



**EFFEKT**

**AF**

**BEHANDLING**

et fokus på senfølger af seksuelle  
overgreb i barndommen

Karen-Inge Karstoft, Nina Beck, Sara Bek Eriksen & Ask Elklit

Videnscenter for Psykotraumatologi

Syddansk Universitet 2014

Trykkeri: Print and Sign, Syddansk Universitet, Campusvej 55, 5230 Odense M.  
Copyright© Karen-Inge Karstoft, Nina Beck, Sara Bek Eriksen & Ask Elklit

Videnscenter for Psykotraumatologi  
Campusvej 55  
5230 Odense M  
Tlf: 65502798  
[www.psykotraume.dk](http://www.psykotraume.dk)

Forfattere:  
Karen-Inge Karstoft, Nina Beck, Sara Bek Eriksen & Ask Elklit  
Udgivelsesår 2014

ISBN: 978-87-92646-97-2

EAN: 9788792646972

## Indholdsfortegnelse

<b>1. INDLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2. PSYKOLOGISKE SENFØLGER AF SEKSUELT MISBRUG I BARNDOMMEN</b> .....	<b>3</b>
2.1 METODISKE PROBLEMSTILLINGER VED UNDERSØGELSE AF SENFØLGER AF SEKSUELT MISBRUG .....	3
2.2 POSTTRAUMATISK STRESSSYNDROM .....	5
2.3 DEPRESSION .....	6
2.4 ANGST.....	7
2.5 SEKSUEL RISIKOADFÆRD, SEKSUELLE FORSTYRRELSER OG REVIKTIMISERING.....	8
2.6 ANDRE SENFØLGER – FYSISKE SYMPTOMER, MISBRUG, BORDERLINE SYMPTOMATOLOGI OG SPISEFORSTYRRELSER .....	10
2.7 GENEREL RISIKO OG MEDIERENDE FAKTORER.....	12
2.8 OPSAMLING OG KONKLUSIONER.....	14
<b>3. PSYKOLOGISK BEHANDLING AF VOKSNE, DER ER BLEVET SEKSUELT MISBRUGT I BARNDOMMEN</b> .....	<b>16</b>
3.1 BEHANDLINGSTILGANGE .....	16
3.2 OPSAMLING.....	19
3.3 BEHANDLINGSFORM .....	20
3.4 BEHANDLINGSVARIGHED .....	21
3.5 KLIENT- OG TRAUMEKARAKTERISTIKA .....	22
3.6 OVERVEJELSER I FORBINDELSE MED BEHANDLINGSPLANLÆGNING .....	24
3.7 OPSAMLING OG KONKLUSIONER.....	25
<b>4. OM CENTRENE OG BEHANDLINGSFORLØBENE</b> .....	<b>27</b>
<b>5. UNDERSØGELSEN</b> .....	<b>30</b>
5.1 METODEBESKRIVELSE.....	30
5.2 DATABEHANDLING .....	32
<b>6. UNDERSØGELSENS RESULTATER</b> .....	<b>33</b>
6.1 OM RESPONDENTERNE.....	33
6.2 OMSTÆNDIGHEDER VED OVERGREBENE .....	35
6.3 ANDRE BETYDENDE BEGIVENHEDER.....	40
<i>Opsamling</i> .....	41
6.4 BELASTNING MÅLT VED STANDARDISEREDE SPØRGESKEMAER – FØR BEHANDLINGEN .....	43
<i>Sammenfatning og psykologisk beskrivelse af deltagerne</i> .....	47
6.5. SAMMENLIGNING AF STANDARDISEREDE SPØRGESKEMAER FØR BEHANDLINGSSTART SAMT EFTER SEKS MÅNEDER OG TOLV MÅNEDER .....	49
<i>Sammenligning af centrenes behandlingsindsats</i> .....	53
<i>Sammenfatning af sammenlignende før/efter-analyser</i> .....	55

<b>LITTERATUR .....</b>	<b>60</b>
<b>BILAG I .....</b>	<b>65</b>
<b>BILAG II .....</b>	<b>66</b>
<b>BILAG III .....</b>	<b>67</b>
<b>BILAG IIII .....</b>	<b>68</b>

## 1. Indledning

Seksuelt misbrug af børn er et alvorligt samfundsmæssigt problem, der formentlig har store konsekvenser for det misbrugte barn på både kort og lang sigt. Et litteraturstudie fra 2009, der involverede studier fra 22 lande (dog ikke Danmark), estimerede, at 7,9 % af alle mænd og 19,7 % af alle kvinder har været udsat for seksuelt misbrug i en eller anden udformning inden deres 18. leveår (Pereda, Guilera, Forns & Gomez-Benito, 2009). Omfanget af seksuelt misbrug er således større, end man tidligere har antaget.

De psykologiske konsekvenser og følgevirkninger af seksuelt misbrug har været emne for omfattende forskning de seneste årtier (Hillberg, Hamilton-Giachritsis & Dixon, 2011; Maniglio, 2009). Selvom man i litteraturen ikke er nået til enighed om, præcis hvordan seksuelt misbrug i barndommen påvirker den psykologiske sundhed i voksenlivet, er der i en vis udstrækning enighed om, at seksuelt misbrug i barndommen er en generel risikofaktor for udvikling af psykopatologi, og at en væsentlig del af de børn, der udsættes for seksuelt misbrug, vil udvikle problemer af psykologisk karakter i voksenlivet (Maniglio, 2009).

Herimod er enigheden om, hvordan eventuelle psykologiske følgevirkninger af seksuelt misbrug i barndommen skal behandles, mindre. Studierne på området er forskelligartede og svært sammenlignelige; men der er dog enighed om, at der er en positiv effekt af psykoterapeutisk behandling af senfølger efter seksuelt misbrug i barndommen (Taylor & Harvey, 2010).

Denne rapport er en revideret udgave af den rapport om senfølger og behandling af seksuelt misbrug i barndommen, som Videnscenter for Psykotraumatologi ved Syddansk Universitet udgav i 2012. I rapporten fra 2012 blev der gjort rede for et empirisk studie af klientgruppen ved otte behandlingscentre for incest i Danmark herunder de præliminære resultater af klienternes behandlingsforløb. Perioden for dataindsamling blev herefter forlænget et år grundet manglende data, hvorfor undersøgelsens samlede resultater først fremlægges i nærværende rapport.

Foruden selve redegørelsen for undersøgelsen samt resultaterne af denne, indeholder denne rapport også et litteraturstudie, der består af to halvdele,

hvoraf den første omhandler senfølger af seksuelt misbrug i barndommen, mens den anden omhandler behandling af disse senfølger.

## **2. Psykologiske senfølger af seksuelt misbrug i barndommen**

I de sidste årtier har der været relativt stort fokus på psykologiske senfølger af seksuelt misbrug i barndommen. Som nævnt indledningsvist er der ikke enighed om, hvordan og i hvor høj grad seksuelt misbrug bevirker psykologiske problemstillinger i voksenlivet. Sidst i 90'erne fremlagde amerikanske forskere et metastudie, hvis resultater tydede på, at antagelsen om en direkte sammenhæng mellem seksuelt misbrug i barndommen og alvorlig psykopatologi i voksenlivet muligvis måtte revideres (Rind, Tromovitch & Bauserman, 1998). Andre enkeltstudier og meta-analyser har dog både før og siden identificeret sammenhænge mellem seksuelt misbrug i barndommen og psykopatologi voksenlivet (Briere & Elliott, 2003; Fergusson, Boden & Horwood, 2008; Maniglio, 2009; Paolucci, Genuis & Violato, 2001). En del af den usikkerhed, der har været omkring senfølgerne, må formodes at skyldes forskelle i sampling og øvrig metode.

I dag antages det således, at der *er* en sammenhæng mellem seksuelt misbrug i barndommen og forskellige psykologiske problemer i voksenlivet; herunder angst, depression, posttraumatisk stress, alkohol- og stofmisbrug, seksuelle vanskeligheder, fysiske problemer samt forskellige symptomer set ved borderline personlighedsforstyrrelse.

Efter en indledende beskrivelse af metodiske problemer ved forskning omkring senfølger af seksuelt misbrug i barndommen følger en gennemgang af symptomer og problemer, der typisk ses som senfølger efter seksuelt misbrug i barndommen.

### **2.1 Metodiske problemstillinger ved undersøgelse af senfølger af seksuelt misbrug**

Som allerede nævnt er der de sidste årtier lavet en del forskning omkring senfølger efter seksuelt misbrug i barndommen. Resultaterne af denne forskning peger mestendels i samme retning, men alligevel er der også store uenigheder i litteraturen. En del af denne uenighed stammer givetvis fra de metodiske problemer, der er forbundet med forskningsfeltet. De fleste studier er gennemført som retrospektive studier, der anvender selvrapportering til at vurdere forekomsten af seksuelt misbrug i barndommen (Fergusson et al., 2008). Det

medfører en risiko for både over- og underrapportering af seksuelt misbrug. Det vil tilsvarende kunne betyde fordrejninger i vurderingen af, hvorvidt eventuelle psykopatologiske problemstillinger i voksenlivet kan tilskrives seksuelt misbrug i barndommen, eller hvorvidt andre faktorer kan mediere og indirekte forårsage disse sammenhænge. Et andet problem er, at undersøgelser af senfølger ofte har kliniske samples eller samples fra afgrænsede populationer som fx collestuderende (Briere & Elliott, 2003), som ikke nødvendigvis er repræsentative for den generelle befolkning. Det er derfor uklart, i hvor høj grad resultaterne fra disse studier kan generaliseres. En del studier har desuden ikke kontrolleret for andre traumatiske oplevelser, familieomstændigheder og demografiske faktorer, der muligvis øver stor indflydelse på udviklingen af psykopatologi (Fergusson et al., 2008). De fleste studier er i øvrigt tværsnitsstudier, hvilket forhindrer konklusioner omkring kausale sammenhænge mellem seksuelt misbrug i barndommen og senere følgevirkninger.

Et andet, mere grundlæggende problem, er afvigelser i anvendte definitioner af *seksuelt misbrug* (Mayall & Gold, 1995). Mens nogle studier begrænser seksuelt misbrug definatorisk til kun at omhandle seksuelle situationer, hvor samleje indgår, er andre studier langt bredere i deres definition og inkluderer alle situationer af seksuel karakter. Enkelte studier har påpeget, at netop graden af fysisk kontakt er sammenhængende med karakteren og graden af følgevirkninger i voksenlivet (Kendler et al., 2000; Saunders, Villeponteaux, Lipovsky, Kilpatrick & Veronen, 1992), og in- eller eksklusion af misbrug uden kropslig kontakt vil derfor få betydning for, i hvilken grad der vil identificeres alvorlige følgevirkninger af misbruget.

Ikke desto mindre findes der også studier, der på den ene eller den anden måde omgår en eller flere af disse metodiske faldgruber. I det følgende vil der, hvor det er muligt, blive taget udgangspunkt i studier, der inddrager repræsentative samples, og som undersøger problemstillingerne longitudinelt og delvist prospektivt ved brug af fx registerdata. Det er dog langt fra altid muligt, og metodologiske karakteristika, der hæver eller sænker kvaliteten og generaliserbarheden ved de enkelte studier vil derfor blive beskrevet.



## 2.2 Posttraumatisk stressyndrom

Adskillige studier omkring senfølger efter seksuelt misbrug i barndommen i de senere år har fokuseret på forekomsten af posttraumatisk stressyndrom (PTSD). Et review fra 2001 (Paolucci et al.) viste en moderat sammenhæng mellem seksuelt misbrug i barndommen og senere symptomer på PTSD (effekt størrelse = 0,40). Senere meta-reviews har ligeledes rapporteret denne sammenhæng, om end med varierende effektstørrelser (Hillberg et al., 2011; Maniglio, 2009). Der synes altså at være evidens for, at der er en sammenhæng mellem seksuelt misbrug i barndommen og PTSD i voksenlivet.

Enkelte studier med repræsentative samples har fokuseret på forekomsten af PTSD og traumatiske symptomer i voksenlivet efter seksuelt misbrug i barndommen. Saunders og kolleger (1992) undersøgte et repræsentativt sample bestående af 391 kvinder, hvoraf en tredjedel havde været udsat for en eller anden form for seksuelt overgreb i barndommen; heraf var ca. en fjerdedel blevet voldtaget, mens to tredjedele af overgrebene indebar fysisk seksuel kontakt. Blandt de kvinder, hvor overgrebet involverede fysisk seksuel kontakt, var livstidsprævalensen for PTSD 33,3 %, mens den var på 64,1 % blandt de kvinder, der var blevet voldtaget som en del af overgrebet. I tillæg til disse tal fandt studiet, at hvert sjette af ofrene for voldtægt i barndommen kunne diagnosticeres med PTSD ca. 30 år efter overgrebene fandt sted.

Et nyere studie (Briere & Elliott, 2003) beskæftiger sig ligeledes med PTSD som én blandt flere senfølger efter seksuelt misbrug i barndommen. I et studie omfattende 935 befolkningsmæssigt repræsentative mænd og kvinder havde hhv. 14,2 % mænd og 32,3 % kvinder været udsat for seksuelt misbrug. Dette studie viste en klar sammenhæng mellem seksuelt misbrug i barndommen og samtlige undersøgte traumatiske symptomer<sup>1</sup>, også efter kontrol for faktorer som køn, alder, etnisk baggrund, familieindkomst samt fysisk misbrug i barndommen og senere viktisering.

---

<sup>1</sup> Målt ved *Trauma Symptom Inventory* (Briere et al, 1995). De målte symptomer er: anxious arousal, depression, anger/irritability, intrusive experiences, defensive avoidance, dissociation, sexual concerns, dysfunctional sexual behaviour, impaired self-reference, tension reduction behaviour.

Ydermere viste resultaterne, at forskellige karakteristika ved det seksuelle misbrug var prædikterende for graden af symptomer: højere alder, flere tilfælde af misbrug, flere misbrugere, oral, anal eller vaginal penetrering samt højere niveau af emotionel oprevethed i forbindelse med misbruget medførte højere symptomniveau.

Peleikis, Mykletun og Dahl (2005) har ligeledes undersøgt forekomsten af PTSD hos kvinder, der har været udsat for seksuelt misbrug i barndommen. I et klinisk sample af kvinder, der tidligere har været i behandling for angst eller depression har forskerne opdelt deltagerne i en misbrugt og en ikke-misbrugt gruppe. I gruppen af kvinder, der er blevet seksuelt misbrugt som børn har de fundet en forekomst af PTSD på 50 %, mens det samme gør sig gældende for 14 % af de ikke-misbrugte kvinder ( $p < 0,001$ ).

Enkeltstudier baseret på såvel kliniske samples som repræsentative samples samt metastudier peger dermed alle i retning af, at PTSD er en relativt ofte forekommende senfølge efter seksuelt misbrug i barndommen.

### **2.3 Depression**

Depression er en af de mest velundersøgte senfølger af seksuelt misbrug i barndommen, og det er i flere omgange blevet fundet, at der er en klar sammenhæng mellem seksuelt misbrug i barndommen og netop depression (Paolucci et al., 2001; Putnam, 2003). En meta-analyse af Paolucci et al. (2001) fandt en robust sammenhæng mellem seksuelt misbrug i barndommen og depression i voksenlivet (effektstørrelse = 0,44).

Mange enkeltstudier har fokuseret på sammenhængen mellem seksuelt misbrug i barndommen og depression hvoraf enkelte skal fremhæves. I et kontrolleret tvillingestudie fra 2000 fandt en gruppe amerikanske og australske forskere en øget livstidsprævalens for depression blandt ofre for seksuelt misbrug i barndommen (Dinwiddie et al., 2000). Gruppen fandt, at der var 2,20 gange større risiko for udvikling af alvorlig depression for seksuelt misbrugte kvinder end for ikke seksuelt misbrugte kvinder, mens samme tal for mænd var 3,93. Studiet fandt dog også, at den øgede risiko for psykologiske problemer i voksenlivet sandsynligvis ikke alene skyldtes seksuelt misbrug i barndommen, idet forskellene

i voksen-patologi mellem den misbrugte og den ikke-misbrugte tvilling i diskordante par (par, hvor kun den ene tvilling var blevet misbrugt) ikke var signifikante. Således synes miljøet i hjemmet altså i dette studie også at spille en væsentlig rolle. Mere herom i afsnittet om medierende faktorer.

Et andet tvillingestudie (Kendler et al., 2000) fandt ligeledes en sammenhæng mellem seksuelt misbrug i barndommen og udvikling af depression i voksenlivet. Studiet fandt desuden en variation i risikoen for udvikling af depression afhængigt af misbrugets omfang (ingen kønslig omgang/seksuelt misbrug med kønslig omgang/samleje). Risikoen for udvikling af depression var markant højere i den gruppe, hvor misbruget involverede samleje end for de andre grupper (samleje: OR = 2,80,  $p < 0,001$ ; kønslig omgang: OR = 1,53,  $p < 0,05$ ) efter korrektion for familie-dysfunktion. I gruppen med ikke-kønslig omgang var sammenhængen ikke signifikant. I modsætning til Dinwiddie et al. fandt forfatterne bag dette studie, at kun en lille del af de psykologiske problemer kunne forklares ud fra miljø og familiemæssige faktorer, og at det seksuelle misbrug var klart den vigtigste prædikator.

## **2.4 Angst**

Angst (udover PTSD) indgår som outcome i flere af de her medtagne studier omkring senfølger efter seksuelt misbrug i barndommen. I et longitudinelt, repræsentativt kohortestudie fra New Zealand har en gruppe forskere retrospektivt undersøgt forekomsten af forskellige psykologiske lidelser, herunder angst, blandt mænd og kvinder der hhv. har og ikke har været udsat for seksuelt misbrug i barndommen (Fergusson et al., 2008). Studiet viser, at der er en sammenhæng mellem seksuelt misbrug i barndommen og senere diagnosticering af angstlidelser, og denne sammenhæng er vel at mærke gældende på tværs af alder, køn og graden af fysisk kontakt i overgrebene. Ligeledes inddrages der en række potentielt medierende faktorer, men sammenhængen mellem seksuelt misbrug og angst (samt alle de andre inddragne psykologiske udfaldsmål) vedbliver at være signifikant selv efter at der er kontrolleret for disse faktorer.

Dinwiddie et al. (2000) kiggede også på panikangst som følge af seksuelt misbrug i barndommen i deres allerede omtalte australske tvillingestudie og fandt, at såvel mænd som kvinder har signifikant større risiko for at udvikle panikangst, hvis de

er blevet misbrugt i barndommen, end hvis de ikke er (Kvinder: OR = 3,54; mænd: OR = 5,02). Som for depression fandt forfatterne af denne artikel dog, at når de udelukkende kiggede på diskordante tvillingepar (par, hvor kun den ene tvilling var blevet misbrugt), var den øgede risiko for udvikling af panikangst for de misbrugte tvillinger ikke signifikant i forhold til risikoen for de ikke-misbrugte tvillinger. Også her må det miljø formodes at spille ind på udviklingen af senfølger efter seksuelt misbrug i barndommen.

Kendler et al. (2000) har involveret generaliseret angstlidelse som udfaldsmål i deres førromtalte tvillingestudie. De finder, at i hvert fald for gruppen af misbrugte, hvor samleje har været en del af misbruget, er der markant større forekomst af generaliseret angst end i gruppen af ikke-misbrugte (OR = 2,62,  $p < 0,001$ ). Denne sammenhæng er gældende efter korrektion for familiedysfunktion.

