



DE REGIONALE CENTRE FOR SEKSUELT
MISBRUG
RAPPORT OVER EFFEKT AF BEHANDLING
2018

Et fokus på senfølger af
seksuelle overgreb i barndommen

Sophia Selsbæk, Lea Jørgensen & Ask Elklit

Videnscenter for Psykotraumatologi

Syddansk Universitet 2019

Forord

Denne rapport er baseret på den tidligere rapport "De regionale centre for seksuelt misbrug. Effekt af behandling 2016 – et fokus på senfølger af seksuelle overgreb i barndommen" fra Videnscenter for Psykotraumatologi udarbejdet i 2017. I nærværende rapport undersøges effekten af behandling i 2018 på foranledning fra Socialministeriet, der ønsker at se en effekt af behandlingen i landets tre største Centre for Seksuelt Misbrugte; CSM Syd, CSM Øst og CSM Midt-Nord.

Indholdsfortegnelse

Forord	1
1.1 Indledning	4
2.1 Metodebeskrivelse	6
2.2 Databehandling	10
3. Undersøgelsens resultater	11
3.1 Om respondenterne	11
3.2 Omstændigheder ved overgrebene	13
Opsamling	17
3.4 Belastning målt ved standardiserede spørgeskemaer – før behandlingen	18
Sammenfatning og psykologisk beskrivelse af deltagerne	20
3.5. Sammenligning af standardiserede spørgeskemaer før behandlingsstart samt efter seks måneder og tolv måneder	23
Sammenfatning af sammenlignende før/efter-analyser	28
Litteratur	32

1.1 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).

Briere og kollegaer (2003) fastslår, 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. Ligeledes ses der oftere spiseforstyrrelser, borderline-symptomer samt misbrug af stoffer og alkohol hos voksne, der har gennemlevet et misbrug i barndommen (Carter et al., 2006, Cutajar et al., 2010).

Seksuelt misbrug hører også under den type af gentagende traumer med start tidligt i livet, der kan være en risikofaktor for at udvikle de forstyrrelser i selvværd, relationer og affekt, der kendetegner den relativt nye traumerelaterede diagnose Komplex PTSD, som inkluderes i WHO's nyeste diagnosemanual ICD-11 (Cloitre, Gavert, Brewin, Bryant & Maercker, 2013, Hyland et al, 2017a).

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 følger 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).

For yderligere litteratur omhandlende senfølger efter seksuelle overgreb samt behandling af disse henvises der til Videnscenter for Psykotraumatologis tidligere rapport "Effekt af behandling – et fokus på senfølger af seksuelle overgreb i barndommen" (2014) samt rapporten "Treatment of Danish Survivors of Childhood Sexual Abuse – Research Briefing" (Elklit, Shevlin, Murphy, Hyland & Fletcher, 2016).

2.1 Metodebeskrivelse

Deltagerne i undersøgelsen er behandlingssøgende kvinder og mænd ved Danmarks tre største behandlingscentre; CSM Øst, CSM Midt-Nord og CSM Syd. Deltagerne udfylder et spørgeskema ved:

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

Dataindsamlingen er sket løbende og bearbejdningen er afsluttet primo 2019, 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 forskellige standardiserede spørgeskemaer. I 2018 blev der foretaget en række ændringer i det samlede spørgeskema. Disse ændringer inkluderede mindre tilføjelser og reduktioner i de demografiske spørgsmål samt en udskiftning af nogle af de standardiserede spørgeskemaer. Nye klienter på behandlingscentrene har udfyldt den nye version af skemaet, mens der der ved indførelsen af det nye skema allerede havde udfyldt et spørgeskema i den ældre version, er fortsat med at udfylde skemaer i den samme version. Data fra begge versioner af skemaerne vil præsenteres i rapporten. Efter deadline for udarbejdelsen af rapporten er der modtaget en række skemaer fra 2018, som desværre ikke har været mulige at inkludere i rapporten. Der skal altså tages højde for, at en lille andel relevante data fra 2018 ikke er afspejlet i rapporten.

Psykologiske måleredskaber i den ældre version af skemaerne

I det følgende præsenteres de standardiserede måleredskaber, der er benyttet i den ældre version af spørgeskemaet.

Tabel 1 *Belastningsområder og de tilsvarende psykologiske måleredskaber i den ældre version af spørgeskemaet.*

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

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, 1997) 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: "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).

Psykologiske måleredskaber i den nye version af spørgeskemaet

I det følgende præsenteres de standardiserede måleredskaber, der er benyttet i den nye version af spørgeskemaet

Belastningskriterier	Måleredskab	Forkortelse
Traumatisering – posttraumatisk stresssyndrom (genoplevelser, undgåelse og vagtsomhed) Kompleks posttraumatisk stresssyndrom (PTSD samt forstyrrelser i selvorganisering)	International Trauma Questionnaire	ITQ
Generel trivsel, energiniveau, søvn, humør	The World Health Organization- Five Well-Being index	WHO-5

International Trauma questionnaire (ITQ), (Hyland et al., 2017b) er et selv-rapporterings diagnostisk mål for PTSD og Kompleks PTSD som de er definerede i diagnosesystemet ICD 11. I den nye version af spørgeskemaet er HTQ udskiftet med ITQ. I den version af skemaet, der er anvendt til

denne dataindsamling, består skemaet af 25 spørgsmål, hvoraf syv spørgsmål repræsenterer typiske symptomer på PTSD ud fra tre kernesymptomgrupper; genoplevelser, undgåelse, og forhøjet vagtsomhed. Et spørgsmål angiver funktionsnedsættelse som konsekvens af PTSD-symptomer. De resterende 17 spørgsmål repræsenterer de fire symptomgrupper, der sammen repræsenterer forstyrrelser i selvorganisering og som sammen med de resterende PTSD-symptomer kan indikere en Komplex PTSD-diagnose ifølge ICD-11. To symptomgrupper er relateret til forstyrrelser i affektregulering og karakteriseres af enten forhøjet affekt eller begrænset affekt. De andre to symptomgrupper udgøres af negativt selvværd samt forstyrrelser i relationer. Svarene angives på en fem-punkts likert skala, der inkluderer svarmulighederne; 0="Slet ikke", 1="Lidt", 2="Noget", 3="En hel del" og 4="Rigtigt meget". For spørgsmålene relateret til PTSD-symptomer angives det, hvor meget disse symptomer har fyldt inden for den sidste måned. For de 16 spørgsmål, der repræsenterer forstyrrelser i selvorganisering bedes respondenterne om at angive, hvor godt hver enkelt sætning passer til dem ud fra, hvordan de typisk tænker og føler om dem selv og andre. For at opfylde kriterierne for PTSD skal respondenterne angive en score på to eller højere i mindst et spørgsmål inden fra hver af de tre symptomgrupper; genoplevelser, undgåelse og forhøjet vagtsomhed. For at opfylde kriterierne for Komplex PTSD skal respondenterne 1) opfylde kriterierne for PTSD, 2) have en score på to eller højere til et eller flere spørgsmål inden for én af de to affektregulerings symptomgrupper, samt en score på to eller højere til et eller flere spørgsmål inden for symptomgrupperne negativt selvværd og forstyrrelser i relationer. Ifølge ICD-11 skal der yderligere angives en score på to eller højere på et spørgsmål, der måler funktionsnedsættelse som resultat af symptomerne. Tidligere forskning har demonstreret en god reliabilitet og validitet af ITQ (Hyland et al., 2017).

