge forklaringen i miljømæssige belastninger.

Knop (1998) nævner forløbsstudier, hvor visse adfærdsvanskeligheder i barndommen øger risikoen for udvikling af alkoholisme som voksne. Men også sociale stressfaktorer og traumatiske oplevelser kan udløse et accellererende alkoholmisbrug.

Netop de beskrevne forhold, der viser et tydeligt sammenfald med en lang række forskelligartede psykiske lidelser, tyder på, at der kan være tale om flere kombinationer af komplicerede årsagssammenhænge.

Undersøgelsesmetoden

Dette kapitel giver en begrundelse for valget af undersøgelsesdesign, analysemetoder og en vejledning i at læse tabellerne. Kapitellet indeholder henvisninger til relevante statistiske lærebøger, hvor man kan finde uddybende beskrivelser af analysemetodernes anvendelsesmuligheder og begrænsninger.

Erfaringer med landsdækkende longitudinelle undersøgelser

På grund af tværsnitsundersøgelsernes metodiske svagheder foretrækkes longitudinelle undersøgelser, der gennem et længere forløb følger børnenes skiftende levekår og eventuelle belastninger, som sammenholdes med de efterfølgende eventuelle helbredsforhold og adfærdsændringer hos barnet.

Der findes kun ganske få *landsdækkende*, repræsentative longitudinelle undersøgelser, der har behandlet risikofaktorer i barndommen og konsekvenser for børns levekår som unge og voksne (Mednick & Baert, 1981). En række britiske undersøgelser af nogle fødselskohorter (fødselsårgangene 1946, 1958, 1970) har haft dette som gennemgående problemstilling (Douglas, 1976; Madge, 1983; Essen & Wedge, 1982).

Bortset fra de her nævnte britiske undersøgelser findes der ikke andre europæiske sammenlignelige undersøgelser. Den eneste skandinaviske, landsdækkende, repræsentative og longitudinelle undersøgelse, der følger en kohorte af børn, er Socialforskningsinstituttets ungdomsforløbsundersøgelse af 7. klasse-elever i 1968. Denne undersøgelse

har imidlertid ikke direkte som sit formål at undersøge risikoforhold for børn (Hansen, 1995).

Den særlige styrke ved forløbsundersøgelser (longitudinelle undersøgelser) er, at der kan inddrages sociale baggrundsoplysninger, både før og efter forskellige sociale begivenheder finder sted. Register-forløbsundersøgelser har i denne sammenhæng en række værdifulde fortrin sammenlignet med traditionelle prospektive forløbsundersøgelser baseret på interview.

For det *første* er bortfaldsomfanget betydeligt mindre end i de tilsvarende britiske interviewundersøgelser.

Ved registerundersøgelser undgår man for det *andet* træthedsproblemer, selv om data indhentes løbende eller med korte tidsintervaller.

Registerforskningen muliggør for det *tredje* behandling af meget store stikprøver – evt. kan hele gruppen undersøges. Dette gør det muligt at behandle relativt sjældne hændelser, som på grund af deres sjældenhed ikke opfanges i små stikprøver. I nærværende undersøgelse er det muligt at analysere hele fødselsårgangen. Dette giver nogle særlige muligheder for at konstruere relevante sammenligningsgrupper, idet en del tidligere forskning har manglet relevante sammenligningsgrupper, hvorved resultaterne ikke har ledet til klare konklusioner (Roy, 1990-91).

For det *fjerde* indhentes registeroplysninger tidsmæssigt tæt på de registrerede begivenheder og er altså ikke underlagt hukommelsesproblemer.

Endelig kan for det *femte* nævnes, at man får oplysninger, som er omfattet med stor følsomhed og social stigmatisering samtidig med, at den enkeltes anonymitet sikres.

I analyserne er man ikke alene henvist til oplysninger fra forældrene/patienterne, som det har været tilfældet i en del af forskningslitteraturen, men kan basere informationerne på forholdsvis objektive oplysninger fra andre, fx eksperter mv. (Roy, 1990-91).

Men ligesom ved alle andre former for dataindsamlingsmetoder undgår man ikke at skulle vurdere pålideligheden af de indhentede oplysninger. Anvendelsen af de registerbaserede oplysninger kræver således et indgående kendskab til, under hvilke sociale omstændigheder oplysningerne oprindeligt er blevet skabt.

Endelig skal det i sandhedens interesse nævnes, at der kan være vigtige grunde til *ikke* at vælge en registerundersøgelse, men derimod en interviewundersøgelse eller en kombination af flere undersøgelsesmetoder.

Motiver, holdninger og værdier kan man kun indirekte slutte sig til ud fra registerdata, og der er sjældent mulighed for at indhente nye oplysninger af afgørende betydning ved en registerundersøgelse.

Oversigt over registermetodens særlige fordele sammenlignet med interviewbaserede surveys:

- bortfaldet er begrænset
- undgår træthedsproblemer som kan plage forløbsundersøgelser baseret på interview
- stor stikprøve evt. hele populationen
- sjældne hændelser
- relevante kontrolgrupper
- lille time-lag mellem hændelser og inddatering i registeret
- følsomme oplysninger
- anonymitetssikret information
- ekspertbaserede oplysninger
- blinddata-indsamlinger (undgår recall-bias).

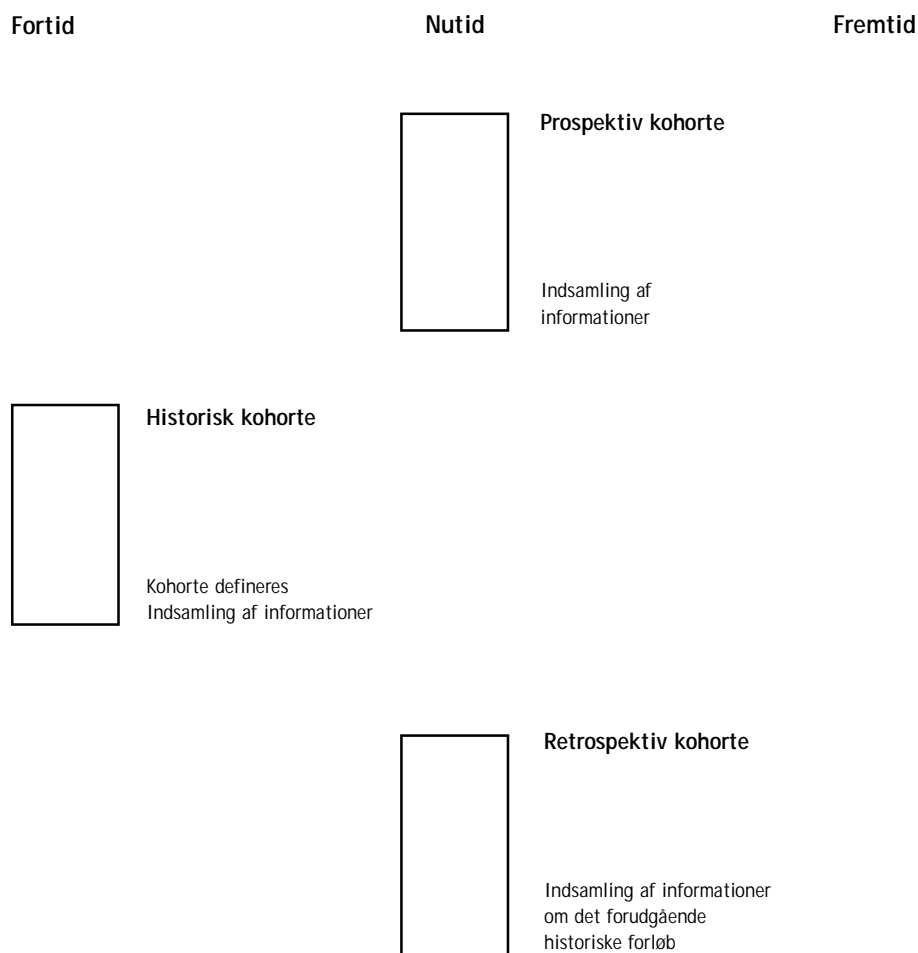
Den vigtigste svaghed er, at nogle af de faktorer, som er relevante for at kunne vurdere barndommens risici, måske ikke findes blandt de registrerede oplysninger. Nogle uobserverede eller uobserverbare faktorer kunne tænkes at være af afgørende betydning for at kunne forklare, hvorfor nogle børn trods alt klarer sig. For eksempel kan visse nære relationer, der henholdsvis undergraver eller understøtter barnets personlige integritet og selvværd, være en af de afgørende forklarende faktorer for barnets udvikling.

Rutter & Quinton (1981) fandt det på denne baggrund nyttigt at kunne belyse *bekyttende faktorer*, der kunne forklare, hvorfor nogle af de børn, der levede under risikoforhold, alligevel klarede sig (jf. Elsborg, et al., 1999).

Emmy E. Werner & Ruth S. Smith (1982) fandt således, at et af de forhold, der adskilte de modstandsdygtige børn fra de børn, der udviklede alvorlige adfærdsmæssige problemer, var den samlede kumulerede belastningspåvirkning igennem barndom-

Figur 11.1.

Tidspunkt for kohortens afgrænsning mv. angivet på en tidsakse.



Kilde: Breslow & Day, 1987.

men. Sandsynligheden for, at barnet udvikle en alvorlig sårbarhed var særligt stor i de tilfælde, hvor moderens skizofreni udvikle sig progressivt. Dette betød en tilbagetrækning og følelsesmæssig adskillelse mellem barnet og den primære omsorgsperson.

I praksis kan det dog være vanskeligt at skelne mellem risikoforhold og beskyttende

forhold, idet fravær af et risikoforhold teknisk set kan opfattes som et beskyttende forhold.

Eller sagt på en anden måde: Om et forhold er beskyttende, kan netop afsløres ved, at fraværet af det beskyttende forhold viser sig at udgøre en risikoforøgende omstændighed.