## **2.5 Seksuel risikoadfærd, seksuelle forstyrrelser og reviktimisering**

En række studier har undersøgt seksuelle forstyrrelser som potentiel senfølge efter seksuelt misbrug i barndommen. Seksuelle forstyrrelser omhandler såvel forstyrrelser i seksuel adfærd (eksempelvis seksuel risikoadfærd) samt forstyrrelser i kognition og affekt vedrørende seksualitet (Noll, Trickett & Putnam, 2003). I et metastudie fra 2001 (Paolucci et al.) rapporteredes der en mindre, men signifikant sammenhæng mellem seksuelt misbrug i barndommen og senere seksuel promiskuitet (effektstørrelse = 0,29).

I et longitudinelt, prospektivt studie har Noll et al. (2003) sammenlignet misbrugte og ikke-misbrugte kvinder på en række mål for seksuelle forstyrrelser og fundet signifikante forskelle mellem de to grupper på adskillige af disse mål. Eksempelvis var de misbrugte kvinder yngre ved første samleje, yngre ved første graviditet samt markant mere optagede af seksualitet. Forfatterne tolker disse sammenhænge som udtryk for, at seksuelt misbrug i barndommen i mange tilfælde resulterer i seksuelle forstyrrelser i voksenlivet. I en dansk kontekst har Kristensen og Lau (2011) ligeledes påvist, at kvinder udsat for seksuelt misbrug i barndommen, oplever mange og svære seksuelle problemer herunder utilfredshed med egen krop, ubehag ved intimitet, vanskelighed i forhold til at opnå orgasme samt smerter ved samleje.

En retrospektiv tværsnitsundersøgelse med et repræsentativt australsk sample (Fleming, Mullen, Sibthorpe & Bammer, 1999), har indikeret, at der er en sammenhæng mellem seksuelt misbrug i barndommen og selvrapportering af senere seksuelle problemer. Kvinder, der havde været udsat for seksuelt misbrug i barndommen, havde således dobbelt så høj forekomst af seksuelle problemer som kvinder, der ikke havde været udsat for seksuelt misbrug (OR = 1,95,  $p = 0,001$ ). Denne sammenhæng var endnu stærkere for kvinder, hvor det seksuelle misbrug omfattede samleje (OR = 2,79).

Et review fra 2005 (Arriola, Loudon, Doldren & Fortenberry) har fokuseret på HIV-risikoadfærd operationaliseret som ubeskyttet sex, sex med mange partnere, sex som betaling for penge, stoffer eller beskyttelse samt seksuel reviktimisering som følge af seksuelt misbrug i barndommen. Alle fire mål for risikoadfærd blev fundet at være sammenhængende med seksuelt misbrug i barndommen (effektstørrelser fra små (0,05; ubeskyttet samleje) til moderate (0,17; reviktimisering i voksenlivet)). De studier, der er medtaget i meta-analysen (N=46), varierer dog meget i forhold til definition af seksuelt misbrug, og mange af dem bruger lejlighedssamples frem for repræsentative samples, ligesom de stort set alle sammen anvender et retrospektivt, selvrapporterende design. Ligeledes er der meget stor variation i effektstørrelserne i de enkelte studier.

Netop reviktimisering, der altså var den ene variabel i den ovenfor beskrevne metaanalyse, er i fokus for et andet review (Arata, 2002). Reviewet omhandler både omfanget af reviktimisering efter seksuelt misbrug i barndommen, effekten af reviktimisering samt mediatorer for reviktimisering, og inkluderer både kliniske samples, college samples og repræsentative samples. På tværs af samples og metodologi finder forfatterne, at børn, der har været udsat for seksuelt misbrug, har to-tre gange større risiko for senere seksuel reviktimisering. Lau og Christensen har undersøgt reviktimisering i en dansk kontekst og fundet, at kvinder, som havde oplevet seksuelle overgreb både som børn og voksne, havde været udsat for en alvorligere grad af seksuelt misbrug i barndommen end kvinder, der ikke havde været udsat for begge dele. Desuden var selvmordsraten og den generelle psykologiske sårbarhed hos de reviktimerede kvinder højere, end hos kvinder, der alene havde været udsat for seksuelt misbrug i barndommen.

Briere et al. (2003) har ligeledes inkluderet reviktimisering i deres studie af psykologiske senfølger efter seksuelt misbrug i barndommen og finder, at viktimisering i voksenlivet forekommer hyppigere blandt individer, der har været misbrugt som børn, end hos øvrige individer ( $\chi^2(1) = 39,8, p < 0,001$ ).

Den tidligere i dette afsnit omtalte australske undersøgelse (Fleming et al., 1999) har ligeledes fokuseret på reviktimisering og fundet, at seksuelt misbrug i barndommen er en signifikant prædikator for partnervold, i det markant flere misbrugte kvinder har oplevet vold i deres parforhold end ikke-misbrugte kvinder (OR = 2,04). Ligeledes har næsten tre gange så mange seksuelt misbrugte kvinder som ikke-misbrugte kvinder været udsat for voldtægt i deres voksenliv (OR = 2,91).

Forskellige former for seksuelle forstyrrelser samt reviktimisering af både seksuel ikke-seksuel karakter synes således at forekomme oftere hos individer, der har været seksuelt misbrugt som børn end hos ikke-misbrugte individer.

## **2.6 Andre senfølger – fysiske symptomer, misbrug, borderline symptomatologi og spiseforstyrrelser**

Ovenfor er beskrevet en række af de senfølger, der oftest er beskrevet og undersøgt i litteraturen. Der findes dog ligeledes andre udfaldsmål, der har været i centrum for undersøgelser. En række af disse vil kort blive fremhævet her.

*Spiseforstyrrelser* i form af anoreksi og bulimi er flere steder i litteraturen beskrevet som potentiel senfølge efter seksuelt misbrug i barndommen. Carter et al. (2006) har undersøgt 77 patienter indlagt for behandling af anoreksi og fundet, at 48 % af dem rapporterer om seksuelt misbrug i barndommen forud for udviklingen af anoreksi. Kendler et al. har fundet signifikant større risiko for udvikling af bulimi blandt seksuelt misbrugte kvinder end blandt ikke-seksuelt misbrugte (OR = 5,62,  $p < 0,001$ ).

*Borderline symptomatologi* og andre personlighedsforstyrrelser har ligeledes været nævnt som mulig senfølge af seksuelt misbrug i barndommen. Cutajar et al. (2010) har lavet en prospektiv undersøgelse af 2759 voksne, der har været misbrugt som børn, ved at sammenkoble dem med en psykiatrisk database og sammenligne dem med en ikke-misbrugt kontrolgruppe. Blandt meget andet viser

undersøgelsen, at forekomsten af borderline symptomatologi er markant højere blandt de misbrugte end blandt de ikke-misbrugte (OR = 6,07,  $p < 0,001$ ).

*Afhængighed* af euforiserende stoffer og alkohol har ligeledes været undersøgt i flere sammenhænge. Kendler et al. (2000) har fundet, at en markant større andel af seksuelt misbrugte end af ikke-seksuelt misbrugte er afhængige af stoffer (OR = 5,68,  $p < 0,001$ ) og alkohol (OR = 4,75,  $p < 0,001$ ). I Cutajar et al.s studie (2010) findes der lignende sammenhænge mellem seksuelt misbrug i barndommen og hhv. stofmisbrug (OR = 5,94,  $p < 0,001$ ) og alkoholisbrug (OR = 5,88,  $p < 0,001$ ).

Forskellige *fysiske symptomer* har også været i søgelyset i forbindelse med seksuelt misbrug af børn. En metaanalyse (Wegman & Stetler, 2009) har samlet 24 studier omhandlende misbrug af børn og følgende fysiske og helbredsmæssige problemstillinger. Metaanalysen skelner ikke mellem fysisk misbrug, seksuelt misbrug, omsorgssvigt og emotionelt misbrug, men 92 % af de inkluderede studier inddrager seksuelt misbrug, som derfor spiller en vigtig rolle i analyserne. Ikke desto mindre kan metaanalysen ikke på fornuftig vis sige noget om, om de helbredsmæssige konsekvenser skyldes det seksuelle misbrug eller andre former for misbrug. Metaanalysen finder klare sammenhænge mellem misbrug i barndommen og forskellige helbredproblemer. De stærkeste sammenhænge ses mellem misbrug og neurologiske lidelser (ES = 0,94), lidelser i bevægeapparatet (ES = 0,81), respiratoriske lidelser (ES = 0,71), kardiovaskulære lidelser (ES = 0,63) samt gastrointestinale lidelser (ES = 0,61). Det skal dog bemærkes, at de to sammenhænge med højeste effektstørrelser er de to, der er bygget på færrest studier ( $n = 3$  for hver sammenhæng). Et ganske nyt tværsnitsstudie baseret på data fra 10 lande (Scott et al., 2011) har kigget på sammenhænge mellem forskellige former for modgang i barndommen, herunder seksuelt misbrug, og kroniske, fysiske lidelser i voksenlivet. Studiet finder betragtelig forhøjet risiko for udvikling af flere fysiske lidelser i voksenlivet, størst for kardiovaskulære lidelser (OR = 3,91) samt astma (OR = 1,92). Herudover findes der også signifikant forhøjet risiko for udvikling af slidgigt (OR = 1,64), kroniske ryg- og nakkesmerter (OR = 1,62) samt alvorlig og hyppig hovedpine (OR = 1,73). I en dansk undersøgelse af 340 kvinder udsat for incest i barndommen, fandt Kristensen og Lau (2005), at disse kvinder var dårligere stillet uddannelsesmæssigt og økonomisk end andre

kvinder. De påviste også, at de misbrugte kvinder i højere grad var plagede af psykiatriske lidelser, herunder især affektive lidelser, angst, PTSD og personlighedsforstyrrelser.

## **2.7 Generel risiko og medierende faktorer**

Mens senfølger ovenfor er beskrevet enkeltvis som reaktioner på seksuelt misbrug i barndommen, fremhæver mange studier nærmere seksuelt misbrug i barndommen som en generel risikofaktor, der øger sårbarheden for udviklingen af forskellige psykopatologiske lidelser senere i livet (Cutajar et al., 2010). I dette perspektiv antages altså ikke direkte kausale sammenhænge mellem seksuelt misbrug i barndommen og specifikke psykopatologier, men snarere, at seksuelt misbrug i barndommen medfører en risiko, der kan udmønte sig i forskellige psykopatologiske tilstande afhængigt af kontekstuelle og personlige faktorer hos det enkelte individ. Flere studier konceptualiserer dermed seksuelt misbrug i barndommen som en non-specifik risikofaktor, der kun i samspil med andre faktorer vil føre til forhøjet risiko for psykologiske problemer (Rind et al., 1998; Romans, Martin & Mullen, 1997).

Et nyere review af metaanalyser (Hillberg et al., 2011) gennemgår syv metaanalyser og finder, at seksuelt misbrug i barndommen netop er en non-specifik risikofaktor, der øger sårbarheden overfor udvikling af psykologiske problemstillinger i voksenlivet. Nogenlunde samme konklusion findes i en gennemgang af reviews (Maniglio, 2009).

Enkelte bidragsydere til debatten har taget dette standpunkt i en anden retning. Ifølge dem er seksuelt misbrug i barndommen ikke alene 'blot' en generel risikofaktor – der findes faktisk ikke direkte sammenhænge mellem seksuelt misbrug i barndommen og psykologiske følger i voksenlivet (Rind et al., 1998). Denne gruppes review fra 1998 hævder, at der ikke er signifikante sammenhænge mellem seksuelt misbrug i barndommen og senere psykologiske problemer, når der kontrolleres for familiemiljø. Lidt mindre skarpt siges det af Romans og kolleger (1997) som fastholder seksuelt misbrug som en risikofaktor; men dog én, som hverken er nødvendig, tilstrækkelig eller alene om at bevirke psykologiske reaktioner. I deres studie finder de, at voksne misbrugt seksuelt som børn nok oplever flere psykologiske problemstillinger, men at disse i en regressionsanalyse



forklares lige meget ud fra mentale problemer hos forældrene, relation til forældrene og fysisk afstraffelse som af misbruget.

Disse uenigheder omkring seksuelt misbrug i barndommen og de måske/måske ikke herfra resulterende senfølger er blevet videre undersøgt i adskillige studier, der kontrollerer for en hel række potentielt medierende faktorer. Mere herom i det følgende.

#### *2.7.1 Medierende og modererende faktorer*

Det er ikke alle studier, der inddrager analyser af medierende faktorer, som evt. kan forklare sammenhængen mellem seksuelt misbrug i barndommen og den medierende faktor. Blandt de studier, der gør, er der stor variation i, hvorvidt inddragelse af sådanne faktorer eliminerer den antagede sammenhæng mellem seksuelt misbrug i barndommen og den pågældende udfaldsvariabel. I flere af de ovenfor gennemgåede studier er sådanne eventuelt medierende faktorer inddraget i analysen, og resultater fra enkelte af disse studier vil blive fremhævet i det følgende.

Som nævnt har Dinwiddie et al. (2000) forsøgt at kontrollere for delt miljø i deres tvillingestudie ved udover at sammenligne misbrugte og ikke-misbrugte også har lavet sammenligninger, der udelukkende omfatter diskordante tvillingepar (dvs. tvillingepar, hvor den ene har været misbrugt og den anden ikke har). Mens der er tydelige, signifikante forskelle mellem de overordnede grupper, forsvinder signifikansen når de samme forskelle søges i grupperne af diskordante tvillingepar. Forfatterne tolker dette i retning af, at familiefaktorer i høj grad spiller ind i udviklingen af psykopatologi i den misbrugte gruppe. Ikke desto mindre var forekomsten af psykopatologi højere for misbrugte end for ikke-misbrugte, og forfatterne konkluderer derfor, at det ikke er muligt at afvise, at sammenhængen mellem seksuelt misbrug i barndommen og senere psykopatologi er direkte (Dinwiddie et al., 2000).

Som også nævnt tidligere kontrollerer Kendler et al. (2000) for medierende faktorer som familiemiljø og psykiske sygdomme hos forældre og finder, at der kun sker meget moderate reduktioner i sammenhængen mellem seksuelt misbrug og psykologiske senfølger ved kontrol for disse variable. Forfatterne konkluderer derfor, at det i deres studie hovedsageligt er seksuelt misbrug i barndommen, der

forklarer de psykologiske senfølger. Som flere andre studier finder dette studie belæg for, at karakteristika ved selve overgrebet er vigtige prædiktorer; mere specifikt er graden af fysisk kontakt som nævnt ovenfor afgørende for, hvorvidt der opleves alvorlige senfølger.

Briere et al. (2003) kontrollerer i deres studie for en række demografiske faktorer samt for familieforhold og tidligere traumer og finder, at seksuelt misbrug i barndommen også efter kontrol for disse variable er en risikofaktor for en række psykologiske symptomer.

Ved gennemgang af flere studier ses det generelt, de medierende faktorer, der især fokuseres på, er dysfunktioner i familien (Fassler, Amodeo, Griffin, Clay & Ellis, 2005; Fergusson et al., 2008; Fitzgerald et al., 2008; Fleming et al., 1999; Peleikis et al., 2005). Disse studier finder alle, at kontrol for disse faktorer influerer på sammenhængen mellem seksuelt misbrug i barndommen og senfølger, men i de fleste studier forbliver sammenhængen signifikant. Dette taler således for, at seksuelt misbrug i barndommen i sig selv medfører en risiko for senfølger i voksenlivet, men at den specifikke udvikling af disse senfølger påvirkes af en række medierende faktorer.

## **2.8 Opsamling og konklusioner**

Selvom der som nævnt indledningsvist er store metodologiske udfordringer og problemer i den forskning, der i de seneste årtier er foretaget inden for senfølger efter seksuelt misbrug i barndommen, er der, som gennemgået ovenfor, adskillige sammenhænge mellem misbrug og senere psykopatologi, der er blevet bekræftet i flere studier og uafhængigt af hinanden. Der synes således at være belæg for, at seksuelt misbrug i barndommen medfører forhøjet risiko for at udvikle posttraumatisk stress, depression, angst, seksuelle forstyrrelser samt en øget risiko for reviktimisering. Herudover synes seksuelt misbrug i barndommen også at hænge sammen med spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser især af borderline type, misbrug af stoffer og alkohol samt fysiske symptomer og sygdomme.

Senfølger efter seksuelt misbrug er – naturligvis, fristes man til at sige – medieret af andre vigtige faktorer i den forulempede persons liv. Her er især identificeret

betydning af familiefaktorer samt af potentielt traumatiserende oplevelser udover det seksuelle misbrug. Selvom der er uenighed om, *hvor* stor en betydning for udviklingen af psykopatologi efter seksuelt misbrug i barndommen, disse medierende faktorer har, synes af de fleste studier og reviews at stå klart, at seksuelt misbrug i sig selv, og ikke alene i samspillet med andre faktorer, er en alvorlig risikofaktor for udvikling af psykopatologiske senfølger.

Om ovenstående litteratur om senfølger af seksuelt misbrug i barndommen er det vigtigt at nævne, at den klart største del af litteraturen er amerikansk. Denne litteratur er informativ og kan i en vis udstrækning overføres direkte til danske forhold – men visse omstændigheder ved seksuelt misbrug i barndommen må dog formodes at være kulturspecifikke og derfor sværere at overføre direkte. Der er derfor et helt oplagt hul i den viden, vi har om voksne i Danmark, der har været seksuelt misbrugte i barndommen. Videre frem er det derfor af stor vigtighed at der gennemføres flere studier på danske populationer, således at der kan genereres viden om populationen og om, hvorvidt amerikanske (og andre internationale) studier er direkte generaliserbare til den danske kontekst. Rapporten her kan forhåbentlig være med til at danne udgangspunkt for sådanne studier.

### **3. Psykologisk behandling af voksne, der er blevet seksuelt misbrugt i barndommen**

I en omfattende metaanalyse fra 2010 påviste Taylor & Harvey på baggrund af 44 studier, at psykologisk behandling har en generelt god effekt på følgerikningerne af seksuelt misbrug i barndommen (Taylor & Harvey, 2010). Effekten blev målt på en række følgerikninger, herunder PTSD, internaliserende symptomer, eksternaliserende symptomer, interpersonel fungeren, selvværd og globale symptomer.

De overordnede effektstørrelser var ens på tværs af forskellige følgerikninger og syntes at blive fastholdt over tid. Det overordnede billede skjuler dog individuelle variationer på tværs af metodiske tilgange og resultater, som viser behovet for mere viden om virksomme mekanismer i forskellige psykoterapeutiske behandlinger og patientkarakteristiske indflydelsesfaktorer.

#### **3.1 Behandlingstilgange**

Der eksisterer en række forskellige tilgange til behandlingen af følgerikninger af seksuelt misbrug i barndommen, såsom kognitiv terapi, adfærdsterapi, kognitiv adfærdsterapi, emotionsfokuseret terapi, feministisk terapi, problemfokuseret terapi, psykodynamisk terapi m.fl. Disse har udvist en effekt som både gruppe- og individuel terapi. Ifølge Taylor & Harvey (2010) eksisterer der endnu ikke viden om, hvilke behandlingstilgange der er mest effektive i behandlingen af følgerikninger efter seksuelt misbrug i barndommen, og der efterspørges mere viden om enkelte behandlingskomponenters effekt.

