

**Psykisk Trivsel  
Psykisk Sygdom  
Etniske forskelle  
blandt unge i Danmark**

**Karin Helweg-Larsen  
Esben M Flachs  
Marianne Kastrup**

**April 2007**

# Psykisk Trivsel Psykisk Sygdom Etniske forskelle blandt unge i Danmark

En undersøgelse baseret på register- og interviewdata om omfang og karakter af psykisk sygdom og psykisk trivsel blandt unge med dansk baggrund, indvandrere og efterkommere af indvandrere

Karin Helweg-Larsen,  
Esben M Flachs  
og Marianne Kastrup

## **Psykisk Trivsel , Psykisk Sygdom, Etniske forskelle blandt unge i Danmark**

En undersøgelse baseret på register- og interviewdata om omfang og karakter af psykisk sygdom og psykisk trivsel blandt unge med dansk baggrund, indvandrere og efterkommere af indvandrere

Karin Helweg-Larsen, Esben M Flachs og Marianne Kastrup

Statens Institut for Folkesundhed fusionerede med Syddansk Universitet pr. 1. januar 2007.

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København, april 2007.

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller, citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes sendt til Statens Institut for Folkesundhed.

Rapporten kan erhverves ved henvendelse til:

Statens Institut for Folkesundhed  
Øster Farimagsgade 5 A, 2  
1399 København K

Telefon: 3920 7777

Fax 3920 8010

E-mail: [sif@si-folkesundhed.dk](mailto:sif@si-folkesundhed.dk)

[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

ISBN 978-87-7899-115-7

Pris: 75 ddk

## Forord

Inden for de seneste år er der kommet øget opmærksomhed på, at unge i etniske minoritetsgrupper i Danmark har en større risiko end unge etnisk danske for at udvikle psykosociale problemer. Men der har hidtil været begrænset viden om problemets omfang og karakter.

I 2006 udmeldte Sygekassernes Helsefond, at fonden i perioden 2006-2008 ville prioritere projekter om etniske minoriteter, specielt i forhold til unge handikappede, psykisk sygdom og adfærds- og sygdomsforløb. Nærværende rapport er baseret på et tilskud fra fonden, som har gjort det muligt at udnytte eksisterende datakilder til at belyse etniske forskelle i unges psykiske trivsel og sygelighed i Danmark.

I 2005-2006 gennemførte Videnscenter for Transkulturel Psykiatri i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed en omfattende registerbaseret udredning om etniske forskelle i kontakter til det psykiatriske behandlingssystem i Danmark. I nærværende undersøgelse har vi udnyttet en række af disse registerdata sammen med data fra en spørgeskemaundersøgelse blandt 9. klasses elever til at beskrive selvrapporteret psykisk trivsel og sygehuskontakter pga. psykiske lidelser blandt unge i forskellige etniske minoritetsgrupper og blandt etnisk danske unge.

Vores undersøgelse viser, at der er markante etniske forskelle i unges psykiske trivsel og sygdomsforekomst. Det er vores håb, at resultaterne kan bidrage til en øget forebyggelsesindsats, og det er derfor vores intention at formidle resultaterne bredt til relevante myndigheder og organisationer.

Speciallæge Karin Helweg-Larsen og overlæge Marianne Kastrup har haft ansvaret for projektets problemformulering samt vurderingen og sammenkrivningen af resultaterne, og cand.scient. Esben M Flachs har gennemført de registerbaserede analyser.

Helsefonden takkes for økonomisk støtte til projektet.

Henrik Brønnum-Hansen  
Forskningsleder

<b>FORORD.....</b>	<b>3</b>
<b>1. SAMMENFATNING OG PERSPEKTIVER.....</b>	<b>7</b>
1.1 Anbefalinger .....	11
<b>2. INDLEDNING .....</b>	<b>13</b>
2.1 Formål .....	14
<b>3. BAGGRUND .....</b>	<b>16</b>
<b>4. UNDERSØGELSENS RESULTATER RELATERET TIL TIDLIGERE STUDIER .....</b>	<b>21</b>
Etnicitet, psykisk trivsel og sygelighed .....	22
Akkulturation.....	24
Familieforhold .....	26
Generationsforskelle .....	28
Etnisk sammensatte familier .....	28
Selvrapporteret helbred og tro på egen indflydelse.....	29
Kønsmæssige forskelle .....	30
Adoptivbørn.....	32
Misbrug.....	34
Nervøse lidelser.....	35
PTSD .....	35
Personlighedsforstyrrelser.....	38
Selvskade - selvmordshandlinger.....	39
Tvangsforanstaltninger .....	40
<b>5. MATERIALE OG METODER .....</b>	<b>43</b>
<b>5.1 Definition af etnicitet.....</b>	<b>43</b>
Danmarks Statistiks definitioner .....	43
Projektets definition af etnicitet .....	44
<b>5.2 Selvrappede data; 9. klasses undersøgelsen .....</b>	<b>47</b>
Variable.....	48
<b>5.3 Registerdata.....</b>	<b>51</b>
Registerundersøgelsens datakilder .....	51
Undersøgelsens definition af etnicitet .....	53
Landekategorier .....	53
<b>5.4 Populationen.....</b>	<b>54</b>
Diagnoser.....	54

<b>6. RESULTATER.....</b>	<b>56</b>
<b>SELVRAPPORTEREDE DATA - 9. KLASSES UNDERSØGELSEN .....</b>	<b>56</b>
<b>6.1 Populationen opdelt på etniske kategorier .....</b>	<b>56</b>
<b>6.2 Selvvurderet helbred .....</b>	<b>58</b>
<b>6.3 Self-efficacy.....</b>	<b>59</b>
<b>6.4 Psykiske symptomer .....</b>	<b>60</b>
Tristhed og depression .....	60
Angst .....	61
Nervøsitet.....	62
Mareridt .....	63
Søvnløshed .....	64
Uoverkommelighedsfølelse.....	66
Appetitløshed.....	67
<b>6.5 Unge fra ikke-vestlige lande .....</b>	<b>68</b>
<b>7. RESULTATER AF REGISTERUNDERSØGELSEN .....</b>	<b>70</b>
<b>7.1 Populationen opdelt på etniske kategorier .....</b>	<b>70</b>
<b>7.2 Etniske forskelle i kontaktmønster .....</b>	<b>71</b>
<b>7.3 Kontaktrater .....</b>	<b>73</b>
<b>7.4 Kun kontakt til det somatiske hospitalsvæsen.....</b>	<b>74</b>
<b>7.5 Diagnoser .....</b>	<b>75</b>
7.5.1 Misbrugsrelaterede lidelser .....	75
7.5.2 Nervøse, stressrelaterede lidelser.....	77
7.5.3 PTSD .....	78
7.5.4 Spiseforstyrrelser.....	80
7.5.5 Personlighedsforstyrrelser.....	81
7.5.6 Selvdestruktiv adfærd/selvmodsforsøg .....	83
<b>7.6 Patientrater blandt ikke-vestlige etniske grupper .....</b>	<b>84</b>
<b>7.7 Tvangsindlæggelser og strafferetslige vilkår .....</b>	<b>87</b>
<b>Referencer.....</b>	<b>88</b>



## 1. Sammenfatning og perspektiver

Flertallet af unge i Danmark har ikke alvorlige psykiske problemer, men der er markante etniske forskelle i de unges psykiske trivsel og i deres kontaktmønster til psykiatrien. Det beskrives i denne rapport.

Det er tidligere påvist, at der er sammenhænge mellem migration og psykiske sygdomme, og at der er en øget forekomst af psykisk sygdom i nogle etniske minoritetsgrupper. De fleste undersøgelser har kun omhandlet voksne indvandrere og forekomsten af psykotiske sygdomme, såsom skizofreni.

Herværende undersøgelse beskriver først og fremmest forekomsten af ikke-psykotiske lidelser og psykiske trivselsproblemer blandt unge i aldersgruppen 15-24 år og i forskellige etniske kategorier. Beskrivelsen omfatter både unges selvrapporterede helbred og psykiske trivsel og deres kontakter til sygehusvæsenet på grund af psykisk sygdom. Den er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt et landsrepræsentativt udsnit af 15-16-årige i 2002 og på registerdata om alle 15-24-årige, der i et enkelt år, 2003, har haft kontakt til danske sygehuse og/eller distriktskykiatrien pga. psykiske lidelser. Populationerne i de to datasæt er inddelt i fem forskellige etniske kategorier, etnisk danske, adoptivbørn, indvandrere og to grupper af efterkommere i etnisk homogene eller etnisk heterogene familier.

De etniske kategorier er alene defineret ud fra oplysninger om de unges eget og deres forældres fødelande – og ikke de unges egen opfattelse af etnisk tilhør. Vi er opmærksomme på, at populationerne i de etniske minoritetsgrupper er sammensatte. En vis andel har nordisk herkomst, andre er kommet fra de øvrige europæiske lande, og atter andre fra ikke-vestlige lande. Dertil kommer, at resultaterne er baseret på gennemsnit for den enkelte etniske gruppe, der imidlertid inden for gruppen kan rumme betydelig variation.

Undersøgelsen påviser, at en betragtelig andel af unge i Danmark oplever en række psykiske trivselsproblemer i form af angst, nervøsitet, søvnproblemer, depression mm., og at de unges kontakt til sygehusvæsenet hyppigt skyldes denne type psykiske lidelser. Problemerne må således siges at være af en vis sværhedsgrad ved at give anledning til et psykiatrisk behandlingsforløb. Men det er ikke muligt ud fra de foreliggende data at udsige noget om, hvorvidt der er sam-



menhæng mellem selvrapporterede problemer og kontakt til sygehusvæsenet. De selvrapporterede data er indhentet gennem en anonymiseret spørgeskemaundersøgelse, og data kan ikke relateres direkte til registerdata om kontakter til det psykiatriske behandlingssystem.

Undersøgelsen demonstrerer klare kønsforskelle i forekomsten af psykiske problemer, både ud fra de selvrapporterede data og registerdata. Unge kvinder klager således over flere psykiske trivselsproblemer i form af tristhed, angst, nervøsitet og spiseproblemer, end unge mænd gør, ligesom de oftere har kontakter til psykiatrien for tilsvarende problemer. Derimod har unge mænd hyppigere kontakt pga. misbrugsproblemer.

Der er markante etniske forskelle i de unges selvrapporterede problemer og i deres kontaktmønster til det psykiatriske behandlingssystem. Den laveste forekomst ses blandt unge etnisk danske og den højeste blandt adopterede. Kontaktraten er markant højere blandt unge efterkommere end blandt unge indvandrere, og især for kvinder. Det er velkendt, at psykiske traumer før og under migrationen kan gøre det svært for mange indvandrere at skabe de fornødne psykosociale betingelser for en god opvækst for deres børn. De tilgrundliggende årsager for migration, som fx væbnede konflikter, politisk forfølgelse, fængsling og fattigdom, har naturligvis meget stor betydning for indvandreres psykiske trivsel og for deres muligheder for at skabe gode og trygge rammer for deres familie i modtagerlandet. Det kan forventes, at en opvækst hos traumatiserede forældre vil have betydning for unges trivsel og udgøre en risikofaktor for at udvikle psykiske problemer og sygdom. Voksnes beslutning om at migrere til andet land for at opnå sikkerhed og bedre levevilkår for sig selv og familien er aldrig en frivillig beslutning for barnet. Børns og unges muligheder for at tilpasse sig i det nye samfund afhænger i høj grad af forældrenes evne for tilpasning (akkulturation) og omfanget af kulturelle eller værdimæssige uoverensstemmelser generationerne imellem og mellem de etniske minoriteter og majoritetsbefolkningen.

Unge kvinder opvokset i familier præget af flere kulturer synes på flere måder at være i særlig risiko for at udvikle psykiske problemer. Forskellige kulturer inden for en familie omfatter ikke alene en traditionel dansk kultur og en muslimsk kultur. Selv blandt tilsyneladende ensartede kulturer kan der være betydelige forskelle i opdragelsesmønstre og indstilling til unge pigers frihedsgrader, fx mellem en dansk og en sydeuropæisk kultur. I gruppen af unge kvinder i etnisk sammensatte familier, hvor den ene forælder kommer fra et ikke-vestligt land og den anden er født i Danmark, er der dog en særlig høj forekomst af nervøse og stressrelaterede symptomer.

Undersøgelsen tillader ikke at drage nogen konklusioner om årsagssammenhænge, som kan forklare den større forekomst af psykiske problemer og sygdomme blandt piger i "ikke-homogene" familier. Men resultaterne bør give anledning til, at der i større omfang udvises opmærksomhed på denne gruppe af unge i Danmark, og at der igangsættes tiltag med henblik på en tidlig opsporing af psykiske lidelser og støtte til sårbare grupper.

Det er en bekymrende stor andel af adoptivbørn, der oplever psykiske problemer, og der er relativt flere som har kontakt til det psykiatriske behandlingssystem end andre grupper af unge i Danmark. Hovedparten af adoptivbørn er kommet fra lande uden for Vesteuropa. Siden der blev adgang til fri abort i 1973, er der nemlig kun bortadopteret enkelte danske børn årligt. Undersøgelsens definition af adoptiv-børn omfatter således børn adopteret fra østeuropæiske lande, Asien og Sydamerika.

Disse adoptivbørn har især hyppigere kontakt til det psykiatriske behandlingssystem pga. personlighedsforstyrrelser, misbrug og selvskadende adfærd, end unge i de øvrige etniske grupper har. Forholdene inden adoption til Danmark og specielt alderen ved adoption har formentlig betydning herfor. Dog er der i en omfattende hollandsk opfølgingsundersøgelse af adoptivbørn ikke fundet nogen sammenhæng mellem barnets alder ved adoption, formodet grad af omsorgssvigt før adoption og omfanget af senere psykiske problemer. Det er derfor nærliggende at antage, at også marginalisering og oplevelse af fremmedhed i forhold til adoptivforældre kan have betydning for udviklingen af psykiske problemer og sygdomme.

Selvom det trods alt kun er et mindretal af adopterede unge, der har alvorlige, behandlingskrævende psykiske problemer, er der grundlag for at overveje en særlig rådgivning og professionel støtte til adoptivfamilier for at forebygge senere psykosociale problemer blandt børnene. Der er behov for mere viden om den mulige betydning af fødeland, forhold inden adoptionen og det adopterede barns alder ved ankomsttidspunkt til Danmark.

Der er en markant hyppigere kontakt for PTSD (posttraumatiske stressforstyrrelser) blandt indvandrere end blandt de øvrige grupper, hvilket næppe kan overraske, når årsagerne til migration tages i betragtning. Undersøgelsen giver desværre ikke mulighed for at udskille flygtningegruppen, hvis hyppighed af PTSD må formodes at være endnu højere.

Mere overraskende er den høje forekomst af PTSD hos unge kvinder i den gruppe af efterkommere, hvor den ene forælder ikke er dansk, dvs. er født i andet land, og den anden forælder er dansk. PTSD kan skyldes andre traumatiske oplevelser end krig og forfølgelse fx seksuelle overgreb.

Vores undersøgelse er baseret på tværsnitsundersøgelser, og det er herudfra ikke muligt at udsige noget om de tilgrundliggende årsager for de påviste etniske forskelle. Andre undersøgelser har påpeget, at socioøkonomiske faktorer i væsentligt omfang kan forklare en række helbredsforskelle mellem etniske minoritets- og majoritetsbefolkninger, og at disse faktorer også har stor betydning for de etniske forskelle i retspsykiatriske foranstaltninger, dvs. kontakter til psykiatrien mhp mentalobservation og eller dom til behandling som følge af kriminalitet.

De to databaser, der er grundlaget for undersøgelsen, rummer også en række oplysninger om de unges sociale forhold. De aktuelle analyser har af budgetmæssige årsager måttet begrænses, og data om sociale faktorer er ikke medinddraget. Men det er håbet at kunne udnytte databasernes oplysninger om psykosociale og socioøkonomiske faktorer på et senere tidspunkt.

Aktuelt overgår en række forebyggelsesopgaver til kommunerne og opgaverne omstruktureres samtidigt i de nye regioner. Nærværende undersøgelses påvisning af en relativ høj forekomst af psykiske lidelser blandt ikke-etniske danskere vil blive formidlet til de relevante myndigheder og bør kunne indgå i planlægningen af en særlig indsats over for sårbare grupper i det danske samfund.

## *1.1 anbefalinger*

Rapporten sætter fokus på en række forhold, hvor yderligere interventioner er ønskelige. De påviste etniske forskelle i unges psykiske trivsel giver anledning til en række anbefalinger.

- Undersøgelsens fund om en relativt høj forekomst af psykiske lidelser blandt unge i etniske minoritetsgrupper i Danmark bør formidles til relevante myndigheder mhp planlægningen af en særlig indsats over for sårbare grupper i det danske samfund.
- Der er ikke stærk tradition for systematisk at belyse køn og etnicitet i studier af unges sociale problemer. Det skal derfor anbefales i større grad at inddrage betydningen af etnicitet i studier af unges sociale problemer og trivsel.
- Forældre bør inden en adoption forberedes grundigt på de mulige fysiske og psykiske problemer, som adoptivbarnet kan udvikle.
- I flere lande får adoptivforældre rutinemæssigt information om rådgivnings- og støttemuligheder, efter barnets ankomst. Det anbefales at en sådan rådgivning også bliver rutine i Danmark, og at der sikres støtteordninger til alle familier, der har behov herfor. Den op søgende indsats bør omfatte hele adoptivbarnets opvækst
- Etableringen af netværk blandt adopterede børn og unge bør støttes.
- Unge kvinder opvokset i familier præget af flere kulturer synes i særlig risiko for at udvikle psykiske problemer. Der bør i større omfang udvises opmærksomhed på denne gruppe og igangsættes tiltag med henblik på en tidlig opsporing af psykiske lidelser.
- Psykiske belastninger før og under migration kan gøre det svært for mange indvandrere at skabe de fornødne psykosociale betingelser for en god opvækst for deres børn. Der bør sikres lettilgængelig behandling af PTSD.
- Der anbefales en tidlig opsporing af psykisk sygdom og manglende trivsel blandt børn opvokset i indvandrerfamilier med en traumatiseret baggrund – og lettilgængelig psykosocial støtte til disse familier.

- Den højere rate af personlighedsforstyrrelser blandt efterkommere i etnisk sammensatte familier kunne tolkes i retning af, at en kulturkonflikt er mere belastende inden for end uden for familien. Yderligere forskning af faktorer, der kan belyse årsagerne, efterlyses.
- Resultaterne peger også i retning af, at det danske samfund ikke tilstrækkeligt godt har evnet at forebygge trivselsproblemer og minimere risikofaktorer for psykisk sygdom blandt efterkommere til traumatiserede indvandrere. Der anbefales en forstærket indsats i asylfasen over for flygtninge.
- Identifikationsproblemer, kulturelle konflikter og muligvis oplevelsen af fremmedhed er alle risikofaktorer for selvskadende adfærd. Den signifikant højere forekomst af selvskadende adfærd blandt unge kvinder i adoptivfamilier og af "blandet" etnisk baggrund bør gøres til genstand for en forskningsmæssig udredning.
- Det anbefales at gennemføre analyser af sammenhænge mellem etnicitet, psykiske sygdomme og kriminalitet.
- Betydningen af en såkaldt "smitte" på forekomsten af selvskadende adfærd og sammenhængen med skolebaserede forebyggelsesprogrammer om selvmord bør analyseres med henblik på at justere forebyggelsesstrategien.
- Endelig vil det ud fra de foreliggende to datasæt være muligt at belyse betydningen af en række psykosociale faktorer på unges psykiske trivsel og sygelighed. Disse analyser bør gennemføres.

## 2. Indledning

Der har ikke tidligere været publiceret landsdækkende data om psykisk trivsel, psykiske problemer og kontaktmønstret til det psykiatriske behandlingssystem blandt forskellige etniske grupper af unge i Danmark.

En række danske og udenlandske undersøgelser har påvist markante forskelle i den samlede forekomst af en række psykiske sygdomme blandt voksne indvandrere sammenlignet med majoritetsbefolkningen, men der er relativt få undersøgelser, som har vurderet problemstillingen blandt unge. Der er således sparsom viden om, hvorvidt unge med indvandrerbaggrund har flere symptomer på dårlig trivsel og flere behandlingskrævende psykiske lidelser end andre unge.

I Danmark er der generelt behov for en systematisk vidensopsamling på det transkulturelle område. Denne opgave er siden 2002 blandt andet blevet varetaget af Videnscenter for Transkulturel Psykiatri. I 2006 er der gennemført et registerbaseret projekt i et samarbejde mellem videnscentret og Statens Institut for Folkesundhed. Projektets formål var

- at vurdere, hvorledes personer af forskellig etnisk herkomst anvender tilgængelig psykiatrisk service
- at beskrive etniske minoritetsgruppers kontaktmønstre til det danske psykiatriske behandlingssystem sammenlignet med etniske danskeres kontaktmønstre.

I projektet blev der etableret en database med oplysninger om alle kontakter til psykiatrien blandt 15-66-årige i et enkelt år, 2003. Hovedresultaterne er publiceret i april 2007 (Helweg-Larsen et al. 2007). I nærværende undersøgelse indgår der kun data om 15-24-årige.

I 2002 gennemførte Statens Institut for Folkesundhed en spørgeskemaundersøgelse blandt 15-16-årige elever i folkeskolens 9. klasse. Undersøgelsens primære formål var at vurdere sammenhænge mellem unges tidlige seksuelle erfaringer, udsættelse for fysiske og seksuelle overgreb og deres almene trivsel i forhold til deres familieforhold og skolegang. Undersøgelsen havde således ikke specielt fokus på de mulige etniske forskelle i selvvalueret trivsel, psykisk velbefindende og helbred. Men undersøgelsen rummede detaljerede oplysninger om de unges eget og forældres fødeland, som har muliggjort at vurdere de unges udsagn i for-

hold til deres etnicitet (Helweg-Larsen & Larsen 2006; Helweg-Larsen & Larsen 2002; Bennedsen *et al.* 2006).

Undersøgelsens omfang, dvs. besvarelser fra godt og vel 10% af årgangen af 15-16-årige, gør det muligt yderligere at belyse forekomsten af psykiske trivselsproblemer blandt unge af dansk oprindelse, unge der er indvandret til Danmark og unge efterkommere af indvandrere.

## *2.1 Formål*

Det overordnede formål med herværende projekt er at bidrage med viden til en målrettet forebyggelse af psykisk sygdom og trivselsproblemer blandt unge med anden etnisk baggrund end dansk.

Dette er søgt opnået ved:

- ud fra unges egne udsagn at analysere etniske forskelle i forekomsten af psykiske trivselsproblemer
- ud fra registerdata at få et samlet overblik over i hvilket omfang unge med flygtninge/indvandrer baggrund, specielt unge i etniske minoriteter, gør brug af de eksisterende psykiatriske behandlingstilbud
- at beskrive karakteren af psykiske lidelser, der medfører kontakt blandt unge til sygehusvæsenet og distriktspsykiatrien

Formålet er belyst

- gennem analyser af data indsamlet i en landsdækkende interviewundersøgelse i 2002 blandt et repræsentativt udsnit af 15-16-årige,
- ved komparative analyser af indlæggelser og ambulante kontakter til landets psykiatriske behandlingsinstitutioner blandt unge indvandrere og efterkommere og unge i den danske baggrundsbefolkning.

Vi har, som beskrevet, benyttet to forskellige datakilder, dvs. både interviewdata og registerdata. Begge datasæt rummer oplysninger om de unges sociale relationer, uddannelse og en række andre sociale faktorer. Det var oprindeligt hensigten også at vurdere sammenhænge mellem psykosociale faktorer, psykisk trivsel og kontaktmønsteret til psykiatriske behandlingssystem blandt 15-17-årige.

Men undersøgelsens oprindelige design har måttet modificeres af flere grunde:

- Det bevilgede beløb svarer kun til ca. en tredjedel af det ansøgte beløb, hvilket har medført nødvendige justeringer, først og fremmest at der i analyserne ikke er medtaget data om sociale faktorer.
- Registerundersøgelsen viste, at antallet af personer i alderen 15-17 år med en psykiatrisk kontakt havde en meget begrænset størrelse. Det ville vanskeliggøre de statistiske beregninger, såfremt gruppen af unge kun omfattede denne aldersgruppe. Gruppen er derfor blevet udvidet til at omfatte alle 15-24-årige, der indgår i databasen over de personer, der i 2003 har haft kontakt til det psykiatriske behandlingssystem. Denne aldersgruppe omfatter de fleste unge, der endnu er under uddannelse, og der er en stor ensartethed i kontaktmønster og sygdomsprofil inden for aldersgruppen.

Da der aktuelt kun eksisterer begrænset viden om forekomsten og karakteren af psykiske problemer blandt unge etniske minoriteter i Danmark vil undersøgelsens resultater, trods de anførte begrænsninger, kunne bidrage med væsentlig ny viden og også inspirere til yderligere undersøgelser. Hensigten er derved at øge mulighederne for at forebygge psykiske problemer, der er knyttet til unges forskellige oprindelse.

I de følgende to kapitler beskriver vi baggrunden for undersøgelsen, herunder tidligere undersøgelser af psykisk sygdom blandt voksne minoritetsgrupper og den relative mangel på viden om problemstillingen blandt unge.

Vi relaterer en række af nærværende undersøgelses væsentligste resultater til tidligere studier, og vi har valgt at præsentere denne gennemgang før end undersøgelsens materiale, metode og delresultater bliver præsenteret.



### 3. Baggrund

En etnisk minoritet defineres oftest som en befolkningsgruppe, der oplever at have andre kulturelle og historiske fællestræk end majoritetsbefolkningen. I nærværende projekt anvendes begrebet 'person med anden etnisk baggrund' om personer med en anden etnisk baggrund end dansk, dvs. personer, der selv er født i andet land, eller hvis forældre er født i andet land. Det omfatter både personer med en baggrund, der har mange lighedspunkter med danskeres, fx personer fra de andre nordiske lande, og personer fra væsentlig forskellige kulturer, fx personer fra Mellemøsten. Etniske danskere er personer, som selv er født i Danmark, og hvor begge forældre er født i Danmark. I nærværende undersøgelses afgrænsning af etnicitet indgår der ikke oplysninger om de unges egen vurdering af etnisk tilhørsforhold.

I 2003 var der knap 325.000 indvandrere og 86.000 efterkommere af indvandrere i den danske befolkning, heraf havde ca. 30% oprindelse i de øvrige nordiske lande, EU og Nordamerika, og resten var fra tredjelande (Ministeriet for flygtninge, indvandrere og integration 2003). Gruppen udgjorde 8% af den danske befolkning.

Der skelnes hyppigt mellem indvandrere og flygtninge. Indvandrere omfatter reelt alle personer, der af forskellige årsager har bosat sig i et andet land, men betegnelsen anvendes ofte om personer, der har forladt deres hjemland af andre grunde end politisk forfølgelse, væbnede konflikter eller andre katastrofer. En flygtning er en person, der har opnået flygtningestatus i landet på grund af forfølgelse eller konkrete risici i hjemlandet. En stor andel af indvandrergruppen er i 1960-70'erne kommet til Danmark som arbejdstagere, mens de fleste flygtninge er kommet hertil senere som følge af politiske og væbnede konflikter i deres hjemlande.

Der er relativt flere unge blandt indvandrere og efterkommere end i den samlede danske befolkning, og specielt er andelen af børn og unge under 20 år højere end i den øvrige danske befolkning. I 2003 var 82 % af alle efterkommere under 20 år mod 24 % af den samlede befolkning i Danmark. Der har inden for de seneste år været udtrykt bekymring for gruppens manglende tilpasning og risikoadfærd, inklusive forekomsten af psykiske problemer, selvskade og sigtelser for kriminalitet. Men som det fremhæves i Britta Kyvsgaards arbejder om etniske minoriteters

kriminalitetshyppighed, er årsagerne til kriminalitet ikke afhængig af menneskers oprindelse. Det er de demografiske, sociale og økonomiske forhold og ikke den etniske baggrund, der er de væsentligste forklaring på, at indvandrere og efterkommere oftere sigtes for kriminalitet (Kvysgaard 2000; Kvysgaard 2005).

