



DE REGIONALE CENTRE FOR SEKSUELT  
MISBRUG  
RAPPORT OVER EFFEKT AF BEHANDLING  
2016

Et fokus på senfølger af  
seksuelle overgreb i barndommen

Helene Sophia Selsbæk & Ask Elklit  
Videnscenter for Psykotraumatologi  
Syddansk Universitet 2017

## **Forord**

Denne rapport er baseret på den tidligere rapport "Effekt af behandling – et fokus på senfølger af seksuelle overgreb i barndommen" fra Videnscenter for Psykotraumatologi udarbejdet i 2014. I nærværende rapport undersøges effekten af behandling i 2016 på foranledning fra Socialministeriet, der ønsker at se en effekt af behandlingen i landets tre største Centre for Seksuelt Misbrugte; CSM Syd, CSM Øst og CSM Midt-Nord.

## **Indholdsfortegnelse**

<b>Forord</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Indledning</b>	<b>4</b>
<b>2.1 Metodebeskrivelse</b>	<b>6</b>
<b>2.2 Databehandling</b>	<b>8</b>
<b>3. Undersøgelsens resultater</b>	<b>9</b>
<b>3.1 Om respondenterne</b>	<b>9</b>
<b>3.2 Omstændigheder ved overgrebene</b>	<b>11</b>
Opsamling	15
<b>3.4 Belastning målt ved standardiserede spørgeskemaer – før behandlingen</b>	<b>16</b>
Sammenfatning og psykologisk beskrivelse af deltagerne	19
<b>3.5. Sammenligning af standardiserede spørgeskemaer før behandlingsstart samt efter seks måneder og tolv måneder</b>	<b>20</b>
Sammenfatning af sammenlignende før/efter-analyser	25
<b>Litteratur</b>	<b>27</b>

## 1.1 Indledning

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

De psykologiske konsekvenser og følgevirkninger af seksuelt misbrug har været emne for omfattende forskning de seneste årtier (Hillberg, Hamilton-Giachritsis & Dixon, 2011; Maniglio, 2009).

Briere og kollegaer (2003) fastslår, at der er mange alvorlige psykologiske senfølger af et seksuelt misbrug i barndommen: symptomer på PTSD, depression, angst, samt seksuelle forstyrrelser og risiko for reviktimisering. Ligeledes ses der oftere spiseforstyrrelser, borderline-symptomer samt misbrug af stoffer og alkohol hos voksne, der har gennemlevet et misbrug i barndommen (Carter et al., 2006, Cutajar et al., 2010).

Selvom man i litteraturen ikke er nået til enighed om, præcis hvordan seksuelt misbrug i barndommen påvirker den psykologiske sundhed i voksenlivet, er der i en vis udstrækning enighed om, at seksuelt misbrug i barndommen er en generel risikofaktor for udvikling af psykopatologi, og at en væsentlig del af de børn, der udsættes for seksuelt misbrug, vil udvikle problemer af psykologisk karakter i voksenlivet (Maniglio, 2009). Herimod er enigheden om, hvordan eventuelle psykologiske følgevirkninger af seksuelt misbrug i barndommen skal behandles, mindre. Studierne på området er forskelligartede og svært sammenlignelige; men der er dog enighed om, at der er en positiv effekt af psykoterapeutisk

behandling af senfølger efter seksuelt misbrug i barndommen (Taylor & Harvey, 2010).

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

## 2.1 Metodebeskrivelse

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

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

Dataindsamlingen er sket løbende og bearbejdningen er afsluttet primo 2017, hvorfor nærværende rapport fungerer som en afrundende afrapportering af undersøgelsens resultater.

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

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

**Tabel 1** Belastningsområder og de tilsvarende psykologiske måleredskaber

Belastningskriterier	Måleredskab	Forkortelse
Traumatisering – posttraumatisk stresssyndrom (genoplevelser, undgåelse og vagtsomhed)	Harvard Trauma Questionnaire	HTQ
Social støtte (dengang og nu)	Crisis Support Scale	CSS
Depression, angst, søvnproblemer, dissociation, somatisering, aggression, samspilsproblemer	Trauma Symptom Checklist	TSC
Antagelser om verden	World Assumption Scale	WAS

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

Skemaet består af i alt 31 spørgsmål. De første 16 afspejler de diagnostiske kriterier for PTSD, og dækker dermed de tre hoveddimensioner af PTSD:

invasion, undgåelse og forhøjet vagtsomhed. Svarene angives på en 4-punkts Likert-skala, der spænder over svarmulighederne: "For det meste", "noget af tiden", "sjældent" og "overhovedet ikke". Den samlede HTQ-score udregnes som den samlede score på de første 16 spørgsmål, og kan ses som et udtryk for PTSD-sværhedsgraden.

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

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

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

og Janoff-Bulmans (1992) teorier om posttraumatisk kognitiv bearbejdning. Den interne såvel som den eksterne validitet af WAS er fundet tilfredsstillende (Elklit et al., 2007).

## **2.2 Databehandling**

Al databehandling er foretaget i SPSS Version 24. Data er fremstillet deskriptivt ved udregning af gennemsnit, standardafvigelser (SD), samt i visse tilfælde median og spredning. Data er, hvor det er relevant, undersøgt for sammenhænge og forskelle ved brug af chi-square, korrelationsanalyse, variansanalyse (ANOVA), regressionsanalyse samt effektstørrelser (Cohen's d). Signifikansniveauet for alle tests er fastsat til  $p = 0,05$ .



