



# DE REGIONALE CENTRE FOR SEKSUELT MISBRUG RAPPORT OVER EFFEKT AF BEHANDLING 2021

Et fokus på senfølger af seksuelle overgreb i barndommen

Colorbox ©

Mette Alkærsig & Ask Elklit

Videnscenter for Psykotraumatologi  
Institut for Psykologi, Syddansk Universitet



**De regionale centre for seksuelt misbrugte. Rapport over effekt af behandling 2021 - et fokus på senfølger af seksuelle overgreb i barndommen.**

**Udgiver:** Videnscenter for Psykotraumatologi

**Udgivelse:** 2022

Trykkeri: Grafisk Center, Syddansk Universitet, Campusvej 55, 5230 Odense M

**Forfattere:**

Mette Alkærsg

Ask Elklit

© Videnscenter for Psykotraumatologi

Institut for Psykologi

Syddansk Universitet

Campusvej 55

5230 Odense M

ISBN: 978-87-94233-84-2

EAN: 9788794233842

Denne rapport kan frit citeres ved brug af følgende kildeangivelse:

Alkærsg, M., & Elklit, A. (2022). De regionale Centre for Seksuelt Misbrugte. Rapport over effekt af behandling 2021 - et fokus på senfølger af seksuelle overgreb i barndommen. Odense:

Videnscenter for Psykotraumatologi (s. 1-31).

**Tak til ...**

Studentemedhjælper ved Videnscenter for Psykotraumatologi Camilla Jeppesen for bidrag til metodebeskrivelsen gennem sit store kendskab til CSM-spørgeskemaerne.

Cand.psych. Lea K. Jørgensen for sparring om databehandling.

## **Forord**

Denne rapport er baseret på de tidligere rapporter ”De regionale centre for seksuelt misbrug. Effekt af behandling 2018 – et fokus på senfølger af seksuelle overgreb i barndommen” udarbejdet” og ”De regionale centre for seksuelt misbrug. Effekt af behandling 2016 – et fokus på senfølger af seksuelle overgreb i barndommen” udarbejdet af Videnscenter for Psykotraumatologi i hhv. 2019 og 2017. Rapporterne blev udarbejdet på foranledning fra Socialministeriet, der ønsker viden om effekten af behandlingen i landets tre Centre for Seksuelt Misbrugte (CSM Syd, CSM Øst og CSM Midt-Nord). Rapporterne undersøgte effekten af den udførte behandling på centrene i henholdsvis 2016 og 2018. Indeværende rapport undersøger effekten af centrenes udførte behandling i 2021 og 2020.

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Metodebeskrivelse .....</b>	<b>3</b>
2.1 Spørgeskemaets opbygning.....	3
2.2 Standardiserede psykologiske måleredskaber i spørgeskemaet .....	4
International Trauma Questionnaire (ITQ).....	4
Revised Adult Attachment Scale (RAAS).....	5
Bech-19.....	5
Trauma symptom checklist (TSC).....	5
The Five Well-Being Index (WHO-5).....	6
2.3 Opmærksomhedspunkter i relation til udfyldelsen og behandlingen af data fra spørgeskemaet .....	6
2.4 Databehandling .....	8
<b>3. Undersøgelsens resultater .....</b>	<b>9</b>
3.1 Om brugerne.....	10
3.2 Omstændigheder ved overgreb.....	11
3.2.1 Overgrebspersoner .....	12
3.2.2 Rapportering om ubehagelige seksuelle oplevelser før 15-årsalderen.....	13
3.2.3 Opmærksomhed på fare samt kropslige følger af overgrebet .....	14
3.2.4 Tidligere psykologisk/psykiatrisk behandlingsforløb.....	14
3.3 Opsamling på deltageres demografi og traumespecifikke karakteristika.....	15
3.4 Belastning målt ved standardiserede spørgeskemaer – før behandlingen .....	15
3.4.1 Trauma Symptom Checklist (TSC) .....	15
3.4.2 The Five Well-Being Index (WHO-5).....	16
3.4.3 International Trauma Questionnaire (ITQ).....	16
3.5 Sammenfatning og psykologisk beskrivelse af deltagerne før behandling .....	17
3.6 Sammenligning af psykologisk belastning mål med standardiserede spørgeskemaer før behandling amt seks måneder og 12 måneder efter behandlingsopstart .....	18
3.6.1 Trauma Symptom Checklist (TSC) .....	18
3.6.2 The Five Well-Being Index (WHO-5).....	20
3.6.3. International Trauma Questionnaire (ITQ).....	21
3.7 Sammenfatning af sammenlignende før/efter-analyser af rapporteret psykologisk belastning .....	25
<b>4. Opsamling, konklusioner og perspektivering .....</b>	<b>27</b>
<b>Litteratur.....</b>	<b>29</b>

## Oversigt over figurer og tabeller

### Figurer

**Figur 1:** Brugernes civiltilstand (s. 10)

**Figur 2:** Antal overgreb (s. 12)

**Figur 3:** Overgrebspersoner (s. 13)

**Figur 4:** Overgrebstyper (s. 14)

**Figur 5:** Gennemsnitlige TSC-scores ved alle målinger (s. 19)

**Figur 6:** Gennemsnitlige TSC-totalscore for subskalaer ved alle målinger (s. 19)

**Figur 7:** Gennemsnitlige totalscores på WHO-5 (s. 21)

**Figur 8:** Prævalens af ICD-11 PTSD og brugere med PTSD-symptom(er) fra alle symptomgrupper (s. 22)

**Figur 9:** Andel af brugere med et eller flere symptomer fra ITQ PTSD-subskalaer (s. 23)

**Figur 10:** Prævalens af ICD-11 Komplex PTSD (s. 24)

**Figur 11:** Andel af brugere med et eller flere symptomer fra ITQ KPTSD-subskalaer (s. 25)

### Tabeller

**Tabel 1:** Standardiserede psykologiske måleredskaber i CSM-spørgeskemaer (s. 4)

**Tabel 2:** Oversigt over modtagne opfølgningsskemaer fra 2020 og 2021 (s. 9)

**Tabel 3:** Oversigt over modtagne opfølgningsskemaer fra 2020 og 2021 (s. 10)

**Tabel 4:** Overgrebets tidspunkt, varighed og italesættelsesalder (s. 11)

**Tabel 5:** Kønsopdelt gennemsnit af TSC-totalscore og TSC-subskala totalscores (s. 20)

**Tabel 6:** Antal besvarelser på ITQ PTSD-subskalaer (s. 21)

**Tabel 7:** Antal besvarelser på ITQ KPTSD-subskalaer (s. 25)

## 1. Indledning

Seksuelt misbrug af børn er et alvorligt samfundsmæssigt problem. Et litteraturstudie fra 2009 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). Studiet var baseret på data fra 22 lande (dog ikke med data fra Danmark), og omfanget af seksuelt misbrug er således større, end man tidligere har antaget. Seksuelt misbrug af børn kan have omfattende og alvorlige konsekvenser for offeret både kort og lang sigt f.eks. ved udvikling af komplekse psykologiske og sociale senfølger.

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 & Elliot (2003) fastslår, at der er mange alvorlige psykologiske senfølger af at have været udsat for seksuelt misbrug i barndommen herunder symptomer på posttraumatisk stress lidelse (PTSD), depression, angst og seksuelle forstyrrelser. Blandt voksne, der har været udsat for seksuelt misbrug i barndommen, ses i forlængelse bl.a. en øget forekomst af spiseforstyrrelser (Wolf & Elklit, 2018), symptomer på emotionel ustabil personlighedsstruktur samt misbrug af stoffer og alkohol (Carter, Bewell, Blackmore & Woodside, 2006; Cutajar, Mullen, Oglhoff, Thomas, Wells & Spataro, 2010), ringere helbredsvaner og øget risikoadfærd (Beck, Palic, Andersen & Rønholt, 2013) og risiko for reviktimisering (Briere & Elliot, 2003). En øget risiko for reviktimisering begrænser sig ikke kun til voksenlivet, men er også fundet hos unge udsat for mishandling i barndommen, herunder seksuelt misbrug (Schouwenaars, Murphy & Elklit, 2016).

De langsigtede konsekvenser af at gennemleve seksuelt misbrug i barndommen er undersøgt i et dansk registerstudie, hvor man undersøgte for en eventuel sammenhæng mellem seksuelt misbrug i barndommen og udvikling af psykiatriske lidelser (Murphy, Elklit, Shelvin & Christoffersen, 2020). Undersøgelsen involverede 2980 danskere fra en dansk kohorte fra 1984 og undersøgte sammenhængen mellem udvikling af psykiatriske lidelser og oplevelsen af 1) emotionel mishandling 2) seksuelt misbrug 3) fysisk vold, emotionel mishandling og omsorgssvigt (polyviktimisering) 4) ingen af de nævnte former for svigt eller misbrug i barndommen. Studiet fandt, at isoleret udsættelse for emotionel mishandling og seksuelt misbrug samt polyviktimisering var forbundet med udviklingen af en psykiatrisk lidelse i voksenlivet (Murphy et al., 2020).

Seksuelt misbrug tilhører også den kategori af gentagende traumatiske hændelser, der, hvis indtruffet tidligt i livet, kan være en risikofaktor for udvikling af symptomer på Komplex PTSD. Komplex PTSD er en traumerelateret diagnose, der er tilføjet til den nyligst opdaterede version af WHO's diagnosemanual (ICD-11). I tillæg til PTSD-symptomerne, er Komplex PTSD kendetegnet ved grundlæggende forstyrrelser i selvorganisering, herunder selvværdsproblemer, relationelle vanskeligheder og forstyrrelser i affektregulering (Cloitre, Gavert, Brewin, Bryant & Maercker, 2013; Hyland et al., 2017a).

Selvom der i litteraturen endnu ikke er konsensus om alle måderne, hvormed seksuelt misbrug i barndommen kan påvirke 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).

Studierne, der undersøger eller belyser behandling af psykologiske følgevirkninger af seksuelt misbrug i barndommen, er meget forskellige og derfor svære at sammenligne. Der er heller ikke en udtalt enighed om, hvordan psykologiske følgevirkninger af seksuelt misbrug i barndommen skal behandles. Dette skyldes bl.a. manglende viden om mekanismerne bag, hvordan ofrenes forskelligartede psykologiske, fysiske og sociale senfølger resulterer i forskellige belastningsgrader og belastningsudtryk hos det enkelte menneske udsat for seksuelt misbrug i barndommen. Der er dog på tværs af eksisterende studier en gennemgående enighed om, at der *er* en positiv effekt af psykoterapeutisk behandling af senfølger efter seksuelt misbrug i barndommen (Taylor & Harvey, 2010), hvilket understreger vigtigheden af at have viden om, hvordan gennemlevelse af seksuelt misbrug i barndommen kan påvirke det enkelte offer både på kort og lang sigt, således mennesker med senfølger lettere kan identificeres. Det understreger også nødvendigheden i, at der eksisterer kvalificerede behandlingstilbud til mennesker med senfølger efter misbrug i barndommen, så ofre kan hjælpes bedst muligt.

For yderligere litteratur omhandlende senfølger efter seksuelle overgreb samt behandling af disse henvises der til Videnscenter for Psykotraumatologi (VfP) tidligere rapporter ”Effekt af behandling – et fokus på senfølger af seksuelle overgreb i barndommen” (henholdsvis fra 2014 og 2019) samt rapporten ”Treatment of Danish Survivors of Childhood Sexual Abuse – Research Briefing” (Elklit, Shevlin, Murphy, Hyland & Fletcher, 2016). Slutteligt har Videnscenterets en række andre publikationer om emnet, som via vores hjemmeside ([www.psykotraume.dk](http://www.psykotraume.dk)) kan findes under forskningsområdet ”Rehabilitering”.

## 2. Metodebeskrivelse

Rapporten bygger på data fra spørgeskemaer udfyldt af kvinder og mænd, der har været udsat for seksuelt misbrug i barndommen. Deltagerne har søgt behandling for senfølgerne af gennemlevelse af seksuelt misbrug i barndommen ved et af landets tre specialiserede Centre for Seksuelt Misbrugte (CSM) henholdsvis CSM Øst, CSM Midt-Nord og CSM Syd. Brugere hos CSM udfylder et spørgeskema på følgende tidspunkter:

- Før behandlingsopstart, hvilket udgør undersøgelsens formåling
- Seks måneder efter behandlingsopstart (første eftermåling)
- 12 måneder efter behandlingsopstart (anden eftermåling)

Dataindsamlingen til undersøgelsen er sket løbende, idet centrene kontinuerligt opstarter forløb med nye brugere og har brugere, der på forskellige tidspunkter når perioden for seks og 12 måneders behandling. Data bearbejdes derfor også løbende af Videnscenter for Psykotraumatologi, og databehandlingen til indeværende rapport er afsluttet ultimo januar 2022. Skemaer, som er udfyldt på centrene, men ikke modtaget på Videnscenter for Psykotraumatologi før deadline herfor er ikke medtaget i rapporten. Efter deadline er der modtaget skemaer fra 2021, som det desværre ikke har været muligt at inkludere i rapporten. Der skal altså tages højde for, at en lille andel relevante data fra 2021 ikke er afspejlet i rapportens resultater. Spørgeskemaer, hvor der har manglet demografiske oplysninger som eksempelvis køn og alder eller andre oplysninger er ej heller medtaget. Af hensyn til brugbarhed af modtagne data, har VfP sammenlagt ekskluderet 26 skemaer med manglende oplysninger.

