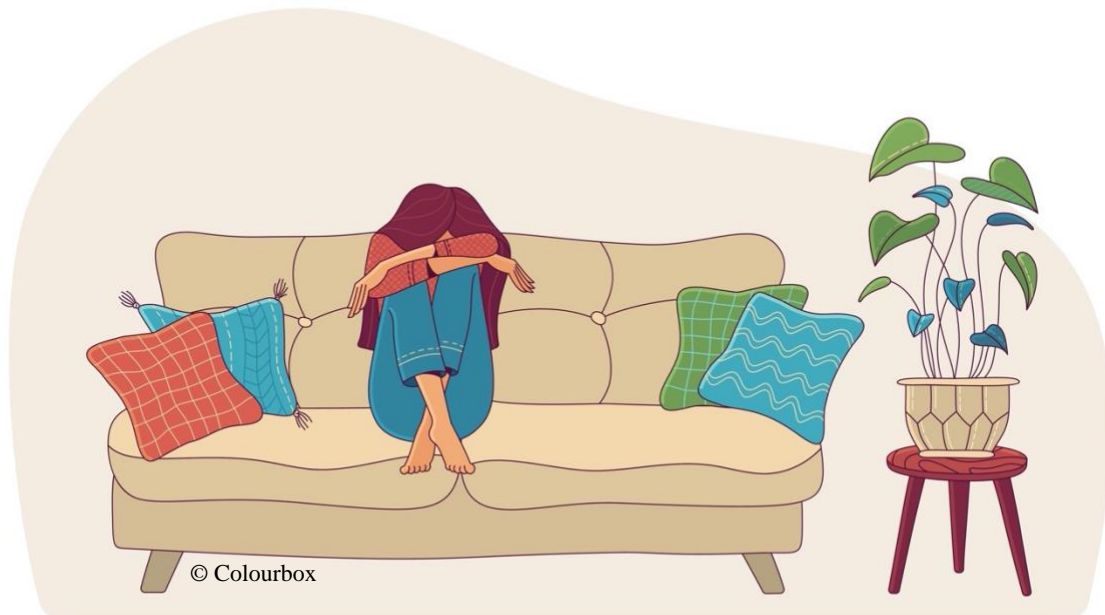


Effekten af gruppebehandling til voldtægtsofre



Trine Banzon & Ask Elklit

Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi,

Syddansk Universitet, 2021



| RÅDET FOR OFFERFONDEN |

Forfattere: Trine Banzon & Ask Elklit

2021



Videnscenter for Psykotraumatologi

Campusvej 55

5230 Odense M

www.psykotraume.dk

| RÅDET FOR OFFERFONDEN |

Dette materiale er støttet økonomisk af Offerfonden. Materialets udførelse, indhold og resultater er alene forfatterens ansvar. De vurderinger og synspunkter, der fremgår af materialet, er forfatterens egne og deles ikke nødvendigvis af Rådet for Offerfonden.

INDLEDNING	1
FORMÅL	2
BESKRIVELSE AF BEHANDLINGSMETODEN	2
<i>Tabel 1: Oversigt over indholdselementer i gruppeforløbet</i>	4
METODEBESKRIVELSE	6
ANVENDTE SKEMAER	8
<i>Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), (Mollica et al., 1992)</i>	8
<i>DoloTest®</i> , (Kristiansen et al., 2010)	8
<i>The Female Sexual Distress Scale (FSDS), (Derogatis et al., 2002)</i>	10
RESULTATER	10
<i>Tabel 2: Harvard Trauma Questionnaire</i>	11
<i>Tabel 3: PTSD-prævalens</i>	13
<i>Tabel 4: DoloTest®</i>	14
<i>Tabel 5: The Female Sexual Distress Scale</i>	15
<i>Tabel 6: Forskel mellem akut- og senhenvendere, FSDS</i>	17
DISKUSSION	18
<i>Tilpasning mellem testbatteri og behandling</i>	19
<i>Rekrutterings- og fastholdelsesproblemer</i>	21
<i>Behandlingsforskelle mellem grupper</i>	21
<i>Forskellig parallel individuel behandling</i>	22
KONKLUSION	22
REFERENCER	25

Indledning

I Danmark blev der i 2020 politianmeldt 1825 voldtægter eller voldtægtsforsøg (Det Kriminalpræventive Råd [DKR], 2021). Dette tal er dog ikke repræsentativt for antallet af voldtægter og voldtægtsforsøg, idet mange ofre ikke anmelder voldtægten eller -forsøget til politiet (DKR, 2021). Det anslås, at tre ud af fire voldtægter aldrig bliver kendt af politiet (Pedersen et al., 2020). Mange voldtægtsepisoder bliver derfor ikke italesat, og rigtig mange voldtægtsofre får aldrig professionel hjælp til at komme videre efter overgrebet (Balvig & Hyvsgaard, 2009). Danske undersøgelser viser, at de fleste voldtægter forekommer blandt yngre kvinder, idet halvdelen af alle ofre i perioden 2005-2019 er 24 år eller yngre (Pedersen et al., 2020).

Voldtægt kan have vidtrækkende, helbredsmæssige konsekvenser for offeret og kan føre til psykiske lidelser såsom posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), depression, angst, selvskadende adfærd og alkohol-/stofmisbrug, samt andre emotionelle, adfærdsmæssige, kognitive, fysiske og/eller interpersonelle vanskeligheder (Abrahams et al., 2013; Elklit & Christiansen, 2010; Elklit & Shevlin, 2013; Zinzow et al., 2012).

PTSD er karakteriseret ved tilstedeværelsen af forskellige typer af belastningsreaktioner efter eksponeringen for en akut trussel på eget eller andres liv (American Psychiatric Association [APA], 2013). Belastningsreaktionerne omfatter 1) genoplevelse af den traumatiske oplevelse i hverdag og drømme, 2) undgåelse af fysiske eller psykiske påmindelser om den traumatiske oplevelse, 3) ændringer i kognition og humør og 4) øget vagtsomhed (APA, 2013). Reaktionen skal vare mindst en måned og forårsage betydelig belastning i offerets hverdag og dagligliv.