### 3. Undersøgelsens resultater

Samlet set har 145 kvinder og mænd udfyldt skemaer i forbindelse med behandling i 2016, heraf 18 med opstart af behandling i 2016. *De brugere af CSM centrene, der er længere i deres behandling end 12 måneder ved starten af 2016, er ikke medtaget i denne rapport og er derfor ikke afspejlet i disse tal.*

Respondenternes fordeling på de forskellige centre ses i tabel 3.

**Tabel 2** *Oversigt over deltagende centre og deres respondenter*

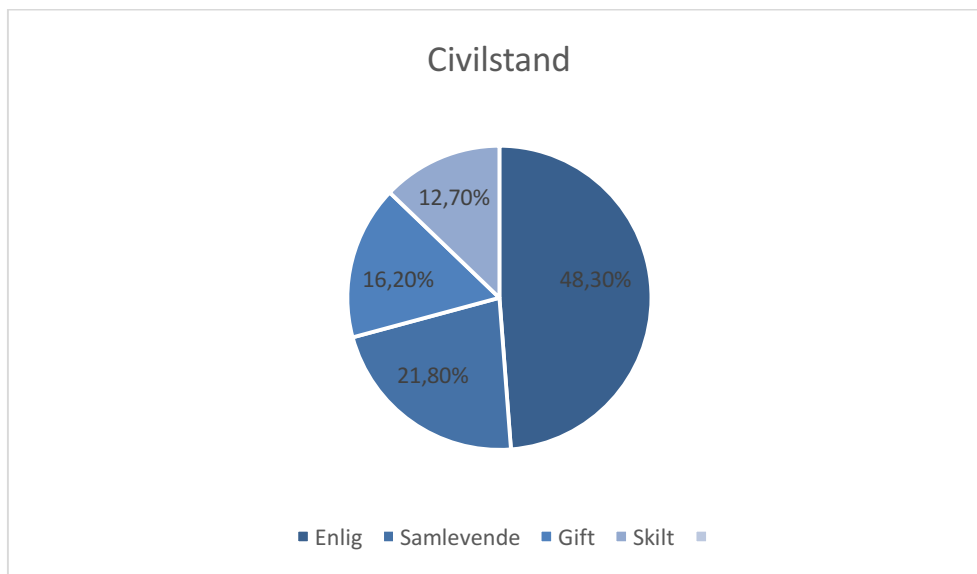
	<b>Under behandling</b>
<b>CSM Midt-Nord</b>	53
<b>CSM Syd</b>	31
<b>CSM Øst</b>	61
<b>I alt</b>	<b>145</b>

De deskriptive opgørelser i det følgende er baseret på de 145 respondenter, der har modtaget behandling i de pågældende centre i 2016.

#### 3.1 Om respondenterne

Deltagernes alder spænder fra 19-67, mens gennemsnitsalderen for deltagerne er 37,68 år. Af deltagerne er de 114 kvinder svarende til 78,6 %. 38 % af respondenterne lever i ægteskab eller parforhold, mens 49,3 % er enlige. Samtidig er 12,7 % af deltagerne skilt fra en tidligere ægtefælle (se figur 1).

**Figur 1** *Deltagernes civilstand*



58 % af deltagerne angiver at have børn, mens de resterende ikke har nogen børn. Gennemsnittet for antallet af uddannelsesår deltagerne har i alt er 13,43 år, SD 4,37 år.

I tabel 3 beskrives respondenternes tilknytning til arbejdsmarkedet fordelt på beskæftigelsesgrupper. Det fremgår, at 22,3 % af de adspurgte respondenter er i arbejde, mens 17,3 % er under uddannelse. Herudover modtager 60,4 % af de adspurgte respondenter en eller anden form for overførselsindkomst.

**Tabel 3** Fordeling af procentandele på udspecificerede beskæftigelsesgrupper

n= 127	Frekvens	Procentandel
Selvstændig	4	2,9
Ufaglært arbejder	4	2,9
Faglært arbejder	11	7,9
Funktionær eller tjenestemand	12	8,6
Studerende	24	17,3
Førtidspensionist	22	15,8
Pensionist	3	2,2
Arbejdsløs med dagpenge, sygedagpenge, kontanthjælp, ledighedsydelse m.v.	46	33,1
Andet	13	9,3

### 3.2 Omstændigheder ved overgrebene

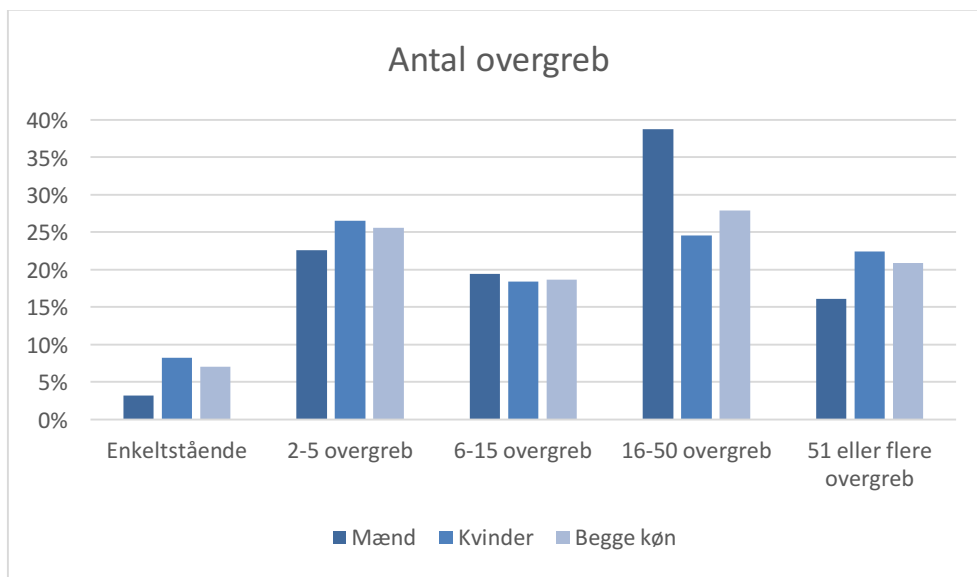
Tabel 4 viser, at gennemsnitsalderen for det første overgreb var 7,6 år, og gennemsnitligt foregik de over en periode på 8 år. I forbindelse med disse tal skal det oplyses, at 47 personer ikke har oplyst noget om varigheden af overgrebene. Tidspunktet for hvornår ofret fortæller om overgrebene er gennemsnitligt 22,1 år.