Rapporten her fungerer som en afrundende afrapportering af undersøgelsens resultater.

### 2.1 Spørgeskemaets opbygning

Spørgeskemaerne er opbygget med indledende demografiske spørgsmål til deltagernes køn, alder, civilstand, uddannelse og antal børn. Hernæst følger spørgsmål relateret til overgrebenes varighed og omstændigheder samt øvrige alvorlige oplevede livsbegivenheder indenfor det seneste år. Der spørges desuden ind til tidligere modtaget psykologisk/psykiatrisk behandling og eventuel varighed af denne samt selvmordstanker og -forsøg indenfor de seneste 12 måneder. Gennem standardiserede spørgeskemaer belyser den resterende del af spørgeskemaet omhandler deltagerens sociale forhold og psykologiske belastning. Spørgeskemaets standardiserede måleredskaber samt belastningsområderne, det enkelte måleredskab kan anvendes til at afdække, fremgår af Tabel 1.



**Tabel 1.** Standardiserede psykologiske måleredskaber i CSM-spørgeskemaer

Måleredskab	Forkortelse	Belastningsområde
International Trauma Questionnaire	ITQ	Traumatisering: - Posttraumatisk stress lidelse (subskalaer: Genoplevelse, undgåelse og vagtsomhed) - Komplex posttraumatisk stress lidelse (subskalaer: Forstyrrelser i selvorganisering)
Revised Adult Attachment Scale	RAAS	Tilknytningsstil (sikker, ængstelig, undgående og distanceret)
Bech-19	Bech-19	Angst, depression og interpersonel følsomhed
Trauma Symptom Checklist	TSC-29	Traumereaktioner (subskalaer: Negativ affekt, somatisering og dissociation)
The World Health Organization – The Five Well-Being Index	WHO-5	Generel trivsel, energiniveau, søvn, humør

## 2.2 Standardiserede psykologiske måleredskaber i spørgeskemaet

### *International Trauma Questionnaire (ITQ)*

ITQ er et diagnostisk selvrapporterings-spørgeskema, der anvendes med henblik på at vurdere, hvorvidt respondenterne opfylder ICD-11-kriterierne for PTSD og Komplex posttraumatisk stress lidelse (KPTSD). Hyland, Shevlin, Brewin, Cloitre m.fl. (2017b) har undersøgt og valideret brugen af ITQ i udredningen af PTSD og KPTSD og fandt, at brugen af redskabet i den pågældende kontekst udviste god reliabilitet og validitet. Den version, der benyttes i CSM-spørgeskemaerne, indeholder 25 spørgsmål. De syv af disse 25 spørgsmål afdækker symptomer på PTSD ud fra ICD-symptomklyngerne: Genoplevelse, undgåelse og vagtsomhed. Den funktionsnedsættelse som respondenterne eventuelt oplever på baggrund af PTSD-symptomerne afdækkes med et enkelt spørgsmål. De øvrige 17 spørgsmål afdækker forstyrrelser i selvorganisering og udgøres af tre symptomklynger: negativt selvværd, forstyrrelser i relationer og forstyrrelser i affektregulering. Før end respondenterne besvare spørgeskemaet kan indikere tilstedeværelsen af ICD-11 KPTSD, skal respondenterne også opfylde kriterierne for PTSD.

Svarene på ITQ angives på en fem-punkts Likert-skala med svarmulighederne: 0 = slet ikke, 1 = lidt, 2 = noget, 3 = en hel del og 4 = rigtig meget. Spørgsmålene relateret til PTSD-symptomer besvares ud fra, hvor meget de enkelte symptomer har fyldt for respondenterne den seneste måned. De resterende spørgsmål besvares ud fra, hvor godt respondenterne føler, at det givne udsagn passer på dem.

For at opfylde kriterierne for ICD-11 PTSD skal respondenterne i ITQ angive en score på to eller højere på minimum ét spørgsmål indenfor hver af de tre PTSD-symptomklynger/ITQ-subskalaer: genoplevelse, undgåelse og vagtsomhed (Cloitre et al., 2018).

For at opfylde kriterierne for ICD-11 KPTSD skal respondenterne som beskrevet opfylde kriterierne for PTSD samt i ITQ angive en score på to eller højere til minimum ét spørgsmål indenfor KPTSD-symptomgrupperne: negativt selv-værd, forstyrrelse i affektregulering og forstyrrelse i relationer. Derudover skal der, ifølge ICD-11, også angives en score på to eller højere på spørgsmålet om funktionsnedsættelse opstået på baggrund af PTSD-symptomerne (Cloitre et al., 2018).

ITQ er valideret på fire kliniske grupper (Vang et al., 2021).

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

RAAS er udviklet af Collins & Read (1990) på baggrund af en række tilknytningsteorier. Spørgeskemaet består af 18 spørgsmål, som afdækker respondenterne relationer til andre ud fra spørgsmål om, hvordan respondenterne fungerer og føler i et romantisk forhold med en partner. Spørgsmålene afdækker tre subskalaer: Nærhed, angst og afhængighed. Hver af disse subskalaer afdækkes gennem seks spørgsmål. Spørgsmålene besvares på en fem-punkts Likert-skala fra 1 = passer slet ikke på dig til 5 = Passer godt på dig. RAAS er valideret på dansk og har vist tilfredsstillende intern og ekstern validitet (Pedersen, 2006).

### ***Bech-19***

Spørgeskemaet anvendes til at vurdere symptomer på angst og depression hos mennesker, der har været udsat for seksuelle overgreb. Spørgeskemaet indeholder 19 spørgsmål, som henholdsvis screener for depression (spørgsmål 1-6), angst (spørgsmål 7-14) og interpersonel følsomhed (eng: interpersonal sensitivity) (spørgsmål 15-19). Der spørges ind til i graden med hvilken respondenterne har oplevet de givne symptomer indenfor den sidste uge, og spørgsmålene besvares på en fem-punkts Likert-skala med svarmulighederne: 0 = Slet ikke, 1 = Lidt, 2 = Noget, 3 = En hel del og 4 = Særdeles meget. Spørgeskemaet har vist høj psykometrisk kvalitet (Bech, Bille, Møller, Hellström, & Østergaard, 2014).

### ***Trauma symptom checklist (TSC)***

Spørgeskemaet er udviklet af Briere & Runtz (1986) og har til formål at måle en række traumerelaterede symptomer og reaktioner. Spørgeskemaet afdækker symptomer på depression, angst, dissociation, søvnproblemer, somatisering, samspilsproblemer og aggression hos respondenterne. Spørgeskemaet bestod oprindeligt af 33 spørgsmål (TSC-33), men er senere blevet udvidet af Elklit (1990) til at inkludere 35 spørgsmål (TSC-35). TSC-spørgeskemaet, som indgår i CSM-centrenes spørgeskema, tager udgangspunkt i TSC-35, men på baggrund af faktoranalyser, blev TSC-35 revideret af Krog & Duel i 2003. Krog & Duel (2003) fandt, at TSC'en indeholdt to faktorer: Negativ affekt og somatisering. De udarbejdede en ny version, TSC-26, som tillige indeholdt en dissociationsskala i skemaet. Til brug af TSC i CSM er der desuden tilføjet tre spørgsmål om seksuelle problemer, hvorfor den anvendte version af spørgeskemaet indeholder 29 spørgsmål.

I spørgeskemaet bedes respondenterne på en fire-punkts likert skala angive, om og hvor ofte, de har oplevet de givne udsagn indenfor den seneste måned. Svarene angives som: 1 = Nej, 2 = Ja, nogle gange, 3 = Ja, ofte og 4 = Meget tit. TSC har høj psykometrisk kvalitet og anses som et validt måleredskab til afdækning af traumatisering (Elklit, 1990; Krog & Duel, 2003)

### ***The Five Well-Being Index (WHO-5)***

WHO-5 er et selvrapporteringsmål, som anvendes til at afdække respondentens trivsel de seneste to uger. Spørgeskemaet består af fem spørgsmål, der besvares på en seks-punkts Likert-skala med svarmulighederne: 5 = hele tiden, 4 = det meste af tiden, 3 = lidt mere end halvdelen af tiden, 2 = lidt mindre end halvdelen af tiden, 1 = lidt af tiden og 0 = på intet tidspunkt.

Respondentens samlede score kan dels anvendes til at vurdere deltagerens trivsel og dels screene for, hvorvidt der er behov for yderligere udredning for depression. Såfremt respondenterne har en score på 0 eller 1 på et eller flere spørgsmål og/eller har en samlet score under 13, kan dette indikere nedsat trivsel og behov for yderligere undersøgelse. Spørgeskemaet kan derudover anvendes som effektmål, hvormed effekten af behandlingen for respondentens nedsatte trivsel generelt kan vurderes. I dette tilfælde vurderes den procentvise ændring i respondentens samlede score. Der er tale om en signifikant ændring, hvis den procentvise ændring i samlet score er på 10 % eller mere (Ware & Davies, 1995).

WHO-5 har god validitet både som screeningsredskab for depression og som effektmål (Topp, Ostergaard, Sondergaard & Bech, 2015).

### **2.3 Opmærksomhedspunkter i relation til udfyldelsen og behandlingen af data fra spørgeskemaet**

I databehandlingen er en række opmærksomhedspunkter i relation til brugernes (respondenternes) udfyldelse af spørgeskemaerne blevet tydelige. Disse opmærksomhedspunkter er væsentlige at have for øje, da de kan være medvirkende til at data viser et ufuldstændigt eller misvisende billede af brugernes besvarelser eller dét, besvarelserne skal være udtryk for (f.eks. belastningsgrad, karakteristika om overgreb mv.). Opmærksomhedspunkterne dækker særligt over spørgsmål, som på baggrund af spørgsmålenes formulering kan give anledning til misforståelser hos brugerne og dermed føre til besvarelser, der er misvisende eller mangelfulde. Det kan også føre til, at der svares på noget andet end det, der er intentionen eller hensigten med spørgsmålet. Det er derfor vigtigt at have disse opmærksomhedspunkter i mente i forståelsen og fortolkningen af rapportens rapporterede resultater.

I det nedenstående gennemgås en række spørgsmål fra spørgeskemaet, der kontinuerligt har vist sig problematiske for respondenterne at besvare og spørgsmålenes opmærksomhedspunkter beskrives. Spørgsmålene er udvalgt på baggrund af relevans for indeværende rapport og eventuelle problematikker/udfordringer gennemgås kun for de spørgsmål, hvor vi har udtrukket og anvendt data fra besvarelserne i rapporten her. Nedenstående spørgsmål og opmærksomhedspunkter er derfor et udpluk af alle spørgsmål i spørgeskemaet, der har vist sig problematiske at besvare for en række brugere.

### **Spørgsmål 8**

Dette spørgsmål afdækker 1) hvem der har begået de seksuelle overgreb mod ofret (respondenten) og 2) hvorvidt aldersforskellen mellem krænkeren og ofret var mere end 5 år. I nogle tilfælde har respondenter været udsat for flere seksuelle overgreb af forskellige personer, hvorfor der i nogle tilfælde kan være brugere som både kan svare "Ja" og "Nej" til spørgsmålet om, hvorvidt aldersforskellen var over 5 år mellem vedkommende og krænker. Det er ikke til at udlede, hvordan ofre, for hvem dette gør sig gældende, vælger at besvare dette spørgsmål. Det medfører, at data kan være misvisende og vise en over- eller underrepræsentation af antallet af tilfælde, hvor krænkeren var over 5 år ældre end ofret.

### **Spørgsmål 10**

Dette spørgsmål belyser, hvorvidt ofret var klar over, at der var fare på færde lige før overgrebet fandt sted. Spørgsmålet besvares med enten "Ja" eller "Nej". Da en del af brugerne har oplevet flere overgreb, er der mulighed for, at brugerne både har oplevet situationer, hvor de var klar over, at der var fare på færde og situationer, hvor de ikke var klar over det. Deres besvarelse af spørgsmålet kan derfor variere alt efter hvilket overgreb, de besvarer spørgsmålet ud fra. En del brugere vælger at besvare spørgsmålet med både "Ja" og "Nej" eller vælger ikke at besvare spørgsmålet overhovedet muligvis pga. denne tvetydighed, fravær af mulighed for at give flere svar og/eller manglende forklaring om, hvilket overgreb, de skal besvare spørgsmålet ud fra (f.eks. indextraumet), hvis udsat for flere overgreb.