Manglende behandling af symptomer på PTSD og andre traumerelaterede lidelser og vanskeligheder kan have langvarige konsekvenser, og kan forårsage betydelig funktionsnedsættelse hos offeret. PTSD er desuden identificeret som medierende faktor for andre helbredsmæssige problemer, samt som risikofaktor for senere seksuelle overgreb (Elwood et al., 2011). Det er derfor

afgørende med identifikation af de ofre, som har særligt behov for behandling, og vigtigt med målrettede, evidensbaserede behandlingstilbud, som kan reducere traumesymptomer, hjælpe ofrene videre samt sikre fremadrettet trivsel.

Formål

Denne rapport evaluerer behandlingseffekten af en nyudviklet gruppebehandling til voldtægtsramte, gennemført i Center for Voldtægtsofre på Kolding Sygehus i perioden januar 2019 til oktober 2021.

Center for Voldtægtsofre er et tværfagligt behandlingstilbud til unge og voksne, der har været udsat for seksualiseret vold (Center for Voldtægtsofre [CfV], 2021). Centeret tilbyder medicinsk og psykosocial hjælp, herunder omsorg og støtte, råd og vejledning samt mulighed for gratis psykologsamtaler, uanset hvor lang tid, der er gået siden voldtægten (CfV, 2021). Projektet er finansieret af Offerfonden og deltagerne er rekrutteret fra Center for Voldtægtsofres målgruppe, som omfatter personer udsat for voldtægt, voldtægtsforsøg eller andet seksuelt overgreb (Lund-Sørensen & Sommer, 2021).

Beskrivelse af behandlingsmetoden

Behandlingsmetoden er et manualbaseret gruppeforløb, målrettet unge og voksne kvinder og mænd (over 18 år), der har været udsat for seksualiseret vold. Behandlingen henvender sig til ofre både i den akutte fase (2-3 måneder efter en voldtægt eller et voldtægtsforsøg), og ofre, som opsøger hjælp flere år senere (Lund-Sørensen & Sommer, 2021). Målsætningen med gruppebehandling er at reducere traumesymptomer, afhjælpe problemer med seksualitet og intimitet samt hjælpe deltagernes trivsel i dagligdagen, ved at underbygge deltagernes ressourcer og derved udvikle og nuancere håndteringen af egen situation.

Gruppeforløbet er tænkt som et supplement til individuel behandling og er udviklet af Magnolia Sommer og Kirsten Lund-Sørensen ved Center for Voldtægts ofre. Behandlingen tager metodemæssigt udgangspunkt i en ressourcefokuseret narrativ tilgang samt en acceptance and commitment therapy (ACT) baseret tilgang.

Gruppeforløbene strækker sig over 8 gange, hvor gruppen mødes to timer per gang hver anden uge. Et hold består af seks personer og møderne følger en fast struktur med gentagne elementer, som går igen ved hvert møde (Lund-Sørensen & Sommer, 2021a; Lund-Sørensen & Sommer, 2021b). Nedenfor vil følge en kort beskrivelse af de indholdselementer, som er med i gruppebehandlingen, herunder; smileys, livets træ, følgevirkninger, choice point, intimitet og seksualitet, reguleringsøvelser og grænseøvelser (se Tabel 1 for en oversigt over, hvornår de forskellige indholdselementer indgår i gruppeforløbet).

Tabel 1: Oversigt over indholdselementer i gruppeforløbet

Mødegang	Temaer
Mødegang 1	Smileys, Livets træ (jorden/egenomsorg), præsentation af deltagere
Mødegang 2	Følgevirksomheder, Livets træ (rødder/positive oplevelser og tilknytningspersoner i opvæksten)
Mødegang 3	Følgevirksomheder, Livets træ (blade og frugter/ressourcepersoner lige nu)
Mødegang 4	Følgevirksomheder, Livets træ (grene/håb og ønsker for fremtiden)
Mødegang 5	Intimitet og seksualitet
Mødegang 6	Værdier, Choice Point
Mødegang 7	Choice Point, Livets træ (stamme/egne evner og færdigheder)
Mødegang 8	Livets træ (præsentation), evaluering

Til hvert møde bliver deltagerne bedt om at vælge to smileys, som de skal sætte på deres tøj, inden de finder en plads. Smileyerne viser sindstilstand hhv. udadtil og indadtil, og bliver brugt til at sætte fokus på, at følelser og humør indeni kan opleves anderledes fra, hvordan man præsenterer dette udadtil, og bliver brugt til at få italesat deltagerens aktuelle sindstilstand (Lund-Sørensen & Sommer, 2021a).

Til at tydeliggøre og styrke deltagerens ressourcer og identitet arbejdes der løbende i gruppebehandlingen med Livets træ (Eide & Nordenhof, 2013; Denborough, 2014). Deltagerne reflekterer over positive oplevelser og tilknytningspersoner i opvæksten, egenomsorg, ressourcepersoner nu-og-her, egne evner og færdigheder, samt håb og ønsker for fremtiden. Disse refleksioner kobles til forskellige steder på Livets træ (rødder, jord, blade, stamme og grene), og til sidst i forløbet præsenterer hver deltager sit eget Livstræ (Lund-Sørensen & Sommer, 2021a).

Samtaler om følgerikninger efter seksuelle overgreb er et element på mødegang to, tre og fire (Lund-Sørensen & Sommer, 2021a). Formålet med samtalerne om følgerikninger er at normalisere følgerikninger som et udtryk for en tilpasning til en belastende livsbegivenhed. Ydermere fungerer arbejdet med følgerikninger som en eksponerende øvelse, hvor deltagerne fortæller og lytter til hinandens fortællinger.

Egentlig eksponering for andres overgrebshistorier er bevidst valgt fra i behandlingen. Dette skyldes, at forskning viser, at eksponering for overgrebshistorier i sig selv kan være belastende (Høgsted, 2019). Deltagerne bliver derfor til første mødegang bedt om at fortælle hvad de har været udsat for, hvor længe det er siden og hvem gerningspersonen var, men inviteres ikke til at dele detaljer fra voldtægtshistorien. Samtalerne om følgerikninger har derudover det formål at synliggøre håndteringsstrategier og tydeliggøre, at deltagerne har mulighed for at arbejde med eller ændre på disse (Lund-Sørensen & Sommer, 2021a).