**Tabel 4** *Overgrebets tidspunkt, varighed og alder ved afsløring*

	<b>Gennemsnit (SD)</b>	<b>Rækkevidde</b>
Alder i år ved første overgreb (n = 120)	7,5 (3,85)	0-16
Varighed i år af overgrebet/-ene (n = 96)	7,94 (6,07)	1-44
Alder i år ved første fortælling om overgreb til andre (n = 136)	21,96 (11,33)	5-57

Figur 2 viser, at knap en femtedel (18,6 %) af deltagerne har været udsat for mellem 6 og 15 overgreb. 27,90 % af deltagerne har været udsat for mellem 16 og 50 overgreb. Lidt færre (20,9 %) af deltagerne rapporterer om 51 eller flere overgreb, mens det for 7 % af deltagere i undersøgelsen begrænser sig til et enkelt tilfælde. Det ses ligeledes af figur 2, at der er forskelle mellem mænd og kvinder, når det kommer til antal overgreb, idet flere mænd sjældent er udsat for enkeltstående overgreb, men oftere for flere overgreb.

**Figur 2 Antal overgreb**

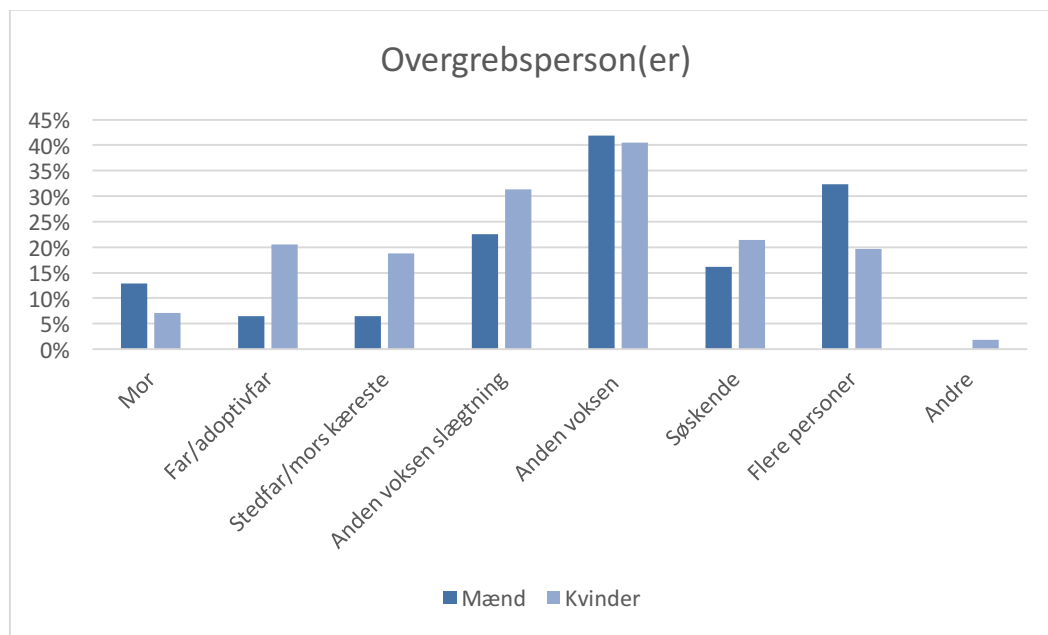


### 3.2.1 Overgrebspersoner

I figur 3 ses fordelingen af overgrebsperson(er) fordelt på køn. Størst kønsforskel ses i forhold til far eller adoptivfar som overgriber, der har været tilfældet for 20,5 % af kvinderne og kun 6,5 % af mændene.

Ligeledes har overgrebspersonen for flere kvinder (31,3 %) end mænd (22,6 %) været en anden voksen slægtning. Moderen er overgrebsperson i 12,9 % af mændenes tilfælde, mens det samme kun gør sig gældende i 7,1 % af kvindernes tilfælde. For både mænd og kvinder er det hyppigst en voksen uden for familien, der er overgrebspersonen (41,9 % for mænd, 40,5 % for kvinder).