Tre typer af forløbsundersøgelser

De longitudinelle undersøgelser deler sig i tre grupper (Breslow & Day, 1987). Den ene koncentrerer sig om belastningsforhold under barnets opvækst, hvilket naturligt leder til prospektivt at følge de børn, der vokser op under belastende vilkår og en kontrolgruppe af børn, der ikke eksponeres (*prospektiv kohorte*). Metoden er dels meget ressourcekrævende, dels varer det længe, inden der foreligger resultater.

Den anden metode er en såkaldt *historisk kohorte* undersøgelse, der baserer sig på allerede indsamlede oplysninger, som næsten altid vil være indhentet med et andet formål for øje.

Ofte vil man imidlertid være i næsten samme situation ved en prospektiv og en historisk kohorteundersøgelse, idet man i det øjeblik analyserne skal foregå befinder sig i en situation, hvor man skal analysere data, der er indsamlet flere år forinden med den daværende indsigt i samfundsforholdene. Man vil fx ærgre sig over, at man glemte at indsamle en række oplysninger, som man i dag har mistanke til kunne have haft en afgørende indflydelse på hele forløbet. Måske glemte man at spørge til fx arbejdsløshed, rygning, motion eller belastning fra forskellige miljøgifte osv., fordi det ikke var oppe i tiden, da undersøgelsen skulle tilrettelægges.

Mens den tredje gruppe af longitudinelle undersøgelser retrospektivt inkluderer børn med specifikke reaktioner i case-gruppen (fx børn der er blevet psykotiske eller kriminelle), hvor man efterfølgende indhenter oplysninger om opvækstvilkårene (*case-control metoden*). Denne metode har – til forskel fra de to øvrige – problemer med at

få oplysninger om tidligere belastningsforhold, der ikke er inficeret af recall-bias. Historiske oplysninger vil ofte blive afgivet i lyset af interviewpersonens kendskab til de senere begivenheder. For eksempel vil en undersøgelse af selvmord gennem interview med de pårørende ikke kunne undgå at blive inficeret af deres kendskab til den begivenhed, der undersøges.

Et klassisk eksempel på en prospektiv longitudinal undersøgelsesmetode finder man i en undersøgelsesrække om skizofreni, hvor man har udvalgt børn, der er født i højrisiko familier, hvor den ene eller begge forældre var skizofrene (Watt, 1984). Denne fremgangsmåde har dels været dikteret af ønsket om at udnytte de særlige fordele, der er forbundet med prospektive informationer i longitudinelle undersøgelser, dels dikteret af de daværende praktiske muligheder for at undersøge et relativt sjældent sygdomsforløb.

Sarnoff A. Mednick & Fini Schulsinger (1968) har beskrevet fordelene ved den prospektive fremgangsmåde: (1) De pågældende børn har endnu ikke ved undersøgelsens start udviklet sygdommen og været udsat for forskellige former for behandling. (2) Forskerne, familie og andre ved ikke, hvem af børnene der på et senere stadium udvikler sygdommen, hvorved de løbende indhentede informationer om højrisiko børnene ikke vil være præget af forudindtagethed fra forskere, omgivelser mv. (3) De indhentede oplysninger kan indsamles på en systematisk og ensartet måde. (4) Metoden muliggør en sammenligning af de højrisiko børn, der dels selv bliver skizofrene, dels dem der udvikler andre psykiske sygdomme samt endelig de højrisiko børn, der ikke

viser tegn på sygdommen i den undersøgte periode (Mednick & Schulsinger, 1968).

Metoden er velegnet til at undersøge, hvorfor nogle af børnene klarer sig uden mén på trods af de arvelige/miljømæssige belastninger (Werner & Smith, 1982). Men metoden har nogle indbyggede begrænsninger. Kontrolgruppen er selekteret ud fra netop den risikofaktor, der er under mistanke. Herved mistes muligheden for at vurdere risikofaktorens relative indflydelse i forhold til andre risikofaktorerens betydning for sygdommens udvikling hos børnene.

Forløbsundersøgelsesmetoden anvendt på danske registerdata giver nogle særlige fordele, når man som her vil analysere konsekvenser af nogle specificerede psykiatriske sygdomme hos forældrene (og deres børn) set over et længere tidsrum (jf. Munk-Jørgensen et al., 1993).

Nærværende undersøgelse har for det første mulighed for at kombinere fordelene ved såvel den historiske kohorte som case-control metoden ved en såkaldt nested case-control undersøgelse (Breslow, 1992). For det andet giver registeroplysningerne mulighed for at løse kontrolgruppeproblemet på en bedre måde, end det er tilfældet ved traditionelle case-kontrol-metoder.

Undersøgelsen følger de børn, der er født 1966 og 1973 og deres forældre igennem en længere årrække. For hvert af årene 1979-93 har man, så vidt det var muligt, indhentet den samme type oplysninger for såvel børn som forældre, hvorved man har kunnet belyse udviklingen i den enkeltes forhold (fx helbreds-, familie-, erhvervs-mæssige- og sociale forhold).

Denne longitudinelle undersøgelsesmetode anvendt på to hele fødselsår gange medfører en række fordele, idet metoden for det *første* giver mulighed for at estimere omfang og størrelsesorden af de pågældende risikofaktorer.

Blandt et bredt spektrum af reaktionsmåder (fx børnenes indlæggelser som følge af selvdestruktiv adfærd, dom for kriminalitet, indlæggelse for psykiske lidelser, mv.), der er under mistanke for at være forbundet til forældrenes psykiske sygdomme, analyseres hver enkelt reaktionsmåde separat. Det betyder, at alle de børn og unge, der udvikler den pågældende sygdom, udtages til casegruppen, og for hvert enkelt kalenderår sammenlignes deres opvækstforhold med deres jævnaldrendes, som ikke har udviklet det pågældende problem. metoden ses beskrevet som case-kontrol-metoden (Rothman & Greenland, 1998).

I metodelitteraturen anbefales det for det *andet*, at man anvender stikprøveudvalg fra normalbefolkningen som kontrolgruppe, fordi de giver en høj sammenligningsgrad og mulighed for generalisering af resultaterne (Breslow & Day, 1980). I nærværende undersøgelse anvendes en rimelig stor stikprøve (her 10 pct.-stikprøve) på ca. 15.500 personer for også at kunne estimere risikofaktorenes udbredelse i den pågældende fødselsårgang.

For det *tredje* inddrages forældres indlæggelsesdiagnoser for psykiske lidelser, der mistænkes for at være særligt belastende for deres børn, men også andre risikofaktorer inddrages med henblik på at kunne vurdere faktorerens indbyrdes betydning og den styrke, hvormed faktorerens konsekvenser

optræder, når der er taget hensyn til andre betydende baggrundsforhold.

Det er almindeligt anerkendt, at case-cohort-metoden for det *førde* gør det økonomisk overkommeligt at undersøge sygdomme ("out-come"), som er relativt sjældne¹⁾. Men metoden er også velegnet til at behandle relativt sjældne belastningsfaktorer (fx forældres mentale sygdomme). Det, der afgør, om en risikofaktor er relevant, er, hvorvidt den pågældende faktor optræder med relativt stor hyppighed i case-gruppen (Breslow & Day, 1980, 1987).

Til brug for disse multivariate regressionsanalyser kan således med fordel anvendes log-lineære modeller som beskrevet i den tidligere udgivelse fra projektet (Nygaard Christoffersen, 1996a) baseret på Hosmer & Lemeshow (1989) og Allison (1982). Herudover har det været overvejet om, fixed effect estimationer kunne inddrages til vurdering af betydningen af aktuelle belastningsændringer. Fixed effect estimationerne kan kun behandle individuelle ændringer, hvorved man er afskåret fra at inddrage konstante belastningsforhold i analyserne. Disse metoder er derfor fravalgt, fordi en række betydende faktorer er individuelle konstante i undersøgelsesperioden som fx køn.

Statistisk analysemetode²⁾

Problemstilling

I nærværende undersøgelse analyseres en række sociale begivenheder. Det drejer sig fx om familieopløsning, kriminalitetsafgørelser, hospitalsindlæggelser for en bestemt sygdom eller gruppe af sygdomme osv.

Hvorfor er der nogle af børnene, der bliver anbragt uden for hjemmet, og andre der

ikke gør det? Hvorfor er der relativt flere børn af arbejdsløse forældre, der bliver indlagt på et hospital? Går det børn af psykisk syge forældre anderledes end deres jævnaldrende, når man tager højde for kendte belastningsfaktorer, der kan beskrive familiernes sociale baggrund? Dette er eksempler på spørgsmål, som datamaterialet kan belyse.

Målet er at kunne give nogle holdbare forklaringer på disse spørgsmål og bl.a. belyse, hvorvidt omfanget af forældrenes ledighed spiller en rolle, når man også tager andre sociale baggrundsforhold i betragtning.

Nogle af de oplysninger, der inddrages i analyserne for at forklare dette, er konstante for det enkelte individ, fx fødselsårgang, mens andre kan variere i løbet af den undersøgte periode.

De sociale begivenheder kan tidsfæstes. I nogle undersøgelsesmaterialer kan tiden betragtes som en *kontinuerlig variabel*, dvs. et hvilket som helst tidspunkt kan forekomme. Ved behandlingen af kontinuerlige tidsvariabler kan man behandle så små tidsintervaller, at kun én person udsættes for den sociale begivenhed i det pågældende tidsinterval.

I det nærværende materiale er tiden en *diskret variabel*, idet begivenhederne kun kan tidsfæstes inden for et enkelt kalenderår. Der er således tale om et relativt langt tidsinterval, hvor flere individer oplever den pågældende sociale begivenhed i løbet af samme år.

Den anvendte statistiske model

Den anvendte model, der kan håndtere disse data, er den logistiske regressionsfunktion:

$$\log \frac{P_{it}}{1-P_{it}} = \alpha_t + \beta x_{it}$$

hvor t betegner tiden og kan antage værdierne: 1,2,3,...

