Linköping University Medical Dissertation No. 1538

Victimization, Prevalence, Health and Peritraumatic Reactions
in Swedish Adolescents

Nikolas Aho

Department of Clinical and Experimental Medicine
Child and Adolescent Psychiatry
Linköping University, SE-581 83 Linköping, Sweden
Linköping 2016

© Nikolas Aho, 2016

Printed in Sweden by Linköpings Universitet, LiU.Tryck, 581 83 Linköping

ISSN 0345-0082

ISBN 978-91-7685-687-1

Abstract

The aim of this thesis was to expand the knowledge of victimization in children and youth in Sweden. Victimization, prevalence, health and peritraumatic reactions were explored in a cross sectional, representative sample of 5,960 second grade high school students in Sweden. A computerized survey was developed and administered in class room setting.

Lifetime victimization was found in 84.1% of the sample (m=83.0%, f=85.2%), and, in relation to the five domains, 66.4% had experienced conventional crime, 24% child maltreatment, 54.4% peer and sibling victimization, 21.8% sexual victimization, and 54% had experienced witness victimization. Females experienced significantly more child maltreatment, peer and sibling victimization, sexual victimization, and witnessed victimization, males more conventional crime ($p<0.001$). Using logistic regression risk factors for victimization were confirmed by a significant increase OR regarding gender, environment and lack of both parents.

Symptoms (TSCC), were clearly associated with both victimizations per se and the number of victimizations. The results indicated a relatively linear increase in symptoms with an increase in number of events experienced. Mental health of the polyvictimized group was significantly worse than that of the non-polyvictimized group, with significantly elevated TSCC scores ($t<0.001$). Hierarchical regression analysis resulted in beta value reduction when polyvictimization was introduced supporting the independent effect on symptoms.

Social anxiety was found in 10.2 % ($n = 605$) of the total group ($n = 5,960$). A significant gender difference emerged, with more females than males reporting social anxiety. Elevated PTSS was found in 14.8 % ($n=883$). Binary logistic regression revealed the highest OR for having had contact with child and adolescent psychiatry was found for the combined group with social anxiety and elevated PTSS (OR = 4.88, 95 % CI = 3.53–6.73, $p<001$). Significant associations were also found between use of child and adolescent psychiatry and female gender

(OR = 2.05, 95 % CI = 1.70–2.45), Swedish birth origin (OR = 1.68, 95 % CI = 1.16–2.42) and living in a small municipality (OR = 1.33, 95 % CI = 1.02–1.73).

Mediation models used peritraumatic reactions (PT): total, physiological arousal (PA), peritraumatic dissociation (PD), and intervention thoughts (IT) and JVQ and TSCC. Of the $n=5,332$ cases, a total of $n=4,483$ (84.1%) reported at least one victimizing event ($m = 83.0\%$, $f = 85.2\%$). Of these, 74.9% ($n=3,360$) also experienced a PT reaction of some kind. The effect mediated by PT tot was $b= 0.479$, BCa CI [0.342 – 0.640], representing a relatively small effect of 7.6%, $\kappa^2=0.076$, 95% BCa CI [0.054-0.101]. The mediating effect of JVQ on TSCC was mediated by PD more for males ($b=0.394$ BCa CI [0.170-0.636]) than for females ($b=0.247$, BCa CI [0.021-0.469]). The indirect effect of the JVQ on the TSCC tot mediated by the different PT reactions was significant for PD ($b=0.355$, BCa CI [0.199-0.523]). In males a mediating effect of PD could be seen in the different models, while females had a more mixed result. IT did not show any indirect effect in males, but had a mixed effect for females.

The empirical findings in this thesis lead to the conclusion that victimization is highly prevalent in children and youth and is related to health issues. The association of victimization on symptoms was mediated by peritraumatic reactions. Using a comprehensive instrument such as the JVQ provides the researcher or clinician the opportunity to acquire more complete measurement and also makes it possible to identify polyvictimization, a high-level category of events with severe impact on health.

Acknowledgement

This thesis is a result of help from a number of people. Professor Carl Göran Svedin was the main architect, immensely knowledgeable in the field of traumatized children. I would like to thank Professor Per Gustavsson for managing the research department, Dr. Ing Beth Larsson, coadvisor, for overseeing the structure for the initiation of the data collection, Marie Proczkowska Björklund, coadvisor, for providing help with statistics and methodology, the colleagues at the university department for sharing their knowledge and support, and my colleagues at the Child and Adolescent Clinic in Linköping and Stockholm for their interest and for their support with the challenges of doing research and clinical work at the same time. Thanks for all the education provided by Linköping University as well as the research school PhD course for PhD students, provided by the University of Gothenburg and the University of Lund, headed by the Institute of Neuroscience and Physiology, University of Gothenburg. Computerized data collection was made possible by the help of Alexis Aho. Excellent language review was provided by Debra Lewis, Orion Language Review. We thank the schools for providing the survey, Ungdomsmottagningen for providing contact for any student in need of counseling in relation to the survey, and most importantly, the students for sharing their information with us. We also thank Johannes Kjellgren and Thomas Karlsson for assisting in the data collection.

Linköping December 2016 Nikolas Aho

Table of contents

ABSTRACT	III
ACKNOWLEDGEMENT	V
TABLE OF CONTENTS	VI
SAMMANFATTNING PÅ SVENSKA	IX
BAKGRUND	IX
SYFTE	IX
METOD	IX
RESULTAT	IX
KONKLUSION.....	XI
ORIGINAL PAPERS	XIII
ABBREVIATIONS	XIV
INTRODUCTION	1
VICTIMIZATION	1
PREVALENCE OF VICTIMIZATION	2
WHO TYPOLOGY.....	3
DEVELOPMENTAL VICTIMIZATION	4
<i>Risk</i>	5
<i>Impact.....</i>	7
SOCIODEMOGRAPHICS AND RISK FOR VICTIMIZATION	10
HEALTH EFFECTS.....	11
NEUROBIOLOGY	12
GENETICS	13
GENDER DIFFERENCES	14
POLYVICTIMIZATION	15
PERITRAUMATIC REACTIONS	17
PURPOSE	19
SPECIFIC AIMS	19
PAPER 1	19
PAPER 2	19
PAPER 3	19
PAPER 4	19
METHOD	21
OVERALL STUDY DESIGN.....	21
PARTICIPANTS.....	21
ETHICAL CONSIDERATIONS.....	24
PROCEDURE	25
MEASURES.....	26
<i>Juvenile Victimization Questionnaire.....</i>	26
<i>Trauma Symptom Checklist</i>	28
<i>Peritraumatic reactions</i>	28
<i>The Social Phobia Screening Questionnaire for Children</i>	29
STATISTICAL ANALYSIS	29
STUDY SPECIFIC ANALYSIS.....	31

<i>Paper 1</i>	31
<i>Paper 2</i>	31
<i>Paper 3</i>	32
<i>Paper 4</i>	33
RESULTS AND DISCUSSION	35
PAPER 1	35
<i>Prevalence</i>	35
<i>Risk for victimization</i>	41
<i>Conclusion</i>	43
PAPER 2	46
<i>Health</i>	46
<i>Victimization and polyvictimization are related to symptoms</i>	48
<i>Specific effects of polyvictimization</i>	49
<i>Conclusion</i>	50
PAPER 3	52
<i>Prevalence</i>	52
<i>SAD, victimization and PTSS</i>	52
<i>SAD and elevated PTSS</i>	53
<i>Mental health utilization</i>	53
<i>Conclusion</i>	54
PAPER 4	55
<i>Descriptive statistics</i>	55
<i>Mediation analysis with PT total</i>	56
<i>Mediation with peritraumatic reactions: physiological arousal (PA), peritraumatic dissociation (PD)</i> <i>and intervention thoughts (IT)</i>	57
<i>Conclusion</i>	59
GENERAL DISCUSSION	61
CLINICAL IMPLICATIONS	65
STRENGTHS AND LIMITATIONS	67
FUTURE RESEARCH	69
REFERENCES	70
APPENDIX	79

TABLE 1: SAMPLE, SOCIODEMOGRAPHIC DATA	24
TABLE 2: PREVALENCE OF LIFETIME VICTIMIZING EVENTS: GENDER AND BIRTHPLACE	36
TABLE 3: PREVALENCE OF LIFETIME VICTIMIZING EVENTS, EMPLOYMENT AND RESIDENCY	38
TABLE 4: PREVALENCE OF LIFETIME VICTIMIZING EVENTS, EDUCATION PROGRAM AND MUNICIPALITY SIZE	40
TABLE 5: LOGISTIC REGRESSION WITH TOTAL JVQ SCORE AND SOCIODEMOGRAPHIC DATA	42
TABLE 6: PREVALENCE AND NUMBER OF VICTIMIZATIONS	46
TABLE 7: MEAN TSCC SCORE AND GENDER	47
TABLE 8: TSCC FOR NORMAL GROUP AND POLYVICTIMIZED GROUP	49
TABLE 9: HIERARCHICAL REGRESSION ANALYSIS	50
TABLE 10: PREVALENCE OF SAD, ELEVATED PTSS IN RELATION TO SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES	52
TABLE 11: REPORTS OF PTSS AND OF VICTIMIZATION IN SUBJECTS WITH SAD AND WITHOUT SAD	53
TABLE 12: USE OF MENTAL HEALTH SERVICES	54
TABLE 13: DESCRIPTIVE DATA OF PERITRAUMATIC VARIABLES	56
TABLE 14: BIVARIATE, ZERO ORDER CORRELATION OF PERITRAUMATIC REACTIONS AND SYMPTOMS	56
TABLE 15: SEPARATED MEDIATING MODELS FOR MALES/FEMALES	59
FIGURE 1: TYPOLOGY OF VIOLENCE, ADAPTED FROM WHO REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH (KRUG, 2002).	4
FIGURE 2: DEPENDENCY CONTINUUM ADAPTED FROM(FINKELHOR, 2007)	6
FIGURE 3: DEVELOPMENTAL VICTIMIZATION IMPACT MODEL, ADAPTED FROM FINKELHOR AND KENDALL-TACKETT (1997).....	8
FIGURE 4: DIATHESIS MODEL	12
FIGURE 5: PARTICIPANTS, FLOWCHART	22
FIGURE 6: TSCC SCORE, NUMBER OF VICTIMIZATIONS	48
FIGURE 7: TSCC SCORES, NUMBER OF VICTIMIZATIONS.....	49
FIGURE 8: MODEL OF TRAUMA EXPOSURE AS A PREDICTOR OF TRAUMA SYMPTOMS, MEDIATED BY PERITRAUMATIC REACTIONS.	57
FIGURE 9: MODEL OF TRAUMA EXPOSURE AS A PREDICTOR OF TRAUMA SYMPTOMS, MEDIATED BY PERITRAUMATIC AROUSAL, DISSOCIATION AND INTERVENTION THOUGHTS	58

Sammanfattning på svenska

Bakgrund

Våld är ett internationellt och nationellt uppmärksammat folkhälsoproblem och våld bland unga är därför ett prioriterat område. Barn och unga tillhör den grupp som är mest utsatt för våld och detta under en viktig period där händelser kan påverka framtida liv och hälsa. Våldsutsatthet kan ha betydande negativa konsekvenser för hälsan och därför är det viktigt att öka kunskapen om våldsförekomst och dess konsekvenser för barn och unga.

Syfte

Avhandlingens syfte var att undersöka förekomst av emotionellt, fysiskt och sexuellt våld bland barn och unga och att studera riskfaktorer för att drabbas av våld. Vi ville också undersöka samband mellan olika typer av våld samt mängden våld i relation till hälsa. Vi ville veta mer om skillnader mellan pojkar och flickor i denna fråga och vi ville också testa om sambandet mellan våldshändelser och symptom påverkades av peritraumatiska reaktioner vid våldstillfället.

Metod

Gymnasieungdomar från hela landet fick anonymt besvara en sammansatt digital enkät med flera beprövade formulär gällande våld och brotthändelser, social fobi, reaktioner under händelsen och symptom samt frågor om social situation. Ungdomarna fick redogöra för sina upplevelser av allt slags våld under deras liv. Förekomst och risk för utsatthet samt samband och skillnader analyserades. Avancerade statistiska analyser användes för att undersöka enskilda faktors direkta liksom indirekta betydelse för symptom.

Resultat

Totalt 51 gymnasieskolor deltog och 5960 studenter i årskurs 2 besvarade enkäten. Resultaten visade att majoriteten av flickor och pojkar under sitt liv varit offer för någon typ av våld eller brott under sitt liv (vad vi kallar viktimisering) 84%. Uppdelat på typ av viktimisering såg vi att

en majoritet av ungdomarna rapporterade konventionellt våld och brott (ex. rån, stöld, överfall) 66%, barnmisshandel (fysiskt våld, psykiskt våld, försummelse, vårdnadskonflikt) rapporterades av 24%, utsatthet från jämnårig och syskon (ex. överfall, mobbing) rapporterades av 55%, sexuellt våld/ofredande rapporterades av 22%, bevittnande och indirekt utsatthet av våld och brott rapporterades av 54% av ungdomarna.

Flickor var mer utsatta för barnmisshandel och sexuellt våld/ofredande. De var också utsatta av jämnåriga och syskon, och hade bevittnat och indirekt utsatts för våld och andra brott i större utsträckning än pojkar. Utsatthet för viktimisering innebär risk för psykisk ohälsa ex. ångest och nedstämdhet och att sänka förekomst av våld skulle därför innebära minskad framtida ohälsa. Risken för sexuellt våld/ofredande av jämnårig var speciellt förhöjd för flickor och behöver studeras vidare. Risken för viktimisering är högre i städer. Sociala faktorer inverkade där boende med båda föräldrar var en skyddsfaktor som minskade risken för viktimisering jämfört eget boende eller vistelse på institution. Vi fann att hälsa var relaterad viktimisering i sig och vi såg ett linjärt samband mellan ökat antal händelser och ökad ohälsa. Antalet händelser visade sig också vara en egen faktor (utöver de som presenterats ovan) som påverkar symptom vilket innebär att vi måste fråga barn om alla typer av händelser och inte bara en viss typ då vi annars riskerar att gå miste om en betydelsefull information som kan påverka barnens framtida liv och hälsa.

Konklusion

- Våld och brott är vanligt förekommande bland barn i Sverige och dessa händelser var relaterade till ohälsa.
- Risken för vålds och brottsutsatthet ökade med kvinnligt kön och boende i storstad. Boende med båda föräldrar sänkte risken för vålds-och brottsutsatthet.
- Flickors utsatthet för sexuellt våld/ofredande av jämnåriga var mycket hög och behöver speciellt beaktas.
- Upplevelser i samband med aktuell händelse ökade mängden symptom och vi fann att betydelsen av upplevelsen skilde sig mellan pojkar och flickor.
- Specifika händelser liksom totala antalet händelser är viktigt att systematiskt undersöka, speciellt i de verksamheter där man träffar barn med svårigheter.
- Användandet av ett beprövat frågeformulär som täcker de flesta förekommande vålds och brotts händelser har visat sig ha flera fördelar och rekommenderas i relevanta verksamheter.
- Värdet av att få information är större än den eventuella negativa inverkan som frågor om våld och brott har på barn och unga. I denna studie upplevde de att frågorna var viktiga och de var motiverade att besvara enkäten.

Original papers

1. Aho, N., M. Gren-Landell and C. G. Svedin (2016). "The Prevalence of Potentially Victimizing Events, Poly-Victimization, and Its Association to Sociodemographic Factors: A Swedish Youth Survey." *Journal of Interpersonal Violence* 31(4): 620-651.
2. Aho, N., M. Proczkowska-Bjorklund and C. G. Svedin (2016). "Victimization, polyvictimization, and health in Swedish adolescents." *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 7: 89-99.
3. Gren-Landell, M., N. Aho, E. Carlsson, A. Jones and C. G. Svedin (2013). "Posttraumatic stress symptoms and mental health services utilization in adolescents with social anxiety disorder and experiences of victimization." *European Child and Adolescent Psychiatry* 22(3): 177-184.
4. Nikolas Aho, Marie Proczkowska Björklund, Carl Göran Svedin (2016). "Peritraumatic reactions in relation to victimization and symptoms of posttraumatic stress." *European Journal of Psychotraumatology*. Submitted.

Abbreviations

ACE	Adverse Childhood Experiences
CAP	Child and Adolescent Psychiatry
DSH	Deliberate Self Harm
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GPA	Grade Point Average
GxE	Gene and Environment (interaction)
HPA	Hypothalamic Pituitary Adrenal
IT	Peritraumatic intervention thought
JVQ	Juvenile Victimization Questionnaire
LITE	Life Incidence of Traumatic Events
LT	Life Time
NSSI	Nonsuicidal Self Injury
PA	Peritraumatic Physiological Arousal
PD	Peritraumatic Dissociation
PD	Personality Disorder
PT	Peritraumatic
PTS	Post Trauma Symptoms
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
PY	Previous Year
SPSQ-C	Social Phobia Screening Questionnaire for Children
TSCC	Trauma Symptom Checklist for Children
WHO	World Health Organization
aOR	Adjusted Odds Ratio
<i>b</i>	Beta value unstandardized
BCa CI	Bias Corrected and accelerated Confidence Interval
CI	Confidence interval
<i>d</i>	Cohen's effect size
d.f.	Degree of freedom
OR	Odds ratio
<i>r</i>	Correlation coefficient
R^2	Effect size
SD	Standard deviation
<i>t</i>	Student's test of significance
$\bar{x}$	Mean value
β	Beta value standardized
κ^2	Kappa squared
χ^2	Chi square

Introduction

A large number of children are exposed to adverse events. Childhood victimization, especially in the form of child physical and sexual abuse, has since the middle of the 1990s merited increased attention from media as well as from researchers and policy makers (Krug et al., 2002). This has resulted in a series of international protocols (Council of Europe, 2012, United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights., 2000, Butchart et al., 2006) for addressing the issues of physical and sexual abuse of children (Council of Europe, 2012) and child exploitation, including trafficking (U.N, 2000, Butchart et al., 2006). The Global Partnership to End Violence against Children has set a goal of ending all forms of violence against children by 2030, as part of the United Nations Division for Sustainable Development (2015).

Childhood victimization is prevalent, and the US Children's Bureau reported a rate of 9.4 victims per 1,000 children in the population during 2014, of which 75.0% were victims of neglect, 17.0% were physically abused, and 8.3% sexually abused (Children's Bureau, 2016). The same report stated that an estimated 1,580 children died of abuse and neglect, corresponding to a rate of 2.13 per 100,000 children in the US population (Children's Bureau, 2016). Studies using extensive standardized questionnaires with representative samples are showing that 71% (US) and 84% (Sweden) of the participating children reported at least one type of violence exposure before the age of 18 (Finkelhor et al., 2009d, Aho et al., 2016).

Victimization

Terms often used in the field have some limitations. Violence (as in exposure to violence) strictly defined means acts of physical force intended to cause pain. Yet many people concerned about these issues are interested in inappropriate but nonviolent sex offenses against children that do not require actual force and are not intended to cause pain. This is not technically violence, so violence is not a completely accurate term.

The same can be said about the term child abuse, usually used to describe neglect or child maltreatment. The advantage of the terms ‘child abuse’ and ‘child maltreatment’ is that they conventionally refer to violent offenses against children as well as to many nonviolent offenses such as neglect, emotional abuse and nonviolent sexual abuse, but unfortunately these terms also have limitations as general terms in this field. These terms apply by law in many states (and in reports) only to acts committed by caregivers. This means that acts of violence against children by peers, such as gang assaults and crimes like abduction by strangers, are not technically child abuse. Since most of the terms used limit the full scope of events, one solution is to use a term that broadens the field. Victimization refers to harm caused by human agents acting in violation of social norms (Finkelhor, 2008). The human agency component excludes things like natural disasters and illnesses, even though these are sometimes referred to as having victims. The term ‘victimization’ is broad enough to include what most people are concerned about in this realm: child maltreatment, extrafamilial violence, sex crimes, exposure to violence, and even bullying.

Prevalence of victimization

Studies using extensive standardized questionnaires with representative samples of children in the US from birth to age 17 show that a majority (60.6%) experienced at least one victimization in the last year, and victimizations were distributed among physical assault (46%), property offense (24.6%), childhood maltreatment (10.2%), and sexual victimization (6.1%) (Finkelhor et al., 2009d). A Swedish sample of young adults (20-24 years old) reported lifetime victimization, including physical abuse (68.2% among males and 48.0% among females), verbal abuse (39.5% males versus 51.1% females), sexual abuse (7.5% males versus 33.3% females), neglect (8.6% males versus 13.1% females), witnessing violence (47.7% males versus 36.4% females), and property crimes (57.8% males versus, 51.9% females) (Cater et al., 2014). Prevalence levels increased by the age of puberty for maltreatment and sexual victimization (Finkelhor et al.,

2009d) while physical bullying and sibling assaults declined in adolescence (Finkelhor et al., 2005b, Finkelhor et al., 2009c).

Retrospective survey data, e.g. from Sweden and the US, also reveal that a majority of the adult population has experienced some kind of childhood traumatization (Nilsson et al., 2015). In the Adverse Childhood Experience (ACE) study sample of health care consumers, 11.1% reported psychological abuse, 10.8% physical abuse and 22% sexual abuse (Felitti et al., 1998).

WHO typology

Developing knowledge of children's exposure to adverse events through science requires specificity of observations in order to draw reliable and valid conclusions. The World Health Organization (Krug, 2002) has developed a typology categorizing violent acts into four broad categories and their subcategories, with the exception of self-directed violence (Figure 1). For example, violence against children committed within the home can include physical, sexual and psychological abuse, as well as neglect. Community violence can include physical assaults between young people, sexual violence in the workplace and neglect of older people in long-term care facilities. Political violence can include such acts as rape during conflicts and physical as well as psychological warfare. This typology provides a useful framework for understanding the complex patterns of violence taking place around the world, as well as violence in the everyday lives of individuals, families and communities. It also overcomes many of the limitations of other typologies by identifying the nature of violent acts, the relevance of the setting, the relationship between the perpetrator and the victim, and – in the case of collective violence – possible motivations for the violence. However, in both research and practice, the dividing lines between the different types of violence are not always so clear. The WHO typology covers a broad range of outcomes including psychological harm, deprivation and maldevelopment, reflecting a growing recognition among researchers and practitioners of the need to include violence that does not necessarily result in injury or death, but that nonetheless

poses a substantial burden on individuals, families, communities and health care systems worldwide.

Figure 1: Typology of violence, adapted from WHO report on violence and health (Krug, 2002).

Developmental victimization

The use of the term ‘developmental victimization’ reflects the need to refer to the threats that face children at different ages, including strategies for avoidance at different stages of development, and to differentiate how children at different stages react and cope with the challenges posed by victimization. For example, age is associated with perpetrator type, with young children more often being victimized by parents and older children by acquaintances or strangers (Finkelhor, 1997). Age is also associated with gender, since victimization becomes more gender differentiated over the course of childhood. Young boys and girls suffer the same amount of victimization, but among teens homicides increase disproportionally for boys and sexual assaults for girls (Finkelhor and Kendall-Tackett, 1997). Developmental victimization focuses on two areas: risk for victimization and impact of victimization.

Risk

The dominant theory of victimization risk, the so-called Routine Activities Theory (Cohen and Felson, 1979, Miethe and Meier, 1994), is generally interpreted as favoring an expectation of higher victimization rates among adolescents (Lauritsen et al., 1991). The theory emphasizes, in particular, the risk factors of weak guardianship and proximity to offenders, which would apply strongly to features of adolescence including the declining supervisory role of parents and the proximity to increasing numbers of delinquent peers, but the Routine Activities Theory has been criticized for not adequately explaining the risk factors for victimizations by family members and other close associates (Finkelhor and Asdigian, 1996b), to which children are particularly vulnerable. Alternative factors have been identified that create vulnerability to victimization in childhood, including physical weakness, social isolation, lack of self-control, dependency, and inadequate verbal or conflict resolution skills (Finkelhor and Asdigian, 1996a). Some of these are features more characteristic of younger children than adults. In assessing risk for victimization concerning children as targets, there has been an emphasis on developmental changes, capacity for self-protection, environment and gender.