Arbejdet med håndteringsstrategier foregår med udgangspunkt i Choice Point-modellen (Harris, 2014). Modellen skelner mellem håndteringsstrategier som er hhv. selvunderstøttende og selvsaboterende, og formålet med modellen er at hjælpe deltagerne til at reflektere over, hvilke handlemuligheder de har tilgængelige, når de oplever følgerikninger (Lund-Sørensen & Sommer, 2021a).

På femte mødegang arbejder deltagerne med emnet intimitet og seksualitet. Refleksioner i de enkelte grupper er retningsgivende for indholdet, og således er det forskellige emner, som bliver taget op i de enkelte grupper (f.eks. mødet med en ny potentiel kæreste, tryghed, mistro, kontrol, kroppens reaktioner i intime situationer, savn af nærhed, syn på og fornemmelse af egen krop, behov for anerkendelse og bekræftelse, lyst og mangel på lyst) (Lund-Sørensen & Sommer, 2021a).

I kraft af at gruppeforløbet ikke er udformet som et forskningsprojekt, men derimod et udviklingsprojekt, har det været muligt for Center for Voldtægts ofre at justere i forløbet undervejs i projektperioden, med henblik på at imødekomme den feedback deltagerne har givet. Det betyder blandt andet, at der i starten af projektet indgik reguleringsøvelser og grænsesætningsøvelser i gruppebehandlingen, som efter negativ respons fra deltagerne blev fjernet igen (Lund-Sørensen & Sommer, 2021a). Disse elementer indgår altså ikke i den endelige version af behandlingsmanualen og ikke i de sidste gruppeforløb (se diskussionsafsnit for uddybning af dette).

Metodebeskrivelse

Alle grupper var ledet af to gruppeledere; Magnolia Sommer, psykolog, og Kirsten Lund-Sørensen, overlæge og sexolog med 25 års erfaring i arbejdet med følger efter overgreb.

Deltagerne i undersøgelsen er kvindelige voldtægts ofre, som har rettet henvendelse til Center for Voldtægts ofre ved Sygehus Lillebælt. For deltagerne har overgrebet fundet sted mellem 3 måneder til årtier inden opstart i gruppeforløbet. Centret modtager primært henvendelser fra kvinder, så selvom mænd ikke har været formelt udelukket fra deltagelse i gruppeforløbet, har der ikke været nogle mandlige deltagere i projektet.

Eksklusionskriterierne omfatter:

- Ofre under 18 år
- Ofre med ubehandlede traumereaktioner på et niveau som indikerer behov for traumbearbejdning, som ikke modtager individuel behandling
- Ofre med aktuelt misbrug eller ubehandlet psykiatrisk lidelse
- Ofre med gennemgribende og uregulerede dissociative episoder
- Ofre, som ikke har mulighed for at deltage pga. transporttid, skole el. arbejde

Deltagernes første kontakt med behandlingsprogrammet foregår via en flyer samt et tilbud om en forsamtale. Til forsamtalen screenes deltageren for egnethed til gruppeforløb på baggrund af eksklusionskriterierne og gennem en klinisk vurdering af parathed. Deltageren bliver desuden informeret om yderligere indhold og rammer for forløbet. Ved forsamtalen udfylder deltageren samtidig et traumeskema, der fungerer som første måling i dataanalysen.

I løbet af projektet har sammenlagt 40 deltagere været igennem en forsamtale og er blevet vurderet egnede til gruppebehandlingen, samt takket ja til deltagelse. 28 deltagere har gennemført hele forløbet. Af de deltagere, som ikke har gennemført forløbet, er 5 stoppet inden opstart, mens 7 deltagere er stoppet undervejs af forskellige årsager:

- 1 pga. forværring
- 1 pga. bedring
- 2 følte sig forkert placerede
- 3 er udeblevet uden besked

Yderligere har én deltager udfyldt spørgeskemaerne forkert og én deltagers score på to af måleredskaberne (DoloTest® og Harvard Trauma Questionnaire [HTQ]) gået tabt. To deltagere er stoppet, fordi deres hold lukkede, men er fortsat på et nyt hold. Der er ikke inkluderet data på disse deltageres første holdforløb. I alt er der derfor inkluderet data for 27 deltagere i den efterfølgende dataanalyse af ét måleredskab (The Female Sexual Dysfunction Scale [FSDS]), og inkluderet data for 26 deltagere i den efterfølgende dataanalyse af DoloTest® og HTQ.

På grund af et begrænset patientflow har det ikke været muligt at matche deltagerne i grupper, og fordelingen er derfor sket på baggrund af, hvilken opstartsdato der har været passende for den enkelte deltager. Det betyder, at holdene har været forskellige; nogle hold har været heterogene i forhold til alder, funktionsniveau og traumehistorik, mens andre hold har været homogene.

Anvendte skemaer

Deltagerne i gruppeforløbet har ved opstart og afslutning i behandling udfyldt tre selvrapporteringskemaer, som måler på hhv. traumesymptomniveau, sundhedsrelateret livskvalitet, og seksuelt relateret personlig lidelse hos kvinder. Disse vil kort blive beskrevet herunder.

Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), (Mollica et al., 1992)

HTQ er udviklet på baggrund af DSM-IV PTSD-diagnosen. HTQ 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. I dette projekt har deltagerne blot besvaret 19 af de 31 spørgsmål.

DoloTest® (Kristiansen et al., 2010)

DoloTest® er et måleredskab til sundhedsrelateret livskvalitet (eng: health-related quality of life [HRQoL]), udviklet til smertepatienter. Skemaet er et enkelt, grafisk værktøj, med god indre og ydre validitet samt reliabilitet blandt smertepatienter. Skemaet består af 8 visuelle, analoge skalaer (eng: visuel analog scales [VAS]) arrangeret i et radar-plot. De 8 VAS-linjer måler på smerte, problemer med let fysisk aktivitet (daglige opgaver i hjemmet), problemer med mere krævende fysisk aktivitet (gåture, fysisk træning), problemer med at udføre ens job, reduceret energi og

styrke, lav livsånd (eng: spirit), reduceret socialt liv og søvnproblemer. Deltageren svarer ved at angive et punkt på VAS-linjen mellem ”ingen” og ”værest tænkelige”, og deltageren er instrueret i at tænke tilbage på et gennemsnit for den sidste uge, når vedkommende udfører besvarelsen. Hver skala er besvaret, mens VAS-linjen vender horisontalt. Efter besvarelsen tegnes en streg mellem hver markering, og der skabes en DoloTest®-profil. Den samlede DoloTest®-score udregnes ved at addere hver skalascore og derefter gange med 100. Man kan altså opnå en score på mellem 0 og 800. Den samlede score kan ses som et udtryk for deltagerens sundhedsrelaterede livskvalitet. Se Figur 1 for eksempel på en DoloTest®.