WHO- five well being index (WHO-5), (WHO, 1998), er et kort selv-rapporterings trivselsmål. Det består af fem spørgsmål og svarerne indikeres på en 6 punkts likert-skala med svarmulighederne; "Hele tiden", "Det meste af tiden", "Lidt mere end halvdelen af tiden", "Lidt af tiden", og "På intet tidspunkt". Scoringen foregår fra 0 = "på intet tidspunkt" til 5= "Hele tiden". WHO-5 kan benyttes som et screeningredskab for depression, hvor en score på 1 eller 0 til et eller flere af spørgsmålene og/eller en samlet score under 13 indikerer dårlig trivsel og et behov for yderligere testning for depression. Testen er også udviklet som et effektmål, der kan vurdere effekten af behandling på generel trivsel. Indekset har udvist en god validitet i forhold til at screene for depression samt som effektmål (Topp et al, 2017).

2.2 Databehandling

Al databehandling er foretaget i SPSS Version 24. 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 $p = 0,05$.

3. Undersøgelsens resultater

Samlet set har 183 kvinder og mænd udfyldt skemaer i forbindelse med behandling i 2018, heraf 93 i den ældre version af skemaet og 91 i den nye version. 100 med opstart af behandling i 2018. *De brugere af CSM centrene, der er længere i deres behandling end 12 måneder ved starten af 2018, er ikke medtaget i denne rapport og er derfor ikke afspejlet i disse tal.* Respondenternes fordeling på de forskellige centre ses i tabel 1.

Tabel 1 Oversigt over modtagende skemaer fra 2018

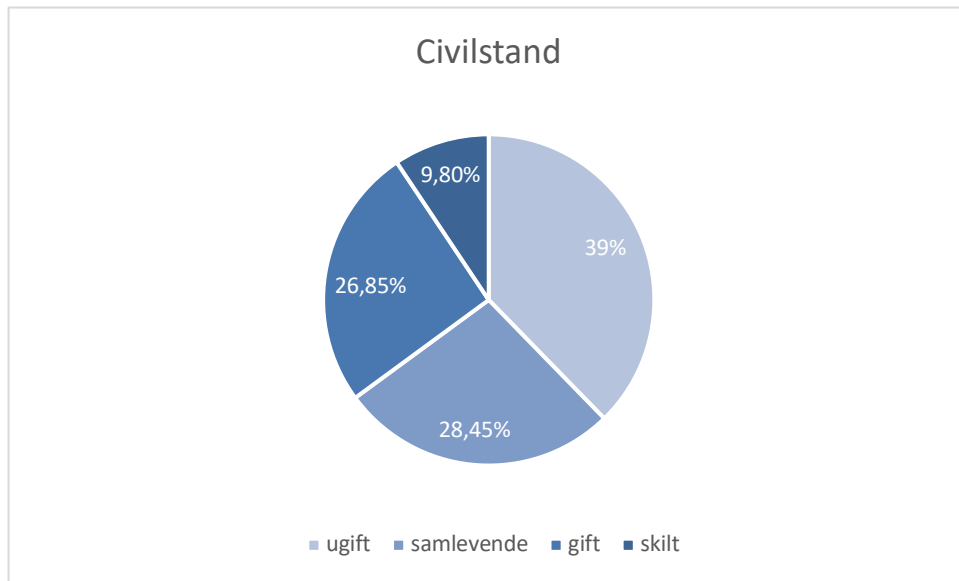
	Under behandling
CSM Midt-Nord	52
CSM Syd	58
CSM Øst	73
I alt	183

De deskriptive opgørelser i det følgende er baseret på de 183 respondenter, der har modtaget behandling i de pågældende centre i 2018.

3.1 Om respondenterne

Deltagernes alder spænder fra 19-71, mens gennemsnitsalderen for deltagerne er 36,58 år. Af deltagerne er der 149 kvinder svarende til 81,4 %. 48,1 % af respondenterne lever i ægteskab eller parforhold, mens 39,4 % er enlige. Samtidig er 9,8 % af deltagerne skilt fra en tidligere ægtefælle (se figur 1).

Figur 1 Deltagernes civilstand



55,3 % af deltagerne angiver at have børn, mens de resterende ikke har nogen børn. Gennemsnittet for antallet af uddannelsesår er i alt 14,08 år (SD 3,4 år).

I tabel 2 og tabel 3 beskrives respondenternes tilknytning til arbejdsmarkedet. Den nye og ældre version af skemaet har forskellige angivelseskategorier for beskæftigelsesgrupper, og derfor er data fra begge skemaversioner angivet i hver deres tabel. Det fremgår, at 35,6 % af de adspurgte respondenter ifølge de ældre skemaer er i arbejde, mens 15,1 % er under uddannelse. For de nye skemaer er der færre (20 %) der angiver at være i arbejde, mens 11,1 % er studerende.