Children acquire and lose personal characteristics that make them more or less suitable as targets for various types of victimization. For example, sexual maturation tends to make children more vulnerable to sexually motivated crimes, and theft and robbery increase as older children acquire more possessions. The capacity for self-protection changes: older children are better able to run away, to use verbal and intellectual skills to placate, and to fight back. Increase in body size and strength may also be the deterrent that explains the developmental decline in sibling violence.

The environments where children live, travel and work change over their course of development, dramatically affecting their risk of victimization. Children do not choose with whom or where they live or where they go to school, and they cannot easily leave a dangerous or unpleasant environment that exposes them to the risk of victimization. As children grow they are

less dependent upon or constrained by the family and seek environments of their own accord. The changing environments within and outside the home can either increase risk for victimization or serve a protective function.

As children grow their gender differences become more pronounced, with older children having more gender specific victimizations than younger children.

Child development and risk for victimization are linked to the extent of children’s

Figure 2: Dependency Continuum adapted from(Finkelhor, 2007)

dependency needs (Figure 2), a factor that encompasses both personal and environmental characteristics.

What is unique about victimization is that it violates both the child’s dependency needs and the social expectation that adults will respect these needs. Dependency related victimization operates on a continuum, with physical neglect of the dependent child on one end and homicide at the other end. Sexual abuse fits into the central position since it may involve nonviolent acts that are ordinarily acceptable between adults but are deemed victimizing in the case of children because of the child’s immaturity and dependency. Since younger children are more dependent, dependency related victimization events are more prevalent at younger ages, largely because the offenders are limited to caretakers and family members.

Impact

Impact can be understood in terms of localized effects and developmental effects. Localized effects are often short term and refer to behavior related to the victimization experience, which may include fear of returning to the location, anxiety about adults resembling the perpetrator and nightmares.

Developmental effects are related to generalized types of impact, more specific to children, that result when a victimization experience and its related trauma interfere with developmental tasks or dysfunctionally distort their course. Examples of developmental effects include impaired attachment (Cicchetti and Lynch, 1993), low self-esteem (Copeland et al., 2009), highly sexualized behaviors (Wells et al., 1995) or highly aggressive behaviors (Maughan and Cicchetti, 2002). Localized effects can be persistent and pervasive (for example, specific anxiety) yet not interfere with development. Developmental effects have broader and more disruptive implications that may impair the completion not only of current but of future developmental tasks. These kinds of observations have led to a general conceptual framework for thinking about the differential impact of victimization, the Developmental Dimensions Model of Victimization Impact (Figure 3), which proposes that developmental differences can affect four relatively distinct dimensions of the impact of victimizations on children. These four dimensions are:

1. Appraisals of the victimization and its implications. Children at different developmental stages appraise victimizations differently and tend to form different expectations based on those appraisals.
2. Task application. Children at different stages are facing different developmental tasks, to which these appraisals will be applied.
3. Coping strategies. Children at different stages of development have available to them different repertoires of coping strategies with which to respond to stress and conflict produced by victimizations.

4. Environmental buffers. Children at different stages of development operate in different social and family contexts which can alter how the victimization affects them.

Figure 3: Developmental Victimization Impact Model, adapted from Finkelhor and Kendall-Tackett (1997)

This conceptual framework supposes a certain sequence in a child's response to victimization. When a victimization occurs, children must appraise what is happening to them during the course of the victimization and then in its aftermath. These appraisals apply to a wide range of aspects: the nature of the event ("I am being robbed"), the cause of the event ("I led him on"), the motives of the perpetrator, the nature of the harm ("I could have been killed"), or the nature of their own response ("I can't handle this"). These appraisals are applied to the developmental tasks facing the child: for a child trying to learn cooperative play with peers, "I can't trust them"; for a child adjusting to dating, "it's dangerous to look attractive"; for a child trying out independence from a parent, "I can't survive without mother's presence".

Children also express the conflict in a vocabulary of behaviors or coping strategies available to them in that developmental context. If the child is at the stage of fantasy play, the conflict is expressed through fantasy play; if the child is at the stage of testing independence from parents, the conflict can be expressed through a radical break (for example, running away) or through regression (for example, a retreat back into family dependence). Other people in the child's environment respond to the victimization and the child's coping strategies in ways that also

depend on the child's developmental stage: this influences, for example, whether they blame the child, whether they believe the child, whether they are alarmed, whether they take steps to protect the child, whether they involve social authorities, and whether they seek help.

With this model we can analyze victimization developmentally for any child by asking (1) how does this child's stage of development affect his or her appraisal, (2) what developmental tasks are at the forefront that may be most prominently impacted, (3) what developmental vocabulary is the stress most likely to be expressed in, and (4) what environmental reactions are likely for this developmental context. This framework suggests the existence of some general differences in the answers to these questions depending on the age of the child, but it also answers them in relation to a particular child and that child's specific developmental history. To illustrate how this conceptual framework can be generalized across a variety of different kinds of victimizations and developmental contexts we might represent one instance of this as follows: Victimization: mother hits, shakes, and roughly handles a young child in response to crying. Appraisal: Mother hurts me when I cry or have needs. Task application: Attachment formation: I do not feel safe with my caregiver. Coping strategy: I avoid my caregiver or am reluctant to express needs. Environmental buffer: no other significant relationships buffer the insecure adaptation.

This four-dimensional framework is not the only way in which the impact of victimization can be analyzed. Nor does it encompass all the components of the process that determines how a victimization will be processed. For example, the nature and severity of the victimization itself plays a big role. What the framework is intended to highlight are the elements of the victimization response process that are most affected by developmental changes. These four dimensions-appraisal, developmental task, coping strategy and environmental buffers- are those domains which best encompass the developmental differences that have been noted in the

literature on victimization. This framework will be used for understanding the scope of impact from victimization. For details see Finkelhor and Kendall-Tackett (1997).

Sociodemographics and risk for victimization

Most studies have not accounted for the impact of sociodemographic background and its complexity on the occurrence of victimization. However, (Finkelhor et al., 2009a) did consider sociodemographic background and identified four distinct pathways leading to possible victimization: (a) residing in a dangerous community, (b) living in a dangerous family, (c) living in a chaotic and complex family environment, and (d) having emotional problems. Other studies have shown that living in a dangerous neighborhood increases the risk of being exposed to community violence (Cohen et al., 2006) as does living in a family where domestic violence occurs (Annerback et al., 2010). Victimized children are less likely to come from intact, two-parent families than from single-parent households (Berger, 2004, Finkelhor et al., 2009b, Radford, 2011) or reconstituted families (Ondersma et al., 2006, Turner et al., 2007). Low household income has also been shown to increase the risk of assault with dangerous weapons, attempted assault, multiple peer assault, rape or attempted rape, and emotional abuse (Finkelhor et al., 2005b). Being exposed to neglect, harsh verbal treatment, physical violence, and coerced sexual activity was more common among children from lower social classes (more disadvantaged groups) (Radford, 2011) than among children from higher social classes. Furthermore, parental factors such as illness, psychiatric problems, and substance abuse (Ondersma et al., 2006) as well as learning disabilities (Radford, 2011) have all been found to increase the risk of victimization. Finally, Finkelhor and co-workers (2009a) highlighted the significance of a child having emotional problems that increase risk behavior, engender antagonism, and compromise the child's capacity to protect himself or herself (especially among younger children), resulting in an increased risk for being severely victimized.

Health effects

Several health effects have been reported in relation to victimization. In their meta study, Hawker and Boulton (2000) found associations between victimization and psychosocial maladjustment, including depression, loneliness, global low self-esteem, poor social self-concept, generalized anxiety, and social anxiety with effect sizes (Pearson's r) ranging from .25 to .45. Further findings that victimization is related to health are found by Chan (2013) who reported that child victims were more likely to report PTSD, depressive symptoms, self-harm ideation and poor physical or mental health. Takizawa et al. (2014) concluded that victimized individuals were at risk for a wide range of poor social, health and economic outcomes nearly four decades after exposure. Victimized individuals are overrepresented regarding psychological distress and are also frequent health care users (Bjorklund et al., 2010). Victimization also increases the risk for psychiatric diagnoses (Scott et al., 2010) and appears to increase severity of psychiatric symptoms (Ford et al., 2011). Victimization is also associated with poor academic performance (Holt et al., 2007), a lower grade point average (GPA) and predicts later unemployment. (Strom et al., 2013).

Diathesis–stress models propose that psychopathology occurs as the result of the combination of individual cognitive or biological vulnerabilities (i.e., diatheses) and certain environmental stressors (Cicchetti and Toth, 1998). Further, these models suggest that both negative life events and one's cognitions about those events contribute to the development of internalizing and externalizing psychopathology.

In exploring the utility of a diathesis–stress model in understanding victimization, we consider victimization as a negative life event that, when mixed with certain cognitive, biological, and social vulnerabilities (i.e., diatheses), leads to the development of trauma symptoms. Diathesis–stress models have received considerable empirical support (Garber and Hilsman, 1992, Gibb and Alloy, 2006), and have contributed to our understanding of relational

Figure 4: Diathesis Model

al., 2012), anger (Kaynak et al., 2015), posttraumatic stress disorder (PTSD) (Chan, 2013, Crosby et al., 2010), personality disorder (PD) (Kuo et al., 2015, Browne and Finkelhor, 1986, Polusny and Follette, 1995), deliberate self-harm (DSH) (Lereya et al., 2013) and nonsuicidal self-injury (NSSI) (Giletta et al., 2012, Zetterqvist et al., 2013).

Neurobiology

The neurobiological perspective and advances in in-vivo neuroimaging have provided findings corroborating observations of behaviors and cognitive functioning as a result of trauma (Delima and Vimpani, 2011). The brains of maltreated children with PTSD have been found to have smaller than normal cerebellar volume (De Bellis and Kuchibhatla, 2006), and the impact of maltreatment on the brain has been shown to worsen with duration and to vary depending on age of onset, affecting the youngest the worst (De Bellis and Kuchibhatla, 2006). A lack of experience of stimuli in development, as seen in neglect, has been shown to result in delayed myelination of axons, with loss of executive function and self-regulatory behaviors (De Bellis, 2005).

stressors and depressive symptoms (Chango et al., 2012), peer exclusion (Gazelle and Ladd, 2003), and compulsive internet use (van der Aa et al., 2009).

In more specific or diagnosis focused studies, victimization has been shown to be associated with social anxiety (Iffland et al., 2012, van Oort et al., 2012, Gren-Landell et al., 2011) depression (Iffland et

Genetics

In addition to the models presented, the study of genetics has added to our understanding of both risk and impact from victimization. Genetic factors could explain why only some people develop symptoms from trauma, and this can be tested by studying twins with PTSD who differ (are discordant) regarding traumatic environmental exposure. (Stein et al., 2002, True et al., 1993, Koenen et al., 2002). However, to date, very few genes for PTSD have been identified (Yehuda and LeDoux, 2007).

Exposure to stressful events during development has consistently been shown to produce long-lasting alterations in the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis, which may increase vulnerability to disease, including PTSD and other mood and anxiety disorders. The HPA axis is a collection of neural and endocrine structures that facilitate the adaptive response to stress.

Recently reported genetic association studies indicate that these effects may be mediated, in part, by gene x environment (GxE) interactions involving polymorphisms within two key genes, CRHR1 and FKBP5. Data suggest that these genes regulate HPA axis function in conjunction with exposure to child maltreatment or abuse.

In addition, a large and growing body of preclinical research suggests that increased activity of the amygdala-HPA axis induced by experimental manipulation of the amygdala mimics several of the physiological and behavioral symptoms of stress-related psychiatric illness in humans. These translational findings lead to an integrated hypothesis: high levels of early life trauma lead to disease through the developmental interaction of genetic variants with neural circuits that regulate emotion, together mediating risk and resilience in adults (Gillespie et al., 2009).

Epigenetic modifications, such as DNA methylation, can occur in response to environmental influences to alter the functional expression of genes in an enduring way which can potentially persist over generations. These modifications may explain inter individual variation as well as the long-lasting effects of trauma exposure. While there are currently no findings that suggest

epigenetic modifications that are specific to PTSD or PTSD risk, many recent observations are compatible with epigenetic explanations. These include recent findings of stress-related gene expression, contributions to in utero infant biology, the association of PTSD risk with maternal PTSD, and the relevance of childhood adversity to the development of PTSD (Yehuda and LeDoux, 2007).

Consistent with a diathesis–stress model, recent research on the biological factors underlying depression has documented the moderating role played by the serotonin transporter gene 5-HTTLPR in the relationship between stress and depression (Karg et al., 2011). For example, Caspi and colleagues (2003) found that maltreated children who possess a “short- short” allele for the 5-HTTLPR polymorphism were far more likely to be depressed as adults than those with a short-long or long-long allele, who were found to be no more at risk for depression than children who were not maltreated. Extending the diathesis–stress model of depression to our understanding of victimization, researchers have shown that victimized children with the short-short allele are more likely to be depressed than those with the long-long allele (Benjet et al., 2010, Iyer et al., 2013). Longitudinally, victimized children with the short-short allele for 5HTTLPR have also been found to be at greater risk for emotional problems (Sugden et al., 2010, Vaillancourt et al., 2003, Swearer and Hymel, 2015).

Gender differences

Adolescent girls are overrepresented in sexual victimization (Turner et al., 2006). Boys report somewhat higher levels of victimization by physical assault (Finkelhor et al., 2009d). Although differences between girls and boys change over time (Finkelhor et al., 2009b), gender differences can generally be described by saying that boys are exposed to more physical victimization and girls are exposed to more relational victimization (Tran et al., 2012).

Although multiple findings support the conclusion that victimization is harmful, interpersonal events (one- on- one interactions) are found to have greater weight than non-interpersonal events

regarding symptoms. This effect is larger among female adolescents than among males, indicating a developmental gender difference regarding vulnerability (Gustafsson et al., 2009). Further findings indicate that the most severe sexual abuse causes the greatest health issues, with penetrating child sexual abuse (CSA) as one of the most severe events (Fergusson et al., 1996).

Polyvictimization

Finkelhor et al. stress that the number of events is a more potent factor than are single events concerning impact on health, and that a simple victimization count can predict symptom variability to a greater extent than specific victimization types or categories (Finkelhor et al., 2005c). Further, those with the highest number of events, i.e. polyvictims (PV), bear a considerable load of symptoms (Turner et al., 2010) and are also at greatest risk for re-victimization in childhood (Finkelhor et al., 2007b) as well as in adulthood (Holliday et al., 2014). In clinical samples, polyvictimization is shown to account for psychosocial impairment more than demographics and psychiatric diagnosis among inpatients as well as outpatients (Ford et al., 2009).

In groups of victimized individuals, the 10% with the highest levels of victimization have been defined as polyvictims, with different thresholds for different ages (Finkelhor et al., 2009c). Adolescents 15-18 years old have reported an average of 4.9 lifetime events, and for this group polyvictimization corresponds to 15 or more lifetime victimizations (weighted value) (Finkelhor et al., 2009c). The results showed that polyvictimization correlated strongly with trauma symptoms (.46, $p < .001$), and this was the case both for older and younger children (Finkelhor et al., 2009c).

In the well-known Adverse Childhood Experiences (ACE) study, 24.9% reported one event, 12.5% two, 6.9% three, and 6.2% four out of seven event categories of adverse childhood events (Felitti et al., 1998). The authors found support for the theory of cumulative impact of childhood adversities when it was shown that increased exposure to multiple categories of victimization

events increased the risk for various health risk behaviors, as well as for both somatic and mental illness (Felitti et al., 1998).

Peritraumatic reactions

Of the theoretical diathesis stress models proposed to identify vulnerability factors or predictors of PTSD development, the most recent models propose that pretrauma individual risk factors (diatheses) contribute to a constitutional vulnerability to a situational stressor/trauma (Bomyea et al., 2012, Elwood et al., 2009, McKeever and Huff, 2003). This stressor must be sufficiently severe to activate the diathesis and promote the development of PTSD, and according to Elwood et al. (2009), the comprehensive diathesis stress model of PTSD should take into account not only pretrauma factors, but also peritrauma and posttrauma factors, as well as different types of vulnerability (e.g. biological, psychological and cognitive). Pretrauma factors can include age, gender, race or ethnicity, education, prior psychopathology, and neurobiological factors. Peritraumatic factors can include the duration or severity of trauma experience and the perception that the trauma has ended. Posttrauma factors can include access to needed resources, social support, specific cognitive patterns, and physical activity (Sayed et al., 2015).

There has been an increasing interest in understanding the role of peritraumatic variables (i.e. physiology, affect, and/or cognition) that occur during the trauma (Bernat et al., 1998). Particular attention has been given to the construct of peritraumatic dissociation (i.e. dissociation that occurs during the event; e.g. experiencing moments of losing track or blanking out, having an altered sense of time, feeling as if floating above the scene, feeling disconnected from one's body) (Marmar et al., 1994) with a proliferation of related research published since the middle of the 1990s (Ehlers et al., 1998, Griffin et al., 1997, Koopman et al., 1994, Marmar et al., 1996, Shalev et al., 1996). A couple of studies have provided evidence for an association between peritraumatic dissociation and symptoms of PTSD (Boelen et al., 2012, Bui et al., 2013) and (Boelen, 2015) found that the impact of violent loss and of the unexpectedness of the loss on PTSD severity was fully mediated by peritraumatic distress and dissociation; peritraumatic helplessness and peritraumatic dissociation emerged as unique mediators. Prospective studies of

women found peritraumatic distress was predictive of acute PTSD, defined as beginning one month after the traumatic event, whereas peritraumatic dissociation predicted midterm PTSD at four months post trauma event (Gandubert et al., 2016). Johnson et al. (2001) found that in adult female CSA victims peritraumatic dissociation was the only variable found to significantly predict symptom severity across symptom type or disorder.

Purpose

The overall purpose of this thesis was to study the prevalence of and risk for victimization in adolescents in Sweden, as well as the prevalence of polyvictimization and how peritraumatic reactions mediate the relationship between victimization and symptoms.

Specific aims

Paper 1

To establish prevalence levels of victimization and polyvictimization as well as to identify gender differences and risk factors associated to victimization.

Paper 2

To test whether victimization and polyvictimization are related to trauma symptoms.

Paper 3

To explore mental health services utilization as well as the association between trauma symptoms and social anxiety for victimized as well as nonvictimized adolescents.

Paper 4

To study peritraumatic reactions in relation to victimization and symptoms of posttraumatic stress and to enhance our understanding of peritraumatic reactions as mediators between trauma and later symptomatology.

Method

Overall study design

We used a cross-sectional design with retrospective data by means of a computerized composite survey in the classroom setting. A representative sample of adolescents in upper secondary schools in Sweden was selected in relation to municipality categories and geographical convenience. No exclusion criteria were used. Participation was voluntary and anonymous.

Participants

Sweden consists of 290 municipalities, which are classified into nine categories on the basis of structural parameters such as population, commuting patterns and economic structure (SKL 1-9) developed by the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR, 2009). Power analysis was used to calculate the minimum sample size needed to detect an effect of a given size. The analysis indicated a sample of roughly 6000 cases. The goal for the sampling procedure was to obtain a representative sample (approximately 5%) of 2nd year students in the upper secondary school system, evenly distributed among the nine SKL categories. All youth in Sweden who have completed compulsory school are entitled to a three year upper secondary school education. Students enter at age 16 and may study until the age of 20. The upper secondary school offers three programs: 1. Higher education preparatory programs (typically humanities, natural science, and social science). 2. Vocational programs (typically health and social care, building and construction, hotel and tourism). 3. Introductory programs (typically preparatory education, program oriented individual options, vocational introduction, individual alternative, and language introduction, providing resources for students with different kinds of learning difficulties (The Swedish National Agency for Education, 2013).

Municipalities and schools were selected from registers of the Swedish National Agency for Education (2007) in order to represent the national average concerning gender, birthplace, enrollment from various municipalities and educational programs, and to include a proportion of

students in the introductory program. From a geographical perspective, the selection of municipalities and schools was made relative to convenience. If possible, all high schools in a municipality were chosen. One municipality category, “sparsely populated municipalities” (SKL 5), was omitted due to lack of high schools. All schools were public schools except for some private schools in the SKL 3 category.

A total of 53 schools were asked to participate in the survey. Two schools declined to participate. One reported that they had participated in other surveys and the other school did not present any reason. The 51 participating schools enrolled a total of 7,849 second year students. A total of 6,096 students (78%) were present at the scheduled survey. The missing students were

absent by plan or absent without notice (skipping class). Out of the 6,096 students present 136 were not willing or able to complete the survey, resulting in an external attrition of 22% and an internal attrition of 2.2%. A tentative analysis suggests that the dropout group might have lower socioeconomic status and that victimization might be more prevalent in this group.

Figure 5: Participants, flowchart

The sample of 5,960 second year high school students, with a mean age of 17.3 (range 16-20 years of age SD 0.652), represented 4.5% of all 17-year-olds in Sweden (StatisticsSweden, 2008). The sample corresponds well with the national population distribution among municipality categories, with ±

10% variation from the national average. The sample was merged from nine into three municipality categories, with 17.1% of the sample in large municipalities (> 200,000 inhabitants), 47.9% in medium municipalities (50,000-200,000 inhabitants) and 35% in small municipalities (< 50,000 inhabitants).

Of the sample, 50.4% were young men and 49.6% were young women. Roughly 9% were not born in Sweden, and 21.5% were second generation immigrants with at least one parent born abroad. The majority of sociodemographic variables were in line with population measures. Two measures deviated: residing with both parents was more frequent, and parents had higher unemployment rates. For sociodemographic data concerning adolescent birthplace, parent's birthplace and employment, residence and educational program, see Table 1. Due to technical failure a total of 628 cases were lost for JVQ item #3 and JVQ item #5. The missing cases were removed in paper 4 with a total sample of N= 5,332 cases.

Table 1: Sample, sociodemographic data

Variable	Sample		Reference Group
	%	n	%
Gender ^a			
Male	50.4	3002	51.6
Female	49.6	2958	48.4
Birthplace: Adolescent ^a			
Sweden	91.1	5428	91.0
Europe	4.1	247	2.4
Outside Europe	4.8	285	6.6
Birthplace: Parents ^a			
Both parents born in Sweden	78.5	4679	81.5 ^b
One or both in Europe	8.6	510	18.0 ^b
One or both outside Europe	12.9	771	-
Employment Parents ^a			
Both employed	68.9	4107	87.3 ^c
At least one unemployed ^d	31.1	1853	12.7
Residency ^a			
Both parents ^e	75.1	4478	59.2
One parent	19.9	1185	39.9
Alone or other	5.0	297	0.9
Education Program ^a			
Theoretical	44.4	2648	34.6 ^f
Practical	54.0	3219	55.7 ^f
Introductory	1.6	93	9.8 ^f
Municipality Size (inhabitants) ^a			
Large >200,000	17.1	1018	21.2 ^g
Medium 50,000-200,000	47.9	2857	46.6 ^g
Small <50,000	35.0	2085	32.2 ^g

Note. All values in percent. SCB (Statistics Sweden) registers contain data of the population by sex, age, marital status, country of birth and citizenship for all of Sweden, in each county, in county-blocks, metropolitan areas, and in each municipality. Asylum-seekers who have not yet obtained a permit to stay are not included in the population statistics. In 2008, there was a total population of 9,256,347: male = 4,603,710; female = 4,652,637. Total number of 17-year-olds was 131,366: male = 67,836; female = 63,530. The Swedish National Agency for education report total second grade students at 83,953: male = 42,097; female = 41,856.

a Variable put into the multiple logistic regression analysis.

b Statistics Sweden, both within and outside Europe, biological born abroad or adopted abroad excluded.

c Statistics Sweden, Unemployment 15 to 74 years.

d Unemployment = unemployed, being a student, on parental leave, not working due to disability or chronic or temporary illness.

e Living with both parents of origin or alternate residence.

f The Swedish National Agency for Education.

g Statistics Sweden, three categories made from nine SCB categories.