En række tidligere danske undersøgelser af etniske minoriteters helbredstilstand og trivsel i Danmark har rapporteret en større fysisk og psykisk sygelighed og en højere forekomst af sociale problemer i forhold til den øvrige befolkning (Mygind Nielsen *et al.* 2002; Nordentoft 2000). Specielt er der påvist en større somatisk sygelighed blandt flygtninge- og indvandrerbørn (Pedersen & Møller 2000).

Socialforskningsinstituttet gennemfører aktuelt en forløbsundersøgelse blandt børnefamilier i Danmark. I denne indgår der en beskrivelse af trivsel og levevilkår blandt børn i udvalgte etniske minoritetsgrupper. Det drejer sig om børn af forældre født i Tyrkiet, Pakistan, Eksjugoslavien, Irak, Somalia og Sri Lanka. Senest er der rapporteret data om 7-årige børn. Der er i denne aldersgruppe ikke fundet flere skoleproblemer eller dårligere trivsel blandt børnene i de etniske minoritetsgrupper end blandt etnisk danske børn (Christensen 2004). Men i undersøgelser fra andre lande påpeges det, at tilpasningsvanskelighed og andre psykosociale problemer i barnealder som regel først medfører alvorlige symptomer i puberteten eller senere (Fergusson *et al.* 2005), således at mulige etniske forskelle i børns udvikling og trivsel først vil kunne belyses i den kommende opfølgning på undersøgelsen af SFIs børnehohorte.

Statens Institut for Folkesundheds undersøgelse af børns sundhed ved slutningen af skolealderen i 1996/97 rummede oplysninger om 209 elever med udenlandsk baggrund. Der fandtes ikke trivsels- eller helbredsmæssige forskelle mellem disse elever og elever med dansk baggrund (Petersen *et al.* 2000).

I de tilbagevendende danske undersøgelser af skolebørns og unges livsstil og trivsel indgår der ikke data om eget og/eller forældres fødeland (Due & Holstein 2003; Groth *et al.* 2003; Nielsen *et al.* 2003). Men skolebørnsundersøgelserne, der er led i WHO's internationale undersøgelse af børns sundhed og livsstil, rummer oplysninger om, hvilke sprog, der tales i de enkelte hjem (French *et al.* 1997), og på basis heraf kan der gennemføres visse sammenligninger mellem børn i minoritetsgrupper og etnisk danske børn. Det er udnyttet i en vurdering af kultureltilpasning og trivsel blandt skolebørn med indvandrerbaggrund i USA (Yu *et al.* 2003).

Socialforskningsinstituttet har i en gennemgang af dansk forskning i perioden 1995 til 2005 om 12-18-åriges problemer fremhævet, at der hidtil har været ringe fokus på betydningen af etnicitet. Ganske vist indgår etnicitet i en tredjedel af studierne, men uden dog at være det overordnede tema. Der har således i Danmark ikke været nogen stærk tradition for systematisk at belyse køn og etnicitet i studier af unges sociale problemer, og det anbefales derfor i rapporten i større grad at inddrage betydningen af etnicitet i studier af unges sociale problemer og trivsel (Jespersen & Sivertsen 2005).

De fleste undersøgelser om etniske forskelle i psykisk trivsel og sygdom har omhandlet den voksne befolkning og har overvejende beskæftiget sig med immigranter, dvs. personer født i andet land og senere indvandret til vestligt land, dvs. til Europa, USA, Canada, Australien eller New Zealand (Bhugra 2004).

Undersøgelser fra en række andre lande har rapporteret, at der er en højere forekomst af helbredsmæssige problemer blandt flygtninge end i baggrundsbefolkningen. Meget tyder på, at disse forskelle i helbred i høj grad kan tilskrives de psykosociale belastninger, der er knyttet til flygtninge- og indvandrerstatus (Nordentoft 2000) samt forholdene i den ofte meget lange asylfase (Helweg-Larsen & Hauschildt Juhl 2000; Staehr & Munk-Andersen 2006; Laban *et al.* 2004).

Inden for de seneste 5-10 år er der gennemført en lang række undersøgelser af etniske forskelle i forekomsten og karakteren af psykiske lidelser blandt voksne med fokus på etniske forskelle i forekomsten af skizofreni og andre psykoser (Mortensen *et al.* 1997); (Bhugra 2000; Cantor-Graae *et al.* 2003), og i de fleste undersøgelser påvises en større forekomst af skizofreni blandt voksne indvandrere og efterkommere end i majoritetsbefolkningen (Cantor-Graae & Selten 2005).

Sammenlignet med den omfattende forskning om sammenhænge mellem etnicitet, indvandring og skizofreni, er der relativt få studier om etniske forskelle i andre psykiske lidelser. Bhugra (2003) påpeger, at det er uafklaret om migration i sig selv er en risikofaktor for depression (Bhugra 2003; Bhugra 2004). Derimod er der rapporteret stærke sammenhænge mellem sparsom social kontakt og generelle psykiske trivselsproblemer blandt voksne indvandrere (Thapa & Hauff 2005), og der er blandt andet i en række skandinaviske undersøgelser påvist en markant sammenhæng mellem manglende oplevelse af en meningsfuld og sammenhængende tilværelse ("sense of coherence") og depression blandt unge flygtninge (Roth & Ekblad 2006). Ikke overraskende rapporteres der en høj fore-

komst af post-traumatisk stress syndrom, angst og specifikke depressive symptomer blandt flygtninge, der har oplevet vold og tortur (Ekblad *et al.* 2002; Carlsson *et al.* 2006 a).

Inden for de seneste år har der specielt i Sverige været fokus på forekomsten af psykiske lidelser blandt unge adopterede (Cederblad *et al.* 1999; Fensbo 2004; Hjern *et al.* 2002). Der er både påvist en større forekomst af psykiske problemer og af stofmisbrug, selvmord og alvorlig kriminalitet i denne befolkningsgruppe sammenlignet med etnisk svenskere (Hjern *et al.* 2002; Lindblad *et al.* 2003). Tilsvarende rapporterer et studie i New Zealand en relativ høj forekomst af psykiske lidelser blandt adopterede unge, og at hyppigheden stiger markant efter puberteten (Fergusson *et al.* 1995). I andre lande er der ligeledes rapporteret en større forekomst af psykiske lidelser blandt adopterede sammenlignet med ikke-adopterede (Lipman *et al.* 1992; Miller *et al.* 2000).

I Holland, Sverige og Norge er der inden for de seneste år gennemført en række undersøgelser af unge indvandreres psykiske helbred og tilpasning i modtagerlandet (Murad *et al.* 2003; Murad *et al.* 2004; Vollebergh *et al.* 2005; Lien *et al.* 2006; Oppedal *et al.* 2005; Oppedal & Roysamb 2004; Sam 2000; Sam & Berry 1995; Sam & Virta 2003). Brit Oppedal og medarbejdere har i relation til en undersøgelse af psykisk trivsel blandt 13-årige i Oslo gennemgået internationale studier om problemstillingen (Oppedal *et al.* 2005). Hun peger på, at der hidtil kun er gennemført meget få epidemiologiske studier af etniske forskelle i unges psykiske helbred, som har skelnet mellem indvandrere og efterkommere. De foreliggende studier har overvejende været baseret på interviews af børn og unge i udvalgte etniske minoriteter og har haft fokus på integration og psykisk sundhed, selvværd og tilfredshed i sammenhæng med kravet om en tilpasning til en ny kultur (Sam & Berry 1995; Virta *et al.* 2004), og på forekomsten af ængstelse og depression i forhold til sociale relationer til jævnaldrende unge og egen familie.

En undersøgelse i Holland blandt ca. 2.000 børn i 11-års alderen omfattede 10% børn i ikke-vestlige indvandrerfamilier og var baseret på oplysninger både fra børnene selv, deres forældre og skolelærere (Vollebergh *et al.* 2005). En anden undersøgelse analyserede trivsel blandt tyrkiske minoritetsbørn og unge, i alderen 11-18-år, i forhold til jævnaldrende unge i majoritetsbefolkningen (Murad *et al.* 2004). Sammenhænge mellem integration, marginalisering og depression samt lavt selvværd blandt unge indvandrere fra ikke-vestlige lande i Norge er beskrevet i en spørgeskemaundersøgelse blandt 10-17-årige (Sam & Berry 1995). De hollandske og norske undersøgelser omfatter således børn og unge i puberte-

ten og vil derfor kunne relateres til den danske 9. klasses undersøgelse af 15-16-årige, som bl.a. er basis for nærværende rapport.

Der er siden 1986 i Holland gennemført en opfølgingsundersøgelse af en kohorte af adoptivbørn, som alle var adopteret fra udlandet i perioden 1972-1975. Undersøgelsen har omfattet undersøgelser af børnene, da de var 10-15 år, 16-19 år og 22-30 år, samt forældreinterviews. Undersøgelserne har haft relative høje deltagerrandele, 77% blandt kvinder og 68% blandt mænd af den oprindelige kohorte deltog i den tredje undersøgelse i 20-års alderen (Tieman 2006; Tieman 2005).

I det følgende kapitel har vi relateret en række hovedresultater af nærværende undersøgelse til tidligere studier.

## 4. Undersøgelsens resultater relateret til tidligere studier

Formålet med undersøgelsen var at vurdere de mulige etniske forskelle i unges psykiske trivsel og sygdomsforekomst i Danmark og at vurdere betydningen af disse forskelle ud fra andre studier. Flertallet af disse studier har defineret unge i etniske minoritetsgrupper i en samlet gruppe af personer med en anden herkomst end majoritetsbefolkningen eller som første- og anden-generationsindvandrere med eller uden specifikation af oprindelses land. Såvidt det er os bekendt, er der ikke tidligere gennemført studier af etnicitet og psykisk trivsel, hvor etniske minoritetsgrupper er opdelt på indvandrere og efterkommere i familier med henholdsvis homogen og heterogen sammensætning, dvs. henholdsvis familier hvor begge forældre er født i andet land, og familier hvor kun den ene forælder er født i andet land end den unge.

Nærværende undersøgelses opdelingen i to grupper af efterkommere er gjort med henblik på at vurdere, hvorvidt unge i ”kulturelt blandede” familier adskilte sig fra ”kulturelt homogene” familier. Derudover er der defineret en gruppe af unge adopterede mhp vurdere, hvorvidt der, tilsvarende hvad der er rapporteret i Sverige og Holland, også i Danmark forekommer en særlig stor hyppighed af psykiske problemer og sygdomme i denne gruppe af unge.

De to datakilders omfang gjorde det rimeligt at underinddele populationerne i disse fem etniske grupper og at gennemføre alle analyserne opdelt på drenge/mænd og piger/kvinder. Interviewundersøgelsen i 2002 blandt 9. klasses elever omfattede i alt 6.203 unge i 15-16 års alderen, og om hovedparten var der oplysninger om eget og forældres fødeland, hvorudfra etnisk gruppering blev defineret for hver enkelt elev. De to mindste grupper var adopterede, i alt 65, og efterkommere, hvor begge forældre var indvandrere, i alt 196 unge. Der var 335 efterkommere, hvor kun den ene forælder var født i andet land, og i alt 378 indvandrere. Men selv om disse grupper er små, så er de tilstrækkelig store til at analysere forskelle i selvrapporeret psykisk helbred i de enkelte grupper i forhold til flertallet af de unge, i alt 5.194 unge etnisk danske.

Ud fra data i de nationale sundheds- og befolkningsregistre om kontakter i 2003 til det psykiatriske sygehusvæsen og/eller distriktskykiatrien blev der i aldersgruppen 15-24 år identificeret i alt 114 adopterede, 181 efterkommere af to

indvandrere, 643 efterkommere af en indvandrer og 724 indvandrere samt 6.110 etnisk danske.

Vores resultater er baseret på tværsnitsdata, som ikke er indsamlet med det specifikke formål at beskrive forekomsten af psykiske lidelser blandt unge i forskellige etniske grupper i Danmark. Det begrænser muligheden for at drage konklusioner vedrørende årsagerne til de påviste etniske forskelle. Men det kan til gengæld være en fordel, at den høje svarprocent i interviewundersøgelsen og den samlede population i registerundersøgelsen ikke har udelukket særlige etniske grupper pga. lav deltagelse eller manglende registreringer. Det er beskrevet som en alvorligt bias i andre interviewundersøgelser blandt etniske minoriteter, at en vis andel af forældre ikke ønsker deltagelse i sådanne undersøgelser (Oppedal et al. 2005).

I modsætning til andre undersøgelser, som specifikt har omhandlet etnicitet og trivsel, for eksempel studier i Norge (Sam & Virta 2003; Virta et al. 2004; Oppedal et al. 2005; Oppedal et Roysamb 2004), indgår der i nærværende undersøgelse ingen oplysninger om de unges egen oplevelse af integration, diskrimination og marginalisering og deres egen identitet i forhold til minoritets- og majoritetsgrupperne i de enkelte samfund. Det er derfor ikke muligt at drage konklusioner om årsagerne til de påviste, ofte markante etniske forskelle i unges psykiske trivsel i Danmark, som nærværende undersøgelse beskriver. Men det er relevant at relatere resultaterne til andre nordiske undersøgelser, som peger på, at der er sammenhæng mellem de enkelte landes integrationspolitik, graden af diskrimination af fremmede og unges muligheder for psykosocial tilpasning.

### **Etnicitet, psykisk trivsel og sygelighed**

Der foreligger aktuelt en solid forskning om forekomsten af kroniske psykiske sygdomme blandt indvandrere og efterkommere. Fokus har især været på skizofreni og andre psykoser (Bhugra 2000; Cantor-Graae 2005). Der er derimod relativt sparsom epidemiologisk forskning om psykisk trivsel og forekomsten af ikke-kroniske, mindre alvorlige psykiske lidelser. Det er derfor fornyligt anbefalet, at der gennemføres epidemiologiske undersøgelser, der primært belyser forekomsten af de ikke kroniske psykiske lidelser blandt unge i forskellige etniske grupper (Ng 2006).

I nærværende undersøgelse har vi fokuseret på unges selvrapporterede psykiske helbred og kontakter til det psykiatriske behandlingssystem for ikke-kroniske psykiske lidelser, så som nervøsitet, spiseforstyrrelser, personligheds- eller

adfærdsforstyrrelser og selvskadende adfærd. Den supplerer derved den eksisterende viden om etniske forskelle i de mere alvorlige psykiske sygdomme.

Unge piger i de ikke-danske etniske grupper rapporterer flere klager end unge etnisk danske piger. Men det er ikke blot noget, som de selv oplever, de har også hyppigere kontakt til sundhedsvæsenet for lidelser, der kan manifestere sig som psykiske trivselsproblemer i hverdagen. Blandt unge mænd i de etniske minoritetsgrupper af indvandrere og efterkommere er der især en større hyppighed af angst og mareridt end blandt etnisk danske drenge, og en markant større hyppighed af kontakter til sundhedsvæsenet for PTSD.

Der er tidligere publiceret en del studier om forekomsten af PTSD bl.a. i grupper af flygtninge, der har været udsat for tortur (Carlsson 2006b), og blandt internt fordrevne personer under væbnede konflikter (Roth et al. 2006). Disse undersøgelser, blandt andet, bekræfter, at mange indvandrere har alvorlige psykiske følger som følge af traumatiske begivenheder før ankomsten til modtagelandet (Basoglu *et al.* 2005). Men en opvækst hos traumatiserede forældre kan også udgøre en alvorlig risikofaktor for unges trivsel. Børns muligheder for at tilpasse sig i det nye samfund afhænger i høj grad af forældrenes trivsel og evne for tilpasning i det nye samfund og til majoritetsbefolkningens kultur (Guarnaccia & Lopez 1998; Sam & Virta 2003), og nærværende resultater peger på betydningen af disse faktorer.

Unge kvindelige efterkommere, hvor forældre begge er født i andet land end Danmark, rapporterer hyppigt nervøsitet. Sygehuskontakter for nervøse lidelser er hyppigst blandt unge kvinder, hvor den ene forælder er født i et ikke-vestligt land, og kontakter pga. misbrugsrelaterede lidelser størst i den tilsvarende gruppe af unge efterkommere. Disse resultater er i overensstemmelse med tidligere undersøgelser, der rapporterer højere forekomst af nervøsitet og ængstelse blandt unge indvandrere og efterkommere end i majoritetsbefolkningen (Murad et al. 2003; Sam 2000; Oppedal & Roysamb 2004).

Unge kvindelige efterkommere har også flere sygehuskontakter pga. selvskade/selv mordshandlinger end unge indvandrere og etnisk danske, men betydeligt færre end adopterede unge kvinder.

Det er iøjefaldende, at gruppen af unge adopterede adskiller sig fra etnisk danske unge og også fra unge indvandrere og efterkommere ved hyppigere at rapportere tristhed og uoverkommelighedsfølelse. I denne gruppe er kontaktraten til sygehuse omtrent tre gange højere blandt unge mænd og dobbelt så høj blandt



unge kvinder i forhold til raterne blandt unge etnisk danske, især på grund af misbrugsrelaterede psykiske lidelser og for kvinder pga. selvskade/selvsmordshandlinger, personlighedsforstyrrelser og spiseforstyrrelser.

At adopterede har en særlig høj forekomst af psykiske lidelser og især af selvskadende handlinger er tidligere rapporteret (Slap 2001; Hjern, 2002), men at gruppen ikke alene adskiller sig fra ikke-adopterede, men også fra grupperne af unge indvandrere og efterkommere er ikke tidligere beskrevet. Denne problemstilling gennemgås særskilt i et følgende afsnit, hvor vores resultater relateres til tidligere internationale undersøgelser.

### **Akkulturation**

Den proces en migrant gennemgår ved ankomsten til et nyt land er beskrevet som en akkulturationsproces (Koch *et al.* 2004). Akkulturation er den kulturelle forandring, der er resultatet af vedvarende kontakt mellem to forskellige kulturer. Akkulturationsprocessen og de ofte massive sociale forandringer, som immigranter gennemlever, anses at være stærke risikofaktorer for udviklingen af psykiske problemer og defineres ofte som akkulturativ stress. Akkulturativ stress manifesterer sig typisk som en række symptomer af psykosomatisk og psykologisk karakter.

Risikofaktorer for at udvikle denne form for stress er bl.a. tab af tidligere socialt netværk, af en velkendt, ofte patriarkalsk familiestruktur, omdefinering af det psykologiske selv billede, psykosociale belastninger i asylfasen, uddannelsesmæssige problemer, arbejdsmarkedsmarginalisering og diskrimination i hverdagen. Det er faktorer, som ofte er tilstede i indvandrerfamilier. De etniske minoriteter i Danmark har generelt ringere levevilkår end den danske baggrundsbefolkning. Der er beskrevet et voksende etnisk proletariat i Danmark som følge af diskrimination, marginalisering i en ikke optimal integrations- og velfærdspolitik (Socialforskning 2005). Etniske minoriteter har dårligere boligforhold, højere arbejdsløshed og ringere sociale kår end resten af den danske befolkning, og disse forskelle er blevet mere synlige inden for de senere år (Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration 2003; Dahl 2005). En nylig undersøgelse af uddannelsesfremskridt blandt danske børn og efterkommere af indvandrere rapporterede, at en markant lavere andel af tyrkiske efterkommere startede en videregående uddannelse, og at det kunne forklares ved en svag social baggrund, hvorimod frafaldsraten blandt efterkommere bla. kunne relateres til psykosociale problemer (Colding 2005).

Gennemgående rapporteres der i nordiske undersøgelser flere psykiske problemer blandt unge med indvandrerbaggrund, og også en mindre grad af social tilpasning og flere adfærdsproblemer i skoler. Der er en sammenhæng med disse problemer og de unges egen rapportering af uoverensstemmelser i familien om normer og værdier (intergenerational value discrepancies), og dermed er unges psykosociale problemer i høj grad relateret til forældrenes tilpasning til det nye lands normer (Sam 1998; Sam & Virta 2003). Men de unges egen mulighed for identifikation både med forældres og det nye samfunds kultur synes også at spille en betydelig rolle.

En interviewundersøgelse af psykiske helbredsproblemer, selvagtelse og tilfredshed blandt 12-19-årige med tyrkisk baggrund i Norge og i Sverige sammenlignet med jævnaldrende etnisk norske og svenske unge påviste umiddelbart flere psykiske problemer og dårligere selvopfattelse blandt de unge med tyrkisk baggrund, men ved kontrol for en række socio-demografiske faktorer var der ikke forskelle mellem unge etnisk svenske og unge med tyrkisk baggrund i Sverige. Det var der derimod i Norge, hvor de unge med tyrkisk baggrund havde dårligere mental trivsel end både unge med tyrkisk baggrund i Sverige og unge etnisk norske, også ved kontrol for familiens socioøkonomiske forhold (Virta et al. 2004). Undersøgelsen inkluderede oplysninger om de unges egen opfattelse af tilpasning, integration, diskrimination og kulturel identifikation med deres tyrkiske baggrund. Der var sammenhæng mellem marginalisering, sparsom identifikation både med egen og med modtagerlandets kultur og graden af psykiske trivselsproblemer. At der var forskelle i Norge, men ikke i Sverige, mellem unge med tyrkisk baggrund i forhold til majoriteten af unge i landet kunne delvist forklares ved en lavere grad af tyrkisk identitet og en større oplevelse af diskrimination blandt de unge i Norge. Som en mulig og nærliggende forklaring herpå beskrives svensk indvandringspolitik i langt højere grad end norsk at have støttet bevarelsen af multikulturelle etniske minoriteter, mens norsk politik i højere grad har været rettet mod en assimilering og hurtig integration af etniske minoriteter (Virta et al. 2004).

En interviewundersøgelse blandt unge i indvandrerfamilier i Norge fra forskellige lande havde fokus på de unges selvrapporterede tilfredshed. Der var en positiv sammenhæng mellem etnisk identitet, mestring og tilfredshed, og opvækst i et etnisk homogent område var også relateret til tilfredshed med livet (Sam 1998). Andre undersøgelser af psykisk trivsel blandt unge i etniske minoritetsgrupper har beskrevet depression, ængstelse og psykosomatiske symptomer som de hyppigste forekommende problemer og har relateret forekomsten til graden af diskrimination og krav om tilpasning til ændrede kulturelle normer (Sam & Berry

1995). Tidlig forskning om udviklingen fra barndom til ungdom har peget på betydningen af stabil kulturel identifikation (Erikson 1968), og det er fremført, at psykiske problemer blandt unge i etniske minoritetsgrupper kan være knyttet til at disse unge både skal tilpasse sig identiteten i egen etniske gruppe og i den etniske majoritetsgruppe (Berry & Sam 1997).

Udenlandske undersøgelser rapporterer, at til trods for at børn som regel er hurtigere til at tilpasse sig nye forhold end voksne, så kan unge indvandrere og efterkommere blive fanget i en konflikt mellem familiens ønske om kontinuitet og samfundets krav om tilpasning. De unge kan opleve en konflikt mellem loyalitet over for familien og et ønske om at have samme opvækstvilkår og sociale kontakter som andre unge (Browner-Elhanan 1997; Guarnaccia & Lopez 1998; Kvernmo & Heyerdahl 2003; Yu *et al.* 2003). Denne konflikt forstærkes i skolealderen og teenageårene. En følelse af fremmedgørelse og af modsatrettede normer og værdier kan komme til at præge de unges selvopfattelse og identitet. Identitetsproblemet kan opstå, når det ikke er oplagt, hvem de unge skal spejle sig i.

Det beskrives således, at unge indvandrere og efterkommere meget ofte oplever en konflikt mellem familiens og det nye samfunds krav, og at forventningen om dobbelt tilpasning kan give anledning til psykiske og emotionelle problemer (Koch *et al.* 2004; Alberdi *et al.* 2002; Browner-Elhanan 1997; Guarnaccia *et al.* 1998; Oppedal *et al.* 2005; Sam & Berry 1995).

De påviste etniske forskelle i Danmark i unges psykiske trivsel og kontaktmønstre til det psykiatriske behandlingssystem ville sandsynligvis kunne relateres både til psykosociale forhold i deres familier og til den danske indvandringspolitik, som på mange måder har tilstræbt hurtig integration af etniske minoriteter, og som ikke har kunnet minimere marginalisering og diskrimination af etniske minoritetsgrupper.

### Familieforhold

En anden væsentlig faktor for dårlig psykisk trivsel og forekomst af nervøse lidelser og personlighedsforstyrrelser blandt unge i etniske minoritetsgrupper er forældrenes psykosociale problemer og manifesterede psykiske lidelser. Vore data inkluderer desværre ikke oplysninger om de unges forældre, og betydningen af forældres psykosociale trivsel vil derfor ikke kunne indgå konkret i fremtidige, supplerende analyser. Men det rapporteres i andre undersøgelser, at følelsesmæssig nærhed til forældre er en væsentlig forebyggende faktor for udviklingen af psykiske problemer (Murad *et al.* 2003; Sam & Berry 1995). En række oplysning-

ger om unges mulighed for at søge rådgivning og støtte hos forældre og kammerater indgår i 9. klasses undersøgelsen, og disse data vil kunne belyse de mulige sammenhænge mellem sociale relationer og psykiske problemer i de forskellige etniske grupper.

En undersøgelse i Norge blandt unge med indvandrerbaggrund har vurderet, hvorvidt de unges egne eller forældres oplevelser under væbnede konflikter har den største betydning for forekomsten af psykiske problemer blandt de unge. For det første blev det påvist, at hver syvende af de unge selv havde oplevet krig og/eller væbnede konflikter, og at hver tredje havde forældre, som havde sådanne oplevelser. For det andet viste det sig, at forældres oplevelser havde større betydning for den unges psykiske trivsel end egen oplevelser (Lien et al. 2006).

I Danmark har de unges forældre også i vidt omfang oplevet krig og væbnede konflikter, og de har gennemlevet sociale og kulturelle opbrud pga. migrationen, uafhængigt om denne skyldtes flugt fra forfølgelse eller udvandring mhp. familiesammenføring, arbejde eller uddannelse. De faktorer, der fører til udvandring, er ofte i sig selv alvorlige risikofaktorer for psykisk sygdom, fx fængsling, tortur, tab af pårørende, tab af social position pga. politisk forfølgelse og vold, seksuelle overgreb, fattigdom og materielle afsavn pga. væbnede konflikter.

Der har i de senere år været stigende opmærksomhed på betydningen af forhold omkring indvandringen, herunder asylfasen, og risikoen for at udvikle psykiske lidelser, først og fremmest posttraumatiske stressreaktioner (Silove et al 1997). Forholdene i modtagelandet, herunder længden og kvaliteten af ophold i modtagecentre, den efterfølgende mulighed for integration og de racemæssige og kulturelle fordomme i majoritetsbefolkningen påvirker flygtnings og asylsøgers psykiske trivsel og deres mulighed for at fungere godt i deres egen familie og i det nye samfund (Carta *et al.* 2005; Steel *et al.* 2006; Laban 2004). I Danmark opholder asylansøgere sig ofte mange måneder til år på asylcentre. Der er her sjældent mulighed for de aktiviteter, der er knyttet til en velfungerende familie.

Boligforholdene er beskedne med stærkt indskrænket privatliv og ro, og de voksne asylsøgere er påvirket af usikkerhed om fremtiden for dem selv og familien. Det er derfor ikke overraskende, at der påvises en relativ høj forekomst af psykisk sygdom og også af selvskadende adfærd blandt asylsøgere (Carli & Ruud 2004; Stæhr & Munk-Andersen 2006).

## **Generationsforskelle**

Betydningen af opbrud og kulturelle konflikter for forekomsten af skizofreni blandt indvandrere er især beskrevet i britiske studier (Bhugra 2000; Mallett 2004; Saravanan 2005). Men der er også rapporteret en større forekomst af skizofreni blandt efterkommere til indvandrere i forhold til førstegenerations indvandrere (Cantor-Graae 2005).

Denne generationsforskelle i forekomsten og karakteren af psykisk sygdom blandt etniske minoriteter genfindes i nærværende undersøgelse. For de fleste psykiske lidelser var der en større forekomst blandt efterkommere end for indvandrere. I undersøgelsen, der omfatter alle 15-66-årige der er registreret med en kontakt til psykiatrien i 2003, påviste vi desuden, at visse kroniske psykiske lidelser forekom hyppigere blandt unge end midaldrende personer i grupperne af efterkommere og mindre ofte blandt indvandrere (Helweg-Larsen et al. 2007). Dette fund er bl.a. søgt forklaret som en reaktion på konflikter mellem forældrenes og modtagerlandets forskellige kulturer (Saraiva *et al.* 2005) og sociale problemer tilknyttet forældrenes dårlig uddannelse, arbejdsløshed og fattigdom, som præger familiens trivsel og børnenes mulighed for identifikation med majoritetsbefolkningen (Syed 2006).