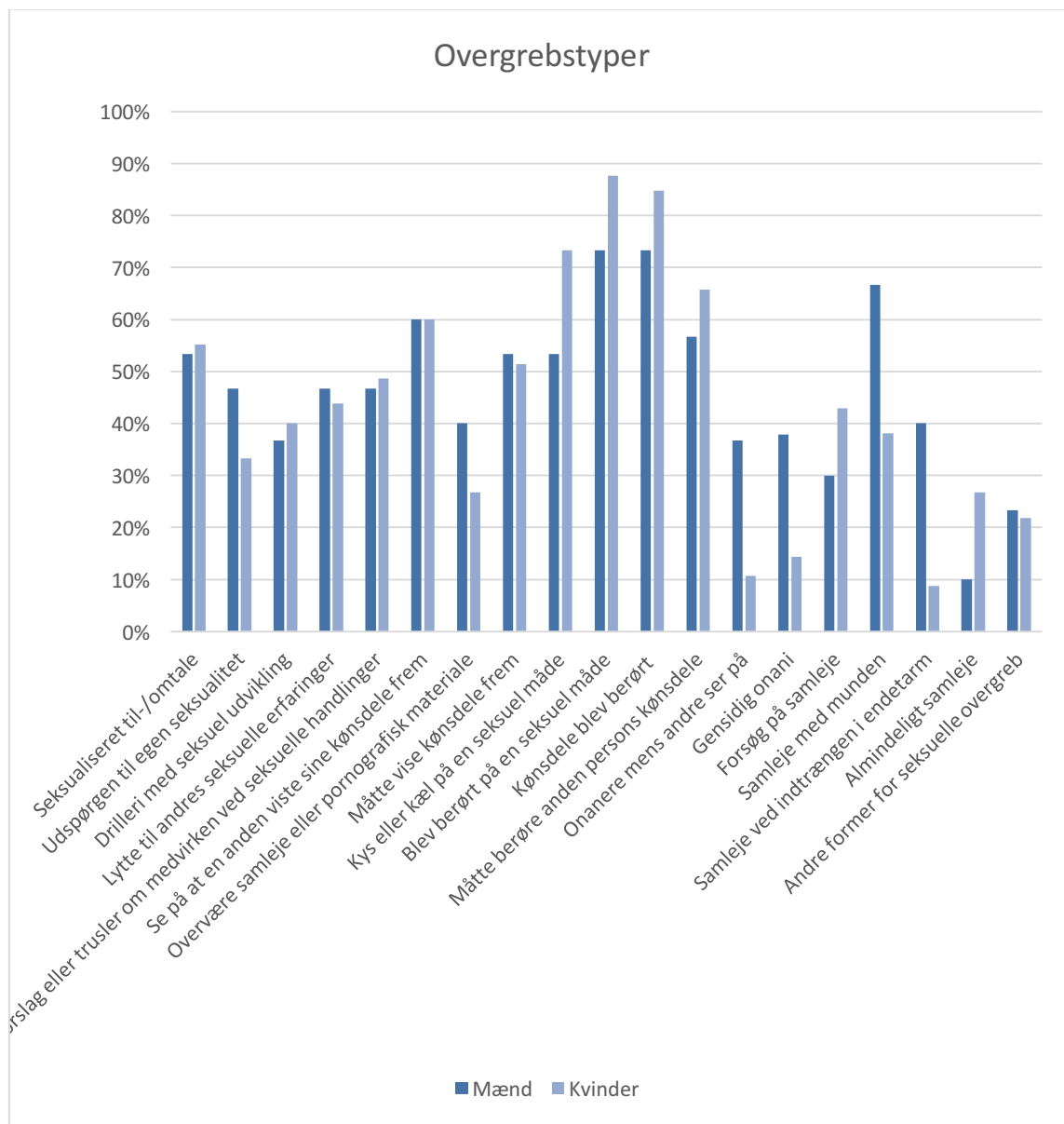
**Figur 3 Overgrebspersoner**



### 3.2.2 Seksuelle barndomserfaringer/overgreb

Figur 4 viser, hvilke seksuelle begivenheder undersøgelsesdeltagerne har oplevet, før de fyldte 15 år med en mindst 5 år ældre person. Som det ses af figuren, er der forskelle mellem de to køn. Her kan eksempelvis nævnes, at flere mænd (36,7 %) end kvinder (10,7 %) har måtte onanere mens andre ser på. Samtidig er flere mænd (66,7 %) end kvinder (38,1 %) blevet tvunget til samleje med munden, og flere mænd end kvinder blevet tvunget til samleje ved indtrængen i endetarmen (40 % versus 8,7 %). Omvendt er flere kvinder end mænd blevet kysset eller kælet på en seksuel måde (73,3 % kvinder mod 53,3 % mænd). Øvrige kønsforskelle kan aflæses af figur 5. Det ses generelt, at seksuel berøring samt berøring af kønsdele er blandt de hyppigst forekommende blandt begge køn.

**Figur 4** *Typer af overgreb*



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

Kun 36,2 % var klar over, at der var fare på færde umiddelbart før overgrebet fandt sted, mens 63,8 % ikke bemærkede nogen fare forud for overgrebet.

Størstedelen (81,9 %) angiver, at de ikke har haft kropslige følger efter overgrebet, mens 18,1 % angiver at have oplevet kropslige følger.

### ***Opsamling***

Gennemsnitsalderen for undersøgelsens deltagere er 37,68 år, og 114 af dem er kvinder (78,6 %). Lige over en tredjedel af deltagerne er gift eller samlevende med deres partner, og lidt under halvdelen af dem har ingen børn. Deltagerne i undersøgelsen har gennemsnitligt uddannet sig i 13,43 år.

Helt typisk for overgrebene er det, at de for størstedelens vedkommende startede tidligt – gennemsnitligt da personen var 7,5 år gammel. Det er desuden karakteristisk for gruppen, at overgrebene finder sted over en lang periode (gennemsnitligt knap 8 år), og at deltagerne først fortæller om deres oplevelser, når de er blevet voksne. Langt de fleste har været udsat for mere end ét overgreb, og for knap en femtedel gælder det, at de har været udsat for 51 eller flere overgreb. For de flestes vedkommende var overgriberen en person uden for familien, mens far, søskende eller en anden voksen slægtning også relativt ofte var involveret – især for kvindernes vedkommende. Forskellige former for berøring er den hyppigst forekommende forulempelse blandt undersøgelsens deltagere. Herudover er der store kønsforskelle i, hvad deltagerne i undersøgelsen specifikt er blevet udsat for.