Mange behandlingsstudier måler især terapiens effekt på PTSD-symptomer. Kognitiv adfærdsterapi og variationer heraf har vist sig at være virksomme i behandlingen af PTSD-symptomer hos patienter, som er blevet udsat for seksuelt misbrug i barndommen (McDonagh et al., 2005; Resick et al., 2008; Rieckert & Moller, 2000). Det foreslås, at to virksomme mekanismer i behandlingen af PTSD er: 1) emotionel bearbejdning af hukommelsen om traumet, og 2) ændring i betydningen af traumet. I overensstemmelse med dette inkluderer flere tilgange til behandlingen af PTSD gentagen eksponering til traumerelaterede stimuli og/eller en form for kognitiv intervention (Resick et al., 2008). Rieckert & Möller (2000) fandt dog, at selvom kognitiv adfærdsterapi viste sig at være effektiv

sammenlignet med en kontrolgruppe på venteliste for behandling, så var kognitiv adfærdsterapi kun lidt mere effektiv i behandlingen af psykiske symptomer sammenlignet med en anden behandlingsform, som anvendte en problemløsningsstrategi. Derudover fandt man et højere frafald i den kognitive adfærdsterapi-gruppe sammenlignet med ventelistegruppen og den anden behandlingsgruppe.

Kritikere har fremført, at den eksponeringsbaserede del af kognitiv adfærdsterapi kan være problematisk i forhold til behandling af personer udsat for seksuelt misbrug i barndommen. Emotional bearbejdning af traumet gennem en gradvis eksponering for traumerelateret materiale og erindringer antages at være en vigtig ingrediens i behandlingen af PTSD (Paivio & Nieuwenhuis, 2001). En del litteratur viser imidlertid, at eksponeringsbaserede tilgange kan være problematiske at anvende ved patienter udsat for seksuelt misbrug i barndommen, der ofte viser svære psykiske problemer og komorbide lidelser (Cloitre, Koenen, Cohen & Han, 2002). Symptomforværring og højt frafald i behandlingen er blevet forbundet med denne behandlingsform (ibid.). Mere specifikt synes patienter, som udviser relationsproblemer i forhold til terapeuten og problemer med at tolerere stress og følelser som angst og vrede, at have en dårligere effekt af eksponeringsterapi (ibid.). Cloitre et al. (2002) påpeger, at personer udsat for seksuelt misbrug i barndommen kan have vanskeligt ved at indgå i nære relationer og udvise den nødvendige tillid til terapeuten, som eksponeringen for smertefulde oplevelser kræver. Resick et al. (2008) foreslår, at klienter som udviser vanskeligheder ved at indgå i eksponeringsterapi kan have gavn af en ren kognitiv behandlingstilgang. Resick et al. (2008) fandt, at kognitiv terapi var lige så effektiv som eksponeringsterapi i behandlingen af PTSD hos personer udsat for seksuelt misbrug i barndommen. En ren kognitiv tilgang til behandlingen af følgevirkninger kan derfor være en mulighed hos de personer, som udviser manglende villighed til at indgå i eksponeringsbaserede behandlingsformer.

Der er dog evidens for, at når en patient kan indgå i eksponeringsterapi, så er de langtidssigtede effekter på fx PTSD-symptomer bedre end ved andre behandlingsformer (Paivio & Nieuwenhuis, 2001), og nogle teorier antager, at

aktiveringen af følelser forbundet med overgrebet er nødvendige for at skabe forandring gennem terapien (Paivio & Nieuwenhuis, 2001). McDonagh et al. (2005) argumenterer derfor for, at eksponeringsdelen kan fastholdes men må modificeres i forhold til patientgruppens karakteristika.

Følgevirkninger efter seksuelt misbrug i barndommen synes at være mere komplekse end det fx ses ved udviklingen af PTSD efter overgreb i voksenalderen. Især synes problemer med affektregulering og interpersonelle vanskeligheder at være mere udtalte i denne patientgruppe (Cloitre et al., 2002). I stedet for at afvise brugen af eksponeringsterapi i denne patientgruppe kan eksponering anvendes om end i en anden form end traditionelle eksponeringsbaserede tilgange. Cloitre og Koenen (2002) anvendte en trinbaseret behandlingsform, hvor patienterne først indgik i et behandlingsforløb, der fokuserede på adfærdstræning i affektregulering og interpersonel regulering. Derefter deltog patienterne i et eksponeringsforløb. Det var forfatterens hypotese, at man derved kunne opbygge en terapeutisk alliance og tillid, inden eksponeringsbehandlingen gik i gang. Forfatterne påviste en god effekt af behandlingen med en acceptabel frafaldsrate. Det viste sig desuden, at første del af behandlingen forbedrede evnen til affektregulering og udtryk af vrede, mens den mere eksponeringsbaserede fase havde en god effekt på PTSD-symptomerne. Fordele ved en trinvis behandlingsmodel er, at patient og terapeut når at opbygge et tillidsforhold, og tilegnelsen af affektreguleringsstrategier bidrager til en forbedret effekt af eksponeringsarbejdet. I overensstemmelse med dette fandt McDonagh et al. (2005), at klienter udsat for seksuelt misbrug i barndommen med komorbide psykiske lidelser var mindre tilbøjelige til at droppe ud af terapiformer med fokus på interpersonelle forhold og social færdighedstræning med udgangspunkt i eksisterende problemer end ved andre terapiformer. Dette støttes af Price, Hilsenroth, Callahan & Bonge (2004) som viste, at psykodynamisk psykoterapi med fokus på affekt, indsigt og det terapeutiske forhold var effektiv i behandlingen af patienter med komorbide psykiske lidelser.

Nyere behandlingstilgange til patienter udsat for seksuelt misbrug i barndommen begynder også at vinde frem, så som de mindfulnessbaserede interventionsformer (Kimbrough, Magyari, Langenberg, Chesney & Berman, 2010). Ved mindfulnessbaseret terapi antages det, at patienten ved at arbejde

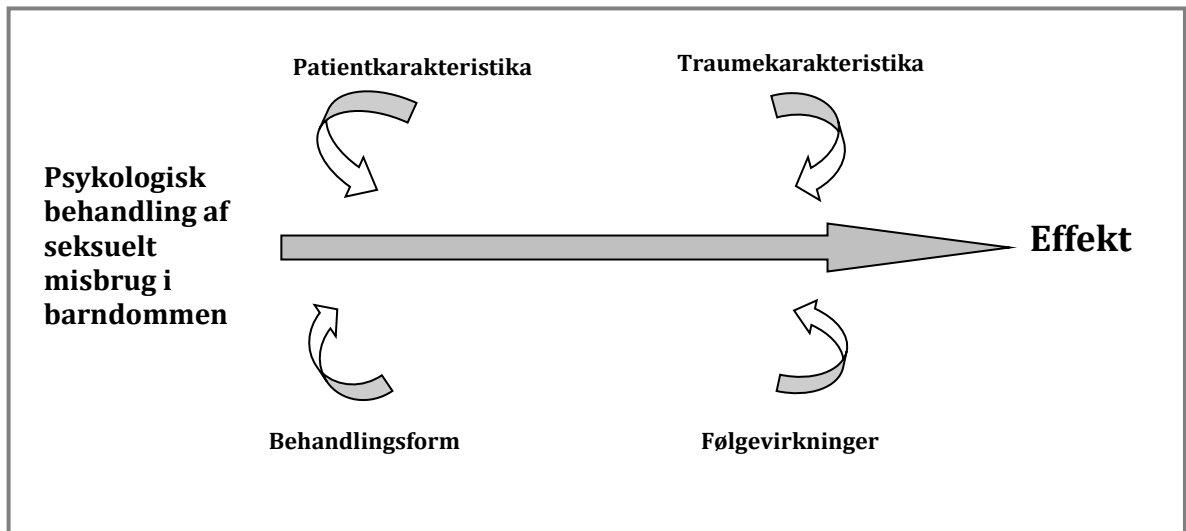
med at bringe opmærksomheden tilbage til nuet og acceptere følelser i stedet for at forsøge at ændre dem oplever en bevidsthedsmæssig forandring, hvor personen bliver observant af egne tanker frem for at være underlagt en styring af sine tanker. Dette antages at skabe en øget psykologisk fleksibilitet, forbedret emotionsregulering og mindske graden af tankemylder. Kimbrough et al. (2010) fandt, at deltagelsen i et 8 ugers mindfulnessbaseret terapiforløb reducerede symptomer på angst, depression og PTSD. Kimbrough et al. (2010) argumenterede for, at fokus på accepten af tanker og følelser fungerer som en form for eksponeringsterapi, der virker ved at mindske undgåelsesadfærd. Frafaldsraten var acceptabel for behandlingen (15 %), og mindfulnessbaseret behandling kan være et alternativ til traditionel eksponeringsbaseret terapi. Behandlingseffekten mangler dog stadig at blive undersøgt i sammenligning med andre former for behandling.

### **3.2 Opsamling**

Høje frafaldsrater i den terapeutiske behandling af personer udsat for seksuelt misbrug indikerer, at traditionelt effektive terapiformer til behandling af PTSD og andre følgelidelser ofte må modificeres i forhold til misbrugte med svære psykiske problemer. Det foreslås, at behandlingen kan tage en trinvis karakter, hvor den indledende fase fokuserer på opbygning af affektreguleringsstrategier og tillid, mens anden fase bearbejder følelser og tanker om traumet. Hvor kognitive tilgange traditionelt fokuserer på en ændring af meningen af traumet, begynder nyere mindfulnessbaserede tilgange at arbejde med accept af tanker om traumet.

Generelt set har forskning vist en god effekt af psykologisk behandling af seksuelt misbrugte i barndommen, men enkelte terapikomponenters effektivitet er endnu uklar. Det forekommer, at flere faktorer påvirker, hvorvidt psykologisk behandling har en god effekt, herunder terapiens form, patient- og traumekaraktistika (figur 1).

**Figur 1** Faktorer i målingen af behandlingseffekt



### 3.3 Behandlingsform

Ud fra Taylor og Harveys metaanalyse (2010) fremgår det, at de fleste behandlingsstudier tager udgangspunkt i en gruppeterapeutisk behandlingsform. Gruppeterapi er blevet anbefalet som den foretrukne behandlingsform til at behandle interpersonelle problemer hos personer, der har været udsat for seksuelt misbrug i barndommen, hvor gruppen giver mulighed for at observere og lære fra andre (Alexander, Neimeyer, Follette, Moore & Harter, 1989; Zlotnick et al., 1997). Yderligere antages det, at følelser som skam, skyld, isolering og mindreværd er vigtige at bearbejde i en gruppekontekst.

Studier viser, at gruppeterapeutisk behandling er effektiv i behandlingen af nogle af de langsigtede negative følger forbundet med oplevelsen af seksuelt misbrug i barndommen (Alexander et al., 1989; Longstreth, Mason, Schreiber & Tsao-Wei, 1998; Lundqvist, Svedin, Hansson & Broman, 2006; Morgan & Cummings, 1999; Westbury & Tutty, 1999). Virksomme komponenter i gruppeterapi formodes at være fokus på opbygning af sammenhold, fællestræk, normalisering og social støtte frem for konfronterende adfærd. Kropsfokuserede øvelser menes at kunne bidrage med en bedre kropskontrol (Westbury & Tutty, 1999). Desuden forekommer gruppeterapeutiske tilgange med fokus på interpersonelle relationer og med faste strukturer at være mere effektive end gruppeterapeutiske tilgange med løsere strukturer (Alexander et al., 1989; Lau & Kristensen, 2007).



En øget effekt af gruppeterapi frem for individuel terapi er dog endnu ikke påvist (Ryan, Nitsun, Gilbert & Mason, 2005; Stalker & Fry, 1999; Taylor & Harvey, 2010; Westbury & Tutty, 1999). En tidligere metaanalyse af de Jong & Gorey (1996) støttede brugen af gruppeterapi frem for individuel terapi og Westbury og Tutty (1999) fandt, at individuel terapi kombineret med gruppeterapi var forbundet med, men dog ikke statistisk signifikant, bedre effekt end individuel terapi alene. Nyere forskning af Taylor & Harvey (2010) kunne dog ikke påvise en øget effekt af gruppeterapi og fandt i stedet, at individuel terapi var mere effektiv end gruppeterapi i behandlingen af PTSD-symptomer. Gruppeterapien er dog ofte eftertragtet pga. den mere omkostningseffektive form, men det understreges, at klientens præference for enten gruppe eller individuel terapi bør inddrages (Ryan et al., 2005).

Yderligere viser forskning, at visse patientkarakteristika kan påvirke effekten af gruppeterapi (Roberts & Lie, 1989). Patienter med sværere psykiske problemer såsom kompleks PTSD og emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse synes at være mindre egnede til traditionel gruppeterapi (Cloitre et al., 2002; Dorrepaal et al., 2010). Cloitre et al. (2002) fandt, at gruppeterapi var effektiv for de kvinder, hvor ingen af medlemmerne i gruppen havde fået diagnosen emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse. Herimod sås ingen eller lille effekt i grupper, hvor et eller flere medlemmer havde emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse. Desuden var dette ikke et individ-fænomen, da deltagere i gruppen, som ikke havde en personlighedsforstyrrelse, heller ikke profiterede af behandlingen (ibid.). Patienter med emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse eller kompleks PTSD kan derfor synes mindre velegnede til gruppeterapi.

Dog viser nyere studier, at gruppebehandling med høj grad af struktur, didaktik og en psykoedukational tilgang kan have positiv effekt på denne patientgruppe (Kreidler, 2005; Lau & Kristensen, 2007; Lubin, Loris, Burt & Johnson, 1998).

### **3.4 Behandlingsvarighed**

Terapiens varighed menes også at være af betydning for resultatet af behandlingen (Taylor & Harvey, 2010). Taylor & Harvey (2010) undersøgte på tværs af studier hvilke faktorer, der havde indflydelse på behandlingseffekten.

Behandlingsvarigheden synes at være påvirket af terapiforløbets varighed samt antal af sessioner, men det er til stadighed usikkert, hvor stor en rolle disse faktorer spiller. Der ses desuden en tendens mod bedre effekt af manualbaserede behandlingsforløb, og forløb der inddrager hjemmeopgaver (ibid.). Dog var der ikke konsistens i resultater på tværs af forskellige følgevirkninger. Fx gavnede nogle terapeutiske elementer behandlingen af PTSD men virkede ikke også på internaliserende symptomer. Det lader derfor til at forskellige terapeutiske elementers effektivitet vil variere i forhold til forskellige følgevirkninger. For at komplicere målingen af behandlingseffekten yderligere synes patient- og traumekarakteristika også at påvirke behandlingseffekten (figur 1).

### **3.5 Klient- og traumekarakteristika**

Terapiens effekt menes at variere efter klienttype (Taylor & Harvey, 2010). Imidlertid synes den nuværende litteratur at være utilstrækkelig på netop dette område. I en systematisk gennemgang af psykoterapeutisk behandling af voksne udsat for seksuelt misbrug i barndommen konkluderer Price et al. (2001), at kun få studier giver en udførlig beskrivelse af inklusionspopulationen og undlader en beskrivelse af deltagernes psykiske diagnoser og rekrutteringsproceduren. Ligeledes fandt Bradley et al. (2006) i en metaanalyse af psykoterapeutisk behandling af PTSD, at 40 % af studierne manglede en beskrivelse af inklusions- og eksklusionskriterier. Manglen på disse oplysninger begrænser muligheden for at generalisere behandlingseffekten til den kliniske virkelighed, og det forbliver uvist i forhold til hvilke patientkarakteristika, at behandlingen virker.

Peleikis & Dahl (2005) beskriver desuden, at en del studier ekskluderer patienter med psykose (54 % af studierne), suicidal adfærd (46 % studierne) samt alkohol- og stofmisbrug (50 % af studierne). Enkelte studier har også ekskluderet patienter med dissociative forstyrrelser, mental retardering, emotionel krise, svær depression og andre svære psykiske lidelser. Patienter udsat for seksuelt misbrug i barndommen synes dog at være forbundet med en øget risiko for udvikling af netop emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse, komorbide psykiske lidelser og misbrugsproblemer. Bradley et al. (2006) påpeger, at disse forskningsmetodiske problemstillinger kan medføre, at den empiriske undersøgelse af behandlingseffekten ikke tager højde for de patientkarakteristika,

som præger den reelle kliniske behandlingspraksis. Det anbefales derfor, at fremtidig forskning beskriver eksklusions- og inklusionskriterier mere udførligt. Derudover bør udelukkelse af undersøgelsen kun ske på baggrund af kriterier, som er velbegrundede og svarende til den kliniske praksis (fx organisk hjerneskade), og bør ikke ske på baggrund af fx suicidal adfærd. I stedet anbefales det, at behandling af suicidal adfærd inddrages i behandlingsprotokoller, da suicidal adfærd ofte ses i sammenhæng med PTSD (Bradley et al., 2006). Den nuværende viden om patientkarakteristika og betydningen for behandlingseffekten er derfor endnu begrænset.

Som beskrevet ovenfor menes tilstedeværelsen af emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse og kompleks PTSD dog at påvirke effekten af individuel- og gruppeterapi. Yderligere har Sharpe, Selley, Low & Hall (2001) undersøgt betydningen af køn for gruppeterapeutiske behandling af patienter udsat for seksuelt misbrug i barndommen. Sharpe et al. (2001) sammenlignede gruppeterapi for en gruppe bestående af mænd og en bestående af kvinder. Overordnet fandt forfatterne, at gruppen bestående af mandlige misbrugsofre havde samme effekt af behandlingen som kvindegruppen. Både mænd og kvinder var præget af lavt selvværd, hvor mændene så sig selv som en fiasko ude af stand til at beskytte sig selv, mens kvinderne beskrev en følelse af at være beskidt og tilsølet. Mændene beskrev flere symptomer på angst, mens kvinderne udviste højere grad af depression. Kvinderne udtrykte større grad af hjælpeløshed og udtryk af følelser, mens mændene i højere grad undgik udtryk af følelser og udviste misbrugsproblemer samt aggressiv adfærd.

Hvor terapeuter af hvert køn forestod terapisesioner, udviste kvindegruppen aggression mod den mandlige terapeut, som et symbol på at alle mænd er utroværdige. Den mandlige gruppe nedgjorde den kvindelige terapeut med maskulin humor og seksuel snak, mens de forsøgte at opnå anerkendelse fra den mandlige terapeut. På trods af variationer i adfærdsudtryk mellem de to køn, konkluderede Sharpe et al. (2001), at de bagvedliggende behandlingstemaer var identiske på tværs af de to køn. Desuden anbefalede forfatterne, at grupperne i startforløbet havde deltagere med samme køn. Af andre patientfaktorer er der i enkelte studier fundet en lavere effekt af behandlingen af PTSD hos patienter med

en lavere indkomst (Taylor & Harvey, 2010). Etnicitet menes også at kunne have en indflydelse, hvor hvide synes at profitere bedre af behandlingen end farvede amerikanere.