P_{it} er sandsynligheden for, at person nr. i oplever den pågældende sociale begivenhed i tidsintervallet t , givet at personen ikke har oplevet begivenheden tidligere.

$(P_{it})/(1-P_{it})$ er de såkaldte odds, der udgør forholdet mellem sandsynligheden for, at begivenheden indtræffer for person nr. i til tidspunkt t i forhold til sandsynligheden for, at begivenheden *ikke* indtræffer i dette tidsinterval,

α_t er en konstant, der er ens for alle individerne, men varierer med tiden,

βx_{it} er en forkortet måde at skrive de forklarende variable på: $\beta^1 x_{it}^1 + \beta^2 x_{it}^2 + \beta^3 x_{it}^3 + \dots$, hvor β 'erne udgør estimerede parametre, mens x 'erne er de forklarende variable. Det antages, at disse variable kan beskrive, hvorfor nogle personer har en relativt høj sandsynlighed, mens andre har en relativt lav sandsynlighed for den pågældende sociale begivenhed.

Den anvendte metode

Parametrene (dvs. α 'erne og β 'erne) estimeres ved hjælp af den såkaldte maximum-likelihood-metode. Ved at maksimere Likelihood-funktionen for de pågældende data findes de parametre, der – inden for modellen – giver størst sandsynlighed for de pågældende data. Estimationerne foregår på grundlag af et konstrueret datamateriale bestående af observationer for hvert person-

år. I det nærværende datamateriale antager tiden de pågældende år 1980-93, dvs. $t = 1,2,3,\dots,14$. Mens personerne i stikprøven optræder med $i = 1,2,3,\dots,15.453$.

Personerne følges så længe, de er under risiko for en førstegangshændelse.

Lad os antage, at en person i stikprøven oplever den pågældende sociale begivenhed i 1988, altså ved $t = 9$, så indgår der 9 observationer i et nyt datamateriale, en for hvert år. Det sidste år er det 9'ende år, hvor personen overgår til case-gruppen.

En anden person fra stikprøven oplever ikke den pågældende sociale begivenhed i observationsperioden og indgår således med 14 observationer i kontrolgruppen. Mens en tredje person oplever den pågældende sociale begivenhed allerede i 1980 og derfor kun indgår med 1 observation i case-gruppen.

Personen bidrager med en observation for hvert år, han/hun er under risiko for en førstegangshændelse. Hvis vi ser på psykiatriske indlæggelser, bidrager personen kun med observationer, så længe han/hun er i live, ikke er udvandret og endnu ikke har oplevet den pågældende hændelse.

De oprindelige 15.453 personer fra stikprøven bliver på denne måde til omkring 150.000 observationer, alt afhængigt af hvor mange personer der hvert år udelukkes på denne måde. Der er således i alt omkring 150.000 person-år, der er under risiko for den pågældende sociale begivenhed.

Alle personer i den pågældende fødselskohorte, der oplever den pågældende sociale

begivenhed, indgår i case-gruppen for det pågældende år – uanset om de tilhører stikprøven eller ej.

Bortcensurering af data

I en række andre tilfælde har man således valgt at censurere personer eller person-år bort fra materialet. Som nævnt analyseres alene førstegangsbegivenheder. Personer, der har været ude for den pågældende hændelse udelukkes de efterfølgende år, når hændelsen indtræffer første gang.

For det andet bortcensureres børn og unge, der dør, for de efterfølgende år, mens børn og unge bibeholdes i analyserne, selv om deres forældre er døde eller rejst til udlandet og derfor ikke har mulighed for at bidrage med informationer til de inddragne belastningsfaktorer.

For det tredje bortcensureres børn og unge, der er rejst til udlandet eller på anden måde forsvundet fra befolkningsstatistikregisteret pr. 1. januar det pågældende år. Den pågældende unge censureres bort fra de følgende år – uanset at personen eventuelt vender tilbage nogle af de efterfølgende år.

Endelig valgte vi helt at se bort fra børn, hvis forældre var betegnet som evnesvage i forskellig grad i henhold til indlæggelsesdiagnoser.

Baggrunden var, at analyserne viste, at disse familier dels udgjorde et meget lille antal, dels var vanskelige at sammenligne med de øvrige familier. Denne problemstilling krævede udtag af en særskilt stikprøve, der var af en tilstrækkelig størrelse til at kunne beskrive disse familiers særlige situation.

Dikotomisering af de forklarende variabler
I nærværende analyser har man valgt, at lade de forklarende variabler være konstrueret som såkaldte dummy-variabler, dvs. at de kan antage værdierne 0 eller 1. Fx inddrages hvorvidt faderen har en erhvervsuddannelse eller ej. Nogle af de forklarende variabler er konstante igennem hele den undersøgte periode, mens andre af de forklarende variabler kan antage forskellige værdier igennem den observerede periode for den pågældende person. Det er de aktuelle værdier, der indgår i det nykonstruerede observationsmateriale.

Det er på grundlag af dette nye observationsmateriale, at man kan estimere modellens parametre. Man kan vise matematisk, at man kan estimere modellens parametre ved at behandle det enkelte individs personlige historie som en række uafhængige observationer for hvert enkelt år (Allison, 1982; Clayton & Hills, 1993; Rothman & Greenland, 1998).

For hvert enkelt af de undersøgte kalenderår tilføjes en variabel til modellen. Eksempelvis kan man betragte familieopløsning som den sociale begivenhed, man vil forklare. Det virker således som en rimelig forudsætning at antage, at risikoen for familieopløsning mindskes, som tiden går. De familier, der undgår en tidlig familieopløsning på trods af diverse belastninger, har en lavere opløsningsrisiko end de familier, der har været udsat for de samme belastninger, men som er blevet opløst på et tidligt tidspunkt. De estimerede parametre for kalenderårene vil i dette tilfælde udtrykke en faldende risiko med tiden, mens der ved andre forhold, fx helbredsrisici måske vil være tale om en stigende risiko med tiden.

Vi har således valgt at følge Allison's (1982) anbefaling, der går ud på, at man indfører en dummyvariabel for hvert år. Endvidere er alle analyserne gennemført for hver fødselskohorte for sig. Derved er der mulighed for at kontrollere, om der skulle vise sig at være afgørende forskelle mellem de to år-gange.

Modellens begrænsninger

Ligesom ved andre statistiske modelanalyser antages det, at de forklarende variabler på en udtømmende måde kan beskrive variationerne i sandsynlighederne for den pågældende sociale begivenhed. Imidlertid er dette ikke en realistisk forudsætning. Det vil ofte være sådan, at det kun er en del af variationen, som kan forklares ved hjælp af de forhåndenværende informationer, fordi betydningsfulde variabler mangler i data-materialet.

For den resterende del af variationerne, som ikke kan forklares, kan der for eksempel være en individuel stabilitet i den undersøgte periode – og således sjældent en helt tilfældig variation. Der kan fx være visse person-egenskaber, der er ikke er beskrevet i data-materialet, som imidlertid kunne være med til at forklare den resterende variation for den undersøgte sociale begivenhed. Problemet er vanskeligt at løse. Men problemets omfang kan holdes nede ved at sikre sig, at tilstrækkeligt mange relevante baggrundsforhold inddrages i modellen for at opnå en acceptabel overensstemmelse mellem modellen og de observerede data.

Analysernes praktiske gennemførelse

En lang række forklarende variabler indgik i analysen af det enkelte fænomen. Ved hjælp af gennemgangen af tidligere forsk-

ning på det pågældende område blev de relevante forklarende variabler udvalgt.

Ved estimationen i en multivariabel model bidrog en stor del af de potentielt forklarende variabler alligevel ikke med nogen selvstændig ny information, der kunne forklare, hvordan det gik. Disse variabler blev så ekskluderet ved estimationen af de tilbageblevne, forklarende variabelers indflydelse på det undersøgte fænomen.

Der er ikke på nuværende tidspunkt foretaget analyser af kombinationseffekter med vekselvirkning mellem faktorer, men kun af de forklarende variabelers uafhængige effekter i den samlede model.

I præsentationen af den samlede model i tabellerne indgår således kun de forklarende variabler, der bidrager med signifikant ny information, der kan være med til at forklare sandsynligheden for det undersøgte fænomen. Men i afprøvningen af, hvilke variabler der sammen giver den bedste forklaringsværdi, bør også indgå en vurdering af, hvor meget de øvrige parametre ændrer sig som følge af om en variabel medtages eller udelades af modellen. Disse overvejelser er ikke tilendebragt i den nærværende analyse.

Vurdering af variabelernes indflydelse

En vurdering af den talmæssige størrelse af de enkelte forklarende variabelers statistiske indflydelse sker ved hjælp af den såkaldte "odds ratio".

Når der er tale om relativt sjældne hændelser, tilnærmer odds ratio (OR) den relative risiko (RR) for den undersøgte begivenhed for en person, der har et bestemt fænomen i

forhold til den person, der ikke har det pågældende fænomen, givet at de øvrige variabler i modellen er uforanderlige (Hosmer & Lemeshow, 1989).³⁾

Hvis fx odds ratio for en familieopløsning er 1,65 for de personer, hvor faderen var arbejdsløs i mere end 21 uger året forinden, har disse familier en opløsningsrisiko, der er 1,65 gange større end de familier, hvor faderen *ikke* var arbejdsløs i det nævnte omfang, efter kontrol for de øvrige forhold.

Odds ratio i den multiple model udtrykker således den pågældende variabels effekt, når der er kontrolleret for de øvrige variabler i modellen. Odds ratio gør det således muligt at sammenligne andre forhold med ledighedens indflydelse på en række sociale begivenheder, når man samtidig tager højde for de øvrige faktoreres indflydelse.

Dikotomisering af de kontinuerte variabler

En variabel, der principielt kan antage en hvilken som helst værdi inden for det pågældende interval (fx alder, indkomst), betegnes som en kontinuert variabel.

