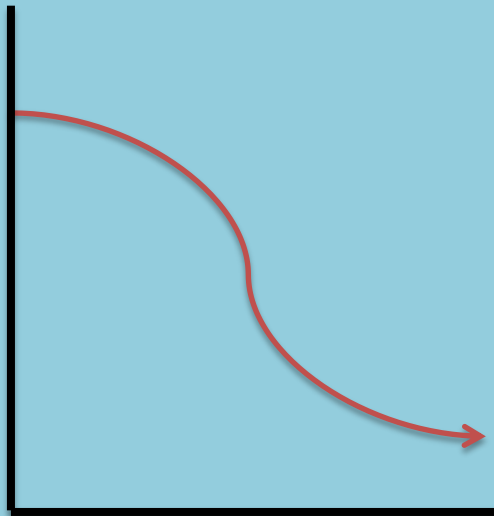


# Behandling af psykologiske følger efter seksuelle overgreb i barndommen

*En forskningsoversigt*





Forskere der har bidraget til denne oversigt:

Professor Ask Elklit

Professor Mark Shevlin

Dr Jamie Murphy

Dr Philip Hyland

Dr Siobhan Murphy

Phd fellow Shelley Fletcher

Trykkeri: Print and Sign, Syddansk Universitet, Campusvej 55, 5230 Odense M.

Videnscenter for Psykotraumatologi

Campusvej 55

5230 Odense M

Tlf: 65502320

[www.psykotraume.dk](http://www.psykotraume.dk)

Udgivelsesår 2016



# INTRODUKTION

De seneste år har vi set en stigende interesse for at øge opmærksomheden på seksuelle overgreb i barndommen (SOB). Denne forskningsoversigt bygger på en større forskningsundersøgelse om behandling af senfølger efter SOB. Forskningsprojektet er støttet af Offerfonden og Socialstyrelsen.

SOB er ofte forbundet med en række psykiatriske lidelser i voksenlivet, såsom depression, angstlidelser, misbrugslidelser, PTSD og psykoser. Ligeledes er SOB blevet forbundet med en lang række fysiske helbredsproblemer som hjertekarsygdomme, astma, og seksuelle lidelser, samt seksuel risiko-adfærd, reviktimisering (at blive udsat for endnu et overgreb), vold i parforhold. Desuden finder man et lavere uddannelsesniveau og indkomstniveau. Derfor er interessen for at udvikle effektive behandlingsinterventioner til ofre for SOB også stigende.

Forholdet mellem SOB, psykologiske senfølger og dårlige sociale betingelser har vist sig at være påvirket af demografiske faktorer (f.eks. køn og alder da overgrebene fandt sted) og typen af misbrug (f.eks. varighed af overgreb, antal overgreb, antal overgrebsmænd), hvilket sætter yderligere krav til behandlingen.

Den estimerede forekomst af SOB varierer betydeligt i forskningslitteraturen. Den globale forekomst er vurderet til at være 12 % (Stoltenborgh et al., 2011), mens et review over studier fra de nordiske lande fandt en forekomst på 3-23 % for drenge og 11-36 % for piger (Kloppen et al., 2016).

En nyere gennemgang af studier har konkluderet, at psykologisk behandling af SOB har en moderat effekt på de fleste af de negative følgevirkninger (Trask, Walsh & Delillo, 2011). De sidstnævnte resultater bygger dog på forskningsstudier, som har nogle begrænsninger, der svækker sandsynligheden for almen gyldighed af resultaterne. Begrænsningerne viser sig blandt andet ved at nogle studier kun har få deltagere, at der er en overrepræsentation af kvinder, og at tiden mellem behandling og opfølgning var kort, hvilket gør det vanskeligt at vurdere behandlingens virkning over tid. På denne baggrund ønskede vi at komme disse begrænsninger i møde ved at foretage et studie, hvor vi undersøgte de psykologiske senfølger af SOB før, under og efter behandling.