### **Spørgsmål 14**

Dette spørgsmål belyser, hvorvidt brugeren har haft kropslige følger af overgrebet og besvares med enten "Nej" eller "Ja, hvilke?" efterfulgt af muligheden for i et svarfelt at uddybe, hvilke kropslige følger der er tale om. En del brugere angiver i svarfeltet usikkerhed om, hvilke kropslige følger, der anses som gyldige. Denne usikkerhed kan være et resultat af, hvordan eksemplerne, der har til formål at hjælpe brugeren med at besvare spørgsmålet er formuleret: "(kønssygdomme, graviditet el. andet)". "El. andet" skaber formegentlig usikkerhed hos brugerne, idet de to første eksempler kan tænkes at tilhøre samme kategori af kropslige følger. Ovenstående usikkerhed hos brugerne kan betyde, at besvarelserne ikke altid er informative efter hensigten, at besvarelserne ikke er anvendelig og/eller at meget viden om eventuelle kropslige følger går tabt.

### **Spørgsmål 15a**

Dette spørgsmål afdækker, hvorvidt brugeren har været anbragt uden for hjemmet og besvares med enten "Nej" eller "Ja". Det fremgår dog af besvarelserne, at en del deltagere er i tvivl om, hvad en anbringelse dækker over, hvorfor de uddyber deres svar ved siden af spørgsmålet i det fysiske spørgeskema (der er ikke et felt til dette). Nogle deltagere sætter eksempelvis kryds i svarmuligheden "Ja" i tilfælde, hvor de har været på efterskole. Den efterfølgende kodning af brugerens svar på spørgsmålet om anbringelse udenfor hjemmet afhænger så af de(n) datakoder(e), der bearbejder data ved at taste det elektronisk. Nogle

kodere vil formentlig have kodet udelukkende ud fra brugerens svar, uafhængigt om de har specificeret et anbringelsessted på papiret ved siden af svarfeltet, der ikke er en reel anbringelse (efterskole). Andre vil have foretaget en vurdering af, at det pågældende svar (efterskole) ikke går under dét, der menes med "anbringelse" og vil derfor have kodet dette svar som "nej". Andre gange kan det tænkes, at brugeren har haft svaret ud fra en forståelse af anbringelse, der ikke stemmer overens med det, der reelt menes med "anbringelse", f.eks. "efterskole", uden at have specificeret stedet for den påtænkte anbringelse på papiret (formegentlig fordi der ikke er et felt til dette). Ovenstående tyder på, at der kan være betydelige variationer i, hvad brugerne anser som en anbringelse, og besvarelsenerne kan dermed risikere at tegne et misvisende billede af andelen af brugere, der reelt har været anbragt uden for hjemmet (i plejefamilie eller på børnehjem).

### **Spørgsmål 17a og 17b**

Spørgsmål 17a spørger ind til, hvorvidt brugeren tidligere har modtaget psykologbehandling eller gået til psykiater, mens spørgsmål 17b beder brugeren specificere hvor mange gange/hvor langt tidsrum vedkommende har gået i denne behandling. Formuleringen af spørgsmål 17b giver anledning til en del forskellige svar. Eksempelvis angiver nogle deltagere, hvor mange forskellige psykologer de har været hos, andre angiver antal sessioner, nogle angiver deres alder ved første psykologbehandling og stadig andre angiver, hvor mange gange de har gået i behandling månedligt. Spørgsmålet er derfor formuleret på en måde, der gør det svært for brugeren at besvare på den måde, det er intenderet. Dette kan gøre data mindre brugbart i forskningssammenhæng og mere misvisende.

Nogle af disse uklarheder er forsøgt rettet ved en skemarevision i januar 2022. Da skemabesvarelsenerne gennemgås individuelt med den enkelte klient før behandlingsstart er dette en god lejlighed til at præcisere. Formålet med disse spørgsmål er, at terapeuten kan vurdere graden af tidligere belastninger under opvæksten i relation til overgrebene.

## **2.4 Databehandling**

Centrenes behandlingseffekt vurderes ud fra analyser baseret på tre af de tidligere beskrevne psykologiske assessmentredskaber; TSC, WHO-5 og ITQ. Al databehandling er foretaget i SPSS Version 28. Data er fremstillet deskriptivt ved udregning af gennemsnit, standardafvigelser (SD) og i enkelte tilfælde spredning. Data er undersøgt for sammenhænge og forskelle ved brug relateret og ikke-relateret t-test og ANOVA (variationsanalyse). Signifikansniveauet for alle tests er fastsat til  $p = 0,05$ .

### 3. Undersøgelsens resultater

Indeværende rapport baserer sig på data fra brugere, der i forbindelse med behandling har udfyldt begge eller ét af de to opfølgningsskemaer (seks og 12 måneder efter behandlingsopstart) i løbet af 2020 eller 2021. Af mange årsager (bl.a. venteliste og andre omstændigheder som COVID-19) kan der gå tid mellem udfyldelsen af det første skema før behandling og behandlingens opstart samt eftermålingerne, hvorfor udfyldelsen af skemaerne ved seks måneder og 12 måneder efter behandlingsstart kan være tidsmæssigt forskudt fra tidspunktet for den første måling (før behandling). Dette kan særligt være tilfældet under COVID-19, hvor kontinuitet i fremmøde og behandlingsflow kan have været udfordret. Nogle deltagere i undersøgelsen er påbegyndt i behandling i 2020 og har derfor også udfyldt en af eftermålingerne i 2020.

I 2020 modtog VfP opstartsskemaer for 305 kvinder eller mænd i behandling, mens VfP i 2021 har modtaget 99 opstartsskemaer. En andel af de behandlingssøgende brugere i 2021 indgår desværre ikke, fordi vi ikke har modtaget alle relevante skemaer før deadline for udarbejdelse af indeværende rapport. Hertil kommer det, at en lille del skemaer er blevet ekskluderet på baggrund af manglende oplysninger. Se afsnit ”2. Metodebeskrivelse”. Brugerflow og behandlingsforløb kan ligeledes have været påvirket af COVID-19, hvorfor antallet af opstartsskemaer for 2021 og forskellen mellem tallene for 2020 og 2021 bør ses i lyset af pandemiens eventuelle påvirkning.

Samlet set har 212 kvinder og mænd udfyldt et eller begge eftermålingsskemaer i forbindelse med behandling i 2020 eller 2021. Af flere årsager kan der være brugere, der enten kun har udfyldt skemaet ved seks eller 12 måneder, ligesom andre brugere har udfyldt begge. Samlet set har VfP modtaget 203 udfyldte skemaer seks måneder efter opstart (første eftermåling) og 111 udfyldte skemaer 12 måneder efter opstart (anden eftermåling). *De brugere af CSM-centrene, der er længere i deres behandling end 12 måneder ved starten af 2021 er ikke medtaget i denne rapport og er derfor ikke afspejlet i disse tal.* Respondenternes fordeling på de forskellige centre ses i Tabel 2 herunder.

**Tabel 2.** *Oversigt over modtagne opfølgningsskemaer fra 2020 og 2021*

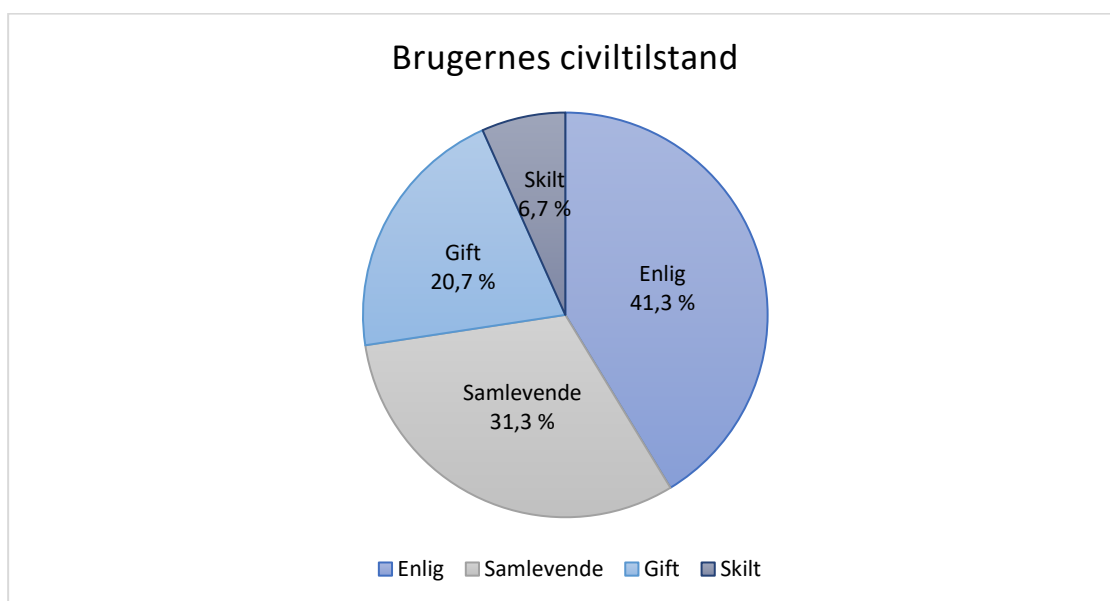
	<b>Under behandling</b>
<b>CSM Midt-Nord</b>	62
<b>CSM Syd</b>	82
<b>CSM Øst</b>	68
<b>I alt</b>	<b>212</b>

De deskriptive opgørelser i det følgende er baseret på besvarelser fra de 212 brugere, der har modtaget behandling på ét af de tre CSM-centre i 2020 og 2021.

### 3.1 Om brugerne

Alderen på deltagerne i indeværende undersøgelse spænder fra 18-79 år, og brugernes gennemsnitsalder er 34,03 år. 178 ud af undersøgelsens 212 deltagere er kvinder, hvilket svarer til en andel på 84 %. 52 % af respondenterne lever i et ægteskab eller et parforhold, mens 41,3 % angiver sig enlige. Samtidig er 6,7 % af deltagerne skilt fra en tidligere ægtefælle (se Figur 1). 41,5 % af brugerne har børn, mens den resterende del ikke har. Undersøgelsens brugere har i gennemsnit uddannet sig i 14,32 år (SD<sup>1</sup> = 3,2 år).

**Figur 1.** Brugernes civilstand



I Tabel 3 herunder illustreres brugernes tilknytning til arbejdsmarkedet. 25 % er i job eller selverhvervende (selvstændige). Hernæst er 20,1 % studerende, mens 5,2 % er arbejdssøgende, 7,8 % er pensioneret og 6,4 % er hjemmegående. Hele 34,3 % har ikke kunnet afspejle sig i de mulige kategorier og har derfor benyttet kategorien "Andet". Dette kunne for eksempel være brugere, der ved udfyldelsen er sygemeldte fra deres beskæftigelse, er på barsel eller er førtidspensionerede.

**Tabel 3.** Fordeling af brugere på udspecificerede beskæftigelsesgrupper

Antal brugere, n = 204	Hyppighed	Procentvis andel
I job eller selverhvervende	51	25
Studerende	41	20,1
Arbejdssøgende	11	5,4

<sup>1</sup> SD = Standardafvigelse.

Standardafvigelsen er et statistisk udtryk for, hvordan data fordeler sig i forhold til gennemsnittet.

Pensioneret	16	7,8
Hjemmegående	13	6,4
Andet	70	34,3
Missings (manglende svar)	8	

### 3.2 Omstændigheder ved overgreb

Tabel 4 viser, at medianen for ofrenes alder ved første overgreb var otte år, og at overgrebene gennemsnitligt foregik over en periode på seks år. I forbindelse med disse tal skal det oplyses, at 55 personer ikke har oplyst noget om varigheden af overgrebene. Den gennemsnitlige alder for, hvornår ofret for første gang fortæller om overgrebene til andre er, når ofret er 20,8 år gammelt.