## **Etnisk sammensatte familier**

Vi fandt den højeste kontaktrate til sundhedsvæsenet for psykiske sygdomme blandt unge adopterede og gruppen af efterkommere B, dvs. unge som er vokset op i familier, der enten har en helt anden etnisk baggrund end den unge selv, eller i familier med en sammensat "etnicitet", dansk og ikke-dansk. Det skal pointeres, at i de sammensatte familier kan forældrene meget vel være fra nærliggende lande, dvs. fra Danmark og fx et andet nordisk land, og alligevel have betydelig forskellig indstilling til børneopdragelse, seksualitet og kønsroller.

Omfanget af psykiske problemer og sygdomme for efterkommere B overrasker dog, fordi det tilsyneladende strider imod den antagelse, at det at have en dansk forældre har en social beskyttende effekt. I stedet kunne det tyde på, at et kulturmøde, der finder sted inden for familiens rammer, er mere konfliktfyldt for den unge, end når mødet eller konflikten finder sted mellem en etnisk ens familie og det omgivende samfund. Samtidig tyder tallene noget overraskende på, at der ligger en højere beskyttelseseffekt i at vokse op i en etnisk ens familie end i en etnisk sammensat familie til trods for, at den ene del af familien er fra landets dominerende etnicitet, i dette tilfælde dansk. Disse fund er i overensstemmelse med fundene i de norske undersøgelser af psykisk trivsel i etniske minoritets-

grupper, hvor en høj grad af etnisk identitet synes at beskytte mod psykiske problemer og være relateret til tilfredshed og trivsel (Sam 1998; Virta et al. 2004). Samstemmende viste som beskrevet en undersøgelse blandt 15-16-årige ikke-vestlige minoritetsgrupper i Oslo en sammenhæng mellem identitetskonflikter og psykiske problemer (Oppedal et al. 2005).

Det er med denne baggrund forståeligt, at nærværende undersøgelse påviser en lavere kontaktrate blandt andet for nervøse lidelser og personlighedsforstyrrelser for efterkommere A end for efterkommere B (efterkommere med henholdsvis to og kun en indvandrerforældre/ forælder).

For både efterkommere As og Bs vedkommende, må det forventes, at kulturmødet opleves stærkere i samfund, der er overvejende monokulturelle, som det danske, i forhold til mere multikulturelle samfund, hvor kendskabet til og tolerancen overfor andre kulturer er højere (Saraiva et al, 2005; Sam & Virta 2003). Selvom unge efterkommere A oplever et kulturmøde mellem familien og samfundet, kan de være i mere trygge rammer end efterkommere B, der gennemlever kulturmødet inden for hjemmets fire vægge. Dette kunne tyde på, at den sociale kapital i form af gode familienetværk er stærkere for etniske ens familier end for etniske sammensatte. Det underbygges af forskningsresultaterne fra andre nordiske lande (Sam & Virta 2003).

Indvandrere fra ikke-vestlige lande kommer fra muslimske, buddhistiske eller hinduistiske kulturer, hvor samfundet i langt højere grad end i de vestlige samfund bygger på kollektivismen frem for individualisme. Indvandrerne skal derfor selv tilpasse sig nye normer, og de skal acceptere, at deres børn vokser op med en anden norm for personlig udfoldelse og selvstændighed. I følge de norske undersøgelser blandt skolebørn har indvandrerfædre især vanskeligt ved at rumme døtres løsrivelse og i forældreinterviews rapporterer fædre flere problemer blandt døtre end blandt sønner (Oppedal & Roysamb 2004).

### **Selvrapporert helbred og tro på egen indflydelse**

Vi fandt signifikant sammenhæng mellem etnicitet og selvvurderet helbred blandt de 15-16-årige. Det er i overensstemmelse med tidligere undersøgelser, som har rapporteret en højere forekomst af både fysiske og psykiske helbredsmæssige problemer blandt indvandrere og flygtninge end i baggrundsbefolkningen (Newblodt & Danforth 2003; Robertson et al. 2003; Stella et al. 2003; Cheung & Spears 1995). Til gengæld blev der i en tidligere dansk udskolingsundersøgelse i 1996/97 ikke beskrevet en større forekomst af helbredsproblemer blandt 15-

årige i etniske minoritetsgrupper i forhold til etnisk danske unge (Petersen et al 2000).

Der var i nærværende undersøgelse mere markante kønsforskelle i selvvurderet helbred blandt unge i de etniske minoriteter end blandt etnisk danske unge. Det kan muligvis skyldes, at pigerollen hos mange etniske minoriteter adskiller sig fra den typisk danske pigerolle.

De fleste af de etnisk danske elever ved godt, at deres egen adfærd kan få betydning for, hvordan deres sundhedstilstand er. For pigers vedkommende er det kun 6% og for drenge 8%, som tvivler på, at de kan gøre noget for deres eget helbred. Det tyder på at de unge har kendskab til livsstilsfaktorer, der har betydning for trivsel og helbred. Spørgsmålet fortæller dog intet om, hvorvidt budskabet er korrekt forstået, men svarerne viser, at de fleste unge har en eller anden form for tro på, at de vil kunne gennemføre specifikke aktiviteter, som får positiv betydning for deres helbred, dvs. har en høj grad af self-efficacy (egen ydeevne). Men en signifikant større andel af unge i de etniske minoritetsgrupper end andelen blandt etnisk danske giver udtryk for lav self-efficacy. Det gjaldt for 15% af drenge og 18% af piger i gruppen af indvandrere og for 23% af drenge og 21% af piger i gruppen af efterkommere A.

Denne forskel kan eventuelt relateres til mindre viden om sundhedsrelaterede emner hos etniske minoriteter sammenlignet med majoritetsbefolkningen i Danmark, men kan også være udtryk for en kulturelt betinget indstilling til egen indflydelse, og dermed en større afmagt over for positivt at ændre belastninger. Self-efficacy i relation til sundhedsadfærd er relateret til egne positive oplevelser, opbakning fra primære sociale relationer, observation af rollemodeller og ligesindede samt viden om aktivitetens positive udfald. At signifikant færre unge fra etniske minoriteter rapporterer tillid til, at de selv kan have indflydelse på deres helbred er et væsentligt fund, der bør inddrages i planlægning af folkeskoleundervisning mm.

### **Kønsforskelle**

Der findes store kønsforskelle, når det gælder antallet af psykiske symptomer hos unge i pubertetsalderen (Hetland *et al.* 2002). At piger rapporterer flere psykiske problemer end drenge er søgt forklaret ved pigers tidligere kønsmodning, og at der i tilslutning til kønsmodningen sker større fysiske forandringer hos piger end for drenge, som kan medføre en stor opmærksomhed på fornemmelser og ofte en somatisering af normale biologiske reaktioner (Wool & Barsky 1994).

Det beskrives endvidere, at der i ikke-vestlige kulturer er en større tendens til, at psykiske problemer kommer til udtryk i somatiske klager, og at det især gør sig gældende for kvinder (Alberdi et al. 2002). Det kan derfor forventes, at de pågældende problemer i særlig grad kommer til udtryk som fysiske symptomer blandt unge med ikke-vestlig baggrund.

Biologiske forskelle i drenge og pigers udvikling omkring puberteten kan muligvis delvis forklare kønsforskellene i selvrapporteret helbred og psykisk trivsel, men som anført tidligere er der forskelle i opdragelsen og kønsroller for drenge og piger, og måske i særlig grad blandt børn i etniske minoritetsgrupper (Virta et al. 2004). Generelt ser det ud til, at drenge opdrages til at være mere orienteret mod udforskning af omgivelserne, uafhængighed og selvstændighed. Pigerne derimod, orienteres mere mod de nære relationer og definerer ofte sig selv i forhold til omgivelserne, hvilket synes at gøre dem mere sårbare end drengene (Helweg-Larsen et al. 2003). Denne kønsforskel gør sig muligvis især gældende i andre end vestlige kulturer, hvor blandt andet kvinders adfærd spiller en større rolle for familiens ære end i vestlige kulturer.

I den vestlige kultur opfattes ungdomsperioden som en særlig udviklingsfase mellem barne- og voksenalder, hvori der naturligt indgår udforskning af egen identitet og en løsrivelse fra familien. I ikke-vestlige kulturer er der ikke nødvendigvis den samme forståelse af ungdomsperioden og det mulige brud med familiens normer. Undersøgelser blandt indvandrere i Holland beskriver således, at forældre beskriver en række problemer blandt deres døtre, men ikke blandt sønnerne (Vollebergh et al. 2005).

Kønsforskelle i psykisk trivsel blandt unge i etniske minoritetsgrupper kan måske også relateres til kønsforskelle i reaktioner på eksterne risikofaktorer. Det er blandt voksne påvist, at kvinder oftere udvikler PTSD og andre psykiske lidelser som følge af traumatiske oplevelser under væbnede konflikter (Helweg-Larsen & Kastrup 2006). Undersøgelser af flygtningebørn i Danmark har dokumenteret, at en stor andel har oplevet vold, tab af pårørende og uvished om forældres skæbne. Disse oplevelser er en stærk risikofaktor for at udvikle psykiske og psykosomatiske reaktioner (Montgomery 2000; Abdalla 2002), og der er muligvis kønsforskelle i risikoen. I en undersøgelse blandt 13-årige unge med indvandrerbaggrund i Oslo rapporterede hver fjerde pige en forudgående alvorlig oplevelse, som de ikke kunne tale med nogen om. Der var ikke tilsvarende hyppighed af sådanne udsagn blandt drengene (Oppedal & Roysamb 2004).



## Adoptivbørn

Siden adgang til fri abort i 1973 er der kun bortadopteret få danske børn, årligt ca. 15 børn ud af et samlet antal på ca. 700 adoptioner uden for familien, dvs. eksklusiv ”stedbarnsadoptioner”. I perioden 1975-1990 kom langt de fleste adoptivbørn fra lande i Asien og Sydamerika. Siden starten af 1990erne er der årligt adopteret knap 100 børn fra østeuropæiske lande.

Som beskrevet påviste vi en særlig høj forekomst af psykiske problemer blandt adopterede, så som depression, selvskadende adfærd, nervøse lidelser og personlighedsforstyrrelser. Inden for de seneste ti år er der internationalt publiceret en række undersøgelser af helbredsforhold blandt adopterede, som tilsvarende rapporterer større psykisk sygelighed og højere selvmordsrate blandt adopterede i forhold til ikke-adopterede.

Der er i en dansk region gennemført en delvist registerbaseret undersøgelse af 1.040 adoptivbørn, som er sammenlignet med ikke-adopterede. Der var en signifikant større forekomst af psykiske lidelser i adoptiv-gruppen og også flere tilfælde af svære fysiske lidelser og mental retardering. Ud fra et selvudfyldt spørgeskema blev der påvist større grad af stress og psykiske problemer blandt adoptivforældre til børn fra Østeuropa i forhold til de øvrige forældre (Fensbo 2002). Resultaterne forventes snart publiceret. Samme forfatter har gennemgået international litteratur om problemstillingen (Fensbo 2004) og påpeger ligesom en tilsvarende dansksproget oversigt over adoption og helbred (Laubjerg & Petersson 2006), at der endnu ikke er publiceret danske studier.

I Holland er en kohorte på ca. 2.000 adopterede fra andet land blevet fulgt i interviewundersøgelser siden 1986, hvor børnene var 10-15 år gamle. Den første opfølgingsundersøgelse blev gennemført, da de unge var 14-18 år, i form af selvudfyldte spørgeskemaer blandt de unge og deres adoptivforældre. Knap 71% af den oprindelige kohorte deltog i undersøgelsen. De unge blev igen interviewet i 24-30-årsalderen (Tieman 2006). I den første undersøgelse indgik der oplysninger fra forældrene om adoptivbørnenes forhold før adoptionen. Forældrene angav, at 45% havde været udsat for omsorgssvigt, 13% for misbrug, og mere end halvdelen havde haft skiftende opholdssteder. I 14-18-års alderen var omfanget af adfærdsproblemer øget blandt adopterede i forhold til i 10-15-års alderen. Der var ikke nogen relation mellem omfanget af problemer, alder ved ankomst til Holland og rapporterede ugunstige forhold før adoptionen (Verhulst & Versluis-den Bieman 1995). Det fremhæves specielt i undersøgelsen, at der ikke var nogen sammenhæng mellem oplevet diskrimination og adfærdsproblemer, og at de unges egen vurdering af deres psykiske trivsel ikke havde sammenhæng med om-

sorgssvigt før ankomsten til Holland. Derimod var der en svag sammenhæng mellem forældrenes rapportering af et sådant omsorgssvigt og forekomsten af afvigende adfærd blandt de unge. Ved genundersøgelsen i 24-30-års alderen var omfanget af psykiske problemer i form af ængstelse og misbrug øget, mens omfanget blandt ikke-adopterede var stabilt i den øvrige befolkning, og forskellene mellem adopterede og ikke-adopterede var således øget over tid (Tieman 2006). En amerikansk undersøgelse har påvist en knap dobbelt så høj risiko for selvmordsforsøg blandt unge adopterede i forhold ikke-adopterede (Slap 2001). I Sverige er der ud fra registerdata blandt adopterede i forhold til ikke-adopterede fundet en knap fire gange højere risiko for selvmord og selvmordsforsøg, tre gange større risiko for sygehusindlæggelse pga. psykisk sygdom og fem gange større risiko for stofmisbrug (Hjern 2002).

Vores undersøgelses resultater er således samstemmende med tidligere studiers. Det er nærliggende at antage at forskellene mellem adopterede og ikke-adopterede i det væsentlige kan forklares ved forhold før adoptionen, især mangelsygdomme, omsorgssvigt og følelsesmæssig deprivation. Det er derfor overraskende, at de hollandske undersøgelser ikke påviser nogen signifikant sammenhæng mellem oplevelser før adoptionen og psykiske problemer i ungdommen. Derudover fandtes en paradoks sammenhæng med forældres socioøkonomiske status og problemer blandt adopterede, idet der var signifikant flere problemer blandt adopterede end ikke adopterede, når forældrene havde høj socioøkonomisk status (Tieman 2005; Tieman 2006).

Andre undersøgelser diskuterer, hvorvidt sen adoption, dvs. når barnet er et år eller mere, har betydning for en senere forekomst af psykosociale problemer (Nickman, Rosenfeld, et al. 2005). Betydningen af alvorlig psykisk deprivation på grund af manglende tilknytning til voksne og fysisk og psykisk understimulation samt fejlnærings nævnes også som forklarende faktorer.

En årsag til bortadoption kan være psykisk sygdom hos den biologiske moder. Denne faktor er som regel uoplyst, og der kan derfor kun gisnes om betydning af genetiske faktorer på den rapporterede forekomst af psykiske sygdomme og adfærdsproblemer blandt adopterede. Den høje forekomst af psykiske problemer blandt adopterede kan foruden forhold før adoption også delvist skyldes en oplevelse af fremmedhed i familien og i forhold til majoritetsbefolkningen.

I Danmark sker en adoption på baggrund af en forudgående vurdering af de kommende adoptivforældres egnethed. Det må derfor antages, at disse forældre ikke har psykiske sygdomme eller andre manifesterede psykosociale problemer. Men

der er utilstrækkelig viden herom. Det danske Adoptionsnævn har inden for de seneste år støttet enkelte forskningsprojekter, hvis formål er at skaffe viden om, hvordan det går adoptivbørn i barndommen og senere i voksenlivet i Danmark. Nævnet har også støttet grupper af adoptivbørn, fx Korea Klubben.

Der er i en række regioner (amter) oprettet lokalforeninger af ”Adoption & Samfund”, som yder rådgivning i alle faser af adoptionsproceduren, men os bekendt er der ikke etableret systematisk vejledning eller rådgivning til adoptivforældre om den øgede risiko, der synes at eksistere, for at der opstår psykiske og adfærdsmæssige problemer hos børnene, og for at disse problemer kan tiltage i løbet af puberteten. I Holland og Norge informeres adoptivforældre herom, og der tilbydes konsekvent rådgivning efter barnets ankomst. Der er evidens for, at også blandt adoptivforældre har tilknytningen mellem især adoptivmoderen og barnet den største betydning for barnets udvikling og trivsel, og at tidlig støtte og rådgivning til forældrene kan optimere denne tilknytning (Stams et al. 2002).

Der er fornyligt gennemført en undersøgelse af rumænske adoptivbørn og –familier i Danmark med fokus på den hjælp, der er ydet til børn og forældrene (Mehlbye 2005). Undersøgelsen er baseret på spørgeskemaundersøgelser til alle 160 familier, der har modtaget et rumænsk adoptivbørn i perioden 1990-2000, kvalitative interviews af udvalgte adoptivforældre og –børn og blandt sagsbehandlere, private adoptionsorganisationer og adoptionssekretariater. Undersøgelsen viste, at der er behov for at forældrene tilbydes tidlig hjælp til at håndtere især de problemer, der er knyttet til fysiske og psykiske sygdomme hos barnet. Forældrene efterlyste en tættere opfølgning og mere kvalificeret vejledning fra kompetente fagfolk efter adoptionen og en fortsat opfølgning under hele barnets opvækst. Der fandtes en stor forskel i de enkelte amters tilbud om rådgivning og støtte. I nogle amter er der oprettet forældregrupper med psykologstøtte, men der er generelt utilstrækkelige tilbud om direkte støtte til børn og unge i adoptivfamilier, hvor de fx kan diskutere og få rådgivning om deres særlige problemer (Mehlbye 2006).

### **Misbrug**

Undersøgelser fra England og Skotland har peget på religion og kultur som faktorer, der beskytter mod højt alkoholforbrug. Bradby og Williams (2006) har rapporteret det lave alkohol misbrug blandt unge muslimske, sikh, og hindu efterkommere sammenlignet med kristne. En undersøgelse blandt 15-22-årige unge andengenerationsindvandrere i Schweiz påviste, at disse unge havde signifikant

lavere alkoholforbrug end unge i majoritetsbefolkningen. Religiøse og kulturelle faktorer synes derimod ikke at beskytte mod andre misbrugsproblematikker.

Indvandrere er den gruppe, hvis kontaktmønster for misbrugsrelaterede lidelser, mest ligner danskernes. Undersøgelser fra Sverige har peget på, at misbrug blandt indvandrere og efterkommere kan hænge sammen med en række former for psykosociale belastninger, fx mangel på meningsfuld og sammenhængende tilværelse, manglende integration, lav følelse af kontrol over eget liv, økonomiske vanskeligheder, ringe socialt netværk og diskrimination (Saraiva. 2006).

Vores undersøgelse påviser markant forskel i kontaktrater vedrørende misbrugsrelaterede lidelser for adopterede mænd og kvinder, som også har flere kontakter pga. personlighedsforstyrrelser. Dette forhold underbygger en hypotese om sammenhæng mellem personlighedsforstyrrelser og misbrug.

### **Nervøse lidelser**

Nervøse forstyrrelser er generelt hyppigere forekommende blandt kvinder, hvilket er påvist ved epidemiologiske befolkningsundersøgelser fra en række lande (Tseng 2001). Herværende undersøgelse bekræfter, at det i høj grad er yngre kvinder i alle etniske grupper, der søger behandling pga. nervøse forstyrrelser. De særlige problemstillinger hos unge kvinder, som er adopterede eller af `blandet` etnisk baggrund, genfindes også i undersøgelsens fund for personlighedsforstyrrede, og siger noget om de identitetsproblemer, denne gruppe oplever. Herhjemme er det påvist, at allerede 9.klasses piger med indvandrerbaggrund rapporterer flere nervøse klager og mener sig i mindre grad i stand til at kunne gøre noget ved egen situation sammenlignet med en tilsvarende gruppe af unge danske piger (Bennedsen et al. 2006). Der er megen fokus på udadreagerende adfærd og kriminalitetsrisiko blandt yngre mænd med indvandrerbaggrund, hvorimod den hyppige tilstedeværelse af nervøse forstyrrelser blandt unge kvinder af anden etnisk herkomst hidtil har været utilstrækkeligt belyst.

Det er påfaldende, at der blandt unge mandlige adopterede findes en omtrent lige så høj rate som blandt adopterede unge kvinder.

### **PTSD**

Migration er påvirket af et samspil af en række interagerende faktorer (Bhugra & Becker 2005). Præ-migratorisk vil en række forhold påvirke personens beslutning om at migrere og have betydning for vedkommendes mentale tilstand. Der er tale

om fx psykologisk, social og biologisk sårbarhed; politiske forhold i hjemlandet; uddannelse og familiære forhold.

En betydelig del af de indvandrere, der er kommet til Danmark – og det gælder især for flygtningegruppen - bærer på traumatiske oplevelser i form af forfølgelse, diskrimination, krigsoplevelser og/eller tortur fra hjemlandet. I disse befolkningsgrupper er traumatisk betingede følgetilstande hyppige, da langvarig psykisk belastning kan føre til psykiske problemer hos tidligere raske individer. Der er en klar korrelation mellem udsættelse for traumatiske begivenheder og belastninger før og efter flugt og prævalens af psykiatrisk lidelse. Migrationsprocessen gennemløber karakteristisk flere faser, og tiden efter migrationen vil ofte være præget af talrige tab (af familie, sprog, værdier, socialt netværk); usikkerhed for fremtiden; sociale, arbejdsmæssige og økonomiske problemer; sproglig isolation og diskrimination.

Flygtningegruppen er særlig belastet, dels pga de begivenheder, der førte til flugten, dels den usikkerhed, der oftest vil karakterisere asylperioden, og dels de særlige tab denne gruppe er udsat for. Antallet af traumatiske begivenheder har vist sig at være en væsentlig prædikator for udvikling af depressive symptomer og angstsymptomer selv mere end 5 år efter migrationen (Chung et al 1993). Migration, exil og flygtningestatus er særlig vanskelige for unge og kan påvirke deres kognitive udvikling, identitetskabelse, og de kan danne grobund for udvikling af PTSD. De unge kan føle sig forvirrede og usikre, men PTSD kan imidlertid være maskeret bag acting-out adfærd og misbrug (Adam & van Essen 2004). Blandt unge eksil cubanere er der påvist en signifikant dosis-effekt sammenhæng mellem antal af stressorer og sværhedsgraden af de selv rapporterede PTSD symptomer (Rothe 2005). Endvidere synes symptomerne ikke blot at have en betydning for udviklingen i teenageårene, men også i voksenlivet. Det er derfor vigtigt for klinikere at sætte sig ind i unge flygtnings oplevelser og hvad der karakteriserer PTSD i denne aldersgruppe (Rothe et al 2002).

Mænd og kvinder har forskellige livstidsrisici for at udsættes for traumatiske livsbegivenheder og oplever forskellige typer af traumer, men udsatte for det samme traume, har kvinder en større risiko for at udvikle PTSD. I følge the International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS 2000) har kvinder en dobbelt så høj livstidsprævalens for PTSD som mænd. Undersøgelser af Holocaust overleverere har vist, at kvinder signifikant oftere viser psykologiske stresstegn (85%) mod mænds 65% (Carmil & Carel 1986), Høj forekomst af PTSD er rapporteret blandt Kosova flygtninge i USA, hvor op mod 60% viste PTSD med højere sco-

re blandt kvinder (Ai et al 2002), og også blandt tamilske flygtninge sås højere PTSD forekomst blandt kvinder (Reppesgaard 1997).

Blandt de unge i nærværende undersøgelse fandtes den højeste kontaktrate for PTSD blandt unge indvandrermand, ca. 17 gange højere end blandt unge etnisk danske mænd, og raten var påfaldende høj blandt kvinder, som var efterkommere efter en indvandrer og en dansk forælder. Unge flygtninge har ofte været udsatte for multiple traumatiske begivenheder og svære tab og selv om de ofte har stor modstandskraft har mange psykiske problemer inklusive PTSD (Ehnholt and Yule 2006). Undersøgelser har demonstreret at op mod 40% af flygtningebørn i London viser psykiske problemer især depression, PTSD og angstlidelser (Hodes 2000). Slodnjak finder blandt unge flygtninge fra Bosnien at posttraumatiske stress reaktioner ses hos op mod to tredjedele af børn men at hos de fleste er symptomerne ikke forbundet med dårligere skole resultater eller andre tydelige adfærdssymptomer (Slodnjak 2004). At udvikle PTSD er ikke forbeholdt flygtninge. I en undersøgelse af unge svenskere involveret i en diskoteksbrand fandt man at 25 % af de unge opfyldte kriterierne for PTSD 18 måneder senere med den højeste forekomst blandt unge af indvandrerbaggrund (Broberg et al 2005).

Det er forklarligt at det netop er mandlige indvandrere der har den højeste rate, og at raten også er forholdsvis høj blandt unge indvandrerkvinder, men der er ikke nogen umiddelbar forklaring på den relativt høje rate blandt de unge kvindelige efterkommere B.

Forskning om kønnets betydning for udvikling af senfølger efter svære traumer har tenderet til at fokusere på individuel sårbarhed og kun i mindre grad gjort opmærksom på de meget forskellige situationer, mænd og kvinder lever under som flygtninge. Kvinder vil typisk have ansvar for børn og ældre og vil ofte ikke have mulighed for at få tilgodeset egne behov, ligesom de ofte vil have været de sidste til at få adgang til forsyninger og medicinsk hjælp i flygtningelejre (Kastrup & Arcel 2004).

Ankommet til modtagerlande vil det også ofte være mænd, der først kommer til behandling på de særlige traumebehandlingssteder, hvilket delvist kan forklares ved, at det oftere er mænd, der har været fængslet, i krig, mm, mens kvindernes overgreb typisk har været af seksuel karakter og sjældnere foregået i det offentlige rum.

Herværende undersøgelse antages kun at omfatte en vis andel af de unge traumatiserede flygtninge, nemlig dem, der har været henvist til det psykiatriske behandlingssystem, og som man må formode har særlig graverende symptomer. De

observerede rater giver derfor ikke et validt billede af de PTSD relaterede problemers omfang.

### Personlighedsforstyrrelser

Vores resultater stemmer overens med fundene fra andre, internationale undersøgelser (Torgersen 2005). Det er hævdet, at personlighedsforstyrrelser er betinget af både genetiske og sociale faktorer (Cloninger et al. 1993), men en genetisk disposition for at udvikle personlighedsforstyrrelser er ikke veldokumenteret. De undersøgelser, der har peget på en genetisk betydning, bygger på information indsamlet fra personer diagnosticerede med lidelsen og deres (biologiske) pårørende. Hvorvidt adopterede unge i højere grad end andre unge er genetisk disponerede for personlighedsforstyrrelser, kan ikke eftervises, da der kun meget sjældent er tilgængelige oplysninger om de biologiske forældre.

Inden for de senere år har forskellige studier påvist en relativ høj risiko blandt adopterede for at udvikle psykiske lidelser (Hjern 2004; Lindblad *et al.* 2003; Fergusson *et al.* 1995; Lipman *et al.* 1992; Tienari *et al.* 1985), og der peges på at psykisk isolation, mangelsygdomme og infektiøse lidelser før adoptionen er risikofaktorer for at udvikle personlighedsforstyrrelser. Det er også den mulige forklaring på den høje kontaktrate for denne type psykiske lidelser blandt adopterede unge piger i nærværende undersøgelse, hvor raten var knap dobbelt så høj som blandt etnisk danske unge piger.

Med hensyn til den her påviste større kontaktrate blandt efterkommere B for personlighedsforstyrrelse rejser der sig en række spørgsmål. Hvorfor er raten højere for unge piger blandt efterkommere B end for efterkommere A? Nærværende undersøgelse er baseret på tværsnitsdata, og der er derfor ikke grundlag for at belyse de mulige risikofaktorer for udviklingen af personlighedsforstyrrelser. Der er dog grund til at diskutere forskellige sociokulturelle faktorer, der kan have betydning.