The students were grouped by educational program: for the theoretical program n =2,648, 44.4%, for the vocational program n =3,219, 54.0% and for the introductory program n =93, 1.6% (Table 1).

Ethical considerations

There are a number of ethical challenges concerning youth surveys, including the question of who can give consent for children's participation in research, how "informed" informed consent must be, the problem of ensuring that the information is understood by mentally impaired youth and concern regarding potential harm from being questioned about their experiences.

According to Swedish law, children by the age of 15 may decide for themselves if they want to participate in a study (The Swedish Ministry of Education and Cultural Affairs, 2003). All human studies referred to in this thesis have been approved by the Regional Ethical Review Board in Linköping, which also approved this study (number: 69-07). The sample did not include individuals with learning disabilities in upper secondary school. Information about the study was given in the classroom and all subjects gave their written informed consent by completing the survey. Students could at any time during the survey choose to abort the data collection with all data deleted. Asking students about traumatic events warranted concern for subsequent emotional reactions, and written contact information for the Youth Guidance Center (UMO) was given to the students. Only one of the students reported concern as she recalled a deceased parent. Relevant research found no ethical objections to children aged 15 or above participating in surveys concerning child sexual abuse (Helweg-Larsen and Boving-Larsen, 2003).

Procedure

A standardized information letter was sent to 51 schools following the initial contact and request to conduct the survey. Participating schools were asked to set up a suitable room for the survey, arrange a schedule, and appoint a teacher responsible for each class. School registers were updated with the help of the appointed teacher. Student attendance was noted on the register. All students were initially handed one page of written information about the project and contact information to use in the event that they felt any discomfort answering the questions that were asked. Prior to data collection the students received written information about the study and gave informed consent for participation in the survey. According to the Ethical Review Act of Sweden (2003), active consent is not required from parents when adolescents are 15 years of age or older.

The survey was administered on PCs provided by the school or the researcher, and the researcher was present for information and for answering any questions. None of the items could

be omitted, limiting internal attrition on the item level. The students completed the survey in 30-40 minutes and were given movie vouchers.

Measures

The composite questionnaire consisted of introductory questions: location of survey, gender, birthplace, age, educational program, parents' birthplace, parents' employment, and residence, followed by five standardized questionnaires: the Child Self-Administered Questionnaire of the Juvenile Victimization Questionnaire (SAQ/JVQ), the Life Incidence of Traumatic Events (LITE), the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), the Social Phobia Scales Questionnaire for Children (SPSQ-C), and the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC). Certain questions regarding peritraumatic reactions were added to the JVQ. The four final questions concerned debut age and consumption level for alcohol, sexual debut age, contact with professionals (BRIS, school psychologist, school counsellor, social worker, or child psychiatrist), and history of medication for mood disorder, hyperactivity or trouble sleeping.

Juvenile Victimization Questionnaire

The JVQ was designed to be a more comprehensive instrument than questionnaires used in previous research, providing an inventory of most of the major forms of offense against young people, including nonviolent victimization and events not typically conceptualized as crimes (Finkelhor et al., 2005c). The JVQ obtains reports on 34 forms of offense against young people that cover five general domains of concern: conventional crime, childhood maltreatment, peer and sibling victimization, sexual victimization, and witnessing and indirect victimization. For the purpose of the current research, a modified self-administered version of the questionnaire (SAQ) was used. One survey item concerning sexual victimization which asked, "Did you do sexual things with anyone 18 years or older, even things you both wanted?" was excluded due to differences between the legal systems in the USA and Sweden, resulting in a total of 33 JVQ items. The event items used in the model fall within five domains: conventional crime

victimization (items 1 to 8), childhood maltreatment (items 9 to 12), peer and sibling victimization (items 13 to 18), sexual victimization (items 19 to 24, excluding the item statutory rape) and witnessing and indirect victimization (items 26 to 34). The JVQ covers victimizing events during the prior year (PY) and before the prior year (BPY), which also make it possible to assess lifetime (LT) events. If victimization occurred in the PY and/or BPY, the participant was instructed to answer follow-up questions regarding the most recent event of peritraumatic reactions and perpetrator characteristics, whether the event caused injury, and whether medical attention had been obtained.

The JVQ has been tested for construct validity using the TSCC (Briere, 1996) to measure trauma symptoms. The JVQ shows moderate but significant correlations with trauma symptoms for all the domains (Pearson's $r = .14$ to $.35$) and for most screener items as well. The correlations are in the same range as those found in most assessments of community samples of victimized children (Finkelhor et al., 2005a). The JVQ has been tested for reliability. Overall, concerning test-retest, after 3-4 weeks there was an agreement of 95% in 100 adolescents with range 77-100 and the test-retest reliability was good (Pearson's $r = .59$). Cohen's kappa for screener items ranged between $\kappa=.22$ -1.0 with a mean of $\kappa=.63$ (Finkelhor et al., 2005a). Internal consistency reliability is reported for the full scale JVQ as Cronbach's Alpha 0.80, ranging among the five domains from 0.35 to 0.64 (Finkelhor et al., 2005a).

In this study the internal consistency (Cronbach's Alpha) was calculated for the full JVQ scale $\alpha = .83$ and for conventional crime $\alpha = .66$, childhood maltreatment $\alpha = .55$, peer and sibling victimization $\alpha = .52$, sexual victimization $\alpha = .64$, and witnessing and indirect victimization $\alpha = .51$. For the measure of polyvictimization a simple count of endorsed screeners from the JVQ was used, where "endorsed" denotes a "yes" response to a victimization screener question. Polyvictimization was the label given to the most extreme 10% of the sample,

corresponding to those who reported 10 or more of the 34 types of victimization events (33 in our study) during a lifetime.

Trauma Symptom Checklist

The Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) (Briere, 1996) is a self-report questionnaire about trauma-related symptoms. It consists of 54 items (scored 0–3), six main clinical subscales (anxiety, depression, anger, posttraumatic stress, dissociation and sexual concerns) and two validity scales (hyper- response and under- response). The clinical scales are added up to give a total score. The Swedish translation of the questionnaire has displayed satisfactory psychometric properties in Swedish adolescents (Nilsson et al., 2008). The total score was used as the main measure of health.

Peritraumatic reactions

To assess peritraumatic reactions of physiological arousal, dissociation, and intervention thoughts, three scales developed by Dyb et al. (2008) were used. All items in these scales were dichotomous 0/1. Three items described physiological reactions at the time of the trauma, including increased heart and respiration rate and perspiration, and these items formed the physiological arousal scale (PA) (range 0-3), $\alpha = 0.90$. A five item, peritraumatic dissociation scale (PD), was developed to capture reports of dissociation at the time of the traumatic experience, including derealization, depersonalization, and alterations in perception of time or place. PD subscale scores ranged from 0–5, $\alpha = 0.90$. Finally, three items described intervention thoughts, intervention thoughts scale (IT), at the time of the trauma, including thoughts of altering the precipitating events and interruption of the traumatic action by self or others. The IT subscale scores ranged from 0–3, $\alpha = 0.89$.

The Social Phobia Screening Questionnaire for Children

The SPSQ-C is a modified version of the Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ), adapted and validated for use with children and adolescents (Furmark et al., 1999). A psychometric evaluation of the SPSQ-C showed a test-retest reliability of $r = .60$. When compared to the diagnostic structured interview a specificity of 86 % and a sensitivity of 71 % were found (Gren-Landell et al., 2009). The SPSQ-C is based on the diagnostic criteria of SAD, also called social phobia, in the DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). Eight items cover eight potentially phobic social situations like “speaking in front of the class”, “raising your hand during a lesson”, and “looking someone in the eyes during a conversation”. On the initial item the participant rates fear of each of the eight situations on a scale ranging from 1 (no fear) to 3 (marked fear). This item represents the criterion A. Next follow five items covering criterion A of the DSM-IV (fear that others will notice that I am nervous), criterion B (I find these situations distressing) and criterion D (I try to avoid these situations) for one or more of the phobic situations. Since the youths were below 18 years of age the C-criterion, realizing that the fear is excessive or unreasonable, did not have to be fulfilled. The seventh item assesses criterion E by three yes/no questions, i.e., the student was asked whether the nature of the social fear was such that it severely interfered with his/her activities in school, during leisure time or when being with peers. The eighth and last question covered the F-criterion about whether the fear has had at least a six months duration (yes/no question). In the present study, internal consistency for the first item covering eight phobic situations was $\alpha = .83$.

Statistical analysis

For the statistical analysis we used IBM SPSS Statistics for McIntosh, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp. The JVQ data was of score type and consolidated with data with a wider range. Although the sample was large and representative, the data provided by the JVQ was skewed positively with a majority of cases centered around zero or low frequencies, as is the usual case

with score data. No transformation of the distribution was performed on any data. Data from TSCC depicted a normal distribution. As the research was exploratory we did not correct for the effect of multiple testing. No imputations were made for missing cases and when analyzed listwise deletion was performed. Outliers were not removed. Multicollinearity was checked with variance inflation factor and tolerance. Prevalence rates were reported as point. Retrospective period rates and lifetime rates were reported as well. Correlations were analyzed with Spearman's rho rank order correlation. Differences in means or frequencies were analyzed using an independent sample t-test for continuous variables or Chi 2 test for categorical variables. Significance levels for ruling out chance of zero hypotheses were used with levels of <0.05 or <0.01 or <0.001 . Bootstrap analyses based on 1000 samples were used to test significance in mediation analysis.

Logistic regression was used in paper 1 to determine the risk for victimization with different sociodemographic variables and in paper 3 to predict mental health utilization from the following independent variables: SAD only, elevated PTSS only and comorbid SAD with elevated PTSS, controlling for sociodemographic variables. Multiple logistic regression analysis was performed in paper 1 to evaluate the background items' mutual relationships concerning total JVQ, the five domains, and polyvictimization. Crude and adjusted odds ratios were used. Hierarchical multiple linear regression analysis was used in paper 2 to predict symptoms from type of victimization and polyvictimization. Effect sizes were expressed using Cohen: 0.2 for small, 0.5 for medium, and 0.8 for large effect, and κ^2 was used to measure effect size for the indirect effect in the mediation analysis. Regression analysis was also used in order to test whether peritraumatic reactions during an event mediated the effect of victimization and symptoms using bootstrap to determine if the difference was significant.

Study specific analysis

Paper 1

Logistic regression was used to assess the odds of presenting with victimization in relation to gender, birthplace, parents' birthplace and employment, residence, educational program, and municipality size. Multiple logistic regression analysis was performed to evaluate the background items' mutual relationships concerning total JVQ, the five domains, and polyvictimization. All domains (dependent variables) and background data used in the binary analyses in Table 2, Table 3, Table 4 (independent variables), together with polyvictimization (dependent variable), were put into seven different multiple logistic regression models (Table 5).

Paper 2

All the background items were dummy coded and entered in a simple regression analysis with TSCC as an outcome factor. The largest dummy coded variable was used as a reference variable. If there were no significant negative effects of the different dummy coded variables, the variable was dichotomized. When multiple regression models were analyzed for the background variables, the dichotomized background variables were entered first, followed by variables with more than two categories. The nonsignificant variables were excluded in the final model. Thereafter, a series of regression models were analyzed, separately for males and females and for the different victimization domains, with or without PV. If the regression coefficient for the domain remained largely unchanged after the PV measure was included, it indicated an independent effect for the domain. A total of ten separate regression analyses were performed.

All the background variables were added into simple regression models. A decision was made to dichotomize the variables "immigration status" (both parent and student), "SKL municipality division", "study program", and "family occupation" due to the nonsignificant effect of some of the "dummy groups". Immigration variables were grouped into immigration status, "born in Sweden and Europe or born outside Europe"; SKL municipality division, "living in large or

medium municipalities or living in small municipalities”; and study program “practical and theoretical program or individual program”. The variable “family occupation” was originally dichotomized, and the variable “student’s living situation” was kept within three groups (two dummy variables): “living with parent”, “living in an institution” and “living alone”. A multiple regression analysis was carried out with the background variables. The results showed that only the variables “SKL living in small municipalities”, “family occupation”, and “living alone” were significant and were kept for further analysis. In order to test the influence of type of victimization on symptoms as well as the contribution of PV, a series of regression analyses was performed with psychological symptoms (total continuous scale of TSCC total) as the dependent variable. In the first step, the domain variable (categorical 1/0) was entered, and in the second step, the PV variable (categorical 1/0) was entered. This was repeated for each item.

Paper 3

On the initial item the participant rates fear of each of the eight situations on a scale ranging from 1 (no fear) to 3 (marked fear). This item represents criterion A. Next follow five items covering criterion A of the DSM-IV (fear that others will notice that I am nervous), criterion B (I find these situations distressing) and criterion D (I try to avoid these situations) for one or more of the phobic situations. Since the youths were below 18 years of age the C-criterion, realizing that the fear is excessive or unreasonable, did not have to be fulfilled. The seventh item assesses criterion E by three yes/no questions, i.e., the student was asked whether the nature of the social fear was such that it severely interfered with his/her activities in school, during leisure time or when being with peers. The eighth and last question covered the F-criterion about whether the fear has had at least a six-month duration (yes/ no question). In order to fulfill the diagnostic criteria for SAD based on the responses on the SPSQ-C, the respondent had to rate at least one of the eight potentially phobic situations as “marked fear”. This particular situation had to be consistently endorsed in the diagnostic questions covering social phobia criteria. Thus, a

categorical measure was applied. The cut-off point used was based on fulfilling the DSM-IV criteria of SAD or not.

Social anxiety symptoms were cross-tabulated with demographic variables. Differences were determined by χ^2 statistics. Group differences were analyzed by independent t-test. Binary logistic regression was used to predict mental health utilization from SAD only, elevated PTSS only and comorbid SAD and elevated PTSS, controlling for demographics. Elevated PTSS was determined by cut of scores for males and females respectively.

Paper 4

The prevalence rates were reported as point prevalence. Missing cases were not analyzed. Trauma was measured by total life events according to the JVQ. Trauma symptoms were measured by three TSCC variables: total, posttraumatic and dissociation, and four variables of PT reactions: total, physiological arousal (PA), peritraumatic dissociation (PD), and intervention thoughts (IT).

Correlation was reported as Spearman rho. To test whether peritraumatic reactions had an indirect effect on symptoms resulting from traumatic events, multiple regression analyses were performed using Hayes' PROCESS SPSS macro (Hayes, 2013), which allows for the testing of models with bias corrected and accelerated confidence interval BCa CI. In mediation models, Path A indicates the direct association between the independent variable and mediator, Path B indicates the direct association between the mediator and dependent variable, Path C represents the association between the independent and dependent variables without the inclusion of the mediator, and Path C' represents the direct effect of the independent on the dependent variable holding the mediator constant. In bootstrapped models, a significant indirect effect, as evidenced by the exclusion of 0 from the 95% CI, is consistent with statistical mediation. P-values were used to test significance for the other paths. Mediation was analyzed following instructions from (Hayes, 2013) and (Field, 2000).

First we built a model for lifetime number of victimizing events with the JVQ as the independent variable and trauma symptoms with the TSCC sum as the dependent variable. Second, we included the PT tot as mediators in the model followed by a model where the different PT subscales were differentiated in a parallel fashion, with the JVQ as the independent variable and the TSCC sum as the dependent variable. Because gender has been known to influence both the development of symptoms after trauma and because different types of trauma can be seen in boys and girls, two different models were analyzed in the mediating analysis. All analyses were performed IBM SPSS Statistics version 24.0.

Results and discussion

Paper 1

Prevalence

Lifetime victimization was found in 84.1% of the sample (males = 83.0%, females = 85.2%), and, in relation to the five domains, 66.4% had experienced conventional crime, 24% child maltreatment, 54.4% peer and sibling victimization, 21.8% sexual victimization, and 54% had experienced witness victimization. Females experienced significantly more child maltreatment, $\chi^2(1, 5332) = 184.22, p < .001$; peer and sibling victimization, $\chi^2(1, 5960) = 21.42, p < .001$; sexual victimization, $\chi^2(1, 5960) = 447.51, p < .001$; and witnessed victimization, $\chi^2(1, 5960) = 4.74, p < .001$. Males experienced significantly more conventional crime in their lifetime, $\chi^2(1, 5332) = 16.58, p < .001$ (Table 2).

Adolescents born outside of Europe experienced significantly more events in the domain of child maltreatment, $\chi^2(2, 5960) = 15.01, p < .001$, with more physical abuse by a caregiver, $\chi^2(2, 5960) = 36.75, p < .001$, and less peer and sibling victimization, $\chi^2(2, 5960) = 14.96, p < .001$. Immigrants witnessed significantly more victimization, $\chi^2(2, 5960) = 6.45, p < .05$, with more witnessing of domestic violence, $\chi^2(2, 5960) = 30.02, p < .001$, including parent assault of sibling $\chi^2(2, 5960) = 24.26, p < .001$ (Table 2).

Table 2. Prevalence of Lifetime Victimizing Events: Gender and Birthplace

Variable	n	Gender				Birthplace				
		M		F		Swe.	EU	Non-EU	χ^2	p
		3002	2958			5428	247	285		
		%	%	χ^2	p	%	%	%		
Total ^c		83.0	85.2	4.90	*	84.0	86.8	82.2	1.90	
Conventional crime ^a		69.0	63.7	16.58	***	66.0	72.7	68.5	4.75	
1 Robbery		16.0	12.1	17.99	***	13.6	20.2	17.9	12.33	**
2 Personal theft		41.2	43.3	2.87		41.9	48.2	43.9	4.14	
3 Vandalism ^a		27.6	24.2	8.10	**	25.6	28.2	30.7	3.68	
4 Assault with a weapon		15.4	11.6	18.36	***	12.9	22.3	17.2	21.17	***
5 Assault without a weapon ^a		39.0	30.1	46.91	***	34.5	37.3	35.7	0.81	
6 Attempted assault		19.0	10.2	90.51	***	14.5	17.0	15.4	1.36	
7 Kidnapping		2.0	2.3	0.51		2.0	3.6	4.2	9.45	**
8 Bias attack (hate crimes)		5.7	4.7	2.61		4.5	12.1	13.3	68.46	***
Child maltreatment		16.6	31.6	184.22	***	23.4	27.1	33.0	15.01	***
9 Physical abuse by caregiver		9.1	15.4	56.00	***	11.5	17.4	22.5	36.75	***
10 Psychological/emotional abuse		8.9	22.3	205.44	***	15.1	18.6	21.1	9.17	*
11 Neglect		3.0	6.6	42.01	***	4.8	4.0	4.9	0.33	
12 Custodial interference/abduction		2.5	3.9	8.83	**	3.2	3.2	2.5	0.54	
Peer/sibling victimization		51.5	57.4	21.42	***	55.1	52.6	43.5	14.96	***
13 Gang or group assault		15.9	6.8	121.49	***	11.3	14.2	10.9	2.06	
14 Peer or sibling assault		21.7	25.7	13.24	***	23.9	23.5	19.3	3.20	
15 Nonsexual genital assault		11.8	2.3	201.21	***	6.9	10.1	8.4	4.61	
16 Bullying		14.6	23.4	75.69	***	19.4	13.8	15.1	7.85	*
17 Emotional bullying		19.7	34.6	168.26	***	27.6	22.7	21.1	8.36	*
18 Dating violence		9.9	11.3	3.08		10.6	13.4	7.4	5.14	
Sexual victimization		10.6	33.2	447.51	***	22.2	20.2	16.8	4.87	
19 Sexual assault by known adult		1.1	5.7	97.83	***	3.4	4.5	2.8	1.14	
20 Nonspecific sexual assault		0.9	3.9	58.90	***	2.3	3.6	2.5	1.85	
21 Sexual assault by peer		1.1	8.4	177.17	***	4.7	4.9	4.2	0.16	
22 Rape: Rape or attempted rape		2.6	14.7	278.71	***	8.8	9.7	5.3	4.57	
23 Flashing/sexual exposure		2.7	7.4	69.01	***	5.1	4.9	3.9	0.89	
24 Verbal sexual harassment		6.3	18.2	195.85	***	12.4	10.1	9.5	3.21	
Witnessing victimization		52.7	55.5	4.74	*	53.7	61.9	53.7	6.45	*
26 Witness to domestic violence		4.1	9.3	64.93	***	6.1	10.1	13.7	30.02	***
27 Witness to parent assault of sibling		3.0	6.5	40.33	***	4.3	7.3	10.2	24.26	***
28 Witness to assault with a weapon		20.1	18.3	2.88		18.9	26.3	19.3	8.46	*
29 Witness to assault without a weapon		35.4	32.8	4.54	*	34.8	32.0	23.2	16.80	***
30 Burglary of family household		12.9	16.3	14.12	***	14.8	14.2	11.9	1.77	
31 Murder of family member or friend		4.0	4.9	2.67		3.7	10.5	13.0	77.70	***
32 Witness to murder		2.1	0.5	26.81	***	1.0	4.9	3.9	42.12	***
33 Exp. to random shootings, terrorism		9.5	6.2	22.11	***	6.8	19.8	17.5	94.85	***
34 Exp. to war or ethnic conflict		2.6	2.2	1.04		1.0	20.2	12.3	504.88	***

Note. N=5960. EU = Born in Europe. Non-EU = Born outside Europe. Swe. = Born in Sweden.

^a5332 participants due to technical error.

*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

A majority of the parents, 68.9%, worked (83.7% of the fathers and 77.9% of the mothers). Unemployment significantly increased victimization for conventional crime, χ^2 (1, 5332) = 31.66, p < .001; child maltreatment, χ^2 (1, 5960) = 78.34, p < .001; and sexual victimization: χ^2 (1, 5960) = 10.80, p < .001, and for some witnessing items including witnessing domestic

violence, $\chi^2 (1, 5960) = 65.24, p < .001$, and witnessing parental assault on a sibling, $\chi^2 (1, 5960) = 24.20, p < .001$ (Table 3).

Most of the participating adolescents (75.1%) were living with both their biological parents; 19.9% lived with only one parent (alone or together with a stepparent), and 5.0% lived alone, in a foster family, or in an institution (Table 1). The living situation was significantly different for adolescents who had experienced some form of lifetime victimization compared with those who had no such experience, $\chi^2 (2, 5332) = 35.48, p < .001$. In all domains, adolescents living with both parents experienced significantly fewer victimization events (Table 3).

The most noteworthy significant difference that concerned the domain of child maltreatment was linked to adolescent living arrangements: 19.3% of the adolescents living with both parents had experienced some form of maltreatment compared with 37.1% among those who lived with just one of their biological parents, and 42.4% of those who lived under other circumstances: $\chi^2 (2, 5960) = 221.07, p < .001$.