**Tabel 4.** *Overgrebets tidspunkt, varighed og italesættelsesalder*

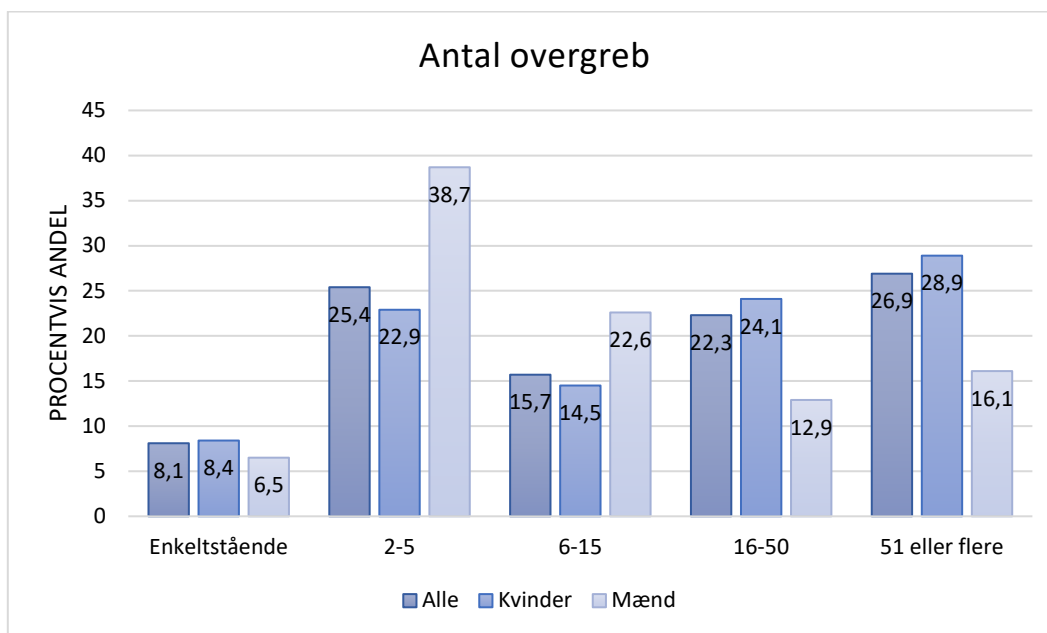
	Gennemsnit (SD)	Rækkevidde
Alder i år ved første overgreb (n = 181)	8,1 (3,9) Median = 8.0	0-18
Varighed i år af overgrebet/-ene (n = 157)	6,0 (4,9)	0-27
Alder i år ved første fortælling om overgreb til andre (n = 163)	20,8 (11,1)	4-55

Figur 2 viser, at 26,9 % af brugerne rapporterer om 51 eller flere overgreb. 15,7 % af brugerne har været udsat for mellem 6 og 15 overgreb. 22,3 % af brugerne har været udsat for mellem 16 og 50 overgreb, mens det for 8,1 % af brugerne i undersøgelsen drejer sig om et enkeltstående overgreb. Nedenstående tabel er baseret på 197 besvarelser, hvoraf 31 af disse besvarelser kommer fra mandlige brugere og 166 fra kvindelige.

Figur 2 tydeliggør også, at der i denne undersøgelse er forskelle mellem mænd og kvinder, når det kommer til antallet af overgreb, og at denne forskel kønnene imellem bliver større jo flere overgreb, der rapporteres om. Der er ikke stor forskel mellem mænd og kvinder hvad angår udsættelsen for et enkeltstående overgreb (kvinder = 8,4 %, mænd = 6,5 %), men næsten 16 procentpoint flere mænd end kvinder rapporterer at have været udsat for 2-5 overgreb (kvinder = 22,9 %, mænd = 38,7 %). Den større procentvise andel af mænd ses også for 6-15 overgreb, hvor 22,6 % mænd rapporterer dette antal, mens 14,5 % kvinder rapporterer samme antal. Herefter rapporterer næsten dobbelt så mange kvinder at have været udsat for 16-50 overgreb (kvinder = 24,1 %, mænd = 12,9 %) og for 51 eller flere overgreb (kvinder = 28,9 %, mænd = 16,1 %).



**Figur 2. Antal overgreb**

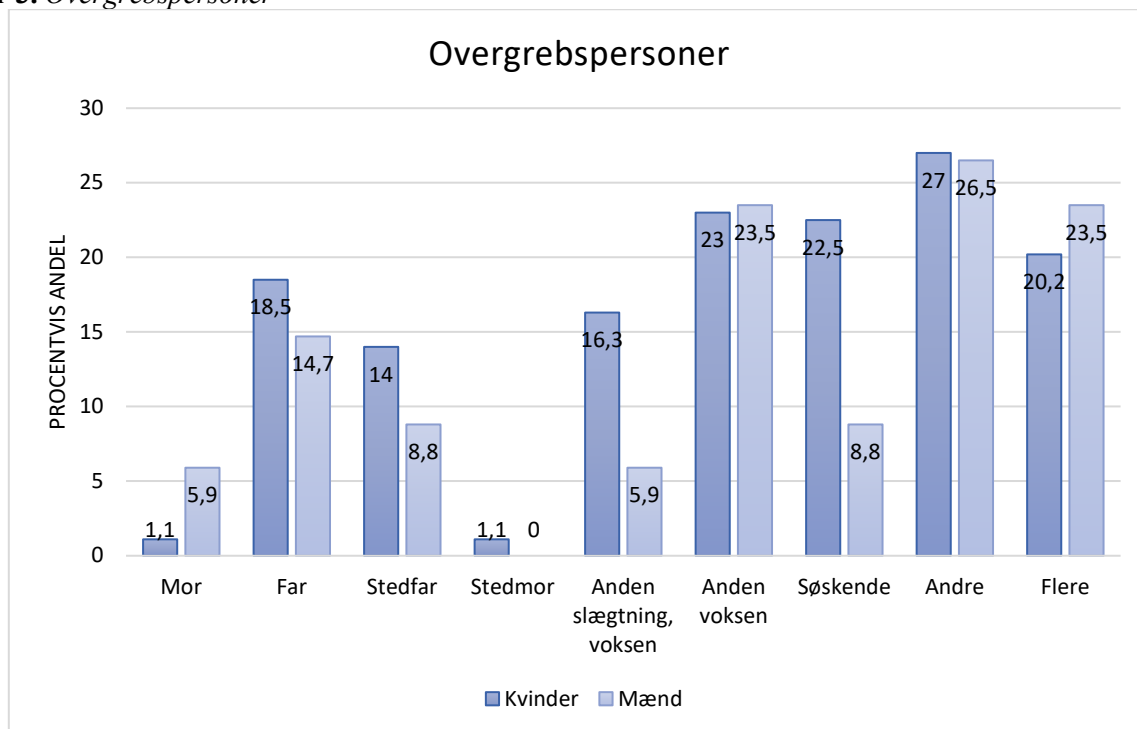


### 3.2.1 Overgrebspersoner

I Figur 3 ses fordelingen af overgrebsperson(er) fordelt på køn. Data om ”alle” beror på besvarelser for 30 mænd og 164 kvinder. De kønsopdelte analyser beror hovedsageligt på besvarelser fra 34 mænd og 178 kvinder.

Omtrent lige mange mænd og kvinder har været udsat for overgreb af en anden voksen (kvinder = 23 %, mænd = 23,5 %), af ”andre” (kvinder = 27 %, mænd = 26,5 %) eller været udsat for overgreb af flere forskellige overgrebspersoner (kvinder = 20,2 %, mænd = 23,5 %). Størst forskel ses i forhold til om overgrebspersonen har været en søskende, hvor 22,5 % kvinder rapporterer dette og 8,8 % mænd. Derudover ses en stor forskel i forhold til om overgrebspersonen har været en anden slægtning i familien, hvor dette har været tilfældet for 16,3 % af kvinderne og kun 5,9 % af mændene. 4-6 procentpoint flere kvinder end mænd rapporterer at have været udsat for overgreb af en far eller stedfar, mens flere mænd (5,9 %) end kvinder (1,1 %) har været udsat for overgreb af en mor og af flere overgrebspersoner (kvinder = 20,2 %, mænd = 23,5 %). Det er påfaldende, at den hyppigst brugte variabel på uafhængigt af køn er ”andre”, som hele 27% af kvinderne og 26,5 % af mændene har angivet som overgrebsperson(er). Brugerne har i spørgeskemaet ikke mulighed for at specificere, hvem ”andre” dækker over. Ud fra de andre mulige variable, vil ”andre” i mange tilfælde sandsynligvis dække over jævnaldrende overgrebspersoner.

Figur 3. Overgrebspersoner



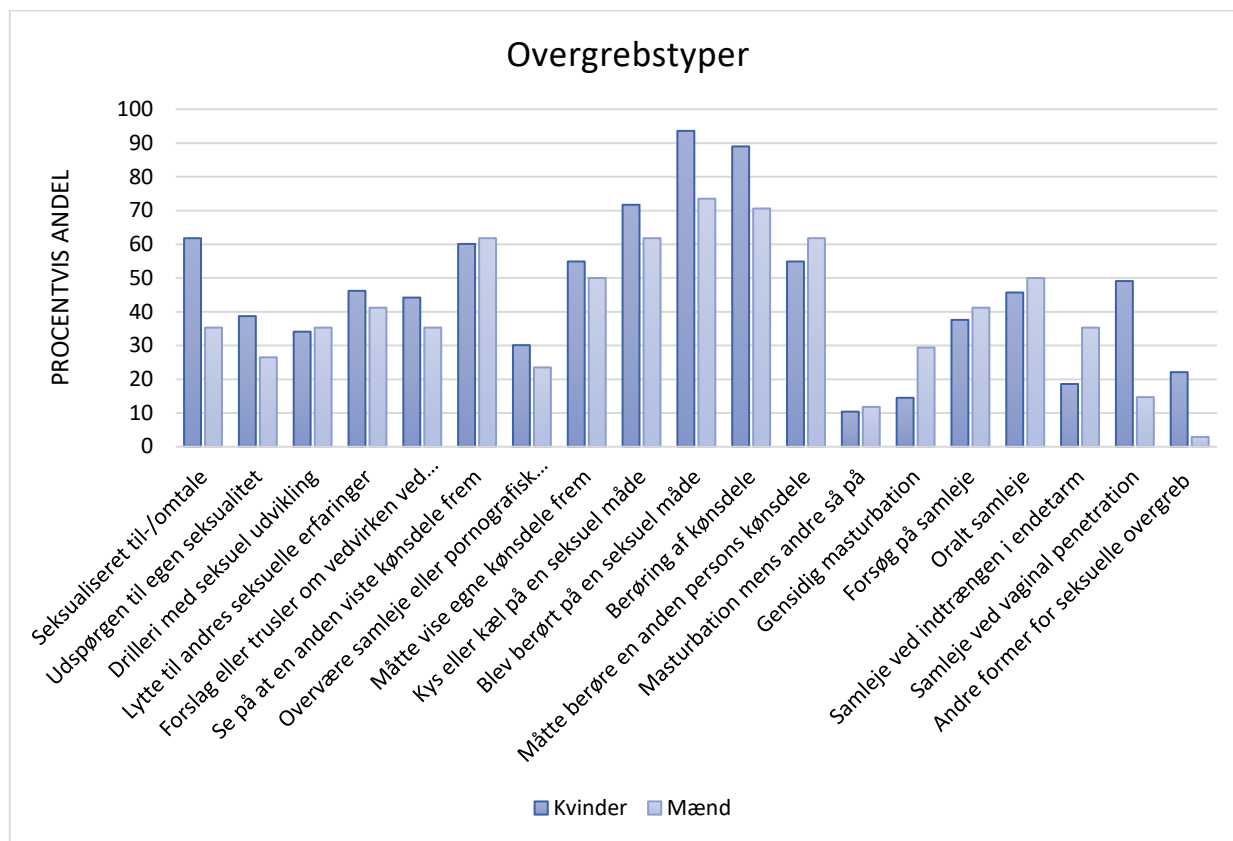
### 3.2.2 Rapportering om ubehagelige seksuelle oplevelser før 15-årsalderen

Figur 4 er en oversigt over, hvilke ubehagelige seksuelle oplevelser undersøgelsens deltagere har oplevet med en mindst 5 år ældre person, før de selv fyldte 15 år. Som det fremgår af figuren, er der flere steder store kønsforskelle, mens andre tilfælde er mere sammenlignelige. Der er eksempelvis stor kønsforskel i tvungent vaginalt samleje før 15-årsalderen med en mindst 5 år ældre person, som 49,1 % af kvinderne rapporterer om og 14,7 % mænd. Dernæst er der en stor forskel i oplevelsen af seksualiseret til-/omtale, som 61,8 % af undersøgelsens kvinder rapporterer og 35,3 % af mændene. Dernæst rapporterer 22,1 % af kvinderne i denne undersøgelse om andre former for overgreb, mens 2,9 % mænd rapporterer herom. Flere kvinder (93,6 %) end mænd (73,5 %) er blevet rørt på en seksuel måde, dog er seksuel berøring en hyppigt forekommende overgrebstype blandt begge køn. Over en tredjedel af undersøgelsens mænd rapporterer om tvungent analt samleje med en mindst 5 år ældre person før 15-årsalderen, mens lidt under en femtedel af kvinderne rapporterer herom (mænd = 35,3 %, kvinder = 18,6 %). Flere mænd end kvinder er blevet tvunget til gensidig masturbation (mænd = 29,4 %, kvinder = 14,5 %).