Marmot, Adelstein & Bulusu (1984) anfører, at immigranter i gennemsnit er sundere end indbyggere i de lande, som de har forladt, og de forventer, at immigranternes børn – efterkommerne – ikke vil blive udsat for de samme risikofaktorer, som immigranterne selv er blevet udsat for og derfor have færre psykiske lidelser. Ikke desto mindre finder Saraiva et al. (2005), at efterkommeres psykopatologiske mønster ligner forældrenes og finder, ligesom vi, at efterkommere har højere risiko end forældrene for at lide af forskellige psykiske lidelser og postulerer derfor, at sociale faktorer i familien spiller en afgørende rolle. At vi påviser en hø-

jere rate blandt efterkommere B end blandt efterkommere A kunne tyde på, at en kulturkonflikt inden for familien er mere belastende end uden for familien – eller at det er en særlig psykisk belastet gruppe etnisk danske, der stifter familie med en indvandrer fra en anden etnisk gruppe.

### **Selvskade - selvmordshandlinger**

En række danske studier har tidligere beskrevet de markante sammenhænge mellem selvmord og psykisk sygdom ud fra registerbaserede undersøgelser (Agerbo *et al.* 2002a; Agerbo *et al.* 2002b; Mortensen *et al.* 2000; Nordentoft & Rubin 1993; Rossau & Mortensen 1997).

I britiske studier er der påvist en højere selvmordsrisiko blandt kvinder fra asiatiske lande. De havde en knap to gange højere risiko end hvide kvinder og en 2,5 gange højere risiko end mænd fra asiatiske lande (Bhugra *et al.* 2000). At have været udsat for partner vold og depression var uafhængige risikofaktorer for selvmordsforsøg (Hicks & Bhugra 2003).

En anden britisk undersøgelse har derimod ikke fundet nogen etniske forskelle i risikoen for selvmord (Kennedy *et al.* 2005). Tilsvarende er der i en registerbaseret dansk undersøgelse af etniske forskelle i selvmord ikke fundet en højere selvmordsrisiko blandt kvinder fra ikke-vestlige lande, og risikoen blandt indvandrere fra asiatiske lande var lavere end blandt etnisk danskere. Der var dog en tendens til en højere selvmordsrisiko blandt den samlede gruppe af indvandrere, men betinget af en relativ høj risiko blandt indvandrere, der kulturelt ligner den danske befolkning, nemlig blandt personer født i et af de øvrige nordiske lande. En svensk registerbaseret undersøgelse har tilsvarende rapporteret den højeste selvmordsrisiko blandt indvandrere fra Finland og den laveste blandt indvandrere fra Mellemøsten (Hjern 2002). I denne undersøgelse fandtes andengenerationsindvandrere at have en større risiko for selvmord end deres forældres generation. Undersøgelsen fandt, at socioøkonomiske faktorer i vid grad bidrog til den øgede risiko blandt indvandrere i begge generationer.

Andre undersøgelser rapporterer, at selvmordsraten blandt etniske minoritetsgrupper er særlig høj i områder, hvor der er få indvandrere bosat, i modsætning til områder med mange indvandrere, og mener, at det kan skyldes mangel på social støtte eller et mere fjendtligt miljø i de tyndtbesatte områder (Neeleman 1999).



Vores undersøgelse omfatter kun sygehuskontakter for formodede selvmordshandlinger. Der kan i danske registerdata ikke skelnes mellem selvskade og bevidst selvmordshandling. Der var markant højere hyppighed blandt de unge kvinder end blandt unge mænd. Tilsvarende den svenske registerbaserede undersøgelse om selvmord var der en markant højere rate af selvmordshandlinger/selvskade blandt efterkommere A og B i forhold til raten blandt etnisk danske kvinder. Vi har ikke vurderet, hvorvidt forekomsten var højere blandt personer med herkomst fra de øvrige nordiske lande, specielt blandt personer med finsk herkomst, således som det er påvist i andre undersøgelser. Der er utilstrækkelige data til at kunne belyse denne problemstilling.

Kontaktraten for selvmordshandlinger (selvskade) var derimod ikke højere blandt indvandrere, og specielt ikke højere blandt indvandrerkvinder sammenlignet med etnisk danske kvinder. Men der var tendens til en højere rate blandt indvandrere, når der i dataanalyserne af de etniske minoritetsgrupper kun inkluderes unge kvinder med ikke-vestlig baggrund. Denne definition påvirkede ikke raten af kontakter pga. selvskade/selvsmordshandlinger blandt efterkommere A, og der var ingen eller kun enkelte af denne type kontakter blandt efterkommere B med ikke-vestlig baggrund.

I en nylig undersøgelse af forekomsten af selvmordsforsøg blandt asylansøgere, der opholder sig i asylcentre i Danmark, blev der påvist en markant højere hyppighed end blandt den fastboende danske befolkning, og det er sandsynligt at forhold før og under flugt og udvandring har betydning for risikoen for selvmordshandlinger (Stæhr et al. 2006).

Der er som ovenfor beskrevet en høj forekomst af selvmord og psykisk sygdom blandt adopterede fra andet land (Hjern *et al.* 2002; Lindblad *et al.* 2003). Der peges i en række studier på en stærk sammenhæng mellem risikoen for selvmordshandlinger blandt adopterede, identitetskonflikter og dårlig tilpasning i adoptivfamilien (Cederblad *et al.* 1999; Slap et al. 2001).

Nærværende og tidligere undersøgelser peger således på, at identifikationsproblemer, kulturelle konflikter og muligvis oplevelsen af fremmedhed er alvorlige risikofaktorer for selvskadende adfærd og psykiske lidelser.

### **Tvangsforanstaltninger**

Der er en række mulige forklaringer på den relative høje andel af tvangsindlæggelser blandt de ikke-danske grupper, som påvises i nærværende undersøgelse.

Britiske studier af farlighedskriterier har påvist, at lægers vurdering af farlighed blandt psykiatriske patienter influeres af patienternes etnicitet, farligheden overvurderes hos sorte og undervurderes hos hvide (Hicks 2004). Andre studier rapporterer en relativ høj forekomst af tvangsindlæggelser blandt etniske minoriteter i London og Rotterdam (Davies *et al.* 1996; Mulder *et al.* 2006) Det beskrives, at racisme påvirker diagnostik og har betydning for, at kontakt med sundhedsvæsenet udskydes (Bhugra & Bhui 1999). Andre beskriver, at forskelle i diagnostiske kriterier medvirker til de påviste etniske forskelle i andelen af tvangsindlæggelser (Singh *et al.* 1998).

En norsk undersøgelse af indlæggelsesmønsteret blandt indvandrere i forhold til nordmænd fandt tilsvarende, at der i indvandrerguppen var signifikant flere, der blev tvangsindlagt, at de hyppigere fik en psykosediagnose, og at en væsentlig årsag hertil var en senere kontakt med sundhedsvæsenet og en mere fremskredne sygdom på indlæggelsestidspunktet (Berg, 2004).

De retslige foranstaltninger inkluderer mentalobservationer og dom til behandling eller anbringelse. Der er inden for de seneste år publiceret en række danske studier om kriminalitet begået af psykisk syge, hvor en påvist stigning i kriminaliteten er søgt forklaret med en af-institualisering af det psykiatriske behandlingssystem (Kramp & Gabrielsen 2003). Andre forklaringer kan også gøre sig gældende, som fremhævet af Merete Nordentoft (2003), blandt andet at psykisk syge er særligt følsomme for kulturelle samfundsmæssige ændringer. Ligeledes kan indvandring og mangelfuld integration kan være en alvorlig risikofaktor for kriminalitet, især da psykisk syge, der begår kriminalitet i mange tilfælde slet ikke har haft kontakt til det psykiatriske behandlingssystem inden den kriminelle handling. I udenlandske undersøgelser er der påvist forskelle i diagnostik og adgang eller kontakt til psykiatrisk behandling i etniske minoritetsgrupper, og det er vel tænkeligt, at dette også gør sig gældende i Danmark.

En dansk undersøgelse af alvorlig kriminalitet hos ganske unge rapporterede, at et flertal var prægede af svært belastede opvækstforhold og at en uforholdsmæssig stor andel ikke tidligere var diagnosticeret med psykisk sygdom, til trods for at godt og vel en femtedel blev idømt en dom til psykiatrisk behandling (Madsen *et al.* 1999).

I den aktuelle undersøgelse er der ikke taget højde for de mulige etniske forskelle i en række sociale faktorer, som kan forventes at have indflydelse på den type kriminalitet, som er baggrunden for indlæggelser til retslige foranstaltninger. Danske og udenlandske undersøgelser af etniske forskelle i kriminalitet fremhæ-

ver, at såfremt der justeres for socioøkonomiske forskelle mellem et lands oprindelige befolkning og indvandrere og deres efterkommere, så udviskes den markante etniske forskel i kriminalitetshyppighed (Kyvsgaard 2001). Det rapporteres også, at politiets holdning til indvandrergupperne i Danmark har betydning for omfanget af anholdelser og sigtelser. Dette underbygges af en undersøgelse foretaget af Justitsministeriets Forskningsafdeling om frafald af sigtelser blandt indvandrere og danskere. Andelen af grundløse sigtelser blandt danskere var knap 4% ud af alle sigtelser for sædelighedsforbrydelser mod 11% blandt efterkommere (Kyvsgaard 2001).

Det Kriminalpræventive Råd har senest i 2005 belyst etniske grupper, kriminalitet og forebyggelse med det overordnede formål at informere om emnet på en nøgtern måde som modstykke til de myter, der fører til fordømmelse og stempling. Rapporten (Asmussen 2005) beskriver andre mulige forklaringer end socioøkonomiske forskelle på det forhold, at unge mænd af udenlandsk herkomst forholdsmæssigt oftere registreres for kriminalitet, herunder både kulturelle konflikter og selektion inden for retssystemet.

## 5. Materiale og metoder

Undersøgelsen har anvendt to forskellige datakilder, dels en interviewundersøgelse blandt 15-16-årige skoleelever (9. klasses undersøgelsen), dels en database baseret på oplysninger i en række nationale registre om alle personer i alderen 15-66 år, der i 2003 har haft kontakt til det psykiatriske behandlingssystem enten i form af en sygehusindlæggelse, en ambulant kontakt til sygehuse eller distriktpsychiatri eller en skadestuekontakt.

Der er anvendt den samme definition af etnicitet i de to datamaterialer.

### *5.1 Definition af etnicitet*

Populationerne, dvs. de unge, der deltog i 9. klasses undersøgelsen, og populationen, der i 2003 er registreret med en kontakt til det psykiatriske behandlingssystem, er inddelt i fem etniske kategorier. Der er derved valgt en mere detaljeret inddeling end den, der anvendes af Danmarks Statistik, som kun opererer med etnisk danske, indvandrere og efterkommere.

#### **Danmarks Statistiks definitioner**

Danmarks Statistik definerer en person som dansker, hvis mindst en forældre både er dansk statsborger og født i Danmark. Det har ikke betydning, om personen selv er dansk statsborger eller er født i Danmark.

Indvandrere er personer født i udlandet, hvis forældre begge (eller den ene hvis der ikke findes oplysninger om begge) er udenlandske statsborgere eller er født i udlandet. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er født i udlandet, opfattes personen også som indvandrer.

Efterkommere er personer født i Danmark af forældre, hvoraf ingen er dansk statsborger født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er udenlandsk statsborger, opfattes personen også som efterkommer.

Statistikken over indvandrere og efterkommere indeholder oplysninger om oprindelsesland, statsborgerskab, fødested, køn, alder og bopæl.

*Oprindelsesland* dannes ud fra følgende regler:

-Når ingen af forældrene kendes, er oprindelseslandet defineret ud fra personens egne oplysninger. Er personen indvandrер, antages det, at oprindelseslandet er lig med fødelandet. Er personen efterkommer, antages det, at oprindelseslandet er lig med statsborgerskabslandet.

-Når kun en forælder kendes, defineres oprindelseslandet ud fra dennes fødeland. Hvis dette er Danmark, bruges statsborgerskabslandet.

-Når begge forældre kendes, defineres oprindelsesland ud fra moderens fødeland, henholdsvis statsborgerskabsland.

*Vestlige lande* omfatter i Danmarks Statistik alle 25 EU-lande plus Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand.

*Ikke-vestlige lande* er alle øvrige lande.

### **Projektets definition af etnicitet**

I den aktuelle undersøgelse har vi taget udgangspunkt i en mere detaljeret definition af etnicitet, idet vi bla. har ønsket at belyse betydningen af adoption fra andre lande end Danmark, fortrinsvis ikke-vestlige lande samt udvalgte østeuropæiske lande.

På basis af psykosocial forskning, der har identificeret særlige problemstillinger blandt forskellige typer af efterkommere, har vi tillige valgt at definere to forskellige kategorier af efterkommere, dels efterkommere hvor begge forældre er født i andet land, og dels efterkommere hvor kun den ene forælder er født i andet land. Det vil sige, at vores kategorier af efterkommere også inkluderer personer født i Danmark med en forælder født i Danmark og en forælder født uden for Danmark.

Gruppen af indvandrere indbefatter også de personer, som er født i et andet land end Danmark, men hvor den ene forælder er dansk født. Disse personer er i Danmarks Statistik defineret som danske.

Undersøgelsens populationer er således opdelt i fem forskellige etniske grupper. Dette har været muligt dels ud fra konkrete svar i 9. klasses interviewundersøgelsen om eget og begge forældres fødeland, dels i registerprojektet ud fra oplysninger i IDA-databasen om de enkelte personers eget og begge forældrenes fødeland.

De fem etniske kategorier er:

1. Dansk: født i Danmark, begge forældre født i Danmark
2. Adoptivbørn: født i andet land end Danmark, begge forældre født i Danmark. Relevante lande omfatter ikke vestlige lande, men hovedsageligt Korea, Kina, Sri Lanka og Indien, Rumænien, Bulgarien, Rusland samt Columbia, Brasilien og andre lande i Sydamerika
3. Indvandrere: Født i andet land, og forældre fødte i andet land end Danmark
4. Efterkommer A: Født i Danmark og begge forældre født i andet land end Danmark
5. Efterkommer B: Født i Danmark, og en af forældrene født i et andet land end Danmark

**Tabel 1. Definitioner**

	<b>Projektets definition</b>	<b>Danmarks Statistik</b>
<b>Etnisk dansker</b>	Barn født i DK og begge forældre født i DK.	Mindst én forælder født i DK. Ingen betydning hvor barnet er født.
<b>Adoptivbarn</b>	Barn født i: Korea, Kina, Sri Lanka, Indien, Rumænien, Bulgarien, Rusland og Sydamerika og begge forældre født i Danmark	
<b>Indvandrer</b>	Barn født i udlandet og mindst én forælder født i udlandet.	Barn født i udlandet og begge forældre født i udlandet.
<b>Efterkommer A</b>	Barn født i DK og begge forældre født i udlandet.	Barn født i Danmark, og begge forældre født i udlandet.
<b>Efterkommer B</b>	Barn født i Danmark og ene forælder født i Danmark, anden forælder født i udlandet	

Projektets definitioner er således forskellig fra dem, der bruges af Danmarks Statistik. De her anvendte definitioner kategoriserer nogle personer som indvandre-re/efterkommere, der ifølge Danmarks Statistik defineres som danskere. Be-grundelsen for at benytte ovenstående definitioner er en antagelse om, at hvis en

person har mindst én forælder af anden etnisk baggrund end dansk, kan der eksistere en kulturkonflikt i familien, og vedkommende person vil derfor adskille sig fra den danske majoritetsbefolkning. Det påpeges i 'Årbog om udlændinge i Danmark 2003', at Danmarks Statistiks definition ikke afspejler graden af integration i det danske samfund.

De unges egen opfattelse af etnisk tilhør indgår ikke i definitionerne, der således ikke tager højde for, at efterkommere og adoptivbørn først og fremmest kan opleve sig selv som danske. Vi er også bevidste om, at de forskellige etniske kategorier er sammensatte af personer fra meget forskellige kulturer, og at der inden for de enkelte kategorier vil være store forskelle i egen vurdering af etnisk tilhør.

## *5.2 Selvrapporterede data; 9. klasses undersøgelsen*

Statens Institut for Folkesundhed gennemførte i foråret 2002 for Regeringens Børneudvalg og Socialministeriet en landsdækkende, anonymiseret undersøgelse blandt 9. klasses elever. Undersøgelsen havde fokus på de unges tidlige seksuelle erfaringer og udsættelse for seksuelle og fysiske overgreb og belyste dette med baggrund i oplysninger om de unges familier, skolegang, sociale netværk, sundhedsadfærd og fysiske og psykiske trivsel. Undersøgelsens hovedresultater er med støtte fra Helsefonden publiceret i august 2002 (Helweg-Larsen & Larsen, 2002).

Der blev forud for undersøgelsen gennemført en vurdering af de mulige etiske, retslige og praktiske problemer ved at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse om sensitive emner, så som tidlige seksuelle erfaringer og overgreb, hvor det ikke var et krav at indhente samtykke fra forældrene. Konklusionen var, at stillingtagen til en medvirken i en anonym spørgeskemaundersøgelse godt kan overlades til den unge selv – under forudsætning af, at skolemyndighederne bifaldt undersøgelsen. Dermed var der mulighed for at opnå en høj svarprocent og at sikre en deltagelse af alle sociale grupper af unge, inklusiv unge fra forskellige etniske minoritetsgrupper.

Undersøgelsen omfattede 6.203 elever i 9. klasser på et landsrepræsentativt udvalgt af i alt 183 forskellige skoler. Alle elever, der var tilstede i klassen, deltog i undersøgelsen, men 1.038 ud af i alt 7.241 elever (14%) var fraværende, formentlig primært pga sygdom, på undersøgelsestidspunktet. Fraværprocenten svarede til normen for dagligt fravær på de pågældende skoler. Undersøgelsen omfattede 3142 drenge og 3043 piger. Deres gennemsnitsalder var 15,4 år.

Undersøgelsen anvendte computerbaserede spørgeskemaer med visualisering og samtidig oplæsning af spørgsmålene; såkaldt audio-CASI (computer-assisted selfinterviewing). Interviewpersonen fik således præsenteret de enkelte spørgsmål som tekst på skærmen, samtidig med at spørgsmålet kunne høres i hovedtelefon. Spørgsmålet kunne oplæses igen, hvis det ikke var forstået. Denne dataindsamlingsmetode har en række fordele i forhold til traditionelle, papirbaserede spørgeskemaer, som kræver, at interviewpersonen kan læse og forstå spørgsmålene, kan springe irrelevante spørgsmål over og skrive svarene i de relevante rubrikker i skemaet. I en Audio-CASI er spørgeskemaet opbygget i en ”træstruktur”, og interviewpersonen præsenteres kun for de spørgsmål, der er relevante i for-



hold til de foregående svar. For eksempel blev der kun spurgt om forældres fødeland, hvis eleven havde svaret nej til, at moder henholdsvis fader var født i Danmark. Det er også påvist, at en samtidig oplæsning af spørgsmål i høj grad letter forståelsen hos svarpersoner med begrænsede læsefærdigheder, og at sandsynligheden for valide svar derved øges.

Den anvendte metode sikrede endvidere en høj grad af anonymitet, bedre tid til eftertanke hos interviewpersonen, ensartet dataindsamling, ingen påvirkning fra en interviewer samt øjeblikkelig og pålidelig registrering af data i computeren, således at databehandlingsarbejdet blev lettet (Helweg-Larsen & Larsen, 2002; 2003).

I nærværende rapport indgår der resultater vedrørende elevernes svar på spørgsmål om deres psykiske trivsel og vurdering af almene helbred, analyseret i forhold til etnisk gruppering og køn. En del af disse analyser er tidligere anvendt i en studenteropgave om etniske forskelle i unges fysiske og psykiske trivsel (Mortensen et al., 2004), og en række data herfra er publiceret i Ugeskrift for Læger (Bennedsen *et al.* 2006).

## Variable

9. klasses undersøgelsen rummede oplysninger om otte forskellige temaer, familierelationer og skolegang, fritidsaktiviteter, sociale relationer, sundhedsadfærd, helbred, psykisk trivsel, seksuelle erfaringer og overgreb samt vold i familien og mod svarpersonen selv. I nærværende rapport indgår der kun data om familie (etnicitet), selvvurderet helbred, psykisk problemer, og opfattelsen af egen indflydelse på helbred.

### *Etnicitet*

Spørgsmål om elevens eget fødeland og henholdsvis moders og faders fødeland muliggjorde som beskrevet at kategorisere eleverne som henholdsvis etniske danskere, indvandrere eller efterkommere af indvandrere.

Data om etnicitet er først og fremmest benyttet i analyser som belyser selvrapporteret helbred og psykisk trivsel i de fem forskellige etniske kategorier:

1. Etnisk danske
2. Adoptivbørn
3. Indvandrere
4. Efterkommere A, begge forældre født i andet land end Danmark
5. Efterkommere B, ene forældre født i andet land end Danmark

Derudover er der gennemført enkelte analyser, hvor de unge er kategoriseret i tre grupper: etnisk danske og indvandrere og efterkommere fra et ikke-vestligt land. Kategoriseringen er igen sket ud fra konkrete oplysninger om eget og forældres fødeland. De ikke-vestlige lande omfatter alle lande uden for Norden, det øvrige Vesteuropa, Nordamerika, Australien og New Zealand.

Indvandrere og efterkommere omfatter i disse analyser udelukkende etnisk danske og unge indvandrere eller efterkommere fra lande, der ikke falder under kategorien 'vestlige lande'. Der er her ikke nogen underinddeling af efterkommere.

### *Helbred*

I undersøgelsen anvendes selvvurderet helbred som et mål for elevernes helbred. Der er spurgt: 'Hvordan synes du dit helbred er normalt?' Variablen er kodet binær, således at 'godt selvvurderet helbred' dækker over svarene 'virkelig godt' og 'godt', og 'dårligt selvvurderet helbred' dækker over 'nogenlunde', 'dårligt' og 'meget dårligt'.

Selvvurderet helbred er en god prædiktor for sygelighed både blandt voksne (Kjøller & Rasmussen 2002) og blandt unge. Der er således i tidligere danske undersøgelser blandt skolebørn fundet en markant sammenhæng mellem selvvurderet helbred og lægevurderede helbredsproblemer udtrykt i forekomst af diagnose og i funktionsbegrænsning (Petersen *et al.* 2000). Selvvurderet helbred som mål for reelt helbred kan imidlertid være behæftet med en vis usikkerhed, når det drejer sig om sammenligninger mellem kulturelt forskellige grupper. Der er fundet store nationale og kulturelle forskelle i, hvorledes eget helbred vurderes. I rapporten 'Self-Reported Health In The European Community' påpeges det, at det til dels kan skyldes forskelle i måden at forstå de ord, der bruges til at kategorisere de forskellige helbredstilstande (Eurostat 1997).

Hvorledes spørgsmålet om eget helbred tolkes, har naturligvis stor betydning for svaret. Det kan antages at være påvirket af sundheds- og sygdomsopfattelser i familie og omgivende samfund og af den enkelte persons egen oplevelse og tolkning af fornemmelser og symptomer. Såfremt der er forskel blandt de unge indvandrere, efterkommere og etnisk danske i opfattelsen af begrebet 'helbred' vil det naturligvis påvirke validiteten af sammenligninger af selvrapporeret helbred mellem de etniske grupper.

### *Self-efficacy og viden om sundhed*

Til analyse af betydningen af "selvtro"/self-efficacy er brugt svar på spørgsmålet: 'Tror du, at man selv kan gøre noget for sit helbred?' Variablen er binært omkodet med 'ja' eller 'nej/måske' som svarkategorier.

### *Psykiske symptomer*

Der indgik otte forskellige spørgsmål om psykiske symptomer, og der er spurgt, om eleven inden for det seneste år har oplevet en eller flere af disse symptomer i en periode på mindst to uger. Symptomerne er: Daglig tristhed og depression, interessesvækkelse, søvnbesvær, mareridt, dårlig appetit, nervøsitet, angstanfald og uoverkommelighedsfølelse.

De enkelte psykiske variable er analyseret hver for sig. Kategorien, at have oplevet symptomet, er hvis eleven har svaret 'ja' og symptomet er fraværende, hvis eleven har svaret 'måske', 'ved ikke' eller 'nej'.

### 5.3 Registerdata

Den registerbaserede del af undersøgelsen tager udgang i en tidligere undersøgelse, som i 2006 er gennemført for Sundhedsministeriet for at belyse kontaktmønsteret til psykiatrien blandt indvandrere og efterkommere (Helweg-Larsen et al 2007).

Der er etableret en database, der rummer oplysninger om alle personer med identificeret CPR i alderen 15-64 år, som i 2003 er registreret i det Psykiatriske Centralregister og/eller i Landspatientregisteret (LPR) med en kontakt for en psykiatrisk lidelse eller en selvdestruktiv handling (selvmord/selvmoedsforsøg). I nærværende undersøgelse er benyttet data om de 15-24-årige.

Ved etableringen af databasen blev populationen på CPR sammenkørt med en række registre i Danmarks Statistik, og i IDA database (Integreret Database for Arbejdsmarkedsforskning) er der indhentet data om eget og forældres fødested og tidspunkt for ankomst til Danmark, hvilket har gjort det muligt at definere populationens etnicitet. Dataudtrækket er nærmere beskrevet i rapport til Indenrigs- og Sundhedsministeriet (Helweg-Larsen et al 2007).

#### Registerundersøgelsens datakilder

##### 1. Psykiatriske Centralregister

*Inklusionskriterier:* Alle personer, der i perioden 01.01.2003-31.12.2003 er registreret som indlagt på psykiatrisk hospital og/eller med ambulant kontakt til en psykiatrisk behandlingsinstitution, inklusive distriktskykiatri.

##### 2. Landspatientregisteret

*Inklusionskriterier:*

A. Alle personer, der i perioden 01.01.2003-31.12.2003, er registreret med aktions- eller bi-diagnose inden for følgende diagnosekoder:

F000-DF999	Psykiatriske diagnoser, dvs. ICD10: Mentale lidelser
Z004	Psykiatrisk undersøgelse, ikke klassificeret andetsteds
Z032	Obs. For mentale eller adfærdsmæssige forstyrrelser (ej befundet)
Z0460	Retspsykiatrisk observation
Z0461	Dom til psykiatrisk behandling
Z0462	Dom til psykiatrisk anbringelse

Z0468            Anden retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning  
Z914            Psykisk traume, ikke klassificeret andetsteds  
Samt kontaktårsagskode 4 for sygehuskontakt pga. selv-  
mord/selvmordsforsøg.

En vis andel af populationen vil være registreret for flere forskellige typer kontakter og for flere forskellige psykiske lidelser. Samme person kan således i 2003 være registreret i Det Psykiatriske Centralregister og/eller i LPR for mere end en kontakt og med forskellige aktionsdiagnoser, dvs. for forskellige psykiske lidelser. Derfor har vi ud fra klinisk psykiatrisk erfaring gennemført en prioritering af diagnoser, dvs. for hver enkelt person er der udvalgt den diagnose, der udtrykker den mest alvorlige psykiske sygdom.

En skizofreni diagnose repræsenterer fx mere gennemgribende psykiske og funktionsmæssige ændringer for det enkelte individ end fx en stress-relateret diagnose, hvorfor en kontakt pga. en diagnose inden for det skizofrene spektrum i løbet af perioden, dvs. alle kontakter i 2003, prioriteres højere i forhold til alle andre diagnoser inden for psykiske lidelser, dog med undtagelse af mental retardering. Vi har valgt at enkeltstille diagnosen, mental retardering, da retardering anses for mere grundlæggende end en senere tilkommen psykiatrisk lidelse.

Prioriteringen er beskrevet i den følgende liste. Koderne F1-F9 henviser til WHO's sygdomsklassifikation, ICD10, vedrørende psykiske lidelser. Kontaktårsagskode 4 og X60-X84 angiver sygehuskontakt pga. selvskade/selv-mordshandling. Z koderne omfatter sygehuskontakter mhp. undersøgelser mm.