Table 3: Prevalence of Lifetime Victimizing Events, Employment and Residency

Variable	Employment					Residence ^c				
	Yes		No ^b			Both Biol. Parents	One Biol. Parent	Other	χ^2	p
	n	4107	1853			4478	1185	297		
	%	%		χ^2	p	%	%	%		
Total ^a	83.4	85.5	3.50			82.4	88.6	91.0	35.48	***
Conventional crime ^a	63.9	71.7	31.66	***		63.7	73.4	77.8	53.25	***
1 Robbery	12.8	16.8	16.50	***		12.5	17.5	24.6	48.07	***
2 Personal theft	41.1	44.7	6.54	*		40.9	45.9	48.5	14.74	***
3 Vandalism ^a	23.9	30.5	26.08	***		24.2	30.3	34.4	27.33	***
4 Assault with a weapon	11.6	17.8	42.60	***		11.4	18.8	23.6	70.83	***
5 Assault without a weapon ^a	32.1	40.2	33.26	***		31.7	42.2	48.7	67.43	***
6 Attempted assault	13.4	17.3	15.61	***		13.1	17.8	25.3	44.95	***
7 Kidnapping	1.7	3.1	12.87	***		1.9	2.5	4.4	9.49	**
8 Bias attack (hate crimes)	4.0	7.9	39.10	***		4.8	5.8	8.1	7.07	*
Child maltreatment	20.7	31.3	78.34	***		19.3	37.1	42.4	221.07	***
9 Physical abuse by caregiver	10.2	16.9	53.94	***		9.9	17.9	25.3	104.94	***
10 Psychological/emotional abuse	13.3	20.4	48.45	***		12.7	23.6	26.6	115.03	***
11 Neglect	3.6	7.5	42.32	***		3.1	8.8	14.5	128.93	***
12 Custodial interference/abduction	2.3	5.3	37.65	***		1.3	9.2	8.4	217.12	***
Peer/sibling victimization	54.4	54.6	0.02			52.9	58.3	61.6	17.47	***
13 Gang or group assault	10.9	12.3	2.39			11.0	12.2	13.1	2.38	
14 Peer or sibling assault	23.5	24.1	0.23			22.6	26.6	29.0	13.24	***
15 Nonsexual genital assault	6.7	7.9	2.61			6.9	7.7	7.4	0.91	
16 Bullying	19.0	18.9	0.01			18.7	19.5	20.5	0.85	
17 Emotional bullying	27.0	27.1	0.01			26.1	29.4	33.0	10.76	**
18 Dating violence	10.0	11.9	5.10	*		8.6	15.9	19.2	77.95	***
Sexual victimization	20.6	24.4	10.80	***		19.7	26.7	35.4	60.53	***
19 Sexual assault by known adult	2.6	5.2	25.74	***		2.5	5.4	9.1	54.65	***
20 Nonspecific sexual assault	2.2	2.8	2.26			1.9	3.0	6.7	30.15	***
21 Sexual assault by peer	4.2	5.8	7.93	**		3.9	7.0	7.7	27.29	***
22 Rape: Rape or attempted rape	8.0	10.1	7.35	**		7.2	12.5	14.1	44.90	***
23 Flashing/sexual exposure	4.5	6.3	9.22	**		4.2	7.4	7.7	24.95	***
24 Verbal sexual harassment	11.6	13.4	3.97	*		11.1	14.8	18.5	23.67	***
Witnessing victimization	53.3	55.6	2.70			52.3	59.5	59.3	23.05	***
26 Witness to domestic violence	4.9	10.5	65.24	***		4.4	13.2	14.8	150.30	***
27 Witness to parent assault of sibling	3.8	6.7	24.20	***		3.8	7.0	10.4	44.57	***
28 Witness to assault with a weapon	18.4	20.9	5.28	*		18.4	20.5	25.6	10.86	**
29 Witness to assault without a weapon	35.0	32.1	5.05	*		33.1	36.7	39.7	9.97	**
30 Burglary of family household	14.8	14.1	0.45			14.3	15.7	14.5	1.44	
31 Murder of family member or friend	3.7	6.0	16.56	***		3.9	5.7	7.1	12.57	**
32 Witness to murder	1.0	1.9	7.01	**		1.2	1.5	2.4	3.48	
33 Exp. to random shootings, terrorism	6.5	10.7	30.24	***		7.7	7.7	9.8	1.62	
34 Exp. to war or ethnic conflict	1.3	4.6	60.27	***		2.3	2.5	2.0	0.30	

Note. N=5,960. ^a 5332 participants due to technical error. ^b One or both parents unemployed. ^c Living together with both parents of origin, one parent of origin or alone/apart from the family including foster home or institution.

* = p<.05, ** = p<.01, *** = p<.001

The majority of the students were studying at a vocationally oriented practical program (54.0%), or at a theoretical program, a program preparing for further studies (44.4%). A minority (1.6%) were studying at a program adapted to the individual, such as an introductory program (Table 1). In total, adolescents from theoretical programs reported significantly more experiences of victimization χ^2 (2, 5960) = 15.22, $p < .001$, and witnessing violence χ^2 (2, 5960)

= 44.38, $p < .001$, compared with their peers in both practical programs and the introductory programs (Table 4). In contrast, child maltreatment was reported more often among adolescents in the introductory program, $\chi^2 (2, 5960) = 8.86$, $p < .01$, whereas peer/sibling victimization was less common among students in the introductory program, $\chi^2 (2, 5,960) = 8.61$, $p < .05$.

The majority (47.9%) of the adolescents lived in medium-sized communities (50,000 to 200,000 inhabitants) whereas 35% lived in small communities (<50,000 inhabitants) (Table 1). The remainder, or 17.1%, came from a large city (>200,000 inhabitants). Community size was a significant factor for the total lifetime experiences, $\chi^2 (2, 5332) = 22.51$, $p < .001$, as well as within the domains of conventional crimes, $\chi^2 (2, 5332) = 34.03$, $p < .001$, and witnessing victimizing events, $\chi^2 (2, 5960) = 38.98$, $p < .001$. Generally, adolescents living in small communities had fewer experiences of victimizing events, especially within these two domains (Table 4).

Table 4: Prevalence of Lifetime Victimizing Events, Education Program and Municipality Size

Variable	n	Education Program ^a					Municipality Size ^b				
		T	P	I	χ^2	p	L	M	S	χ^2	p
		2648	3219	93			1018	2857	2085		
		%	%	%			%	%	%		
Total ^c		86.1	82.9	75.3	15.22	***	88.5	84.1	81.9	22.51	***
Conventional crime ^c		66.9	66.1	63.4	0.74		73.9	65.7	63.5	34.03	***
1 Robbery		13.4	14.4	19.4	3.49		19.7	13.7	11.8	36.07	***
2 Personal theft		43.6	41.0	45.2	4.29		47.8	42.2	39.6	19.18	***
3 Vandalism ^c		24.8	26.5	34.4	5.54		32.0	25.9	23.0	28.84	***
4 Assault with a weapon		11.9	14.7	18.3	12.06	**	16.4	12.6	13.4	9.51	**
5 Assault without a weapon ^c		34.7	34.8	31.2	0.52		40.3	33.9	32.8	17.87	***
6 Attempted assault		13.8	15.2	19.4	3.99		13.7	14.8	14.8	0.94	
7 Kidnapping		1.7	2.4	5.4	7.48	*	1.5	2.2	2.4	2.84	
8 Bias attack (hate crimes)		5.2	5.0	11.8	8.47	*	6.7	4.7	5.1	5.85	
Child maltreatment		22.7	24.8	34.4	8.86	**	25.3	24.2	23.1	1.95	
9 Physical abuse by caregiver		11.4	12.6	21.5	9.48	**	12.8	12.6	11.6	1.45	
10 Psychological/emotional abuse		14.1	16.6	21.5	9.33	**	14.4	15.6	16.0	1.31	
11 Neglect		4.3	5.1	10.8	9.09	**	4.8	4.6	5.1	0.79	
12 Custodial interference/abduction		2.6	3.4	11.8	25.97	***	2.7	3.6	2.9	3.47	
Peer/sibling victimization		55.6	53.9	40.9	8.61	*	54.9	54.8	53.7	0.75	
13 Gang or group assault		10.1	12.4	12.9	7.73	*	12.1	12.0	10.1	4.89	
14 Peer or sibling assault		25.1	22.7	17.2	6.96	*	25.0	24.0	22.5	2.72	
15 Nonsexual genital assault		7.3	6.9	7.5	0.50		8.3	7.2	6.3	3.98	
16 Bullying		21.1	17.4	12.9	15.78	***	19.1	18.7	19.3	0.32	
17 Emotional bullying		28.5	26.3	12.9	13.04	***	23.0	27.7	28.2	10.50	**
18 Dating violence		7.1	13.2	17.2	61.41	***	12.7	8.8	12.0	18.43	***
Sexual victimization		21.5	22.2	18.3	1.14		21.3	22.0	21.9	0.20	
19 Sexual assault by known adult		2.2	4.2	10.8	34.46	***	3.0	3.2	3.9	2.28	
20 Nonspecific sexual assault		2.1	2.5	4.3	2.92		2.9	2.1	2.4	2.16	
21 Sexual assault by peer		3.9	5.3	5.4	6.07	*	4.3	4.5	5.1	1.50	
22 Rape: Rape or attempted rape		7.9	9.2	9.7	2.94		9.3	8.2	8.9	1.49	
23 Flashing/sexual exposure		5.6	4.5	7.5	4.80		6.6	5.0	4.3	7.66	*
24 Verbal sexual harassment		12.0	12.3	11.8	0.15		9.7	12.1	13.4	8.78	*
Witnessing victimization		58.6	50.8	38.7	44.38	***	59.9	55.7	49.0	38.89	***
26 Witness to domestic violence		6.0	6.9	16.1	15.29	***	7.1	7.1	5.8	4.09	
27 Witness to parent assault of		4.9	4.6	6.5	0.92		5.4	5.3	3.6	8.42	*
28 Witness to assault with a weapon		20.0	18.7	14.0	3.18		20.9	19.8	17.5	6.80	*
29 Witness to assault without a		38.1	31.2	20.4	38.50	***	34.7	35.9	31.4	10.85	**
30 Burglary of family household		17.0	12.7	10.8	22.93	***	15.4	15.2	13.4	3.55	
31 Murder of family member or		4.6	4.2	7.5	2.73		5.6	4.8	3.3	10.55	**
32 Witness to murder		1.0	1.5	3.2	5.19		2.4	1.1	1.2	10.55	**
33 Exp. to random shootings,		9.3	6.6	7.5	14.06	***	13.6	8.5	4.1	88.89	***
34 Exp. to war or ethnic conflict		2.5	2.1	5.4	4.65		4.2	2.1	1.9	18.55	***

Note. N=5,960. ^aT=Theoretical, P=Practical, I=Introductory. ^bLarge > 200 000 inhabitants, Medium = 50-200.000 inhabitants, Small < 50 000 inhabitants. ^c5332 participants due to technical error.

* = p<.05, ** = p<.01, *** = p<.001.

Risk for victimization

All domains (dependent variables) and background data used in the binary analyses in Tables 1 to 4 (independent variables), together with poly-victimization (dependent variable), were put into seven different multiple logistic regression models (see Table 5). Parental unemployment was also associated with a significant increase in victimization within the three domains of conventional crime (aOR = 1.30, CI = [1.13, 1.49]), maltreatment (aOR = 1.32, CI = [1.15, 1.52]), and sexual victimization (aOR = 1.20, CI = [1.04, 1.40]). A higher rate of victimization was found throughout all domains when adolescents did not reside with both of their parents (Table 5). Living in a large community increased the odds that children would be exposed to both conventional crime (aOR = 1.61, CI = [1.35, 1.92]) and to witnessing victimization (aOR = 1.38, CI = [1.18, 1.62]). Attending a theoretical program increased the odds ratios on the total JVQ score as compared with the practical program and the introductory program, concerning the total score, peer victimization, and witnessing victimization (Table 5). There was no increased risk factor in any domain for a participant who was an immigrant or had at least one parent born abroad. On the contrary, having parents born outside of Europe seemed to be a protective factor as concerned both peer victimization (aOR = 0.69, CI = [0.57, 0.83]) and sexual victimization (aOR = 0.76, CI = [0.60, 0.96]). Some isolated issues were more often experienced by immigrant adolescents from Europe, such as murder of a family member (aOR = 3.27, CI = [1.87, 5.71]), witnessing murder (aOR = 4.85, CI = [2.01, 11.72]), and exposure to murder, random shootings and terrorism (aOR = 2.28, CI = [1.52, 3.43]). This was also true for exposure to war or ethnic conflicts for adolescents both from Europe (aOR = 14.22, CI = [7.71, 26.21]) and outside Europe: (aOR = 2.31, CI = [1.38, 3.87]). Having parents born outside of Sweden increased the risk for bias attacks (hate crime), physical abuse, being a witness to domestic violence, to random shootings or terrorism, war, and other ethnic conflict.

Table 5: Logistic Regression with Total JVQ score and Sociodemographic data

Variable	Total JVQ score			Conventional Crime			Child Maltreatment			Peer/Sibling Victimization			Sexual Victimization			Witnessing/Indirect Victimization			Poly Victimization ^a		
	aOR	95% CI		aOR	95% CI		aOR	95% CI		aOR	95% CI		aOR	95% CI		aOR	95% CI		aOR	95% CI	
Gender																					
Male (ref)																					
Female	1.12	0.96-1.30		0.75	0.67-0.84		2.29	2.02-2.60		1.24	1.12-1.37		4.12	3.58-4.74		1.08	0.97-1.19		1.53	1.28-1.84	
Birthplace Adolescent																					
Sweden (ref)																					
Europe	1.33	0.85-2.09		1.09	0.77-1.55		1.08	0.77-1.53		1.06	0.79-1.42		1.00	0.68-1.46		1.21	0.90-1.64		1.38	0.89-2.14	
Outside Europe	0.90	0.60-1.33		0.94	0.68-1.30		1.29	0.94-1.76		0.80	0.60-1.06		0.84	0.58-1.22		0.88	0.66-1.16		0.99	0.63-1.55	
Birthplace Parents																					
Sweden (ref)																					
One or two in Europe	0.80	0.62-1.03		1.09	0.88-1.34		1.14	0.92-1.41		0.78	0.65-0.93		0.86	0.69-1.09		1.11	0.92-1.33		1.33	0.99-1.78	
One or two outside Europe	0.79	0.60-1.03		0.94	0.77-1.16		1.19	0.96-1.48		0.69	0.57-0.83		0.76	0.60-0.96		1.10	0.91-1.33		1.27	0.94-1.72	
Employment Parents																					
Both employed (ref)																					
At least one unemployed	1.09	0.91-1.29		1.30	1.13-1.49		1.32	1.15-1.52		1.06	0.94-1.20		1.20	1.04-1.40		1.01	0.89-1.14		1.53	1.26-1.86	
Residency																					
Both parents (ref)																					
One parent	1.68	1.36-2.07		1.49	1.27-1.74		2.16	1.86-2.50		1.26	1.10-1.44		1.35	1.15-1.58		1.36	1.18-1.55		2.07	1.68-2.54	
Alone or other	2.44	1.60-3.73		2.12	1.58-2.85		2.67	2.07-3.43		1.47	1.15-1.88		1.94	1.49-2.54		1.50	1.18-1.92		2.84	2.07-3.91	
Education Program																					
Theoretical (ref)																					
Practical	0.78	0.66-0.91		0.97	0.86-1.10		1.10	0.97-1.26		0.89	0.80-0.99		1.04	0.91-1.19		0.76	0.68-0.85		1.16	0.96-1.42	
Introductory	0.49	0.30-0.81		0.74	0.48-1.16		1.53	0.96-2.44		0.57	0.37-0.87		0.89	0.50-1.57		0.45	0.29-0.70		1.58	0.89-2.84	
Municipality Size																					
Small (ref)																					
Medium	1.17	0.99-1.38		1.09	0.96-1.24		1.06	0.92-1.22		1.08	0.96-1.21		1.06	0.92-1.23		1.23	1.10-1.39		1.15	0.89-1.48	
Large	1.68	1.33-2.12		1.61	1.35-1.92		1.07	0.89-1.29		1.12	0.95-1.31		1.03	0.84-1.26		1.38	1.18-1.62		0.86	0.70-1.06	

Note: N=5,960.

Logistic Regression with Total JVQ score, Conventional Crime, Maltreatment, Peer/Victimization, Sexual Victimization and, Witness Victimization as Dependent

JVQ = Juvenile Victimization Questionnaire; CI = confidence interval; aOR = adjusted odds ratio.

Significant items in bold. *Cutoff ≥ 10 victimization events.

Conclusion

This study confirms that victimization among young people is common: a majority of the adolescents reported at least one event, as found by others (Gustafsson et al., 2009, Turner et al., 2010, Boelen, 2015, Jackson et al., 2016). The mean number of experienced events was four ($\bar{x}$ = 4.12, SD = 4.043). This is in line with the earlier studies (Finkelhor et al., 2009c, Gustafsson et al., 2009, Boelen, 2015), higher than the UK studies (Jackson et al., 2016), and lower than the findings of Soler et al. (2015).

The frequency of experiencing lifetime victimization was high, with 83.0% of young men and 85.2% of young women experiencing some type of lifetime victimization. This figure for women is lower than the 97.8% of female college students in the United States experiencing lifetime victimization, as reported in the JVQ (Elliott et al., 2009). The prevalence rating in our sample is also lower than the findings for a similar sample of 14- to 17-year-olds in the United States, which was 86.8% (Turner et al., 2010). Taking into account that victimization increases with age, our results point to a lower prevalence in Sweden than in the United States, possibly reflecting different living conditions in the two countries. A study from China with a similar sample (N = 18,431, 15-17 years) found a prevalence of 71.4%, possibly related to the fact that “parental supervision is relatively strict” in China (Chan, 2013). The results highlight the fact that the vast majority of adolescents within the countries studied have experienced victimization. The most common experiences included various forms of community violence or crime, followed by peer/sibling victimization and witnessing victimization, all of which were experienced by more than 50% of the sample.

Second, slightly more than 10% of the respondents were categorized as polyvictims, which meant that their lives were marked by multiple (10 or more) violent events, indicating that they came from very vulnerable and complex backgrounds. Previous research has shown that those who have experienced polyvictimization are burdened with adverse symptoms later in life

(Turner et al., 2010) and are at the greatest risk of revictimization (Finkelhor et al., 2007b). In samples from groups of hospital inpatients, polyvictimization accounts for more psychosocial impairment than demographics and psychiatric diagnoses account for (Ford et al., 2009).

Similar to findings in a previous study (Finkelhor et al., 2007a), our study found that residing in a larger city means that because adolescents are exposed to more people, both adults and peers, city life is more dangerous for adolescents, with higher rates of criminality and with a greater anonymity in cities than in smaller communities. The most evident finding regarding background factors was the finding showing the importance of the participants' living situation and family composition. Being raised by both biological parents was a protective factor that significantly reduced the risk of total victimization. This result correlates well with previous studies (Finkelhor et al., 2009c, Berger, 2004, Radford, 2011, Turner et al., 2007) that have stressed the increased risk of victimization for children living with only one parent or living alone, in foster care, or in institutions. Even though intact families provide a safer environment for children, a substantial percentage of children are victimized in their families through maltreatment or witnessing domestic violence.

Females were overrepresented in all domains except conventional crime compared to males, as found by (Finkelhor et al., 2005b). Sexual victimization was roughly three times as common and child maltreatment roughly twice as common among females than males. Females also had more events in all domains except conventional crime where men had more events, as reported by Cyr et al. (2012). Our data revealed very large differences in the number of events in that males had twice as many child maltreatment events and females had approximately four times as many sexual victimizations events than males, a finding also described by Jackson et al. (2016).

Females were victimized significantly more often than males within four domains with an aOR ranging from 1.1 (witnessing victimization) to 4.1 (sexual victimization), although females experienced fewer conventional crimes during their lifetime (aOR = 0.7). The domain of sexual

victimization showed the largest differences between the sexes. Being sexually assaulted by a peer (within two years age difference) showed an aOR of 8.4 for females. The increased risk of sexual abuse for females is well established. Epidemiological studies have shown that it is two to four times more common for girls to be exposed to sexual abuse than it is for boys (Stoltenborgh et al., 2011). However, it is important to highlight the vulnerability of girls who are victimized by their peers. Sexual abuse perpetrated by peers has historically been neglected, because early studies defined a perpetrator of sexual abuse as someone who is at least four to five years older than the victim. As the data clearly show, there is an elevated risk for females of experiencing sexual abuse from their peers; therefore, appropriate action to limit exposure to this form of abuse is needed.

Paper 2

Health

A majority of the sample (84.1%) had experienced various victimizing events according to the JVQ/SAQ, and the mean number of different events was 4.1 (SD = 4.0). Of the students, 64.4% ($\bar{x}$ = 1.5, SD = 1.6) reported experience of conventional crime, 24.0% ($\bar{x}$ = 0.4, SD = 0.7) childhood maltreatment, 54.4% ($\bar{x}$ = 1.0, SD = 1.2) peer and sibling victimization, 21.8% ($\bar{x}$ = 0.4, SD = 0.8) sexual victimization, and 54% ($\bar{x}$ = 1.0, SD = 1.2) witnessing or indirect victimization. Young females had more experience of victimization in total (females $\bar{x}$ = 4.45, SD = 4.22 and males $\bar{x}$ = 3.81, SD = 3.84, $P < 0.001$, $d = 0.158$) and more experience in all domains, except for the domain of conventional crime, in which young males had experienced more victimization (males $\bar{x}$ = 1.64, SD = 1.66 and females $\bar{x}$ = 1.39, SD = 1.55, $P < 0.001$, $d = 0.156$) (Table 6).

Table 6: Prevalence and number of victimizations

Variable	Male			Female			d^{d}
	% ^b	$\bar{x}^c$	SD	%	$\bar{x}$	SD	
Total ^a	83.0	3.81	(3.84)	85.2*	4.45***	(4.22)	0.158
Conventional Crime ^a	69.0***	1.64***	(1.66)	63.7	1.39	(1.55)	0.156
Child Maltreatment	16.6	0.24	(0.61)	31.6***	0.48***	(0.82)	0.332
Peer/Sibling Victimization	51.5	0.93	(1.19)	57.4***	1.04***	(1.17)	0.093
Sexual Victimization	10.6	0.15	(0.53)	33.2***	0.58***	(1.02)	0.529
Witnessing and Indirect Victimization	52.7	0.94	(1.20)	55.5*	0.97***	(1.15)	0.025

Note.

N=5,960

^a5 332 participants due to technical error.

^bGroup differences were tested with Chi2 using dichotomized data.

^cDifferences in mean were tested by t-test, independent samples.

^dCohen effect size mean differences 0.2 small, 0.5 medium and 0.8 large effect size.

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$

Table 7 shows gender differences in the results from the TSCC, which were significant for all TSCC measures, with young females having more symptoms for anxiety (females $\bar{x}$ = 5.95, SD = 3.89 and males $\bar{x}$ = 3.06, SD = 3.58, $P < 0.001$, $d = 0.773$), depression (females $\bar{x}$ = 5.77, SD = 4.39 and males $\bar{x}$ = 2.95, SD = 3.89, $P < 0.001$, $d = 0.679$), posttraumatic stress (females $\bar{x}$ = 4.74, SD = 3.99 and males $\bar{x}$ = 4.24, SD = 4.32, $P < 0.001$, $d = 0.592$), dissociation (females $\bar{x}$ = 6.91, SD = 4.61 and males $\bar{x}$ = 4.83, SD = 4.43, $P < 0.001$, $d = 0.460$), overt dissociation (females $\bar{x}$ = 4.77, SD = 3.45 and males $\bar{x}$ = 3.34, SD = 3.25, $P < 0.001$, $d = 0.426$), fantasy (females $\bar{x}$ = 4.77, SD = 3.99 and males $\bar{x}$ = 1.49, SD = 1.54, $P < 0.001$, $d = 0.411$), sexual distress (females $\bar{x}$ = 1.16, SD = 1.52

and males $\bar{x}$ = 0.82, SD = 1.60, $P < 0.001$, d = 0.212), and anger (females $\bar{x}$ = 4.74, SD = 3.99 and males $\bar{x}$ = 4.24, SD = 4.32, $P < 0.001$, d = 0.120). Young men reported more sexual preoccupation (males $\bar{x}$ = 5.47, SD = 4.21 and females $\bar{x}$ = 3.51, SD = 3.13, $P < 0.001$, d = 0.528) as well as sexual concerns (males $\bar{x}$ = 5.92, SD = 4.76 and females $\bar{x}$ = 4.46, SD = 3.72, $P < 0.001$, d = 0.341).

Table 7: Mean TSCC score and gender

Variable	Male		Female		p	d ^b
	$\bar{x}^a$	SD	$\bar{x}$	SD		
Anxiety	3.06	3.58	5.95	3.89	*	0.773
Depression	2.95	3.89	5.77	4.39	*	0.679
Anger	4.24	4.32	4.74	3.99	*	0.120
Posttraumatic stress	4.88	4.69	7.80	5.16	*	0.529
Dissociation	4.83	4.43	6.91	4.61	*	0.460
Overt dissociation	3.34	3.25	4.77	3.45	*	0.426
Fantasy	1.49	1.54	2.14	1.62	*	0.411
Sexual Concerns	5.92	4.76	4.46	3.72	*	0.341
Sexual preoccupation	5.47	4.21	3.51	3.13	*	0.528
Sexual distress	0.82	1.60	1.16	1.52	*	0.212
Total TSCC	24.90	20.73	34.10	20.28	*	0.449

Note. TSCC = Trauma Symptom Checklist for Children.