Table 2 Fordeling af procentandele på udspecificerede beskæftigelsesgrupper for de ældre versionsskemaer

n= 87	Frekvens	Procentandel
Selvstændig	3	3,2
Medarbejdende familiemedlem	1	1,1
Ufaglært arbejder	6	6,5
Faglært arbejder	12	12,9
Funktionær eller tjenestemand	9	9,7
Lærling eller elev	2	2,2
Studerende	14	15,1
Førtidspensionist	7	7,5
Pensionist	2	2,2
Arbejdsløs med dagpenge, sygedagpenge, kontanthjælp, ledighedsydelse m.v.	19	20,4
Andet	12	12,9

Table 3 Fordeling af procentandele på udspecificerede beskæftigelsesgrupper for de nye versionsskemaer

n= 59	Frekvens	Procentandel
I job eller selverhvervende	18	20
Studerende	10	11,1
Arbejdssøgende	7	7,8
Pensionist	8	8,9
Andet	16	17,8

3.2 Omstændigheder ved overgrebene

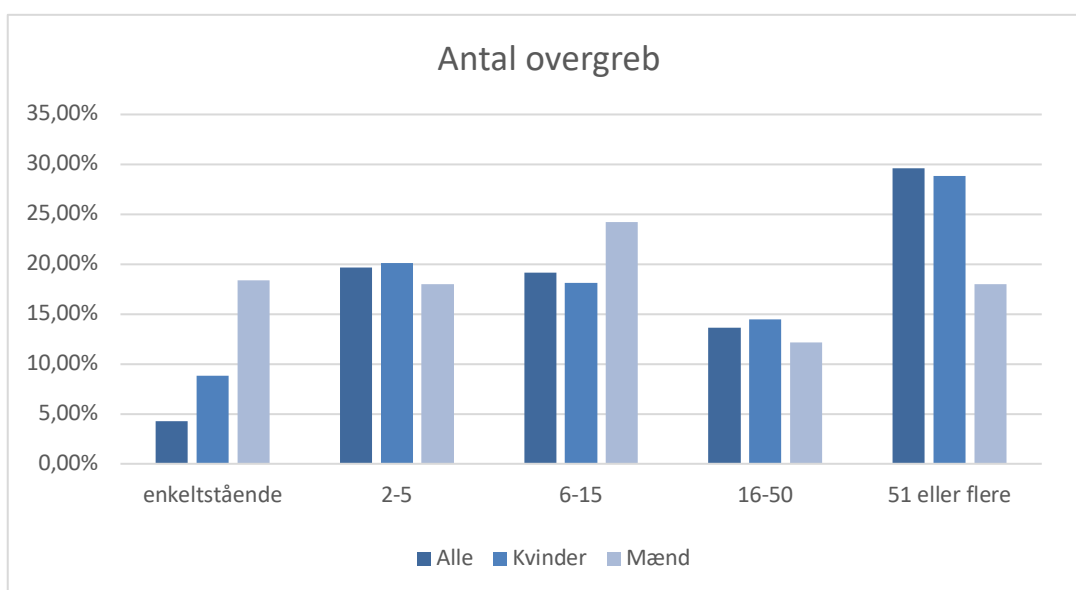
Table 4 viser, at gennemsnitsalderen for det første overgreb var 8 år, og gennemsnitligt foregik de over en periode på 6 år. I forbindelse med disse tal skal det oplyses, at 79 personer ikke har oplyst noget om varigheden af overgrebene. Tidspunktet for hvornår ofret fortæller om overgrebene er gennemsnitligt 22,32 år.

Tabel 4 Overgrebets tidspunkt, varighed og alder ved afsløring

	Gennemsnit (SD)	Rækkevidde
Alder i år ved første overgreb (n = 140)	7,97 (3,68)	0-17
Varighed i år af overgrebet/-ene (n = 105)	6,1 (4,56)	0-18
Alder i år ved første fortælling om overgreb til andre (n = 163)	22,32 (11,44)	1-50

Figur 2 viser, at 29,6 % af deltagerne rapporterer om 51 eller flere overgreb. 19,15 % af deltagerne har været udsat for mellem 6 og 15 overgreb. 13,65 % af deltagerne har været udsat for mellem 16 og 50 overgreb, mens det for 4,3 % af deltagere i undersøgelsen begrænser sig til et enkelt tilfælde. Det ses ligeledes af figur 2, at der er forskelle mellem mænd og kvinder, når det kommer til antal overgreb, idet der er omkring dobbelt så mange mænd som kvinder, der har været udsat for enkeltstående overgreb, mens der er flere kvinder end mænd, der har været udsat for 51 eller flere overgreb.

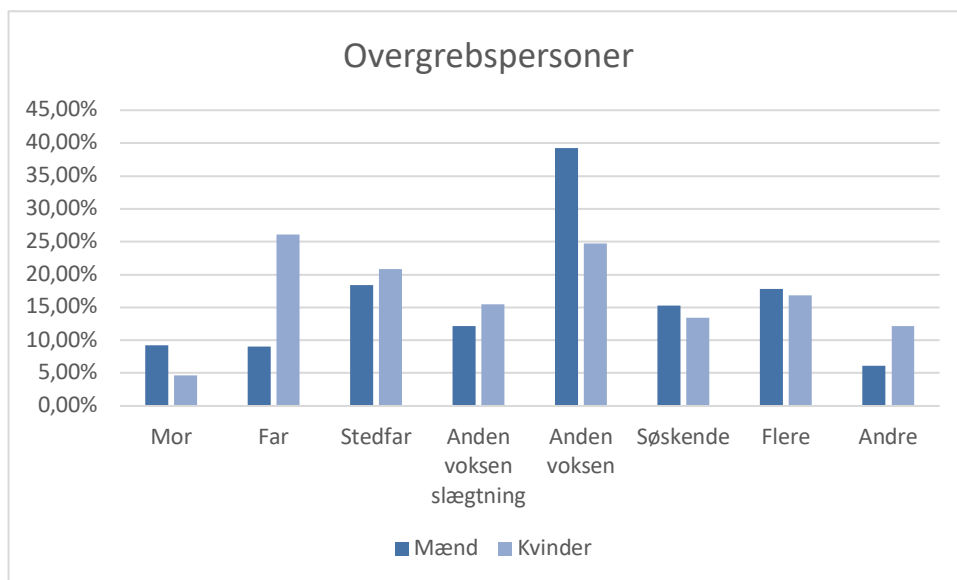
Figur 2 Antal overgreb



3.2.1 Overgrebspersoner

I figur 3 ses fordelingen af overgrebsperson(er) fordelt på køn. Størst kønsforskel ses i forhold til om overgrebspersonen har været en far eller adoptivfar, hvilket har været tilfældet for 26,05 % af kvinderne og kun 9,05 % af mændene. Ligeledes har overgrebspersonen for flere mænd (46,2 %) end kvinder (32 %) været en anden voksen uden for familien. Moderen er overgrebsperson i 9,2 % af mændenes tilfælde, mens det samme kun gør sig gældende i 4,7 % af kvindernes tilfælde. Søskende har været overgrebspersoner oftere for mænd (15,3 %) end for kvinder (13,45 %).