Figur 1: DoloTest®

Note: Eksempel på en DoloTest®, som den blev præsenteret for deltagerne i gruppebehandlingen for voldtægts ofre ved Center for Voldtægts ofre.



The Female Sexual Distress Scale (FSDS), (Derogatis et al., 2002)

FSDS er et screeninginstrument til at vurdere seksuelt relateret personlig lidelse hos kvinder (eng: sexually related personal distress in women). Skalaen viser høj intern konsistens, konstruktvaliditet og tilfredsstillende test-retest reliabilitet, samt en god evne til at differentiere mellem seksuelt dysfunktionelle og seksuelt funktionelle kvinder. Skalaen består af 12 selvrapporterings-items og måler frekvensen af lidelse (eng: distress) hos kvinder. I besvarelsen angives hvor ofte man har oplevet et givent fænomen indenfor de sidste 30 dage, hvor svaret angives på en 5-punkt Likert-skala, der spænder over svarmulighederne ”aldrig”, ”sjældent”, ”af og til”, ”ofte” og ”altid”. Spørgsmålene dækker over emner som bekymring, ulykkelighed, skyld, stress, frustration, mindreværd, sorg og utilfredshed over blandt andet seksualliv, seksuelle problemer, seksuelle forhold og seksualitet, og er stillet på en måde, så de er helt uafhængige af seksuel orientering og civilstatus. Skemaet tager omkring 5-10 minutter at udfylde. Den samlede FSDS-score udregnes ved at addere scores for alle 12 spørgsmål, og kan ses som et udtryk for deltagerens seksuelt relaterede personlige lidelse. Screeningsværktøjet har en cut-off-score på 15, hvor en score på > 15 udtrykker seksuel dysfunktion hos respondenteren, mens en score på < 15 udtrykker seksuel funktionalitet hos respondenteren.

Resultater

Herunder følger resultaterne af dataanalysen på de tre inkluderede spørgeskemaer, hhv. HTQ, DoloTest® og FSDS.

Tabel 2: Harvard Trauma Questionnaire

Item	Startgennemsnit (standardafvigelse)	Slutgennemsnit (standardafvigelse)	t	Sig. nivea u	Effektstørrelse
Tilbagevendende tanker eller erindringer om hændelsen	2,88 (0,7)	2,71 (0,8)	0,952	.350	
Føler i glimt, at det er ligesom at hændelsen gentager sig	2,31 (0,7)	2,15 (0,7)	0,941	.356	
Gentagne mareridt	2,52 (1,0)	2,19 (1,0)	1,562	.131	
Føler mig uengageret eller isoleret fra mennesker	2,73 (1,0)	2,38 (0,9)	1,806	.083	
Ude af stand til at vise følelser	1,96 (1,0)	2,19 (0,8)	-1,000	.327	
Bliver nemt forskrækket	3,00 (0,8)	2,69 (1,0)	1,443	.161	
Svært ved at koncentrere mig	3,40 (0,6)	2,96 (0,6)	2,864	.009*	.573
Besvær med at falde i søvn/sove igennem	3,06 (1,1)	3,12 (1,0)	-0,214	.832	
Følelsen af at være på vagt	3,27 (0,7)	2,85 (0,9)	2,282	.031*	.447
Føler mig let irriteret og har let ved at blive vred	3,12 (0,7)	2,73 (0,8)	2,184	.039*	.428
Undgår aktiviteter, som minder mig om hændelsen	2,92 (0,7)	2,54 (1,0)	1,547	.134	
Ude af stand til at huske dele af hændelsen	2,58 (1,1)	2,67 (1,0)	-0,409	.686	
Mindre interesse i dagligdagsaktiviteter	2,50 (1,0)	1,96 (0,9)	2,573	.016*	.505
Føler jeg ikke har nogen fremtid	2,04 (1,2)	1,85 (1,1)	0,775	.446	
Undgår tanker eller følelser forbundet med hændelsen	3,10 (0,8)	2,54 (1,0)	3,166	.004*	.621

Pludselige følelsesladede eller fysiske reaktioner, når jeg bliver mindet om hændelsen	3,12 (0,9)	2,60 (1,0)	2,296	.030*	.450
Symptomklynge: Genoplevelse	10,86 (2,0)	8,81 (2,5)	2,274	.032*	.446
Symptomklynge: Undgåelse	17,78 (3,2)	16,34 (4,2)	1,894	.070	
Symptomklynge: Vagtsomhed	15,74 (2,0)	14,54 (2,9)	1,876	.073	
Totalscore	44,38 (5,6)	40,74 (8,3)	2,131	.044*	.426

Note: Signifikansniveau = p-værdi, * = signifikant resultat ($p < .05$), Effektstørrelse = Cohen's d. Klassificering af d: $d < .20$ = ingen eller ringe effekt, $d > .20 - d < .50$ = svag til moderat effekt, $d > .80$ = stor effektstørrelse, Cohen's d udelukkende inkluderet for signifikante resultater.

Resultaterne i Tabel 2 viser, at deltagerne har oplevet en signifikant ændring mellem de to måletidspunkter før interventionen og efter interventionen på flere delelementer af spørgeskemaet, herunder; at have svært ved at koncentrere sig, følelsen af at være på vagt, følelse af let at blive irriteret og vred, mindre interesse i dagligdagen, undgåelse af tanker og følelser forbundet med hændelsen, og pludselige følelsesladede eller fysiske reaktioner, når deltageren bliver mindet om hændelsen. For alle signifikante delelementer gælder det, at deltagerne har fået det bedre ved slutmålingen. Deltagerne har desuden signifikant lavere score på genoplevelsessymptomer og en signifikant lavere totalscore på HTQ. Alle signifikante ændringer har en moderat effektstørrelse.