^aDifferences in mean were tested using the independent sample t-test.

^bMean differences of Cohen effect size were 0.2 for small, 0.5 for medium, and 0.8 for large effect sizes.

* $P < 0.001$.

Victimization and polyvictimization are related to symptoms

Symptoms of psychological ill health, as measured by the TSCC, were clearly associated with both victimizations per se and the number of victimizations. The results show a relatively linear increase in symptoms with an increase in number of events experienced (Figure 6), similar to

Figure 6: TSCC score, number of victimizations

Cater et al., 2014) especially for posttraumatic stress and dissociation (Figure 7), which was also reported as a main finding by Nilsson et al. (2010) in which the authors discuss the link to interpersonal events. As expected, the bivariate analysis showed that the mental health of the polyvictimized group was significantly worse than that of the non-polyvictimized group, with significantly elevated TSCC scores (Table 8).

Table 8: TSCC for normal group and polyvictimized group

Variable	Male				Female			
	Normal Group		Poly Group		Normal Group		Poly Group	
	$\bar{x}^a$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
Anxiety	2.88	3.48	4.96*	4.85	5.49	3.59	8.58*	4.69
Depression	2.75	3.78	5.30*	4.99	5.21	3.96	9.47*	5.66
Anger	3.88	4.11	7.91*	5.17	4.29	3.69	7.74*	4.94
Posttraumatic stress	4.48	4.48	8.74*	5.84	7.13	4.74	12.47*	5.81
Dissociation	4.50	4.29	7.84*	5.26	6.31	4.21	10.38*	5.61
Overt dissociation	3.09	3.15	5.63*	3.89	4.31	3.11	7.56*	4.23
Fantasy	1.41	1.50	2.21*	1.82	2.00	1.54	2.82*	1.88
Sexual concerns	5.65	4.67	8.37*	5.76	4.08	3.48	6.61*	4.47
Sexual	5.22	4.13	7.59*	4.96	3.23	2.92	5.04*	3.83
Sexual distress	0.77	1.57	1.40*	2.18	1.04	1.45	1.91*	1.82
Total TSCC	23.24	20.08	41.39*	24.97	31.13	18.32	52.78*	24.16

Note. TSCC = Trauma Symptom Checklist for Children
*Differences in mean were tested by t-test, independent samples
* = $p < .001$

Specific effects of polyvictimization

All domains significantly predicted symptoms; PV alone was strongly related to symptoms for females ($b = 0.340$). PV also affected symptoms for males, although not as strongly ($b = 0.233$) as for females. For males, the strongest predictor was child maltreatment ($b = 0.260$), followed by peer sibling victimization ($b = 0.226$). For all

Figure 7: TSCC scores, number of victimizations

the domains, b value was diminished when PV was entered into the model and the adjusted R^2 increased, most strongly for the domain of conventional crime. For females, childhood maltreatment and sexual victimization both presented a strong relationship (Table 9)

Table 9: Hierarchical regression analysis

Variable	MODEL	Male			Female		
		Item β	PV β	Adj R ²	Item β	PV β	Adj R ²
Conventional Crime	ONLY PV		0.233	0.063		0.340	0.133
	without PV	0.210		0.053	0.251		0.081
	with PV	0.172	0.200	0.091	0.171	0.294	0.159
Child Maltreatment	without PV	0.260		0.075	0.322		0.118
	with PV	0.187	0.158	0.092	0.219	0.246	0.172
Peer Sibling Victimization	without PV	0.226		0.059	0.274		0.091
	with PV	0.160	0.187	0.086	0.195	0.281	0.167
Sexual Victimization	without PV	0.221		0.057	0.342		0.132
	with PV	0.157	0.181	0.084	0.254	0.239	0.186
Witness Victimization	without PV	0.103		0.018	0.189		0.052
	with PV	0.038	0.223	0.064	0.099	0.310	0.141

Note. Hierarchical multiple regression analyses were conducted considering the adolescents' answers irrespective of the number of domains they had endorsed.

Numbers are standard standardized coefficients. All values significant to $P < 0.001$

Conclusion

All JVQ domains were related to symptoms, and polyvictimization had an impact on symptoms in the model in itself and in relation to each domain. When polyvictimization was introduced into the model all the domains' beta values dropped, for females more than for males. For males the beta value of the domain "childhood maltreatment" was higher than the beta value of PV, suggesting that childhood maltreatment contributed more than PV alone, and for females "sexual victimization" showed the same relationship. Witnessing victimization had a low beta value initially, and with PV introduced into the model it dropped clearly below PV beta alone, suggesting that witnessing victimization in this model had little impact on health and that PV to a large degree accounted for the symptom levels in witnessing victimization (Table 9).

Females were overrepresented in all domains except conventional crime compared to males, as found by Finkelhor et al. (2005b) Sexual victimization was roughly three times as common and child maltreatment roughly twice as common among females than males (Table 8). Females also had experienced more events in all domains except conventional crime, where men had experienced more events, as reported by Cyr et al. (2012). Our data revealed very large differences in the number of events; Females had experienced twice as many child maltreatments

events and roughly four times as many sexual victimizations events than males, a finding also described by Jackson et al. (2016)

We found that symptoms of psychological ill health as measured by the TSCC were clearly associated with both victimizations per se and the number of victimizations. The results show a relatively linear increase in symptoms with the increased number of events experienced, similar to the findings of others (Cater et al., 2014, Turner et al., 2010), especially for posttraumatic stress and dissociation, which was also reported as a main finding by Nilsson et al. (2010) in which the authors discussed the link to interpersonal events. As expected, the bivariate analysis showed that the mental health of the polyvictimized group was significantly worse than that of the non-polyvictimized group, with significantly elevated TSCC scores.

Our findings are in line with those of Finkelhor et al. (2007a) in that the sheer number of different events is of importance when measuring victimization. Our results, however, do not support the conclusion by Finkelhor et al. (2007a) that PV is of foremost importance in relation to the domains in the study; our study did not find the same b value reduction as theirs did when PV was introduced. This could probably be explained in part by methodological differences, such as differences in information gathering techniques (telephone survey versus the classroom computerized survey used in this study), differences in sample size (the sample used in this study is approximately five times larger), and differences in the age groups studied (this study included only adolescents aged 17 years compared to their subsample of 10–17-year olds). Further research is needed in order to explain why PV had a lower impact in our model.

Paper 3

Prevalence

Self-reported SAD was found in 10.2 % (n = 605) of the total group (n = 5,960). A significant gender difference emerged, with more females than males reporting SAD. Prevalence rates increased with increasing age, and prevalence of SAD differed significantly depending on ethnicity, with higher rates in those with Swedish birth origin. Also, higher rates were seen in adolescents from small and medium-sized municipalities compared to large municipalities.

Elevated PTSS, i.e., above clinical cutoff on the PTS scale-of the TSCC, was found in 14.8 % (n=883) and significantly higher rates were seen in females compared to males subjects of non-Swedish birth origin compared to those of Swedish origin and among those aged 19–20 years compared to the younger adolescents (Table 10).

Table 10: Prevalence of SAD, elevated PTSS in relation to sociodemographic variables

	SAD				PTSS			
	Yes		No		Elev.		Not Elev.	
	%	n	n	χ^2	%	n	n	χ^2
Gender								
Male	5.8	173	2829	128.39***	13.3	399	2603	11.14***
Female	14.6	432	2526		16.4	484	2474	
Age (years)								
16	8.9	27	277	8.30*	12.5	38	266	27.57***
17	9.9	384	3481		14.1	545	3320	
18	10.1	156	1389		15.3	236	1309	
19–20	15.4	38	208		26.0	64	182	
Ethnicity (child)								
Non-Swedish	6.0	32	500	10.96***	20.5	109	423	14.90***
Swedish	10.6	573	4855		14.3	774	4654	
Municipality								
Small	11.2	234	1851	8.97**	15.3	318	1767	0.54
Middle	10.2	292	2566		14.7	419	2439	
Large	7.8	79	938		14.4	146	871	

Note. SAD=Social Anxiety Disorder
PTSS= Post Traumatic Stress Symptom
* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

SAD, victimization and PTSS

In the total group the mean value of lifetime victimization was 4.12 (SD = 4.04). Subjects with self-reported SAD reported significantly higher rates of victimizing experiences compared to the non-SAD group as well as higher levels of PTSS on the PTS-scale of the TSCC, (Table 11).

Table 11: Reports of PTSS and of victimization in subjects with SAD and without SAD

	SAD (n=605)		Not SAD (n=5355)		t
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
PTSS	9.77	5.68	5.94	4.92	15.92***
Females	10.56	5.62	7.33	4.92	11.25***
Males	7.79	5.63	4.70	4.58	7.42**
Victimization	5.54 ^a	4.79	3.96 ^b	3.92	7.36***
Females	5.74	4.92	4.22	4.05	5.71***
Males	5.04	4.41	3.74	3.80	3.56***

Note. ^a n = 68 (20 males and 48 females), ^b n = 560 (241 males and 319 females)

** p<.01, *** p<.001

Within the SAD group no significant differences were found between genders regarding lifetime victimization ($t = 1.53$, $df = 535$, ns), although significantly higher levels of PTSS were found in females with SAD compared to males with SAD ($t = 5.55$, $df = 603$, $p < .001$).

SAD and elevated PTSS

When studying each condition separately, reports of SAD alone were more common ($n = 410$) than reporting both conditions ($n = 195$) and most common were reports of elevated PTSS alone ($n = 688$). Elevated PTSS was found in 32.2 % ($n = 195$) of adolescents reporting SAD compared to 12.8 % ($n = 688$) in those not reporting SAD. In the SAD group, no gender differences were found for clinical levels of PTSS. Clinical levels of PTSS were reported by 32.9 % ($n = 57$) of males with SAD and by 31.9 % ($n = 138$) of females. The inverse relation showed that 22.1 % of adolescents with SAD reported elevated PTSS (14.3 % among males; 28.5 % among females).

Mental health utilization

The most common mental health service use was contact with a school counselor as reported by 26.7 % of the total sample. Significantly higher rates of utilization of all investigated forms of services were seen in those with self-reported SAD compared to those not reporting SAD. For example, among subjects with SAD, 18.3 % ($n = 111$) reported having had contact with a CAP clinic during their lifetime compared to 9.1 % of subjects without SAD ($\chi^2 = 51.30$, $df = 1$, $p < .001$). However, when comparing the group of subjects reporting SAD alone and not elevated

PTSS, lower rates of mental health utilization were seen in those with SAD alone compared to those with elevated PTSS or both conditions (Table 12).

Table 12: Use of mental health services

n	SAD (%) 410	High PTSS (%) 688	SAD + Elev. PTSS (%) 195
Child psychiatric service	11.5	17.4	32.8
Female/male	11.6/11.2	23.7/11.1**	36.2/24.6
Psychotropic medication	8.0	18.2	28.2
Female/male	8.8/6.0	23.1/13.2**	31.9/19.3
School counselor	33.9	43.6	53.8
Female/male	37.4/25.0*	52.6/34.5**	58.0/43.9
School psychologist	7.8	15.6	23.1
Female/male	8.8/5.2	16.8/14.3	24.6/19.3

Note. Figures in bold represent significant differences between genders.

Use of mental health services during life time among those with SAD only, only elevated PTSS and those with both SAD and elevated PTSS

* p<.05, ** p<.001

Significant gender differences were found for all services except contact with the school psychologist in the group with elevated PTSS, but no significant differences for any services were found in the group with both conditions. The highest odds ratios for having had contact with a CAP-clinic was found for the combined group with SAD and elevated PTSS (OR = 4.88, 95 % CI = 3.53–6.73, p<.001), followed by the group with elevated PTSS and no SAD (OR = 2.50, 95 % CI = 2.00–3.14, p<.001). However, no significant prediction was made for the group of subjects with SAD but without elevated PTSS (OR = 1.26, 95 % CI = .91–1.74). Significant associations were also found between use of CAP clinic service and female gender (OR = 2.05, 95 % CI = 1.70–2.45), Swedish birth origin (OR = 1.68, 95 % CI = 1.16–2.42) and living in a small municipality (OR = 1.33, 95 % CI = 1.02–1.73).

Conclusion

Significantly higher rates of lifetime victimization were found in socially phobic adolescents compared to those not reporting SAD. Theoretical models (Pynoos et al., 1999) and empirical findings (Perkonig et al., 2000) suggest an increased risk of experiencing traumatic events as well as reacting with PTSD in individuals with phobic disorders like SAD. Secondly, significantly higher levels of PTSS were found in socially phobic adolescents compared to those not presenting with SAD. One third of males with SAD and the same proportion of females

reported clinical levels of PTSS. As expected, an inverse relation was also found, though gender differences emerged in this respect.

In the total sample, 3.3 % reported SAD and elevated PTSS. This finding indicates that for a subgroup of adolescents with SAD, treatment models of SAD may need to include components that address PTSS, as has been successfully demonstrated in adults. Posttraumatic symptoms like intrusive memory images involve emotions and physical sensations similar to those the person would feel if confronted by an anxiety eliciting situation. Memory images like these commonly occur in persons suffering from SAD, and the images are often based on prior social experiences that the person has experienced as negative and anxiety provoking (Holmes and Mathews, 2010). Further, these images become more and more negative and distorted in conjunction with the critical self-image common in persons with SAD. The images are updated in situations reminding the person of the unpleasant social situations. Addressing the unifying characteristics and components commonly seen in the treatment of PTSD could thus be of value in the treatment of SAD-like exposure not only to real events but also to memories of past events (Wild and Clark, 2011).

Paper 4

Descriptive statistics

Of the N=5,332 cases, a total of n=4,483 (84.1%) reported at least one victimizing event (males = 83.0%, females = 85.2%). Of these, 74.9% (n=3,360) also experienced a peritraumatic reaction (PT) of some kind: Physiological arousal (PA) was reported by 31.9% (n=1,428), Peritraumatic Dissociation (PD) was reported by 48.2%, (n=2,159) and Intervention thoughts (IT) was reported by 63.2%, (n=2,834). Table 13 shows univariate analyses of peritraumatic reactions and TSCC.

Table 13: Descriptive data of peritraumatic variables

Variable	Mean	Range	SD
JVQ	4.12	33	4.043
Peritraumatic reactions			
Total (PT)	4.94	152	9.942
Physiological arousal (PA)	1.06	47	2.990
Peritraumatic dissociation (PD)	1.56	55	3.774
Intervention thoughts (IT)	2.32	76	4.400
TSCC			
Total	29.15	162	21.279
Dissociation	5.77	30	4.635
Posttraumatic stress	6.27	30	5.190

Note. N=5,332

As shown in Table 14 traumatic events (JVQ) correlated with peritraumatic reactions and revealed moderate to strong correlations PT total ($r_s=0.73$, $P>0.001$), PA ($r_s = .50$, $p < .001$), PD ($r_s = .59$, $p < .001$) and IT ($r_s = .65$, $p < .001$). Traumatic events and posttraumatic symptoms correlated weakly to moderately but significantly. All of the different peritraumatic reactions correlated weakly with the endpoints of all of the different trauma symptoms (Table 14)

Table 14: Bivariate, zero order correlation of peritraumatic reactions and symptoms

	JVQ	Tot	Peritraumatic reactions			Trauma symptoms ^a		
			PA	PD	IT	Tot	Dis	PTS
JVQ	1							
Peritraumatic reactions total (PT)	0.73	1						
Physiological arousal (PA)	0.50	0.68	1					
Peritraumatic dissociation (PD)	0.59	0.79	0.52	1				
Intervention thoughts (IT)	0.65	0.90	0.51	0.60	1			
TSCC total	0.41	0.41	0.29	0.33	0.38	1		
TSCC dissociation	0.34	0.35	0.25	0.28	0.33	0.87	1	
TSCC posttraumatic stress	0.37	0.40	0.28	0.33	0.38	0.87	0.75	1

Note. N=5,332. All values significant $p<0.001$ spearman rho (two tailed).

aTrauma symptoms measured by (TSCC).

Mediation analysis with PT total

The JVQ positively predicts the TSCC tot (path c) $b= 2,158$ $t= 32.822$, $p= <0.001$ (Figure 8).

This is the total effect of the JVQ on the TSCC sum without controlling for any mediators.

Looking at the mediating effect of PT tot on the TSCC tot, the JVQ significantly predicts PT tot (path a), $b= 1.597$, $t= 62.379$, $p=<0.001$ and the 42.2% of the PT tot variance is explained. PT tot significantly predicts the TSCC tot (path b), $b= 0.300$, $t= 8.585$, $p= <0.001$ with 17.9% of the TSCC sum variance explained. The direct effect of the JVQ on the TSCC tot is $b=1.679$, $t= 19.547$, $p<0.001$ and the indirect effect mediated by PT tot is $b= 0.479$, BCa CI [0.342 – 0.640],

representing a relatively small effect of 7.6%, $\kappa^2=0.076$, 95% BCa CI [0.054-0.101]. The model explains 18% of the variance.

Figure 8: Model of trauma exposure as a predictor of trauma symptoms, mediated by peritraumatic reactions.

Mediation of the association between trauma exposure and trauma symptoms by peritraumatic reactions. Unstandardized B coefficients are displayed with t and p values. Trauma exposure indicates total trauma exposure measured by the JVQ lifetime total scale, trauma symptoms indicates total score from the TSCC, peritraumatic reactions are measured by peritrauma total scale. Path c indicates the association between trauma exposure and trauma symptoms without the inclusion of a mediator. Path c' indicates the direct effect, ie controlling for the mediator in the model. Paths a, b, and c are significant as evidence by $p<0.01$. The "t" statistic is computed by dividing the estimated value of the parameter by its standard error. This statistic is a measure of the likelihood that the actual value of the parameter is not zero. The larger the absolute value of t, the less likely that the actual value of the parameter could be zero.

Mediation with peritraumatic reactions: physiological arousal (PA), peritraumatic dissociation (PD) and intervention thoughts (IT)

The JVQ predicts the pathways (path a) to the different peritraumatic reactions: PA $b=0.400$, $t=47.055$, $p<0.001$, explaining 29% of the variance, PD $b=0.529$, $t=50.160$, $p<0.001$, explaining 32% of the variance and IT $b=0.668$, $t=56.802$, $p<0.001$, explaining 37% of the variance (see Figure 9). The different PT reactions PD and IT significantly predict the total score on the TSCC (path b) in the model; PA: $b=-0.980$, $t=-0.777$, $p=0.473$, PD: $b=0.672$, $t=6.101$, $p<0.001$ and IT: $b=0.227$, $t=2.322$, $p=0.020$. The indirect effect of the JVQ on the TSCC tot mediated by the different PT reactions is only significant regarding the PD $b=0.355$, BCa CI [0.199-0.523], since the confidence interval of the other two reactions included 0.

Figure 9: Model of trauma exposure as a predictor of trauma symptoms, mediated by peritraumatic arousal, dissociation and intervention thoughts

Mediation of the association between trauma exposure and trauma symptoms by peritraumatic reactions. Unstandardized B coefficients are displayed with t and p values. Trauma exposure indicates total trauma exposure measured by the JVQ lifetime total scale, trauma symptoms indicates total score from the TSCC, peritraumatic reactions are measured by peritrauma scales. Path c indicates the association between trauma exposure and trauma symptoms without the inclusion of a mediator. Path c' indicates the direct effect, ie with the mediator. Paths a, b, and c' are significant as evidence by $p < 0.01$. The "t" statistic is computed by dividing the estimated value of the parameter by its standard error. This statistic is a measure of the likelihood that the actual value of the parameter is not zero. The larger the absolute value of t, the less likely that the actual value of the parameter could be zero.

Inspection of the conditional indirect effects at different levels of the moderator (males versus females) shows that the model explains more of the variance on the TSCC tot for females (females 21.7%, males 11.7%). There was a stronger mediation effect of PD between the JVQ and the TSCC for males ($b = 0.394$ BCa CI [0.170-0.636]) than for females ($b = 0.247$, BCa CI [0.021-0.469]).

Different mediating models for males and females were tested with the TSCC dis and the TSCC pts as dependent variables parallel with the TSCC tot, see Table 15. In the different models, the PT tot showed a significant indirect effect, but the PA did not have any significant indirect effect in any of the models. In males a significant indirect mediating effect of PD could be seen in the different models, while females had a more mixed result. IT did not show any indirect effect in males, but had a mixed effect for females.

Table 15: Separated mediating models for males/females

		Tot		TSCC Dis		PTS	
		b	BCa CI	b	BCa CI	b	BCa CI
PT tot	F	0.35	0.16-0.53	0.06	0.02-0.12	0.12	0.08-0.17
	M	0.32	0.12-0.56	0.07	0.02-0.11	0.10	0.05-0.16
PA	F	0.28	-0.18-0.20	0.00	-0.04-0.04	0.00	-0.05-0.05
	M	-0.07	-0.30-0.13	-0.02	-0.06-0.02	0.00	-0.05-0.04
PD	F	0.23	0.02-0.50	0.05	-0.00-0.10	0.07	0.01-0.12
	M	0.43	0.20-0.68	0.09	0.04-0.14	0.09	0.05-0.14
IT	F	0.09	-0.14-0.32	0.01	-0.04-0.07	0.06	0.01-0.11
	M	-0.90	-23.00-0.00	-0.02	-0.04-0.00	-0.01	-0.03-0.02

Note. Separated mediating models for males/females with TSCC tot, TSCC dis and TSCC pts as dependent variables. First model with PT total, and then separating the different mediating factors – PA, PD and IT. BCa CI= Corrected and Accelerated Confidence Interval. Significance is obtained when 0 is not in the confidence interval.

Conclusion

This study investigated the relationship between peritraumatic reactions and both victimization and symptoms of posttraumatic stress, as well as the relationship between trauma and posttraumatic symptoms mediated by peritraumatic reactions among adolescents in Sweden. The main results from this study can be summarized in three main findings:

First, traumatic experiences are common among young people (84.1%), and these experiences are accompanied in three quarters of those with trauma experiences by at least one form of peritraumatic reaction, most commonly intervention thoughts.

Second, the study confirms that peritraumatic reactions are related to the TSCC ($b = 0.300$, $t = 8.585$, $p < 0.001$), as has also been found in adults (Briere et al., 2005), and in youth (Dyb et al., 2008). Considering each of the different peritraumatic reactions for males and females, we found that physiological arousal (PA) did not show any significant indirect effect and peritraumatic dissociation (PD) showed a clear indirect effect for males and a more unclear picture for females. Intervention thoughts (IT) showed an indirect effect for females but not for males. This result may be due to the fact that PA has a moderating role in the development of symptoms after trauma, because the mechanism of the development of symptoms after trauma may be different for males and females, or because different trauma takes different developmental paths. Further research has to be done.

Third, we found that peritraumatic dissociation (PD) at the time of the event ($b = 0.769$, $t = 6.101$, $p < 0.001$) was related to trauma symptoms, which was also found by Dyb et al. (2008) in a normal sample of children and in a clinical sample of youth by Sugar and Ford (2012). The association of peritraumatic dissociation and current PTSD reactions is also consistent with findings in studies of PTSD in adults (Johnson et al., 2001, Lawyer et al., 2006, Marmar et al., 1994, Werner and Griffin, 2012).

In our model we found support for PD mediating the relationship between trauma and symptoms. Other research has found similar results, such as Bryant et al. (2011) who found peritraumatic dissociative mediation effects on the relationship between panic and PTSD symptoms among physical trauma patients. In the models, peritraumatic arousal (PA) was, on the other hand, not significant, and intervention thoughts (IT) were only found significant at $p < 0.05$ ($p = 0.035$) with a relatively low b value ($b = 0.277$), leading to the conclusion that only peritraumatic dissociation (PD) acted as a mediator of the three variables tested. Similar results were found by Dyb et al. (2008).

The mediating effect of dissociation was higher for males than for females. Similar results were reported by Bennett et al. (2015), who found that PD mediated persistent dissociation only in males. Some studies have found higher rates of dissociation in girls than in boys in samples exposed to community violence (Zona and Milan, 2011).