Figur 3 Overgrebspersoner

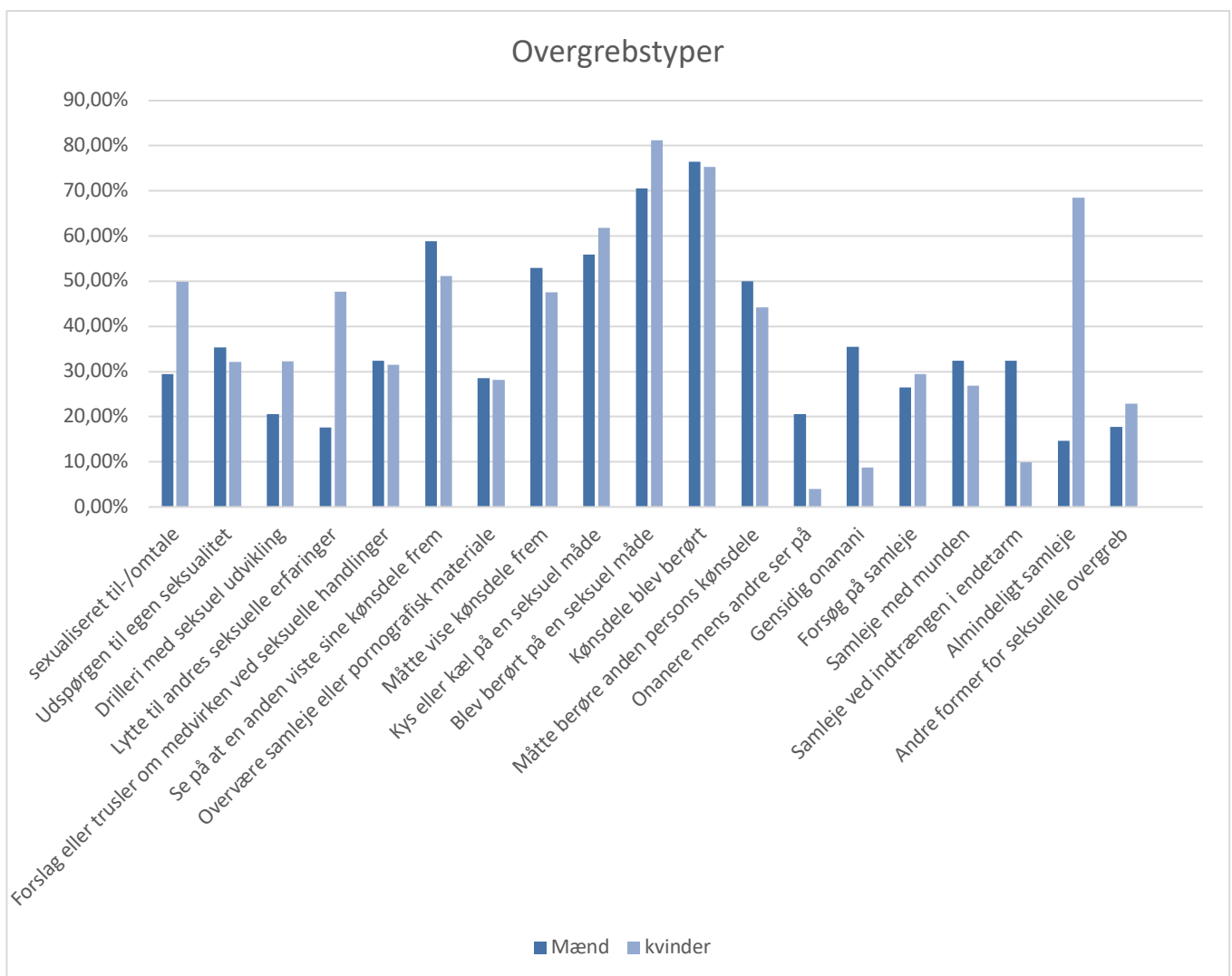


3.2.2 Seksuelle barndoms erfaringer/overgreb

Figur 4 viser, hvilke seksuelle begivenheder undersøgelsesdeltagerne har oplevet, før de fyldte 15 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 (20,55 %) end kvinder (4 %) har måtte onanere mens andre ser på. Samtidig er flere mænd (32,35 %) end kvinder (26,80 %) blevet

tvunget til samleje med munden, og flere mænd end kvinder er blevet tvunget til samleje ved indtrængen i endetarmen (32,35 % versus 9,95 %). Omvendt er flere kvinder end mænd blevet kysset eller kælet på en seksuel måde (61,75 % kvinder mod 55,90 % mænd). Det ses generelt, at seksuel berøring samt berøring af kønsdele er blandt de hyppigst forekommende blandt begge køn.

Figur 4 *Typer af overgreb*



3.2.3 Opmærksomhed på fare samt kropslige følger af overgrebet

Kun 28,3 % var klar over, at der var fare på færde umiddelbart før overgrebet fandt sted, mens 58,65 % ikke bemærkede nogen fare forud for overgrebet.

Størstedelen (83,15 %) angiver, at de ikke har haft kropslige følger efter overgrebet, mens 13,05 % angiver at have oplevet kropslige følger.

Opsamling

Gennemsnitsalderen for undersøgelsens deltagere er 36,58 år, og 149 af dem er kvinder (81,42%). Lige under halvdelen af deltagerne er gift eller samlevende med deres partner, og lidt under halvdelen af dem har ingen børn. Deltagerne i undersøgelsen har gennemsnitligt uddannet sig i 14,08 år. Helt typisk for overgrebene er det, at de for størstedelens vedkommende startede tidligt – gennemsnitligt da personen var 8 år gammel. Det er desuden karakteristisk for gruppen, at overgrebene finder sted over en lang periode (gennemsnitligt godt 6 år), og at deltagerne først fortæller om deres oplevelser, når de er blevet voksne. Langt de fleste har været udsat for mere end ét overgreb, og for knap en tredjedel 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, søskende eller en anden voksen slægtning også relativt ofte var involveret – især for kvindernes vedkommende. Forskellige former for berøring er den hyppigst forekommende forulempelse blandt undersøgelsens deltagere. Herudover er der store kønsforskelle i, hvad deltagerne i undersøgelsen specifikt er blevet udsat for. Hvor mændene oftere er udsat for gensidig onani og samleje med munden, mens kvinderne oftere er udsat for seksualiseret til- og omtale samt at måtte lytte til andres seksuelle erfaringer.

3.4 Belastning målt ved standardiserede spørgeskemaer – før behandlingen

Følgende afsnit omhandler psykologisk belastning oplevet *inden* behandlingen, og er således baseret på de 183 respondenter, der har besvaret spørgeskemaet *før* behandling. I det følgende præsenteres de centrale fund for hvert enkelt standardiserede spørgeskema. Hvor intet andet er beskrevet, er den interne validitet fundet tilfredsstillende.