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

Følgende afsnit omhandler psykologisk belastning oplevet *inden* behandlingen, og er således baseret på de 145 respondenter, der har besvaret spørgeskemaet *før* behandling. En komplet afrapportering af den beskrivende statistik samt validitetsmål kan ses i bilag 1. I det følgende præsenteres de centrale fund for hvert enkelt standardiserede spørgeskema. Hvor intet andet er beskrevet, er den interne validitet fundet tilfredsstillende.

#### *3.4.1 Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)*

Alle anvendte skalaer er blevet testet for intern konsistens ved Cronbach's alfa. For HTQ var den samlede alpha-værdi for hele skalaen var på 0,86. Den samlede alpha-værdi for hele skalaen er således meget tilfredsstillende.

93,5 % af svarpersonerne havde inden behandlingen et eller flere af invasionssymptomerne, hvilket er et af kriterierne i PTSD-diagnosen (American Psychiatric Association, 1994). 87,4 % af svarpersonerne havde tre eller flere undgåelsessymptomer, svarende til hvad PTSD-diagnosen kræver, mens 93,5 % havde to eller flere vagtsomhedssymptomer, som er en forudsætning for at få PTSD-diagnosen. Af alle deltagere opfyldte 73,8 % alle tre kernekriterier til PTSD-diagnosen før behandlingen. Yderligere 12,1 % opfyldte to af de tre kernekriterier, og kan dermed siges at have subklinisk PTSD. Denne forekomst af PTSD er markant højere, end hvad man forventer at se i normalbefolkningen, hvor amerikanske prævalensstudier har fundet en livstidsprævalens på 7,8 % (Kessler et al., 1995). En kønsopdelt analyse viste, at andelen af kvinder, der kvalificerede til en PTSD-diagnose var højere end andelen af mænd (74,6 % kvinder, 71 % mænd). Denne forskel var dog ikke signifikant.



### *Trauma Symptom Checklist (TSC)*

En komplet oversigt over beskrivende statistik og validitetsmål for TSC kan ses i bilag 1. Den interne validitet for TSC-total var meget høj (0,88), mens  $\alpha$ -værdierne for de otte subskalaer varierede fra 0,58-0,76. Kun subskalaen for mistanke om seksuelt misbrug har utilfredsstillende intern konsistens, og dette symptommål vil således ikke inddrages i de følgende analyser. Den gennemsnitlige score per item for hver symptomgruppe (dvs. total score/antal spørgsmål) angiver, at alle symptomer ligger mellem 1,83 og 2,61 i gennemsnit. Højest er gennemsnittet for søvnproblemer (2,61) fulgt af et højt niveau af depression (2,51). Herefter følger somatisering (2,25), dissociation (2,19), angst (2,18) og interpersonel sensitivitet, (2,09), mens fjendtlighed opnår den laveste gennemsnitsscore (1,83). Der findes ikke et egentligt dansk normmateriale for TSC, men til sammenligning kan bruges en undersøgelse blandt 320 psykologistuderende og læsere af "Forskningsnyt fra Psykologien" (Elklit, 1997a,b), hvor de gennemsnitlige scores lå mellem 1,38 (angst) og 1,68 (depression). Det gennemsnitlige symptomniveau er således markant højere for alle symptomgrupper i denne undersøgelses population. Kønsopdelte analyser viste, at der ikke var en signifikant forskel på mænd og kvinder for TSC-total, mens kvinderne scorede signifikant højere på både depressions- og angstsubskalaerne (begge p-værdier < 0,05).

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

I tabel 5 ses resultaterne fra en t-test af den sociale støtte hhv. efter overgrebet og nu. Af denne fremgår det, at der på alle syv områder er sket signifikante forandringer i den sociale støtte til de incest-ramte. Der er i dag langt flere, som er villige til at lytte, når svarpersonerne har behov for at snakke, end der var lige efter overgrebene. De incest-ramte er i højere grad nu kommet i kontakt med andre i samme situation, end de var lige efter overgrebene. Svarpersonerne er i dag bedre i stand til at tale om deres tanker og følelser, end de var efter overgrebene. De oplever en

højere grad af sympati og støtte fra omgivelserne nu, end de gjorde lige efter overgrebene. De modtager mere praktisk hjælp, de føler sig i mindre grad svigtet og de er alt i alt mere tilfredse med den støtte, de modtager, end lige efter overgrebene. Alle forskelle undtagen svigt er statistisk signifikante (se tabel 5).

**Tabel 5** Forskel på social støtte umiddelbart efter overgrebet og ved assesment

Forskel på social støtte efter overgrebene og i dag		Gennemsnit	SD	t	P (2-tailed)
cssda1 -	Andre, der lytter	-3,13	2,13	-17,07	< 0,000
cssda2 -	Kontakt med	-1,53	2,24	-8,00	< 0,000
cssda3 -	Udtrykke tanker	-3,56	1,88	-22,24	< 0,000
cssda4 -	Oplevet sympati	-3,17	1,89	-19,44	< 0,000
cssda5 -	Praktisk hjælp	-2,14	1,98	-12,47	< 0,000
cssda6 -	Svigt	-0,44	2,12	-2,41	0,017
cssda7 -	Samlet	-3,00	1,92	-17,9	< 0,000

#### *World Assumption Scale (WAS)*

De enkelte subskalaer har acceptabel intern validitet med undtagelse af tilfældighedsskalaen ( $\alpha = 0,37$ ) som derfor udelukkes fra de følgende analyser.