Som ved patientkarakteristika er der en mangel på forskning, der inddrager betydningen af traumakarakteristika på behandlingseffekten (Taylor & Harvey, 2010; Bradley et al., 2006). I de tilfælde hvor der eksisterer data herom, viser omfanget af overgreb sig at have betydning for behandlingen af internaliserende symptomer, hvor personer udsat for færre overgreb havde en bedre effekt af den psykologiske behandling i forhold til internaliserende symptomer end personer udsat for flere overgreb (ibid.). Yderligere antages det, at penetrering ved overgreb og flere misbrugere også øger risikoen for psykiske problemer og potentielt dårligere udbytte af behandlingen. I en dansk undersøgelse er der fundet en stærk positiv sammenhæng mellem seksuelt drilleri og seksuelle trusler og høj PTSD-intensitet efter seks måneders behandling (Elklit, 2009). Faktorer som disse er meget ofte fraværende i behandlingsstudier, og vanskeliggør muligheden for at undersøge disse sammenhænge systematisk. Fremtidig dataindsamling bør inkludere disse karakteristika.

### **3.6 Overvejelser i forbindelse med behandlingsplanlægning**

Følgevirkningerne af seksuelt misbrug i barndommen synes at være komplekse og mangeartede. I planlægningen af terapeutiske behandlingsforløb anbefales en grundig vurdering af den enkelte klients patientkarakteristika og følgesymptomer (Jepsen, Svagaard, Thelle, McCullough & Martinsen, 2009). På baggrund af eksisterende forskning inden for psykologisk behandling af seksuelt misbrugte i barndommen synes nedenstående overvejelser at kunne indgå i behandlingsplanlægningen og evaluering af behandlingseffekten (Tabel 1).

**Tabel 1** Behandlingsmæssige overvejelser

<b>Klientens psykologiske symptomer på overgrebet</b>	PTSD, angst, depression, somatisering, dissociation, personlighedsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, misbrug mfl.
<b>Klientens karakteristika</b>	Køn, etnicitet, indkomst, komorbide lidelser så som kompleks PTSD, personlighedsforstyrrelser og andre kroniske lidelser.
<b>Traumets karakteristika</b>	Varighed, antal overgreb, karakter.
<b>Behandlingsform</b>	Varighed, sessioner, hjemmeopgaver, terapiformer (eksponeringsbaseret, affektregulering, kognitivterapi etc.), Gruppe/individuel terapi.

### 3.7 Opsamling og konklusioner

På nuværende tidspunkt viser psykologisk forskning en god effekt af psykologisk behandling af patienter udsat for seksuelt misbrug i barndommen på tværs af forskellige følgevirkninger. Både individuel- og gruppeterapi menes at være virksomme behandlingsformer i behandlingen af seksuelt misbrug i barndommen. Dog kræver gruppeterapi med klienter med sværere psykiske lidelser en højere grad af struktur. Ligeledes er traditionel eksponeringsterapi anvendelig i forhold til behandlingen af PTSD-symptomer, men bør anvendes med omtanke i forhold til patienter udsat for seksuelt misbrug i barndommen. En trinvis behandlingsfase hvor eksponeringsdelen efterfølger en indledende fase med fokus på affektregulering og tillidsopbygning kan være en mulighed.

I planlægningen af behandlingen ser det ud til, at manualbaserede behandlingstilgange er virksomme, og der kan med fordel inddrages hjemmeopgaver. Behandlingens varighed er også af betydning for behandlingseffekten, og bør medtages i planlægningen af behandlingsforløb for seksuelt misbrugte i barndommen.

Kun få studier har inddraget klient- og traumekarakteristika af betydning for behandlingsplanlægning og effektmåling. Klientens køn, etnicitet og indkomst er

nogle af de faktorer, som i enkelte studier har vist en indflydelse på behandlingseffekten. Yderligere synes karakteren og varigheden af misbruget at være af betydning for den psykologiske behandling.

Selvom forskning indenfor psykologisk behandling af seksuelt misbrugte i barndommen er kommet langt efterspørges mere viden om, hvilke behandlingskomponenter der virker bedst for hvem.

#### 4. Om centrene og behandlingsforløbene

De centre, der er omdrejningspunkt for den empiriske del af rapporten, er alle en del af, hvad man kalder den frivillige sektor. Dette begreb dækker i denne sammenhæng over, at der er tale om ikke-offentlige institutioner, som er:

- Selvbestemmende
- Ikke har til formål at skabe økonomisk overskud
- Indeholder et element af frivilligt arbejde (Frandsen, 2008)

Centrene i undersøgelsen er meget forskellige både hvad angår organisering, rammer og behandlingstilbud.

**KRIS** (Kristen Rådgivning for Incestofre og Seksuelt misbrugte) **Hellerup, Næstved og Midt- og Vestjylland** er en fælleskirkelig, tværfaglig organisation, der tilbyder rådgivning og terapi til seksuelt misbrugte ud fra en kristen livsholdning. KRIS tilbyder individuel terapi samt rådgivning og støttegrupper. Terapien har hovedsageligt et kognitivt udgangspunkt, men indeholder ligeledes andre elementer. Psykologisk faglighed og en kristen tilgang kombineres i terapien. Terapien i KRIS er ikke tidsbegrænset.

**Christine Centret** blev oprettet i 1996 og er beliggende i Århus. Centret har en lønnet leder og 15 frivillige medarbejdere. Christine Centret tilbyder såvel rådgivning som terapi. Al terapi foretages af psykoterapeuter. Rådgivningen foretages af frivillige rådgivere samt lederen. Centret tilbyder individuel terapi, pårørendeterapi, parterapi og gruppeterapi, når der er brugere nok tilmeldt til grupperne. Psykoterapeuterne i Christine Centeret arbejder eklektisk; dvs. uden en foruddefineret teoretisk bestemt terapeutisk tilgang til klienterne. Et gennemsnitligt behandlingsforløb på Christine Centeret varer et til to år.

**AlbaHus** ligger på Frederiksberg og åbnede i 2008. AlbaHus har, udover ledelse og administrativt personale, fem fastansatte psykologer samt 25 frivillige. Centret tilbyder både rådgivning og behandling, hvor rådgivningen foretages af frivillige rådgivere, mens behandlingen foretages af autoriserede psykologer. Behandlingen tilbydes som individuel terapi, samt gruppe- og familieterapi. Behandlingen har et psykodynamisk udgangspunkt med stor vægt på tilknytningsperspektivet. I

terapien inddrages ligeledes metoder fra kognitiv, narrativ og systemisk terapi, med brug af psykoedukation samt metoder til affektregulering og eksternalisering. Det gennemsnitlige individuelle behandlingsforløb ved AlbaHus forløber over et år med ugentlige sessioner af en times varighed.

**Incest Center Fyn** åbnede i 2000 og blev gjort permanent i 2003. Centret har ansat fire psykologer samt en daglig leder og en sekretær. Centret har ingen frivillige tilknyttet, men har en frivillig bestyrelse. Incestcenter Fyn tilbyder såvel telefonrådgivning som individuel behandling og gruppeterapeutisk behandling. Behandlingen foregår individuelt samt som såvel familie- og gruppeterapi. Incestcenter Fyn arbejder hovedsageligt psykodynamisk og traumeorienteret, med inddragelse af kognitive, psykoedukative og kropsoverrettede tilgange. Centrets psykologer arbejder eklektisk. Den individuelle behandling er tidsubegrænset, men strækker sig i gennemsnit over halvandet år. Fra januar 2013 er Incest Center Fyn og Center for Seksuelt Misbrugte fusioneret under navnet **Center for Seksuelt Misbrugte Syd (CSM Syd)**. De to centre er dog fortsat to separate institutioner opdelt i en professionel- og en frivillig sektion.

**Støttecenter mod incest** er beliggende på Frederiksberg. Centret blev åbnet i 1990. Centret har 5 fastansatte medarbejdere: 1 autoriseret psykolog og 4 psykoterapeuter. Derudover er tilknyttet 3 honorarlønnede psykoterapeuter. Centret har 12 frivillige medarbejdere. Centret tilbyder såvel rådgivning som behandling. Centret tilbyder gruppeterapi i længere forløb for såvel mænd som kvinder som varetages af psykolog og psykoterapeuter. Gruppeterapiens teori og metode er beskrevet i bogen: "At bestige bjerge. Gruppeterapi for seksuelt misbrugte mænd", Jette Lyager og Lone Lyager, VFC Socialt Udsatte 2005. Udgangspunktet for behandlingen tager afsæt i en psykodynamisk, traumeorienteret, kognitiv, analytisk og psykoedukativ tilgang. Behandlingsmodellen som er målrettet til voksne der i barndommen er blevet seksuelt misbrugt, er opbygget med høj grad af struktur. Behandlingsmodellens mål er at udvikle sunde grænser og at udvikle indrestyring og differentiering. Centret tilbyder 1-årige gruppeforløb samt en tidsubegrænset gruppe hvor den enkelte selv vælger afslutningstidspunktet.



Som det fremgår af overstående beskrivelser, er centrene forskellige i såvel organisation som kapacitet og behandlingstilbud. Følgende undersøgelse bliver således heller ikke en undersøgelse af effekten af specifikke terapeutiske interventioner, men en overordnet afdækning af, hvorvidt og hvorledes behandlingen på tværs af centrene synes at virke symptomreducerende.

**Center for seksuelt misbrugte Øst (CSM Øst)** blev etableret pr. 1. januar 2013, og fungerer som et af i alt tre regionale centre for behandling og rådgivning af senfølger af seksuelle overgreb i barndommen. Centret er en fusion af Albahus og Støttecenter mod Incest, og fungerer som en selvejende institution, der primært finansieres gennem satspuljemidlerne. Centrets optageområde dækker Region Hovedstaden og Region Sjælland, og målgruppen er voksne over 18 år med senfølger af seksuelle overgreb i barndommen og deres pårørende. Desuden varetager CSM Øst også supervision af fagpersoner samt ydelser til den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation VISO. Centret tilbyder individuelle behandlingsforløb og gruppeterapeutiske forløb samt socialrådgivning, der varetages af professionelle terapeuter og rådgivere. Herudover tilbyder CSM Øst erfaringsbaseret- og faglig rådgivning, der varetages af centrets frivillige.

## 5. Undersøgelsen

### 5.1 Metodebeskrivelse

Deltagerne i undersøgelsen er behandlingssøgende kvinder ved de ovenfor beskrevne behandlingscentre. Kvinderne udfylder et spørgeskema ved:

- Behandlingsopstart, hvilket udgør undersøgelsens førmåling
- Efter seks måneders behandling (første eftermåling)
- Efter et års behandling (anden eftermåling)

Dataindsamlingen er sket løbende og er afsluttet ultimo 2013, hvorfor nærværende rapport fungerer som en afrundende afrapportering af undersøgelsens resultater.

Spørgeskemaet indledes med demografiske spørgsmål vedrørende alder, civilstand, uddannelse og børn. Herefter følger en serie spørgsmål om omstændighederne ved overgrebene, om alvorlige livsbegivenheder indenfor det sidste år, og om tidligere traumatiske hændelser.

Den resterende del af spørgeskemaet omhandler psykologiske og sociale forhold, og belyses ved hjælp af følgende standardiserede spørgeskemaer:

**Tabel 2** Belastningsområder og de tilsvarende psykologiske måleredskaber

Belastningskriterier	Måleredskab	Forkortelse
Traumatisering – posttraumatisk stressyndrom (genoplevelser, undgåelse og vagtsomhed)	Harvard Trauma Questionnaire	HTQ
Social støtte (dengang og nu)	Crisis Support Scale	CSS
Depression, angst, søvnproblemer, dissociation, somatisering, aggression, samspilsproblemer	Trauma Symptom Checklist	TSC
Mestringsstrategier (problemløsende, emotionel, distancerende, undgående)	Coping Style Questionnaire	CSQ
Tilknytningsstil (sikker, ængstelig, undgående)	Revised Adult Attachment Scale	RAAS
Antagelser om verden	World Assumption Scale	WAS

*Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)*, (Mollica et al., 1992) er et enkelt og pålideligt screeningsinstrument, som er kulturelt sensitivt, har god indre og ydre validitet og er dermed meget præcist i sin forudsigelse af PTSD.

Skemaet består af i alt 31 spørgsmål. De første 16 afspejler de diagnostiske kriterier for PTSD, og dækker dermed de tre hoveddimensioner af PTSD: invasion, undgåelse og forhøjet vagtsomhed. Svarene angives på en 4-punkts Likert-skala, der spænder over svarmulighederne: "For det meste", "noget af tiden", "sjældent" og "overhovedet ikke". Den samlede HTQ-score udregnes som den samlede score på de første 16 spørgsmål, og kan ses som et udtryk for PTSD-sværhedsgraden.

*The Crisis Support Scale (CSS)*, (Joseph, Andrews, Williams & Yule, 1992) måler oplevelsen af social støtte, dels lige efter den traumatiske begivenhed (7 spørgsmål) og dels på tidspunktet for undersøgelsen (7 spørgsmål). Svarene angives på en 7-punkts Likert-skala, som rækker fra "aldrig" til "altid". CSS er bl.a. brugt i Danmark i forbindelse med en stor eksplosionsulykke (Elklit, 1997c) og har både rimelig indre konsistens og god diskriminationsevne.

*Trauma Symptom Checklist (TSC)* er udviklet af Briere & Runtz (1989). De 35 spørgsmål, som skemaet består af, måler forekomsten af depression, angst, dissociation, søvnproblemer, somatisering, samspilsproblemer og aggression. Svarene angives på en 4-punkts Likert-skala fra: "nej", "ja - nogle gange", "ja - ofte" til "meget tit". TSC har gode psykometriske kvaliteter og ser ud til at være et validt måleredskab for virkningerne af traumatisering (Elklit, 1990, 1994).

*Coping Style Questionnaire (CSQ)* (Roger, Jarvis & Najarian, 1993; Elklit, 1996) måler anvendelsen af forskellige mestringsmetoder. De i alt 37 spørgsmål kan inddeles i fire forskellige mestringsmetoder: rationel mestring (11 spørgsmål), følelsesmæssig mestring (10 spørgsmål), distancerende mestring (6 spørgsmål) og undgående mestring (10 spørgsmål). Svarene angives på en 4-punkts Likert-skala, som spænder over svarmulighederne: "altid", "ofte", "nogle gange" og "aldrig". Elklit (1996) har efterprøvet CSQ og viser gennem en faktoranalyse, at der er problemer med de spørgsmål, der oprindeligt indgik i faktoren "distancerende coping". Han foreslår, at man anvender de spørgsmål, der har en høj faktorladning i begge af de ovennævnte undersøgelser.

*Revised Adult Attachment Scale (RAAS)* er udviklet af Collins & Read (1990) og Collins (1996) på baggrund af tilknytningsteorier (Bowlby, 1988; Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Bartholomew & Horowitz, 1991). Via 18 spørgsmål om relationer til andre kan tre subskalaer (nærhed, angst og afhængighed) beregnes. Disse danner udgangspunkt for udregningen af fire tilknytningsformer (sikker, ængstelig, afvisende og overinvolveret). Spørgsmålene bygger på en 5-punkts Likert-skala. Skemaets reliabilitet og validitet har i udenlandske undersøgelser fremstået tilfredsstillende (jf. Collins & Read, 1990). RAAS er ligeledes valideret på dansk og har tilfredsstillende intern og ekstern validitet (Pedersen, 2006), især ved beregning af tilknytningstyperne.

*World Assumption Scale (WAS)*, (Janoff-Bulman, 1989) består af 32 udsagn om "verdens godhed", meningsfuldhed og eget selvværd. Svarene scores på en 6-punkts Likert-skala. Skalaen rummer otte subskalaer om bl.a. retfærdighed, kontrol, tilfældighed og held. Den indre konsistens i de otte subskalaer er god, men WAS mangler en bredere afprøvning. WAS knytter sig stærkt til Janoff-Bulmans meget udbredte og anerkendte teori om de kognitive forandringer efter traumatisering. En høj scoring på skalaen indikerer, at den pågældende er optaget af at integrere den traumatiske begivenhed i sine eksisterende, kognitive skemaer (jf. Horowitz (1976/86) og Janoff-Bulmans (1992) teorier om posttraumatisk kognitiv bearbejdning. Den interne såvel som den eksterne validitet af WAS er fundet tilfredsstillende (Elklit et al., 2007).

## **5.2 Databehandling**

Al databehandling er foretaget i SPSS Version 19. Data er fremstillet deskriptivt ved udregning af gennemsnit, standardafvigelser (SD), samt i visse tilfælde median og spredning. Data er, hvor det er relevant, undersøgt for sammenhænge og forskelle ved brug af chi-square, korrelationsanalyse, variansanalyse (ANOVA), regressionsanalyse samt effektstørrelser (Cohen's d). Signifikansniveauet for alle tests er fastsat til 0,05.

## 6. Undersøgelsens resultater

Samlet set har 229 kvinder og mænd deltaget i undersøgelsen. Respondenternes fordeling på de forskellige centre ses i tabel 3.

**Tabel 3** Oversigt over deltagende centre og deres respondenter

	Før terapi	Efter 6 måneder	Efter 12 måneder
KRIS (alle centre)	16	3	3
Christine Centret	11	5	4
Støttecenter mod incest	46	34	30
CSM Syd	97	49	19
Albahus	47	25	15
CSM Øst	12	0	0
I alt	<b>229</b>	<b>116</b>	<b>71</b>

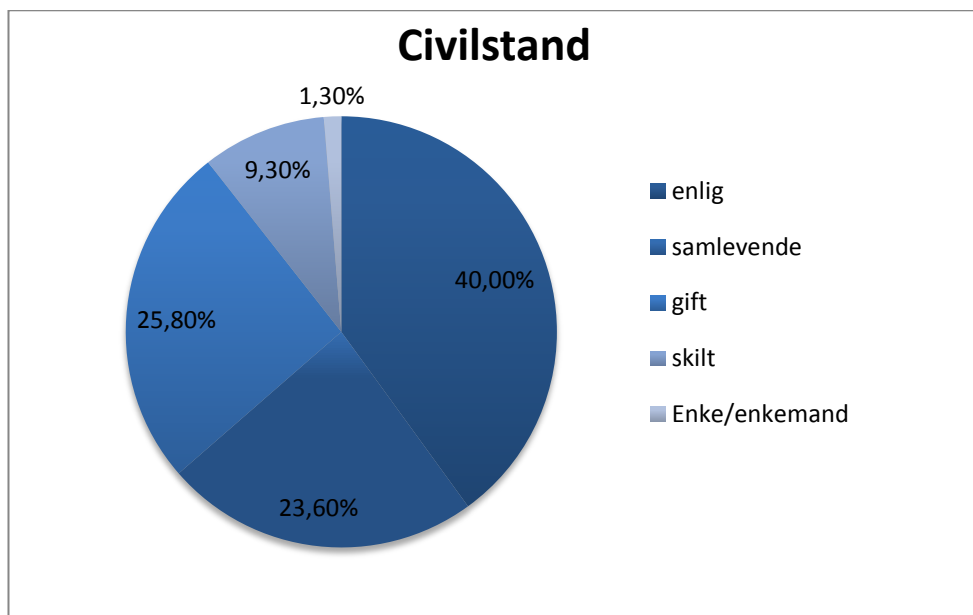
De deskriptive opgørelser i det følgende er baseret på de 229 respondenter, der har besvaret spørgeskemaerne *før* behandling. Ved den opfølgende undersøgelse 6 og 12 måneder *efter* behandling har henholdsvis 116 og 71 respondenter udfyldt spørgeskemaet. Et af undersøgelsens hovedformål er at evaluere på nogle af de frivillige behandlingstilbud, som misbrugte mænd og kvinder har mulighed for at modtage i Danmark. Der er imidlertid ikke indsamlet nok data fra KRIS (alle centre), Christine Centret samt CSM Øst, hvorfor det ikke har været muligt at lave en samlet evaluering af disse centres behandlingstilbud.