### *Prioritering af aktionsdiagnoser*

Mental retardering; F7: alle kombinationer hvor F7 indgår, kodes som F7

Skizofreni, paranoide psykoser mm; F2: alle kombinationer hvor F2 indgår, eksklusive F7, kodes som F2

Affektive sindslidelser; F3: alle kombinationer, hvor F3 indgår, eksklusive hvor der indgår F7 og F2

Organiske psykiske lidelser; Fo: Alle kombinationer, eksklusive kombination med F7, F2 og F3

Psykiske lidelser ved brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer; F1: kun når den forekommer alene

Nervøse og stress-relaterede tilstande, incl. PTSD; F4: eksklusive kombinationer med F7, F2, F3 og Fo

Adfærdsændringer ved fysiologiske forstyrrelser; F5: eksklusive kombinationer med F7, F2, F3, Fo og F4

Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd; F6: eksklusive kombinationer med F7, F2, F3, Fo, F4 og F5

Psykiske udviklingsforstyrrelser; F8: eksklusive kombinationer med F7, F2, F3, Fo, F4, F5 og F6

Psykisk lidelse uden specifikation; F9: eksklusive kombinationer med F7, F2, F3, Fo, F4, F5, F6 og F8

Øvrige (kaldet F10) opdeles på kontaktårsag 4 og X60-X84 – og på Z-koder:

Z004	Psykiatrisk undersøgelse, ikke klassificeret andetsteds
Z032	Obs. For mentale eller adfærdsmæssige forstyrrelser (ej befundet)
Z0460	Retspsykiatrisk observation
Z0461	Dom til psykiatrisk behandling
Z0462	Dom til psykiatrisk anbringelse
Z0468	Anden retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning
Z914	Psykisk traume, ikke klassificeret andetsteds

Da en relativ stor andel af populationen inden for et enkelt år har været indlagt og/eller haft ambulanskontakt til det psykiatriske behandlingssystem mere end en gang og været registreret med forskellige aktionsdiagnoser, benytter vi de prioriterede diagnoser i en række af analyserne, således at beskrivelsen af populationens kontaktmønster først og fremmest sker ud fra den aktionsdiagnose, der har den højeste prioritering, dvs. udtrykker den mest alvorlige psykiske sygdom.

### Undersøgelsens definition af etnicitet

Som beskrevet er etnicitet defineret ens i interviewundersøgelsen og i den registerbaserede undersøgelse, og populationen er opdelt i fem forskellige etniske kategorier:

1. Dansk: født i Danmark, begge forældre født i Danmark
2. Adoptivbørn: født i andet land end Danmark, begge forældre født i Danmark. Relevante lande omfatter:
  - a. Korea
  - b. Kina
  - c. Sri Lanka og Indien
  - d. Rumænien, Bulgarien, Rusland
  - e. Columbia, Brasilien + andre lande i Sydamerika
3. Indvandrere: Født i andet land, og en af forældre født i andet land end Danmark
4. Efterkommer A: Født i Danmark og begge forældre født i andet land end Danmark
5. Efterkommer B: Født i Danmark, og en af forældrene født i andet land end Danmark

### Landekategorier

En række data er yderligere opdelt på grupperingen: vestlige kontra ikke-vestlige lande. Ikke-vestlige lande er alle lande uden for Europa, USA, Canada, Australien og New Zealand. Ikke-vestlige lande er yderligere opdelt i latinamerikanske lande

og øvrige lande, dvs. i Mellemøsten, Afrika og Asien. I nærværende rapport indgår der analyser af kontaktmønsteret opdelt på kategorier af vestlige og ikke-vestlige etniske grupper.

#### *5.4 Populationen*

Alle 15-24-årige, som i 2003 er registreret med en kontakt til det psykiatriske behandlingssystem, og som derfor indgår i databasen.

Da der i undersøgelsespopulationen, dvs. de personer der er registreret med en kontakt til det psykiatriske behandlingssystem i 2003, kun indgår meget få 15-17-årige, har vi valgt, at den danske baggrundspopulation, som der foretages sammenligninger med, afgrænses til aldersgruppen 18-24 år.

Baggrundspopulationen består således af alle personer i alderen 18-24 år med dansk CPR-nummer, og som er identificeret i IDA-databasen med oplysninger om eget og forældres fødeland. Baggrundspopulationen er kategoriseret ud fra samme definitioner som undersøgelsens population og derved inddelt i de beskrevne fem etniske grupper. Baggrundspopulationen omfatter i alt 412.171 personer i alderen 18-24 år.

#### **Diagnoser**

Data om samtlige prioriterede diagnoser indgår i beskrivelser af kontaktmønsteret blandt de 15-24-årige, men gennemgangen fokuserer i øvrigt på de ikke-kroniske psykiske lidelser, dvs. lidelser, der kan betegnes som lettere og/ eller forbigående. Afgrænsning til denne gruppe lidelser muliggør, at der i højere grad kan drages sammenligninger mellem unges selvrapporterede psykiske problemer og unges kontakter til det psykiatriske behandlingssystem.

Den oprindelige prioritering af diagnoser er imidlertid bibeholdt, således at der kun indgår data om ikke-kroniske psykiske lidelser, såfremt den 15-24-årige ikke samtidigt er registreret for en kronisk/alvorlig psykisk lidelse, fx skizofreni, affektive lidelser, mental retardering eller organisk betinget psykisk lidelse. Dette fordi vi ikke ønsker at inkludere unge med psykotiske lidelser i nærværende undersøgelse.

Undersøgelsen fokuserer således på følgende diagnoser:

1. Psykiske lidelser som følge af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer

ICD10 kode, F1: men kun når den forekommer alene

2. Nervøse og stress-relaterede tilstande; F4 eksklusive kombinationer med F7, F2, F3 og Fo
3. Spiseforstyrrelser; F5
4. Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd; F6: eksklusive kombinationer med F7, F2, F3, Fo, F4 og F5
5. Selvskade/selv mordshandlinger; kontaktårsag 4 og X60-X84



## 6. Resultater

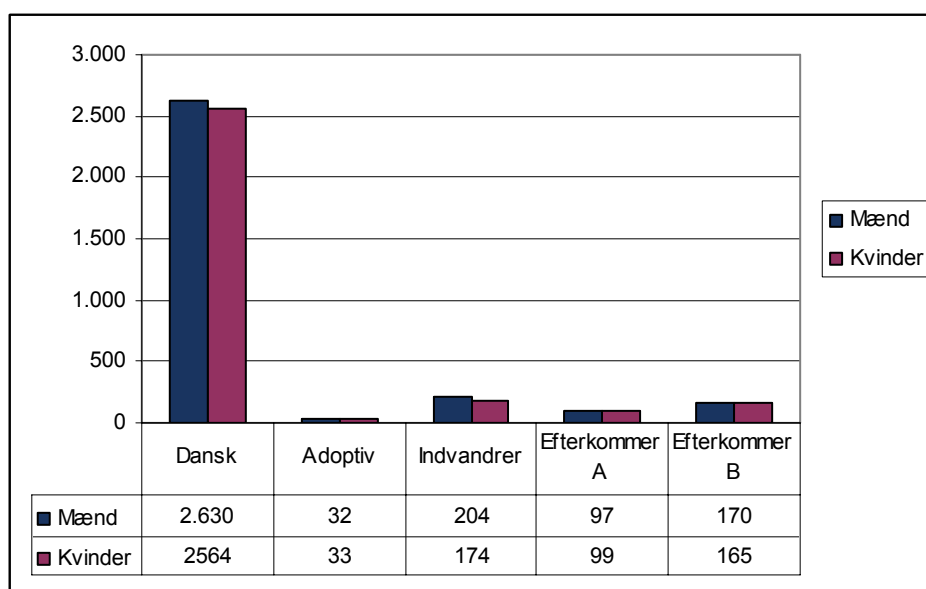
### Selvrapporterede data - 9. klasses undersøgelsen

Som beskrevet omfattede 9. klasses undersøgelsen i alt 6.203 unge i alderen 15-16 år, svarende til godt og vel 10% af unge på 9. klasses alderstrinnet. De følgende resultater er baseret på de unges besvarelser af de spørgsmål, som de blev stillet i den computerbaserede spørgeskemaundersøgelse.

#### 6.1 Populationen opdelt på etniske kategorier

Hovedparten af de unge havde besvaret spørgsmålene om eget og forældres fødeland, i alt 6.168 af de 6.203 elever, der deltog i undersøgelsen. Figur 6.1. viser antallet af drenge og piger i hver af de fem etniske kategorier. Der indgår i alt 65 adoptivbørn, 378 indvandrere, 196 efterkommer A (dvs. selv født i Danmark, begge forældre født i andet land) og 335 efterkommer B (selv født i Danmark, ene forældre født i andet land), og resten, 5,194, var etnisk danske.

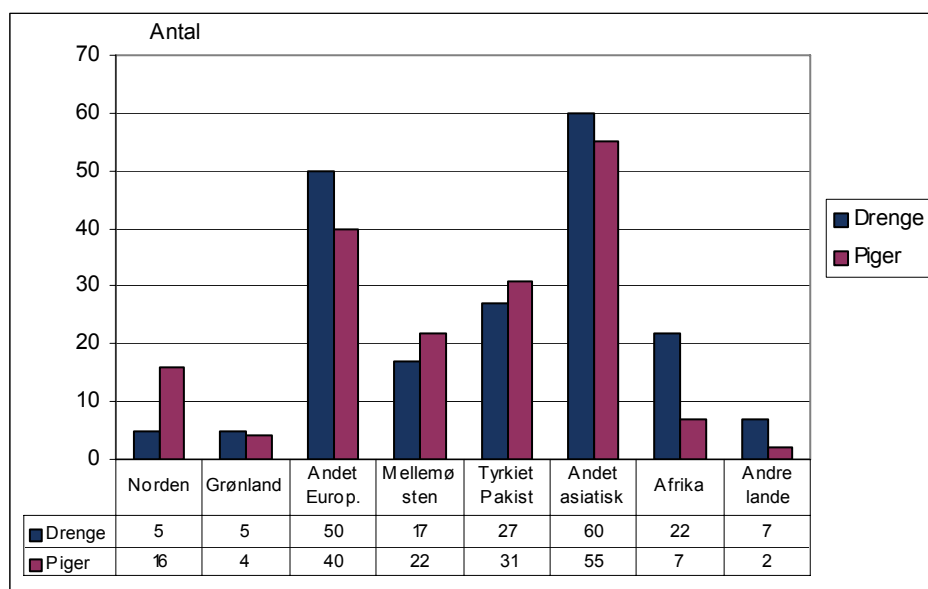
Figur 6.1. Antal drenge og piger i hver etnisk kategori



I alt 93% af de unge var født i Danmark og 0,5% var født i andet nordisk land, inklusive Grønland. Knap 2,5% var født i andet europæisk land og 1,5% i Tyrkiet, Mellemøsten, Pakistan, Iran eller Irak og knap 2% i andet asiatisk land. Figur 6.2 viser antallet fordelt på overordnede landegrupper. Med denne inddeling ses, at

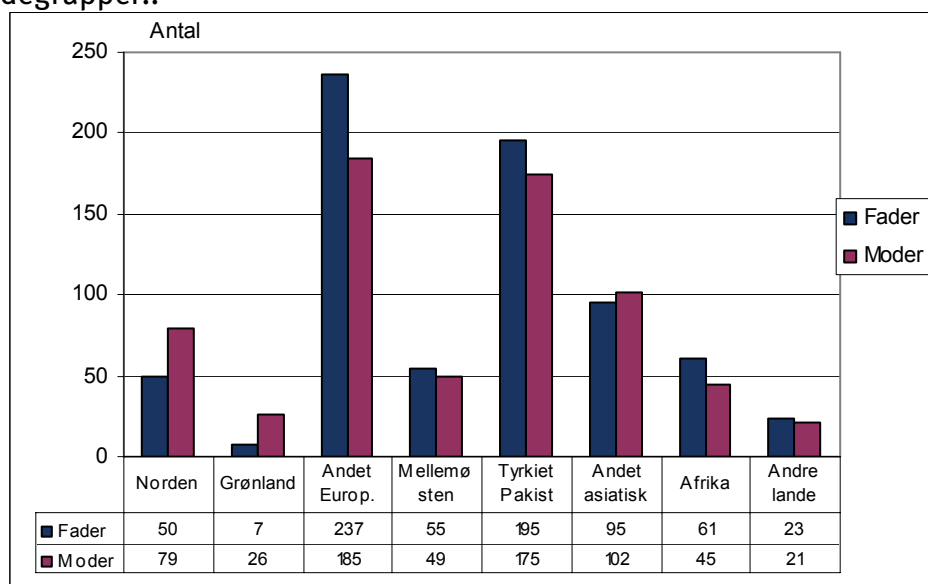
de fleste, som er født uden for Danmark, er født i Tyrkiet, Pakistan eller andet asiatisk land, overvejende i Korea, Kina og Thailand.

Figur 6.2. Antal drenge og piger født i andet land end Danmark, fordelt på landegrupper.



Figur 6.3 viser antallet af henholdsvis fædre og mødre, der er født i andet land end Danmark. Hovedparten er født i et europæisk land uden for Norden, nemlig i Tyrkiet, Pakistan eller andet asiatisk land. De fleste indvanderforældre er født i samme land. Det var kun 7 fædre og mødre, som havde forskelligt fødeland. (Figur 6.3).

Figur 6.3 Antallet af fædre og mødre, der er ikke er født i Danmark, fordelt på landegrupper..

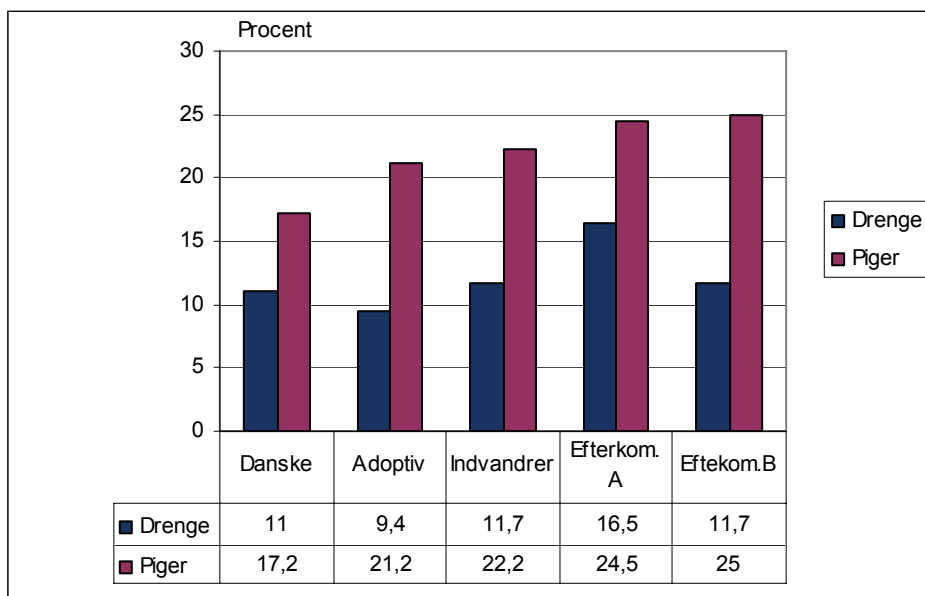


## 6.2 Selvvurderet helbred

Der var markante kønsforskelle i de unges egen vurdering af deres helbred. Gennemsnitligt fandt 18% af alle pigerne og godt og vel 10% af drengene, at deres helbred kun var nogenlunde eller dårligt.

For piger var der en tendens til etniske forskelle i andelen, der ikke syntes deres helbred var godt eller rigtigt godt. En større andel af unge ikke-danske end af danske piger rapporterede, at deres helbred kun var nogenlunde eller dårligt. Den højeste andel var blandt piger i gruppen af efterkommere B, hvor så meget som hver fjerde ikke fandt at deres helbred var godt. Blandt drenge var der flest i gruppen af efterkommere A, der fandt, at deres helbred ikke var godt eller rigtigt godt, men forskellen til de øvrige etniske grupper af drenge er ikke signifikant (Figur 6.4).

Figur 6.4. Selvvurderet helbred, 9. klasses undersøgelse. Andel af drenge og piger, der vurderer, at deres helbred er nogenlunde eller dårligt.



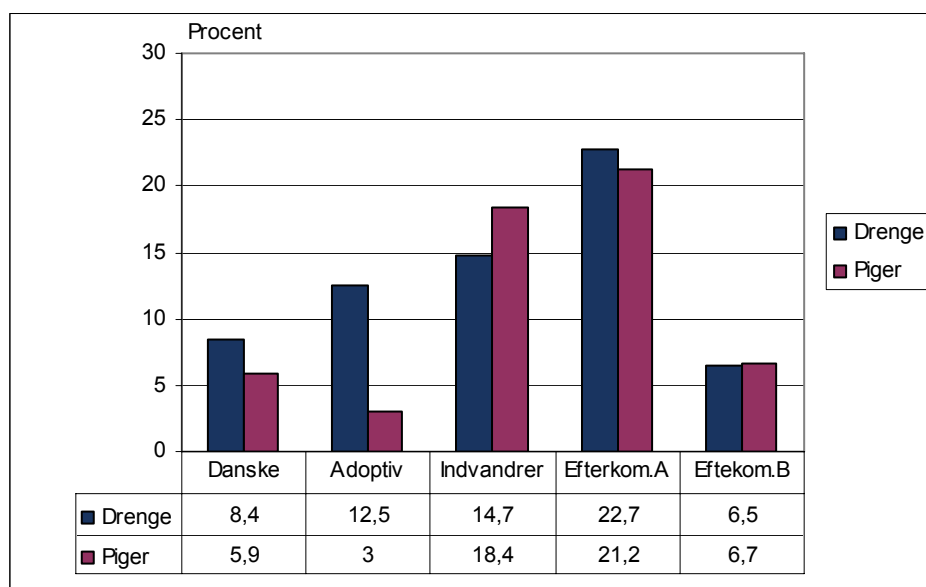
### 6.3 Self-efficacy.

Der var i alle de etniske grupper kun beskedne kønsforskelle i vurderingen af betydningen af egen indflydelse på helbredet, fraset blandt adopterede, hvor en markant større andel af drenge end af piger svarede negativt på spørgsmålet.

Der var signifikante etniske forskelle, både blandt drenge og piger ( $p < 0,001$ ). Langt de fleste etnisk danske unge, 92% af drenge og 94% af piger mente, at de selv havde indflydelse på eget helbred, dvs. at de gennem deres adfærd kan reducere risikoen for sygdom. Spørgsmålet belyser derimod ikke om de reelt gør noget for helbredet.

Derimod var det 15% af drenge i indvandrergruppen og 23% blandt drenge i gruppen af efterkommere A, der ikke mente, at de selv havde nogen indflydelse, og andelen var endnu højere, 18% og 21%, i de tilsvarende grupper af piger, som det fremgår i Figur 6.5. I gruppen af efterkommer B var andelen omtrent som blandt etnisk danske drenge og piger.

Figur 6.5. Andelen af drenge og piger, der vurderer, at de ikke selv kan gøre noget for deres helbred



## 6.4 Psykiske symptomer

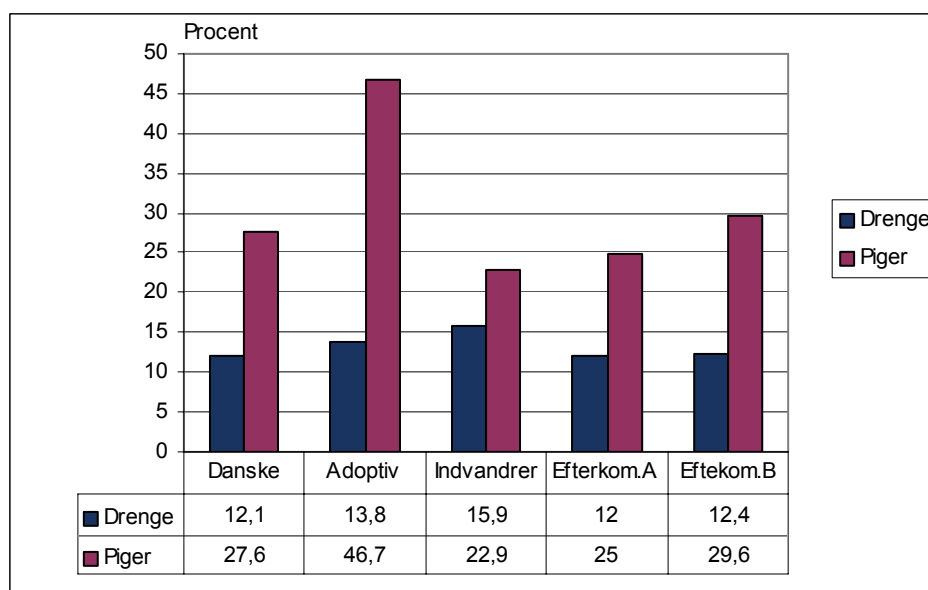
Inden for alle typer psykiske symptomer eller trivselsproblemer rapporterer piger en højere forekomst end drenge. Det gælder oplevelsen af tristhed, angst, nervøsitet, mareridt om natten og søvnbesvær såvel som tab af interesse for omgivelserne, uoverkommelighedsfølelse og appetitændringer. De følgende figurer, Fig.6.6 til Fig. 6.13, viser den rapporterede forekomst af psykiske trivselsproblemer blandt drenge og piger i de fem etniske kategorier.

### Tristhed og depression

Der var markante kønsforskelle i forekomsten af tristhed og/eller depression i perioder på mindst to uger inden for det seneste år. Etnisk danske piger rapporterede dobbelt så hyppigt som de etnisk danske drenge, at de havde oplevet perioder med tristhed. Kønsforskellen var især markant i gruppen af adopterede (Figur 6.6).

En større andel af piger i adoptiv-gruppen end af piger i de øvrige etniske grupper rapporterede tristhed/depression. Det var således mere end halvdelen af adopterede piger, der ofte havde følt sig trist og deprimeret. Der var omtrent samme hyppighed af tristhed/depression blandt danske piger og piger i gruppen af efterkommere B.

Figur 6.6. Andelen af drenge og piger, der har oplevet perioder med tristhed og depression inden for det sidste år, fordelt på etniske kategorier

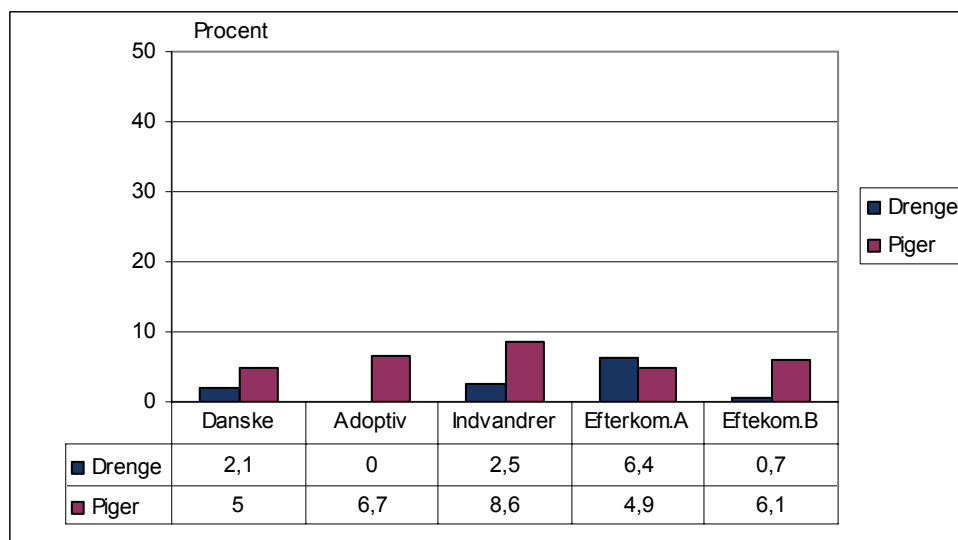


## Angst

Det er en relativ lille andel af drengene og pigerne, der har haft angstanfald inden for det seneste år (Figur 6.7). Andelen er igen højst blandt pigerne, og den er højst blandt indvandrere, efterkommere B og adopterede, men forskellene mellem etnisk danske piger og de øvrige etniske kategorier er ikke signifikant forskellige.

For drenge er der derimod signifikant forskel mellem hyppigheden af angst blandt efterkommer A i forhold til de øvrige etniske kategorier ( $p=0,05$ ).

Figur 6.7. Andel af drenge og piger, der har haft angstanfald, fordelt på etniske kategorier.

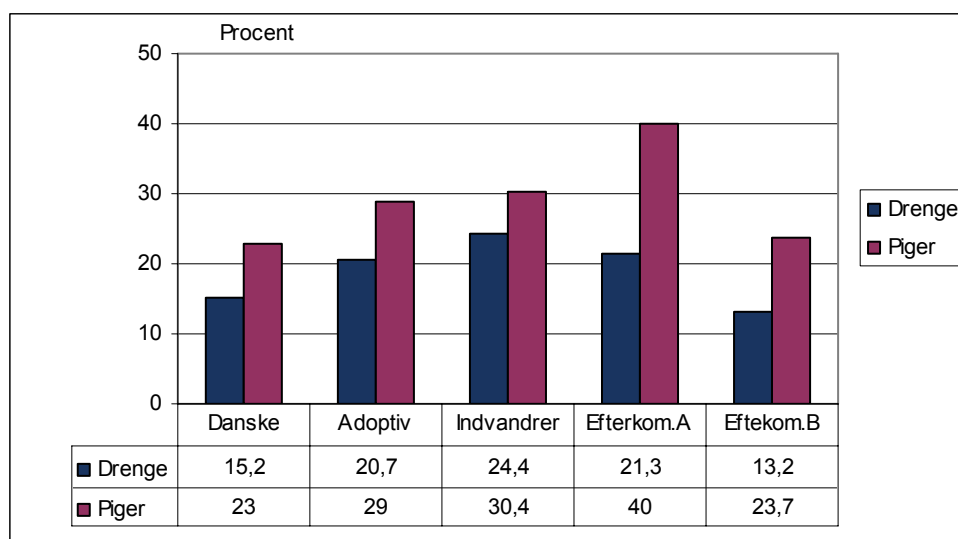


## Nervøsitet

Der er blandt efterkommere markante kønsforskelle i oplevelse af nervøsitet og især i gruppen af efterkommere A hvor 40% af pigerne mod 21% af drengene rapporterede perioder med nervøsitet. Hvorimod der var mindre kønsforskelle blandt etnisk danske unge, henholdsvis 23% af pigerne og 15% af drengene rapporterede sådanne problemer (Figur 6.8).

Både for drenge og piger er der signifikante etniske forskelle i forekomsten af nervøsitet, mest udtalt for piger ( $p < 0,002$ ).

Figur 6.8. Andelen af drenge og piger, der i perioder har følt sig nervøse, fordelt på etniske kategorier

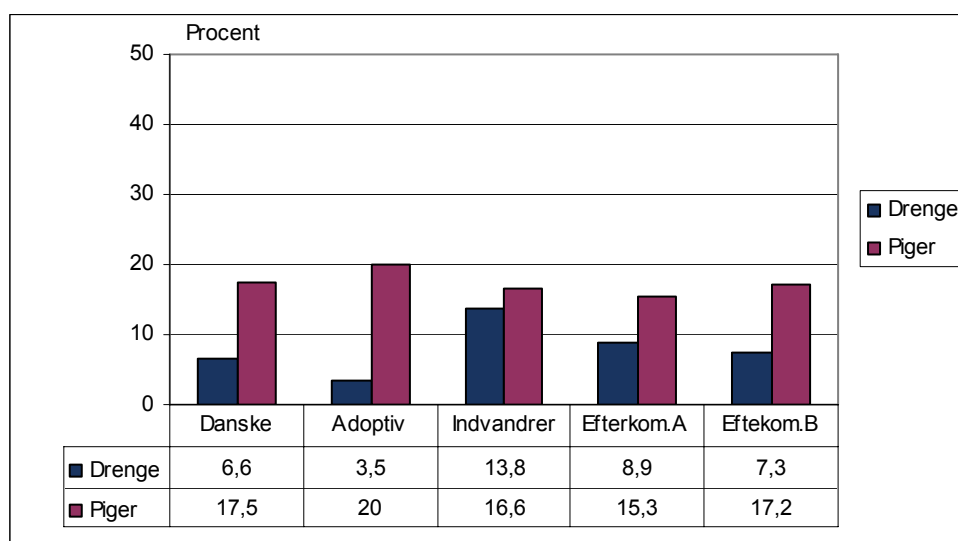


## Mareridt

Der er især blandt etnisk danske, adopterede og efterkommere B markante kønsforskelle i andelen, der har oplevet mareridt (Figur 6.9).