Flere af overgrebstyperne er hyppigt forekommende blandt begge køn, dog skal det tages i betragtning af der i undersøgelsen indgår betydeligt færre mænd end kvinder. De fem hyppigst forekommende overgreb på tværs af køn er at blive berørt på en seksuel måde, berøring af kønsdele, kys eller

kæl på en seksuel måde, blive tvunget til at se anden persons kønsdele og tvungen berøring af en anden persons kønsdele.

**Figur 4. Typer af overgreb**



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

Kun en tredjedel (34,7 %) af undersøgelsens deltagere var klar over, at der var fare på færde umiddelbart før, overgrebet fandt sted, mens 65,3 % ikke registrerede eller bemærkede nogen fare forud for overgrebet. Størstedelen (83,5 %) angiver, at de ikke har haft kropslige følger efter overgrebet, mens 16 % angiver at have oplevet kropslige følger.

### 3.2.4 Tidligere psykologisk/psykiatrisk behandlingsforløb

Kun 12,2 % af brugerne (n = 205) rapporterer, at de tidligere har modtaget psykologisk eller psykiatrisk behandling. Vi ved ikke, hvorvidt denne behandling har været for senfølger af at gennemleve seksuelt misbrug i barndommen eller har omhandlet andre psykologiske/psykiatriske problemstillinger, da brugerne ikke har mulighed for at udspecificere dette i deres besvarelse. En kønsopdelt analyse viste, at 9,4 % af alle mænd, der har besvaret dette spørgsmål (n = 32) tidligere har modtaget behandling, mens andelen af kvinder (n = 173) er 12,7 %.

### 3.3 Opsamling på deltagerne demografi og traumespecifikke karakteristika

Gennemsnitsalderen for undersøgelsens 212 deltagere er 34 år, og 178 af dem er kvinder (84 %). Halvdelen af undersøgelsens deltagere er gift eller samlevende med en partner, og ca. 40% af undersøgelsens deltagere har børn. Deltagerne i undersøgelsen har i gennemsnitligt uddannet sig i 14 år, og der ses en gennemgående tendens blandt ofrene til, at overgrebene begyndte tidligt i deres liv. Medianalderen for ofrenes alder, da de første gang blev udsat for et seksuelt overgreb er otte år. Det er karakteristisk for gruppen, at overgrebene finder sted over en lang periode (gennemsnitligt seks år), og at deltagerne først fortæller om overgrebet/-ene, når de er nået 20-årsalderen. Gennemsnitligt går undersøgelsens deltagere altså i 12 år uden at fortælle andre om, at de udsættes/har været udsat for overgreb. Knap 13 % har tidligere modtaget psykologisk eller psykiatrisk behandling. Dog kan det ikke entydigt udledes, hvorvidt en tidligere behandling har været for senfølger af seksuelt overgreb.

Kun 8 % af undersøgelsens deltagere har været udsat for et enkeltstående overgreb – størstedelen har altså været udsat for mere end ét overgreb. Knap en fjerdedel har været udsat for 16-50 overgreb, mens tæt på en tredjedel har været udsat for 51 eller flere. For de flestes vedkommende var krænkeren en person, som deltagerne kunne kategorisere under kategorien ”andre”, men for kvinder var også far, stedfar, søskende eller en ”anden voksen slægtning” eller ”en anden voksen” også relativt ofte involveret. For mænd var især ”anden voksen”, flere overgrebspersoner og mor relativt ofte involveret.

Forskellige former for berøring og at få egne kønsdele berørt af en krænker er de hyppigst forekommende forulempelser blandt undersøgelsens deltagere. Herudover er der kønsforskelle i, hvad deltagerne i undersøgelsen specifikt er blevet udsat for. Hvor mændene bl.a. oftere er udsat for gensidig masturbation, oralt samleje, tvungen berøring af andres kønsdele og forsøg på samleje, er kvinderne bl.a. oftere er udsat for seksualiseret til- og omtale, vaginalt samleje, udspørgen om egen seksualitet og andre former for overgreb.

### 3.4 Belastning målt ved standardiserede spørgeskemaer – før behandlingen

Følgende afsnit omhandler oplevet psykologisk belastning *før* behandlingen og er således baseret på de 212 brugere, der har besvaret spørgeskemaet *forud for* behandling. I det følgende præsenteres de centrale fund for tre af de standardiserede spørgeskemaer; TSC, ITQ og WHO-5. Den interne reliabilitet er undersøgt for alle tre spørgeskemaer. En  $\alpha$ -værdi  $\geq 0,70$  anses som tilfredsstillende.

#### 3.4.1 Trauma Symptom Checklist (TSC)

Den interne reliabilitet for TSC-total var meget høj (0,87), mens  $\alpha$ -værdierne for de tre subskalaer var 0,79 for negativ affekt, 0,66 for dissociation og 0,78 for somatisering. Den gennemsnitlige score per item for hver symptomgruppe (dvs. total score/antal spørgsmål) angiver, at alle gennemsnitsscores ligger over 2. Højest er gennemsnitsscores på spørgsmål om somatisering (score = 2,42 pr. item), dernæst spørgsmål om negativ affekt (score = 2,4 pr. item) og slutteligt dissociation (score = 2,03 pr. item).

Der findes ikke et egentligt dansk normmateriale for TSC, men til sammenligning kan en undersøgelse blandt 320 psykologistuderende og læsere af ”Forskningsnyt fra Psykologien” (Elklit, 1997a; 1997b) bruges, 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 var en signifikant forskel i kvinder og mænds TSC-scores på subskalaen om somatisering ( $t(207)=-3.1$ ,  $p = .002$ ), mens der ikke var en signifikant kønsfordel i scores på de to andre TSC-subskaler.

#### 3.4.2 *The Five Well-Being Index (WHO-5)*

Den interne reliabilitet for WHO-5 var 0,79. Ved første måling før behandling var den totale WHO-5 gennemsnitscore 8,71, og 81,1 % af deltagerne havde en score på under 13, hvilket indikerer meget nedsat trivsel og mulig depression. 32,4 % har scoret 1 eller 0 i én af de 5 spørgsmål. 38,7 % af brugerne har angivet, at de på intet tidspunkt eller kun lidt af tiden, inden for de sidste to uger, har følt sig friske og veludhvilede, mens 30,7 % har angivet, at de på intet tidspunkt eller kun lidt af tiden har følt sig aktive og energiske.

#### 3.4.3 *International Trauma Questionnaire (ITQ)*

##### **PTSD**

Reliabilitetsanalyser viser, at den interne reliabilitet for de spørgsmål af ITQ, der måler PTSD, samlet set er høj (0,8). Dette gør sig også gældende for de tre subskalaer med  $\alpha$ -værdierne 0,8 for invasion (genoplevelse), 0,81 for undgåelse og 0,73 for vagtsomhed. Før behandlingsstart rapporterede 50,4 % af brugerne et eller flere invasionssymptomer, mens 89,1 % rapporterede et eller flere undgåelsessymptomer og 86,7 % rapporterede et eller flere vagtsomhedssymptomer. Ifølge ICD-11 kriterierne for PTSD skal et symptom fra hver af disse symptomgrupper være til stede sammen med en angivelse af funktionsnedsættelse som resultat af disse symptomer for at en person kan opfylde kriterierne for PTSD. 35,1 % opfyldte alle kriterierne for PTSD inkl. funktionsnedsættelse, mens 44,7 % opfylder et symptom fra hver symptomgruppe men ikke har angivet en moderat funktionsnedsættelse. Prævalens af PTSD er markant højere end den, man finder blandt den generelle befolkning, hvor tidligere studier, der har anvendt ITQ har fundet en livstidsprævalens på 4 % for PTSD (Karatzias et al. 2018). En analyse viste desuden, at der ikke var en signifikant kønsmæssig forskel på mænd og kvinder hvad angik opfyldelsen af ICD-11 PTSD-kriterier.

##### **KPTSD**

Som beskrevet tidligere i rapporten måler ITQ også Komplex PTSD (KPTSD). I databehandlingen er der anvendt 8 spørgsmål, som tilsammen dækker KPTSD. Den del af ITQ, der måler KPTSD, havde en tilfredsstillende intern reliabilitet på 0,77.  $\alpha$ -værdierne for hver af de tre subskalaer var meget forskellige, hvoraf den interne reliabilitet for subskalaen omhandlende negativt selvværd var bedst og meget

tilfredsstillende en  $\alpha$ -værdi på 0,93. Den interne reliabilitet for subskalaen om forstyrrelse i relationer var 0,68, mens den interne reliabilitet for subskalaen om forstyrrelser i affektregulering kun var 0,20. Dette er en meget lav intern reliabilitet og medfører, at denne skala ikke bør anvendes som et isoleret mål for forstyrrelser i affektregulering, da den interne reliabilitet (pålidelighed) er langt under et acceptabelt niveau. Dette kan være påvirket af, at skalaen kun indeholder to items, der er modsatrettede, idet et item omhandler øget affekt og det andet reduceret eller lav affekt. Når skalaer har få og modsatrettede items er det forventeligt, at man statistisk vil finde en lav reliabilitet. I disse tilfælde kan det være gavnligt at undersøge skalaens diskriminationsevne ved hjælp af mean inter-item korrelationsanalyser. Briggs & Cheek (1986) har beskrevet og undersøgt intervallet for, hvornår en skala kan siges at have en optimal diskriminationsevne ( $\alpha$ -værdi =  $>.20 <.40$ ). Når subskalaen for forstyrrelser i affektregulering undersøges med en mean inter-item korrelationsanalyse er værdien 0,387, hvilket indikerer, at subskalaens diskriminationsevnen er optimal trods den lave reliabilitet (fremkommet, fordi skalaen indeholder to variable, der undersøger modsatrettede fænomener).

Analysen viste, at 90,1 % rapporterede om et eller begge symptomer indenfor subskalaen om affektforstyrrelsessymptomer. 78,3 % angav et eller begge symptomer på negativt selvværd, mens 90,6 % oplevede et eller begge symptomer på relationsforstyrrelser. Ifølge ICD-11 kriterierne opfyldte 31,4 % af brugerne i undersøgelsen kriterierne for KPTSD. Denne andel af brugere med KPTSD er også markant højere end i normalbefolkningen, hvor livstidsprævalensen er fundet til at være 3,3 % (Karatzias et al. 2018). Da PTSD og KPTSD er to gensidigt udelukkende diagnoser, indikerer disse tal, at KPTSD er den dominerende diagnose i denne gruppe, og at PTSD alene kun er til stede i en lille andel af brugerne. En kønsopdelt analyse viste heller ikke her signifikante kønsforskelle i, hvem der opfyldte ICD-11 kriterierne for KPTSD.

### **3.5 Sammenfatning og psykologisk beskrivelse af deltagerne før behandling**

Inden behandlingsstart opfyldte lidt over en tredjedel af den undersøgte gruppe ICD-11 kriterierne for en PTSD-diagnose målt med ITQ. I tillæg hertil rapporterede 44,7 % et symptom fra hver symptomgruppe/subskala dog uden rapporteret funktionsnedsættelse heraf. Prævalensen af PTSD og den høje forekomst af traumesymptomer er markant højere end i den generelle population, og resultaterne viser derfor, at den undersøgte gruppe af mænd og kvinder er betydeligt psykologisk belastet og udviser en høj grad af psykopatologi (PTSD). Resultaterne indikerer endvidere en høj grad af psykopatologi i form af KPTSD, idet langt størstedelen af undersøgelsens deltagere oplever de ekstra symptomer på forstyrrelser i affektregulering, selvværd og relationer, der adskiller KPTSD fra PTSD. Deltagerne i undersøgelsen scorer desuden højere på somatiserings- og dissociationssymptomer samt symptomer på negativ effekt, end hvad man forventer at se i normalbefolkningen. Hvad angår generel trivsel indikerer resultaterne, at lidt over 80 % trives dårligt og bør testes yderligere for depression.

I forhold til de i indledningen beskrevne senfølger, der kan opstå efter seksuelt misbrug i barndommen, er den empiriske del af denne rapport i overensstemmelse med disse. I denne undersøgelse synes der at være tale om en gruppe af mennesker udsat for seksuelt misbrug i barndommen, der rapporterer mange symptomer på PTSD og KPTSD, funktionsnedsættelse samt en generel trivsel så nedsat, at mange af brugerne bør undersøges yderligere for depression.