### 6.1 Om respondenterne

Deltagernes alder spænder fra 18-70, mens gennemsnitsalderen for deltagerne er 37,7 år. Af deltagerne er de 180 kvinder svarende til 78,6 %.

Knap halvdelen (49,4 %) af respondenterne lever i ægteskab eller parforhold, mens 40,0 % er enlige. Samtidig er 9,3 % af deltagerne skilt fra en tidligere ægtefælle (se figur 2).

**Figur 2** Deltagernes civilstand



53,3 % af deltagerne angiver at have børn, mens de resterende 45,9 % ikke har nogen børn.

Af tabel 4 fremgår det, at undersøgelsesdeltagerne gennemsnitligt har været under uddannelse i 13,4 år. Varigheden af folkeskolen har gennemsnitligt været 9,8 år, mens deltagerne gennemsnitligt har videreuddannet sig i 4,8 år.

**Tabel 4** Deltagernes uddannelse

Uddannelse (antal års uddannelse)	Gennemsnit	SD
Folkeskole	9,8	1,3
Videre-/erhvervsuddannelse	4,8	3,4
Total	13,4	3,7

## 6.2 Omstændigheder ved overgrebene

Tabel 5 viser, at gennemsnitsalderen for det første overgreb var 7,9 år. Halvdelen af første overgreb fandt sted før barnet var fyldt 8 år, og gennemsnitligt foregik de over en periode på 7,5 år. Halvdelen af alle overgreb stod på i over 72 måneder. I forbindelse med disse tal skal det oplyses, at 69 personer ikke har oplyst noget om varigheden af overgrebene.

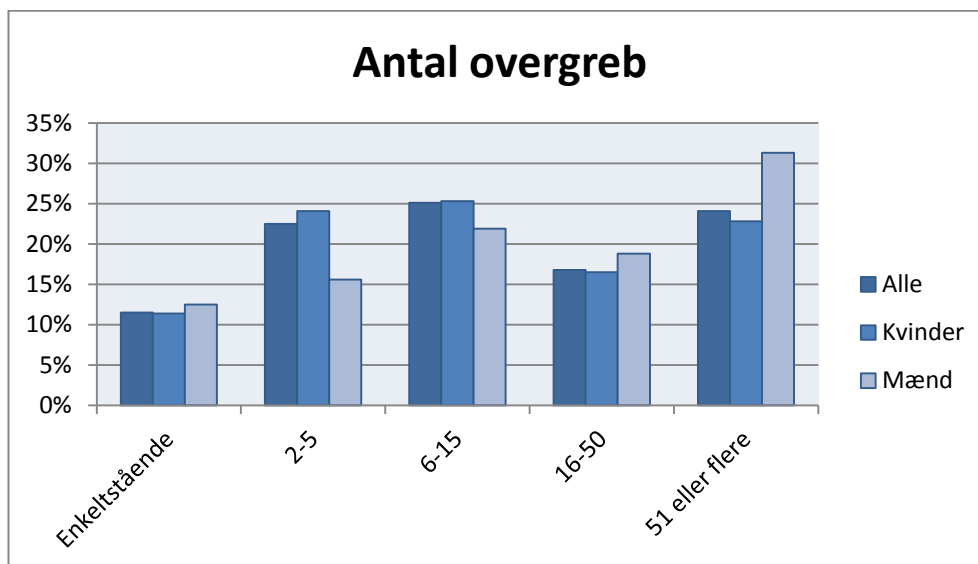
Tidspunktet for hvornår ofret fortæller om overgrebene er gennemsnitligt 22,5 år. Halvdelen af respondenterne har fortalt om overgrebene inden de fyldte 19 år.

**Tabel 5** Overgrebets tidspunkt, varighed og alder ved afsløring

	<b>Gennemsnit (SD)</b>	<b>Median</b>	<b>Rækkevidde</b>
Alder i år ved første overgreb (n = 160)	7,9 (4,05)	8	0-24
Varighed i år af overgrebet/-ene (n = 132)	7,5 (7,51)	6	0-46
Alder i år ved afsløring af overgreb (n = 214)	22,5 (10,97)	19	3-55

Figur 3 viser, at omkring en fjerdedel (25,1 %) af deltagerne har været udsat for mellem 6 og 15 overgreb. Næsten lige så mange (24,1 %) af deltagerne rapporterer om 51 eller flere overgreb, mens det kun er for 22 (11,5 %) deltagere i undersøgelsen, at overgrebet begrænser sig til et enkelt tilfælde. Det ses ligeledes af figur 3, at der er store forskelle mellem mænd og kvinder, når det kommer til antal overgreb, idet flere mænd generelt har været udsat for mange overgreb (>50).

Figur 3 Antal overgreb

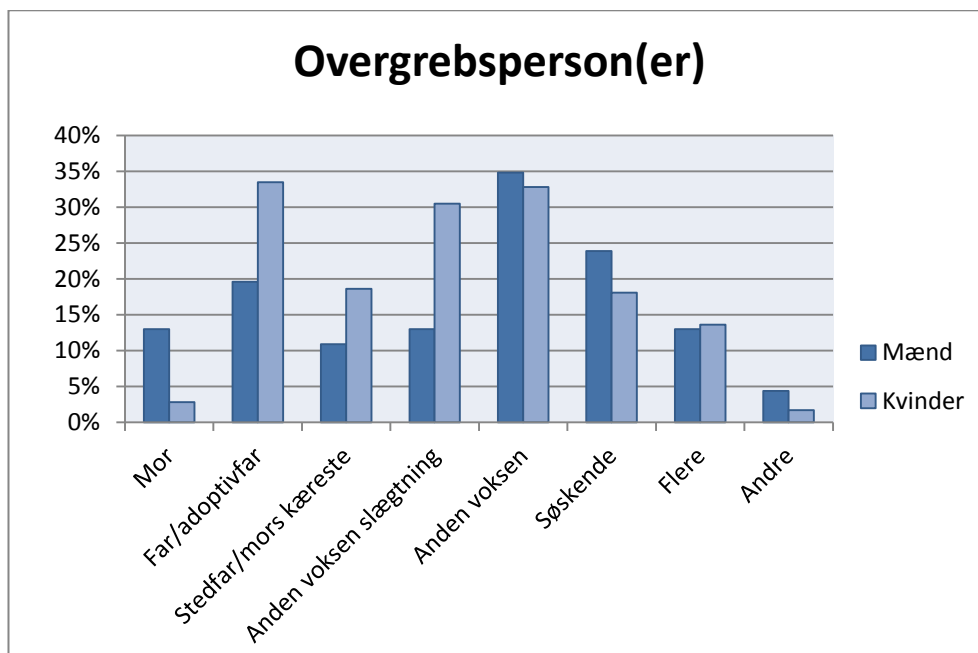


#### 6.2.1 Overgrebspersoner

I figur 4 ses fordelingen af overgrebsperson(er) fordelt på køn. Størst kønsforskel ses i forhold til far eller adoptivfar som overgriber, som har været tilfældet for 32,8 % af kvinderne og kun 19,6 % af mændene. Ligeledes har overgrebspersonen for flere kvinder (30,5 %) end mænd (13 %) været en anden voksen slægtning. Moderen er overgrebsperson i 13 % af mændenes tilfælde, mens det samme kun gør sig gældende i 2,8 % af kvindernes tilfælde. For både mænd og kvinder er det hyppigst en voksen uden for familien, der er overgrebspersonen (34,8 % for mænd, 32,2 % for kvinder).



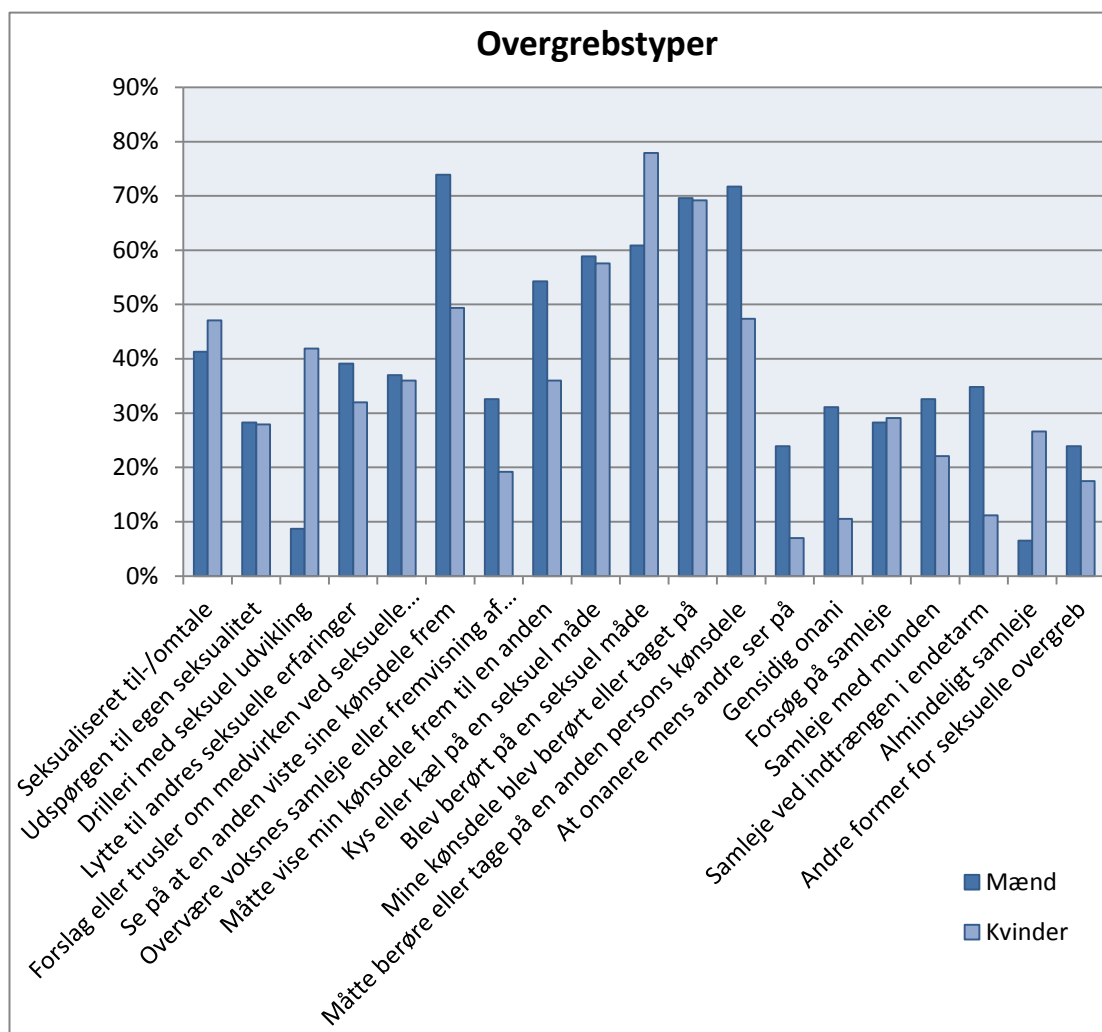
Figur 4 Overgrebspersoner



#### 6.2.2 Seksuelle barndomserfaringer/overgreb

Figur 5 viser, hvilke seksuelle begivenheder undersøgelsesdeltagerne har oplevet, før de fyldte 14 år med en mindst 5 år ældre person. Som det ses af figuren, er der forskelle mellem de to køn. Her kan eksempelvis nævnes, at flere mænd (73,9 %) end kvinder (47,2 %) er blevet tvunget til at se på en anden vise sine kønsdele frem. Flere mænd end kvinder har ligeledes måttet vise egne kønsdele frem (54,3 % versus 34,4 %), og flere mænd (71,7 %) end kvinder (45 %) er blevet tvunget til at berøre andres kønsdele. Omvendt er markant flere kvinder end mænd blevet drillet på en seksuel måde (41,9 % kvinder mod 8,7 % mænd). Øvrige kønsforskelle ses af figur 5. Det ses generelt at kys, kæl og forskellige former for berøring er blandt de hyppigst forekommende blandt begge køn.

Figur 5 *Typer af overgreb*



### 6.2.3 Opmærksomhed på fare samt kropslige følger af overgrebet

Kun 43,3 % var klar over, at der var fare på færde umiddelbart før overgrebet fandt sted, mens 56,7 % ikke bemærkede nogen fare forud for overgrebet.

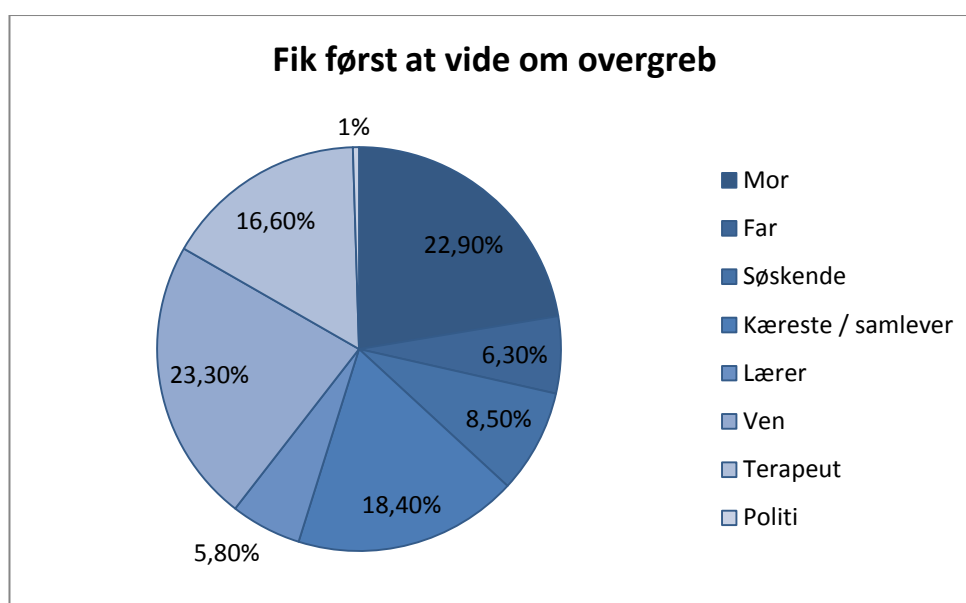
Størstedelen (81,7 %) angiver, at de ikke har haft kropslige følger efter overgrebet, mens 18,3 % angiver at have oplevet sådanne kropslige følger.

### 6.2.4 Hvem fik først besked om overgrebet

Figur 6 viser fordelingen af, hvem deltagerne første gang fortalte om misbruget. Knap en fjerdedel (22,9 %) har i første omgang fortalt det til moderen, og lidt flere

har først fortalt det til en ven (23,3 %). Knap en femtedel (18,4 %) har i første omgang fortalt det til en kæreste/samlever, en mindre del (16,6 %) har første gang fortalt om misbruget til en terapeut, mens relativt få har fortalt om misbruget første gang til enten deres far (6,3 %), deres søskende (8,5 %) eller en lærer (5,8 %). En enkelt har fortalt om overgrebet til politiet som den første.

**Figur 6** Oversigt over de personer, der først fik at vide om overgrebene



#### 6.2.5 Status for gerningsmanden

Af tabel 6 fremgår det, at 22 % af de adspurgte deltagere i undersøgelsen har meldt overgrebspersonen til politiet. I 19,1 % af alle tilfældene har gerningsmanden været afhørt af politiet, mens overgrebspersonen i kun 16 % af tilfældene har været stillet for en domstol. I 15,2 % af alle tilfælde er vedkommende blevet dømt. I 18,6 % af alle tilfældene har overgriberen erkendt sin skyld, og i 17,5 % af tilfældene er vedkommende flyttet pga. afsløringen om overgrebet.

**Tabel 6 Gerningsmanden (m/k)**

Har gerningsmanden været...	JA - Antal (%)
Meldt til politiet (n=218)	48 (22,0)
Afhørt af politiet (n=209)	40 (19,1)
For retten (n=206)	33 (16,0)
Dømt (n=204)	31 (15,2)
Har gerningsmanden indrømmet sin skyld (n=188)	35 (18,6)
Er gerningsmanden flyttet pga. afsløringen (n=177)	31 (17,5)

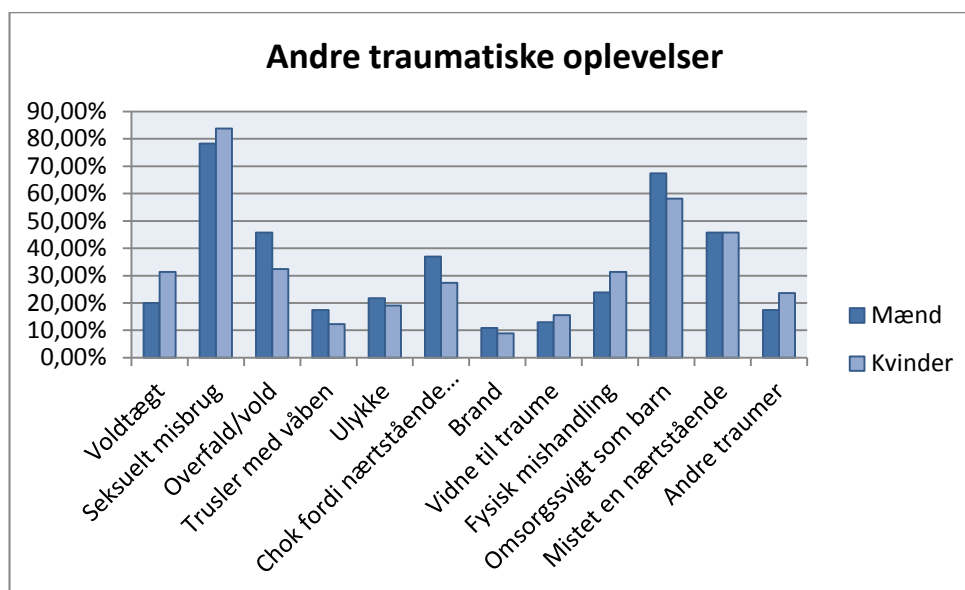
### **6.3 Andre betydende begivenheder**

#### *6.3.1 Livsbegivenheder og tidligere traumatiske begivenheder*

Indenfor det sidste år har 62,2 % af mændene og 68,4 % af kvinderne oplevet alvorlige livsbegivenheder såsom sygdom, skilsmisse, firing eller dødsfald.

En oversigt over tidligere oplevede traumatiske hændelser ses i figur 7. Generelt er frekvensarterne relativt ensartede for mænd og kvinder, med undtagelse af voldelige overfald, hvor mændene med 45,7 % ligger over kvindernes 32,4 %, trusler med våben, som 12,3 % af kvinderne har oplevet, mens det er sket for 17,4 % af mændene samt voldtægt med 20 % af mændene og 31,1 % af kvinderne, som har oplevet dette. Det er bemærkelsesværdigt, at rigtig mange (67,4 % af mændene og 58,1 % af kvinderne) har oplevet omsorgssvigt i barndommen.

Figur 7 Andre traumatiske oplevelser



### Opsamling

Gennemsnitsalderen for undersøgelsens deltagere er 37,7 år, og 180 af dem er kvinder (78,6 %). Knap halvdelen af deltagerne er gift eller samlevende med deres partner, og lidt over halvdelen af dem har ingen børn. Deltagerne i undersøgelsen har gennemsnitligt uddannet sig i 13,4 år, og godt en femtedel af kvinderne (21,8 %) og 13,3 % af mændene har på et tidspunkt været anbragt uden for hjemmet.