Anvendelse af kontinuerte variabler i den logistiske regressionsmodel betyder imidlertid også indførelse af vilkårlige valg af "enhed" for den pågældende forklarende variabel. Variablens styrke (odds ratio) vil afhænge af størrelsen af den valgte enhed. Dette bør tages i betragtning, når man fx ønsker at sammenligne ledighedens indflydelse med fx alderens indflydelse.

Den grundlæggende forudsætning for anvendelse af kontinuerte variabler er, at log odds for det undersøgte fænomen varierer

lineært med den kontinuerte variabel (eller en anden kendt funktion, der lader sig transformere til en lineær funktion). Denne forudsætning kan ofte volde problemer.

Hvis den pågældende variabel fx er alder, forudsættes det, at log odds for det pågældende fænomen øges med samme faktor fra 30 til 40 år som for 60 til 70 år.

For at mindske disse problemer er alle de forklarende variabler som nævnt gjort dikotome, hvilket vil sige, at de kun kan antage værdierne 0 eller 1.

Man finder mange eksempler på, at kontinuerte variabler kan dikotomiseres på en meningsfuld måde (Hosmer & Lemeshow, 1989). Ved, som det er gjort i nærværende analyser, kun at arbejde med dikotome forklarende variabler fås en forholdsvis simpel måde at fortolke modellens parametre (β) på, idet odds ratio for de forklarende variabler (eksponeringsfaktorerne) er: e^β . Netop på grund af denne sammenhæng giver odds ratio en nem måde at fortolke resultaterne på fra logistiske regressionsmodeller.

Man må imidlertid regne med, at i de tilfælde, hvor der er foretaget en kunstig dikotomisering af en kontinuert variabel (fx om han/hun var ledig i mindst 21 uger det foregående år eller ej), ville man antagelig estimere en anden odds ratio for den pågældende variabel, hvis dikotomiseringen var foretaget anderledes.

Sikkerhedsgrænser og signifikansniveau

Der vil være en usikkerhed forbundet med estimationen af odds ratio for de forskellige forklarende variabler. Derfor er der angivet sikkerhedsgrænser (95 pct.) for de pågældende estimater i tabellerne.

Sikkerhedsgrænserne angiver, at populations sande værdi for det pågældende estimat for odds ratio med 95 pct.'s sikkerhed vil ligge inden for de angivne grænser. I tabellerne er endvidere for hver β angivet signifikansniveau P for *nul-hypotesen*: at den pågældende β er lig med nul, altså at den forklarende variabel ikke bidrager med nogen information, der kan forklare den afhængige variabel, når man har taget informationen fra de øvrige variabler i betragtning. Hvis P er tilstrækkelig lille (fx $P < 0,05$), vil man være tilbøjelig til at forkaste nulhypotesen og altså acceptere, at den pågældende forklarende variabel bidrager med en signifikant information, når man i øvrigt har taget højde for de øvrige variabler.

I praksis er valgt en maksimal værdi for P på 0,05. Hvis P beregnes til at have en højere værdi, udelukkes den pågældende variabel fra modellen. Dette valg kan diskuteres, idet man på den ene side kan argumentere for, at det med nogenlunde sikkerhed kan afvises, at den pågældende variabel har en forklaringsværdi, men på den anden side kan den pågældende faktor alligevel have en modificerende indflydelse på estimeringen af de øvrige variable i modellen.

Det tidligere nævnte problem med colinearitet (eller multicolaritet) – hvor to variabler (eller flere) hænger så tæt sammen, at det er vanskeligt at adskille dem – viser sig i den logistiske regressionsanalyse ved ekstraordinært stor spredning (dvs. usikkerhedskoefficienter eller Standard Errors) ved estimation af parametrene til de pågældende variabler (Hosmer & Lemeshow, 1989). Den forhøjede usikkerhed kan i dette tilfælde resultere i, at den ene af to variabler, der er tæt sammenknyttet, smides ud af model-

len. Men det vil være tilfældigt, hvilke af de to variabler, der forbliver i den endelige model. Det vil således ikke nødvendigvis være den bedste model.

I nærværende rapport er valgt en mekanisk procedure (kaldet stepwise), der betyder, at det er en algoritme, der automatisk foretager disse valg.

Der er en lang række indvendinger imod en sådan mekanisk fremgangsmåde. Idet stepwise metoden ikke nødvendigvis giver den bedste model. Således gør Judd & McClelland (1989) gældende, at modeller frembragt på denne måde sjældent kan bekræftes på et andet datamateriale. Og de bliver i øvrigt sjældent testet på denne måde. De mener, at man bør foretage en "fokuseret datanalyse", som er udsprunget af en solidt funderet teori.

Andre numeriske problemer kan opstå ved relativt små datamaterialer med stort antal forklarende variable, eller variable der enten er meget sjældne eller meget hyppige hændelser. Disse såkaldt tynde datamaterialer vil ligeledes resultere i relativt høj usikkerhed ved estimationen af modellens parametre.

Det er med andre ord tilstrækkeligt at undersøge for de relativt store usikkerhedsmomenter, som fx kan iagttages ved forholdsvis brede sikkerhedsintervaller omkring de estimerede parametre. Man kan ved selvsyn undersøge problemernes omfang i de tilhørende tabeller, hvor 95 pct.'s sikkerhedsgrænserne er angivet for modellens parametre. Man kan således se, at en række af de sjældent forekommende begivenheder resulterer i relativt brede sikkerhedsinter-

valler (fx ved børn udsat for vold eller ved forældres åndssvaghed). I sådanne situationer kan det gøre det vanskeligt at estimere parametrene i modellen.

Etiologisk fraktion

De præsenterede analyser kan anvendes til at foretage et tankeeksperiment, hvor man forestiller sig, at man kan reducere eller fjerne en belastningsfaktor. Under forudsætning af, at modellen holder, kan man beregne, hvor stor en reduktion der vil ske af de uønskede udfald som følge af dette indgreb. Reduktionens andel af samtlige negative udfald kaldes for "etiologisk fraktion" (EF).

Hvis man eksempelvis ønsker at reducere antallet af voldsdømte blandt en generation af unge, så må man interessere sig for, hvilke faktorer, der kan tænkes at ligge bag den voldelige adfærd, dels udbredelsen af disse belastningsforhold, dels med hvilken styrke de må forventes at fremkalde den voldelige adfærd (odds ratio, OR eller den relative risiko, RR). Belastningsfaktorens udbredelse i fødselsårgangen er angivet i tabellerne i pct. (P).

Når det drejer sig om relativt sjældne begivenheder, kan en tilnærmet beregningsformel anvendes som udtryk for den etiologiske fraktion (EF) i følge Greenland (1998)

$$EF = \frac{P * (RR - 1)}{1 + P * (RR - 1)}$$

Disse beregninger er baseret på en række forudsætninger, som det ofte er vanskeligt at opfylde. En af forudsætningerne er – som det fremgår af navnet – at der er tale

om årsagsforhold. Dette indebærer, at hvis belastningsfaktorens udbredelse reduceres, så reduceres effekten i et tilsvarende omfang.

Da de belastende faktorer, der indgår i modellerne, ofte vil være indbyrdes afhængige, er det ikke ualmindeligt, at de etiologiske fraktioner for belastningsfaktorerne samlet giver over 100 pct.

Hvordan læses tabellerne?

Tabellerne er konstrueret således, at det giver læseren mulighed for at vurdere data-materialets usikkerhedsmomenter.

For hver af de undersøgte begivenheder (outcome) er i første kolonne angivet en række belastningsforhold, som ud fra tidligere forskning må anses for at udgøre en mulig risiko for den omhandlede begivenhed.

I den anden kolonne ses det antal børn og unge (cases), der har været udsat for den pågældende belastningsfaktor, og som året efter har oplevet den pågældende begivenhed. For at gøre det nemmere at sammenligne de enkelte belastningsfaktorer er alle belastningsfaktorerne angivet ved den værdi, der forventes at være forbundet med et negativt udfald. For eksempel ses: "moderen har *ingen* erhvervsuddannelse". I dette tilfælde må man forvente, at odds ratio vil være over 1. Man kunne selvfølgelig lige så godt have valgt at angive det modsatte udfald. Den estimerede odds ratio ville i så fald blive den reciprokke værdi (og dermed en brøk mellem 0 og 1), og en sammenligning med de øvrige ville derfor blive vanskelige. I det ene eksempel vil odds rationen fx være 4,0, og i det andet eksempel 0,25.

I kolonne 4 ses den estimerede odds ratio for den pågældende belastningsfaktor beregnet for denne faktor alene uden hensyn til andre belastningsforhold.

Det vil ofte være således, at ganske få cases (lille antal i kolonne 2) vil betyde, at estimationen af odds ratio (kolonne 4) vil være forbundet med en relativt stor usikkerhed, hvilket vil fremgå af sikkerhedsgrænserne for den estimerede odds ratio (kolonne 5).

I kolonne 3 er angivet, hvor stor en procentdel af kontrolgruppens personår, der har været eksponeret for den pågældende belastningsfaktor. Denne kolonne giver således et overblik over den pågældende belastningsfaktors udbredelse i normalbefolkningen. I de tilfælde, hvor den pågældende begivenhed (outcome) er meget sjælden, er det kun ganske få personår, der ikke kommer med for de efterfølgende år. Men i de tilfælde, hvor den pågældende begivenhed

er mere almindelig, vil relativt mange personår i kontrolgruppen blive udelukket, hvilket vil kunne give nogle lidt forskellige estimationer for udbredelsen af belastningsfaktorerne.

I kolonne 6 ses angivet odds ratio for de belastningsfaktorer, der efter "stepwise"-proceduren indgår i den samlede model. Disse odds ratio vil således været estimeret under hensyntagen til de øvrige belastningsfaktorer, der indgår i den samlede model. Denne standardisering vil almindeligvis betyde en reduktion af odds ratio i forhold til de odds ratio, der ses i kolonne 4.

Kolonne 7 angiver de tilsvarende sikkerhedsgrænser for dette estimat.