### **3.6 Sammenligning af psykologisk belastning mål med standardiserede spørgeskemaer før behandling samt seks måneder og 12 måneder efter behandlingsopstart**

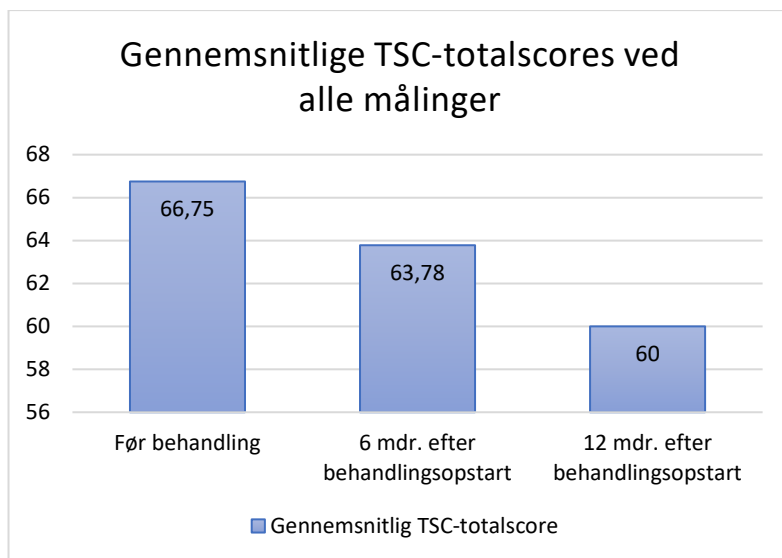
I ovenstående er brugerkaraktistika (alder, demografi, uddannelse, sociale omstændigheder mm.), traumets karakteristika (overgrebenes start, varighed og omfang, overgrebspersoner mm.) samt følgevirkninger (den inden behandlingen tilstedeværende psykopatologi i form af PTSD, KPTSD og generel nedsat trivsel mm.) beskrevet. Alle disse faktorer formodes at kunne påvirke effekten af et behandlingsforløb hos CSM og generelt.

I det følgende behandles centrenes brugere og undersøgelsens deltagere som en samlet gruppe med henblik på at identificere eventuelle ændringer i den rapporterede psykologiske belastning før behandling, undervejs i eller efter et behandlingsforløb ved et af de tre centre. De standardiserede spørgeskemaer blev besvaret af brugerne før behandling, et halvt år inde i behandlingen samt 12 måneder efter behandlingsopstart (behandlingen påbegyndes ikke altid umiddelbart efter udfyldelsen af første skema bl.a. pga. organisatoriske og eventuelle personlige omstændigheder.). I det følgende gennemgås de enkelte standardiserede mål for at undersøge eventuelle ændringer heri og for at klarlægge en eventuel behandlingseffekt. Der skal dog tages højde for den faldende andel af besvarelser på spørgeskemaerne, når data tolkes for resultater om behandlingseffekt.

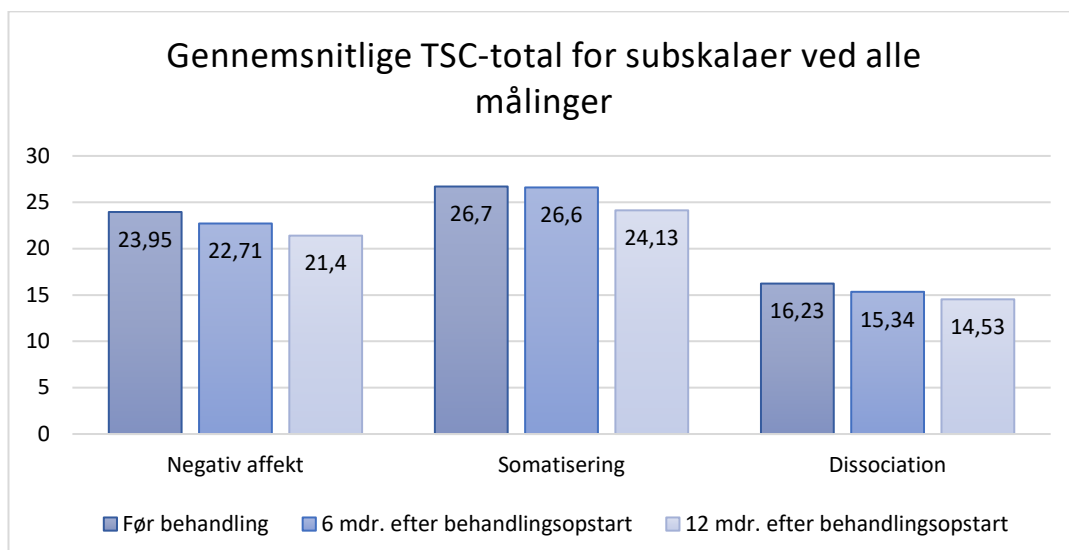
#### *3.6.1 Trauma Symptom Checklist (TSC)*

I Figur 5 og 6 ses en grafisk afbildning af TSC-totalscore og TSC-total for subskalaerne før behandling samt seks og 12 måneder efter behandlingsopstart.

**Figur 5.** Gennemsnit af TSC total for behandling samt seks og 12 måneder efter behandlingsopstart



**Figur 6.** Gennemsnitlige TSC-total for subskalaer før behandling samt seks og 12 måneder efter behandlingsopstart



Det ses i Figur 5 og 6, at der er fald i alle gennemsnitlige scores fra før behandling til seks og 12 måneder efter opstart både for traumereaktionerne totalt set, men også for samtlige scores på subskalaer. Brugernes gennemsnitlige TSC-totalscore faldt med fra 66,76 til 60, og analyser viste, at dette fald var signifikant fra før behandling til 12 måneder efter behandlingsstart og fra seks til 12 måneder efter behandling. Brugernes gennemsnitlige totalscores for subskalaen negativ affekt falder kun signifikant fra før behandling til 12 måneder efter behandlingsopstart og ikke mellem nogen andre måletidspunkter. Den gennemsnitlige totalscore for somatisering reduceres signifikant fra før behandling til 12 måneder efter



opstart og fra seks til 12 måneder efter behandlingsopstart. Den gennemsnitlige totalscore for dissociation falder signifikant mellem alle måletidspunkter.

Med henblik på at belyse eventuelle kønsforskelle, er scores afhængigt af køn er afbildet i Tabel 5. Af tabellen fremgår det, at kvinderne har et højere symptomniveau af negativ affekt, somatisering og dissociation inden behandlingsopstart end mændene. Det ses endvidere at denne forskel er vedvarende 12 måneder efter behandlingsstart. Det er dog kun kønsforskellene mellem somatiseringssymptomer før behandlingsopstart og 12 måneder efter behandlingsopstart, der er statistisk signifikante (før behandling:  $t(207)=-3,1$ ,  $p=.002$ , 12 måneder efter behandlingsstart:  $t(33,14)=-4,12$ ,  $p<.001$ ).

**Tabel 5.** Kønsopdelt gennemsnit af TSC-totalscore og TSC-subskala totalscores

	Kvinder før	Mænd før	Kvinder 1 år efter	Mænd 1 år efter
Negativ affekt	24,02 n = 172	23,56 n = 34	21,57 n = 95	20,23 n = 16
Somatisering	27,3 n = 175	23,71 n = 24	24,80 n = 95	19,87 n = 15
Dissociation	16,33 n = 166	15,72 n = 32	14,80 n = 91	12,87 n = 15
Total (Antal besvarelser)	67,62 n = 162	62,13 n = 32	61,19 n = 91	51,34 n = 14

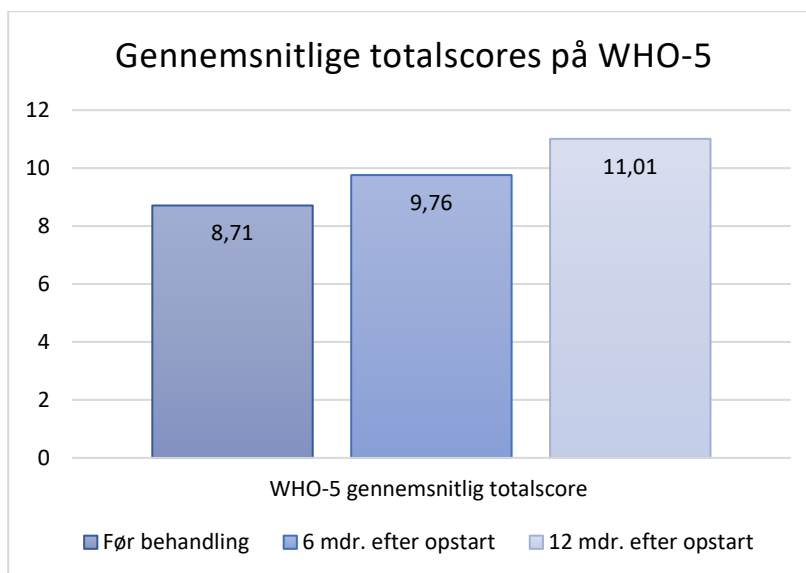
### 3.6.2 The Five Well-Being Index (WHO-5)

203 brugere har svaret på WHO-5 seks måneder efter behandlingsopstart og her har 71,4 % nu en score under 13 (samme tal var 81,1 % før behandling). En score under 13 indikerer mulig depression og behov for yderligere udredning. 12 måneder efter behandlingsstart har 101 svaret, hvoraf 56,8 % har en score under 13.

Figur 7 på næste side illustrerer gennemsnitsscores på trivselssmålet før behandling samt seks og 12 måneder efter behandlingsstart. Brugernes generelle trivsel ser ud til at være steget, dog indikerer målingerne ved 12 måneder efter behandlingsstart stadig et betydeligt behov for yderligere udredning af depression blandt undersøgelsens deltagere, idet over halvdelen af brugerne, der har besvaret spørgeskemaet ( $n = 105$ ), fortsat har en score under 13. Analyser viste, at stigningen i den generelle trivsel kun var signifikant mellem måletidspunktet før behandling til 12 måneder efter behandlingsopstart. Dette tyder altså på, at trivslen hos undersøgelsens deltagere stiger jo længere tid, de er i behandling. Det er dog ikke til at sige noget om, hvorvidt trivslen fortsat stiger signifikant efter 12 måneder, om bedringen udflades eller om

trivslen herefter ikke længere stiger signifikant, idet der i indeværende undersøgelse ikke indgår data fra målinger foretaget mere end 12 måneder efter behandlingsstart.

**Figur 7.** Gennemsnitlige totalscores på WHO-5 trivselsmål



### 3.6.3. International Trauma Questionnaire (ITQ)

Antallet af besvarelser på ITQ før behandling samt seks og 12 måneder efter behandlingsstart er afbildet i Tabel 6. Mængden af besvarelser er vigtig af have in mente, når der undersøges for og udledes noget om behandlingseffekter, idet resultaterne kan påvirkes af samplets størrelse.

**Tabel 6.** Antal besvarelser på ITQ PTSD-subskalaer

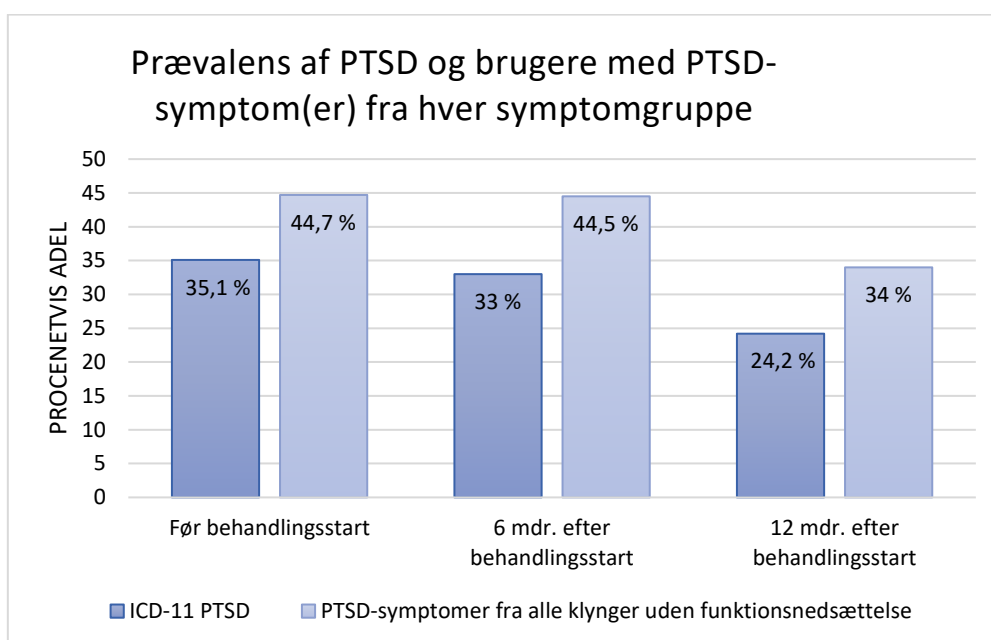
Subskala	Besvarelser før opstart	Besvarelser 6 mdr. efter opstart	Besvarelser 12 mdr. efter opstart
Genoplevelse	210	203	108
Undgåelse	210	200	107
Vagtsomhed	201	203	108