Another question for further research, however, is whether gender differences in dissociation may depend on the type of trauma youth experience (Hetzel-Riggin and Roby, 2013). For example, girls are more likely than boys to experience traumatic events that are highly related to dissociation, such as sexual abuse (Bernier et al., 2013, Trickett et al., 2011). In the current study, we did not examine results by trauma type.

General Discussion

The aim of this thesis was to expand the knowledge of victimization of children and youth in Sweden, as international studies have shown that these events were prevalent and were associated with negative outcomes. Our findings are in line with international research on victimization with high prevalence rates and clear association to symptoms. We found that an increase in victimization also increased symptoms and that experiencing a large number of events; (polyvictimization) was as powerful in predicting symptoms as the experience of single specific events such as sexual assault or child maltreatment. Risk factors were confirmed regarding gender, environment and lack of both parents. We found support of comorbidity of SAD and victimization, and also that peritraumatic reactions during the adverse event had a mediating effect.

Comparing specific events internationally required a standardized questionnaire, and great care was taken to register events in such a way that we would be able to compare our work with the results obtained by other researchers. The Swedish translation of the JVQ in a research setting has provided valuable relevant data in an important area of research.

Because we wanted to generalize to all adolescents in Sweden, and due to the fact that some of the events asked about are less frequently encountered, we needed a large sample. In order to collect a representative sample, we administered the data collection electronically and we imposed some limitations compared to an interview in that we did not collect data on when the event occurred or if the event was a separate incident. The size of the sample was sufficient to answer the research questions we had.

Using a comprehensive instrument such as the JVQ provides the researcher or clinician the opportunity to acquire more complete measurement than has been possible using instruments previously used in this area. Using a comprehensive instrument also makes it possible to identify polyvictimization, a high-level category of events with severe impact on health.

The sample was representative, and although more refined methods, such as random selection, would perhaps increase representativity, using these methods would increase the cost of data collection.

The results support the use of a developmental model in the interpretation of victimization for the specific child; we found support for the hypothesis that environment and gender are risk factors, as well as for the risk reduction of living with both parents. Significant gender differences were found regarding victimization: girls were both overrepresented and had experienced more events in all domains measured except for conventional crime. We also found that girls had more symptoms and that it was more common for girls to visit child and adolescent psychiatrists. The results indicate that adolescent girls are highly exposed to adverse events and perhaps in turn more affected by them.

Some of those who are victimized are at risk for developing symptoms and PTSD. Variables before, around and after the event are of interest. Peritraumatic reactions seem to be a component of interest as they mediate the symptoms of those victimized. We found that symptoms after trauma were mediated by peritraumatic reactions, where peritraumatic dissociation seems to have a clear role especially for males, and intervention thoughts play that role for females. Identifying peritraumatic reactions as early as possible may facilitate the identification of those at risk for PTSD and other psychiatric symptoms.

The current study findings are consistent with those from earlier studies, which have found that child victimization is a large problem, and they highlight the importance of prevention and the early identification of potential victimization cases.

In the light of these findings, providing interventions to decrease the prevalence of victimization in childhood and adolescence would benefit overall health in the population. Being able to identify key factors that increase the threat of victimization and being able to recognize the symptoms of this type of trauma would help establish targeted interventions and help those

with some of the greatest health concerns. Most types of victimization are experienced in the general community in locations such as schools and public places. Evidently, more effort is needed to keep young people safe in their community and in schools.

In addition to the direct suffering and health consequences of victimization for individuals, society also bears a burden. The US, Centers for Disease Control and Prevention reported 580,740 cases of child maltreatment in 2011, including fatal ($n=1,740$) and nonfatal cases (Fang et al., 2012). The total financial burden caused by child maltreatment was estimated to be approximately \$210,000 over the lifetime of each victim who survives, with a conservative estimated total cost of \$124 billion a year. Such figures include child and adult healthcare related costs, child welfare costs, productivity losses, criminal justice costs, and the cost of special education, and have been reported to be comparable with the total lifetime costs per individual related to other important illnesses such as stroke (\$159,846) and type 2 diabetes (\$181,000-\$253,000) (Fang et al., 2012). The average economic and social costs of child maltreatment in Europe were estimated by the European Commission to be approximately 4% of the gross domestic product (GDP) of the European countries each year (World Health Organization, 2013). This figure includes costs related to child health care, social welfare, the justice system, and loss of productivity. The European Report on Preventing Child Maltreatment estimates that altogether sexual, physical, and mental abuses affect 117 million children under 18 years of age (World Health Organization, 2013).

The high level of peer victimization in adolescence suggests that interventions need to be implemented that will protect adolescents from the risk of exposure. An ecological approach might be appropriate in the planning of preventive measures. In families, caregivers must try to protect their children and adolescents from risks through providing adequate care and supervision. Schools have a role in educating children about how to protect themselves as well as promoting the qualities of good friendship to bullies and peers who may assault others. On a

societal level, structural measures should be taken which include the provision of safe public places, adult supervision where adolescents gather, and safe public transport at night. The social welfare agencies have a key role in the protection of children in abusive and or disrupted families. Particular attention should be given to children and adolescents living in disrupted families whose parents are not able to restrict risky behavior outside of the home. These children and adolescents have been shown to be more at risk of being targeted by potential perpetrators in society.

Clinical implications

The empirical results show that victimizations are common and are related to symptoms, and that polyvictimization is an important component to consider in clinical assessments.

In child psychiatry trauma referrals, the assessment of polyvictimization seems warranted, as it has been shown to explain symptoms to the same extent that specific events such as sexual victimization and child maltreatment do.

Child and adolescent psychiatry in general would benefit from a structured screening procedure with a comprehensive questionnaire, such as the JVQ for all patients during intake, as we have seen from other research that victimized individuals are more frequent health care users than the general population and that victimized children report elevated levels of psychiatric symptoms. Routine standardized screening for victimization provides the opportunity to detect victimization as well as to determine the type of victimization, providing the clinician with valuable diagnostic information.

The results show comorbidity between social anxiety disorder and victimization, and other researchers have found comorbidity with victimization and non-suicidal self-injury (Zetterqvist et al., 2013), findings that needs to be accounted for in the clinical assessment of children and youth. We have demonstrated that peritraumatic reactions in general, and specifically peritraumatic dissociation, seem to mediate the relationship between a traumatic event and symptoms. Finally, we found gender differences in that peritraumatic dissociation was more frequent in males and intervention thoughts were more common for females. Attention to peritraumatic reactions seems warranted in clinical settings as further research will expand the knowledge in this area.

Strengths and limitations

The need for well designed research in this field has been pointed out by others (Briere, 1992, Finkelhor, 1994, Kinard, 1994), who identified key methodological issues in abuse research such as: definitions of maltreatment, source of study populations, source of comparison group, and subject recruitment. We have designed this study according to their recommendations.

The strength of this thesis was the use of clearly defined questions covering a broad range of victimizations and psychiatric symptoms, a large sample generalizable to the population and a standardized recruitment process. No cause and effect relationship can be inferred due to the cross sectional design. Because victimization is not a randomly assigned condition, it is not possible to state that the symptoms are caused only by the victimization; it could as well be true that those with trauma symptoms are more susceptible to victimization.

We used lifetime data, which has an increased potential for attribution error and puts a strain on memory recall, leading to the possibility of biased results.

Due to our data collection method we could not use the separate incident version of the JVQ, with the effect that all victimizations counted equally regardless of whether they originated from the same incident or not, with the obvious result of a higher number of reported victimization events. Due to the design of the survey we did not have temporal data; the student was asked about the most recent event when answering questions about reactions related to a series of events. When designing the survey, we chose to use the most recent event as this limits recall bias. In this study we used data from the most recently reported events, but it would be important for future research to focus on the age of first exposure to adverse events because the relationship between total exposure to violence and symptoms of hyperarousal has been shown to be stronger for those first exposed at earlier ages (Miller-Graff et al., 2016).

We did not control for pretrauma dissociative tendencies, acute posttraumatic reactions, personality traits, social support, locus of control, initial depression, anxiety, and prior PTSD, all

of which are constructs with potential impact on posttrauma psychopathology (Ozer et al., 2003, Engelhard et al., 2003). All data was collected from the same source, so common method variance (CMV) could have inflated the observed correlations. (Podsakoff and Organ, 1986).

In this paper we chose to limit the research to the total scale of victimization and the five domains; regarding the TSCC, we used the total scale as well as measures of dissociation and posttrauma symptoms as these measures have been used by other researchers. However, the survey data may be analyzed according to other domains and subscales within the TSCC and for items within the JVQ and peritraumatic events; further research will have to be done.

Nonparametric tests were used for bivariate analyses. No transformations were performed. Missing cases were deleted from the dataset in paper 4. Outliers are known to effect results in regression analysis. We chose not to remove outliers as we know from prior studies that some cases can have extremely high levels of victimizations. Due to the fact that trauma questions and peritraumatic items are of score type and because their distributions were positive with a majority of cases assembled around zero, nonparametric tests were indicated. However, we chose to use parametric tests such as regression analyses as the sample was large and the dependent variable was normally distributed as discussed in (Fagerland, 2012).

Future research

From a methodological perspective, further research is needed in this area using prospective, longitudinal study designs. Without proper sequential assessment, it is impossible to identify effects of trauma exposure on assessments of external as well as individual factors. One challenge is that some of the items studied are not very prevalent, requiring a large group of individuals to track over time. Without an adequate baseline group, lack of statistical power prevents analyzing potential relationships between baseline factors and symptoms.

Identifying high risk populations of individuals who are more likely to experience trauma (e.g. patients in child and adolescent psychiatry) offers a viable alternative, with the limitation that these populations are likely to be different from a typical representative sample, with many characteristics that may influence development of trauma symptoms or other psychopathology after traumatic events.

Evidence supporting and generating theoretical hypotheses may also be derived from experimental and analogue study designs, particularly when conducted in conjunction with studies in pre clinical populations.

More research should be conducted on the consequences of victimization, including mental illness and potential traumatization.

Further studies are needed to address sexual abuse by peers and the effect of abuse on both the disclosure process and on the psychological wellbeing of those involved.

References

- AHO, N., GREN-LANDELL, M. & SVEDIN, C. G. 2016. The Prevalence of Potentially Victimizing Events, Poly-Victimization, and Its Association to Sociodemographic Factors: A Swedish Youth Survey. *J Interpers Violence*, 31, 620-51.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*, Washington, DC, American Psychiatric Association.
- ANNERBACK, E. M., WINGREN, G., SVEDIN, C. G. & GUSTAFSSON, P. A. 2010. Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden - findings from a population-based youth survey. *Acta Paediatr*, 99, 1229-36.
- BENJET, C., THOMPSON, R. J. & GOTLIB, I. H. 2010. 5-HTTLPR moderates the effect of relational peer victimization on depressive symptoms in adolescent girls. *J Child Psychol Psychiatry*, 51, 173-9.
- BENNETT, D. C., MODROWSKI, C. A., KERIG, P. K. & CHAPLO, S. D. 2015. Investigating the dissociative subtype of posttraumatic stress disorder in a sample of traumatized detained youth. *Psychol Trauma*, 7, 465-72.
- BERGER, L. M. 2004. Income, family structure, and child maltreatment risk. *Children and Youth Services Review*, 26, 725-748.
- BERNAT, J. A., RONFELDT, H. M., CALHOUN, K. S. & ARIAS, I. 1998. Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *J Trauma Stress*, 11, 645-64.
- BERNIER, M. J., HEBERT, M. & COLLIN-VEZINA, D. 2013. Dissociative symptoms over a year in a sample of sexually abused children. *J Trauma Dissociation*, 14, 455-72.
- BJORKLUND, K., HAKKANEN-NYHOLM, H., HUTTUNEN, T. & KUNTU, K. 2010. Violence victimization among Finnish university students: prevalence, symptoms and healthcare usage. *Soc Sci Med*, 70, 1416-22.
- BOELEN, P. A. 2015. Peritraumatic Distress and Dissociation in Prolonged Grief and Posttraumatic Stress Following Violent and Unexpected Deaths. *J Trauma Dissociation*, 16, 541-50.
- BOELEN, P. A., KEIJERS, L. & VAN DEN HOUT, M. A. 2012. Peritraumatic dissociation after loss: Latent structure and associations with psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 362-364.
- BOMYEA, J., RISBROUGH, V. & LANG, A. J. 2012. A consideration of select pre-trauma factors as key vulnerabilities in PTSD. *Clin Psychol Rev*, 32, 630-41.
- BRIERE, J. 1992. Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *J Consult Clin Psychol*, 60, 196-203.
- BRIERE, J. 1996. Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC).
- BRIERE, J., SCOTT, C. & WEATHERS, F. 2005. Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *Am J Psychiatry*, 162, 2295-301.
- BROWNE, A. & FINKELHOR, D. 1986. Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychol Bull*, 99, 66-77.
- BRYANT, R. A., BROOKS, R., SILOVE, D., CREAMER, M., O'DONNELL, M. & MCFARLANE, A. C. 2011. Peritraumatic dissociation mediates the relationship between acute panic and chronic posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, 49, 346-51.
- BUI, E., SIMON, N. M., ROBINAUGH, D. J., LEBLANC, N. J., WANG, Y., SKRITSKAYA, N. A., MAURO, C. & SHEAR, M. K. 2013. Periloss dissociation, symptom severity, and treatment response in complicated grief. *Depress Anxiety*, 30, 123-8.
- BUTCHART, A., WORLD HEALTH ORGANIZATION & INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT 2006. *Preventing child*

- maltreatment : a guide to taking action and generating evidence*, Geneva, World Health Organization.
- CASPI, A., SUGDEN, K., MOFFITT, T. E., TAYLOR, A., CRAIG, I. W., HARRINGTON, H., MCCLAY, J., MILL, J., MARTIN, J., BRAITHWAITE, A. & POULTON, R. 2003. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386-9.
- CATER, A. K., ANDERSHED, A. K. & ANDERSHED, H. 2014. Youth victimization in Sweden: prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioral problems in young adulthood. *Child Abuse Negl*, 38, 1290-302.
- CHAN, K. L. 2013. Victimization and poly-victimization among school-aged Chinese adolescents: prevalence and associations with health. *Prev Med*, 56, 207-10.
- CHANGO, J. M., MCELHANEY, K. B., ALLEN, J. P., SCHAD, M. M. & MARSTON, E. 2012. Relational stressors and depressive symptoms in late adolescence: rejection sensitivity as a vulnerability. *J Abnorm Child Psychol*, 40, 369-79.
- CHILDREN'S BUREAU 2016. Child Maltreatment 2014. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- CICCHETTI, D. & LYNCH, M. 1993. Toward an ecological/ transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for child development. In: D. REISS, J. E. R., & M. RADKE-YARROW (ed.) *Children and Violence*. New York: Guilford Press.
- CICCHETTI, D. & TOTH, S. L. 1998. The development of depression in children and adolescents. *Am Psychol*, 53, 221-41.
- COHEN, J. A., MANNARINO, A. P., MURRAY, L. K. & IGELMAN, R. 2006. Psychosocial interventions for maltreated and violence-exposed children. *Journal of Social Issues*, 62, 737-766.
- COHEN, L. E. & FELSON, M. 1979. Social change and crime rate trends: A routine activity approach. *American Sociological Review*, 44, 588-608.
- COPELAND, W. E., SHANAHAN, L., COSTELLO, E. J. & ANGOLD, A. 2009. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 66, 764-72.
- COUNCIL OF EUROPE 2012. *Protection of children against sexual exploitation and sexual abuse*, Strasbourg, Council of Europe.
- CROSBY, J. W., OEHLER, J. & CAPACCIOLI, K. 2010. The relationship between peer victimization and post-traumatic stress symptomatology in a rural sample. *Psychology in the Schools*, 47, n/a-n/a.
- CYR, K., CHAMBERLAND, C., LESSARD, G., CLÉMENT, M.-È., WEMMERS, J.-A., COLLIN-VÉZINA, D., GAGNÉ, M.-H. & DAMANT, D. 2012. Polyvictimization in a child welfare sample of children and youths. *Psychology of Violence*, 2, 385-400.
- DE BELLIS, M. D. 2005. The psychobiology of neglect. *Child Maltreat*, 10, 150-72.
- DE BELLIS, M. D. & KUCHIBHATLA, M. 2006. Cerebellar volumes in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*, 60, 697-703.
- DELIMA, J. & VIMPANI, G. 2011. The neurobiological effects of childhood maltreatment: An often overlooked narrative related to the long-term effects of early childhood trauma? *Family Matters*, 42-52.
- DYB, G., RODRIGUEZ, N., BRYMER, M. J., SALTZMAN, W. R., STEINBERG, A. M. & PYNOOS, R. S. 2008. Emotional Reactions, Peritraumatic Dissociation, and Posttraumatic Stress Reactions in Adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1, 63-74.
- EHLERS, A., MAYOU, R. A. & BRYANT, B. 1998. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol*, 107, 508-19.

- ELLIOTT, A. N., ALEXANDER, A. A., PIERCE, T. W., ASPELMEIER, J. E. & RICHMOND, J. M. 2009. Childhood victimization, poly-victimization, and adjustment to college in women. *Child Maltreat*, 14, 330-43.
- ELWOOD, L. S., HAHN, K. S., OLATUNJI, B. O. & WILLIAMS, N. L. 2009. Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: a review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clin Psychol Rev*, 29, 87-100.
- ENGELHARD, I. M., VAN DEN HOUT, M. A., KINDT, M., ARNTZ, A. & SCHOUTEN, E. 2003. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study. *Behav Res Ther*, 41, 67-78.
- FAGERLAND, M. W. 2012. t-tests, non-parametric tests, and large studies--a paradox of statistical practice? *BMC Med Res Methodol*, 12, 78.
- FANG, X., BROWN, D. S., FLORENCE, C. S. & MERCY, J. A. 2012. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse and Neglect*, 36, 156-165.
- FELITTI, V. J., ANDA, R. F., NORDENBERG, D., WILLIAMSON, D. F., SPITZ, A. M., EDWARDS, V., KOSS, M. P. & MARKS, J. S. 1998. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 14, 245-58.
- FERGUSON, D. M., HORWOOD, L. J. & LYNKEY, M. T. 1996. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, 1365-74.
- FIELD 2000. *Discovering statistics using SPSS*, London, SAGE.
- FINKELHOR, D. 1994. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 18, 409-17.
- FINKELHOR, D. 1997. The homicides of children and youth: A developmental perspective. In: KANTOR, G. K., JASINSKI, J. L., KANTOR, G. K. & JASINSKI, J. L. (eds.) *Out of darkness: Contemporary perspectives on family violence*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- FINKELHOR, D. 2007. Developmental Victimology. In: DAVIS, R. C., LURIGIO, A. J. & SKOGAN, W. G. (eds.) *Victims of crime*. 3 ed. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- FINKELHOR, D. 2008. *Childhood victimization : violence, crime and abuse in the lives of young people*, New York : Oxford University Press, c2008.
- FINKELHOR, D. & ASDIGIAN, N. L. 1996a. Risk factors for youth victimization: beyond a lifestyles/routine activities theory approach. *Violence Vict*, 11, 3-19.
- FINKELHOR, D. & ASDIGIAN, N. L. 1996b. Risk factors for youth victimization: Beyond a lifestyles/routine activities theory approach. *Violence and Victims*, 11, 3-19.
- FINKELHOR, D., HAMBY, S. L., ORMROD, R. & TURNER, H. 2005a. The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity, and national norms. *Child Abuse Negl*, 29, 383-412.
- FINKELHOR, D. & KENDALL-TACKETT, K. 1997. A developmental perspective on the childhood impact of crime, abuse, and violent victimization. In: CICCHETTI, D., TOTH, S. L., CICCHETTI, D. & TOTH, S. L. (eds.) *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention*. Rochester, NY, US: University of Rochester Press.
- FINKELHOR, D., ORMROD, R., TURNER, H. & HAMBY, S. L. 2005b. The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreat*, 10, 5-25.
- FINKELHOR, D., ORMROD, R., TURNER, H. & HOLT, M. 2009a. Pathways to poly-victimization. *Child Maltreat*, 14, 316-29.
- FINKELHOR, D., ORMROD, R. K. & TURNER, H. A. 2007a. Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse Negl*, 31, 7-26.

- FINKELHOR, D., ORMROD, R. K. & TURNER, H. A. 2007b. Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse Negl*, 31, 479-502.
- FINKELHOR, D., ORMROD, R. K. & TURNER, H. A. 2009b. The developmental epidemiology of childhood victimization. *J Interpers Violence*, 24, 711-31.
- FINKELHOR, D., ORMROD, R. K. & TURNER, H. A. 2009c. Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse Negl*, 33, 403-11.
- FINKELHOR, D., ORMROD, R. K., TURNER, H. A. & HAMBY, S. L. 2005c. Measuring poly-victimization using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse Negl*, 29, 1297-312.
- FINKELHOR, D., TURNER, H., ORMROD, R. & HAMBY, S. L. 2009d. Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124, 1411-23.
- FORD, J. D., CONNOR, D. F. & HAWKE, J. 2009. Complex trauma among psychiatrically impaired children: a cross-sectional, chart-review study. *J Clin Psychiatry*, 70, 1155-63.
- FORD, J. D., WASSER, T. & CONNOR, D. F. 2011. Identifying and determining the symptom severity associated with polyvictimization among psychiatrically impaired children in the outpatient setting. *Child Maltreat*, 16, 216-26.
- FURMARK, T., TILFORS, M., EVERZ, P., MARTEINSDOTTIR, I., GEFVERT, O. & FREDRIKSON, M. 1999. Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34, 416-24.
- GANDUBERT, C., SCALI, J., ANCELIN, M. L., CARRIÈRE, I., DUPUY, A. M., BAGNOLINI, G., RITCHIE, K., SEBANNE, M., MARTRILLE, L., BACCINO, E., HERMÈS, A., ATTAL, J. & CHAUDIEU, I. 2016. Biological and psychological predictors of posttraumatic stress disorder onset and chronicity. A one-year prospective study. *Neurobiology of Stress*, 3, 61-67.
- GARBER, J. & HILSMAN, R. 1992. Cognitions, stress, and depression in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1, 129-167.
- GAZELLE, H. & LADD, G. W. 2003. Anxious solitude and peer exclusion: a diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Dev*, 74, 257-78.
- GIBB, B. E. & ALLOY, L. B. 2006. A prospective test of the hopelessness theory of depression in children. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 35, 264-74.
- GILETTA, M., SCHOLTE, R. H., ENGELS, R. C., CIAIRANO, S. & PRINSTEIN, M. J. 2012. Adolescent non-suicidal self-injury: a cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Res*, 197, 66-72.
- GILLESPIE, C. F., PHIFER, J., BRADLEY, B. & RESSLER, K. J. 2009. Risk and resilience: genetic and environmental influences on development of the stress response. *Depress Anxiety*, 26, 984-92.
- GREN-LANDELL, M., AHO, N., ANDERSSON, G. & SVEDIN, C. G. 2011. Social anxiety disorder and victimization in a community sample of adolescents. *J Adolesc*, 34, 569-77.
- GREN-LANDELL, M., BJORKLIND, A., TILFORS, I., FURMARK, T., SVEDIN, C. G. & ANDERSSON, G. 2009. Evaluation of the psychometric properties of a modified version of the Social Phobia Screening Questionnaire for use in adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 3, 36.
- GRIFFIN, M. G., RESICK, P. A. & MECHANIC, M. B. 1997. Objective assessment of peritraumatic dissociation: psychophysiological indicators. *Am J Psychiatry*, 154, 1081-8.
- GUSTAFSSON, P. E., NILSSON, D. & SVEDIN, C. G. 2009. Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18, 274-83.
- HAWKER, D. S. & BOULTON, M. J. 2000. Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *J Child Psychol Psychiatry*, 41, 441-55.