# UNDERSØGELSEN

Nærværende forskningsprojekt havde til formål at undersøge behandlingseffekten i en stor gruppe af danske ofre for SOB. Der blev indhentet prospektive data fra voksne ofre af SOB fra tre danske behandlingscentre: CSM Øst, CSM Syd og CSM Midt-Nord. Deltagerne fulgtes under og efter behandling over en periode på 12 måneder. Undersøgelsen inkluderede en lang række faktorer, som kunne have indflydelse på behandlingseffekten, såsom traumefaktorer, demografiske faktorer, misbrugsrelaterede karakteristika og andre psykologiske følgevirkninger. Fordi studiet bygger på prospektive data, besvaret af en stor population af danske ofre for SOB, er det særligt velegnet til at guide danske retningslinjer og praksis på området.

## *Metode*

Nedenfor vil metoden blive nærmere belyst.

## *Deltagere*

Et udsnit på 484 mænd og kvinder deltog i undersøgelsen (Kvinder=86 %; Mænd=14 %). Deltagerne havde alle været udsat for seksuelle overgreb i barndommen og var knyttet til ét ud af tre danske behandlingscentre for ofre for SOB. Alle deltagere havde en række senfølger i form af funktionsnedsættelse og psykologiske symptomer. Deltagerne modtog en helhedsorienteret psykoterapi, som var tilpasset efter deres behov. Deltagerne var 18-70 år med en gennemsnitsalder på 36,1 år (SD= 10.41). Næsten alle (91 %) havde oplevet seksuelle overgreb, inden de fyldte 15 år, og

personen der udførte overgrebene, var mindst 5 år ældre. Overgrebene havde i gennemsnit fundet sted for 22 år siden (SD= 11.2) og ofrenes alder, da overgrebene begyndte, var i gennemsnit 6,6 år (SD=4.70). Langt de fleste havde været udsat for mange forskellige former for seksuelle overgreb og der gik i gennemsnit 6,9 år (SD= 6.39) fra overgrebene begyndte til de sluttede. Kun 8,5 % af deltagerne rapporterede, at de kun havde været udsat for en enkelt overgrebsepisode, 22 % angav 2-5 overgreb, 21,4 % berettede om 6-15 overgreb, 22 % rapporterede 16-50 overgreb og 26,4% havde oplevet over 50 overgreb. Omkring en fjerdedel af ofrene angav, at overgrebene var blevet udført af mere end én person (27,5 % kvinder; 10,9 % mænd).

## *Behandling*

Behandling af ofre for SOB er i de senere år blevet genstand for stor politisk opmærksomhed, og tre regionale centre er blevet oprettet ved hjælp af støtte fra Socialministeriet.

Behandlingscentrene samarbejder med en frivillig sektion.

Behandlingen udføres af psykologer under supervision, og alle centre udfører en grundig vurdering af klienterne inden behandlingsopstart og gentages halvårligt. Behandlingen er gratis, og der er ingen øvre grænse for, hvor mange sessioner klienten kan få. Alle ofre for SOB tilbydes terapi én gang om ugen, og de fleste tilbydes individuelle samtaler. Der er ingen fælles behandlingsmanual, men alle centre anvender en personlighedsorienteret tilgang baseret på Theodore Millons arbejde med terapiplanlægning (Millon, 1999).



## *Procedure*

Opfyldte klienten et af følgende kriterier, vurderes denne ikke egnet til at indgå i et terapiforløb: 1) aktivt misbrug, 2) psykotisk lidelse, 3) tilknytning til et andet behandlingstilbud. Ekskluderede klienter henvistes til specialiserede psykiatriske enheder eller andre relevante tilbud.

Da klienterne blev tilknyttet behandlingscentre, blev de informeret om, at de ville blive bedt om at udfylde et spørgeskema under deres anden session, og at terapien ville tage udgangspunkt i disse besvarelser. Psykologen gennemgik besvarelserne med klienten i tredje session. Denne rapport er baseret på information fra disse spørgeskemaer.

## *Spørgeskemaet*

Spørgeskemaet bestod af forskellige del-spørgeskemaer, som undersøgte variable på demografi, adfærd, overgrebenes karakter, mulige risikofaktorer, samt psykologiske og psykiatriske symptomer.

Overgrebenes karakter, eller de seksuelle traumevariable, blev undersøgt og belyst ved hjælp af 30 spørgsmål, delt op i 3 typer:

*"Ikke fysisk kontakt"*. Denne type overgreb omfattede følgende: havde hørt samtaler omkring seksuelle emner, blevet udspurgt om seksuel aktivitet, drillet med seksuel udvikling, tvunget til at høre om andres seksuelle oplevelser, modtaget forslag eller trusler om at deltage i seksuelle handlinger, overværet nogen udføre

seksuelle handlinger, havde set nogen fremvise deres kønsdele, havde set voksne have seksuelt samleje eller havde set pornografisk materiale, havde fremvist egne kønsdele til andre.