Før behandlingsstart opfyldte 35,1 % af undersøgelsens deltagere som nævnt ICD-11 kriterierne for PTSD (inkl. kriteriet om funktionsnedsættelse). Seks måneder efter behandlingsstart var denne andel 33 %, mens 24,2 % opfyldte kriterierne 12 måneder efter behandlingsstart. En analyse viste desuden, at der ikke var en signifikant kønsmæssig forskel på mænd og kvinder hvad angår opfyldelsen af ICD-11 PTSD-kriterier hverken seks eller 12 måneder efter opstart. Andelen af brugere, der opfylder ICD-11 kriterierne er således faldet fra over en tredjedel til lidt under en fjerdedel. Analyser viser, at dette fald var statistisk signifikant fra behandlingsstart til 12 måneder efter opstart og fra seks til 12 måneder efter opstart. Reduceringen i andelen

af brugere, der levede op til kriterierne, fra før behandling til seks måneder efter behandlingsstart var ikke signifikant. Det samme billede gør sig gældende i ændringen i andelen af brugere, der rapporterede et eller flere symptomer fra hver symptomgruppe men ikke angav funktionsnedsættelse. Her var faldet ligeledes signifikant fra før behandling til 12 måneder efter opstart og fra seks til 12 måneder efter opstart, men non-signifikant fra før behandling til seks måneder efter behandling. Det tyder altså på, at brugerne i denne undersøgelse bedres signifikant over længere tid i behandling (12 måneder) end over en kortere periode (seks måneder). Dog er der færre besvarelser ved 12 end seks måneder og før behandling, hvilket skal tages i betragtning i tolkningen af ovenstående resultater, da de færre besvarelser kan have påvirket resultaterne og det generelle billede, data aktuelt tegner.

Selvom brugerne ifølge ITQ oplever signifikant bedring og andelen, der lever op til ICD-11 kriterierne for PTSD reduceres signifikant, er prævalensen af PTSD blandt undersøgelsens deltagere 12 måneder efter opstart (24, 2%) fortsat markant højere end den, man finder blandt den generelle population, hvor tidligere studier, der har anvendt ITQ, har fundet en livstidsprævalens på 4 % for PTSD (Karatzias et al. 2018). Figur 8 illustrerer faldet i andelen af undersøgelsens deltagere der, ved alle måletidspunkter, henholdsvis opfyldte ICD-11 kriterierne for en PTSD-diagnose (inkl. funktionskriteriet) og andelen, der rapporterede et symptom fra hver symptomgruppe uden angivelse af moderat funktionsnedsættelse.

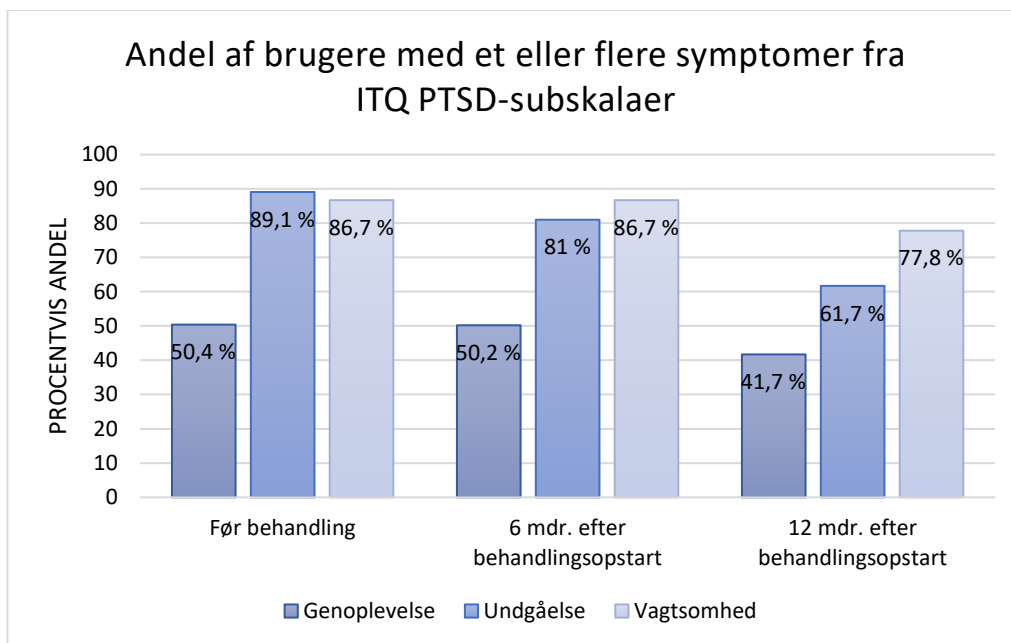
**Figur 8.** Andelen af brugere, der lever op til ICD-11 kriterier for PTSD og andelen af brugere, der rapporterer et eller flere PTSD-symptomer fra hver symptomgruppe uden angivelse af funktionsnedsættelse



I Figur 9 herunder er effekten af behandlingen på deltagernes PTSD-symptomer indenfor hver ITQ-subskala afbildet. Figuren illustrerer, at der på symptomniveau ses en gavnlig effekt af behandlingsforløbene på hos

de brugere, der rapporterer et eller flere symptomer indenfor hver ITQ-subskala (genoplevelse, undgåelse og vagtsomhed), men som ikke rapporterer funktionsnedsættelse som resultat heraf.

**Figur 9.** Fald i symptomniveauer hos andel af brugere, der rapporterer et eller flere ITQ PTSD-subskalasyntomer (uden funktionsnedsættelse)



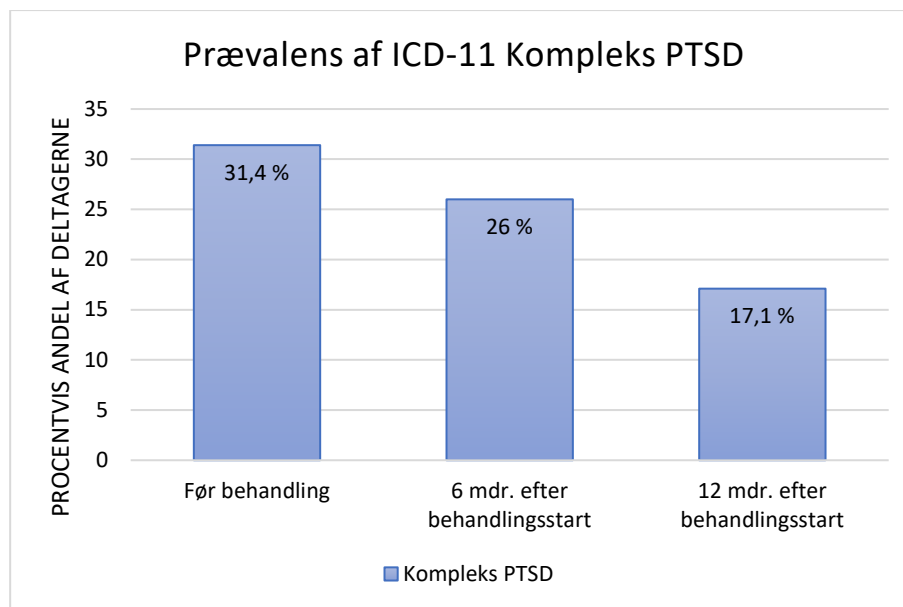
### KPTSD

Som beskrevet i afsnit ”3.5 Sammenfatning og psykologisk beskrivelse af deltagerne før behandling” er det kun en lille del af undersøgelsens deltagere, der før behandling lider af PTSD alene, fordi størstedelen også opfylder kriterierne for Komplex PTSD (PTSD = 35,1 %, KPTSD = 31,4 %). Analyser viser, at andelen af brugere, der lever op til ICD-11 kriterierne for KPTSD er 26 % seks måneder efter behandlingsstart og 17,1 % 12 måneder efter behandlingsstart. Der skete en signifikant ændring i andelen af brugere, der levede op til ICD-11 kriterierne for KPTSD fra før behandling til 12 måneder efter behandlingsstart og fra seks til 12 måneder efter behandling. Faldet fra før behandling til seks måneder efter behandling var ikke signifikant. Disse fund stemmer godt overens med litteratur vedrørende behandling af KPTSD, hvor der generelt er konsensus om og empirisk belæg for, at behandlingen af KPTSD ofte kræver længere varighed end f.eks. behandling af PTSD. Kønsopdelte analyse også her, at der hverken seks eller 12 måneder efter behandlingsstart var nogen signifikant kønsforskel mellem prævalens af KPTSD blandt undersøgelsens deltagere.

Ovenstående tal tyder på, at færre og færre brugere lever op til ICD-11 kriterierne for KPTSD over tid i behandling. Dog er der betydeligt færre respondenter ved sidste opfølgning (12 måneder, n = 105) sammenlignet med første (før behandling, n = 207) og anden opfølgning (6 måneder, n = 196). Da særligt resultaterne ved anden eftermåling er baseret på færre besvarelser, kan dette kan have påvirket resultaterne

og gør dem mindre retvisende for gruppens udvikling som helhed. Udviklingen i brugernes rapportering af KPTSD-symptomer er illustreret nedenfor.

**Figur 10.** Andel af brugere, der opfylder ICD-11-kriterier KPTSD før behandling samt seks og 12 måneder efter behandlingsstart målt med ITQ



Selvom det er positivt, at der er signifikant færre brugere, der lever op til ICD-11 kriterierne for KPTSD (målt med ITQ) 12 måneder efter behandlingsopstart, er der fortsat en stor andel af brugerne, der lever op til kriterierne (17,1 %). Sammenlignet med KPTSD er der en større andel af brugere, der lever op til ICD-11 kriterierne for PTSD før behandling samt ved seks og 12 måneder efter behandlingsopstart. Det er dog bemærkelsesværdigt, at en meget høj andel af brugerne i tillæg lever op til kriterierne for KPTSD (PTSD før behandling = 35,1 %, seks måneder efter start = 33 %, 12 måneder efter start = 24,2 %). Da PTSD og KPTSD internt diagnostisk udelukker hinanden, vil KPTSD i mange tilfælde være den passende diagnose for en stor andel af brugerne.

Analysen viste i tillæg, at 87% og 66,6 % rapporterede om et eller begge symptomer i subskalaen om symptomer i affektforstyrrelse ved henholdsvis seks og 12 måneder efter behandlingsstart. Seks måneder efter behandlingsopstart angav 63,4 % et eller begge symptomer på negativt selvværd (forstyrrelser i selvværd), mens andelen var faldet til 52,8 % 12 måneder efter behandlingsstart. 78,8 % oplevede et eller begge symptomer på relationsforstyrrelser seks måneder efter opstart, mens 70,2 % af undersøgelsens deltagere 12 måneder efter opstart rapporterede om dette. Analysen viste, at faldet i rapporteringen af et eller begge symptomer inden for subskalaen om affektforstyrrelser kun var signifikant fra før behandling til 12 måneder efter behandlingsopstart. Faldet i symptomer inden for subskalaen om negativt selvværd var signifikant fra før behandling til 12 måneder efter behandlingsopstart samt fra seks til 12 måneder efter

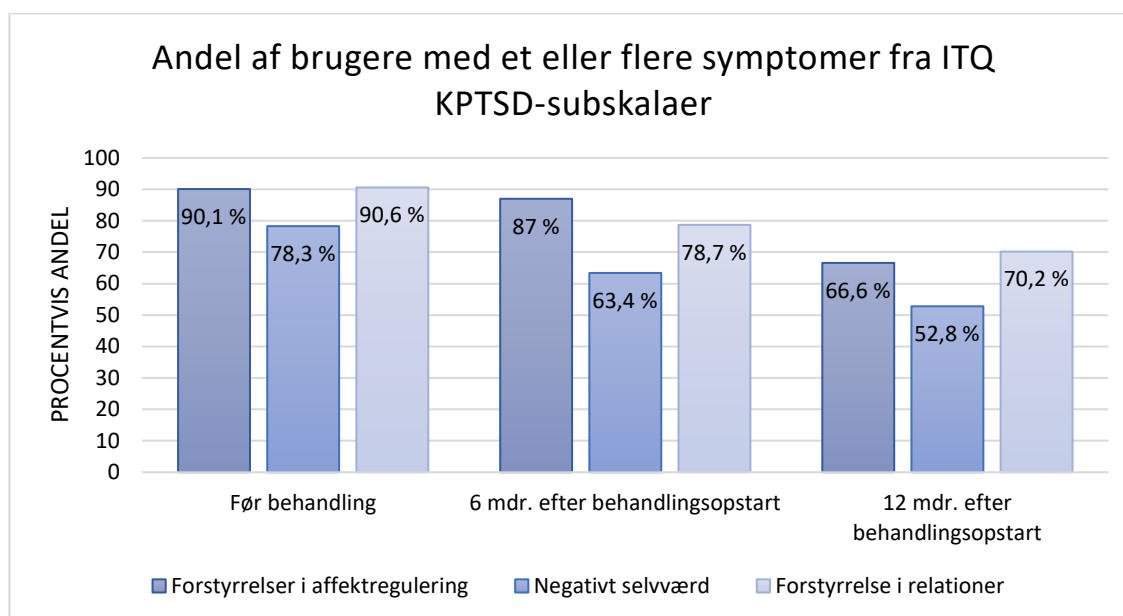
behandling, hvilket ligeledes gjorde sig gældende for faldet i rapporterede symptomer på forstyrrelse i relationer. Dette billede stemmer ligeledes godt overens med litteraturen på området vedrørende behandling af KPTSD, der indikerer, at KPTSD, sammenlignet med PTSD, kræver behandling af længere varighed. Dette understøttes i data her, hvor de fleste signifikante fald i rapporterede symptomer sker over længere tid i behandling.