Tabel 3: PTSD-prævalens

	Før intervention	Efter intervention
Tre symptomklynger (fuld PTSD)	20	15
To symptomklynger (subklinisk PTSD)	6	6
En symptomklynge	0	2
Nul symptomklynger	0	2

Note: Antal personer med PTSD før og efter interventionen. NB: en persons besvarelse er ufuldstændig, derfor er antal besvarelser før intervention = 26, mens antal besvarelser efter intervention = 25

Ved interventionens start levede 20 personer (76,9%) op til diagnosekriterierne for fuld PTSD, mens 6 personer (23,1%) viste symptomer på subklinisk PTSD. Efter interventionen levede 15 personer (60%) op til diagnosekriterierne for fuld PTSD, mens 6 personer (24%) viste symptomer på subklinisk PTSD. 4 personer (16%) levede efter interventionen ikke op til diagnosekriterierne for PTSD eller subklinisk PTSD. Resultaterne i Tabel 3 peger på, at deltagerne har en mindre grad af PTSD efter gruppeforløbet.

Tabel 4: DoloTest®

Item	Startgennemsnit (standardafvigelse)	Slutgennemsnit (standardafvigelse)	t	Sig. nivea u	Effektstørrelse
Smerter	32,77 (23,5)	30,46 (18,9)	0,522	.606	
Søvnproblemer	52,58 (26,3)	44,04 (23,4)	1,800	.084	
Nedsat social aktivitet	42,81 (25,6)	36,73 (22,6)	1,607	.121	
Dårligt humør	55,58 (23,5)	41,19 (19,5)	3,059	.005*	.600
Nedsat energi og kræfter	55,00 (23,0)	45,27 (22,3)	2,313	.029*	.454
Problemer med at passe arbejde	41,65 (31,2)	30,15 (25,6)	1,853	.076	
Problemer ved sværere fysisk aktivitet, f.eks. gåture og motion	29,15 (26,0)	25,12 (19,2)	0,942	.355	
Problemer ved lettere fysisk aktivitet, f.eks. daglige gøremål	37,04 (27,4)	25,88 (18,9)	2,224	.035*	.436
Totalscore	346,58 (132,3)	278,85 (114,3)	3,229	.003*	.633

Note: Signifikansniveau = p-værdi, * = signifikant resultat ($p < .05$), Effektstørrelse = Cohen's d. Klassificering af d: $d < .20$ = ingen eller ringe effekt, $d > .20 - d < .50$ = svag til moderat effekt, $d > .80$ = stor effektstørrelse, Cohen's d udelukkende inkluderet for signifikante resultater.

Resultaterne i Tabel 4 viser en signifikant effekt af behandlingen på deltageres gennemsnitslige score på delementerne dårligt humør, nedsat energi og kræfter, og problemer med lettere fysisk aktivitet, f.eks. daglige gøremål. Resultaterne viser desuden en signifikant effekt af behandlingen på deltageres totalscore for sundhedsrelateret livskvalitet. Alle signifikante effekter på DoloTesten® har en moderat effektstørrelse. For alle signifikante ændringer gælder det, at deltagerne har fået det bedre ved slutmålingen.

Tabel 5: The Female Sexual Distress Scale

Item	Startgennemsnit (standardafvigelse)	Slutgennemsnit (standardafvigelse)	t	Sig. nivea u	Effektstørrelse
Bekymret over dit seksualliv	2,52 (1,1)	1,74 (1,0)	3,155	.004*	.607
Ulykkelig over dit seksuelle forhold	2,07 (1,3)	1,33 (1,0)	2,920	.007*	.562
Skyldig over seksuelle problemer	2,67 (1,3)	1,85 (1,3)	3,328	.003*	.641
Frustreret på grund af dine seksuelle problemer	2,59 (1,2)	2,07 (1,2)	2,009	.055	
Stresset over det seksuelle	2,19 (1,2)	1,22 (0,8)	3,986	<.001*	.767
Mindreværdig på grund af seksuelle problemer	2,19 (1,4)	1,48 (1,3)	2,962	.006*	.570
Bekymret over det seksuelle	2,41 (1,1)	1,70 (1,0)	2,823	.009*	.543
Seksuelt utilstrækkelig	2,37 (1,3)	1,85 (1,2)	1,734	.095	
Sorg over din seksualitet	1,74 (1,3)	0,96 (1,0)	3,314	.003*	.638
Flov over seksuelle problemer	2,70 (1,3)	1,85 (1,3)	3,148	.004*	.606
Utilfreds med dit sexliv	1,93 (1,2)	1,48 (1,1)	2,126	.043*	.409
Vred over dit sexliv	1,81 (1,4)	1,19 (1,1)	2,400	.024*	.462
Totalscore	27,19 (11,7)	18,74 (9,9)	4,159	<.001*	.800

Note: Signifikansniveau = p-værdi, * = signifikant resultat ($p < .05$), Effektstørrelse = Cohen's d. Klassificering af d: $d < .20$ = ingen eller ringe effekt, $d > .20 - d < .50$ = svag til moderat effekt, $d > .80$ = stor effektstørrelse, Cohen's d udelukkende inkluderet for signifikante resultater.

Resultaterne i Tabel 5 viser en signifikant effekt af behandlingen på alle delelementer af FSDS, på nær deltagerens gennemsnitlige score på delelementerne ”Frustreret på grund af dine seksuelle problemer” og ”Seksuelt utilstrækkelig”. Alle signifikante effekter på delelementerne har en moderat effektstørrelse. Resultaterne viser desuden en signifikant effekt på totalscore for FSDS-spørgeskemaet med stor effektstørrelse. For alle signifikante ændringer gælder det, at deltagerne har fået det bedre ved slutmålingen.

Derudover er der lavet analyser på, om der er en signifikant forskel mellem de deltagere, som medvirker i gruppeforløbet akut efter hændelsen (2-3 måneder efter) (akuthenvendere), og de deltagere, som medvirker længere tid efter hændelsen (senhenvendere). 11 deltagere ud af 27 (40,7%) er akuthenvendere, mens 16 deltagere ud af 27 (59,3%) er senhenvendere. Der er ikke nogen signifikant forskel på totalskalaniveau på HTQ eller DoloTesten® mellem akut- og senhenvendere, mens der er signifikant forskel på totalskalaniveau på FSDS-skemaet ved behandlingens start, men ikke ved behandlingens slut (data ikke vist). Deltagerne scorer altså signifikant forskelligt ved behandlingens start, alt efter om de er akut- eller senhenvendere.