*"Fysisk kontakt -ikke penetration"*. Denne type overgreb omfattede følgende: var blevet kysset eller berørt på seksuel måde (ikke på kønsdele), kønsdele var blevet berørt på seksuel måde, var blevet tvunget til at berøre en andens kønsdele, blevet tvunget til at onanere imens nogen så på, eller tvunget til gensidig onani.

*"Fysisk kontakt -penetration"*. Denne type overgreb omfattede følgende: havde været udsat for forsøg på - eller fuldført oralt, analt eller vaginalt samleje.

Adfærdsmæssige, sociale og psykologiske symptomer:

En række standardiserede og validerede skalaer/mål, blev anvendt til at vurdere psykiske lidelser, traumesymptomer, tilknytningsstil som voksen, mestringsstil og oplevet social støtte.

## *Forskningsmål:*

- ✚ Vurdere hyppigheden af psykiatriske lidelser (Akse I<sup>1</sup> og Akse II<sup>2</sup> lidelser) og mulige demografiske faktorer relateret til disse lidelser.
  
- ✚ Undersøge hvilke ændringer i psykisk helbredsstatus, der forekommer igennem et 12-måneders terapiforløb, og identificere hvilke faktorer, der kan forklare variationen i sværhedsgraden af PTSD.
  
- ✚ Undersøge mønstre i hvordan overgrebene blev afsløret, og om ofrene havde oplevet yderligere viktimitisering.
  
- ✚ Identificere profiler af hos klienter baseret på mønstre i ovennævnte overgrebstyper.
  
- ✚ Identificere hvorvidt overgrebstyper var prædiktorer for de dannede SOB profiler.
  
- ✚ Undersøge den tidsmæssige relation mellem symptomklyngerne i PTSD, dissociation og usikker tilknytningsstil.

---

<sup>1</sup> Akse I er kliniske syndromer såsom depression, angst m.fl.

<sup>2</sup> Akse II er personlighedsforstyrrelser.

- ✚ Undersøge mønstre i hvordan PTSD symptomer ændrede sig gennem behandlingen.
- ✚ Undersøge validiteten af kompleks PTSD (ICD-11), og vurdere en række risikofaktoreres evne til at forudsige kompleks PTSD.

## OPSUMMERING AF HOVEDFUND

Projektet har ydet et stærkt bidrag til den internationale litteratur omkring risikofaktorer og udviklingsforløbet efter SOB. På sigt vil det påvirke udviklingen af effektive handleplaner og forbedringer i praksis, som både vil gavne forebyggelse af SOB og behandlingsmuligheder for ofre for SOB.

### *Forekomst af psykiatriske lidelser*

De første analyser, der blev foretaget, var af forekomsten af psykiatriske lidelser. Akse I lidelser er præsenteret i tabel 1, og Akse II lidelser er præsenteret i tabel 2.

Analyserne viste at:

- ✚ Angst, dystymi, og depression var de mest udbredte Akse I lidelser i gruppen.
- ✚ Alkohol- og stofmisbrug og psykotiske lidelser var de mindst udbredte lidelser.
- ✚ Flere mænd end kvinder havde alkohol- og stofmisbrugslidelser og dystymi (kronisk nedtrykthed).

- ✚ Personer, der var blevet udsat for flere overgreb, havde øget risiko for at udvikle angst, somatoform lidelse, stofmisbrug, PTSD og depression.
- ✚ Oplevelser af både seksuelle og fysiske overgreb i barndommen var kun forbundet med øget risiko for alkoholmisbrug (OR=2.89) og ikke de andre Akse I lidelser.