Ved udregning af vægtede gennemsnit ses det, at tre subskalaer har relativt høje gennemsnit, nemlig *selvkontrol* (4,05), *verdens godhed* (3,84), og *selvværd* (3,64). Herefter placerer sig *kontrol* (3,07) mens *held* har en værdi på 2,88. Der findes ingen deciderede normer for WAS, hvorfor det interessante er at se på, om og hvordan disse mål ændrer sig som følge af behandling.

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

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

Næsten tre fjerdedele af den undersøgte gruppe opfyldte kriterierne for PTSD-diagnosen inden behandling, og i tillæg hertil opfyldte yderligere knap en sjettedel af deltagerne kriterierne for subklinisk PTSD (opfyldelse af to af de tre kriterier). Disse resultater viser, at den undersøgte gruppe af mænd og kvinder udsat for seksuelt misbrug i barndommen udviser en høj grad af psykopatologi i form af PTSD. Ligeledes i forhold til symptomer på angst og depression scorer deltagerne i undersøgelsen højere, end hvad man forventer at se i normalbefolkningen. Det samme synes at være tilfældet for dissociation, søvnproblemer, somatisering og interpersonel sensitivitet.

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

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

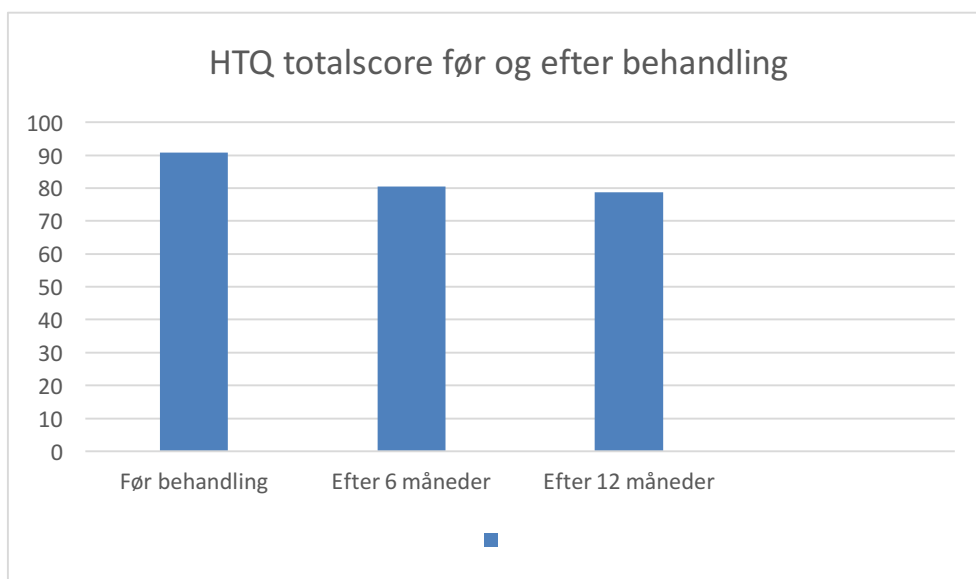
I ovenstående er patientkarakteristika (patienternes alder, demografi, uddannelse, sociale omstændigheder etc), traumets karakteristika (overgrebenes start, varighed og omfang, overgrebspersoner etc.) samt følgevirkninger (den inden behandlingen tilstedeværende psykopatologi i form af PTSD, depression,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

De standardiserede spørgeskemaer blev besvaret af respondenterne før behandling, et halvt år inde i behandlingen samt 12 måneder efter behandlingsopstart. I det følgende gennemgås de enkelte mål for en eventuel behandlingseffekt.

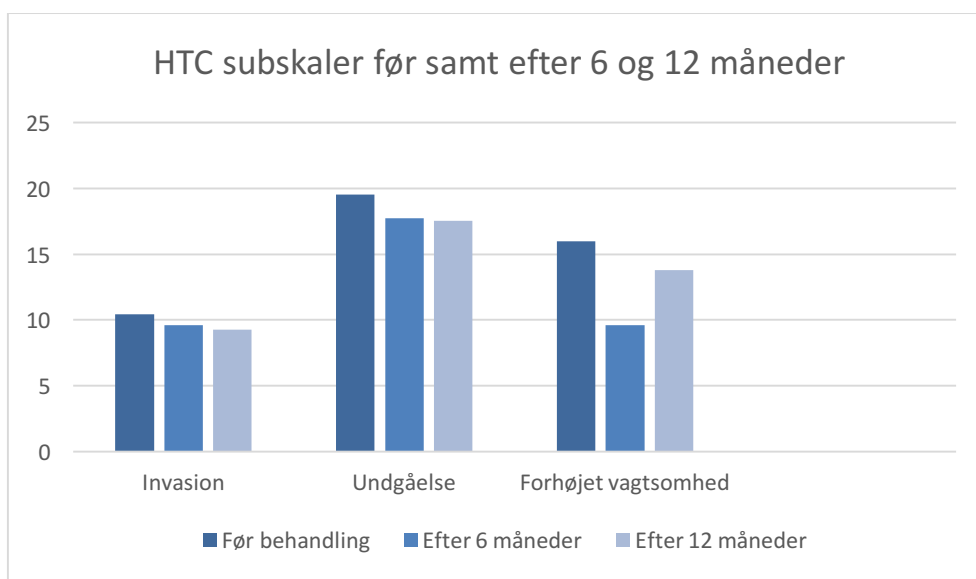
#### *HTQ*

I figur 5 ses HTQ-total før behandling samt seks og 12 måneder inde i behandlingen. Der var en signifikant forskel i den gennemsnitlige totalscore før behandling samt efter seks og 12 måneders behandling. Der var desuden en signifikant symptomreduktion for alle tre subskalaer fra behandlingens opstart til 6 måneder efter (se figur 6). Den samme signifikante forskel ses ikke fra 6 til 12 måneder hvilket kan forklares med manglende respondenter (n=65) på denne tid, eftersom nærværende undersøgelse omhandler behandlingen i 2016. Flere af deltagerne har haft opstart af behandling i 2016 og derfor ikke har modtaget behandling længe nok til at indgå i de 12 måneder i skrivende stund.