Adopterede drenge rapporterer sjældnere end drenge i de øvrige etniske grupper at have oplevet mareridt, mens andelen er højere blandt adopterede piger end blandt piger i de øvrige etniske grupper

Figur 6.9. Andel af drenge og piger, der har oplevet mareridt om natten, fordelt på etniske kategorier



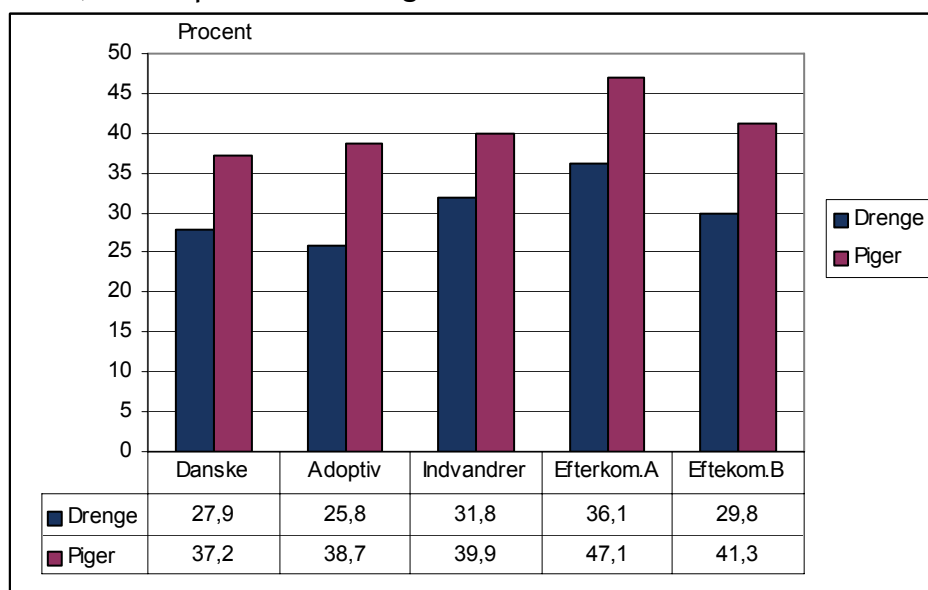


## Søvnløshed

En markant større andel af piger end af drenge rapporterede, at de kan have svært ved at falde i søvn om aftenen/natten. Det gør gennemsnitligt mere end hver tredje pige (Figur 6.10).

Der er ikke signifikante forskelle de etniske grupper i mellem, hverken for drenge eller piger, men tendens til højere forekomst blandt piger i gruppen af efterkomere A sammenlignet med de øvrige etniske grupper.

Figur 6.10. Andel af drenge og piger, der angiver at de kan have svært ved at falde i søvn, fordelt på etniske kategorier.

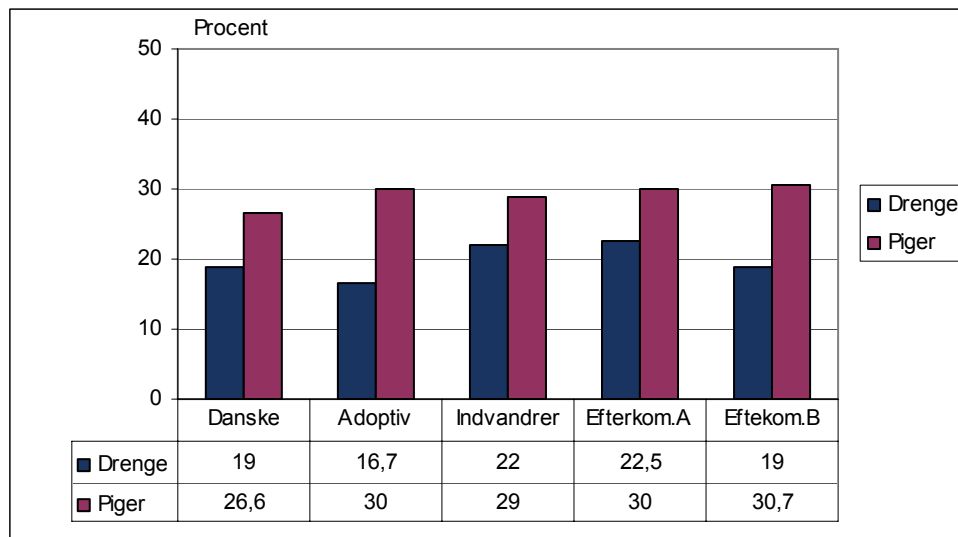


## Tabt interesse

Igen er andelen af piger med dette svar højere end andelen af drenge, men forskellene er mindre markante end kønsforskellene i depression, angst og mareridt (Figur 6.11).

Der er ingen markante etniske forskelle i andelen af drenge og piger, der rapporterede, at de har haft perioder af mindst to ugers varighed inden for det seneste år, hvor de har tabt interesse for ting, som de normalt har interesse for.

Figur 6.11. Andelen af drenge og piger, der har oplevet at have tabt interesse, fordelt på etniske kategorier

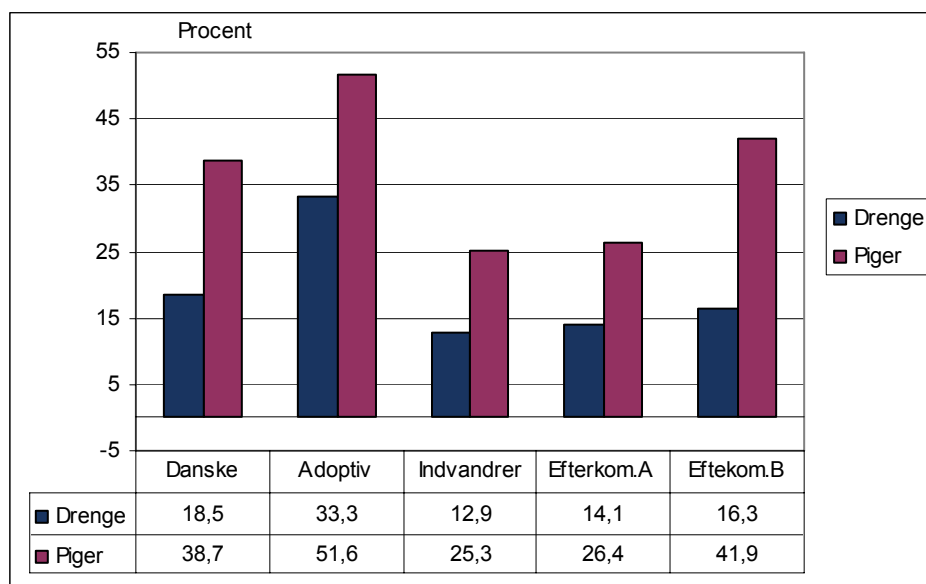


## Uoverkommelighedsfølelse

Markant større andel af piger end drenge rapporterede uoverkommelighedsfølelse (Figur 6.12).

Der er signifikante forskelle mellem de forskellige etniske kategorier, både for drenge ( $p=0,05$ ) og for piger ( $P<0,002$ ). Adopterede piger rapporterede hyppigst denne type psykisk problem, idet over halvdelen mod ca. hver fjerde pige i gruppen af indvandrere og efterkommere A har oplevet uoverkommelighedsfølelse.

Figur 6.12. Andelen af drenge og piger, der har oplevet, at alt var uoverkommeligt, fordelt på etniske kategorier.

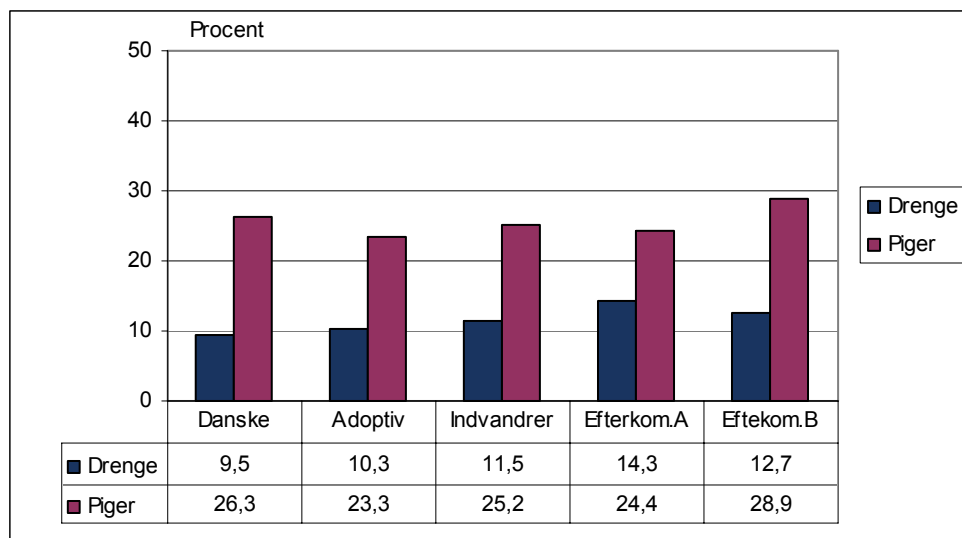


## Appetitløshed

Madlede eller appetitløshed opleves mere end dobbelt så hyppigt af piger end drenge, men det er dog hver tiende dreng, der rapporterede sådanne problemer (Figur 6.13).

Der er ikke signifikante etniske forskelle, hverken blandt drenge eller piger. I lighed med svarene på spørgsmålet, tabt interesse, er der næsten den samme andel i alle etniske kategorier, som angav, at de har haft perioder med appetitløshed eller madlede.

Figur 6.13. Andelen af drenge og piger, der rapporterer appetitløshed eller madlede, fordelt på etniske kategorier



## 6.5 Unge fra ikke-vestlige lande

Ud fra oplysningerne om fødelande er de unge opdelt i tre kategorier, etnisk danske, hvor både den unge og begge forældrene er født i Danmark, indvandrere, hvor den unge selv er født i et ikke-vestligt land og efterkommere, hvor faderen er født i ikke-vestligt land. Der vises sammenhængen mellem de 8 psykiske variable og etnicitet for henholdsvis piger og drenge. Der er kun medtaget analyser af etnisk danske i forhold til unge indvandrere og unge efterkommere med oprindelse i ikke-vestlige lande.

Piger, der er efterkommere fra ikke-vestlige lande, adskiller sig ved at være signifikant mere nervøse end etniske danske piger. Sandsynligheden for at have oplevet nervøsitet over en periode på mindst to uger inden for det seneste år er fx 74% større for efterkommere i forhold til referencegruppen af etnisk danske piger (Tabel 6.1).

**Tabel 6.1 Piger: Sammenhæng mellem psykiske symptomer og ikke-vestlig etnicitet**

	Etniske danske- re %	Efterkommere			Indvandrere		
		%	OR	95% CI	%	OR	95% CI
Daglig tristhed eller depression	45,3%	50,9%	1,25	(0,92-1,70)	48,9%	1,14	(0,77-1,69)
Interessesvækkelse	43,0%	48,6%	1,25	(0,92-1,70)	52,9%	1,49*	(1,00-2,20)
Søvnbesvær	52,8%	59,0%	1,29	(0,94-1,76)	52,8%	1,00	(0,68-1,47)
Mareridt	28,2%	26,2%	0,90	(0,64-1,28)	35,2%	1,38	(0,92-2,08)
Dårlig appetit	36,1%	39,0%	1,13	(0,82-1,55)	37,9%	1,08	(0,72-1,62)
Nervøsitet	39,2%	52,8%	1,74***	(1,28-2,36)	50,5%	1,58*	(1,07-2,34)
Angstanfald	10,2%	13,2%	1,34	(0,84-2,13)	18,6%	2,02**	(1,20-3,38)
Uoverkommeligheds-følelse	56,6%	52,0%	0,83	(0,61-1,13)	45,6%	0,64*	(0,43-0,96)

\* p<0,050

\*\* p<0,010

\*\*\* p<0,001

For indvandrerpiger fra ikke-vestlige lande gælder, at en signifikant større andel end etniske danske piger rapporterede interessesvækkelse, nervøsitet og angstanfald, hvor forekomsten er henholdsvis 49%, 58% og 102% større end for etniske danske piger. Modsat gælder det for uoverkommelighedsfølelse. Her er forekomsten for indvandrere 36% lavere, end den er for etnisk danske piger.

Tabel 6.2 viser, at drenge, der er efterkommere af forældre fra ikke-vestlige lande, adskiller sig signifikant fra etnisk danske vedrørende forekomsten af søvnbesvær og appetitløshed, idet andelen, der rapporterede disse problemer, er henholdsvis 40% og 54% større end for de etniske danske. Der er en modsat tendens ved uoverkommelighedsfølelse, andelen er her 34% mindre for efterkommerdrenge, end den er for danskerne.

Drenge, der er indvandret fra ikke-vestligt land, adskiller sig signifikant fra de etniske danskere vedrørende søvnbesvær, mareridt og nervøsitet, hvor andelen er henholdsvis 77%, 164% og 92% større end blandt etnisk danske drenge.

**Tabel 6.2 Drenge: Sammenhæng mellem psykiske symptomer og ikke-vestlig etnicitet hos drenge**

Risikofaktorer	Etniske danske-	Efterkommere			Indvandrere		
	re	%	OR	95% CI	%	OR	95% CI
Daglig tristhed eller depression	22,2%	20,2%	0,88	(0,60-1,30)	25,2%	1,18	(0,77-1,82)
Interessesvækkelse	29,6%	35,4%	1,30	(0,94-1,80)	37,7%	1,44	(0,97-2,12)
Søvnbesvær	36,9%	44,9%	1,40*	(1,03-1,90)	50,8%	1,77**	(1,22-2,57)
Mareridt	10,9%	13,7%	1,30	(0,83-2,04)	24,6%	2,64***	(1,69-4,13)
Dårlig appetit	13,3%	19,2%	1,54*	(1,04-2,30)	19,6%	1,60	(0,98-2,57)
Nervøsitet	26,5%	22,6%	0,81	(0,56-1,17)	40,9%	1,92**	(1,31-2,82)
Angstanfald	4,2%	5,8%	1,41	(0,72-2,76)	4,5%	1,09	(0,43-2,73)
Uoverkommelighedsfølelse	30,7%	22,5%	0,66*	(0,46-0,95)	27,0%	0,84	(0,55-1,28)

\* p<0,050

\*\* p<0,010

\*\*\* p<0,001

## 7. Resultater af registerundersøgelsen

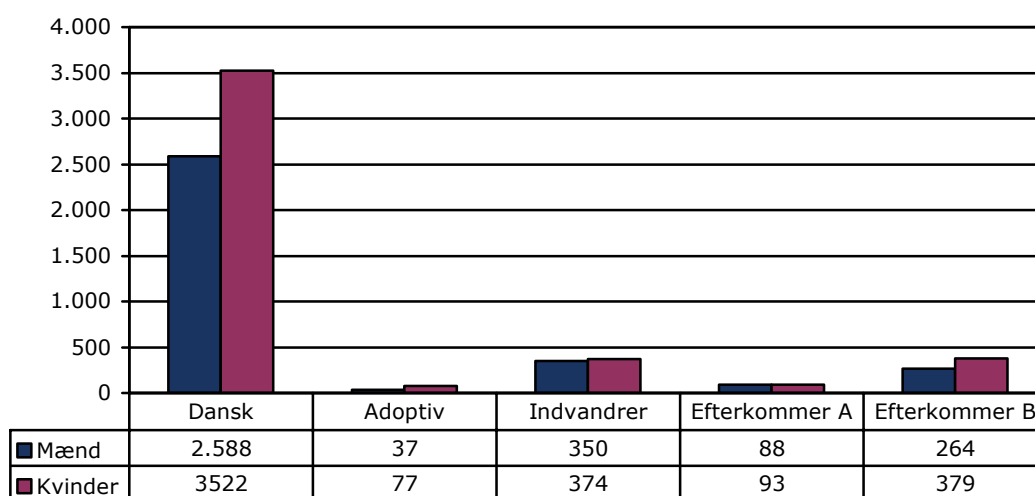
Der var i alt 7.772 i aldersgruppen 15-24 år, som i 2003 var registreret med en kontakt til det psykiatriske behandlingssystem i 2003. Det svarer til knap 2% af alle unge i den aldersgruppe. I modsætning til de ældre aldersgrupper, hvor langt hovedparten var registreret med en indlæggelse på psykiatrisk afdeling eller en kontakt til distriktpsychiatrien, var 27 % af de unge kun registreret med en kontakt til det somatiske sygehusvæsen, dvs. en kontakt for en psykiatrisk lidelse eller selvmordsforsøg til skadestue eller som en sygehusindlæggelse.

Gennemsnitligt havde hver person i den 15-24-årige aldersgruppe i undersøgelsesperioden haft 1,8 forskellige kontakter til sygehusvæsenet og/eller distriktpsychiatrien. Det er lavere end gennemsnittet på ca. 2,0 i de øvrige aldersgrupper.

### 7.1 Populationen opdelt på etniske kategorier

Figur 7.1 viser antallet af 15-24-årige mænd og kvinder i hver af de fem etniske kategorier. Der var 114 adopterede, 724 indvandrere, 181 efterkommere A og 643 efterkommer B og 6.110 etnisk danske. Antallet af kvinder var markant højere i tre ud af fem grupper.

Figur 7.1. Antal mænd og kvinder i de fem etniske grupper.



## 7.2 Etniske forskelle i kontaktmønstre

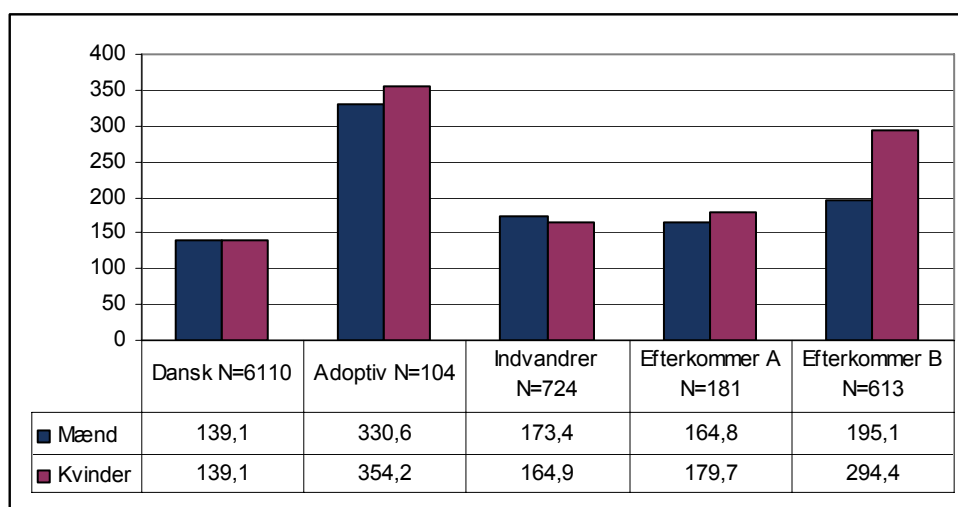
Figur 7.2 viser, at der i adoptiv-gruppen, både blandt unge mænd og kvinder var den højeste rate af personer registreret med en kontakt til det psykiatriske behandlingssystem, henholdsvis 331 og 354 pr. 10.000 mod 139 personer pr. 10.000 blandt etnisk danske unge mænd og kvinder. Unge kvinder i gruppen af efterkommere B havde den næst højeste forekomst, 294 pr. 10.000.

Raten blandt adopterede unge kvinder svarer til, at knap fire ud af hundrede har haft en eller flere indlæggelser, skadestuekontakter og/eller ambulante kontakter til distriktspsykiatrien i 2003 mod godt og vel en ud af hundrede unge etnisk danske kvinder.

De etniske forskelle i patientraterne er signifikant forskellige, både for mænd og kvinder

Figur 7.2. Patientrater blandt 15-24-årige mænd og kvinder i 2003, fordelt på etnisk gruppe. Rate, antal forskellige patienter pr. 1.000 i hver gruppe.

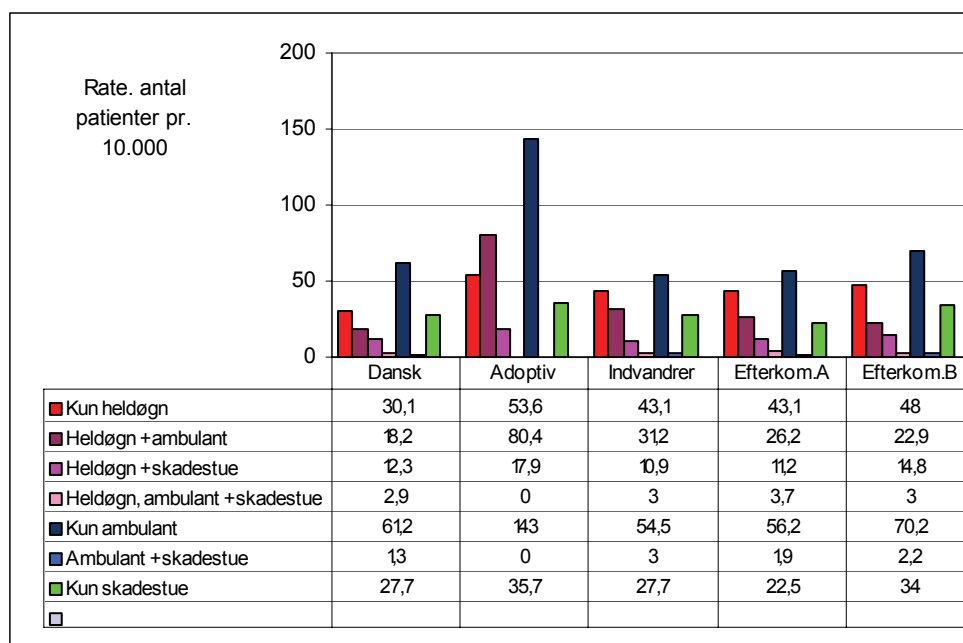
N angiver det samlede antal mænd og kvinder.



De følgende figurer, 7.3 og 7.4, viser kontakttyperne for de 15-24-årige beregnet som raten for forskellige patienter i hver kategori af kontakttyper. Der ses en overvægt af ambulante kontakter i alle etniske grupper, disse kontakter kan både være til sygehusvæsenet og distriktspsykiatrien. Skadestuekontakterne omfatter i særlig grad kontakter pga. selvskadende adfærd og akutte krisereaktioner. I modsætning til, hvad der gælder for fx skadestuekontakter pga. ulykker, er der ingen markante kønsforskelle i skadestuekontakter pga. psykiske lidelser.

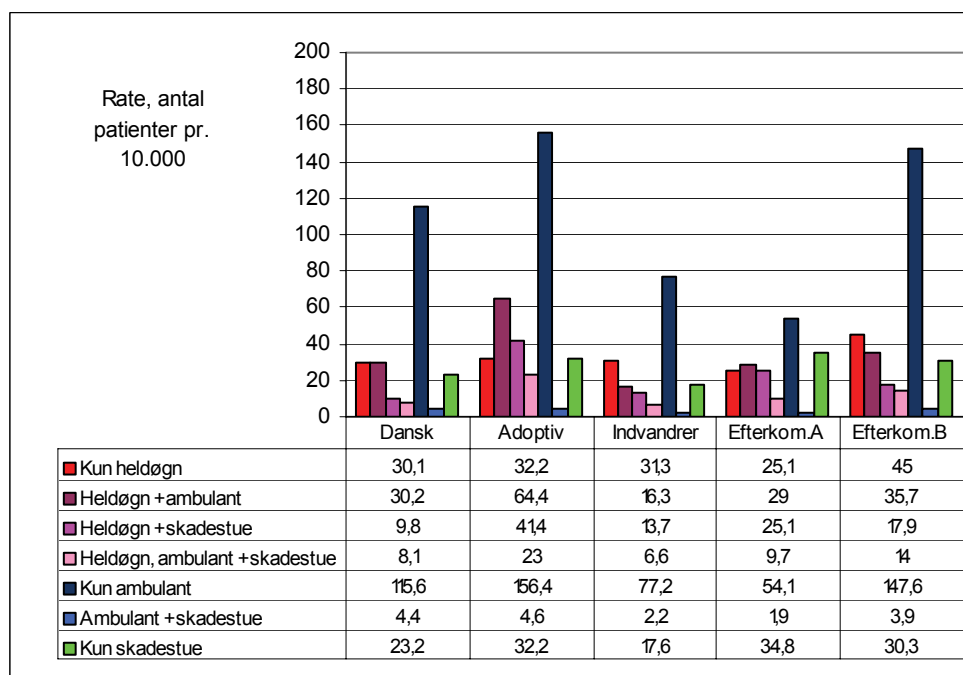


Figur 7.3. Patientrater blandt 15-24-årige mænd i 2003, fordelt på etnisk gruppe og kontaktttype. Rate, antal forskellige patienter pr. 10.000.



Der er en bemærkelsesværdig høj ambulansrate blandt unge kvinder i gruppen af efterkommer B, i adoptiv-gruppen og blandt unge etnisk danske. Det samme gør sig gældende blandt de unge mandlige adopterede.

Figur 7.4. Patientrater blandt 15-24-årige kvinder i 2003, fordelt på etnisk gruppe og kontaktttype. Rate, antal forskellige patienter pr. 10.000

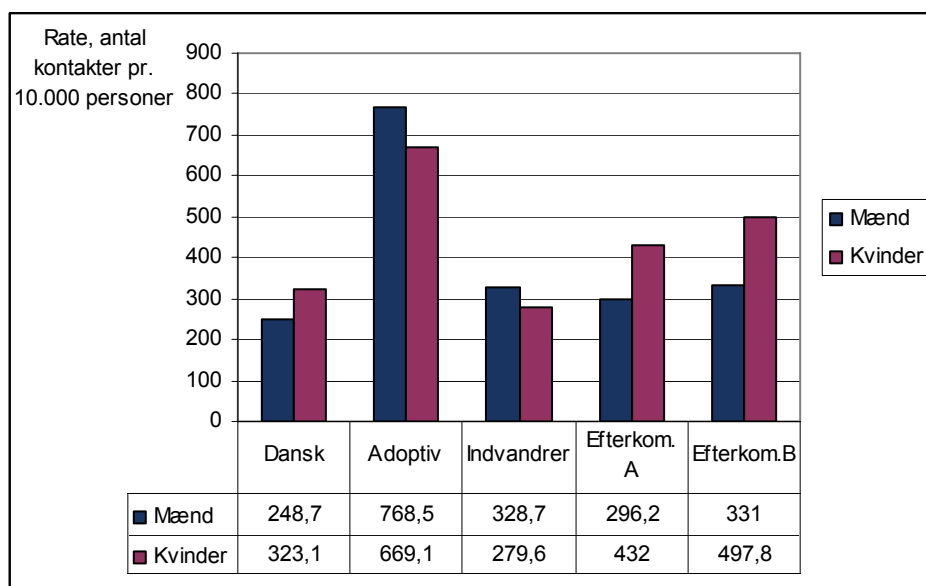


### 7.3 Kontaktrater

Som det fremgår af figur 7.5 var den samlede kontaktrate, dvs. det samlede antal af indlæggelser og ambulante samt skadestuekontakter i 2003 blandt 10.000 personer i de forskellige etniske grupper, markant højere i gruppen af unge mænd i adoptiv-gruppen, 769 pr. 10.000, mod en tre gange lavere rate blandt unge etnisk danske mænd. Raten blandt unge kvinder i adoptiv-gruppen var 669 pr. 10.000, og ca. halvt så høj i gruppen af unge etnisk danske kvinder.

Der er også en relativ høj rate blandt kvinder i gruppen af efterkommere B sammenlignet med kvinder i grupperne af etnisk danske og indvandrere.

Figur 7.5. Antal kontakter pr. 10.000 blandt 15-24-årige mænd og kvinder i 2003, fordelt på etniske grupper.