*Tabel 1 Forekomst af psykiatriske lidelser (Akse I)*

Diagnose	Forekomst	Procent
Angst	320	76
Somatoform	87	21
Dystymi <sup>3</sup>	164	39
PTSD	87	21
Depression	156	37
Alkoholmisbrug	22	5
Stofmisbrug	15	4
Bipolar lidelse	48	11
Tankeforstyrrelse	72	17
Vrangforestillinger	34	8

---

<sup>3</sup> Kronisk sænket stemningsleje

- ✚ Kvinder havde en signifikant højere forekomst af somatoform lidelse sammenlignet med mænd.
- ✚ At have været udsat for flere krænkerer var den stærkeste prædikator for psykiatriske lidelser i Akse I; med 2-4 gange større risiko for at udvikle PTSD, depression, angst, somatoform lidelse, dystymi, tankeforstyrrelser og vrangforestillinger, sammenlignet med de, der ikke havde været udsat for overgreb af flere krænkerer.

## ***Forekomst af Personlighedsforstyrrelser***

Det er vigtigt for behandlingen, at terapeuten får vurderet klientens personlighed, da samspillet mellem behandler og klient er afgørende for behandlingseffekten. Det er påvist, at hvis klienten har en svær personlighedsforstyrrelse, vil behandlingen have ringere effekt, klientens deltagelse og motivation vil ofte være svingende, og behandlingen vil oftere afsluttes for tidligt (Tyrrer, Read, & Crawford, 2015). En svær personlighedsforstyrrelse er ofte forbundet med en øget forekomst af andre psykiatriske lidelser, som for eksempel fra Akse I. Disse andre psykiatriske lidelser, som f.eks. angst og depression og tilhørende symptomer, kommer ofte til at dominere behandlingsplanen, og målsætningerne og personlighedsforstyrrelserne bliver ofte overset (ibid.).

Derfor blev der følgende lavet analyser på Akse II forstyrrelser som præsenteret i tabel 2.

Analyserne af forekomsten af personlighedsforstyrrelser blandt ofre for SOB viste, at:

- ✚ Dependent, evasiv, og skizoid var de mest udbredte personlighedsforstyrrelser.
- ✚ Tvangspræget, antisocial og narcissistisk personlighedsforstyrrelse var de mindst udbredte personlighedsforstyrrelser.

*Tabel 2 Forekomst af Personlighedsforstyrrelser (Akse II)*

Diagnose	Forekomst	Procent
Skizoid	151	36
Evasiv - undgående	200	48
Dependent	268	64
Histrionisk	43	10
Narcissistisk	30	7
Antisocial	31	7
Tvangspræget	25	6
Skizotypal	66	16
Borderline	134	32
Paranoid	82	20



- ✚ Der var kun kønsforskelle i forhold til evasiv personlighedsforstyrrelse, hvor mænd havde en højere forekomst end kvinder.
- ✚ Der var ingen forskelle i forekomst af personlighedsforstyrrelser på baggrund af overgrebstype ("ikke-fysisk kontakt", "fysisk kontakt", "fysisk kontakt – penetration" jf. side 4).

## ***Overgrebstyper***

Vi analyserede mønstre i typen af overgreb.

- ✚ Mænd rapporterede oftere, at de var blevet tvunget til at se en andens kønsdele, at berøre en andens kønsdele, at onanere foran en anden, samt tvunget til oralt eller analt samleje sammenlignet med kvinder.
- ✚ Kvinder rapporterede oftere at være blevet drillet med seksuel udvikling, at være blevet kysset og berørt på en seksuel måde (ikke kønsdele) sammenlignet med mænd, samt være blevet tvunget til vaginalt samleje.

- ✚ Ved overgreb i familien var det oftest faderen, der udførte overgrebene (30,9 %), efterfulgt af en søskende (15,8 %), stedfar eller stedmor (15,1 %) og mest sjældent den biologiske mor (4,2 %).
- ✚ Næsten en tredjedel af deltagerne rapporterede at have været udsat for et overgreb af et ikke-familiemedlem (32,7 %) og 13,6 % rapporterede at være blevet udsat for overgreb fra mere end én person.
- ✚ Mænd var oftere blevet udsat for overgreb begået af deres mor, og kvinder var oftere udsat for overgreb begået af deres far eller andre familiemedlemmer.