**Figur 5** HTQ total før og efter behandling. Forskellene ved måletidspunkterne er signifikante ( $p=0,000$ )



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



Desuden blev der kun påvist en enkelt signifikant kønsforskel i symptomniveauet af PTSD, nemlig at mændene total set har flere PTSD symptomer end kvinderne ved målingen efter 1 år. Af tabel 6 fremgår de kønsopdelte PTSD symptomer.

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

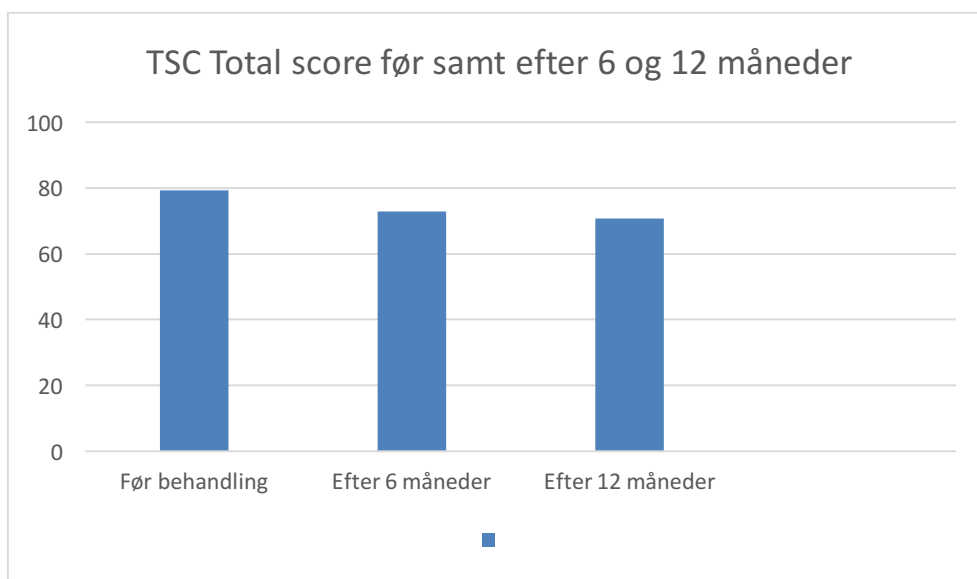
	Kvinder før (n= 109)	Mænd før (n = 31)	Kvinder 1 år efter (n =51)	Mænd 1 år efter (n = 14)
Invasion	10,42	10,55	9,08	9,86
Undgåelse	19,74	18,94	17,6	17,43
Vagtsomhed	16,2	15,19	13,9	13,36
Total	90,74	90,9	77,9	81,3

Ved behandlingsopstart opfyldte 73,8 % af alle deltagere de tre kernekriterier for PTSD-diagnosen, et tal som efter seks måneders behandling var faldet til 62,8 %. Ved undersøgelsens sidste måling var denne andel faldet yderligere, således at 30,3 % af deltagerne opfylder kernekriterierne for PTSD. Dog skal der tages højde for den faldende andel af respondentbesvarelser undervejs i forløbet.

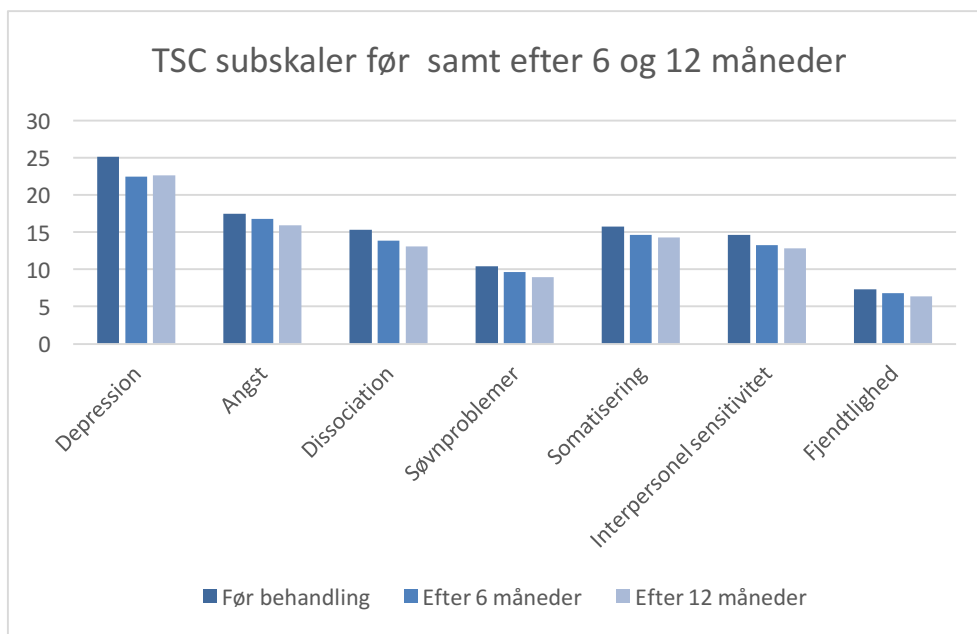
#### TSC

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

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



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



Det ses i figur 7 og 8, at der er signifikante forskelle fra før behandling til 12 måneder efter opstart både for traumereaktionerne totalt set samt for samtlige underskalaer. Særligt er det dog værd at bemærke de betydelige

fald i symptomerne omhandlende depression, angst, dissociation og søvn. I relation til kønsforskelle er disse præsenteret i tabel 7. Af tabellen fremgår det, at kvinderne har et højere niveau af depression og angst inden behandlingsopstart end mændene. Det ses også, at mændene efter 12 måneder har sværere ved samspillet med andre end kvinderne.