Tabel 6: Forskel mellem akut- og senhenvendere, FSDS

Item	Akuthenvendere				Senhenvendere			
	Startg ns. (SD)	Slutgns. (SD)	t	Sig. niveau	Startg ns. (SD)	Slutgns. (SD)	t	Sig. niveau
Bekymret over dit seksualliv	2,09 (0,9)	1,45 (0,9)	1,750	.111	2,81 (1,2)	1,94 (1,0)	2,573	.021*
Ulykkelig over dit seksuelle forhold	1,73 (1,3)	1,00 (1,2)	1,896	.087	2,31 (1,3)	1,56 (0,9)	2,158	.048*
Skyldig over seksuelle problemer	1,91 (1,5)	1,73 (1,4)	0,482	.640	3,19 (0,9)	1,94 (1,2)	4,443	<.001*
Frustreret på grund af dine seksuelle problemer	1,73 (1,3)	1,91 (1,4)	-0,410	.690	3,19 (0,8)	2,19 (1,0)	3,873	.002*
Stresset over det seksuelle	1,73 (1,0)	1,00 (0,8)	1,896	.087	2,50 (1,2)	1,38 (0,8)	3,576	.003*
Mindreværdig på grund af seksuelle problemer	1,55 (1,4)	1,27 (1,3)	1,000	.341	2,63 (1,2)	1,63 (1,3)	2,928	.010*
Bekymret over det seksuelle	2,00 (0,9)	1,36 (1,2)	1,641	.132	2,69 (1,1)	1,94 (0,9)	2,236	.041*
Seksuelt utilstrækkelig	1,73 (1,2)	1,64 (1,1)	0,232	.821	2,81 (1,2)	2,00 (1,3)	1,932	.072
Sorg over din seksualitet	1,45 (1,3)	0,64 (0,9)	2,324	.042*	1,94 (1,4)	1,19 (1,0)	2,324	.035*
Flov over seksuelle problemer	2,09 (1,5)	1,55 (1,6)	0,944	.367	3,13 (1,0)	2,06 (1,0)	4,576	<.001*
Utilfreds med dit sexliv	1,64 (1,3)	1,00 (0,8)	2,609	.026*	2,13 (1,1)	1,81 (1,1)	1,000	.333
Vred over dit sexliv	1,45 (1,5)	1,00 (1,1)	0,959	.360	2,06 (1,4)	1,31 (1,2)	2,423	.029*

Totalscore	21,09 (11,6)	15,55 (11,1)	1,655	.129	31,38 (10,0)	20,94 (8,6)	4,170	<.001*
------------	-----------------	-----------------	-------	------	-----------------	----------------	-------	--------

Note: Tabel viser forskel i gennemsnit og mellem gennemsnit på FSDS-skemaet mellem akuthenvendere og senhenvendere.

Signifikansniveau = p-værdi, * = signifikant resultat ($p < .05$), SD = standardafvigelse.

Ved nærmere analyse af denne forskel mellem akut- og senhenvendere viser resultaterne, som kan aflæses i Tabel 6, at senhenvenderne har det signifikant dårligere end akuthenvenderne ved interventionens start. Der tegner sig desuden det billede, at det er senhenvenderne, som driver den signifikante effekt på FSDS-spørgeskemaet. Når akut- og senhenvenderes score før og efter interventionen analyseres hver for sig, kan det ses, at akuthenvenderes score på FSDS-spørgeskemaet ikke ændres signifikant mellem de to måletidspunkter (på nær for spørgsmålet om sorg over seksualitet samt spørgsmålet om utilfredshed med seksualitet), hvorimod senhenvenderes score ændres signifikant på totalskalaniveau samt på de fleste delelementer af spørgeskemaet (bortset fra på spørgsmålet om utilfredshed med seksualitet). Resultaterne peger på, at behandlingen især har været effektiv for senhenvenderes seksuelt relaterede lidelse.

Diskussion

Resultaterne viser en målbar effekt af behandlingsforløbet på alle tre måleredskaber HTQ, DoloTest® og FSDS på både totalscoreniveau og på flere delelementer. Herunder følger en diskussion af resultaterne samt andre, relevante overvejelser om måleredskaber, behandlingselementer og metodemæssige udfordringer i rekruttering, behandling, dataindsamling og analyse.

Tilpasning mellem testbatteri og behandling

Et vigtigt opmærksomhedspunkt i evalueringen af resultaterne er sammenhængen mellem selve behandlingen og det testbatteri, man bruger til at vurdere effekten af behandlingen.

Indholdselementerne i denne gruppebehandling har været kraftigt fokuserede omkring at styrke deltagerens identitet, skabe sammenhæng og håb for fremtiden, styrke håndtering af følgevirkninger, arbejde med ressourcer og arbejde med intimitet og seksualitet. Under størstedelen af møderne har deltagerne arbejdet med Livets træ (Eide & Nordenhof, 2013; Denborough, 2014), som har en stærk ressourcefokuseret tilgang, og som synliggør positive oplevelser, håb og ønsker samt egne evner og færdigheder. Der er imidlertid ingen af de tre måleredskaber (HTQ, DoloTest®, FSDS), som måler på deltagerens oplevelse af egne ressourcer. De umiddelbare effekter af dette arbejde er derfor ikke direkte målbare, men må aflæses gennem sekundære mål for traumesymptomniveau, sundhedsrelateret livskvalitet og seksuelt relateret lidelsesniveau.

Desuden fylder arbejdet med følgevirkninger en del i gruppebehandlingen. Det vigtigste formål i arbejdet med følgevirkninger præsenteres som det at synliggøre, at alle deltagerne oplever følgevirkninger, anerkende deres eksistens, normalisere dem, og lægge op til refleksioner over handlemuligheder, når man oplever disse følgevirkninger. Fokus er altså ikke så meget på at eliminere følgevirkningerne, men i højere grad at finde selvunderstøttende måder at reagere eller håndtere dem på. I traumeskemaet HTQ spørges der ind til frekvensen af disse følgevirkninger (traumesymptomer), men ikke ind til, hvor adaptivt deltagerne håndterer de situationer, hvor de oplever disse. Det kan derfor være svært med de inkluderede måleredskaber at vurdere, hvorvidt deltagerne er blevet bedre til at håndtere oplevede følgevirkninger.