- HAYES, A. F. 2013. *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*, New York, NY, US, Guilford Press.
- HELWEG-LARSEN, K. & BOVING-LARSEN, H. 2003. Ethical issues in youth surveys: potentials for conducting a national questionnaire study on adolescent schoolchildren's sexual experiences with adults. *Am J Public Health*, 93, 1878-82.
- HETZEL-RIGGIN, M. D. & ROBY, R. P. 2013. Trauma Type and Gender Effects on PTSD, General Distress, and Peritraumatic Dissociation. *Journal of Loss & Trauma*, 18, 41-53.
- HOLLIDAY, R. P., CLEM, M. A., WOON, F. L. & SURIS, A. M. 2014. Developmental Psychological Trauma, Stress, and Revictimization: A Review of Risk and Resilience Factors. *Austin J Psychiatry Behav Sci*.
- HOLMES, E. A. & MATHEWS, A. 2010. Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clin Psychol Rev*, 30, 349-62.
- HOLT, M. K., FINKELHOR, D. & KANTOR, G. K. 2007. Multiple victimization experiences of urban elementary school students: Associations with psychosocial functioning and academic performance. *Child Abuse & Neglect*, 31, 503-515.
- IFFLAND, B., SANSEN, L. M., CATANI, C. & NEUNER, F. 2012. Emotional but not physical maltreatment is independently related to psychopathology in subjects with various degrees of social anxiety: a web-based internet survey. *BMC Psychiatry*, 12, 49.
- IYER, P. A., DOUGALL, A. L. & JENSEN-CAMPBELL, L. A. 2013. Are some adolescents differentially susceptible to the influence of bullying on depression? *Journal of Research in Personality*, 47, 272-281.
- JACKSON, V., BROWNE, K. & JOSEPH, S. 2016. The prevalence of childhood victimization experienced outside of the family: Findings from an English prevalence study. *Child Abuse Negl*, 51, 343-57.
- JOHNSON, D. M., PIKE, J. L. & CHARD, K. M. 2001. Factors predicting PTSD, depression, and dissociative severity in female treatment-seeking childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse Negl*, 25, 179-98.
- KARG, K., BURMEISTER, M., SHEDDEN, K. & SEN, S. 2011. The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation. *Arch Gen Psychiatry*, 68, 444-54.
- KAYNAK, O., LEPORE, S. J., KLIEWER, W. & JAGGI, L. 2015. Peer victimization and subsequent disruptive behavior in school: The protective functions of anger regulation coping. *Pers Individ Dif*, 73, 1-6.
- KINARD, E. M. 1994. Methodological issues and practical problems in conducting research on maltreated children. *Child Abuse Negl*, 18, 645-56.
- KOENEN, K. C., HARLEY, R., LYONS, M. J., WOLFE, J., SIMPSON, J. C., GOLDBERG, J., EISEN, S. A. & TSUANG, M. 2002. A twin registry study of familial and individual risk factors for trauma exposure and posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*, 190, 209-18.
- KOOPMAN, C., CLASSEN, C. & SPIEGEL, D. 1994. Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms among Survivors of the Oakland/Berkeley, Calif, Firestorm. *American Journal of Psychiatry*, 151, 888-894.
- KRUG, E. G. 2002. *World report on violence and health*, Geneva, World Health Organization.
- KRUG, E. G., MERCY, J. A., DAHLBERG, L. L. & ZWI, A. B. 2002. The world report on violence and health. *Lancet*, 360, 1083-8.
- KUO, J. R., KHOURY, J. E., METCALFE, R., FITZPATRICK, S. & GOODWILL, A. 2015. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: the role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse Negl*, 39, 147-55.

- LAURITSEN, J. L., SAMPSON, R. J. & LAUB, J. H. 1991. The Link between Offending and Victimization among Adolescents. *Criminology*, 29, 265-292.
- LAWYER, S. R., RESNICK, H. S., GALEA, S., AHERN, J., KILPATRICK, D. G. & VLAHOV, D. 2006. Predictors of peritraumatic reactions and PTSD following the September 11th terrorist attacks. *Psychiatry*, 69, 130-41.
- LEREYA, S. T., WINSPEER, C., HERON, J., LEWIS, G., GUNNELL, D., FISHER, H. L. & WOLKE, D. 2013. Being bullied during childhood and the prospective pathways to self-harm in late adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52, 608-18 e2.
- MARMAR, C. R., WEISS, D. S., METZLER, T. J. & DELUCCHI, K. 1996. Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *Am J Psychiatry*, 153, 94-102.
- MARMAR, C. R., WEISS, D. S., SCHLENGER, W. E., FAIRBANK, J. A., JORDAN, B. K., KULKA, R. A. & HOUGH, R. L. 1994. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry*, 151, 902-7.
- MAUGHAN, A. & CICCETTI, D. 2002. Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Dev*, 73, 1525-42.
- MCKEEVER, V. M. & HUFF, M. E. 2003. A diathesis-stress model of posttraumatic stress disorder: Ecological, biological, and residual stress pathways. *Review of General Psychology*, 7, 237-250.
- MIETHE, T. D. & MEIER, R. F. 1994. *Crime and Its Social Context*.
- MILLER-GRAFF, L. E., SCRAFFORD, K. & RICE, C. 2016. Conditional and indirect effects of age of first exposure on PTSD symptoms. *Child Abuse Negl*, 51, 303-12.
- NILSSON, D., DAHLSTOM, O., PRIEBE, G. & SVEDIN, C. G. 2015. Polytraumatization in an adult national sample and its association with psychological distress and self-esteem. *Brain Behav*, 5, 62-74.
- NILSSON, D., GUSTAFSSON, P. E. & SVEDIN, C. G. 2010. Self-reported potentially traumatic life events and symptoms of post-traumatic stress and dissociation. *Nord J Psychiatry*, 64, 19-26.
- NILSSON, D., WADSBY, M. & SVEDIN, C. G. 2008. The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist For Children (TSCC) in a sample of Swedish children. *Child Abuse Negl*, 32, 627-36.
- ONDERSMA, S. J., DELANEY-BLACK, V., COVINGTON, C. Y., NORDSTROM, B. & SOKOL, R. J. 2006. The association between caregiver substance abuse and self-reported violence exposure among young urban children. *J Trauma Stress*, 19, 107-18.
- OZER, E. J., BEST, S. R., LIPSEY, T. L. & WEISS, D. S. 2003. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 129, 52-73.
- PERKONIGG, A., KESSLER, R. C., STORZ, S. & WITTCHEN, H. U. 2000. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59.
- PODSAKOFF, P. M. & ORGAN, D. W. 1986. Self-Reports in Organizational Research: Problems and Prospects. *Journal of Management*, 12, 531.
- POLUSNY, M. A. & FOLLETTE, V. M. 1995. Long-Term Correlates of Child Sexual Abuse - Theory and Review of the Empirical Literature. *Applied & Preventive Psychology*, 4, 143-166.
- PYNOOS, R. S., STEINBERG, A. M. & PIACENTINI, J. C. 1999. A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1542-1554.
- RADFORD, L., CORRAL, SUSANA, BRADLEY, CHRISTINE, FISHER, HELEN, BASSETT, CLAIRE, HOWAT, NICK AND COLLISHAW, STEPHAN. 2011. Child abuse and

neglect in the UK today. Available:
[http://www.nspcc.org.uk/Inform/research/findings/child abuse neglect research PDF wdf84181.pdf](http://www.nspcc.org.uk/Inform/research/findings/child_abuse_neglect_research_PDF_wdf84181.pdf).

- SALAR 2009. *Levels of local democracy in Sweden*, Stockholm, Swedish Association of Local Authorities and Regions.
- SAYED, S., IACOVIELLO, B. M. & CHARNEY, D. S. 2015. Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Curr Psychiatry Rep*, 17, 612.
- SCOTT, K. M., SMITH, D. R. & ELLIS, P. M. 2010. Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 67, 712-9.
- SHALEV, A. Y., PERI, T., CANETTI, L. & SCHREIBER, S. 1996. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *Am J Psychiatry*, 153, 219-25.
- SOLER, L., FORNS, M., KIRCHNER, T. & SEGURA, A. 2015. Relationship between particular areas of victimization and mental health in the context of multiple victimizations in Spanish adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24, 417-25.
- STATISTICSSWEDEN. 2008. Available:
http://www.scb.se/Pages/SSD/SSD_TablePresentation_340486.aspx?layout=tableViewLayout1&rxid=1e5be909-f795-4259-bf2c-27e19013722e [Accessed 2013-05-17].
- STEIN, M. B., JANG, K. L., TAYLOR, S., VERNON, P. A. & LIVESLEY, W. J. 2002. Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study. *Am J Psychiatry*, 159, 1675-81.
- STOLTENBORGH, M., VAN IJENDOORN, M. H., EUSER, E. M. & BAKERMANS-KRANENBURG, M. J. 2011. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*, 16, 79-101.
- STROM, I. F., THORESEN, S., WENTZEL-LARSEN, T., HJEMDAL, O. K., LIEN, L. & DYB, G. 2013. Exposure to life adversity in high school and later work participation: a longitudinal population-based study. *J Adolesc*, 36, 1143-51.
- SUGAR, J. & FORD, J. D. 2012. Peritraumatic reactions and posttraumatic stress disorder in psychiatrically impaired youth. *J Trauma Stress*, 25, 41-9.
- SUGDEN, K., ARSENEAULT, L., HARRINGTON, H., MOFFITT, T. E., WILLIAMS, B. & CASPI, A. 2010. Serotonin transporter gene moderates the development of emotional problems among children following bullying victimization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49, 830-40.
- SWEARER, S. M. & HYMEL, S. 2015. Understanding the psychology of bullying: Moving toward a social-ecological diathesis-stress model. *Am Psychol*, 70, 344-53.
- TAKIZAWA, R., MAUGHAN, B. & ARSENEAULT, L. 2014. Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *Am J Psychiatry*, 171, 777-84.
- THE SWEDISH MINISTRY OF EDUCATION AND CULTURAL AFFAIRS 2003. The Act concerning the Ethical Review of Research Involving Humans (2003:460).
- THE SWEDISH NATIONAL AGENCY FOR EDUCATION. 2007. *The Swedish National Agency for Education* [Online]. The Swedish National Agency for Education. Available: <http://sirir.skolverket.se/> [Accessed 2013-02-20].
- THE SWEDISH NATIONAL AGENCY FOR EDUCATION. 2013. *About the Swedish education system* [Online]. The Swedish National Agency for Education. Available: <http://www.skolverket.se/> [Accessed 2014-01-28].
- TRAN, C. V., COLE, D. A. & WEISS, B. 2012. Testing Reciprocal Longitudinal Relations Between Peer Victimization and Depressive Symptoms in Young Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41, 353-360.

- TRICKETT, P. K., NOLL, J. G. & PUTNAM, F. W. 2011. The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol*, 23, 453-76.
- TRUE, W. R., RICE, J., EISEN, S. A., HEATH, A. C., GOLDBERG, J., LYONS, M. J. & NOWAK, J. 1993. A Twin Study of Genetic and Environmental Contributions to Liability for Posttraumatic Stress Symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 50, 257-264.
- TURNER, H. A., FINKELHOR, D. & ORMROD, R. 2006. The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Soc Sci Med*, 62, 13-27.
- TURNER, H. A., FINKELHOR, D. & ORMROD, R. 2007. Family structure variations in patterns and predictors of child victimization. *Am J Orthopsychiatry*, 77, 282-95.
- TURNER, H. A., FINKELHOR, D. & ORMROD, R. 2010. Poly-victimization in a national sample of children and youth. *Am J Prev Med*, 38, 323-30.
- U.N. 2000. *UN Trafficking Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, supplementing the United Nations Convention against Transnational Organized Crime* [Online]. Available: <http://undocs.org/A/RES/55/25> [Accessed 20141219].
- UNITED NATIONS DIVISION FOR SUSTAINABLE DEVELOPMENT 2015. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. Australia, Australia/Oceania: United Nations Division for Sustainable Development.
- UNITED NATIONS OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS. 2000. Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, Supplementing the United Nations Convention against Transnational Organized Crime. 55/25.
- VAILLANCOURT, T., HYMEL, S. & MCDUGALL, P. 2003. Bullying is power: Implications for school-based intervention strategies. *Journal of Applied School Psychology*, 19, 157-176.
- VAN DER AA, N., OVERBEEK, G., ENGELS, R. C., SCHOLTE, R. H., MEERKERK, G. J. & VAN DEN EIJNDEN, R. J. 2009. Daily and compulsive internet use and well-being in adolescence: a diathesis-stress model based on big five personality traits. *J Youth Adolesc*, 38, 765-76.
- VAN OORT, F. V., ORMEL, J. & VERHULST, F. C. 2012. [Symptoms of anxiety in adolescents. Findings from the TRAILS-study]. *Tijdschr Psychiatr*, 54, 463-9.
- WELLS, R. D., MCCANN, J., ADAMS, J., VORIS, J. & ENSIGN, J. 1995. Emotional, behavioral, and physical symptoms reported by parents of sexually abused, nonabused, and allegedly abused prepubescent females. *Child Abuse Negl*, 19, 155-63.
- WERNER, K. B. & GRIFFIN, M. G. 2012. Peritraumatic and persistent dissociation as predictors of PTSD symptoms in a female cohort. *J Trauma Stress*, 25, 401-7.
- WILD, J. & CLARK, D. M. 2011. Imagery Rescripting of Early Traumatic Memories in Social Phobia. *Cogn Behav Pract*, 18, 433-443.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE 2013. *European report on preventing child maltreatment*, WHO, Executive Summary, Copenhagen, Denmark.
- YEHUDA, R. & LEDOUX, J. 2007. Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*, 56, 19-32.
- ZETTERQVIST, M., LUNDH, L. G. & SVEDIN, C. G. 2013. A comparison of adolescents engaging in self-injurious behaviors with and without suicidal intent: self-reported experiences of adverse life events and trauma symptoms. *J Youth Adolesc*, 42, 1257-72.
- ZONA, K. & MILAN, S. 2011. Gender differences in the longitudinal impact of exposure to violence on mental health in urban youth. *J Youth Adolesc*, 40, 1674-90.

Appendix

appendix

Ungdomars utsatthet för våld och brott

2007/2008

B.1. Ange kod

B.2. Ange dagens datum

B.3. Vilken skola går du på?

B.4. Är du man eller kvinna?

☐ Man

☐ Kvinna

B.5. Vilket land är du född i?

☐ Sverige

☐ Annat land i Norden

☐ Annat land i Europa

☐ Annat land utanför Europa

B.6. Hur gammal är du? Hur många år har du fyllt?

☐ 16 år

☐ 17 år

☐ 18 år

☐ 19 år

☐ 20 år

 B.7. Vilket gymnasieprogram går du på?
 (kryssa för det som passar ditt val bäst)

☐ Teknik-, Bygg-, El-, Energi-, Fordon-, Industri-, Natur
jordbruk/skogsprogrammet.

☐ Natur-, Samhällsprogrammet.

☐ Barn- och fritids-, Omvårdnadss, Naturbruk häst/djur-,
Hantverks-, Frisör-, Friskvårdsprogrammet.

☐ Estetiska, Handels- och administrations-, Hotell- och
restaurang-, Musikal-, Hantverks-, Medic-, IT
programmet

☐ Individuella programmet

☐ Specialutformat program

B.8. Vilket land är din mamma född i?

- ☐ Sverige
☐ Annat land i Norden
☐ Annat land i Europa
☐ Annat land utanför Europa

B.9. Vad har din mamma för yrke?

Skriv t. ex. lärare, undersköterska, busschaufför, städerska, murare (skriv ej arbetsplats).

B.10. Vilken sysselsättning har din mamma just nu?

- ☐ Arbetar med sitt yrke
☐ Arbetslös
☐ Sjukskriven
☐ Sjukpensionär
☐ Studerar
☐ Föräldraledig
☐ Hemarbetande
☐ Annat

B.11. Vilket land är din pappa född i?

- ☐ Sverige
☐ Annat land i Norden
☐ Annat land i Europa
☐ Annat land utanför Europa

B.12. Vad har din pappa för yrke?

Skriv t. ex. lärare, undersköterska, busschaufför, städerska, murare (skriv ej arbetsplats).

B.13. Vilken sysselsättning har din pappa just nu?

- ☐ Arbetar med sitt yrke
☐ Arbetslös
☐ Sjukskriven
☐ Sjukpensionär
☐ Studerar
☐ Föräldraledig
☐ Hemarbetande
☐ Annat

B.14. Vem bor du ihop med?

- ☐ Mamma och pappa
 - ☐ Ibland hos mamma, ibland hos pappa
 - ☐ Mamma ensam
 - ☐ Pappa ensam
 - ☐ Mamma och styvpappa
 - ☐ Pappa och styvmamma
 - ☐ Bor själv
 - ☐ Annat, t.ex. familjehem, institution
-

JVQ Självsvarsformulär för barn och ungdomar

Här kommer ett antal frågor om händelser du kan ha upplevt någon gång under din uppväxt.

Frågorna följer ett regelbundet mönster som börjar med om det hänt någon gång under din uppväxt, **före det senaste året**, därefter om det hänt **under det senaste året** (från dagens datum och ett år tillbaka).

Efter varje fråga följer en rad frågor om hur du reagerade, om du skadades samt vem som gjorde det mot dig. Sätt ett kryss för det svar som är aktuellt.

1. Har någon, **före det senaste året**, använt våld för att ta något ifrån dig som du bar på eller hade på dig?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

1A. Har någon, **under det senaste året**, använt våld för att ta något ifrån dig som du bar på eller hade på dig?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

2. Har någon, **före det senaste året**, stulit något från dig och inte lämnat tillbaka det? Saker som en ryggsäck, pengar, klocka, kläder, cykel, stereo, eller någonting annat?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

2A. Har någon, **under det senaste året**, stulit något från dig och inte lämnat tillbaka det? Saker som en ryggsäck, pengar, klocka, kläder, cykel, stereo, eller någonting annat?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

3. Har någon, **före det senaste året**, haft sönder eller förstört någon av dina saker med avsikt?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

3A. Har någon, **under det senaste året**, haft sönder eller förstört någon av dina saker med avsikt?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

4. Ibland blir människor attackerade MED käppar, stenar, pistoler, knivar, eller andra saker som avser att skada. Har någon, **före det senaste året**, slagit eller attackerat dig med avsikt MED ett föremål eller vapen? Tex. hemma, i skolan, i en affär, i en bil, på gatan, eller någon annanstans?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

4A. Ibland blir människor attackerade MED käppar, stenar, pistoler, knivar, eller andra saker som avser att skada. Har någon, **under det senaste året**, slagit eller attackerat dig med avsikt MED ett föremål eller vapen? Tex. hemma, i skolan, i en affär, i en bil, på gatan, eller någon annanstans?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

5. Har någon, **före det senaste året**, slagit eller attackerat dig UTAN att använda ett föremål eller ett vapen?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

5A. Har någon, **under det senaste året**, slagit eller attackerat dig UTAN att använda ett föremål eller ett vapen?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

6. Har någon, **före det senaste året**, börjat attackera dig, men av någon anledning kommit av sig? Till exempel någon som hjälpte dig eller att du kom undan?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

6B. Har någon, **under det senaste året**, börjat attackera dig, men av någon anledning kommit av sig? Till exempel någon som hjälpte dig eller att du kom undan?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

7. När en person kidnappas, betyder det att man tvingas gå någonstans som in i en bil, av någon som man tror kan göra en illa. Har någon, **före det senaste året**, försökt att kidnappa dig?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

7A. När en person kidnappas, betyder det att man tvingas gå någonstans som in i en bil, av någon som man tror kan göra en illa. Har någon, **under det senaste året**, försökt att kidnappa dig?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

8. Har du någon gång, **före det senaste året**, blivit slagen eller attackerad pga. av din hudfärg, religion, eller pga. varifrån din familj kommer, eller på grund av ett fysiskt problem du har, eller på grund av att någon sagt att du är homosexuell?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

8A. Har du någon gång, **under det senaste året**, blivit slagen eller attackerad pga. av din hudfärg, religion, eller pga. varifrån din familj kommer, eller på grund av ett fysiskt problem du har, eller på grund av att någon sagt att du är homosexuell?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-
mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

I nästa avsnitt frågar vi dig om de vuxna som tar hand om dig. Det betyder föräldrar, barnvakter, vuxna som lever med dig, eller andra som ser efter dig.

Linköpings universitet
Hälsösvärdet
Gymnasiestudien 2007 jvq

9. Har någon vuxen **före det senaste året**, slagit, sparkat, eller fysiskt skadat dig på något sätt?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

9A. Har någon vuxen **under det senaste året**, slagit, sparkat, eller fysiskt skadat dig på något sätt?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-
mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

10. Har du någon gång **före det senaste året**, känt dig rädd eller mått riktigt illa på grund av att vuxna i din närhet retat dig och sagt elaka saker som att de inte velat veta av dig?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

10A. Har du någon gång **under det senaste året**, känt dig rädd eller mått riktigt illa på grund av att vuxna i din närhet retat dig och sagt elaka saker som att de inte velat veta av dig?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

11. När någon ett barn blir försummat, betyder det att vuxna i deras närhet inte tar hand om dem som de borde. De kanske inte ger dem tillräckligt med mat, inte tar dem till doktorn när de är sjuka eller att de inte har en trygg tillvaro. Har du någon gång, **före det senaste året**, blivit försummad?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

11A. När ett barn blir försummat, betyder det att vuxna i deras närhet inte tar hand om dem som de borde. De kanske inte ger dem tillräckligt med mat, inte tar dem till doktorn när de är sjuka eller att de inte har en trygg tillvaro. Har du någon gång, **under det senaste året**, blivit försummad?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

12. Ibland bråkar föräldrarna om var ett barn ska bo. Har någon av dina föräldrar, **före det senaste året**, tagit, hållit kvar eller gömt dig för att hindra att du skulle vara med den andra föräldern?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

12A. Ibland bråkar föräldrarna om var ett barn ska bo. Har någon av dina föräldrar, **under det senaste året**, tagit, hållit kvar eller gömt dig för att hindra att du skulle vara med den andra föräldern?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

13. Ibland angriper grupper av ungdomar eller gäng folk. Har en grupp ungdomar, **före det senaste året**, slagit, hoppat på dig eller attackerat dig?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

13A. Ibland angriper grupper av ungdomar eller gäng folk. Har en grupp ungdomar, **under det senaste året**, slagit, hoppat på dig eller attackerat dig?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-
mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

14. Har det, **före det senaste året**, hänt att någon (jämnårig) till och med en bror eller syster slagit dig? Exempelvis hemma, i skolan, när ni varit ute (och lekt), i en affär eller någon annan stans?

(Med jämnårig menas en person som är upp till 2 år äldre eller yngre).

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

14A. Har det, **under det senaste året**, hänt att någon (jämnårig) till och med en bror eller syster slagit dig? Exempelvis hemma, i skolan, när ni varit ute (och lekt), i en affär eller någon annan stans?

(Med jämnårig menas en person som är upp till 2 år äldre eller yngre).

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

15. Har någon jämnårig, **före det senaste året**, försökt att avsiktligt skada ditt underliv genom att slå dig eller sparka dig där?

(Med jämnårig menas en person som är upp till 2 år äldre eller yngre).

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

15A. Har någon jämnårig, **under det senaste året**, försökt att avsiktligt skada ditt underliv genom att slå dig eller sparka dig där?

(Med jämnårig menas en person som är upp till 2 år äldre eller yngre).

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskärmad från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-
mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

16. Har någon jämnårig, t.om. en bror eller syster, **före det senaste året**, retat dig genom att jaga dig, dra dig i håret eller i dina kläder eller att få dig att göra något som du inte ville göra?

(Med jämnårig menas en person som är upp till 2 år äldre eller yngre).

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

16A. Har någon jämnårig, t.om. en bror eller syster, **under det senaste året**, retat dig genom att jaga dig, dra dig i håret eller i dina kläder eller att få dig att göra något som du inte ville göra?

(Med jämnårig menas en person som är upp till 2 år äldre eller yngre).

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-
mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

17. Har du, **före det senaste året**, blivit rädd eller mått mycket dåligt på grund av att jämnåriga retat dig, sagt elaka saker till dig eller sagt att du inte får vara med?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

(Med jämnårig menas en person som är upp till 2 år äldre eller yngre).