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

	Kvinder før (n= 114)	Mænd før (n = 31)	Kvinder 1 år efter (n= 49)	Mænd 1 år efter (n= 14)
Depression	25,52	23,76	22,64	22,64
Angst	18	15,68	16,3	14,64
Samspil	14,59	13,43	12,63	13,43
Total	80,32	75,34	71,27	68,85

#### *Social støtte før behandling og efter 12 måneder (CSS)*

I en t-test af den sociale støtte hhv. før behandling og efter 12 måneders behandling fremgår det, at der på alle syv områder er sket positive forandringer i den sociale støtte til de incest-ramte. Den vigtigste variabel, svigt, var statistisk signifikant ( $t = -3.4$ ,  $P = 0.001$ ).

#### *WAS*

Af samtlige underskalaer ses der en signifikant stigning på to skalaer, nemlig selvværd (før behandlingen=18,92; efter 6 måneders behandling=20,20 samt efter 12 måneders behandling =20,39,  $p = 0.000$ ) og held (før behandlingen =12,57, efter seks måneders behandling =12,96 og efter 12 måneders behandling =12,70,  $p = 0.000$ ). Det tyder altså på, at deltagerne har højere selvværd og større tro på eget held 12 måneder inde i behandlingen, end da de startede i behandlingen. På de resterende skalaer ses ikke-signifikante stigninger.



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

Sammenlignende analyser af de psykologiske mål før behandling samt efter seks og 12 måneders behandling viste, at der på flere domæner var en forbedring i form af eksempelvis færre symptomer. I forhold til PTSD-målet sås der en signifikant reduktion af det overordnede symptomniveau såvel som på subskalaerne for invasion og undgåelse.

I relation til andre traumereaktioner målt med TSC skete der et signifikant fald i symptomernes totale niveau og for samtlige subskalaer. Ligeledes var deltagernes selvværd, følelse af eget held og tro på, at overgrebene skyldes tilfældighed signifikant højere ved tredje måling end ved første. Samtidig skal det dog siges, at der på en række mål ikke var signifikante ændringer at spore mellem første, anden og tredje måling. Effekten af centreens behandlingstilbud viste sig overordnet set at være god i forhold til reduktion af PTSD.

#### **4. Opsamling, konklusioner og perspektivering**

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

I forhold til senfølger findes der i litteraturen grundigt belæg for antagelser om, at der er mange, alvorlige psykologiske senfølger af et seksuelt misbrug i barndommen: symptomer på PTSD, depression, angst, samt seksuelle forstyrrelser og risiko for reviktimisering. Desuden ses spiseforstyrrelser, borderline-symptomer samt misbrug af stoffer og alkohol oftere hos voksne, der har gennemlevet et misbrug i barndommen.

Der er dog uenighed om, hvorvidt alle disse følger er en direkte forlængelse af seksuelt misbrug i barndommen, eller om de i ligeså høj grad er et resultat af medierende faktorer såsom negativt familiemiljø. De i undersøgelsen deltagende centre bruger mange forskellige behandlingsformer (Eriksen & Boesen, 2013), om end visse behandlingstilgange benyttes mere end andre. Det er således heller ikke ud fra denne undersøgelse muligt at sige noget om, hvorvidt specifikke behandlingstilgange har en effekt.

Denne undersøgelse bekræftede det billede af senfølger, som blev tegnet i litteraturen. Den deltagende gruppe i undersøgelsen fremviser således en meget høj andel af personer, der opfylder diagnosekriterierne for PTSD (73,8 %). I tillæg hertil opfylder 12,1 % af deltagerne kriterierne for det, der kaldes subklinisk PTSD, ligesom der synes at være et forhøjet niveau af bl.a. angst-, somatiserings- og depressionssymptomer samt søvnproblemer.

I effekten af behandlingen ses især en gavnlig effekt på mængden af deltagere, der opfylder diagnosekriterier for PTSD med et fald til 30,3 % efter et års behandling, ligesom angst og depressions-forekomst mindskes mærkbart, ligesom deltagernes selvværd forbedres med behandlingen.

## Litteratur

- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-1222.
- Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E., & Woodside, D. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 257-269.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 813-822.
- Elklit, A. (1997a). Kan psykologisk forsvar måles? *Forskningsnyt fra Psykologien*, 6, 20-22.
- Elklit, A. (1997b). Er kvinder mere neurotiske end mænd? *Forskningsnyt fra Psykologien*, 6, 22-24.
- Elklit, A., Shevlin, M., Murphy, J., Hyland, P., Murphy, S. & Fletcher, S. (2016): *Treatment of Danish Survivors of Childhood Sexual Abuse – Research briefing*. Videnscenter for Psykotraumatologi.
- Elklit, A., Shevlin, M., Solomon, Z., Dekel, R. (2007): Factor Structure and Concurrent Validity of the World Assumption Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (3), 303-312.
- Eriksen, L.W.; Boesen, K.S. *Metodebrug ved Incestcenter Fyn*; Incestcenter Fyn: Odense, Denmark, 2013.
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., & Dixon, L. (2011). Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(1), 38-49.
- 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.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic-Stress-Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gomez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338.
- Taylor, J. E., & Harvey, S. T. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 749-767.