Helt typisk for overgrebene er det, at de for størstedelens vedkommende startede tidligt – gennemsnitligt da personen var 7,9 år gammel, og for halvdelen vedkommende inden personen var fyldt 8 år. Karakteristisk for gruppen er det desuden, at overgrebene finder sted over en lang periode (gennemsnitligt 7,5 år), og at deltagerne først fortæller om deres oplevelser, når de er blevet voksne. Halvdelen af deltagerne i denne undersøgelse har først fortalt om overgrebene efter de er fyldt 19 år. Langt de fleste har været udsat for mere end ét overgreb, og for knap en fjerdedel gælder det, at de har været udsat for 51 eller flere overgreb. For de flestes vedkommende var overgriberen en person uden for familien, mens far, stedfar eller en anden voksen slægtning også relativt ofte var involveret – især for kvindernes vedkommende. Kys, kæl og forskellige former for berøring er de hyppigst forekommende forulempelser blandt undersøgelsens deltagere. Herudover er der store kønsforskelle i, hvad deltagerne i undersøgelsen specifikt er blevet udsat for.

De fleste respondenter har i første omgang betroet sig om overgrebene til en ven, til moderen eller til en kæreste. Lidt under en femtedel af deltagerne har meldt overgrebene til politiet, og 15,2 % har oplevet, at gerningsmanden er blevet dømt.

## 6.4 Belastning målt ved standardiserede spørgeskemaer – før behandlingen

Følgende afsnit omhandler psykologisk belastning oplevet *inden* behandlingen, og er således baseret på de 229 respondenter, der har besvaret spørgeskemaet *før* behandling. En komplet afrapportering af den beskrivende statistik samt validitetsmål kan ses i bilag 1. I det følgende præsenteres de centrale fund for hvert enkelt standardiserede spørgeskema. Hvor intet andet er beskrevet, er den interne validitet fundet tilfredsstillende.

### 6.4.1 Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)

Alle anvendte skalaer er blevet testet for intern konsistens ved Cronbach's alpha (se bilag 1). For HTQ var alpha-værdierne 0,76 (invasion), 0,66 (undgåelse) og 0,52 (vagtksomhed), mens den samlede alpha-værdi for hele skalaen var på 0,89. Den samlede alpha-værdi for hele skalaen er således tilfredsstillende, ligesom alle underskalaer, på nær vagtsomhed, er acceptable.

88,2 % af svarpersonerne havde inden behandlingen et eller flere af invasionssymptomerne, hvilket er et af kriterierne i PTSD-diagnosen (American Psychiatric Association, 1994). 86,4 % af svarpersonerne havde tre eller flere undgåelsessymptomer, svarende til hvad PTSD-diagnosen kræver, mens 93,5 % havde to eller flere vagtsomhedssymptomer, som er en forudsætning for at få PTSD-diagnosen. Af alle deltagere opfyldte 75,1 % alle tre kernekriterier til PTSD-diagnosen før behandlingen. Yderligere 18,9 % opfyldte to af de tre kernekriterier, og kan dermed siges at have subklinisk PTSD. Denne forekomst af PTSD er markant højere, end hvad man forventer at se i normalbefolkningen, hvor amerikanske prævalensstudier har fundet en livstidsprævalens på 7,8 % (Kessler et al., 1995). En kønsopdelt analyse viste, at andelen af kvinder, der kvalificerede til en PTSD-diagnose var højere end andelen af mænd (78 % kvinder, 63 % mænd). Denne forskel var dog ikke signifikant.

### Trauma Symptom Checklist (TSC)

En komplet oversigt over beskrivende statistik og validitetsmål for TSC kan ses i bilag 1. Den interne validitet for TSC-total var meget høj (0,87), mens  $\alpha$ -værdierne for de otte subskalaer varierede fra 0,47-0,72. Kun subskalaen for mistanke om

seksuelt misbrug har utilfredsstillende intern konsistens, og dette symptom mål vil således ikke inddrages i de følgende analyser.

Den gennemsnitlige score per item for hver symptomgruppe (dvs. total score/antal spørgsmål) angiver, at alle symptomer ligger mellem 1,82 og 2,56 i gennemsnit. Højest er gennemsnittet for søvnproblemer (2,56) fulgt af et næsten ligeså højt niveau af depression (2,45). Herefter følger somatisering (2,15), dissociation (2,11), angst (2,09) og interpersonel sensitivitet, (2,08), mens fjendtlighed opnår den laveste gennemsnitsscore (1,82). Der findes ikke et egentligt dansk normmateriale for TSC, men til sammenligning kan bruges en undersøgelse blandt 320 psykologistuderende og læsere af "Forskningsnyt fra Psykologien" (Elklit, 1997a,b), hvor de gennemsnitlige scores lå mellem 1,38 (angst) og 1,68 (depression). Det gennemsnitlige symptomniveau er således markant højere for alle symptomgrupper i denne undersøgelses population. Kønsopdelte analyser viste, at der ikke var en signifikant forskel på mænd og kvinder for TSC-total, mens kvinderne scorede signifikant højere på både depressions- og angstsuskalaerne (begge p-værdier < 0,05).

#### *Social støtte dengang og nu (CSS)*

I tabel 8 ses resultaterne fra en t-test af den sociale støtte hhv. efter overgrebet og nu. Af denne fremgår det, at der på alle syv områder er sket signifikante forandringer i den sociale støtte til de incest-ramte. Der er i dag langt flere, som er villige til at lytte, når svarpersonerne har behov for at snakke, end der var lige efter overgrebene. De incest-ramte er i højere grad nu kommet i kontakt med andre i samme situation, end de var lige efter overgrebene. Svarpersonerne er i dag bedre i stand til at tale om deres tanker og følelser, end de var efter overgrebene. De oplever en højere grad af sympati og støtte fra omgivelserne nu, end de gjorde lige efter overgrebene. De modtager mere praktisk hjælp, de føler sig i mindre grad svigtet og de er alt i alt mere tilfredse med den støtte, de modtager, end lige efter overgrebene. Alle forskelle er statistisk signifikante (se tabel 8).

**Tabel 8** *Forskel på social støtte umiddelbart efter overgrebet og ved assesment*



Forskel på social støtte efter overgrebene og i dag		Gennemsnit	SD	t	P (2-tailed)
cssda1 -	Andre, der lytter	-3,46	2,01	-25,01	< 0,000
cssda2 -	Kontakt med andre	-1,35	2,07	-9,63	< 0,000
cssda3 -	Udtrykke tanker og	-3,48	1,66	-30,73	< 0,000
cssda4 -	Oplevet sympati	-3,42	1,94	-25,32	< 0,000
cssda5 -	Praktisk hjælp	-2,35	2,40	-14,21	< 0,000
cssda6 -	Svigt	0,69	2,12	4,73	< 0,000
cssda7 -	Samlet tilfredshed	-3,33	1,82	-26,04	< 0,000

#### *Coping Styles Questionnaire (CSQ)*

Af de fire subskalaer bruges emotionel coping mest (vægtet gennemsnit 2,49), efterfulgt af rationel og undgående coping (vægtet gennemsnit hhv. 2,22 og 2,15). Sjældnest ses distanceret coping (1,80). Der var ingen signifikante kønsforskelle i brugen af de forskellige copingstile. Emotionsfokuseret coping er kendetegnet ved forsøg på at håndtere de *følelser*, der er forbundet med ubehag. Rationel coping er forsøget på at ændre *kilden* til ubehag, undgående coping er karakteriseret ved en *undgåelse* af kilden til ubehag, mens den distancerede copingstil handler om *kognitiv distancering* fra kilden til ubehag.

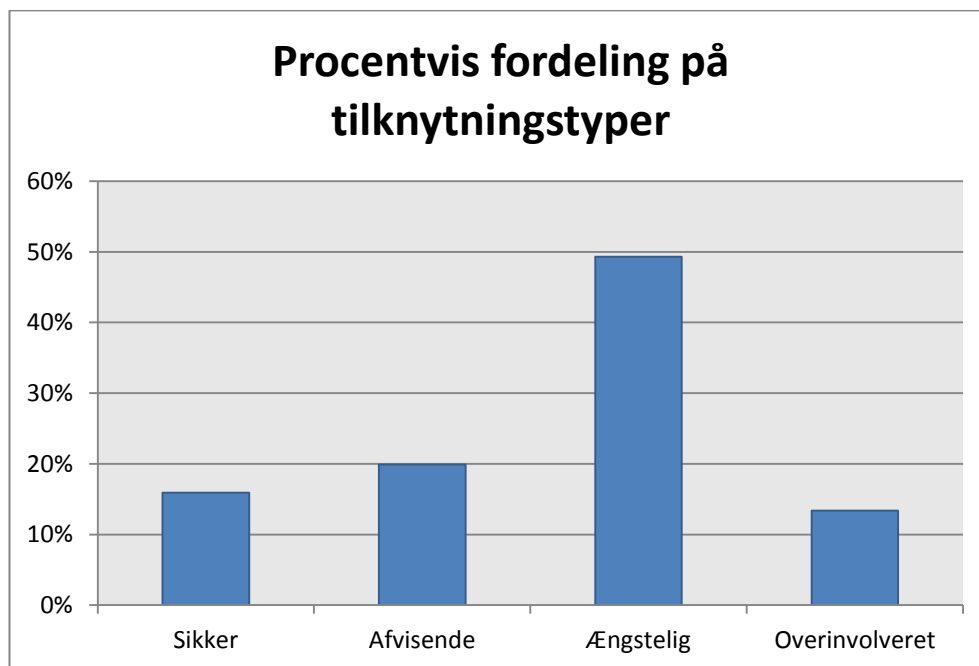
#### *Revised Adult Attachment Scale (RAAS)*

En fuldstændig oversigt over deskriptive data kan ses i bilag I.

Ved beregninger af de fire tilknytningstyper ses et mønster som vist i figur 8. Som det ses er langt de fleste af deltagerne i undersøgelsen ængsteligt tilknyttede (n=99, 49,3 %), alt imens 15,9 % (n=32) er sikkert tilknyttede, 12,9 % (n=26) er afvisende i tilknytningsstilen og 13,4 % (n=27) er overinvolverede. Herudover kunne 17 personers tilknytningsstil (9,3 %) ikke beregnes, idet de placerede sig på medianværdien og dermed ikke kunne kategoriseres som tilhørende den ene eller den anden gruppe (Collins, 1995, upubliceret forskningsnotat). Slutteligt har ikke alle besvaret samtlige spørgsmål om tilknytning, hvorfor tilknytningsstilene er regnet ud for 201 personer. Den *sikre* tilknytningsstil vidner om et positivt billede

af selv og andre, mens afvisende indebærer et positivt billede af selv og negativt billede af andre. Den ængstelige tilknytningsstil er kendetegnet ved et negativt billede af både en selv og andre, mens den overinvolverede indebærer et negativt billede af en selv og et positivt billede af andre. De tre sidstnævnte kaldes alle tre *usikre* tilknytningsstile, og i denne undersøgelse udgør de usikkert tilknyttede således tre fjerdedele af de deltagere, hvor en tilknytningsstil kan beregnes.

**Figur 8** Tilknytningstyper blandt deltagerne



Til sammenligning har amerikanske repræsentative studier af normalbefolkningen fundet, at den sikre tilknytningsstil repræsenterer over halvdelen af normalbefolkningen (59%; Mickelson et al. 1997). Det ser altså ud til, at en meget stor andel af deltagerne i denne undersøgelse er usikkert tilknyttede sammenlignet med normalbefolkningen.

*World Assumption Scale (WAS)*

De beskrivende data ses i bilag I. De enkelte subskalaer har acceptabel intern validitet med undtagelse af tilfældighedsskalaen (0,52), som derfor udelukkes fra de følgende analyser.

Ved udregning af vægtede gennemsnit ses det, at tre subskalaer har relativt høje gennemsnit, nemlig *selvkontrol* (4,02), *verdens godhed* (4,00), og *selvværd* (3,82). Herefter placerer *nærhed/afhængighed* sig på 3,81 efterfulgt af *ængstelighed* (3,45) og *held* (3,22) mens *kontrol* har en værdi på 2,66. Der findes ingen deciderede normer for WAS, hvorfor det interessante er at se på, om og hvordan disse mål ændrer sig som følge af behandling.

Kønspdelte analyser viste, at kun i forhold til kontrol var der en signifikant forskel mellem mænd og kvinder i form af at mænd havde en signifikant højere gennemsnitsscore ( $p = 0,01$ ).

### ***Sammenfatning og psykologisk beskrivelse af deltagerne***

Næsten tre fjerdedele af den her undersøgte gruppe opfyldte kriterierne for PTSD-diagnosen inden behandling, og i tillæg hertil opfyldte yderligere knap en femtedel af deltagerne kriterierne for subklinisk PTSD (opfyldelse af to af de tre kriterier). Disse resultater viser, at den undersøgte gruppe af mænd og kvinder udsat for seksuelt misbrug i barndommen udviser en høj grad af psykopatologi i form af PTSD.

Ligeledes i forhold til symptomer på angst og depression scorer deltagerne i undersøgelsen højere, end hvad man forventer at se i normalbefolkningen. Udredningen af angst- og depressionssymptomer er dog mindre omfattende og normerne mindre klare, men der synes at være belæg for at antage, at en vis del af deltagerne har problemer i disse domæner også. Det samme synes at være tilfældet for dissociation, søvnproblemer, somatisering og interpersonel sensitivitet.

I forhold til copingstrategier ses der blandt undersøgelsens deltagere hyppigst brug af emotionel coping. Rationel og distancerende coping anses almindeligvis for at være hensigtsmæssige strategier i modsætning til de to øvrige strategier. Den høje forekomst af emotionel coping og den lave forekomst af distanceret coping giver derfor umiddelbart anledning til bekymring. Det kan imidlertid

tænkes, at netop beslutningen om at starte et terapeutisk forløb med hvad det indebærer af emotionel åbenhed og reduktion af distancering, afspejler sig i forekomsten af disse copingstrategier, og at det efterfølgende terapiforløb vil ændre dem. Ligeledes er det vigtigt at bemærke, at den rationelle coping også er hyppigt repræsenteret, hvilket altså tyder på, at der også findes hensigtsmæssig brug af coping sted.

Fordelingen på tilknytningstyper af undersøgelsens deltagere vidner om en endda meget høj andel af personer med ængstelig tilknytningsstil, og i alt udgør de usikkert tilknyttede over tre fjerdedele. Flere undersøgelser tyder på, at usikker tilknytning kan være et resultat af misbrug i barndommen, og at usikker tilknytning samtidig kan være medvirkende til problematisk psykologisk tilpasning i voksenlivet (se fx Roche, Runtz, & Hunter, 1999). Det er således vigtigt at være opmærksom på de tilknytningsproblemer, der potentielt er til stede i denne gruppe. Vi har i denne undersøgelse ikke lavet en statistisk analyse af traumatiseringsgraden for de forskellige tilknytningsstile. Dette skyldes den relativt lille undersøgelsesgruppe og den ulige fordeling af deltagerne på tværs af tilknytningsstilene.

I forhold til de i indledningen beskrevne senfølger, der kan opstå efter seksuelt misbrug i barndommen, stemmer den empiriske del af denne rapport godt overens med dette billede, i det der synes at være tale om en gruppe med mange PTSD-symptomer samt symptomer på depression og angst. Gruppen synes desuden at være udfordret i form af tilknytningsvanskeligheder, og anvender muligvis uhensigtsmæssige copingstrategier.

## **6.5. Sammenligning af standardiserede spørgeskemaer før behandlingsstart samt efter seks måneder og tolv måneder**

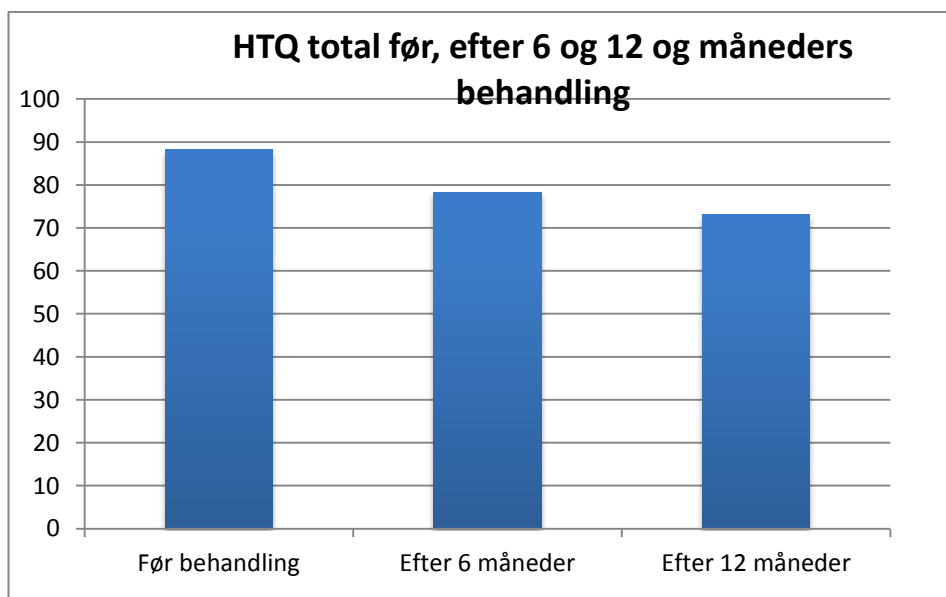
I ovenstående er patientkarakteristika (patienternes alder, demografi, uddannelse, sociale omstændigheder etc), traumets karakteristika (overgrebenes start, varighed og omfang, overgrebspersoner etc.) samt følgevirkninger (den inden behandlingen tilstedeværende psykopatologi i form af PTSD, depression, angst etc.) beskrevet. Som nævnt i litteraturgennemgangen af behandling af incest, formodes alle disse faktorer, at influere på behandlingens udfald. I det følgende behandles gruppen samlet med henblik på at spore eventuelle ændringer i psykopatologi før behandling og seks måneder inde i behandlingen.

De standardiserede spørgeskemaer blev besvaret af respondenterne før behandling, et halvt år inde i behandlingen samt 12 måneder efter behandlingsopstart. I bilag II-III ses en fuldstændig oversigt over de deskriptive data fra de psykologiske mål før behandling samt seks og 12 måneder inde i behandlingen. Desuden er resultatet af en relateret t-test rapporteret til sammenligning af resultaterne før behandlingen samt seks og 12 måneder inde i behandlingen. I det følgende gennemgås de enkelte mål for en eventuel behandlingseffekt.