3.4.1 Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)

Alle anvendte skalaer er blevet testet for intern konsistens ved Cronbach's alfa. For HTQ var den samlede alpha-værdi for hele skalaen på 0,734. Den samlede alpha-værdi for hele skalaen er således meget tilfredsstillende. 98,9 % af svarpersonerne havde inden behandlingen et eller flere af invasionssymptomerne, hvilket er et af kriterierne i PTSD-diagnosen (American Psychiatric Association, 1994). 87,2 % af svarpersonerne havde tre eller flere undgåelsessymptomer, svarende til hvad PTSD-diagnosen kræver, mens 95,5 % havde to eller flere vagtsomhedssymptomer, som er en forudsætning for at få PTSD-diagnosen. Af alle deltagere opfyldte 74,2 % alle tre kernekriterier til PTSD-diagnosen før behandlingen. Yderligere 10,1 % 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 6,8 % (Kessler et al., 2005). En kønsopdelt analyse viste, at andelen af mænd, der kvalificerede til en PTSD-diagnose var højere end andelen af kvinder (72,4 % kvinder, 82,4 % mænd). Denne forskel var dog ikke signifikant.

3.4.2 Trauma Symptom Checklist (TSC)

Den interne validitet for TSC-total var meget høj (0,87), mens α -værdierne for de otte subskalaer varierede fra 0,44-0,75. To subskalaer havde en α værdi under 0,6; skalaen for aggression og skalaen, der måler mistanke om tidligere seksuelt misbrug. Disse to skalaer inkluderes ikke i den videre analyse. Den gennemsnitlige score per item for hver symptomgruppe (dvs. total score/antal spørgsmål) angiver, at alle symptomer ligger mellem 1,94 og 2,53 i gennemsnit. Højest er gennemsnittet for søvnproblemer (2,53) fulgt af et højt niveau af depression (2,38). Herefter følger somatisering (2,18), dissociation (2,16), angst (2,12) og interpersonel sensitivitet, (1,94). 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 nogle signifikante kønsforskelle på mænd og kvinder mellem TSC-scorerne.

3.4.3 Social støtte dengang og nu (CSS)

I tabel 6 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 bortset fra kategorien svigt, hvor der ikke ses en signifikant forskel. 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 og de 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, og de er alt i alt mere

tilfredse med den støtte, de modtager, end lige efter overgrebene. Alle forskelle undtagen svigt er statistisk signifikante (se tabel 6).

Tabel 6 Forskel på social støtte umiddelbart efter overgrebet og umiddelbart før behandling

Forskel på social støtte efter overgrebene og i dag		Gennemsnit	SD	t	P (2-tailed)
cssda1 -	Andre, der lytter	-3,05	2,21	-12,19	< 0,000
cssda2 -	Kontakt med	-1,21	2,05	-5,44	< 0,000
cssda3 -	Udtrykke tanker	-3,26	1,59	-18,69	< 0,000
cssda4 -	Oplevet sympati	-3,04	1,96	-13,71	< 0,000
cssda5 -	Praktisk hjælp	-1,29	2,41	-4,68	< 0,000
cssda6 -	Svigt	-0,43	2,22	-1,69	0,094
cssda7 -	Samlet	-2,75	2,06	-11,64	< 0,000

3.4.4 WHO-5 trivselsmål

Ved første måling før behandling var den totale WHO-5 gennemsnitscore 9,38, og 74,1 % af deltagerne havde en score på under 13, hvilket indikerer dårlig trivsel og mulig depression. 36,5 % har scoret 1 eller 0 i en af de 5 spørgsmål, og over halvdelen af deltagerne har svaret, at de på intet tidspunkt, eller kun lidt af tiden, inden for de sidste to uger er vågnet friske og udhvilede (64,4 %), eller har følt sig aktive og energiske (54,7 %).

3.4.5 ITQ

Reliabilitets-estimer viser at den interne validitet for de spørgsmål af ITQ, der måler PTSD samlet set er høj (8,21), og dette gør sig også gældende for de tre subskalaer med α værdier mellem 0,64 og 0,74. Før behandlingsstart opfyldte 78,2 % af respondenterne et eller flere invasions symptomer, mens 83,9 % udfyldte et eller flere undgåelsessymptomer og 85,9 % udfyldte et eller flere vagtsomhedssymptomer. Ifølge ICD-11 kriterierne for

PTSD skal et symptom fra hver af disse symptomgrupper være opfyldt sammen med en angivelse af funktionsnedsættelse som resultat af disse symptomer. 35,5 % opfyldte alle kriterierne for PTSD, mens 57,1 % opfylder et symptom fra hver symptomgruppe, men har ikke angivet en moderat funktionsnedsættelse. Disse tal er markant lavere end opnået med HTQ og dette stemmer overens med tidligere forskning, der har påvist færre PTSD diagnoser når denne diagnosticeres ud fra ICD-11 frem for DSM-IV (Hyland et al. 2017). Prævalensen er dog stadig markant højere end blandt den generelle population, hvor tidligere studier, ved anvendelse af ITQ, har fundet en livstidsprævalens på 4 % for PTSD (Karatzias et al. 2018). Som beskrevet tidligere i rapporten måler ITQ også Komplex PTSD. De 17 spørgsmål, der dækker denne del, havde en meget tilfredsstillende intern reliabilitet på 0,89, og α værdierne for hver af de fire subskalaer var ligeledes meget tilfredsstillende mellem 0,7 og 0,9. En analyse viste at 88 % udfyldte et eller flere symptomer inden for én af de to affektforstyrrelses-symptomgrupper. 86 % angav et eller flere symptomer på negativt selvværd, og 89,5 % havde et eller flere symptomer på relationsforstyrrelser. 52 % af deltagerne opfyldte kriterierne for kompleks PTSD ifølge ICD-11. Denne andel af deltagere med Komplex PTSD er også markant højere end i normalbefolkningen, hvor livstidsprævalensen er fundet til at være 3,3 % (Karatzias et al. 2018). Da PTSD og Komplex PTSD er gensidigt udelukkende tyder disse tal på, at Komplex PTSD er den dominerende diagnose i denne gruppe, og at PTSD alene kun er tilstedeværende i en lille andel af deltagerne.

Sammenfatning og psykologisk beskrivelse af deltagerne

Næsten tre fjerdedele af den undersøgte gruppe opfyldte kriterierne for PTSD-diagnosen inden behandling ifølge HTQ baseret på DSM IV, mens lidt over halvdelen udfyldte kriterierne ifølge ITQ baseret på ICD-11. I tillæg hertil opfyldte yderligere ca. 10 % af deltagerne kriterierne for subklinisk PTSD (opfyldelse af to af de tre kriterier) ifølge HTQ, mens lidt over det dobbelte (22,5 %) udfyldte kriterierne for subklinisk PTSD ifølge ITQ.