Mens Tabel 6 giver en oversigt over antal besvarelser på ITQ-subskalaerne, afbilder Figur 11 andelen af brugere, der rapporterer om et eller begge KPTSD-symptomer indenfor hver subskala ved hvert måletidspunkt.

**Tabel 7.** Antal besvarelser på ITQ-KPTSD subskalaer

Subskala	Besvarelser før behandling	Besvarelser 6 mdr. efter behandlingsstart	Besvarelser 12 mdr. efter behandlingsstart
Forstyrrelser i affektregulering	211	200	111
Negativt selvværd	212	202	108
Forstyrrelse i relationer	212	202	111

**Figur 11.** Tilstedeværelse af et eller flere KPTSD-subskalasympptomer ved hvert måletidspunkt



### 3.7 Sammenfatning af sammenlignende før/efter-analyser af rapporteret psykologisk belastning

Sammenlignende analyser af de psykologiske mål før behandling samt efter seks og 12 måneders behandling viste, at brugerne rapporterede bedring i den psykologiske belastningsgrad på tværs af alle undersøgte måleredskaber (TSC, WHO-5 og ITQ).

På traumereaktioner målt med TSC forekom der både et signifikant fald i brugernes totalniveau af symptomer (totalscore på TSC) mellem alle måletidspunkter og et signifikant fald i totalscores for

subskalaerne (forstyrrelser i affekt, selvværd og relationer). Signifikansen af faldene indenfor subskalaerne varierer, dog er alle fald signifikante fra før behandling til 12 måneder efter behandlingsopstart. Brugerne rapporterede også bedring i gennemsnitlig generel trivsel målt med WHO-5 igennem behandlingen. Denne bedring i trivsel var kun signifikant fra måletidspunktet før behandling til 12 måneder efter behandlingsopstart (anden eftermåling). Den positive effekt af behandlingen kunne også spores ud fra brugernes rapporteringer på ITQ. Her faldt andelen af brugere, der opfyldte ICD-11 kriterierne for PTSD signifikant mellem målingen før behandling til 12 måneder efter opstart og fra seks til 12 måneder efter opstart. Det samme billede gjorde sig gældende for brugere, der før behandling rapporterede et eller flere symptomer fra hver ITQ-subskala (genoplevelse, undgåelse, vagtsomhed), men ikke rapporterede funktionsnedsættelse som konsekvens heraf. Her var ændringerne ligeledes signifikante fra før opstart til 12 måneder efter opstart og fra seks til 12 måneder efter opstart. Kønsopdelte analyser, at der ingen kønsmæssig forskel var i prævalensen af PTSD blandt brugerne hverken før behandling eller 12 måneder efter opstart.

En stor andel af de brugere, der lever op til kriterierne for PTSD før behandling og ved begge eftermålinger opfylder i tillæg hertil kriterierne for Komplex PTSD (KPTSD). I målingen af KPTSD sås også gavnlige effekter af behandlingen eftersom kun 26 og 17,1 % af brugerne, der besvarede første og anden opfølgning, opfyldte kriterierne for ICD-11 KPTSD sammenlignet med hele 31,7 % af brugerne ved første måling før behandling. Her skal det dog igen understreges, at andelen af besvarelser på ITQ næsten er halveret fra før behandling til 12 måneder efter opstart (før,  $n = 207$ , seks mdr. efter opstart,  $n = 196$ , 12 mdr. efter opstart,  $n = 105$ ). Ikke desto mindre var der før behandling til 12 måneder efter behandlingsopstart og fra seks til 12 måneder efter behandlingsopstart en signifikant reduktion i andelen af brugere, der levede op til ICD-11 kriterierne for KPTSD. Kønsopdelte analyser viser, at der ikke var kønsforskelle i prævalensen af KPTSD hverken før behandling eller 12 måneder efter opstart. Resultaterne tegnede derudover et billede af, at størstedelen af deltagernes rapporteringer om fald i KPTSD-symptomer indenfor hver subskala primært var signifikante fra før behandling til 12 måneder efter behandlingsopstart og enkelte fra seks til 12 måneder efter behandling. Ovenstående resultater om flere signifikante fald over længere tid stemmer godt overens med generel konsensus om, at behandling af KPTSD ofte kræver et længere behandlingsforløb end behandling af PTSD (Cloitre et al., 2011).

Ovenstående analyser indikerer dermed en positiv effekt af behandlingen på tværs af de tre centre. Centrenes behandlingstilbud i 2020 og 2021 var dermed overordnet set effektivt i forhold til reduktion af PTSD, KPTSD og andre traumereaktioner og bedring i trivsel. Analyser viser overordnet en tendens til, at brugere 12 måneder efter behandlingsopstart rapporterer færre traumesymptomer og -reaktioner samt større bedring i trivsel, end de gør seks måneder efter behandlingsopstart.

#### 4. Opsamling, konklusioner og perspektivering

Forhåndenværende undersøgelse har sat fokus på senfølger hos behandlingssøgende kvinder og mænd udsat for seksuel misbrug i barndommen samt behandling af senfølgerne i regi af de tre Centre for Seksuelt Misbrugte (CSM Øst, CSM Syd og CSM Midt-Nord).

I litteraturen om senfølger af seksuelt misbrug i barndommen findes der grundigt belæg for, at der er mange alvorlige og komplekse psykologiske senfølger af at været udsat for seksuelt misbrug i barndommen f.eks. symptomer på PTSD, Komplex PTSD, depression, generel øget risiko for at udvikle psykiatiske lidelser, ringere helbredsvaner, øget risikoadfærd og øget risiko for reviktimisering. Desuden ses spiseforstyrrelser, symptomer på emotionel ustabil personlighedsstruktur samt misbrug af stoffer og alkohol oftere hos voksne, der har gennemlevet et misbrug i barndommen. Der er dog uenighed om, hvorvidt alle disse senfølger og den psykologiske belastning er en direkte konsekvens af seksuelt misbrug i barndommen eller om de i lige så høj grad er et resultat af medierende faktorer såsom negativt familiemiljø. Dette mangler der fortsat viden om.

De tre centre i undersøgelsen bruger mange forskellige behandlingsformer (Eriksen & Boesen, 2013), om end visse behandlingstilgange benyttes mere end andre. Det er således ud fra denne undersøgelse muligt at udlede noget om, hvorvidt specifikke behandlingsformer har en effekt.

Denne undersøgelse bekræftede det billede af senfølger, som tegnes i litteraturen og i de tidligere udarbejdede rapporter over brugerne af CSM-centrene og behandlingens effekt. I undersøgelsen er der en meget høj andel af brugere, der opfylder diagnosekriterierne for ICD-11 PTSD (35,1 %) og i tillæg rapporterer 44,7 % af undersøgelsens deltagere et eller flere symptomer indenfor hver PTSD-symptomklynge (genoplevelse, undgåelse, vagtsomhed), dog uden at rapportere nedsat funktion heraf. Komplex PTSD (KPTSD) lader imidlertid til at være den dominerende diagnose af PTSD og KPTSD blandt undersøgelsens deltagere, idet størstedelen af brugerne (31,4 %) tillæg til at opfylde ICD-11 PTSD-kriterier er også opfylder kriterierne for ICD-11 KPTSD. Dette understøtter litteraturen, der peger på, at mennesker udsat for seksuelt misbrug i barndommen seksuelt er i særlig risiko for at udvikle KPTSD som følge overgreb/ene. Resultater fra indeværende undersøgelse understøtter således litteraturen om, at KPTSD snarere end PTSD i de fleste tilfælde vil være den passende diagnose for undersøgelsens deltagere. Den høje forekomst af KPTSD er vigtig at tage i betragtning i forhold til behandlingsplanlægning og -tilbud, dels fordi der er forskel på, hvilken behandlingsform, der er mest effektiv for PTSD og KPTSD, og dels fordi KPTSD ofte kræver et længere behandlingsforløb end PTSD (Cloitre et al., 2011). Sidstnævnte støttes af empiri fra indeværende undersøgelse, hvor der ses en tendens til, at brugere, der opfylder kriterierne for KPTSD, generelt rapporterer større (signifikant) bedring ved anden eftermåling (12 måneder efter behandlingsopstart) end ved første (seks måneder efter behandlingsopstart).

I indeværende undersøgelse ses en gavnlig behandlingseffekt på tværs af alle tre undersøgte standardiserede psykologiske måleredskaber. Dette kunne ses i form af mindre prævalenser for PTSD og



KPTSD (målt med ITQ) ved henholdsvis seks og 12 måneder efter behandlingsstart sammenlignet med før behandling og fald i gennemsnitlige traumereaktioner- og symptomer (målt med TSC) samt en gennemsnitlig bedring i generel bedring (målt med WHO-5).

## Litteratur

- Bech, P., Bille, J., Moller, S. B., Hellstrom, L. C., & Ostergaard, S. D. (2014). Psychometric validation of the hopkins symptom checklist (SCL-90) subscales for depression, anxiety, and interpersonal sensitivity. *Journal of Affective Disorders, 160*, 98–103. Doi:10.1016/J.Jad.2013.12.005.
- Beck, N., Palic, S., Andersen, T.E. & Rønholt, S. (2013). Childhood Abuse Types and Physical Health at the Age of 24: Testing Health Risk Behaviors and Psychological Distress as Mediators. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 23*, 400-413.
- 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.
- Briere, J., & Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33) early data on a new scale. *Journal of Interpersonal Violence, 4*(2), 151-163.
- Briggs, S. R., & Cheek, J. M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality, 54*(1), 106–148. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1986.tb00391.x>
- 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
- Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 138*, 536-546. Doi: 10.1111/acps.12956
- Collins, N. L. & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(4), 644-663. Doi.org/10.1037//0022-3514.58.4.644
- 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. (1990). Måling af belastninger efter voldeligt overfald [The measurement of distress after violent assault]. *Nordisk Psykologi, 42*, 281-289.
- 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.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
- Krog, T., & Duel, M. (2003). Trauma Symptom Checklist (TSC). *Psykologisk Studiefkriftserie*, 6, 1-162.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657.
- Murphy, S., Elklit, A., Shevlin, M. & Christoffersen, M. (2020). Child Maltreatment and Psychiatric Outcomes in Early Adulthood. *Child Abuse Review*, 29(4), 365-378. Doi: 10.1002/car. 2619.

- 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 Studiefkriftserie, 9*(3), 1-155.
- 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.
- Schouwenaars, K., Murphy, S. & Elklit, A. (2016): The relationship between child maltreatment and exposure to traumatic events during later adolescence and young adulthood. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology, 4*(3), 115-122. Doi: 10.21307/sjcapp-2016-018
- 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.
- Vang, M.L., Dokkedahl, S.B., Løkkegaard, S.S., Jakobsen, A.V., Møller, L., Auning-Hansen, M.A., & Elklit, A. (2021). Validation of ICD-11 PTSD and DSO using the International Trauma Questionnaire in five clinical samples recruited in Denmark. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1). [1894806]. Doi: 10.1080/20008198.2021.1894806
- Ware, J.E. & Davies, A.R. (1995). *Monitoring health outcomes from the patient's point of view: A primer*. Kenilworth, New Jersey: Integrated Therapeutic Group
- Wolf, N. M., & Elklit, A. (2018). Child Maltreatment and Disordered Eating in Adulthood: A Mediating Role of PTSD and Self-Esteem? *Journal of Child & Adolescent Trauma, 13*, 21-32.
- WHO. (1998). *Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.