17A. Har du, **under det senaste året**, blivit rädd eller mått mycket dåligt på grund av att jämnåriga retat dig, sagt elaka saker till dig eller sagt att du inte får vara med?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

(Med jämnårig menas en person som är upp till 2 år äldre eller yngre).

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskärmad från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

18. Har en pojkvän eller flickvän eller någon som du gick på date med, **före det senaste året**, gett dig en örfil eller slagit dig?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

18A. Har en pojkvän eller flickvän eller någon som du gick på date med, **under det senaste året**, gett dig en örfil eller slagit dig?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskärmad från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

19. **Före det senaste året**, har någon vuxen som DU KÄNNER rört ditt underliv när du inte ville det eller tvingat dig att ta på deras underliv? Eller har någon vuxen DU KÄNNER tvingat dig ha sex?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

19A. **Under det senaste året**, har någon vuxen som DU KÄNNER rört ditt underliv när du inte ville det eller tvingat dig att ta på deras underliv? Eller har någon vuxen DU KÄNNER tvingat dig ha sex?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

20. **Före det senaste året**, har någon vuxen som DU INTE KÄNNER rört ditt underliv när du inte ville det eller tvingat dig att ta på deras underliv? Eller har någon vuxen som DU INTE KÄNNER tvingat dig ha sex?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

20A. **Under det senaste året**, har någon vuxen som DU INTE KÄNNER rört ditt underliv när du inte ville det eller tvingat dig att ta på deras underliv? Eller har någon vuxen som DU INTE KÄNNER tvingat dig ha sex?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-
mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

21. Tänk nu på ungdomar i din egen ålder, t. ex. från skolan, en pojkvän eller flickvän eller till och med en bror eller syster. Har någon jämnårig, **före det senaste året**, tvingat dig till sexuella handlingar?

(Med jämnårig menas en person som är upp till 2 år äldre eller yngre).

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

21A. Tänk nu på ungdomar i din egen ålder, t. ex. från skolan, en pojkvän eller flickvän eller till och med en bror eller syster. Har någon jämnårig, **under det senaste året**, tvingat dig till sexuella handlingar?

(Med jämnårig menas en person som är upp till 2 år äldre eller yngre).

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-
mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

22. Har någon, **före det senaste året**, FÖRSÖKT tvinga dig att ha sex, med det menas samlag i någon form, även om det inte blev så?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

22A. Har någon, **under det senaste året**, FÖRSÖKT tvinga dig att ha sex, med det menas samlag i någon form, även om det inte blev så?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskärmad från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

23. Har någon, **före det senaste året**, tvingat dig att titta på deras underliv genom att använda våld eller överraskning, eller genom att blotta sig för dig?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

23A. Har någon, **under det senaste året**, tvingat dig att titta på deras underliv genom att använda våld eller överraskning, eller genom att blotta sig för dig?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

24. Har någon, **före det senaste året**, sårat dina känslor genom att säga eller skriva något sexuellt om dig eller din kropp?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

24A. Har någon, **under det senaste året**, sårat dina känslor genom att säga eller skriva något sexuellt om dig eller din kropp?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

Ibland händer det saker som inte drabbar just dig, men som du sett hänt andra. Med det menas andra människor i verkliga livet. Inte människor på TV, i videospel, i filmer, eller att du bara har hört talas om det.

26. Har du, **före det senaste året**, SETT en av dina föräldrar blivit slagen av den andra föräldern, eller av deras pojkvän eller flickvän. T. ex. en örfil, knytnävsslag eller misshandel?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

26A. Har du, **under det senaste året**, SETT en av dina föräldrar blivit slagen av den andra föräldern, eller av deras pojkvän eller flickvän. T. ex. en örfil, knytnävsslag eller misshandel?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarat "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-
mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

27. Har du, **före det senaste året**, SETT din förälder, slå, sparka, eller fysiskt skada dina bröder eller systrar?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

27A. Har du, **under det senaste året**, SETT din förälder, slå, sparka, eller fysiskt skada dina bröder eller systrar?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskärmad från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

28. Har du, **före det senaste året**, i verkligheten SETT någon bli avsiktligt attackerad MED en käpp, sten, skjutvapen, kniv, eller något annat som kan skada? T.ex. hemma, i skolan, i en affär, i en bil, på gatan eller någon annanstans?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

28A. Har du, **under det senaste året**, i verkligheten SETT någon bli avsiktligt attackerad MED en käpp, sten, skjutvapen, kniv, eller något annat som kan skada? T.ex. hemma, i skolan, i en affär, i en bil, på gatan eller någon annanstans?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarat "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

29. Har du, **före det senaste året**, i verkligheten SETT någon bli avsiktligt attackerad eller slagen UTAN att en käpp, sten, skjutvapen, kniv eller något annat som kan skada användes?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

29A. Har du, **under det senaste året**, i verkligheten SETT någon bli avsiktligt attackerad eller slagen UTAN att en käpp, sten, skjutvapen, kniv eller något annat som kan skada användes?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskärmad från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

30. Har någon, **före det senaste året**, stulit någon sak från ditt hem som tillhör din familj eller någon som du bor ihop med? Exempelvis TV, stereo, bil eller någonting annat?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

30A. Har någon, **under det senaste året**, stulit någon sak från ditt hem som tillhör din familj eller någon som du bor ihop med? Exempelvis TV, stereo, bil eller någonting annat?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

31. När någon person blir mördad, betyder det att någon har dödat med avsikt.

☐ Ja en gång

☐ Ja 2 till 5 gånger

Har någon som stått dig nära, **före det senaste året**, blivit mördad, exempelvis en vän, granne eller någon i din familj?

☐ Ja 6 till 10 gånger

☐ Ja fler än 10 gånger

☐ Nej

31A. När någon person blir mördad, betyder det att någon har dödat med avsikt.

☐ Ja en gång

☐ Ja 2 till 5 gånger

Har någon som stått dig nära, **under det senaste året**, blivit mördad, exempelvis en vän, granne eller någon i din familj?

☐ Ja 6 till 10 gånger

☐ Ja fler än 10 gånger

☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

☐ Jag fick hjärtklappning

☐ Jag fick ökad andningsfrekvens

☐ Jag började svettas

☐ Händelsen kändes överklig

☐ Jag kände mig avskämd från kroppen

☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp

☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla

☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum

☐ Jag ville avbryta händelsen

☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen

☐ Jag ville fly undan händelsen

☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

☐ Ja

☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

☐ Vuxen

☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

☐ Man

☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

☐ Ja

☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

☐ Vuxen

☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

☐ Man

☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

☐ Ja

☐ Nej

J. Om ja

☐ Mamma,
styvmamma,
foster-
mamma

☐ Pappa,
styvpappa,
fosterpappa

☐ Syskon,
styvsyskon,
fostersyskon

K. Var det fler än en person som gjorde det?

☐ Ja

☐ Nej

L. Om ja, ange antal

☐ Ja 2-5

☐ Ja 6-9

☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

☐ Ja

☐ Nej

N. Sökte du vård?

☐ Ja

☐ Nej

32. Har du, **före det senaste året**, SETT någon bli mördad i verkligheten? Det betyder inte på TV, i video spel, eller i filmer?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

32A. Har du, **under det senaste året**, SETT någon bli mördad i verkligheten? Det betyder inte på TV, i video spel, eller i filmer?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskärmad från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

33. Har du, **före det senaste året**, varit någonstans där du kunde se eller höra att människor blev skjutna, att bomber exploderade, eller där det var kravaller på gatorna?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

33A. Har du, **under det senaste året**, varit någonstans där du kunde se eller höra att människor blev skjutna, att bomber exploderade, eller där det var kravaller på gatorna?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

34. Har du, **före det senaste året**, varit mitt upp i ett krig där du kunnat höra verkliga strider med skjutvapen och bomber?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

34A. Har du, **under det senaste året**, varit mitt upp i ett krig där du kunnat höra verkliga strider med skjutvapen och bomber?

- ☐ Ja en gång
☐ Ja 2 till 5 gånger
☐ Ja 6 till 10 gånger
☐ Ja fler än 10 gånger
☐ Nej

Om du svarat "ja" på någon av frågorna ovan, var vänlig att svara på följdfrågorna nedan som gäller **den senaste gången**. Om du inte varit med om denna händelse och svarar "nej", gå vidare till nästa fråga.

B. Om ja hur reagerade du **den senaste gången** det hände? Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Jag fick hjärtklappning
☐ Jag fick ökad andningsfrekvens
☐ Jag började svettas
☐ Händelsen kändes överklig
☐ Jag kände mig avskämd från kroppen
☐ Jag kände det som om jag befann mig utanför min kropp
☐ Tiden saktade ner, tycktes stå stilla
☐ Jag tappade uppfattningen om tid och rum
☐ Jag ville avbryta händelsen
☐ Jag önskade att andra skulle avbryta händelsen
☐ Jag ville fly undan händelsen
☐ Inget av ovanstående

Följdfrågorna nedan gäller den senaste gången

C. Den/de som gjorde detta, var det någon för dig tidigare okänd?

- ☐ Ja ☐ Nej

D. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

E. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

F. Var det någon du känner?

- ☐ Ja ☐ Nej

G. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Vuxen ☐ Jämnårig

H. Om ja var den som gjorde det

- ☐ Man ☐ Kvinna

I. Var det någon i din familj?

- ☐ Ja ☐ Nej

J. Om ja

- Mamma, styvmamma, foster-mamma ☐ Pappa, styvpappa, fosterpappa ☐ Syskon, styvsyskon, fostersyskon ☐

K. Var det fler än en person som gjorde det?

- ☐ Ja ☐ Nej

L. Om ja, ange antal

- ☐ Ja 2-5 ☐ Ja 6-9 ☐ Ja 10 eller fler

M. Blev du skadad?(Med skadad menas att du kunde känna smärta i din kropp nästa dag, att du hade blåmärken, att du haft blödande sår, eller något mer allvarligt som ett brutet ben).

- ☐ Ja ☐ Nej

N. Sökte du vård?

- ☐ Ja ☐ Nej

LITE - Frågeformulär för skolbarn och tonåringar (Greenwald, 1999)

Kryssa i rutan under **Nej** om det inte hänt dig, och rutan under **Ja** för de händelser du varit med om. När du svarar **Ja**, fortsätt då också att svara på följdfrågorna på samma rad genom att fylla i svaren på linjen, samt kryssa i lämpliga rutor.

Har DU själv varit med om något av nedanstående?		Hur många gånger?	Hur gammal var du? (första gången)	Hur upprörd eller omskakad blev du då?			Hur mycket besvärar den erfarenheten dig idag?		
Nej	Ja	En gång eller flera gånger	Ange antal år gammal	Inte alls	Lite-grann	Mycket	Inte alls	Lite-grann	Mycket
☐	☐ En bilolycka	_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐ Blivit skadad i någon annan typ av olycka, eller inlagd på sjukhus	_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐ Sett någon bli skadad	_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐ Någon i familjen inlagd på sjukhus (sjuk eller skadad)	_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐ Dödsfall i familjen	_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐ En kamrat som blivit allvarligt sjuk, skadad eller dött	_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐ En eldsvåda	_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐ Orkan, översvämning el. jordskred (markera vilket)	_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐ Föräldrar (annan vuxen) som slagit sönder saker eller skadat varandra	_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐ Föräldrars skilsmässa eller separation	_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐ Fått stryk, blivit slagen eller skadad av någon	_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐ Blivit bunden eller instängd i något trångt utrymme	_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐ Tvingats att göra sexuella handlingar	_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐ Blivit hotad (någon sagt att de ska göra dig illa)	_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐ Blivit rånad eller haft inbrott hemma	_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐ Varit med om någon annan skrämmande upplevelse?	_____	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Beskriv vad:

Styrkor och svårigheter (SDQ-Sve)

Kryssa för något av "Stämmer inte", "Stämmer delvis" eller "Stämmer helt" för varje fråga. Sätt bara ett kryss för varje fråga och försök att besvara alla frågor. Frågorna gäller hur du har haft det de senaste 6 månaderna.

	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
Jag försöker vara vänlig mot andra. Jag bryr mig om deras känslor	☐	☐	☐
Jag är rastlös. Jag kan inte vara stilla länge	☐	☐	☐
Jag har ofta huvudvärk, ont i magen eller illamående	☐	☐	☐
Jag delar ofta med mig till andra (t ex godis, spel, pennor)	☐	☐	☐
Jag blir mycket arg och tappat ofta humöret	☐	☐	☐
Jag är ofta för mig själv. Jag gör oftast saker ensam	☐	☐	☐
Jag gör oftast som jag blir tillsagd	☐	☐	☐
Jag oroar mig mycket	☐	☐	☐
Jag är hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig	☐	☐	☐
Jag har svårt att sitta stilla, jag vill jämt röra och vrida på mig	☐	☐	☐
Jag har en eller flera kompisar	☐	☐	☐
Jag slåss eller bråkar mycket. Jag kan tvinga andra att göra som jag vill	☐	☐	☐
Jag är ofta ledsen, nedstämd eller gråtfärdig	☐	☐	☐
Jämnåriga verkar gilla mig för det mesta	☐	☐	☐
Jag har svårt att koncentrera mig, jag är lättstörd	☐	☐	☐
Jag blir nervös i nya situationer. Jag blir lätt osäker	☐	☐	☐
Jag är snäll mot yngre barn	☐	☐	☐
Jag blir ofta anklagad för att ljuga eller fuskas	☐	☐	☐
Andra barn eller ungdomar retar eller mobbar mig	☐	☐	☐
Jag ställer ofta upp och hjälper andra (föräldrar, lärare, andra barn)	☐	☐	☐
Jag tänker mig för innan jag gör olika saker	☐	☐	☐
Jag tar saker som inte tillhör mig, t. ex. från skolan eller andra ställen	☐	☐	☐
Jag kommer bättre överrens med vuxna än med jämnåriga	☐	☐	☐
Jag är rädd för mycket, jag är lättskrämd	☐	☐	☐
Jag kan koncentrera mig, göra klart det jag arbetar med	☐	☐	☐

SPSQ-C

1. Nedan finns ett antal situationer som pojkar och flickor kan vara rädda för. Ange hur stor rädsla du brukar känna i varje situation genom att sätta ett X i rutan för det ord som bäst beskriver din rädsla. Läs varje mening noga. Det finns inga rätta eller felaktiga svar.

Rädsla

Ingen En del Mycket

1.1 Att tala inför klassen	☐	☐	☐
1.2 Att räcka upp handen under en lektion	☐	☐	☐
1.3 Att ringa till någon jag inte känner så bra	☐	☐	☐
1.4. Att vara med klasskompisar under raster	☐	☐	☐
1.5 Att gå på en fest eller på ett kalas	☐	☐	☐
1.6 Att börja prata med någon jag inte känner så bra	☐	☐	☐
1.7. Att äta tillsammans med andra under matrasten	☐	☐	☐
1.8. Att titta någon i ögonen när jag pratar	☐	☐	☐

Kryssa för det svar som stämmer bäst in på dig! På varje fråga kan du kryssa för en eller flera situationer. Om inget passar in kryssar du för "ingen av situationerna"!

2. Dessa situationer tycker jag är *jobbiga* därför att jag blir rädd, orolig, ledsen eller arg:

- ☐ x.1. Att tala inför klassen
- ☐ x.2. Att räcka upp handen under en lektion
- ☐ x.3. Att ringa till någon jag inte känner så bra
- ☐ x.4. Att vara med klasskompisar under raster
- ☐ x.5. Att gå på en fest eller på ett kalas
- ☐ x.6. Att börja prata med någon jag inte känner så bra
- ☐ x.7. Att äta tillsammans med andra under matrasten
- ☐ x.8. Att titta någon i ögonen när jag pratar
- ☐ x.9. *Ingen av situationerna*

3. I dessa situationer är jag rädd för att andra skall *se att jag är nervös* (t.ex. att jag blir röd i ansiktet, darrar, svettas eller pratar konstigt):

- ☐ x.1. Att tala inför klassen
- ☐ x.2. Att räcka upp handen under en lektion
- ☐ x.3. Att ringa till någon jag inte känner så bra
- ☐ x.4. Att vara med klasskompisar under raster
- ☐ x.5. Att gå på en fest eller på ett kalas
- ☐ x.6. Att börja prata med någon jag inte känner så bra
- ☐ x.7. Att äta tillsammans med andra under matrasten
- ☐ x.8. Att titta någon i ögonen när jag pratar
- ☐ x.9. *Ingen av situationerna*

4. I dessa situationer är jag rädd för att något *pinsamt* skall handa (t.ex. att jag inte kan besvara en fråga eller att någon skrattar åt mig):

- ☐ x.1. Att tala inför klassen
- ☐ x.2. Att räcka upp handen under en lektion
- ☐ x.3. Att ringa till någon jag inte känner så bra
- ☐ x.4. Att vara med klasskompisar under raster
- ☐ x.5. Att gå på en fest eller på ett kalas
- ☐ x.6. Att börja prata med någon jag inte känner så bra
- ☐ x.7. Att äta tillsammans med andra under matrasten
- ☐ x.8. Att titta någon i ögonen när jag pratar
- ☐ x.9. *Ingen av situationerna*

5. Om jag vet om att jag kommer att hamna i någon eller några av dessa situationer börjar jag *oroa mig* innan:

- ☐ x.1 Att tala inför klassen
- ☐ x.2 Att räcka upp handen under en lektion
- ☐ x.3 Att ringa till någon jag inte känner så bra
- ☐ x.4 Att vara med klasskompisar under raster
- ☐ x.5 Att gå på en fest eller på ett kalas
- ☐ x.6 Att börja prata med någon jag inte känner så bra
- ☐ x.7 Att äta tillsammans med andra under matrasten
- ☐ x.8 Att titta någon i ögonen när jag pratar
- ☐ x.9 *Ingen av situationerna*

6. Jag *försöker slippa undan* dessa situationer om jag kan därför att jag tycker att de är jobbiga:

- ☐ x.1 Att tala inför klassen
- ☐ x.2 Att räcka upp handen under en lektion
- ☐ x.3 Att ringa till någon jag inte känner så bra
- ☐ x.4 Att vara med klasskompisar under raster
- ☐ x.5 Att gå på en fest eller på ett kalas
- ☐ x.6 Att börja prata med någon jag inte känner så bra
- ☐ x.7 Att äta tillsammans med andra under matrasten
- ☐ x.8 Att titta någon i ögonen när jag pratar
- ☐ x.9 *Ingen av situationerna*

Kryssa i "ja" eller "nej" på de här frågorna!

7. Rädslan jag känner i någon eller några av situationerna som jag precis fått frågor på, gör att *det blir jättejobbigt för mig*:

7.1. Då jag är i skolan	☐ Ja	☐ Nej
7.2. Då jag gör saker när jag är ledig	☐ Ja	☐ Nej
7.3. Då jag är med kompisar	☐ Ja	☐ Nej

8. Rädslan jag känner i någon eller några av situationerna som jag precis fått frågor på, har jag haft *i minst sex månader*:

☐ Ja ☐ Nej

Tack för Din medverkan!

Trauma symptom formulär för barn och ungdomar 12-18 år (TSCC)

Instruktioner

Frågorna i det här formuläret beskriver saker som barn och ungdomar tänker, känner eller gör. Läs igenom varje påstående, och markera sedan hur ofta det händer dig, genom att sätta ett kryss vid den siffra som stämmer med hur du känner.

Rita ett kryss vid 0 om det aldrig händer dig	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Rita ett kryss vid 1 om det händer dig ibland	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3
Rita ett kryss vid 2 om det händer dig ofta	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3
Rita ett kryss vid 3 om det nästan alltid är så här	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☒ 3

Till exempel om du kommer för sent till skolan ibland, så skulle du sätta ett kryss, så här:

Kommer för sent till skolan.	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3
------------------------------	----------------------------	---------------------------------------	----------------------------	----------------------------

	Aldrig	Ibland	Ofta	Nästan alltid
1. Om du har varit utsatt för våld eller hot/våld hotade dig	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2. Är du rädd för att bli utsatt för våld eller hot/våld hotade dig	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
3. Skäms du för att du har varit utsatt för våld eller hot/våld hotade dig	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4. Vill du berätta för andra om du har varit utsatt för våld eller hot/våld hotade dig	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
5. Har du svårt att lita på andra	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6. Skäms du för att du har varit utsatt för våld eller hot/våld hotade dig	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
7. Förlorar du intresset för saker som tidigare har intresserat dig	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
8. Tvekar du på att gå ut och umgås med andra	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
9. Rådslös	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Adapted and reproduced by special permission of the Publisher, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 N. Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, from the Trauma Symptom Checklist for Children by John Briere, Ph.D., Copyright 1989 by Psychological Assessment Resources, Inc. (PAR). Further reproduction is prohibited without permission of PAR. Översättning av C. G. Svedin Larsson, C. Lindell, avd. för barn- och ungdomspsykiatri, Hälsouniversitetet i Linköping, 199611.

	Aldrig	Ibland	Ofta	Nästan alltid
10. M	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
11. tän	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
12.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
13.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
14.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
15.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
16.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
17.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
18.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
19.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
20.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
21.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
22. kör	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
23.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
24.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
25.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
26. inu	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
27.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
28.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
29. ver	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
30.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
31. r	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

		Aldrig	Ibland	Ofta	Nästan alltid
32. K		☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
33.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
34.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
35. mig	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
36.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
37.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
38.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
39.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
40.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
41.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
42.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
43.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
44.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
45.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
46.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
47.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
48.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
49.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
50.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
51.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
52.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
53.	...	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
54. I		☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

copyright

Avslutning

Linköpings universitet
HÄLSOUNIVERSITETET

1. Här kommer några frågor om alkohol. Som du ser använder vi betäckningen "drink". Som en "drink" räknas en halv flaska öl, ett glas vin eller ett glas starksprit motsvarande 4 cl.

Har du någon gång druckit en drink?

☐ Ja

☐ Nej

1.B. Om ja, hur gammal var du första gången?

☐ Jag var 10 år gammal första gången

☐ Jag var 11 år gammal första gången

☐ Jag var 12 år gammal första gången

☐ Jag var 13 år gammal första gången

☐ Jag var 14 år gammal första gången

☐ Jag var 15 år gammal första gången

☐ Jag var 16 år gammal första gången

☐ Jag var 17 år gammal första gången

☐ Jag var 18 år gammal första gången

1.C. Ungefär hur ofta har du druckit alkohol under de senaste tolv månaderna?

☐ Färre än 5 gånger under det gångna året

☐ 5-10 gånger under det gångna året

☐ Ungefär 1 gång i månaden

☐ 2-3 gånger i månaden

☐ Ungefär en gång i veckan

☐ 2-4 gånger i veckan

☐ Nästan varje dag

2. Har du haft samlag? Om ja hur gammal var du första gången?

☐ Nej, jag har inte haft samlag

☐ Ja, första gången när jag var 10

☐ Ja, första gången när jag var 11

☐ Ja, första gången när jag var 12

☐ Ja, första gången när jag var 13

☐ Ja, första gången när jag var 14

☐ Ja, första gången när jag var 15

☐ Ja, första gången när jag var 16

☐ Ja, första gången när jag var 17

☐ Ja, första gången när jag var 18

3. Har du någon under din uppväxt varit i kontakt med BRIS (Barnens Rätt i Samhället)?

☐ Ja

☐ Nej

Avslutning

Linköpings universitet
HÄLSOUNIVERSITETET

3. Har du någon gång under din uppväxt haft kontakt med:

- ☐ Skolpsykolog
☐ Skolkurator
☐ Socialsekreterare
☐ BUP
(Barn och Ungdomspsykiatri)

Annat:

☐ Inget av ovanstående

4. Har du under din uppväxt någon gång tagit medicin för att du varit nedstämd, ångestfylld, överaktiv eller för att du haft svårt att sova?

- ☐ Ja
☐ Nej

Du har nu besvarat alla frågor! Din insats har varit värdefull för oss. Vi vill bjuda dig på en biobiljett som du kan hämta när du lämnar lokalen! Om du upplever obehag eller känner att du vill tala med någon professionell kan du kontakta någon av de som finns angivna i broschyren vi delat ut.

Papers

The articles associated with this thesis have been removed for copyright reasons. For more details about these see:

<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-132629>