Ydermere er der i testbatteriet inkluderet måleredskabet DoloTest®, som er et værktøj til at vurdere den sundhedsrelaterede livskvalitet hos smertepatienter. I redskabet indgår der derfor

spørgsmål, som er mindre relevante for de voldtægts ofre, som har modtaget gruppebehandlingen, f.eks. ”i hvilket omfang oplever du smerter” og ”i hvilket omfang oplever du problemer ved sværere fysisk aktivitet, f.eks. gåture og motion”. Da behandlingens fokus ikke er på disse områder, kan man altså derfor ikke forvente at se en effekt mellem de to målinger før og efter behandlingen. Andre spørgsmål i måleredskabet er mere relevante til at vurdere effekten af gruppebehandlingen, f.eks. ”i hvilket omfang oplever du dårligt humør” og ”i hvilket omfang oplever du nedsat energi og kræfter”. På disse delelementer kan man da også se en signifikant effekt af behandlingen mellem de to måletidspunkter.

Endeligt er der i testbatteriet inkluderet FSIDS, som måler på seksuelt relateret personlig lidelse hos kvinder. Især på dette måleredskab kan man se en signifikant effekt af behandlingen, både på totalskalaniveau og på delelementer. Gruppeforløbet har haft fokus på seksualitet og intimitet i behandlingen, og de effekter, man kan se med dette måleredskab, kan derfor tænkes også at være en effekt af, at sammenhængen mellem behandlingens fokus og det, testbatteriet måler på, er god.

Det er dog vigtigt at forholde sig til, at resultaterne viser en signifikant forskel mellem akut- og senhenvenderes score på måleredskabet FSIDS. Senhenvenderne scorer signifikant højere på redskabet, hvilket indikerer større seksuel lidelse hos deltagerne. Efterfølgende analyser viser desuden, at akuthenvenderne ikke oplever en signifikant ændring i gennemsnitlig score på delelementer eller totalskalaniveau mellem interventionens start og slut. Det tyder på, at behandlingen har været mere effektiv til senhenvenderne, og at det er deres ændringer i score, som driver den signifikante effekt af behandlingen. Samtidig er det relevant at huske, at senhenvenderne havde det signifikant dårligere end akuthenvenderne ved interventionens start. Det er altså en gruppe med større lidelse, og det betyder også, at der dermed er mulighed for større forbedring gennem gruppeforløbet.

Rekrutterings- og fastholdelsesproblemer

Det er desuden værd at nævne, at projektet oplevede en høj grad af rekrutterings- og fastholdelsesproblemer. 15 ud af 42 deltagere (36%) droppede ud af projektet. Der er ikke inkluderet noget data på de deltagere, som er droppet ud af projektet. Det har derfor ikke været muligt at lave intention-to-treat-analyser. Det ville være relevant at undersøge, om der er nogle forskelle mellem de deltagere, som blev i projektet, og de deltagere, som droppede ud. Det kan være med til at sige noget om behandlingens effekt, samt give pejlemærker for, hvilken patientgruppe, som evner at være i og gavner af et gruppeforløb.

Behandlingsforskelle mellem grupper

Da gruppebehandlingen er et udviklingsprojekt, er indholdet løbende blevet tilpasset på baggrund af de tilbagemeldinger, deltagerne har givet. Det betyder, at de første fire hold har modtaget en form for reguleringsøvelse. Reguleringsøvelsen er løbende blevet tilpasset, da deltagerne generelt rapporterede blandede eller negative oplevelser med øvelsen. Fra og med hold 5 er øvelsen fuldstændig taget ud af behandlingsforløbet, og de sidste tre hold er derfor ikke blevet introduceret til denne øvelse. Det samme gør sig gældende med grænsesætningsøvelsen. På hold 1 blev der i forbindelse med temaet intimitet og seksualitet arbejdet med at markere egne fysiske grænser igennem øvelser. Oplevelsen var dog, at øvelsen forårsagede betydeligt fysisk og emotionelt ubehag, og deltagerne rapporterede, at de følte at øvelsen var konfronterende og grænseoverskridende. De følgende grupper blev derfor ikke introduceret for øvelsen.

Det betyder, at der er behandlingsforskelle mellem grupperne. Nogle grupper har oplevet en behandling med andre elementer, end det, de andre grupper har oplevet. Disse forskelle kan have

betydning for effekten af behandlingen. Man kan forestille sig, at behandlingseffekten vil være mindre i de grupper, som har været udsat for øvelser, hvor de rapporterede om negative oplevelser, og som de oplevede som konfronterende og grænseoverskridende.

Der er ikke foretaget analyser af effekten af behandlingen på holdniveau, på grund af det beskedne antal deltagere, men det er ikke desto mindre en relevant overvejelse, fordi det da ville være med til at synliggøre, hvilke elementer af behandlingen der var mere eller mindre effektive, samt se, om behandlingens effekt løbende blev større, som gruppebehandlingen blev udviklet og tilpasset deltagerne.

Forskellig parallel individuel behandling

Et sidste relevant opmærksomhedspunkt er det, at flere deltagere sideløbende med gruppebehandlingen modtog anden, individuel behandling. Nogle deltagere modtog behandling på Center for Voldtægts ofre, mens andre modtog behandling hos andre privatpraktiserende psykologer eller psykoterapeuter. Det er muligt, at denne sideløbende behandling kan være med til at påvirke den behandlingseffekt set i dette projekt. Det betyder, at der ikke med sikkerhed kan fastslås, hvilken behandling, som driver den effekt der ses i dataanalysen. Det bliver derfor også sværere at konkludere, hvorvidt der reelt er en effekt – eller ikke er en effekt - af gruppebehandlingen.