Kolonne 8 angiver den etiologiske fraktion (EF) i procent. Det vil altså sige den reduktion af udfaldene, man ville opnå, hvis man kunne fjerne den pågældende belastningsfaktor helt.

Belastningsforhold der indgår i undersøgelsen af riskikofaktorer. Børn født 1966 og 1973.

	ICD 8 emneafgrænsning
Alkoholiker (hele perioden)	291 Alkoholpsykose 303 Alkoholisme (dog undtaget 303.90 ebrietas) 456.00-09 Åreknuder på spiserøret 571.09 Skrumpelever (alkoholisk) 571.10 Fedtlever (alkoholisk) 577.10 Pankreatitis: Bugspytkirtlen defekt pga. alkohol 780.19 Delirium 979.59 Forgiftninger med alkohol tillige med antabus/dipsan (forgiftninger i forbindelse med narkotika medtages ikke her) E860 Forgiftningsulykker med alkohol (før 1987) 980 Forgiftninger med alkohol
Den unge arbejdsløs (aktuelle år)	(Samme afgrænsning som anvendt under forældres erhvervsuddannelse)
Arbejdsløs >21 uger (det aktuelle år)	Mere end 21 ugers ledighed i løbet af det forudgående kalenderår. I nærværende undersøgelse indgår såvel de arbejdsløshedsforsikrede ledige som de ikke-forsikrede ledige, som er henvist til arbejdsformidlingen via de kommunale bistandskontorer. Arbejdsdirektoratets centrale register for arbejdsmarkedsstatistik (GRAM) danner således grundlaget for ledighedsopgørelserne for de enkelte personer igennem årene 1980-92. Disse oplysninger er suppleret med oplysninger om indkomsterstøttende ydelser fra 1984 og fremefter.
Barnet er en dreng	Hvis barnets køn er kodet 1 eller er kodet 0.
Ingen erhvervsuddannelse (efterfølgende år)	(Samme afgrænsning som anvendt under forældres erhvervsuddannelse)
Ingen erhvervsuddannelse (hele perioden)	Personer er indplaceret efter den højeste fuldførte erhvervsuddannelse. Opgørelserne omfatter imidlertid ikke de uddannelser, der er opnået efter overgangen til erhvervslivet (fx bank- og forsikringsuddannelserne). Arbejdsmarkedsuddannelserne er udeladt af opgørelserne. For forældrenes vedkommende baserer uddannelsesoplysningerne sig på folke- og boligtællingens oplysninger fra 1970, hvor man blev spurgt om afsluttet erhvervsuddannelse. Uddannelsesspørgsmålene var i et vist omfang mangelfuldt eller slet ikke besvaret - især for de ældre (Danmarks Statistik: Statistiske Efterretninger: Uddannelse og Kultur. 1988:9). For uddannelser opnået efter 1973-74 anvendes uddannelsesinstitutionernes opgørelser i det såkaldte "Uddannelsesstatistikregister". I nærværende undersøgelse kan dette finde anvendelse til belysning af børnenes senere erhvervsuddannelser.

Belastningsforhold der indgår i undersøgelsen af riskikofaktorer. Børn født 1966 og 1973.

ICD 8 emneafgrænsning

Familien opløst (efterfølgende år) Familieopløsning betyder, at barnet bor hos den ene forælder. Hvis barnet og forældrene ved opgørelsen 1. januar havde fælles adresse, men barnet og den ene forælder havde forskellige adresser ved opgørelsen 1. januar fx to år efter, så er familien antagelig opløst i løbet af den pågældende periode. Afgrænsningen er uafhængig af, hvorvidt forældrene er gift eller papirløst samlevende.

Frihedsdom (efterfølgende år)

Hverken gymnasieelev eller student (efterfølgende år)

Irritationstilstand i mave/tarm (mavesår) (efterfølgende år) Irritationstilstande i mave, spiserør, tolvfingertarm:
530.90-92 Katar i spiserøret
530.95,98 Spiserøret perforeret, blødende
531-537 Sår i mavesækken, sår på tolvfingertarm, mavekatar, funktionsforstyrrelser i mavesæk, samt andre sygdomme i mavesæk og tolvfingertarm

Narkoman (hele perioden) 304.09 Afhængighed af morfika¹⁾
304.19 Afhængighed af syntetiske morfika
304.49 Afhængighed af kokain
304.79 Afhængighed af hallucinogener
965.09 Forgiftninger af opium eller syntetiske analoger
970.90 Forgiftninger med LSD
971 Forgiftninger med andre midler med stimulerende virkning på centralnervesystemet (bl.a. amfetamin og beslægtede stoffer)
978.09 Forgiftninger med opiumsderivater i kombination med andre lægemidler
979.09 Forgiftninger med opiumsderivater i kombination med alkohol

1) Dog undtagen morfika i forbindelse med visse kronisk smertegivende sygdomme (712 leddegigt og beslægtede sygdomme, 725 sygdomme i brusk mellem ryghvirvler, diskusprolaps, 728 "rygsmerter", 140-239.99 svulster).

Neurotisk (hele perioden) 300.00 Neuroser
305.00 Psykosomatiske sygdomme

Neurotiske lidelser (efterfølgende år) 300.09 Angstneuroser
300.49 Depressionsneuroser
300.99 Neuroser uspecificeret
782.09-29 Ondt i hjertet, hjertebanken
782.50-59 Besvimelsestilfælde

De psykiatriske diagnoser (300) er dels udtaget i forbindelse med udskrivning fra psykiatriske hospitalsafdelinger (dvs. det Psykiatriske Centralregister), dels fra udskrivninger fra somatiske sygehuse (dvs. Landspatientregisteret). Diagnoserne 782 stammer alene fra sidstnævnte kilde.

Belastningsforhold der indgår i undersøgelsen af riskikofaktorer. Børn født 1966 og 1973.

ICD 8 emneafgrænsning	
Offer for vold (efterfølgende år)	Vold eller mishandling (samme afgrænsning anvendt for børn). E960-969 Ydre årsag til beskadigelse: mord, drab, vold mv. (indtil 1.1.1987). Kontaktårsag 3: Intenderet vold, slagsmål, håndgemæng, mishandling (efter 1.1.1987). Vold/fysisk mishandling afgrænser således enten E960-969 (eller kontaktårsag 3). Det er ikke en nødvendig forudsætning, at diagnosen (996.89) gentagne traumer, flere lokalisationer (fx "Battered child syndrome", "hustruvold", "slagsmål", m.m.) forekommer samtidig hermed.
Barnet udsat for omsorgssvigt (efterfølgende år)	Enten offer for vold (se ovenfor) eller indlæggelse af sociale grunde (omsorgssvigt). 796.00 Social elendighed (Miseries) 796.01 Ond cirkel i hjemmet 796.02 Indlæggelse af sociale grunde (Causa socialis)
Personlighedsforstyrrelser (hele perioden)	301.00 Personlighedsforstyrrelser 302.00 Seksuelle afvigelser 308.01 Personlighedsforstyrrelser infantilis
I øvrigt psykotisk (hele perioden)	290.00 Alderdomssløvsind og præsenil psykose 291.00 Alkoholpsykose 292.00 Psykose i forbindelse med interkraniel betændelse 293.00 Psykose i forbindelse med anden cerebral tilstand 294.00 Psykose i forbindelse med anden somatisk sygdom 296.00 Affective psykoser 297.00 Paranoide tilstande 298.00 Andre psykoser 299.00 Psykoser (infantile psykoser mv.)
Begået selvmord (efterfølgende år)	Diagnoser der normalt forekommer i forbindelse med selvmord eller selvmordsforsøg. 881.99 Åbent sår og vævssønderrivning på albue, underarm og håndled
Forsøgt selvmord (efterfølgende år)	873.99 Ikke nærmere specificeret åbent sår og vævssønderrivning på hoved 874.19 Åbent sår og vævssønderrivning på hals, i nakke (fx ved skud) 875.99 Åbent sår og vævssønderrivning på brystvæg (forside) (fx ved skud) 902 Læsion af arterie og vene i overekstremitet 906 Senelæsion i underarmen inkl. håndled 953 Læsion af nerve i underarm 954 Læsion af nerve i håndled og finger 962-973 Lægemedelforgiftninger af forskellig slags 975-979 (fx sovemiddel, overdosis af narkotika) 980-982 Toksisk virkning af andre stoffer (fx alkoholforgiftning, gas, kulilte, opløsningsmidler) 985-987 opløsningsmidler) 989 Andre stoffer (fx stryknin, pesticider, rengøringsmidler)

Belastningsforhold der indgår i undersøgelsen af riskikofaktorer. Børn født 1966 og 1973.