Forskellene i disse tal stemmer overens med tidligere forskning, der viser at færre diagnosticeres med PTSD ud fra ICD-11 end DSM-IV (Hyland et al., 2017a). På trods af disse forskelle er begge prævalenstal markant højere end i den generelle population og resultaterne 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. Resultaterne indikerer endvidere en høj grad af kompleks PTSD, hvor langt de fleste af deltagerne oplever de ekstra symptomer på forstyrrelser i affektregulering, selvværd og relationer, der adskiller Kompleks PTSD fra PTSD. Ligeledes i forhold til symptomer på angst, depression, somatisering, interpersonelle problemer, søvnproblemer og dissociation scorer deltagerne i undersøgelsen højere, end hvad man forventer at se i normalbefolkningen. I forhold til generel trivsel indikerer analysen, at lige under tre fjerdedele trives dårligt og bør testes yderligere for depression.

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 generel dårlig trivsel, mange symptomer på PTSD og kompleks PTSD, samt symptomer på depression og angst.

3.5. Sammenligning af standardiserede spørgeskemaer før behandlingsstart samt efter seks måneder og tolv måneder

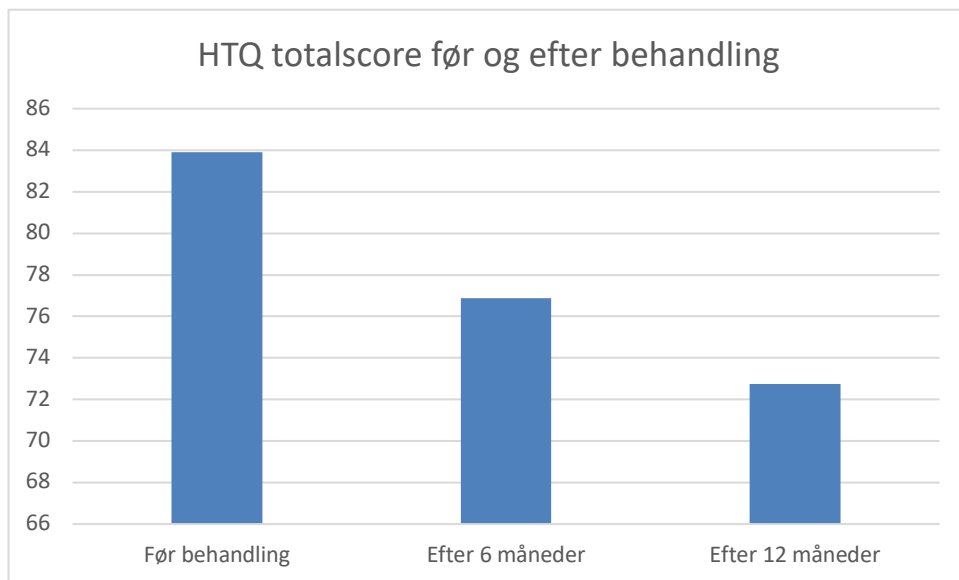
I ovenstående er patientkarakteristika (patienternes alder, demografi, uddannelse, sociale omstændigheder etc), traumets karakteristika (overgrebenes start, varighed og omfang, overgrebspersoner etc.) samt følgevirkninger (den inden behandlingen tilstedeværende psykopatologi i form af PTSD, depression, angst etc.) angivet. Alle disse faktorer formodes 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 det følgende gennemgås de enkelte mål for en eventuel behandlingseffekt.

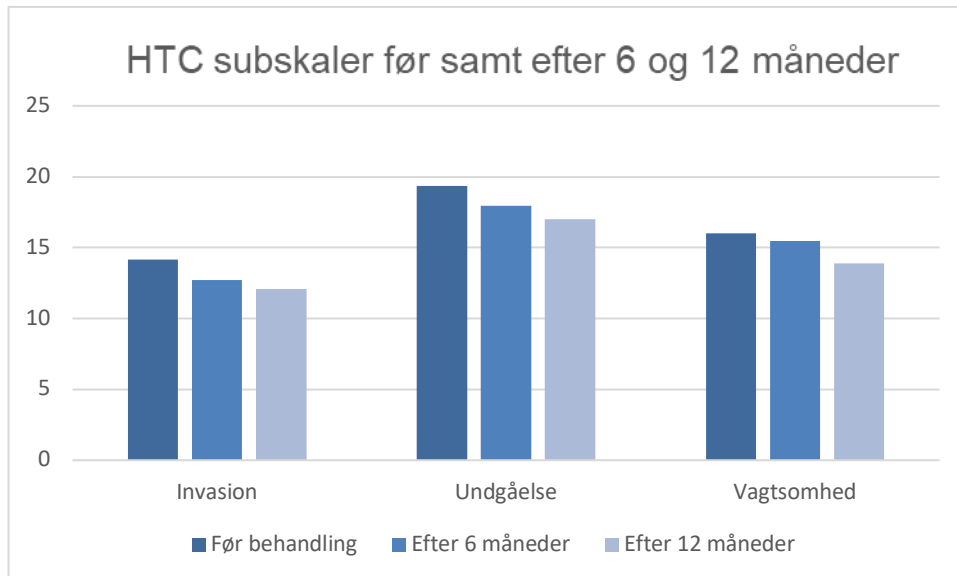
HTQ

I figur 5 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 6 måneder efter (se figur 6). Den samme signifikante forskel ses også fra 6 til 12 måneder.

Figur 5 HTQ total før og efter behandling. Forskellene ved måletidspunkterne er signifikante ($p < 0,001$)



Figur 6 HTQ subskalaer før samt seks og 12 måneder inde i behandlingen.



Der blev ikke påvist nogle signifikante kønsforskelle i symptomniveauet af PTSD. Af tabel 6 fremgår de kønsopdelte PTSD symptomer.

Tabel 6 Gennemsnit af HTQ-scores for kvinder og mænd henholdsvis før behandling samt efter 12 måneders behandling.