Der er således markante kønsmæssige forskelle i kontaktmønsteret i de fem etniske grupper. Den høje rate blandt adopterede skyldes især, at der i denne gruppe er relativt mange ambulante og skadestuekontakter. Der var en højere andel af unge kvinder end af unge mænd i denne gruppe, der havde haft kontakt til det psykiatriske behandlingssystem i 2003, men mændene havde i gennemsnit haft flere kontakter end kvinderne.

## 7.4 Kun kontakt til det somatiske hospitalsvæsen

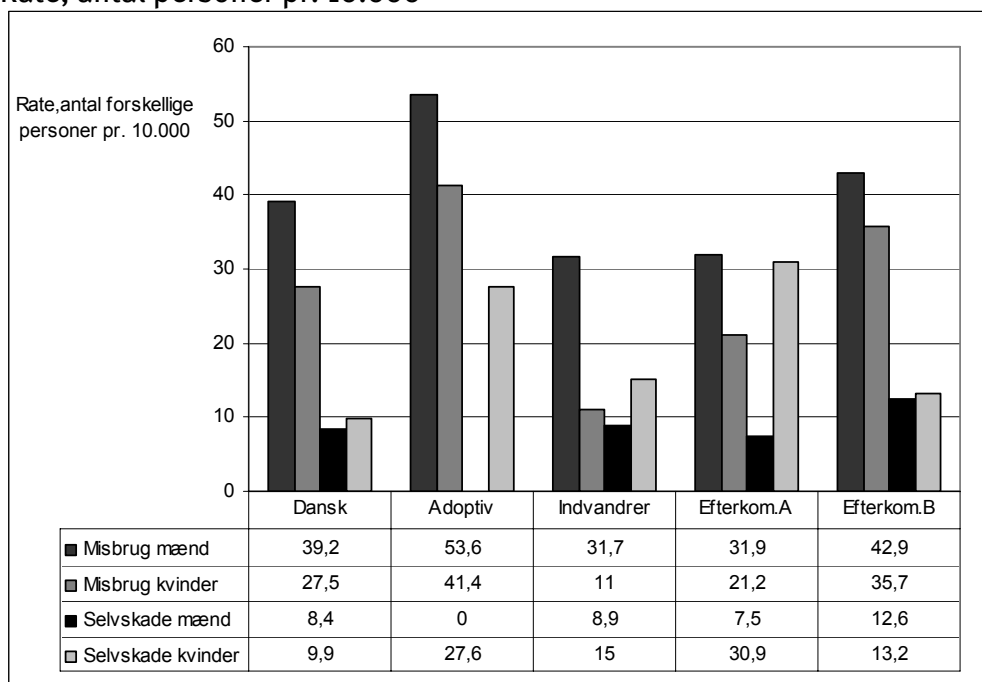
Knap en tredjedel af de unge havde udelukkende haft en kontakt til det somatiske sygehusvæsen, og den væsentligste årsag var misbrugsrelaterede lidelser, dvs. alkoholmisbrug eller stofafhængighed. I alle etniske grupper var raten højere blandt mænd end kvinder, mens raten for selvskade/selvmodsforsøg var højere blandt kvinder, dog kun med små kønsforskelle blandt etnisk danske og efterkommere B (Figur 7.6).

Der er markante etniske forskelle i kontakter pga. misbrug, højst blandt unge adopterede mænd og kvinder og dernæst blandt efterkommere B og etnisk danske, mens den var relativ lav blandt indvandrere og efterkommere A.

Den relativt høje kontaktrate for selvskade blandt unge kvinder og for misbrug af alkohol eller euforiserende stoffer blandt mænd i adoptiv- og efterkommer B-grupperne forklarer den højere rate af skadestuekontakter i disse grupper. Kontakter pga. selvskade/selvmodshandlinger forekom ca. tre gange hyppigere blandt adopterede kvinder og kvindelige efterkommere B end blandt etnisk danske kvinder. Der er ingen eller kun enkelte kontakter til de somatiske sygehuse vedrørende andre typer af psykiatriske lidelser.

Figur 7.6. Patientrater blandt 15-24-årige mænd og kvinder, registrerede i LPR for misbrug og selvskade/selvmodshandling i 2003, fordelt på etniske grupper.

Rate, antal personer pr. 10.000



## 7.5 Diagnoser

Kontaktmønstret i de fem etniske grupper beskrives inden for de udvalgte psykiske sygdomme, misbrugsrelaterede lidelser, nervøsitet, personlighedsforstyrrelser og spiseforstyrrelser samt kontakter pga. selvskaade/selvmodshandlinger.

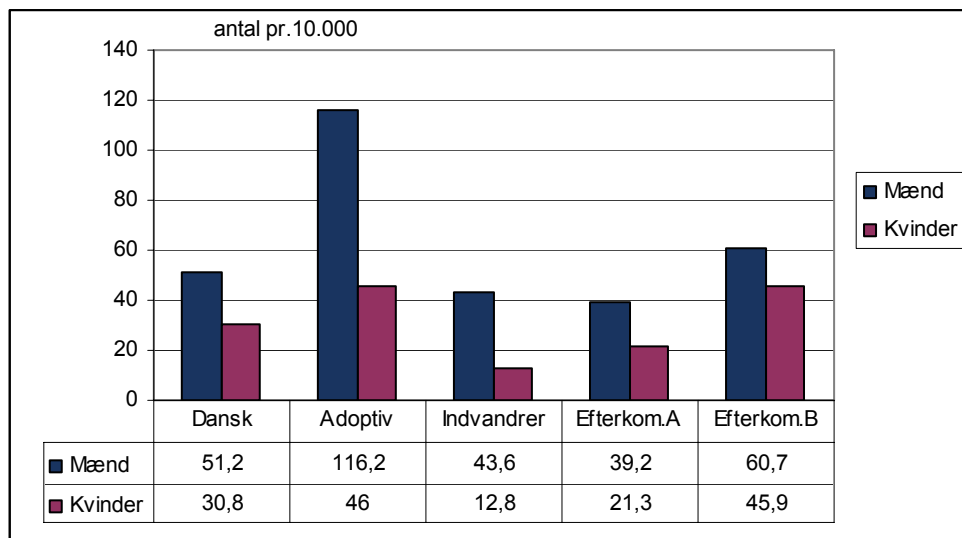
### 7.5.1 Misbrugsrelaterede lidelser

Misbrugsrelaterede lidelser omfatter psykiske følger af skadeligt brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer såsom opiater, cannabis, kokain og andre morfika samt lægemidler, fx sedativa og hypnotika til behandling af søvnløshed, angst og uro. Ofte er der tale om et blandingsmisbrug, dvs. at mange misbruger mere end én type stoffer. Men ved registreringen af kontakten til sygehus eller distriktspsykiatrien er det kun det stof/lægemiddel, der har givet anledning til kontakten med sundhedsvæsenet, der registreres som diagnosen.

Misbrug omfatter både stoffer, der er legale og kulturelt acceptable i Danmark (fx alkohol), stoffer, der er illegale som heroin, og stoffer, der er lægeordnede. I figur 7.7 vises kontaktraten blandt unge for disse misbrugsrelaterede lidelser i 2003, dvs. de kontakter hvor diagnosen var psykisk lidelse pga. alkohol- eller stofmisbrug (ICD10 koden F1), og hvor der ikke indgik en psykiatrisk diagnose, som er prioriteret højere end F1.

Kontaktraterne for misbrugsrelaterede psykiske lidelser er markant højere blandt unge mænd end unge kvinder, og højst blandt unge mænd i adoptiv-gruppen, hvor den er mere end dobbelt så høj som blandt unge etnisk danske mænd. Forskellene i rater er signifikant forskellige i de etniske grupper, både for mænd og for kvinder ( $p < 0,001$ ).

Figur 7.7. Rate for misbrugsrelaterede lidelser blandt 15-24-årige mænd og kvinder i 2003. Antal kontakter pr. 10.000, fordelt på etniske grupper.



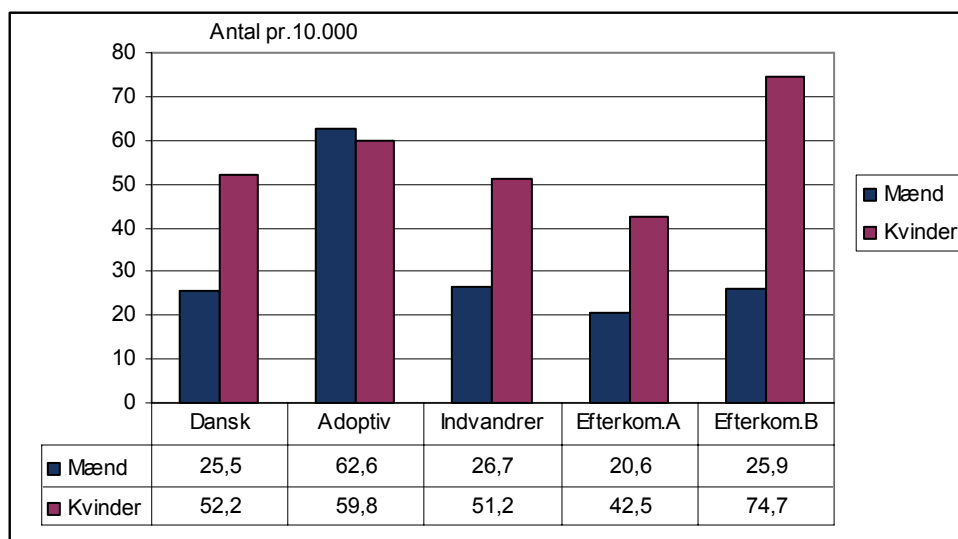
## 7.5.2 Nervøse, stressrelaterede lidelser

Disse lidelser er kendetegnet ved angst, tvangstanker og –handlinger og psykosomatiske symptomer, dvs. tilbagevendende og ofte skiftende fysiske symptomer fra mavearmkanal, hjerte og hud eller smertesymptomer uden objektive fund.

Angsten kan vise sig som en generaliseret angst eller angstoplevelser i forskellige veldefinerede situationer, fx i menneskemængder, ved færden alene uden for hjemmet, over for særlige genstande mm., og den kan være ledsaget af panikanfald.

Nervøse lidelser forekommer hyppigere blandt kvinder end mænd. Figur 7.8 viser tilsvarende, at der for alle etniske grupper er en højere kontaktrate for nervøse lidelser blandt unge kvinder end unge mænd. Forskellene mellem de etniske grupper er signifikante ( $p < 0,001$ ), idet der er en markant højere rate blandt unge kvinder i efterkommer B gruppen, og blandt unge adopterede mænd i gruppen sammenlignet med de øvrige etniske kategorier.

Figur 7.8. Rate for nervøse lidelser blandt 15-24-årige mænd og kvinder i 2003. Antal kontakter pr. 10.000, fordelt på etniske grupper



### 7.5.3 PTSD

Belastningsreaktioner efter traumatiske oplevelser, PTSD (posttraumatisk belastningsreaktion), er en normal reaktion på en forudgående exceptionel traumatiserende begivenhed. Prædisponerende faktorer som særlige personlighedstræk kan påvirke tærsklen for at udvikle PTSD.

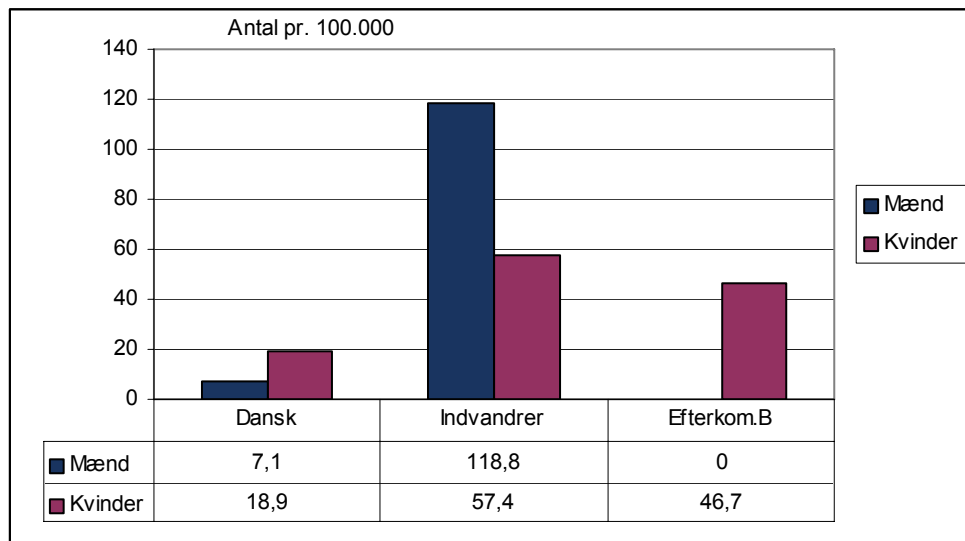
Tilstanden er karakteriseret ved tilbagevendende genoplevelser af traumet, de såkaldte flashbacks, et voldsomt ubehag ved at udsættes for situationer, der minder om traumet, hvorfor sådanne situationer forsøges undgået. Der ses ofte søvnforstyrrelser, kognitive forstyrrelser, irritabilitet, og et øget alarmberedskab. Tilstanden har et skiftende forløb og kan hos visse personer antage et kronisk forløb med udvikling af depression og angsttilstande.

I Danmark er PTSD særlig hyppig blandt mennesker, der er kommet hertil som flygtninge med en baggrund præget af forfølgelse, vold, evt. tortur. PTSD ses derfor overvejende i den lidt ældre aldersgruppe, men som det ses af figur 6.9 er der også blandt unge indvandrere en langt højere kontaktrate end blandt unge etnisk danske.

Undersøgelsens gruppe af indvandrere kan både omfatte flygtninge, familiesammenførte og personer, der er indvandret med henblik på arbejde eller uddannelse. Undersøgelsen omfatter ikke asylansøgere, idet der kun indgår personer med dansk CPR nummer. Omfanget af kontakter pga. PTSD ville formentlig være langt højere, såfremt undersøgelsen havde inkluderet asylansøgere, og kontaktraterne blandt flygtninge er antagelig langt højere end i hele gruppen af indvandrere.

Blandt unge indvandrere har mænd en højere rate end kvinder. Unge kvindelige indvandrere har ca.  $\frac{1}{2}$  gange så stor kontakthyppighed som de mandlige indvandrere. Derimod har unge kvinder blandt efterkommere B og unge etnisk danske kvinder en højere hyppighed end mænd (Figur 7.9).

Figur 7.9. Rate for PTSD blandt 15-24-årige mænd og kvinder i 2003.  
 Antal kontakter pr. 100.000, fordelt på danske, indvandrere og efterkommere B.

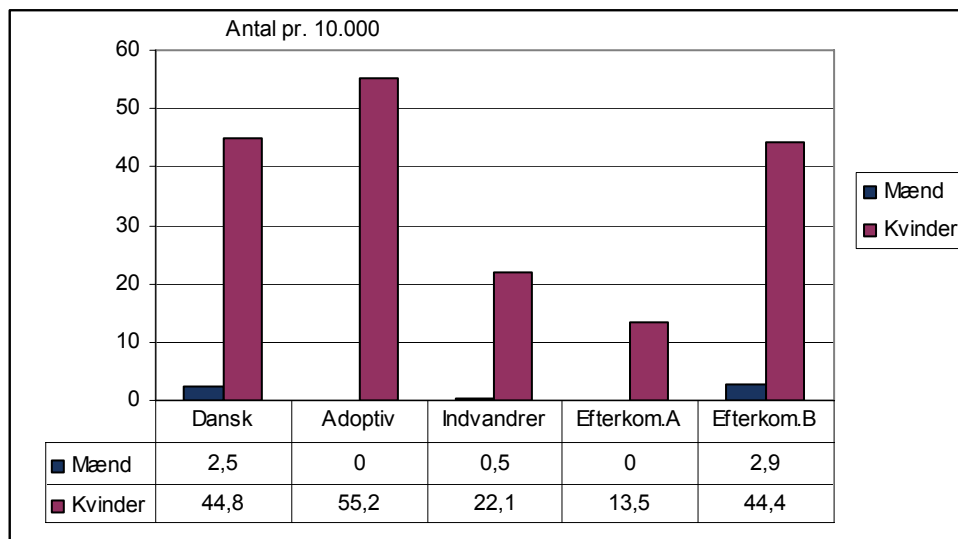




### 7.5.4 Spiseforstyrrelser

Der er markante kønsforskelle i kontaktraten for spiseforstyrrelser (Figur 7.10). Det gælder for alle etniske grupper. Raten er relativ lav blandt unge indvandrerkvinder og kvindelige efterkommere A, og den er højst blandt unge adopterede kvinder.

Figur 7.10. Rate for spiseforstyrrelser blandt 15-24-årige mænd og kvinder i 2003. Antal kontakter pr. 10.000, fordelt på etniske grupper.



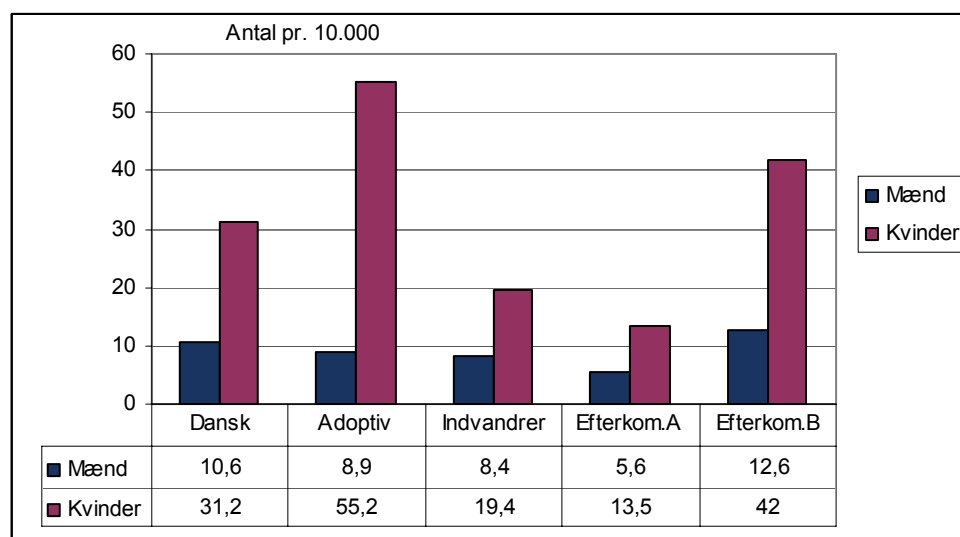
### 7.5.5 Personlighedsforstyrrelser

Der afgrænses otte forskellige typer af personlighedsforstyrrelser, der kan inddeles i tre hovedkategorier:

- Paranoide forstyrrelser, præget af overreaktioner, mistro, stridbarhed, selvhenførelse og tendens til at bære nag. Personerne har ofte en kølig afstandtagen til omverdenen, er introspektive, emotionelt afladede og isolerer sig socialt.
- Emotionelle forstyrrelser karakteriseret enten ved manglende empati og respekt for andre og lav frustrations- og aggressionstærskel, eller ved en usikker selvopfattelse, overdrevne følelsesudbrud og opmærksomheds-søgende adfærd.
- Tvangsprægede forstyrrelser ofte med udtalt ængstelse, afhængighed og selvbebrejdelse samt angst for ikke at blive accepterede.

Unge kvinder har væsentligt hyppigere end unge mænd kontakt til det psykiatriske behandlingssystem i forbindelse med personlighedsforstyrrelser. Denne kønsforskel i kontaktmønstret genfindes i alle fem etnicitetsgrupper. Selvom unge indvandrerkvinder og unge kvinder i efterkommer A gruppen har betydelig færre kontakter end kvinder i de øvrige tre kategorier, har de flere end hos mændene i disse to grupper (Figur 7.11).

Figur 7.11. Rate for personlighedsforstyrrelser blandt 15-24-årige kvinder og mænd i 2003. Antal kontakter pr. 10.000, fordelt på etniske grupper.



Forskellene i kontaktrater i de fem etniske grupper er signifikant forskellige ( $p < 0,001$ ), både for mænd og kvinder. Unge adopterede kvinder og kvinder i

gruppen af efterkommere B adskiller sig, de har specielt en meget højere kontaktrate end indvandrere og efterkommere A. Men der er også relativt høj rate blandt unge etnisk danske kvinder.

### 7.5.6 Selvdestruktiv adfærd/selvordsforsøg

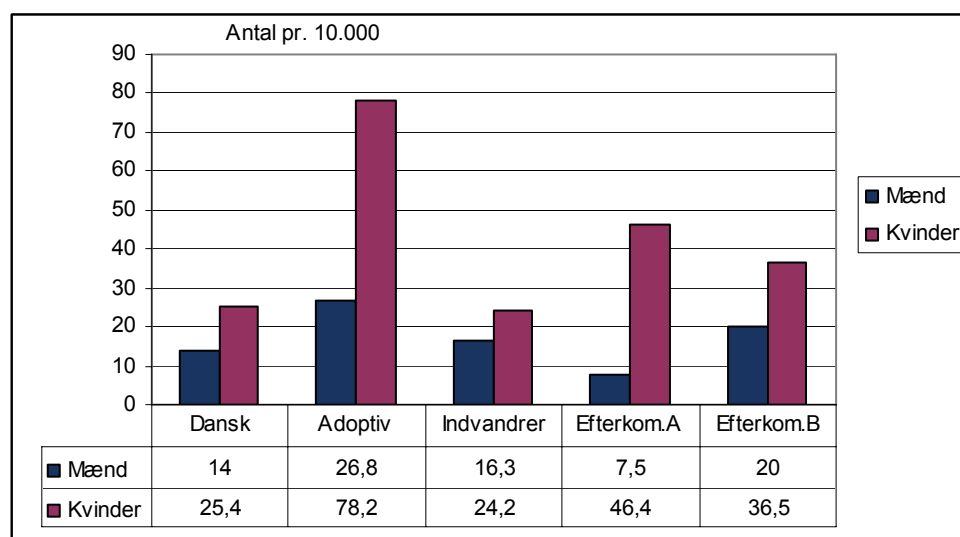
De fleste kontakter pga. af selvskade/selvordshandlinger sker til de somatiske skadestuer. Kontakterne registreres i Landspatientregisteret ud fra en kontaktårsagskode. Der er tidligere påvist regionale forskelle i registreringsgrundlaget og i tolkningen af de tilgrundliggende årsager til skadestuekontakter. Det har betydning for identifikationen af sygehuskontakter pga. selvskade og synes også at influere på de rapporterede kønsforskelle i hyppigheden af selvordshandlinger (Helweg-Larsen et al. 2005).

Den betydeligt større forekomst af registrerede selvordshandlinger blandt unge kvinder sammenlignet med forekomsten blandt unge mænd kan delvis skyldes, at følgerne af selvskadende adfærd blandt mænd hyppigere end blandt kvinder registreres som ulykker. Men der er også tale om en markant større forekomst af selvskadende adfærd såsom indtagelse af lægemidler i ikke-dødelig dosis og snitlæsioner blandt kvinder.

Figur 7.12 viser antallet af mænd og kvinder pr. 10.000 i de fem forskellige etniske grupper, der er registreret med enten kontaktårsagskode 4 eller koderne X60-X84, som angiver en kontakt til det psykiatriske sundhedsvæsen pga. selvskade/selvordshandling.

Der er markant større kontaktrate blandt unge kvinder i adoptiv-gruppen, ca. tre gange højere end blandt unge etnisk danske kvinder. Raten er også relativt høj blandt kvinder i de to efterkommergrupper.

Figur 7.12. Rate for selvskade/selvordshandling blandt 15-24-årige mænd og kvinder i 2003. Antal kontakter pr. 10.000, fordelt på etniske grupper.



## *7.6 Patientrater blandt ikke-vestlige etniske grupper*

Vi har i de følgende dataudtræk defineret personer i de fire etniske minoritetsgrupper efter, hvorvidt de selv eller deres forældre er indvandret fra et ikke-vestligt land, eksklusive lande i Latinamerika. Dette er gennemført mhp at sammenligne kontaktmønsteret i denne gruppe af personer med tilknytning til ikke-vestlige lande med de selvrapporterede data om de ikke-vestlige 15-16-åriges psykiske trivsel, som er gennemgået tidligere.

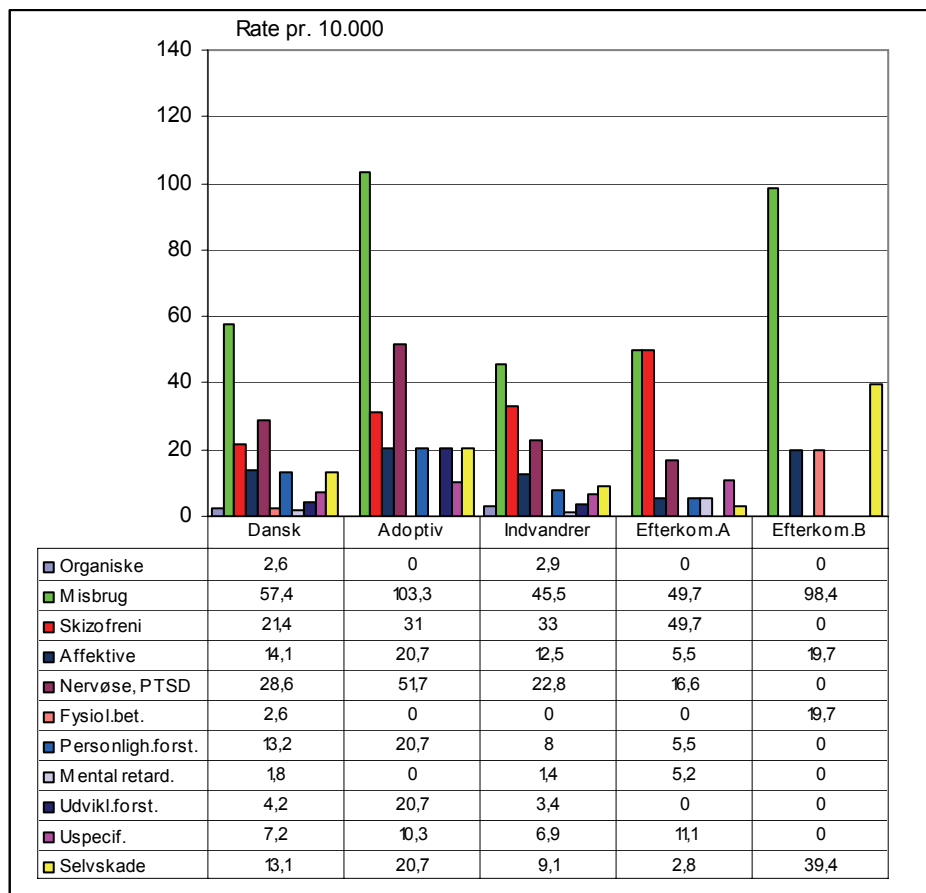
Patientraterne præsenteres fordelt på de prioriterede diagnoser, således at en person, der fx er registreret for en kontakt pga. skizofreni i 2003, ikke tillige kan indgå for en kontakt for en psykisk lidelse, der er prioriteret lavere end skizofreni, fx nervøse lidelser. Figurene viser således ikke alle kontakterne, som de enkelte personer har haft i 2003, men kun en kontakt pr. person i overensstemmelse med vores prioritering af diagnoser.

De to følgende figurer viser antal 15-24-årige mænd og kvinder pr. 10.000 i de enkelte etniske grupper, der er registreret med en kontakt inden for hver enkelt prioriteret diagnose. Hver person kan kun forekomme indenfor en enkelt diagnosekategori. Raterne er beregnet dels for unge etnisk danske og dels for unge i de fire etniske minoritetsgrupper, og der er i disse kun medtaget data om de 15-24-årige, der enten selv er født i, eller hvis forældre er indvandret fra et ikke-vestligt land. Her er undtaget personer med latinamerikansk baggrund.

Data præsenteres i figurerne 7.13 og 7.14 for henholdsvis 15-24-årige mænd og kvinder og demonstrerer de udtalte kønsforskelle i raterne specielt i misbrugsrelaterede lidelser, personlighedsforstyrrelser og selvskade/selv mordshandlinger.