	ICD 8 emneafgrænsning	
	994.79	Kvælning
	<i>Anm.: Selvmordsforsøg defineres kun, hvis ovenstående diagnoser findes i kombination med enten diagnoserne E950-E959 (dvs. selvmord og selvmordsforsøg) indtil 1987 eller efter 1/1 1987 i kombination med den eksterne årsagskode kaldet selvtilløjet skade (dvs. selvtilløjet skade, villet egenskade, selvlemlæstelse eller selvmord og selvmordsforsøg).</i>	
Skizofren (hele perioden)	295.00	Schizophrenia
	295.09	Typus simplex
	295.19	Typus hebephrenicus
	295.29	Typus catatonicus
	295.39	Typus paranoides
	295.49	Acuta episodica
	295.49	Latens
	295.69	Residualis
	295.79	Typus schizo-affectivus
	295.89	Schizophrenia alia
	295.99	Schizophrenia
Sædelighedsdom (hele perioden)	Blodskam, herunder samleje med plejebørn/ stedbørn, voldtægt, samleje med institutionsanbragte eller udnyttelse af hjælpeløse, homoseksualitet med mindreårige, rufferi, alfonseri, børnepornografi og opfordring til utugt (prostitution). På-dømt tyveri i forbindelse med prostitution indgår som tyveri og ikke som en sædelighedsforbrydelse.	
Moderen barslet som teenager	Aldersforskellen mellem barnet og moderen er mindre end 20 år.	
Voldsdom (hele perioden)	Drab, legemskrænkelser, vold, tvang og trusler. Hertil er hverken medtaget uagtsomt manddrab i forbindelse med færdselsuheld eller voldtægt, som hører under kategorien sædelighedsforbrydelser.	
Åndssvag (hele perioden)	310.00	Sinke stadium og åndssvaghed i lettere grad (Ik ca. 68-85)
	311.00	Debilitet (Ik ca. 52-67)
	312.00	Imbecilitet i lettere grad (Ik ca. 36-51)
	313.00	Imbecilitet i sværere grad (Ik ca. 20-35)
	314.00	Åndssvaghed i dyb grad. Idiot. (Ik under ca. 20)
	315.00	Ikke nærmere specificeret åndssvaghed

Noter:

- 1) Ved en befolkningsundersøgelse baseret på 5.362 børn født i 1946 viste det sig, at 30 personer udviklede skizofreni efter 16-års alderen og inden 43-års alderen. Af disse havde halvdelen udviklet sygdommen inden 22-års alderen (Jones et al., 1994). Det kan nævnes, at Bellodi et al. (1986) finder, at omkring halvdelen af de skizofrene er blevet diagnosticeret allerede omkring 20-års alderen, mens omkring 3/4 er diagnosticeret omkring 27-års alderen. Hvis man ser bort fra forskelligheder i metoder til at diagnosticere sygdomme, så vil disse resultater overført til nærværende undersøgelsesmateriale betyde, at ud af de 155.000 børn født i 1966 og 1973 måtte man forvente at finde omkring 430 personer med skizofreni (i hhv. 20- og 27-års alderen).
- 2) Metoden er udviklet og detaljeret beskrevet af Paul D. Allison (1982). Nærværende kapitel bygger på hans analyser samt på Hosmer's & Lemeshow's generelle gennemgang af modellen (1989).
- 3) Denne fortolkning af odds ratio gælder ved relativt sjældne begivenheder, som der her er tale om.

Litteratur

Allison, P.D. (1982)

Discrete-time methods for the analysis of event histories. Chap. 2, i:
Samuel Leinhardt (ed.): Sociological methodology. San Francisco.

Andersen, D. (1997)

Uddannelsesvalg efter 9. klasse. København:
Socialforskningsinstituttet 97:3.

Andersen, L. P. (1994)

Helicobacter og mavesår. Månedsskrift for praktisk Lægegerning,
december: 1637-1646.

Anthony, E.J. (1969)

A clinical evaluation of children with psychotic parents. American
Journal of Psychiat., 126, 177-184.

Anthony, E.J. (1986)

Children's reactions to severe stress. Journal of the American
Academy of Child Psychiatry, 31, 299-305.

Appleby, L. & Dickens, C. (1993)

Mothering skills of women with mental illness. British Medical
Journal, 306, 348-349.

Arcel, L.T. (1989)

Selvmoordsforsøg som kvindelig handlemåde, i: Petersson, Birgit
(ed.): Kvinden i psykiatrien. København.

Bakwin, H. (1949)

Psychologic aspects of pediatrics. Emotional deprivation in infants.
The Journal of Pediatrics, 35, 512-521.

Balvig, F. & Høigård, C. (1988)

Kriminalitet og straf i tal og tekst. København: Borgen.

Bellodi, L. et al. (1986)

Family study of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 12, 1, 120-
128.

Bille-Brahe, U. et al. (1995)

Selv mord og selvmordsforsøg blandt børn og unge. Odense: Center for Selvmordsforskning. Rapport 6.

Bjerke, T. et al. (1992)

Selv-rapporterte suicidale tanker og handlinger blandt studenter. *Nordisk Psykologi*, 44, 2, 144-151.

Bohman, M.A. (1971)

A comparative study of adopted children, foster children and children in their biological environment born after undesired pregnancies. *Acta Paediatrica Scandinavica*, suppl. 221.

Bohman, M. & Sigvardsson, S. (1985)

A prospective longitudinal study of adoption. The social heritage. Chap. 7 i: Nicol, A.R. (ed.): *Longitudinal studies in child psychology and psychiatry*. New York: John Wiley and Sons Ltd.

Boolsen, M.W. et al. (1986)

Børns opvækst uden for hjemmet. København: AKF.

Bootsman, E.M. (1995)

Langtids-effekten af fysisk børnemishandling – belyst ved anvendelsen af nyere teorier og relateret til krisepsykologiens perspektiv. Århus: Aarhus Universitet. *Psykologisk skriftserie*, 20, 1.

Bowlby, J. (1951)

Maternal care and mental health. Geneva: World Health Organization.

Breslow, N.E. (1992)

Use of the logistic and related models in longitudinal studies of chronic disease risk, i: Dwyer, J.H. et al.: *Statistical models for longitudinal studies of health*. New York: Oxford University Press.

Breslow, N.E. & Day, N.E. (1980)

Statistical methods in cancer research, vol. I. The analysis of case-control studies. IARC Scientific Publication 32. Lyon: International Agency for research on cancer.

Breslow, N.E. & Day, N.E. (1987)

Statistical methods in cancer research, vol. II. The design and analysis of cohort studies. IARC Scientific Publication 82. Lyon: International Agency for research on cancer.

Bretherton, I. (1991)

The roots and growing points of attachment theory, i: Parkes, C.M., Stevenson-Hinde, J. & Marris, P.: Attachment across the life cycle, chap. 7. London: Routledge.

Børnekommissionen (1981)

Betænkning nr. 918. København.

Clayton, D. & Hills, M. (1993)

Statistical Models in Epidemiology. Oxford: Oxford University Press.

Coopersmith, S. (1967)

The antecedents of self-esteem. San Francisco.

Danmarks Statistik (diverse årgange)

Befolkningens Bevægelser. København: Danmarks Statistik.

Danmarks Statistik (diverse årgange)

Statistiske Efterretninger: Befolkning og valg. København: Danmarks Statistik.

Danmarks Statistik (1998)

Statistiske Efterretninger: Uddannelse og Kultur. København: Danmarks Statistik. 1988:9.

Diderichsen, A. (1991)

Omsorg for de 2-6-årige. København: Danmarks Pædagogiske Institut.

Diderichsen, A. (1997)

Den professionelle omsorg og børns udvikling. København: Socialforskningsinstituttet. Socialforskning, temanr. marts 1977: Børn, familie, samfund.

Douglas, J.W.B. (1976)

The use and abuse of national cohorts. Chap.1, i: Marten Shipman:
The organisation and impact of social research. London: Routledge
& Kegan Paul.

Ekspertgruppen om social arv (1999)

Social arv. København: Socialforskningsinstituttet, 99:9.

El-Guelbaly, N. & Offord, D.R. (1977)

The offspring of alcoholics: A critical review. The American Journal
of Psychiatry, 134, 4, 357-365.

Elsborg, S., Hansen, T. J. & Hansen, V. R. (1999)

Den sociale arv og mønsterbrydere. København: Danmarks
Pædagogiske Institut.

Essen, J., Lambert, L. & Head, J. (1976)

Schoolattainment of children who had been in care. Child, Care,
Health and Development, 2, 6.

Essen, J. & Wedge, P. (1982)

Continuities in childhood disadvantage. Studies in deprivation and
disadvantage 6. Hampshire: Gower.

Fink, P. (1992)

Psykiatrisk og somatisk comorbiditet. Århus: Psykiatrisk Hospital.

Folmer Andersen, T. (1981)

Børns opvækstvilkår i langsigtet perspektiv. København: Institut for
Social Medicin. Københavns Universitet. Rapport 23.

Folmer Andersen, T. (1986)

Langtidsvirkninger af fattigdom, i: Hansen, E.J. (red.): Vor tids fat-
tigdom. København.

Freud, A. & Burlingham D.T. (1944, dansk oversættelse 1966)

Småbørn uden familie. Odense: Sirius.

Friis, H. & Warburg, E. (1960)

Langvarigt forsorgsunderstøttede. Socialforskningsinstituttet:
Teknisk Forlag. København.

Garfinkel, Barry D. et al. (1982)

Suicide attempts in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 139, 10, 1257-1261.

Goldthorpe, J.E. (1987)

Family life in western societies. Cambridge: Cambridge University Press.

Greenland, S. (1998)

Applications of stratified analysis methods. Kapitel 16 i Rothman, K.J. & Greenland, S. (1998): *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Hansen, E.J. (1968)

De 14-20 åriges uddannelsessituation 1965. Bind I. Social og geografisk rekruttering. København: Socialforskningsinstituttet, publikation 31.

Hansen, E.J. (1971)

Ungdom og uddannelse. De 14-20 åriges uddannelsessituation 1965. Bind II. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 47.

Hansen, E. J. (1982)

Hvem bryder den sociale arv? København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 112.

Hansen, E.J. (1995)

En generation blev voksen. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 95:8.

Hansen, E.J. (1997)

Nyt ord til gammel ideologi. *Dansk pædagogisk tidsskrift*, 4, 20-25.

Hansen, S.S. et al. (under udgivelse)

Psykoactive substance use diagnoses among psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. In press.

Harris, P.L. (1994)

The child's understanding of emotion: Developmental change and the family environment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1, 3-28.