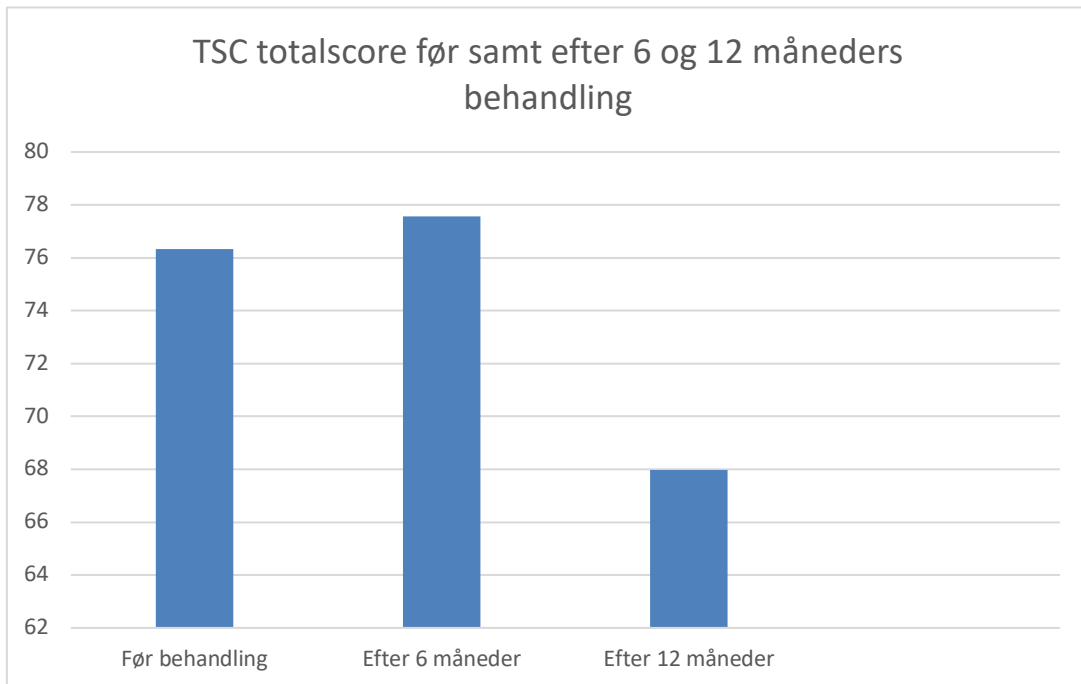
	Kvinder før (n= 71)	Mænd før (n = 17)	Kvinder 1 år efter (n 40)	Mænd 1 år efter (n = 6)
Invasion	14,39	13,13	11,84	13,50
Undgåelse	18,99	20,76	16,63	19,80
Vagtsomhed	16,29	14,94	13,88	13,83
Total	84,70	80,53	71,80	79,60

Ved behandlingsopstart opfyldte 74,2 % af alle deltagere de tre kernekriterier for PTSD-diagnosen ifølge HTQ, et tal som efter seks måneders behandling var faldet til 54,8 %. Ved undersøgelsens sidste måling var denne andel faldet yderligere, således at 24,7 % af deltagerne opfyldte kernekriterierne for PTSD. Dog skal der tages højde for den faldende andel af respondentbesvarelser undervejs i forløbet.

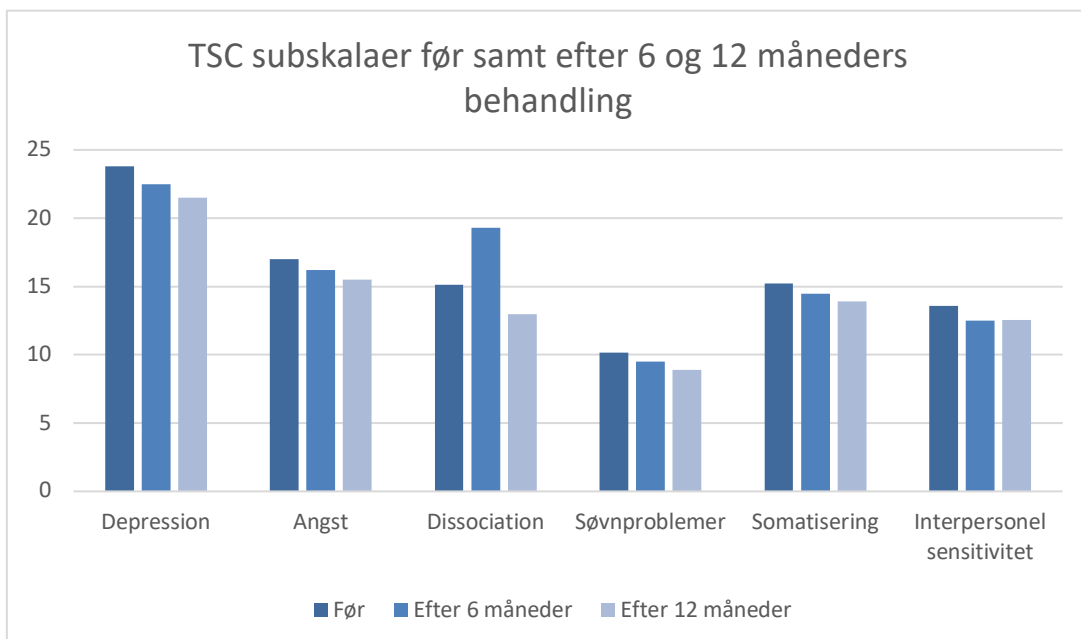
TSC

I hhv. figur 7 og 8 ses en grafisk afbildning af TSC total og TSC subskalaer før behandling samt efter seks og 12 måneders behandling.

Figur 7 Gennemsnit af TSC total før samt efter seks og 12 måneders behandling.



Figur 8 Gennemsnit af TSC underskalaer før samt efter seks og 12 måneders behandling.



Det ses i figur 7 og 8, at der er signifikante forskelle fra før behandling til 12 måneder efter opstart både for traumereaktionerne totalt set samt for samtlige underskalaer. Dissociation er den eneste faktor, der stiger efter 6 måneders behandling, hvorefter denne falder igen efter 12 måneder. Denne midlertidige stigning kan have mange årsager. Den kan være et resultat af selve behandlingen, der sætter gang i mange processer og emotioner forbundet med traumat og på den måde kan fremprovokere dissociation. Mængden af dissociative symptomer falder til et niveau, der er lavere end ved første måling, når deltagerne er længere i behandlingsforløbet. I relation til kønsforskelle er disse præsenteret i tabel 7. Af tabellen fremgår det, at kvinderne har et højere niveau af angst inden behandlingsopstart end mændene. Det ses også, at mændene efter 12 måneder har et højere niveau af depression og angst end kvinderne. Disse forskelle er dog ikke signifikante.

Tabel 7 Gennemsnit af TSC-scores for depression, angst, interpersonel sensitivitet (samspil) og total TSC for kvinder og mænd henholdsvis før behandling samt efter 12 måneders behandling.