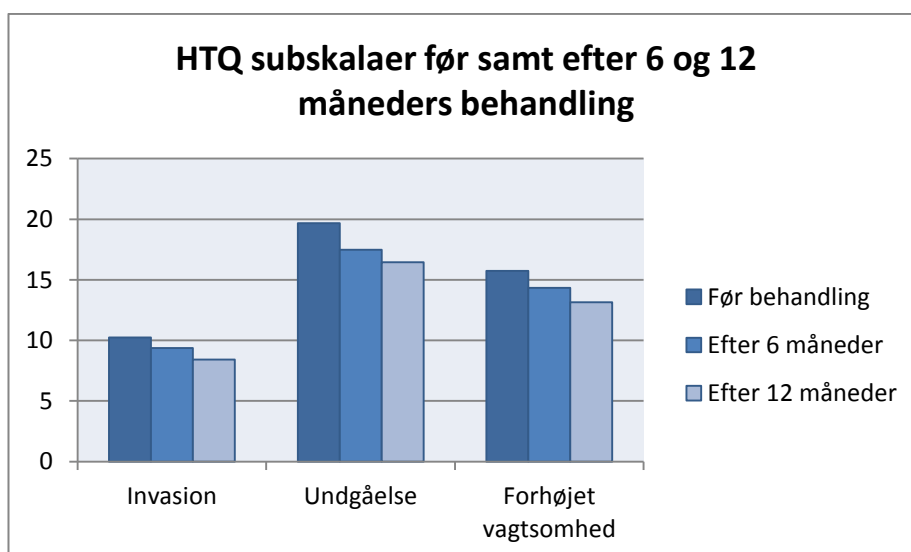
### *HTQ*

Nøjagtige gennemsnit og resultat af t-test kan ses i bilag II-III. I figur 9 ses HTQ-total før behandling samt seks og 12 måneder inde i behandlingen. Der var en signifikant forskel i den gennemsnitlige totalscore før behandling samt efter seks og 12 måneders behandling. Der var desuden en signifikant symptomreduktion for alle tre subskalaer fra behandlingens opstart til 12 måneder efter (se figur 10).

**Figur 9** HTQ total før og efter behandling. Forskellene ved måletidspunkterne er signifikant ( $p=0,000$ )



**Figur 10** HTQ subskalaer før samt seks og 12 måneder inde i behandlingen. Alle forskelle er signifikante fra første til tredje måling ( $p=0,000$ )



Desuden blev der påvist få, signifikante kønsforskelle i symptomniveauet af PTSD, hvilket er vist i tabel 9. Af tabellen fremgår det at kvinderne før behandlingsopstart havde et signifikant højere niveau af invaderende symptomer end mændene. Desuden har mændene signifikant flere undgåelsessymptomer efter 12 måneders behandling end kvinderne, ligesom mændene totalt set har flere PTSD-symptomer end kvinderne ved målingen efter 1 år.

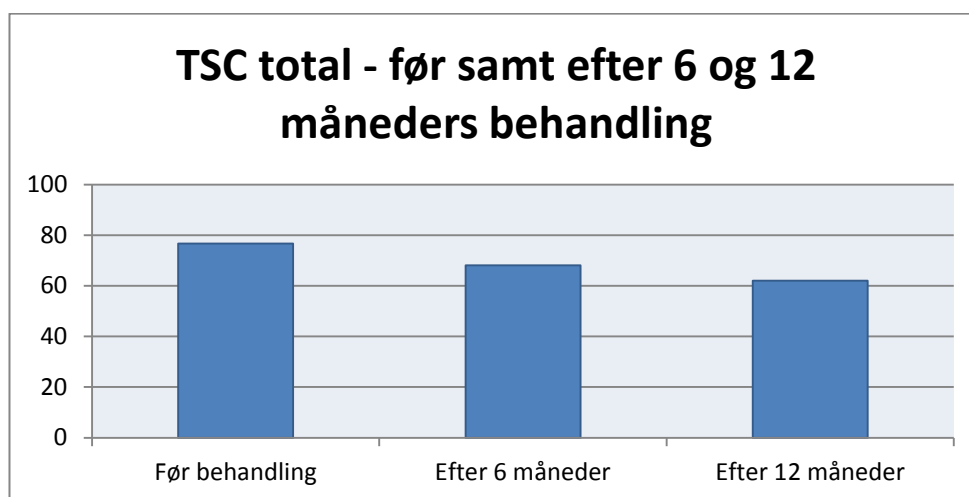
**Tabel 9** Gennemsnit af HTQ-scores for kvinder og mænd henholdsvis før behandling samt efter 12 måneders behandling. Signifikante resultater er markeret med \*.

	Kvinder før (n= 220)	Mænd før (n = 220)	Kvinder 1 år efter (n =71)	Mænd 1 år efter (n = 71)
Invasion	10,61*	9,31*	7,98	8,70
Undgåelse	19,44	19,81	14,88*	18,26*
Vagtsomhed	15,84	14,80	12,51	13,40
Total	89,29	86,18	68,41*	78,00*

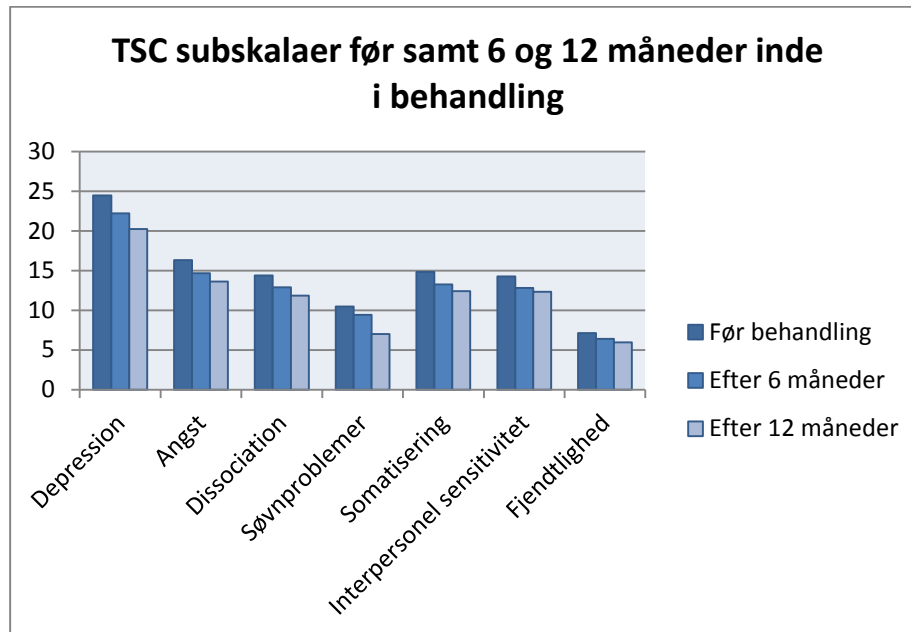
### TSC

En fuldstændig oversigt over TSC gennemsnit før behandling samt efter seks og 12 måneders behandling findes i bilag II-III. I hhv. figur 11 og 12 ses en grafisk afbildning af TSC total og TSC subskalaer før behandling samt efter seks og 12 måneders behandling.

**Figur 11** Gennemsnit af TSC total før samt efter seks og 12 måneders behandling. Forskellen på gennemsnittet ved de tre målinger er signifikante (henholdsvis  $p = 0,000$  og  $0,015$ )



**Figur 12** Gennemsnit af TSC underskalaer før samt efter seks og 12 måneders behandling. Signifikante forskelle findes for samtlige skalaerne fra første måling til 1 års målingen.



Det ses i figur 11 og 12, at der er signifikante forskelle fra før behandling til 12 måneder efter opstart både for traumereaktionerne totalt set samt for samtlige underskalaer. Særligt er det dog værd at bemærke de betydelige fald i symptomerne omhandlende depression, angst, dissociation og søvn. I relation til kønsforskelle ses ganske få, signifikante resultater på nogle af skalaerne. Disse er præsenteret i tabel 10. Af tabellen fremgår det, at kvinderne har et signifikant højere niveau af depression og angst inden behandlingsopstart end mændene. Det ses også, at mændene efter 12 måneder har signifikant sværere ved samspillet med andre end kvinderne.



**Tabel 10** Gennemsnit af TSC-scores for depression, angst, interpersonel sensitivitet (samspil) og total samspil for kvinder og mænd henholdsvis før behandling samt efter 12 måneders behandling. Signifikante resultater er markeret med \*.

	Kvinder før (n= 220)	Mænd før (n = 220)	Kvinder 1 år efter (n= 71)	Mænd 1 år efter (n= 70)
Depression	24,91*	22,84*	20,96	19,51
Angst	17,14*	15,11*	13,50,	13,39
Samspil	14,23*	15,75*	11,48*	13,30*
Total	78,40	74,69	61,93	61,48

#### WAS

Et fuldstændigt overblik over resultater fra WAS kan ses i bilag II-III. Af samtlige underskalaer ses der en signifikant stigning på to skalaer, nemlig selvværd (før behandlingen=18,90; efter 6 måneders behandling=20,50 samt efter 12 måneders behandling =21,29,  $p= 0.000$ ) og held (før behandlingen =13,28, efter seks måneders behandling =14,48 og efter 12 måneders behandling =15,00,  $p=,003$  og .001). Det tyder altså på, at deltagerne har højere selvværd og, større tro på eget held 12 måneder inde i behandlingen, end da de startede i behandlingen.

#### CSQ

I forhold til copingstrategier ses der en signifikant reduktion i rapporteringen af emotionel coping (gennemsnit før behandling = 25,35, efter 6 måneders behandling = 22,80 og efter 12 måneders behandling=21,96,  $p= ,000$ ). Det tyder altså på, at brugen af den emotionelle coping er reduceret i perioden fra før behandling til seks måneder inde i behandlingen. Der er ikke sket en signifikant ændring i brugen af de øvrige copingstrategier.

#### ***Sammenligning af centrenes behandlingsindsats***

Som nævnt er der store forskelle på antallet af respondenter fordelt på de forskellige behandlingssteder, hvorfor det ikke har været muligt at evaluere behandlingsindsatsen hos henholdsvis KRIS, Christinecentret samt CSM Øst. I tabel 9 er effektstørrelserne for henholdsvis Støttecenter mod Incest, Albahus og CSM Syd præsenteret i forhold til udvalgte symptommål.

**Tabel 11** Effektstørrelser af behandlingsindsatsen for udvalgte centre i forhold til PTSD-symptomer, andre traumereaktioner samt emotionel coping

	Støttecenter mod Incest	Albahus	CSM Syd	Samlet
Invasion	d= 0,44	d= 1.04	d= 0,78	d= 0,78
Undgåelse	d= 0,57	d= 0,88	d= 0,88	d= 0,75
Vagtsomhed	d= 0,80	d= 0,74	d= 0,54	d= 0,82
HTQ (total)	d= 0,87	d= 1,01	d= 1,02	d= 0,95
PTSD (total)	d= 0,64	d= 0,98	d= 0,87	d= 0,90
Depression	d= 0,68	d= 0,87	d= 0,85	d= 0,89
Angst	d= 0,24	d= 0,75	d= 0,60	d= 0,77
Dissociation	d= 0,59	d= 0,81	d= 0,60	d= 0,72
Søvnproblemer	d= 0,31	d= 0,11	d= 0,27	d= 0,35
Somatisering	d= 0,53	d= 0,84	d= 0,61	d= 0,73
Samspil	d= 0,71	d= 0,71	d= 0,66	d= 0,67
Fjendtlighed	d= 0,68	d= 0,67	d= 0,65	d= 0,71
TSC (total)	d= 0,66	d= 0,99	d= 0,80	d= 0,87
CSQ (emotionel)	d= 0,45	d= 0,14	d= 0,58	d= 0,45

Det fremgår af tabel 9, at de tre centre hver især har haft stor succes med at nedbringe deltagernes PTSD-symptomer, andre traumereaktioner samt emotionelle coping ligesom de samlet set har leveret en rigtig effektiv behandlingsindsats. Effektstørrelsen refererer til styrken eller vigtigheden af en given behandlingseffekt. Effektstørrelser under 0,20 betragtes som små, fra 0,20-0,50 betegnes som middel og effektstørrelser over 0,80 betragtes som store (Field, 2009).

I forhold til de enkelte symptomklynger under PTSD-diagnosen ses det, at effekten af de enkelte centres behandlingsindsats rangerer fra middel til stor (0,44-1.04). Støttecenter mod Incest har lidt lavere effekt af deres behandling i forhold til invaderende symptomer og undgåelse, men scorer til gengæld højest i forhold til behandling af vagtsomhed. Den samlede behandlingsindsats på tværs af centrene i forhold til symptomklyngerne er rigtig god, dog er der individuelle forskelle på

behandlingseffekten hos centrene i forhold til at nedsætte PTSD generelt. Her skiller Støttecenter mod Incest sig ud, idet effekten af deres behandling af PTSD er lidt lavere end hvad der er gældende for de to andre centre. Samlet set har centrene dog stor effekt af deres behandling af PTSD.

Af tabel 9 fremgår det også, at behandlingseffekten af de enkelte centre tilbud er middel til stor i forhold til symptomer omhandlende depression, dissociation, somatisering, interpersonelt samspil samt fjendtlighed (0,53-0,87). Støttecenter med Incest har til forskel fra de to andre centre kun en relativt lille effekt af deres behandling af angst, men samlet set er behandlingseffekten for de tre centre i forhold til angst relativt stor. Den laveste scores ses hos symptomklyngen "søvnproblemer". Her ses overvejende lave effektstørrelser af centrenes behandling både individuelt set og på tværs af dem. Den samlede effekt af behandlingen af symptomkategorierne under TSC er dog yderst tilfredsstillende, når alle centrene ses under ét.

Endelig gælder det, at effekten af behandlingen i forhold til at mindske deltagernes brug af en emotionel copingstrategi er relativt lav i forhold til de andre posttraumatiske reaktioner. Her skiller Albahus sig specielt ud, idet behandlingseffekten for deres center er meget mindre end for de andre centre. Den samlede score for de tre centres behandling af emotionel coping viser sig dog at være acceptabel.

De tre centre har således individuelt set god effekt af deres behandling i forhold til de listede symptomer, dog med små variationer, og fokuseres der på den samlede indsats, er behandlingseffekten for de tre centre god og tilfredsstillende.

### ***Sammenfatning af sammenlignende før/efter-analyser***

Sammenlignende analyser af de psykologiske mål før behandling samt efter seks og 12 måneders behandling viste, at der på flere domæner var en forbedring i form af eksempelvis færre symptomer. I forhold til PTSD-målet sås der en signifikant reduktion af det overordnede symptomniveau såvel som på subskalaerne for invasion, undgåelse og vagtsomhed. Der sås endvidere få signifikante kønsforskelle i relation til PTSD i form af et højere niveau af invaderende symptomer hos kvinderne ved behandlingsopstart, samt flere

undgåelsessymptomer og totalt niveau af PTSD hos mændene et år inde i behandlingen.

I relation til andre traumereaktioner målt med TSC skete der et signifikant fald i symptomernes totale niveau og for samtlige subskalaer. Desuden udviser kvinderne et signifikant højere niveau af depression og angst ved behandlingsopstart end mændene, hvorimod mændene har sværere ved samspillet med andre efter 12 måneders behandling end kvinderne.

Ligeledes var deltagernes selvværd, følelse af eget held og tro på misbrugets tilfældighed signifikant højere ved tredje måling, og deltagerne gjorde i mindre grad brug af emotionel coping. Samtidig skal det dog siges, at der på en række mål ikke var signifikante ændringer at spore mellem første, anden måling og tredje (se bilag II-III). Effekten af centrenes behandlingstilbud viste sig overordnet set at være god i forhold til reduktion af PTSD, andre traumereaktioner samt brugen af individuel coping. Dog var der mindre, individuelle forskelle mellem centrene i forhold til de udvalgte symptommål.

Den empiriske undersøgelse bygger på et relativt stort sample på 229 respondenter, hvilket højner validiteten af undersøgelsens resultater. De præsenterede analyser og konklusioner bidrager med præliminær viden om en gruppe af mennesker, som vi i Danmark kun i ganske lille udstrækning har undersøgt. Flere undersøgelser bør følge for at udbygge forståelsen og hjælpen til mennesker, der har været udsat for seksuelt misbrug i barndommen.

## 7. Opsamling, konklusioner og perspektivering

Forhåndenværende undersøgelse har sat fokus på senfølger og behandling af seksuelt misbrug i barndommen. Gennem to litteraturstudier (ét af senfølger og ét af behandling) samt et empirisk studie foretaget ved en række behandlingscentre, er der således søgt skabt et overblik over eksisterende og manglende viden indenfor området.

Litteraturstudiet fremlagde en omfattende viden, der allerede eksisterer på området. I forhold til senfølger synes der således at være grundigt belæg for antagelser om, at der er mange, alvorlige psykologiske senfølger af et seksuelt misbrug i barndommen: symptomer på PTSD, depression, angst, samt seksuelle forstyrrelser og risiko for reviktimisering. Også spiseforstyrrelser, borderline-symptomer samt misbrug af stoffer og alkohol ses oftere hos voksne, der har gennemlevet et misbrug i barndommen. Der er dog uenighed om, hvorvidt alle disse følger er en direkte forlængelse af seksuelt misbrug i barndommen, eller om de i ligeså høj grad er et resultat af medierende faktorer såsom negativt familiemiljø.

Som også fremhævet tidligere er stort set alle disse undersøgelser udenlandske, og der er derfor et alarmerende stort behov for viden om særlige forhold, der måtte gøre sig gældende i Danmark. Det drejer sig både om prævalensstudier, der kan kortlægge omfanget af seksuelt misbrug, samt om undersøgelser af traumatiseringsgrad og medierende faktorer for senfølger, som er gældende for seksuelt misbrugte i Danmark. Ydermere kunne man ønske sig undersøgelser af forskellige behandlingsmodellers effektivitet.

Litteraturstudiet om behandling fremstillede i første omgang, at der overordnet set synes at være en positiv effekt af psykoterapeutisk behandling af voksne, der har været udsat for seksuelt misbrug i barndommen. Denne positive effekt synes at være gældende for individuel- såvel som gruppeterapi. Eksponeringsbaserede teknikker har vist sig effektive, men er samtidig forbundet med stort frafald, og må derfor benyttes med varsomhed. I det hele taget er det vigtigt at holde sig for øje, at der er tale om en sårbar gruppe, hvorfor behandlingen foreslås at foregå trinvist og tilpasset den enkelte klient. Manualbaserede behandlingsformer fremstår effektive og kan derfor med fordel benyttes. På trods af denne viden er

der til stadighed stor usikkerhed om, hvilke behandlingskomponenter, der kan siges at være effektive i behandlingen af voksne, der har været udsat for seksuelt misbrug i barndommen.

De i undersøgelsen deltagende centre er alle eklektiske i deres psykoterapeutiske tilbud, om end visse behandlingstilgange benyttes mere end andre. Det er således heller ikke ud fra denne undersøgelse muligt at sige noget om, hvorvidt specifikke behandlingstilgange har en effekt. Ligeledes er der stor variation i behandlingstilbud mellem de forskellige centre. Undersøgelsen er derfor en undersøgelse af en generel virksomhed af tilbuddene på tværs af centrene, mere end et effektstudie af en bestemt behandlingsmodel. Den store variation på tværs af centrene synes at indikere en mangel på en form for 'best practice' inden for området og ensrettethed i behandlingstilbud. På baggrund af denne undersøgelse synes faktorer som geografi og tilfældigheder at afgøre, hvilken type behandling, voksne, der er blevet seksuelt misbrugt i barndommen, tilbydes.

Den empiriske del af undersøgelsen bekræftede det billede af senfølger, som blev tegnet i litteraturstudiet. Den deltagende gruppe i undersøgelsen fremviser således en meget høj andel af personer, der opfylder diagnosekriterierne for PTSD (75,1 %). I tillæg hertil opfylder 18,9 % af deltagerne kriterierne for det, der kaldes subklinisk PTSD, ligesom der synes at være et forhøjet niveau af bl.a. angst-, somatiserings- og depressionssymptomer samt søvnproblemer. Der ses i gruppen en meget høj andel af personer med usikker tilknytningsstil, hvilket i litteraturen er beskrevet som både en potentiel følge af seksuelt misbrug samt en risikofaktor for udvikling af senere psykopatologi. Desuden anvender størstedelen af deltagerne en emotionel copingstrategi i forsøget på at håndtere negative tanker og følelser.