## ***Typologier af seksuelle overgreb i barndommen***

Vi udførte yderligere analyser med henblik på at identificere forskellige typologier af overgrebsoplevelser. Det vil sige, at vi undersøgte, hvorvidt SOB-ofrene kunne grupperes efter antal og type af overgreb. Analyserne viste, at deltagerne i undersøgelsen kunne opdeles i fire grupper:

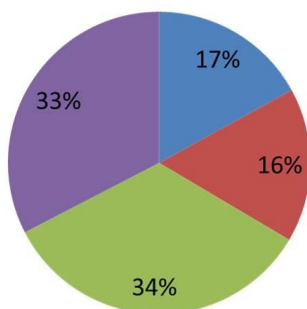
- ✚ *Gruppe 1: Multiple seksuelle overgreb.* 17 % af deltagerne (N = 77) var i denne gruppe, som var karakteriseret ved en relativt høj sandsynlighed for at have oplevet alle typer seksuelle overgreb.

- ✚ *Gruppe 2: Verbale seksuelle overgreb.* 16,5 % af deltagerne (N = 75) var i denne gruppe, som var karakteriseret ved en relativt høj sandsynlighed for at have oplevet verbale overgrebstyper. Denne gruppe havde en høj sandsynlighed for at være blevet inddraget i samtaler om sex, udspurgt om seksuelle emner inklusive egen seksuelle udvikling, drillet med seksuel udvikling og at være tvunget til at høre om andres seksuelle oplevelser.
  
- ✚ *Gruppe 3: Høj seksuel kontakt.* 33,9 % af deltagerne (N = 154) var i denne gruppe, som var karakteriseret ved en relativ høj sandsynlighed for at have oplevet at være blevet kysset eller berørt på seksuel måde, at have set voksne have seksuelt samleje eller set pornografisk materiale, at være blevet tvunget til at fremvise kønsdele, at være blevet berørt på kønsdele, og være blevet tvunget til at berøre en andens kønsdele.
  
- ✚ *Gruppe 4: Seksuel berøring.* 32,6 % af deltagerne (N = 148) var i denne gruppe, som var karakteriseret ved den laveste forekomst af næsten alle overgrebstyper. De overgrebstyper, der var oftest forekommende i denne gruppe, var: at være blevet tvunget til at fremvise kønsdele, at være blevet berørt på seksuel måde (med og uden kønsdele) og at være blevet tvunget til at berøre en andens kønsdele. Fordelingen mellem de fire grupper er præsenteret i nedenstående figur.

Figur 1

### Typologier af seksuelle overgreb i barndommen

■ Gruppe 1 ■ Gruppe 2 ■ Gruppe 3 ■ Gruppe 4



For at undersøge hvilke andre karakteristika der potentielt adskilte de fire grupper, foretog vi analyser, der inkluderede en række traumevariable. Identificerede forskelle præsenteres her:

- ✚ Deltagere, der havde været udsat for over 50 overgreb var placeret i gruppe 1: Multiple seksuelle overgreb.
- ✚ Deltagere, hvis mødre havde begået overgrebene, var oftest i gruppe 2: Verbale seksuelle overgreb.
- ✚ Deltagere, som havde været udsat for overgreb af flere personer, var oftest i gruppe 1: Multiple seksuelle overgreb.
- ✚ Deltagere, som havde været udsat for et lavt antal overgreb, var oftest i gruppe 4: Seksuel berøring.

Vi har en hypotese om, at yderligere analyser baseret på disse fire grupper kan bruges til at forudsige forskellige behandlingseffekter. Dette ville være et værdifuldt bidrag til feltet, som potentielt vil kunne forbedre behandlingsprogrammerne fremadrettet. Vi planlægger at udføre disse analyser i nærmeste fremtid.

## ***Hvordan blev overgrebene afsløret?***

*Tabel 3 Hvem blev overgrebene fortalt til?*

<b>Person</b>	<b>Forekomst</b>	<b>Procent</b>
<b>Mor</b>	146	25
<b>Ven</b>	133	23
<b>Partner</b>	107	19
<b>Terapeut</b>	90	16
<b>Søskende</b>	50	9
<b>Far</b>	43	8
<b>Lærer</b>	27	5
<b>Politi</b>	7	1

Afsløring af seksuelle overgreb er en kompliceret proces, der involverer individuelle, sociale og kulturelle dimensioner. Dette er alle dimensioner, som har indflydelse på, hvorvidt og hvornår en person beslutter sig for at fortælle om de seksuelle overgreb. Tabel 3 viser, at ofre for seksuelle overgreb i barndommen ofte vælger at betro sig til en nærtstående person, når de ønsker at fortælle om de seksuelle overgreb. Det er yderst sjældent, at professionelle (lærer, terapeut, politi) er de første, der får besked om

overgrebene. Dette fund har vigtige implikationer for offentlige kampagner, der har til formål at øge viden om seksuelle overgreb og de lidelser, der knytter sig hertil.