	Kvinder før (n= 70)	Mænd før (n = 17)	Kvinder 1 år efter (n= 41)	Mænd 1 år efter (n= 6)
Depression	23,93	23,19	21,32	22,67
Angst	17,25	15,88	15,33	16,67
Samspil	13,27	14,77	12,59	12,4
Total	76,67	74,93	67,03	74,4

Social støtte før behandling og efter 12 måneder (CSS)

I en t-test af den sociale støtte hhv. før behandling og efter 12 måneders behandling fremgår det, at der er sket positive forandringer i opfattelsen af social støtte inden for de fleste af variablene. Forandringer er ikke alle signifikante, men det ses, at der er sket signifikante forbedringer i deltageres evne til at tale om deres tanker og følelser ($t=-4,23$, $P=0,000$),

samt deres opfattelse af om de er tilfredse med den støtte de modtager i dag ($t= 3,41$, $P=0.001$).

WHO-5 og ITQ

Da der desværre er for få, der har besvaret WHO-5 og ITQ seks og 12 måneder efter behandling, er det ikke muligt at lave en meningsfuld tolkning på ændringerne i scores mellem måletidspunkterne. Det kan dog siges, at for de få deltagere, der har udfyldt skemaer efter seks og 12 måneder ser scorerne for WHO-trivselsmålingen ud til at være steget, mens PTSD og Komplex PTSD-målene fra ITQ ser ud til at være faldet. Disse ændringer er dog ikke pålidelige med så få respondenter.

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 forhold til PTSD-målet med HTQ sås der en markant og signifikant reduktion af det overordnede symptomniveau, såvel som på de tre subskalaer.

I relation til andre traumereaktioner målt med TSC skete der et signifikant fald i symptomernes totale niveau og for samtlige subskalaer. Ligeledes var deltagerne evne til at tale om deres tanker og følelser, samt deres tilfredshed med den støtte de modtog, højere ved tredje måling end ved første. For de skalaer tilføjet i den nye version af skemaet var der ikke nok deltagere, der havde udfyldt skemaer seks og 12 måneder inde i behandlingen til at opnå pålidelige resultater. Foreløbige analyser viser en positiv effekt af behandling på symptomer inden for Komplex PTSD, samt på generel trivsel, blandt de deltagere, der har udfyldt skemaer på flere måletidspunkter. Centrene's behandlingstilbud i 2018 var overordnet set effektivt i forhold til reduktion af PTSD og andre traumereaktioner, og

analyserne indikerer en bedring i opfattelsen af social støtte og generel trivsel blandt brugerne under behandlingsforløbet.

4. Opsamling, konklusioner og perspektivering

Forhåndenværende undersøgelse har sat fokus på senfølger og behandling af seksuelt misbrug i barndommen.

I forhold til senfølger findes der i litteraturen grundigt belæg for antagelser om, at der er mange, alvorlige psykologiske senfølger af et seksuelt misbrug i barndommen: symptomer på PTSD, Komplex PTSD, depression, angst, samt seksuelle forstyrrelser og risiko for reviktimisering. Desuden ses spiseforstyrrelser, borderline-symptomer samt misbrug af stoffer og alkohol 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. De i undersøgelsen deltagende centre bruger mange forskellige behandlingsformer (Eriksen & Boesen, 2013), 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.

Denne undersøgelse bekræftede det billede af senfølger, som blev tegnet i litteraturen samt i den tidligere rapport udarbejdet over brugerne af CSM-centrene fra 2016. Den deltagende gruppe i undersøgelsen fremviser således en meget høj andel af personer, der opfylder diagnosekriterierne for PTSD både når det vurderes ud fra DSM-IV (73,8 %) og ICD-11 (57,1 %). I tillæg hertil opfylder mellem 10,1 og 22,5 % af deltagerne kriterierne for det, der kaldes subklinisk PTSD, ligesom en høj andel (52 %) opfylder kriterierne for Komplex PTSD. Dette understøtter litteraturen, der angiver at seksuelt misbrugte er en særlig risikogruppe for udviklingen af kompleks PTSD, og at denne diagnose i de fleste tilfælde vil være mere passende end PTSD. Den høje grad af Komplex PTSD er vigtig at tage i betragtning i forhold til behandling, da der er forskel på, hvilken behandlingspraksis der er mest effektiv for PTSD og Komplex PTSD, og da

Kompleks PTSD ofte kræver et længere behandlingsforløb end PTSD (Cloitre et al., 2011).

I effekten af behandlingen ses især en gavnlig effekt på mængden af deltagere, der opfylder diagnosekriterier for PTSD, samt for angst og depressions-forekomsten der mindskes mærkbart, ligesom deltagernes selvværd forbedres med behandlingen.

Litteratur

- 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., Courtois, C.A., Charuvastra, A. Carapezza, R. Stolbach, B.C., & Green, B.L. (2011). Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 615-627.
- Cloitre M., Garvert D. W., Brewin C. R., Bryant R. A., Maercker A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 20706
- 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.
- 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., Murphy, J., Hyland, P., Murphy, S. & Fletcher, S. (2016): *Treatment of Danish Survivors of Childhood Sexual Abuse – Research briefing*. Videnscenter for Psykotraumatologi.
- Elklit, A., Shevlin, M., Solomon, Z., Dekel, R. (2007): Factor Structure and Concurrent Validity of the World Assumption Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (3), 303-312.
- Eriksen, L.W.; Boesen, K.S. *Metodebrug ved Incestcenter Fyn; Incestcenter Fyn: Odense, Denmark, 2013.*
- 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.
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., Mcelroy, E., Elklit, A., . . . Cloitre, M. (2017a). Variation in post-traumatic response: The role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 727-736. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-017-1350-8>
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S.,... Roberts, N. P. (2017b). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the international trauma

- questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 313-322.
doi:10.1111/acps.12771
- Karstoft, K. I., Hansen, N. B., Eriksen, S. B., & Elklit, A. (2014). *Effekt af Behandling—et fokus på senfølger af seksuelle overgreb i barndommen*. Videnscenter for Psykotraumatologi.
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Roberts, N. P., ... Brewin, C. R. (2018). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European journal of psychotraumatology*, 8(7), 1418103.
doi:10.1080/20008198.2017.1418103
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., . . . Cloitre, M. (2016). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181-187.
doi:10.1016/j.jad.2016.09.032
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657.
- 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.
- 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.
- Topp C.W., Østergaard S.D., Søndergaard S., & Bech P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167-176.
- WHO. (1998). Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.