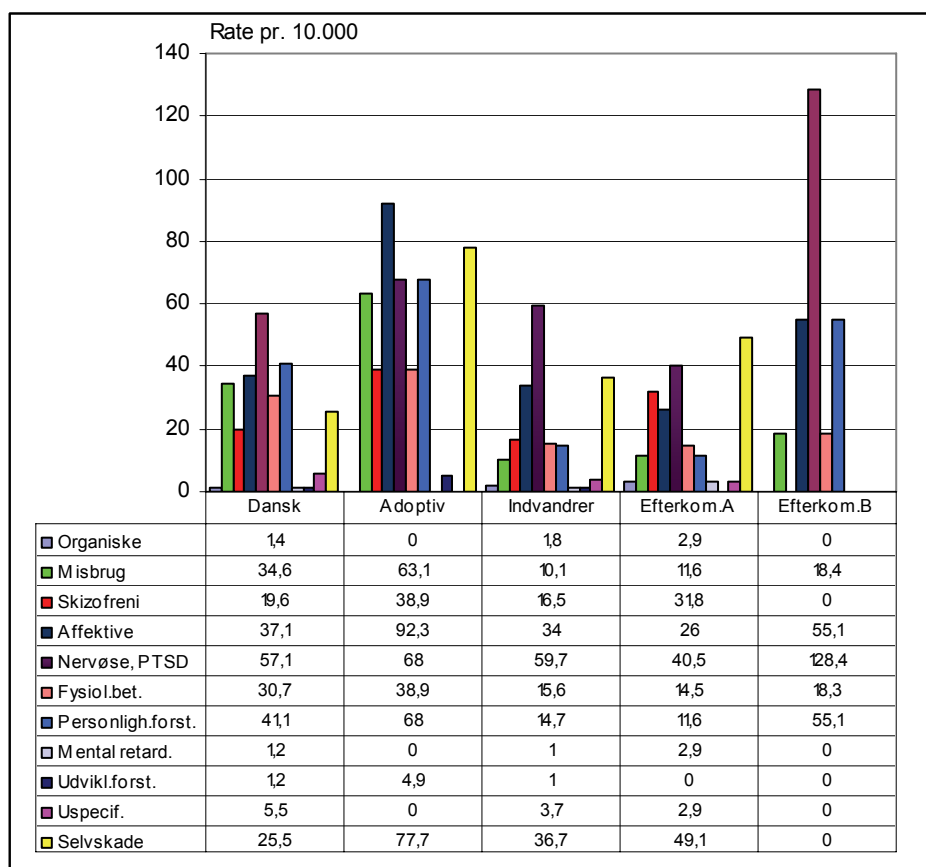
Der er markante forskelle i kontakter for misbrugsrelaterede lidelser blandt mænd i adoptiv-, efterkommer B-gruppen og blandt etnisk danske mænd. Blandt unge adopterede mænd er raten for nervøse lidelser højere end i de andre etniske grupper, og der er markant højere rate for skizofreni blandt mandlige efterkommere A, og for selvskade/selv mordshandlinger blandt mandlige efterkommere B.

Figur 7.13. Patientrater fordelt på prioriterede diagnoser og etniske grupper (danske og ikke-vestlige) blandt 15-24-årige mænd i 2003. Antal personer pr. 10.000.



Blandt de unge kvinder adskiller adopterede sig fra de andre etniske grupper ved at have højere rater for personlighedsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og affektive lidelser, og denne gruppe har en højere rate for misbrugsrelaterede lidelser. Raten for selvskade er relativt høj blandt de ikke-vestlige efterkommere B, men ikke blandt efterkommere A eller indvandrere (Fig. 7.14).

Figur 7.14. Patientrater fordelt på prioriterede diagnoser og etniske grupper (danske og ikke-vestlige) blandt 15-24-årige kvinder i 2003. Antal personer pr. 10.000.

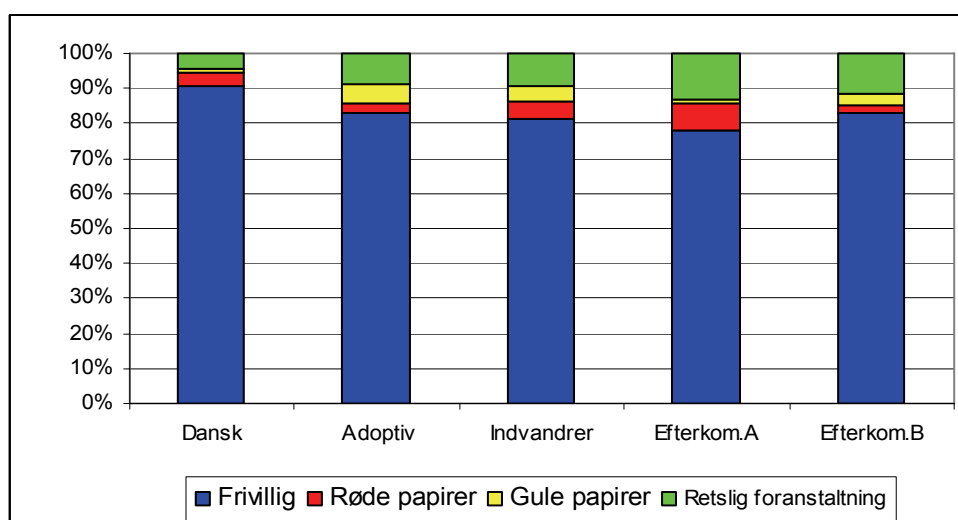


## 7.7 Tvangsindlæggelser og strafferetslige vilkår

Andelen af ikke-frivillige indlæggelser er langt højere blandt unge end ældre, og der er markante kønsforskelle. Blandt unge mænd er andelen af tvangsindlæggelser og indlæggelser til retslige foranstaltninger højere end blandt unge kvinder.

Figur 7.15 viser, at knap 10% af indlæggelser af unge etnisk danske mænd omhandlede tvangsindlæggelse eller indlæggelse til mentalobservation eller med henblik på en behandlingsdom mod knap 20% af indlæggelserne blandt unge indvandrer-mænd og godt og vel 20% af indlæggelserne blandt unge mandlige efterkommere A.

Figur 7.15 Den procentvise fordeling af indlæggelsesvilkår blandt 15-24-årige mænd i 2003, fordelt på etnicitet.



Blandt kvindelige efterkommere A er der i forhold til de øvrige etniske grupper af unge kvinder også en relativ høj andel af indlæggelserne, der var på tvang, 10% mod 3% af unge etnisk danske kvinder. Men der er blandt kvinder i de forskellige etniske grupper ingen eller kun enkelte indlæggelser mhp. retslige foranstaltninger.



## Referencer

- Abdalla, K. (2002) Asylsøgende børns sundhedstilstand . *Ugeskr.Laeger.*, **164**, 5765-5769.
- Adam H, van-Essen J (2004). Adolescent refugees in exile. I: Wilson J, Drozdek B (eds). Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims. New York: Brunner-Routledge pp 521-546.
- Agerbo, E., Nordentoft, M. & Mortensen, P. B. (2002a) Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ*, **325**, 74.
- Agerbo, E., Nordentoft, M. & Mortensen, P. B. (2002b) Selvmord blandt unge - familiære, psykiatriske og socioøkonomiske risikofaktorer. Et nestet case-kontrol studie. *Ugeskr.Laeger*, **164**, 5786-5790.
- Ai, A.L., Peterson, C., Ubelhor, D. (2002) War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *Journal of Traumatic Stress*, **15**, 157-160.
- Alberdi F., Nørregaard C., Kastrup, M. & Kristensen M . (2002) Transkulturel psykiatri. København, Hans Reitzels Forlag.
- Asmussen I. (2005) Etniske grupper. Kriminalitet og forebyggelse. Kriminalpræventie Råd. Rigspolitiet, København.
- Basoglu, M., Livanou, M., Crnobaric, C., Franciskovic, T., Suljic, E., Duric, D. & Vranesic, M. (2005) Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia: association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *JAMA*, **294**, 580-590.
- Bennedsen, A., Ibfelt, E. H., Hansen, J. L. & Helweg-Larsen, K. (2006) Selvrappor- teret helbred blandt unge i etniske minoriteter i Danmark. *Ugeskr.Laeger*, **168**, 1645-1649.
- Berry, J. W. & Sam, D. L. Acculturation and adaption. [In Handbook of cross-cultural psychology. Vol 3: Social behaviour and addaption. 1997. Boston, Allyn & Bacon.
- Bhugra, D. (2000) Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatr.Scand Suppl.*, 68-73.
- Bhugra, D. (2003) Migration and depression. *Acta Psychiatr.Scand.Suppl.*, 67-72.

- Bhugra, D. (2004) Migration, distress and cultural identity. *Br.Med Bull.*, **69**, 129-141.
- Bhugra, D. (2006) Severe mental illness across cultures. *Acta Psychiatr.Scand Suppl.*, 17-23.
- Bhugra, D. & Bhui, K. (1999) Racism in psychiatry: paradigm lost--paradigm regained. *Int Rev.Psychiatry*, **11**, 236-243.
- Bradby H, Williams R. Is religion or culture the key feature in changes in substance use after leaving school? Young Punjabis and a comparison group in Glasgow.  
*Ethn Health*. 2006 Aug;11(3):307-24.
- Broberg AG, Dyregrov A, Lilled L (2005) The Göteborg discotheque fire: Posttraumatic stress, and school adjustment as reported by the primary victims 18 months later. *J Child Psychol Psychiatry* **46**, 1279-1286.
- Browner-Elhanan, K. J. (1997) Acculturation Issues in Adolescent Immigrants: How Are They Related to Health? *Adolesc.Med*, **8**, 397-401.
- Cantor-Graae, E., Pedersen, C. B., McNeil, T. F. & Mortensen, P. B. (2003) Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *Br.J Psychiatry*, **182**, 117-122.
- Cantor-Graae, E. & Selten, J. P. (2005) Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am.J Psychiatry*, **162**, 12-24.
- Carli A & Ruud AK (2004) Børn af psykisk syge asylansøgere - nogle refleksioner. Socialt Udviklingscenter, Socialt Udviklingscenter.
- Carmil D, Carel R. (1986) Emotional distress and satisfaction in life among Holocaust survivors *Psychological Medicine* **16**: 141-149.
- Carlsson, J. M., Mortensen, E. L. & Kastrup, M. (2006a) Predictors of mental health and quality of life in male tortured refugees. *Nord.J Psychiatry*, **60**, 51-57.
- Carlsson, J. M., Olsen, D. R., Mortensen, E. L. & Kastrup, M. (2006b) Mental health and health-related quality of life: a 10-year follow-up of tortured refugees. *J Nerv.Ment.Dis.*, **194**, 725-731.
- Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C. & Haro-Abad, J. M. (2005) Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clin.Pract.Epidemol.Ment.Health.*, **1:13.**, 13.
- Cederblad, M., Hook, B., Irhammar, M. & Mercke, A. M. (1999) Mental health in international adoptees as teenagers and young adults. An epidemiological study. *J Child Psychol.Psychiatry*, **40**, 1239-1248.

- Christensen E. (2004) 7-årige børn med anden etnisk baggrund. Forældres ressourcer, børnenes udvikling, skolestart og kontakt med socialforvaltningen. 04:28. København, Socialforskningsinstituttet.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993): A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 50: 975-990.
- Colding B. (2005) A dynamic analysis of educational progression: Comparing children of immigrants and native Danes. Copenhagen, AMID & AKF. 37/2005.
- Dahl KM. (2005) Etniske minoriteter i tal. Børn, integration og ligestilling. 3:2005. København, Socialforskningsinstituttet.
- Davies, S., Thornicroft, G., Leese, M., Higgingsbotham, A. & Phelan, M. (1996) Ethnic differences in risk of compulsory psychiatric admission among representative cases of psychosis in London. *BMJ*, 312, 533-537.
- Due, E. P. & Holstein B.E. (2003) Skolebørnsundersøgelsen 2002. København, Københavns Universitet Institut for Folkesundhedsvidenskab.
- Ekblad, S., Prochazka, H. & Roth, G. (2002) Psychological impact of torture: a 3-month follow-up of mass-evacuated Kosovan adults in Sweden. Lessons learnt for prevention. *Acta Psychiatr.Scand.Suppl.*, 30-36.
- Ehnholt KA, Yule W (2006) Practitioner review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *J Child Psychol. Psychiatry*, 47, 1197-1210.
- Erikson EH . 1968) Identity: Youth and crises. New York, Norton.
- Fensbo, C (2002) En historisk prospektiv undersøgelse af psykosociale forhold for internationalt adopterede børn i Nordjyllands Amt. Justitsministeriet. Oversigt over projekter støttet af Forskningsfonden.
- Fensbo, C. (2004) Mental and behavioural outcome of inter-ethnic adoptees: a review of the literature. *Eur.Child Adolesc.Psychiatry*, 13, 55-63.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Ridder, E. M. (2005) Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *J Child Psychol.Psychiatry*, 46, 837-849.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. & Horwood, L. J. (1995) The adolescent outcomes of adoption: a 16-year longitudinal study. *J.Child Psychol.Psychiatry.*, 36, 597-615.
- French, S. A., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Downes, B., Resnick, M. & Blum, R. (1997) Ethnic differences in psychosocial and health behavior correlates of dieting, purging, and binge eating in a population-based sample of adolescent females. *Int.J.Eat.Disord.*, 22, 315-322.

Groth, M. V., Nielsen GA & Ringgaard, L. (2003) Unges livsstil og dagligdag 2001. København, Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen.

Guarnaccia, P. J. & Lopez, S. (1998) The mental health and adjustment of immigrant and refugee children. *Child Adolesc.Psychiatr.Clin N Am.*, **7**, 537-5ix.

Helweg-Larsen k, Andersen S, Bryde Nielsen U & Madsen M . (2003) Ung og Køn. Kønspektivet i unges trivsel og sundhedsadfærd i starten af det 21. århundrede. København, Minister for Ligestilling & Statens Institut for Folkesundhed.

Helweg-Larsen K & Hauschildt Juhl H .(2000) En ekstern analyse af sundhedsområdet i Røde Kors' Asylafdeling. København, Statens Institut for Folkesundhed og Institut for Sundhedsvæsen.

Helweg-Larsen, K. & Kastrup, M. C. (2006) Konsekvenser af væbnede konflikter med fokus på kønspektivet. *Ugeskr.Laeger*, **168**, 3047-3049.

Helweg-Larsen, K. & Larsen HB . (2006) Overgreb på børn. Hvorfor sker det, og hvordan kan det undgås? København, Statens Institut for Folkesundhed.

Helweg-Larsen, K. & Larsen, H. B. (2002) *Unge trivsel år 2002: en undersøgelse blandt 9. klasses elever med fokus på seksuelle overgreb i barndommen*. Statens Institut for Folkesundhed.

Helweg-Larsen K, Kastrup M, Baez A, Flacks EM. (2007) Etniske forskelle i kontaktmønsteret til det psykiatriske behandlingssystem i Danmark. Et registerbaseret studie. Videnscenter for Transkulturel Psykiatri & Statens Institut for Folkesundhed.

Hetland, J., Torsheim, T. & Aaro, L. E. (2002) Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scand J Public Health*, **30**, 223-230.

Hicks, J. W. (2004) Ethnicity, race, and forensic psychiatry: are we color-blind? *J Am.Acad.Psychiatry Law.*, **32**, 21-33.

Hjern, A. & Allebeck, P. (2002) Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden: a comparative study. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol*, **37**, 423-429.

Hjern, A., Lindblad, F. & Vinnerljung, B. (2002) Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. *Lancet*, **360**, 443-448.

Hodes M.(2000) Psychological distressed refugee children in the United Kingdom. *Child Psychology & Psychaitry Review* **5**, 57-68.

Jespersen C & Sivertsen MB. (2005) Unges sociale problemer. En forskningsoversigt. 05:21. København, Socialforskningsinstituttet.

Koch, M. W., Bjerregaard, P. & Curtis, C. (2004) Acculturation and mental health--empirical verification of J.W. Berry's model of acculturative stress. *Int J Circumpolar Health*, **63 Suppl 2**, 371-376.

Kramp P, Gabrielsen G. (2003) Kriminalitet begået af psykisk syge 1977-1999. *Ugeskr Læger*, **165**, 2553-2556.

Kvernmo, S. & Heyerdahl, S. (2003) Acculturation strategies and ethnic identity as predictors of behavior problems in arctic minority adolescents. *J Am Acad.Child.Adolesc.Psychiatry.*, **42**, 57-65.

Kyvsgaard B.(2000) Kriminalitet blandt etniske minoriteter. In: Socialforskningsinstituttet: Etniske minoriteter i velfærdssamfundet. Temanummer 2000.

Kyvsgaard B. (2005) Etniske minoriteters høje kriminalitetshyppighed: Kulturkonflikter eller sociale og økonomiske årsager? In: Socialforskningsinstituttet: Etniske minoriteter - et nyt proletariat. Social Forskning Temanummer Marts.

Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Schreuders, B. A. & de Jong, J. T. (2004) Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *J Nerv.Ment.Dis.*, **192**, 843-851.

Lien, L., Oppedal, B., Haavet, O. R., Hauff, E., Thoresen, M. & Bjertness, E. (2006) Own and parental war experience as a risk factor for mental health problems among adolescents with an immigrant background: results from a cross sectional study in Oslo, Norway. *Clin Pract.Epidemol.Ment.Health*, **2**, 30.

Lindblad, F., Hjern, A. & Vinnerljung, B. (2003) Psykosociale og sociale problemer blandt udenlandsk adopterede. øket risiko for selvmord, stofmisbrug og alvorlig kriminalitet. *Lakartidningen.*, **100**, 707-709.

Lipman, E. L., Offord, D. R., Racine, Y. A. & Boyle, M. H. (1992) Psychiatric disorders in adopted children: a profile from the Ontario Child Health Study. *Can.J.Psychiatry.*, **37**, 627-633.

Mallett, R., Leff, J., Bhugra, D., Takei, N. & Corridan, B. (2004) Ethnicity, goal striving and schizophrenia: a case-control study of three ethnic groups in the United Kingdom. *Int J Soc.Psychiatry*, **50**, 331-344.

Madsen AL, Jacoby M, Kramp P. (1999) Alvorlig kriminalitet hos ganske unge. *Ugeskr Læger*, **163**, 25-29.

Marmot MG, Adelstein AM & Bulusu L (1984): Lessons from the study of immigrant mortality. *The Lancet*, : 1455-1458.

Miller, B. C., Fan, X., Grotevant, H. D., Christensen, M., Coyl, D. & van Dulmen, M. (2000) Adopted adolescents' overrepresentation in mental health counseling:

adoptees' problems or parents' lower threshold for referral? *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry.*, **39**, 1504-1511.

Montgomery E (2000) *Flygtningebørn - traume, udvikling, intervention*. Dansk Psykologisk Forlag, Dansk Psykologisk Forlag.

Mortensen A, Hansen JL, Ibfelt EH. (2004) Etniske forskelle i helbred - et tvær- snitsstudie af unge i Danmark. Bachelorprojekt. Københavns Universitet & Sta- tens Institut for Folkesundhed

Mortensen, P. B., Agerbo, E., Erikson, T., Qin, P. & Westergaard-Nielsen, N. (2000) Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet.*, **355**, 9-12.

Mortensen, P. B., Cantor-Graae, E. & McNeil, T. F. (1997) Increased rates of schizophrenia among immigrants: some methodological concerns raised by Dan- ish findings. *Psychol.Med*, **27**, 813-820.

Mulder, C. L., Koopmans, G. T. & Selten, J. P. (2006) Emergency psychiatry, com- pulsory admissions and clinical presentation among immigrants to the Nether- lands. *Br.J.Psychiatry.*, **188:386-91.**, 386-391.

Murad, S. D., Joung, I. M., van Lenthe, F. J., Bengi-Arslan, L. & Crijnen, A. A. (2003) Predictors of self-reported problem behaviours in Turkish immigrant and Dutch adolescents in the Netherlands. *J Child.Psychol.Psychiatry.*, **44**, 412-423.

Murad, S. D., Joung, I. M., Verhulst, F. C., Mackenbach, J. P. & Crijnen, A. A. (2004) Determinants of self-reported emotional and behavioral problems in Turkish im- migrant adolescents aged 11-18. *Soc.Psychiatry.Psychiatr.Epidemiol*, **39**, 196- 207.

Mygind Nielsen A, Emborg Nielsen J & Kristiansen MK. (2002) Diskrimination og helbred. En kvantitativ analyse af danskere og etniske minoriteter. København, Institut for Folkesundhedsvidenskab; Københavns Universitet.

Neeleman, J. & Wessely, S. (1999) Ethnic minority suicide: a small area geo- graphical study in south London. *Psychol.Med.*, **29**, 429-436.

Newbold KB, Danforth J (2003) Health status and Canada's immigrant population. *Soc Sci Med* **57**, 1981-1995.

Nielsen GA, Ringgård L, Broholm K, Sindballe A\_M & Olsen SF . (2003) Unges livs- stil og dagligdag 2000 - forbrug af tobak, alkohol og stoffer. København, Kræf- tens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen.

Nordentoft, M. (2000) Psykisk sygdom blandt flygtninge og indvandrere. *Ugeskr.Laeger*, **162**, 6218-6219.

Nordentoft, M. & Rubin, P. (1993) Mental illness and social integration among suicide attempters in Copenhagen. Comparison with the general population and a four-year follow-up study of 100 patients. *Acta Psychiatr.Scand*, **88**, 278-285.

Nordentoft M. (2003). Afinstitutionalisering og kriminalitet blandt psykisk syge. *Ugeskr Læger*, **165**, 2551.

Oppedal, B. & Roysamb, E. (2004) Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scand J Psychol.*, **45**, 131-144.

Oppedal, B., Roysamb, E. & Heyerdahl, S. (2005) Ethnic group, acculturation, and psychiatric problems in young immigrants. *J Child Psychol.Psychiatry*, **46**, 646-660.

Pedersen, F. K. & Moller, N. E. (2000) Sygdomme blandt flygtninge- og indvandrerbørn. *Ugeskr.Laeger*, **162**, 6207-6209.

Petersen, T., Nielsen, A., Paludan, M., Rasmussen, S. & Madsen, M. (2000) *Børns sundhed ved slutningen af skolealderen. En undersøgelse blandt elever i 8. og 9. klasse i 1996 / 97*. Statens Institut for Folkesundhed, Statens Institut for Folkesundhed.

Reppesgaard H. (1997) Studies on psychosocial problems among displaced people in Sri Lanka. *European Journal of Psychiatry*, **11**: 223-234.

Robertson A, Brunner E, Sheiham A.(1999) Food is a political issue. in Marmot M & Wilkinson G: Social determinants of health. New York, Oxford University Press

Rossau, C. D. & Mortensen, P. B. (1997) Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. *Br.J Psychiatry.*, **171**, 355-359.

Roth, G. & Ekblad, S. (2006) A longitudinal perspective on depression and sense of coherence in a sample of mass-evacuated adults from Kosovo. *J.Nerv.Ment.Dis.*, **194**, 378-381.

Roth, G., Ekblad, S. & Agren, H. (2006) A longitudinal study of PTSD in a sample of adult mass-evacuated Kosovars, some of whom returned to their home country. *Eur.Psychiatry*, **21**, 152-159.

Rothe EM (2005) Posttraumatic stress symptoms in Cuban children and adolescents during and after refugee camp confinement. I: Corales T (ed) Trends in posttraumatic stress disorder research New York: Nova Science Publishers pp 101-127.

Rothe EM, Castillo-Matos H, Busquets R (2002). Posttraumatic stress symptoms in Cuban adolescent refugees during camp confinements. I: Flaherty LT (ed). Adolescent psychiatry: Development and clinical studies. Hillsdale NJ US: Analytic Press pp 97-124.

- Sam, D. L. (1994) The psychological adjustment of young immigrants in Norway. *Scand J Psychol.*, **35**, 240-253.
- Sam, D. L. (1998) Predicting life satisfaction among adolescents from immigrant families in Norway. *Ethn.Health*, **3**, 5-18.
- Sam, D. L. (2000) Psychological adaptation of adolescents with immigrant backgrounds. *J Soc.Psychol.*, **140**, 5-25.
- Sam, D. L. & Berry, J. W. (1995) Acculturative stress among young immigrants in Norway. *Scand J Psychol.*, **36**, 10-24.
- Sam, D. L. & Virta, E. (2003) Intergenerational value discrepancies in immigrant and host-national families and their impact on psychological adaptation. *J Adoles.*, **26**, 213-231.
- Saraiva, L. T., Sundquist, J., Johansson, L. M., Johansson, S. E. & Sundquist, K. (2005) Incidence of mental disorders in second-generation immigrants in Sweden: a four-year cohort study. *Ethn.Health.*, **10**, 243-256.
- Saravanan, B., David, A., Bhugra, D., Prince, M. & Jacob, K. S. (2005) Insight in people with psychosis: the influence of culture. *Int Rev.Psychiatry*, **17**, 83-87.
- Singh, S. P., Croudace, T., Beck, A. & Harrison, G. (1998) Perceived ethnicity and the risk of compulsory admission. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol*, **33**, 39-44.
- Slap, G., Goodman, E. & Huang, B. (2001) Adoption as a risk factor for attempted suicide during adolescence. *Pediatrics*, **108**, E30.
- Slodnjak V. (2004) psychosocial functioning of Bosnian refugee adolescents in Slovenia. In: Powell S , Durakovic-Belko E (eds) *The psychosocial consequences of war:Results of empirical research from the territory of former Yugoslavia*. Sarajevo: DOOOTISAK pp 198-200.
- Stella M (2003) Acculturation and the health and well-being of US immigrant adolescents. *J Adolescent Health* **33**, 479-488.
- Stæhr, M. A. & Munk-Andersen, E. (2006) Selvmord og selvmordsadfærd blandt asylansøgere i Danmark i perioden 2001-2003. Et retrospektivt studie. *Ugeskr.Laeger.*, **168**, 1650-1653.
- Stams, G. J., Juffer, F. & van Ijzendoorn, M. H. (2002) Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: the case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Dev.Psychol.*, **38**, 806-821.
- Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B. & Susljik, I. (2006) Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *Br.J.Psychiatry.*, **188:58-64.**, 58-64.



- Thapa, S. B. & Hauff, E. (2005) Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries-- findings from the Oslo Health Study. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, **40**, 78-84.
- Tieman W. (2006) Mental health in young intercountry adoptees. Rotterdam, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Erasmus MC.
- Tieman, W., van der, E. J. & Verhulst, F. C. (2005) Psychiatric disorders in young adult intercountry adoptees: an epidemiological study. *Am.J Psychiatry*, **162**, 592-598.
- Tienari, P., Sorri, A., Lahti, I., Naarala, M., Wahlberg, K. E., Pohjola, J. & Moring, J. (1985) Interaction of genetic and psychosocial factors in schizophrenia. *Acta Psychiatr.Scand.Suppl.*, **319:19-30.**, 19-30.
- Torgersen, S. (2005): Epidemiology, i The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders. Edited by Oldham JM, Skodol AE, Bender DS.
- Verhulst, F. C. & Versluis-den Bieman, H. J. (1995) Developmental course of problem behaviors in adolescent adoptees. *J Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, **34**, 151-159.
- Virta, E., Sam, D. L. & Westin, C. (2004) Adolescents with Turkish background in Norway and Sweden: a comparative study of their psychological adaptation. *Scand J Psychol.*, **45**, 15-25.
- Vollebergh, W. A., ten Have, M., Dekovic, M., Oosterwegel, A., Pels, T., Veenstra, R., de Winter, A., Ormel, H. & Verhulst, F. (2005) Mental health in immigrant children in the Netherlands. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, **40**, 489-496.
- Wool, C. A. & Barsky, A. J. (1994) Do women somatize more than men? Gender differences in somatization. *Psychosomatics*, **35**, 445-452.
- Yu, S. M., Huang, Z. J., Schwalberg, R. H., Overpeck, M. & Kogan, M. D. (2003) Acculturation and the health and well-being of U.S. immigrant adolescents. *Adolesc.Health*, **33**, 479-488.

**Der er markante forskelle i trivslen og i forekomsten af psykisk sygdom blandt unge i forskellige etniske grupper i Danmark. Rapporten er baseret på 6.000 unges egne udsagn og registerdata om alle sygehus-kontakter blandt 15-24-årige for psykiske lidelser i 2003. Undersøgelsens omfang har gjort det muligt at beskrive unge med dansk baggrund, indvandrere, efterkommere og adoptivbørn og at relatere resultaterne til tidligere internationale studier.**