Behandlingens virksomhed er vurderet ud fra sammenlignende analyser af symptomniveau før behandlingen samt seks og 12 måneder inde i behandlingen. Grundet manglende data fra KRIS, Christinecentret og CSM Øst har det ikke været muligt at evaluere deres behandlingstilbud. De resterende centre opnåede imidlertid at hjælpe deltagerne til en signifikant reduktion i deres PTSD-symptomer fra før til 12 måneder inde i behandlingen. Ligeledes ses der signifikante reduktioner på alle subskalaerne omhandlende depression, angst,

somatisering, dissociation, interpersonel sensitivitet, søvnproblemer og fjendtlighed. Få signifikante kønsforskelle blev identificeret i form af bl.a. et højere niveau af angst og depression hos kvinderne ved behandlingsopstart. Ydermere skete der en signifikant reduktion i deltagernes anvendelse af emotionel coping, og deltagernes selvværd samt tro på held og tilfældighed steg fra behandlingsopstart til et år inde i behandlingen.

Effektstørrelser viser at Støttecenter mod Incest, Albahus og CSM Syd har god effekt af deres behandlingstilbud både individuelt set og på tværs af centrene.

Denne undersøgelse sætter således empirisk fokus på et i Danmark underbelyst område: psykologiske senfølger af seksuelt misbrug i barndommen, samt effekten af den behandling, der tilbydes, på en række behandlingscentre rundt om i landet. Rapporten her tager dermed det første spadestik til, hvad der bør følge: nemlig et dybere spadestik i form af systematisk vidensindsamling, monitorering af behandling, og med tiden meget gerne effektstudier, der kontrolleret undersøger effekten af specifikke behandlingstilgange og behandlingselementer i den psykologiske behandling af senfølger hos voksne, der har været udsat for incest i barndommen.

## Litteratur

- Alexander, P. C., Neimeyer, R. A., Follette, V. M., Moore, M. K., & Harter, S. (1989). A comparison of group treatments of women sexually abused as children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(4), 479-483.
- Arata, C. M. (2002). Child sexual abuse and sexual revictimization. *Clinical Psychology-Science and Practice, 9*(2), 135-164.
- Arriola, K. R. J., Louden, T., Doldren, M. A., & Fortenberry, R. M. (2005). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child Abuse & Neglect, 29*(6), 725-746.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 27*(10), 1205-1222.
- Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E., & Woodside, D. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect, 30*(3), 257-269.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1067-1074.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect, 34*(11), 813-822.
- de Jong, T. L., & Gorey, K. M. (1996). Short-term versus long-term group work with female survivors of childhood sexual abuse: A brief meta-analytic review. *Social Work with Groups: A Journal of Community and Clinical Practice, 19*(1), 19-27.
- Dinwiddie, S. H., Heath, A., Dunne, M., Bucholz, K., Madden, P., Slutske, W., et al. (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: A co-twin-control study. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences, 30*(1), 41-52.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., van Balkom, A. J. L. M., van Dyck, R., Veltman, D. J., et al. (2010). Stabilizing group treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse & Neglect, 34*(4), 284-288.
- Elklit, A. (1997a). Kan psykologisk forsvar måles? *Forskningsnyt fra Psykologien, 6*, 20-22.
- Elklit, A. (1997b). Er kvinder mere neurotiske end mænd? *Forskningsnyt fra Psykologien, 6*, 22-24.
- Elklit, A., Shevlin, M., Solomon, Z., Dekel, R.: Factor Structure and Concurrent Validity of the World Assumption Scale. *Journal of Traumatic Stress, 20* (3), 303-312, 2007.



- Elklit, A. (2009). Traumatic stress and psychological adjustment in treatment-seeking women sexually abused in childhood: A follow-up. *Scandinavian Journal of Psychology, 50*(3), 251-257.
- Fassler, I. R., Amodeo, M., Griffin, M. L., Clay, C. M., & Ellis, M. A. (2005). Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: Contribution of abuse severity versus family environment. *Child Abuse & Neglect, 29*(3), 269-284.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect, 32*(6), 607-619.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE Publications Ltd.
- Fitzgerald, M. M., Schneider, R. A., Salstrom, S., Zinzow, H. M., Jackson, J., & Fossel, R. V. (2008). Child sexual abuse, early family risk, and childhood parentification: Pathways to current psychosocial adjustment. *Journal of Family Psychology, 22*(2), 320-324.
- Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect, 23*(2), 145-159.
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., & Dixon, L. (2011). Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma, Violence, & Abuse, 12*(1), 38-49.
- Jepsen, E. K., Svagaard, T., Thelle, M. I., McCullough, L., & Martinsen, E. W. (2009). Inpatient treatment for adult survivors of childhood sexual abuse: A preliminary outcome study. *Journal of Trauma & Dissociation, 10*(3), 315-333.
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood Sexual Abuse and Adult Psychiatric and Substance Use Disorders in Women: An Epidemiological and Cotwin Control Analysis. *Arch Gen Psychiatry, 57*(10), 953-959.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic-Stress-Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048-1060.
- Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology, 66*(1), 17-33.
- Kreidler, M. (2005). Group Therapy for Survivors of Childhood Sexual Abuse Who Have Chronic Mental Illness. *Archives of Psychiatric Nursing, 19*(4), 176-183.
- Kristensen, E., & Lau, M. (2011). Sexual function in women with a history of intrafamilial childhood sexual abuse. *Sexual and Relationship Therapy, 26*(3), 229-241.

- Kristensen, E., & Lau, M. (2005). Women with a history of childhood sexual abuse. Long-term social and psychiatric aspects. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*(2), 115-120.
- Lau, M., & Kristensen, E. (2010). Sexual revictimization in a clinical sample of women reporting childhood sexual abuse. *Nordic Journal of Psychiatry, 64* (1), 4-10.
- Lau, M., & Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: A randomized controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*(2), 96-104.
- Longstreth, G. F., Mason, C., Schreiber, I. G., & Tsao-Wei, D. (1998). Group psychotherapy for women molested in childhood: Psychological and somatic symptoms and medical visits. *International Journal of Group Psychotherapy, 48*(4), 533-541.
- Lubin, H., Loris, M., Burt, J., & Johnson, D. R. (1998). Efficacy of psychoeducational group therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multiply traumatized women. *The American Journal of Psychiatry, 155*(9), 1172-1177.
- Lundqvist, G., Svedin, C. G., Hansson, K., & Broman, I. (2006). Group Therapy for Women Sexually Abused as Children: Mental Health Before and After Group Therapy. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(12), 1665-1677.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 647-657.
- Mayall, A., & Gold, S. R. (1995). Definitional issues and mediating variables in the sexual revictimization of women sexually abused as children. *Journal of Interpersonal Violence, 10*(1), 26-42.
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., et al. (2005). Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 515-524.
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*(5), 1092-1106.
- Morgan, T., & Cummings, A. L. (1999). Change experienced during group therapy by female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), 28-36.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 575-586.
- Paivio, S. C., & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress, 14*(1), 115-133.

- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology, 135*(1), 17-36.
- Pedersen, F. S. (2006). Attachment & Trauma - A Study of Correlations Between Attachment, Social Support, and PTSD and Validation of the Revised Adult Attachment Scale. *Psykologisk Studiefestserie, 9* (3), 1-155.
- Peleikis, D. E., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Current mental health in women with childhood sexual abuse who had outpatient psychotherapy. *European Psychiatry, 20*(3), 260-267.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gomez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*(4), 328-338.
- Price, J. L., Hilsenroth, M. J., Callahan, K. L., Petretic-Jackson, P. A., & Bonge, D. (2004). A Pilot Study of Psychodynamic Psychotherapy for Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(6), 378-391.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(3), 269-278.
- Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O. B., Scher, C. D., Clum, G. A., & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 243-258.
- Rieckert, J., & Moller, A. T. (2000). Rational-emotive behavior therapy in the treatment of adult victims of childhood sexual abuse. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy, 18*(2), 87-102.
- Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin, 124*(1), 22-53.
- Roberts, L., & Lie, G.-y. (1989). A group therapy approach to the treatment of incest. *Social Work with Groups: A Journal of Community and Clinical Practice, 12*(3), 77-90.
- Roche, D. N., Runtz, M. G., & Hunter, M. A. (1999). Adult attachment: A mediator between child sexual abuse and later psychological adjustment. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(2), 184-207.
- Romans, S., Martin, J., & Mullen, P. (1997). Childhood sexual abuse and later psychological problems: Neither necessary, sufficient nor acting alone. *Criminal Behaviour and Mental Health, 7*(4), 327-338.
- Ryan, M., Nitsun, M., Gilbert, L., & Mason, H. (2005). A prospective study of the effectiveness of group and individual psychotherapy for women CSA survivors. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78*(4), 465-479.

- Saunders, B. E., Villeponteaux, L. A., Lipovsky, J. A., Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1992). Child Sexual Assault as a Risk Factor for Mental-Disorders among Women - a Community Survey. *Journal of Interpersonal Violence, 7*(2), 189-204.
- Scott, K. M., Von Korff, M., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., et al. (2011). Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Arch Gen Psychiatry, 68*(8), 838-844.
- Sharpe, J., Selley, C., Low, L., & Hall, Z. (2001). Group analytic therapy for male survivors of childhood sexual abuse. *Group Analysis, 34*(2), 195-209.
- Stalker, C. A., & Fry, R. (1999). A comparison of short-term group and individual therapy for sexually abused women. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 44*(2), 168-174.
- Taylor, J. E., & Harvey, S. T. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 749-767.
- Wegman, H. L., & Stetler, C. (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosom Med, 71*(8), 805-812.
- Westbury, E., & Tutty, L. M. (1999). The efficacy of group treatment for survivors of childhood abuse. *Child Abuse & Neglect, 23*(1), 31-44.
- Zlotnick, C., Shea, T. M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., et al. (1997). An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress, 10*(3), 425-436.

## Bilag I

### Deskriptiv statistik og intern validitet for standardiserede spørgeskemaer med samtlige underskalaer

Deskriptiv statistik for de anvendte standardiserede spørgeskemaer – før behandlingen							
		Rækkevidde	Gennemsnit	SD	N	Antal items	$\alpha$
<b>HTQ</b>	Invasion	4-16	10,34	2,88	221	4	0,76
	Undgåelse	8-27	19,51	4,01	214	7	0,66
	Vagtsomhed	7-41	15,62	3,37	215	5	0,52
	Total	43-126	88,62	16,38	189	16	0,89
<b>TSC</b>	Depression	8-28	24,49	5,13	207	10	0,71
	Angst	8-28	16,70	4,41	221	8	0,70
	Dissociation	7-28	14,76	3,87	216	7	0,63
	Mistanke om sexmisbrug	7-78	14,16	5,62	213	6	0,47*
	Søvnproblemer	4-74	10,24	5,40	222	4	0,67
	Somatisering	8-27	15,04	3,98	218	7	0,70
	Interpersonel sensitivitet	7-26	14,53	3,90	219	7	0,72
	Fjendtlighed	4-16	7,27	2,38	221	4	0,66
	Total	45-142	77,55	15,56	192	35	0,87
<b>RAAS</b>	Nærhed/afhængighed	15-56	32,89	7,88	205	12	0,75
	Ængstelighed	6-36	20,25	5,54	212	6	0,76
<b>WAS</b>	Selvverd	9-30	19,08	4,95	218	5	0,70
	Held	4-59	12,87	5,83	215	4	0,76
	Verdens godhed	8-42	27,99	6,55	215	7	0,77
	Selvkontrol	4-24	16,08	3,96	214	4	0,72
	Kontrol	7-36	18,64	6,05	217	7	0,76
	Tilfældighed	5-24	14,66	4,09	220	4	0,52*
<b>CSQ</b>	Rationel	12-58	24,45	5,26	200	11	0,71
	Emotionel	11-40	24,90	5,79	212	10	0,85
	Distanceret	6-20	10,77	2,82	203	6	0,64
	Undgående	12-32	21,48	4,32	214	10	0,65

\*På grund af utilfredsstillende alpha-værdier udgår symptommålene ”mistanke om sexmisbrug” og ”tilfældighed” fra analyser og tabeller.

## Bilag II

### T-tests af før- og eftermål af standardiserede psykologiske spørgeskemaer

Standardiserede, psykologiske mål før og efter behandling				
		Før behandling (gennemsnit(SD))	Efter 6 måneder (Gennemsnit(SD))	T-test (N= 120)
HTQ	Invasion	10,24 (2,71)	9,38 (3,06)	3,77, $p= .000$
	Undgåelse	19,67 (3,69)	17,47 (4,54)	5,40, $p= .000$
	Vagtsomhed	15,73 (3,65)	14,33 (5,09)	2,90, $p= .005$
	Total	88,26 (15,63)	78,37 (20,02)	-6,22, $p= .000$
TSC	Depression	24,48 (4,46)	22,24 (8,41)	2,97, $p= .005$
	Angst	16,34 (4,25)	14,67 (4,28)	4,95, $p= .000$
	Dissociation	14,39 (3,90)	12,90 (4,16)	3,81, $p= .000$
	Søvnproblemer	10,49 (6,72)	9,45 (7,05)	1,25, $p= .210$
	Somatisering	14,83 (3,82)	13,28 (3,87)	4,50, $p= .000$
	Interpersonel sensitivitet	14,28 (3,60)	12,83 (3,27)	4,68, $p= .000$
	Fjendtlighed	7,12 (2,21)	6,41 (1,63)	4,00, $p= .000$
	Total	76,67 (15,86)	68,14 (15,66)	-5,51, $p= .000$
WAS	Selvverd	18,90 (4,91)	20,50 (5,12)	-3,62, $p= .000$
	Held	13,28 (4,88)	14,48 (4,87)	-3,03, $p= .005$
	Verdens godhed	28,48 (6,45)	30,91 (10,52)	-2,68, $p= .010$
	Selvkontrol	16,56 (3,91)	17,15 (3,48)	-1,96, $p= .053$
	Kontrol	19,10 (5,81)	19,77 (5,86)	-1,53, $p= .130$
CSQ	Rationel	24,90 (5,74)	25,37 (5,17)	-0,82, $p= .415$
	Emotionel	25,35 (5,72)	22,80 (5,93)	5,11, $p= .000$
	Distanceret	10,79 (2,90)	10,62 (2,24)	0,79, $p= .444$
	Undgående	21,45 (3,91)	20,42 (3,93)	2,46, $p= .020$

## Bilag III

### T-tests af eftermål af standardiserede psykologiske spørgeskemaer

Standardiserede, psykologiske mål før og efter behandling				
		Efter 6 måneder (gennemsnit(SD))	Efter 12 måneder (Gennemsnit(SD))	T-test (N= 70)
HTQ	Invasion	9,26 (2,94)	8,43 (2,43)	3,10, $p= .005$
	Undgåelse	17,66 (4,13)	16,45 (4,73)	2,06, $p= .01$
	Vagtsomhed	14,04 (3,05)	13,16 (3,33)	3,04, $p= .005$
	Total	79,35 (17,67)	73,17 (18,06)	3,32, $p= .002$
TSC	Depression	23,10 (9,63)	20,44 (4,93)	2,42, $p= .02$
	Angst	14,42 (4,09)	13,63 (4,06)	1,79, $p= .07$
	Dissociation	12,49 (3,70)	11,86 (3,94)	1,39, $p= .16$
	Søvnproblemer	9,90 (8,83)	7,00 (12,92)	1,57, $p= .12$
	Somatisering	12,99 (3,78)	12,40 (3,76)	1,40, $p= .16$
	Interpersonel sensitivitet	13,20 (3,34)	12,33 (3,18)	2,89, $p= .005$
	Fjendtlighed	6,44 (1,59)	5,96 (1,49)	2,67, $p= .01$
	Total	67,92 (14,77)	62,00 (21,11)	2,53, $p= .02$
WAS	Selv værd	20,33 (5,27)	21,01 (5,38)	-1,74, $p= .09$
	Held	14,48 (4,86)	14,92 (4,94)	-0,90, $p= .37$
	Verdens godhed	30,14 (6,62)	30,34 (6,23)	-0,25, $p= .80$
	Selvkontrol	16,88 (3,43)	16,61 (3,61)	0,80, $p= .43$
	Kontrol	20,30 (6,19)	19,62 (5,82)	1,35, $p= .18$
	Rationel	24,46 (4,74)	24,52 (4,49)	-0,12, $p= .91$
CSQ	Emotionel	24,02 (6,22)	22,26 (6,73)	2,93, $p= .005$
	Distanceret	10,57 (2,19)	11,13 (3,22)	-1,72, $p= .09$
	Undgående	20,63 (4,09)	20,07 (3,90)	0,99, $p= .33$

### Bilag III

#### T-tests af før- og eftermål af standardiserede psykologiske spørgeskemaer

Standardiserede, psykologiske mål før og efter behandling				
		Før behandling (gennemsnit(SD))	Efter 12 måneder (Gennemsnit(SD))	T-test (N= 70)
HTQ	Invasion	9,95 (2,82)	8,27 (2,46)	5,78, $p= .000$
	Undgåelse	19,58 (3,64)	16,21 (5,07)	6,60, $p= .000$
	Vagtsomhed	14,96 (3,05)	12,96 (3,36)	5,84, $p= .000$
	Total	89,17 (15,39)	73,00 (18,47)	8,21, $p= .000$
TSC	Depression	24,13 (4,81)	20,39 (4,88)	6,77, $p= .000$
	Angst	16,17 (4,25)	13,49 (4,04)	7,15, $p= .000$
	Dissociation	14,29 (3,98)	11,99 (4,05)	5,70, $p= .000$
	Søvnproblemer	10,42 (8,09)	6,99 (12,15)	2,19, $p= .03$
	Somatisering	14,65 (3,81)	12,36 (3,75)	5,83, $p= .000$
	Interpersonel sensitivitet	14,54 (3,40)	12,16 (3,22)	6,15, $p= .000$
	Fjendtlighed	7,03 (2,10)	5,87 (1,50)	4,10, $p= .000$
	Total	76,95 (17,06)	62,88 (20,68)	6,12, $p= .000$
WAS	Selv værd	18,80 (4,75)	21,29 (5,24)	-4,23, $p= .000$
	Held	13,49 (4,71)	15,00 (4,94)	-3,59, $p= .001$
	Verdens godhed	28,56 (6,03)	29,99 (6,38)	-1,95, $p= 0.55$
	Selvkontrol	16,27 (3,97)	16,77 (3,51)	-1,13, $p= .26$
	Kontrol	19,77 (6,55)	19,78 (5,77)	-0,02, $p= .98$
CSQ	Rationel	24,46 (6,32)	24,87 (5,26)	-0,50, $p= .62$
	Emotionel	25,40 (5,87)	21,96 (6,68)	6,59, $p= .000$
	Distanceret	10,58 (2,70)	11,26 (3,53)	-1.63, $p= .12$
	Undgående	20,54 (4,41)	20,03 (4,09)	1,18, $p= .24$



ISBN:  
978-87-92646-97-2  
EAN:  
9788792646972