- Hestbæk, A.-D. (1997)**
Når børn og unge anbringes. København: Socialforskningsinstituttet 97:6.
- Hestbæk, A.-D. (1998)**
Tvangsanbringelser i Norden. En komparativ beskrivelse af de nordiske landes lovgivning. København: Socialforskningsinstituttet 98:15.
- Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. (1989)**
Applied Logistic Regression. New York: John Wiley & Sons.
- Jensen, P.S. et al. (1990)**
Children at risk: I. Risk factors and child symptomatology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 1, 51-59.
- Jensen, R. (1979)**
Personlig identitet. *Skolepsykologi*, 3, 172-177.
- Jess, P. (1995)**
Personlighedskarakteristika ved ulcussygdommen. *Ugeskr Læger*, 157, 17:2435-2438.
- Jessen, G., Andersen K. & Bille-Brahe, U. (1996)**
Selvmordstanker og selvmordsforsøg blandt 15-24 årige i det danske uddannelsessystem. *Ugeskr Læger*, 158/36: 5026-29.
- John, L.H. et al. (1995)**
Factors predicting use of mental health and social services by children 6-16 years old. *American Journal of Orthopsychiatric.*, 65, 1, 76-86.
- Jones, P. et al. (1994)**
Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *The Lancet*, 344, 1398-1402.
- Jonsson, G. (1967)**
Delinquent boys, their parents and grandparents. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum 195 (ad volumen 43)*.
- Jonsson, G. (1969)**
Det sociale arvet. Stockholm: Tidens förlag. Folksam.

- Judd, C.M. & McClelland, G.H. (1989)**
Data analysis: A model-comparison approach. London: Hartcourt
Brace Jovanovich, Publishers.
- Juul, S. (1992)**
Yngre førtidspensionister. København: Socialforskningsinstituttet.
Rapport 92:17.
- Juul, S. & Ertmann, B. (1991)**
Gadebørn i Storkøbenhavn. København: Socialforskningsinsti-
tuttet. Rapport 91:9.
- Kallmann, F.J. (1946)**
The genetic theory of schizophrenia. An analysis of 691
schizophrenic twin index families. The American journal of
psychiatry, 103, 309-322.
- Keller, M.B. et al. (1986)**
Impact of severity and chronicity of parental affective illness on
adaptive funktioning and psychopathology in children. Archives of
general psychiatry, American medical association, 43, 930-937.
- Knop, J. (1989)**
Arv-miljøforskning ved alkoholisme. Alkoholpolitik - Tidsskrift for
Nordisk Alkoholforskning, 6, 202-208.
- Knop, J. (1998)**
Misbrug, i: Day Poulsen, H. et al. (eds.): Psykiatri - en grundbog.
København: Munksgaard.
- Kongstad, A. (1983)**
Voldtægtsforskning i de nordiske lande, i: Høigård, C. & Snare, A.
(red.): Kvinners skyld. Oslo: Pax Forlag.
- Krarp, G. et al. (1988)**
Selvmord blandt børn og unge under 30 år. Ugeskr Læger, 150, 48,
p. 2956-8.
- Kyng, B. (1984)**
Børns personlighedsudvikling - et fremtidsperspektiv, i: Friis, H.
(red.): Næste generation. København: Egmont Fondens Fremtids-
studie.

Kyvsgaard, B. (1989)

... Og fængslet ta'r de sidste. Om kriminalitet, straf og levevilkår.
København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Lester, D. (1992)

Why people kill themselves. Illinois: Charles C. Thomas Publisher.

Leth, I. et al. (1988)

Seksuelle overgreb mod børn og unge. Nordisk Psykologi, 40, 5,
383-393.

Licht, R.W. (1998)

Affektive sindslidelser, i: Day Poulsen, H. et al. (eds.): Psykiatri - en
grundbog. København: Munksgaard.

Lier, L. (1993)

Psykisk syge forældre. Kapitel i Lier, L. et al. Børnepsykiatri. Kø-
benhavn: Hans Reitzels Forlag.

Lihme, B. & Palsvig, K. (1977)

Effekten af behandling på børne- og ungdomshjem. En analyse af
foreliggende undersøgelser. København: Socialforskningsinstituttet.
Publikation 78.

Lindstein, T. (1995)

Vändpunkten. Att arbeta med barn til alkoholister. Stockholm:
Förlagshuset Gothia.

Lublin, H. (1998)

Skizofreni, i: Day Poulsen, H. et al. (eds.): Psykiatri - en grundbog.
København: Munksgaard.

Madge, N. (1983)

Annotation unemployment and its effects on children. Journal of
Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines. 24. 311-
319.

Matzen, P. (1994)

Helicobacter pylori og ulcussygdom. Ugeskr Læger, 156, 15:2254-
55.

McLoyd, V.C. (1989)

Socialization and development in a changing economy. *American Psychologist*, 293-302.

McMahon, R.J. (1987)

Some current issues in the behavioral assessment of conduct disordered children and their families. *Behavior Assessment*, 9, 235-252.

Mednick, S.A. & Baert, A.E. (eds.) (1981)

Prospective Longitudinal Research. Oxford: Oxford University Press.

Mednick, S.A. & Schulsinger, F. (1968)

Some premorbid characteristics related to breakdown in children with schizophrenic mothers, i: Rosenthal, D. & Kety, S.S. (eds.): Transmission of schizophrenia. Oxford: Pergamon Press, 267-291.

Meehan, P.J. et al. (1992)

Attempted suicide among young adults. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1, 41-44.

Mishara, B.L. et al. (1986)

The frequency of suicide attempts. *American Journal of Psychiatry*, 133, 7, 841-844.

Moscicki, Eve K. (1989)

Epidemiologic surveys as tools for studying suicidal behavior. *Suicide and life-threatening behavior*, 19, 1, 131-146.

Munk-Jørgensen, P. (1995)

Faldende førstegangsindlæggelsesrater for skizofrene i Danmark 1970-1991. Århus: Institut for psykiatrisk grundforskning, Afdeling for psykiatrisk demografi, Psykiatrisk hospital i Århus.

Munk-Jørgensen, P. (1998)

Forekomst af psykiske sygdomme, i: Day Poulsen, H. et al. (eds.): *Psykiatri - en grundbog*. København: Munksgaard.

Munk-Jørgensen, P. et al. (1993)

The Danish psychiatric register as a tool in epidemiology. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 370, 27-32.

Nygaard Christoffersen, M. (1990)

Om børns levekår - sociale indikatorer på børns levekår belyst ved tidligere forskning og tilgængelig statistik. København: Socialforskningsinstituttet. Arbejdsnotat 1990:4.

Nygaard Christoffersen, M. (1993a)

Familiens ændring - en statistisk belysning af familieforholdene. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 93:2.

Nygaard Christoffersen, M. (1993b)

Anbragte børns livsforløb. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 93:11.

Nygaard Christoffersen, M. (1994)

A follow-up study of longterm effect of unemployment on children: loss of self-esteem and self-destructive behavior among adolescents. *Childhood*, 2, 4, 213-220.

Nygaard Christoffersen, Mogens (1996a)

Opvækst med arbejdsløshed. København: Socialforskningsinstituttet 96:14.

Nygaard Christoffersen, Mogens (1996b)

Opvækst hos fædre. København: Socialforskningsinstituttet 96:23.

Nygaard Christoffersen, M. (1998)

Spædbarnsfamilien. Rapport nr. 1 fra forløbsundersøgelsen af børn født i efteråret 1995. København: Socialforskningsinstituttet 97:25.

Olsen, J. & Lajer, M. (1979)

Violent death and unemployment in two trade unions in Denmark. *Social Psychiatry*, 14, 139-145.

Paerregaard, G. (1980)

Suicide in Denmark: A Statistical Review for the Past 150 Years. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 10, 3, 150-6.

Pedersen, P.J. (1994)

Persistent unemployment - aspects of the Danish experience. Working Paper 94-3. Århus: Centre for Labour Market and Social Research.

Ram, R. et al (1992)

The natural cause of schizophrenia: A review of first admission studies. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 185-207.

Rotman, K.J. & Greenland, S. (eds.) (1998)

Modern Epidemiology. Philadelphia: Lippincot-Ranen Publishers.

Roy, R. (1990-91)

Consequences of parental illness on children. A review. *Social work & Social Science Review*, 2, 2, 109-121.

Rutter, M. (1966)

Children of sick parents. *Institute of Psychiatry Maudsley Monographs* 16. London: Oxford University Press.

Rutter, M. & Quinton, D. (1981)

Longitudinal studies of institutional children and children of mentally ill parents, i: Mednick, S.A. & Baert, A.E. (eds.): *Prospective Longitudinal Research*. Oxford: Oxford University Press.

Rutter, M., Quinton, D. & Liddle, C. (1983)

Parenting in two generations, i: Madge, N. (ed.): *Families at risk*. London: Heinemann Educational Books.

Sabroe, S. & Fonager, K. (1996)

Unge og rusmidler. Udgivelse 39. Århus: Aarhus Universitet. FADL's Forlag.

Schulsinger, F. et al. (1986)

A prospective study of young men at high risk for alcoholism. *Archives of general psychiatry*, 43, 5, 755-760.

Socialkommissionen (1992)

De unge. Portræt af en generation i velfærdssamfundet. København.

Sommer, B. & Toftgård Jensen, B. (1987)

Selv mord blandt børn og unge 1970-1985. *Ugeskr Læger*, 149, 31, 2100-2102.

Spannow, K.E. (1997)

Narkotikamiljøer i Århus - en etnografisk analyse. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Straus, M.A. et al. (1980)

Behind closed doors. New York: Anchor Press.

Sundhedsstyrelsen (1995)

Alkohol- og narkotikamisbruget 1995. Forebyggelse og sundhedsfremme 6. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (1998a)

Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Udvalget til udarbejdelse af forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark.

Sundhedsstyrelsen (1998b)

Alkohol- og narkotikamisbruget 1997. Forebyggelse og sundhedsfremme 13. København: Sundhedsstyrelsen.

Sveinbjørnsson, H. et al. (1997)

Børn af psykisk syge forældre. Ugeskr Læger, 159, 4, 417.

Søberg Hansen, S. & Perto, G. (1994)

Stofmisbrugere indlagt i det psykiatriske sygehusvæsen, i: Sundhedsstyrelsen: Alkohol- og narkotikamisbruget 1993. Forebyggelse og sundhedsfremme 3. København: Sundhedsstyrelsen.

Tizard, B. & Rees, J. (1975)

The effect of early institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationships of four-year-old children. Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines, 16, 61-73.