Konklusion

Denne rapport undersøgte behandlingseffekten af en nyudviklet gruppebehandling til voldtægtsramte, gennemført i Center for Voldtægts ofre. Resultaterne viste en gavnlig effekt af gruppeforløbet på deltagernes traumesymptomniveau, sundhedsrelaterede livskvalitet, og seksuelt

relaterede personlige lidelse, gennem signifikante effekter på tre måleredskaber (HTQ, DoloTest®, FSDS), med moderat til store effektstørrelser. Evalueringen af dette gruppeforløb må ses i lyset af forskellige udfordringer i forhold til måleredskaber, behandlingselementer og forskellige metodemæssige udfordringer i rekruttering, behandling, dataindsamling og analyse.

Det er desuden værd at bemærke, at de deltagere i gruppebehandlingen, som henvender sig til Center for Voldtægtsofre længe efter overgrebet har fundet sted (senhenvendere), ved behandlingens start oplevede en højere grad af seksuelt relateret personlig lidelse, i forhold til de deltagere, som deltog i gruppeforløbet kort tid efter overgrebet (akuthenvendere). Det kom til udtryk gennem en signifikant højere score på FSDS-skemaet, som måler på seksuelt relateret personlig lidelse, og betyder, at senhenvendere i højere grad oplevede følelser som bekymring, ulykkelighed, skyld, stress, frustration, mindreværd og sorg over deres seksualliv, seksuelle problemer, seksuelle forhold og seksualitet. Det er desuden senhenvenderne, som især oplever en bedring i seksuelt relateret personlig lidelse, i løbet af gruppeforløbet. Det er altså dem, der driver den signifikante effekt af behandlingen.

Derudover kan det konstateres, at selvom resultaterne peger på, at deltagerne har en mindre grad af PTSD efter gruppeforløbet, er der ved behandlingens afslutning stadig en høj forekomst af PTSD blandt deltagerne. Således lever 60% af deltagerne stadig op til kriterierne for en fuld PTSD-diagnose, mens 24% viser symptomer på subklinisk PTSD. Kun 16% levede efter interventionen ikke op til diagnosekriterierne for PTSD. Det betyder, at deltagerne i høj grad stadig oplever traumesymptomer som genoplevelse, undgåelse, ændringer i kognition og humør og øget vagtsomhed, relateret til det overgreb, de har været udsat for. Symptomer på PTSD kan som beskrevet i introduktionen have langvarige konsekvenser og forårsage betydelig funktionsnedsættelse samt øge risikoen for andre helbredsmæssige problemer og senere seksuelle overgreb (Elwood et al., 2011). En del deltagere er derfor stadig i behandlingsbehov efter gruppeforløbets afslutning.

Som led på vejen mod at sikre at ofre for seksuelle overgreb tilbydes den bedst mulige evidensbaserede behandling, er det vigtigt at udvikle nye behandlingsforløb, samt undersøge effekten af disse behandlingsforløb. Det er derfor positivt, at Center for Voldtægts ofre har fokus på denne målgruppe, samt arbejder for at udvikle effektiv behandling. Der er dog fortsat behov for mere forskning i gruppebehandling til voldtægts ofre.

Referencer

- Abrahams, N., Jewkes, R., & Mathews, S. (2013). Depressive symptoms after a sexual assault among women: Understanding victim-perpetrator relationships and the role of social perception. *African Journal of Psychiatry*, 4, 288-293.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Balvig, F & Kyvsgaard, B (2009). *Udsathed for vold og andre former for kriminalitet: Offerundersøgelserne 2005-2008*. Københavns Universitet, Justitsministeriet, Det Kriminalpræventive Råd, Rigspolicefen.
- Center for Voldtægtsofre (2021). *Få viden*. Lokaliseret d. 29. november 2021 på: <https://www.voldtaegt.dk/fa-viden>.
- Denborough, D. (2014): *Retelling the Stories of Our Lives – Everyday Narrative Therapy to draw inspiration and Transform Experience*. London: W.W. Norton & Company.
- Derogatis LR, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2002;28:317–30.
- Det Kriminalpræventive Råd (u.å.). *Fakta om voldtægt*. Lokaliseret d. 29. november 2021 på: <https://dkr.dk/vold-og-voldtaegt/fakta-om-voldtaegt>.
- Eide, G. & Nordenhof, I (2013): *Børne- og ungegrupper - veje til mestring i teori og praksis*. København: Akademisk Forlag.
- Elklit, A., & Christiansen, D. M. (2010). ASD and PTSD in rape victim. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 1470-1488.

- Elklit, A., & Shevlin, M. (2013). Sexual Victimization and Anxiety and Mood Disorders: A Case-Control Study Based on the Danish Registry System. *Irish Journal of Psychology*, 30, 119-124.
- Elwood, L. S., Smith, D. W., Resnick, H. S., Gudmundsdottir, B., Amstadter, A. B., Hanson, R. F., Saunders, B. E. & Kilpatrick, D. G. (2011). Predictors of rape: Findings from the National Survey of Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 166-173. Doi: 10.1002/jts.20624.
- Harris, R (2014): *The Weight Escape*. Boulder, Colorado: Shambhala.
- Høegsted, R (2019): *Håndbog i belastningspsykologi*, København: Forlaget Ictus.
- Kristiansen, K., Lyngholm-Kjaerby, P., & Moe, C. (2010). Introduction and Validation of DoloTest®: A New Health-Related Quality of Life Tool Used in Pain Patients. *Pain Practice*, 10(5), 396-403.
- Lund-Sørensen, K. & Sommer, M. (2021a). *Gruppebehandling til voldtægtsramte: Manual*. Center for Voldtægtsofre, Sygehus Lillebælt.
- Lund-Sørensen, K. & Sommer, M. (2021b). *Gruppebehandling til voldtægtsramte: Rapport*. Center for Voldtægtsofre, Sygehus Lillebælt.
- Mollica, R.F., Capi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disorders*. 180, 111–116
- Pedersen, Anne-Julie B., Kyvsgaard, Britta & Balvig, Flemming (2020): ”Udsathed for vold og andre former for kriminalitet. Offerundersøgelserne 2005-2019”. Justitsministeriet, Københavns Universitet, Det Kriminalpræventive Råd og Rigspolitiet.

Zinzow, H. M., Resnick, H. M, McCauley, J. L., Amstadter, A. B., Ruggiero, K. J., & Kilpatrick, D. G. (2012). Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: results from a national survey of women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 983-902. Doi: 2048/10.1007/s00127-011-0397-1.