Uldall, P. (1997)

Vold blandt børn og unge. Månedsskrift for praktisk lægegerning, 75, 233-236.

Vange, B. (1986)

Suicidal adfærd blandt børn og unge. Ugeskr Læger, 148, 97-101.

Vejrup Hansen, P. (1987)

De unges særlige beskæftigelsesproblem, i: Hansen, F.K. & Mærkedahl, I. (ed.): Udstødning og udstødningsmekanismer. København: Socialforskningsinstituttet.

Watt, N.F. (1984)

In a nutshell: the first two decades of high-risk research in schizophrenia, i: Watt, N.F. et al. (eds.): Children at risk for schizophrenia - A longitudinal perspective. Cambridge: Cambridge University Press.

Wender, P.H. et al. (1986)

Psychiatric disorder in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. Arch. Gen. Psychiatry, 43, 923-929.

Werner, E.E. & Smith, R.S. (1982)

Vulnerable but Invincible. New York: McGraw-Hill Book Company.

Zeanah, C.H. & Emde, R.N. (1994)

Attachment disorders in infancy and childhood, i: Rutter, M. et al. (eds.): Child and adolescent psychiatry modern approaches, Chap. 28. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Zlotnik, G. (1991)

De stakkels drenge. København: Hans Reitzels Forlag.

Socialforskningsinstituttets udgivelser siden 1.1.1998

- 98:1** Holt, H.: En kortlægning af danske virksomheders sociale ansvar. 1998. 186 s. ISBN 87-7487-583-3. Kr. 135,00.
- 98:2** Christensen, E.: Anbringelser af børn. En kvalitativ analyse af processen. 1998. 186 s. ISBN 87-7487-584-1. Kr. 135,00.
- 98:3** Leisner, E. & Rosdahl, A.: Merbeskæftigelseskravet i den offentlige sektor. Interview på 14 institutioner. 1998. 66 s. ISBN 87-7487-586-8. Kr. 75,00.
- 98:4** Hansen, H.: Elements of Social Security. A comparison covering: Denmark, Sweden, Finland, Germany, Great Britain, The Netherlands, Canada. 1998. 208 s. ISBN 87-7487-587-6.
- 98:5** Just Jeppesen, K. & Nielsen, A.: Etniske minoritetsbørn i Danmark - det første leveår. Rapport nr. 2 fra forløbsundersøgelsen af børn født i efteråret 1995. 1998. 188 s. ISBN 87-7487-588-4. Kr. 185,00.
- 98:6** Bonfils, I.S.: Puljebordningen. Implementering af puljebordningen i kommuner og amter. 1998. 160 s. ISBN 87-7487-589-2. Kr. 120,00
- 98:7** Andersen, D.: FRIT VALG af dagpasningsordning. Evaluering af forsøgsordningen. 1998. 148 s. ISBN 87-7487-590-6. Kr. 100,00.
- 98:8** Hussain, M.A. & Pico Geerdsen, L.: Erhvervene og de langtidsledige. Marginalisering og integration på arbejdsmarkedet. 1998. 84 s. ISBN 87-7487-591-4. Kr. 85,00.
- 98:9** Bach, H.B., Aggergaard Larsen, J. & Rosdahl, A.: Langtidsledige i tre kommuner. Hovedresultater fra en spørgeskemaundersøgelse og kvalitative interview blandt forsikrede langtidsledige og langvarige kontanthjælpsmodtagere. 1998. 56 s. ISBN 87-7487-592-2. Kr. 65,00.
Bach, H.B.: En spørgeskemaundersøgelse blandt forsikrede langtidsledige og langvarige kontanthjælpsmodtagere. Dokumentation I til Langtidsledige i tre kommuner (98:9) 1998. 108 s. ISBN 87-7487-593-0. Kr. 100,00. Forhandles kun af Socialforskningsinstituttet.
Aggergaard Larsen, J.: En kvalitativ undersøgelse blandt forsikrede langtidsledige og langvarige kontanthjælpsmodtagere. Dokumentation II til Langtidsledige i tre kommuner (98:9) 1998. 126 s. ISBN 87-7487-594-9. Kr. 125,00. Forhandles kun af Socialforskningsinstituttet.
- 98:10** Hussain, M.A.: Marginalisering i regioner 1990 og 1994. 1998. 131 s. ISBN 87-7487-595-7. Kr. 125,00.
- 98:11** Anker, N.: Eleverne, virksomhederne og de nyudlærte. Private virksomheders beskæftigelse af elever og praktikvirksomhedernes betydning for nyudlærtes chancer på arbejdsmarkedet.

1998. 343 s. Udgivet af Handelshøjskolen i København, ph.d.-serie 7.98. ISBN 87-593-8091-8.
- 98:12** Andersen, D. & Bach, H.B.: Virksomhedernes brug af løntilskud – og langtidslediges senere jobsituation. 1998. 114 s. ISBN 87-7487-598-1. Kr. 95,00.
- 98:13** Larsen, M. & Langager, K.: Arbejdsmarkedsreformen og arbejdsmarkedet. Evaluering af arbejdsmarkedsreformen III. 1998. 219 s. ISBN 87-7487-600-7. Kr. 190,00.
- 98:14** Friis, H. & Petersen, K.: Socialforskningsinstituttets forhistorie og første år. Udgivet i anledning af 40-året for Socialforskningsinstituttets oprettelse. 1998. 45 s. ISBN 87-7487-601-5.
- 98:15** Hestbæk, A-D.: Tvangsanbringelser i Norden. En komparativ beskrivelse af de nordiske landes lovgivning. 1998. 264 s. ISBN 87-7487-602-3. Kr. 180,00.
- 98:16** Villadsen, K., Gruber, T. & Bengtsson, S.: Socialpolitiske strategier - på tværs af frivillige og offentlige institutioner. 1998. 180 s. ISBN 87-7487-603-1. Kr. 125,00.
- 98:17** Bonke, J. & Andersen, J.L.: Nordisk arbejdsmarkedsforskning 1995-97. København: Nordisk Ministerråd. Nord 1998:16. 1998. 182 s. ISBN 92-893-0259-3. Kr. 160,00. Købes hos Svensk-Norsk Bogimport, Esplanaden 8 B, 1263 København K Tlf. 33 14 26 66. Fax 33 14 35 88. E-mail snb@bog.dk.
- 98:18** Zeuner, L., Bunnage, D., Heide Ottosen, M. & Nygaard Christoffersen, M.: Sociologisk teori om social integration. Teorier af Talcott Parsons, David Lockwood, Jürgen Habermas og Anthony Giddens og disses perspektiver for det empiriske arbejde. 1998. 180 s. ISBN 87-7487-605-8. Kr. 125,00.
- 98:19** Rostgaard, T., Holm, T., Toftegaard Jensen, D. & Graff Byrgese, C.: Omsorg for børn og ældre - Kommunal praksis i Europa. Social tryghed i Europa 5. 1998. 237 s. ISBN 87-7487-608-2. Kr. 150,00.
- 98:20** Rostgaard, T. & Fridberg, T.: Caring for Children and Older People – A Comparison of European Policies and Practices. Social Security in Europe 6. 1998. 597 s. ISBN 87-7487-611-2. Kr. 310,00.
- 99:1** Bengtsson, S.: Social service til alle - om organisering gennem 30 år. 1999. 192 s. ISBN 87-7487-606-6. Kr. 120,00.
- 99:2** Bunnage, D. & Bruhn, H.H.: De unge ældre i år 2010. 1999. 144 s. ISBN 87-7487-607-4. Kr. 100,00.
- 99:3** Under udgivelse.
- 99:4** Heide Ottosen, M.: Børnesagkyndig rådgivning. Evaluering af et forsøg i to statsamter. 1999. 196 s. ISBN 87-7487-609-0. Kr. 130,00.
- 99:5** Christensen, E.: Forældre i fængsel - en undersøgelse af børns og forældres erfaringer. 1999. 124 s. ISBN 87-7487-610-4. Kr. 95,00.

- 99:6** Gregersen, O. & Nygaard Christoffersen, M.: Langvarige sociale sager - klienternes holdninger. 1999. 195 s. ISBN 87-7487-612-0. Kr. 130,00.
- 99:7** Liebing, C.S., Pico Geerdsen, L., Munksgaard, M.B. & Pedersen, L.: SofiS - en strukturmodel. 1999. 99 s. ISBN 87-7487-613-9. Kr. 85,00.
- 99:8** Csonka, A.: Det fleksible arbejde. 1999. 107 s. ISBN 87-7487-614-7. Kr. 90,00.
- 99:9** Ekspertgruppen om social arv: Social arv - en oversigt over foreliggende viden. 1999. 164 s. ISBN 87-7487-617-1. Kr. 85,00.
- 99:10** Binder, M.: Aktiv arbejdsmarkedspolitik og økonomisk marginalisering - en teoretisk analyse af den aktive arbejdsmarkedspolitikens langsigtede virkninger på ledighedens størrelse og fordeling. 1999. 205 s.
- 99:11** Fridberg, T.: Skolebørns fritidsaktiviteter - Kultur- og fritidsaktivitetsundersøgelsen 1998. 1999. 159 s. ISBN 87-7487-619-8. Kr. 110,00.
- 99:12** Bach, H.B.: Længerevarende ledighed - jobsøgning og beskæftigelseschancer. 1999. 111 s. ISBN 87-7487-620-1. Kr. 85,00.

Social Forskning er instituttets nyhedsblad. Det udkommer fire gange om året og orienterer i en lettilgængelig form om resultaterne af instituttets arbejde. Lejlighedsvis udkommer Social Forskning som udvidet tema-nummer med bidragydere udefra.

Abonnementet er gratis og kan tegnes ved henvendelse til instituttet.
 Tema-nummer af Social Forskning:
 Velfærd – for hvem? Oktober '98

En fuldstændig liste over instituttets udgivelser kan fås ved henvendelse til Socialforskningsinstituttet tlf. 33 48 09 46, e-mail: library@sfi.dk.