## ***Forekomst af yderligere viktimisering***

*Tabel 4 Traumeoplevelser hos SOB-ofre*

<b>Traumatisk oplevelse</b>	<b>Forekomst</b>	<b>Procent</b>
<b>Voldtægt</b>	138	29
<b>Seksuelt overgreb</b>	403	86
<b>Voldeligt overfald</b>	166	36
<b>Trusler</b>	80	17
<b>Ulykke</b>	103	22
<b>Fysisk overgreb</b>	152	32
<b>Omsorgssvigt</b>	288	61
<b>Dødsfald</b>	215	46

Polyviktimisering, altså at have været udsat for gentagne overgrebshændelser og andre traumatiske oplevelser, er ofte forekommende hos ofre for SOB. Nylige forskningsstudier peger på, at ofre for SOB næsten er dobbelt så udsatte for at blive udsat for seksuelle eller fysiske overgreb senere i livet sammenlignet med personer, der ikke har været udsat for seksuelle overgreb i deres barndom (Trickett, Noll, & Putman, 2011). Vi undersøgte forekomsten af yderligere viktimisering og fandt, at 85 % rapporterede, at de, udover SOB, også havde været udsat for et

seksuelt overgreb senere i livet, næsten 30 % havde oplevet voldtægt, og 32 % rapporterede, at de havde oplevet et voldeligt overfald. Udsættelse for andre traumeoplevelser blev også undersøgt blandt ofrene for SOB og præsenteres i tabel 4.

## ***Behandlingseffekt af PTSD og andre psykologiske faktorer***

PTSD er en hyppigt forekommende lidelse efter traumatiske oplevelser som SOB. Forskningen har dog kontinuerligt fokus på at øge vores viden om diagnosen. Ifølge WHO vil diagnosesymptomerne i ICD-11, den kommende diagnostiske manual, blive reduceret til 6 symptomer. Disse symptomer knytter sig til 3 klynger: genoplevelse af den traumatiske oplevelse, undgåelse af ting/steder/mennesker, der minder om den traumatiske begivenhed; og en følelse af overhængende fare udtrykt ved forhøjet vagtsomhed.

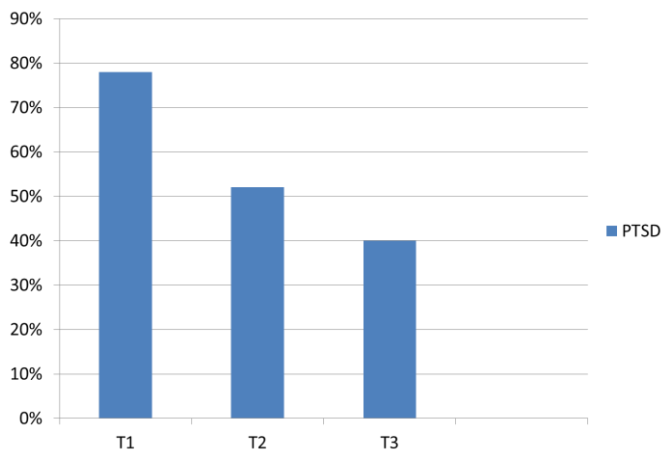
For at undersøge de psykologiske følger af SOB, har vi udarbejdet en række analyser, der undersøger forekomsten og udviklingen af PTSD. For at tage højde for udviklingen, der er i PTSD diagnosen, har vi ligeledes foretaget analyser baseret på forskellige diagnostiske kriterier. Indledningsvist ønskede vi at undersøge hvorvidt PTSD symptomerne ændrede sig over tid og foretog derfor analyser af de PTSD-symptomer, som ofrene for SOB beskrev over en 12 måneders periode. Disse fund har vigtige implikationer for behandlingen af PTSD, da resultaterne kan guide

terapeuten til at fokusere på de mest dominerende symptomer tidligt i den terapeutiske proces, hvilket forventes at kunne øge behandlingseffekten.

For at undersøge om behandlingen havde nogen effekt på PTSD og andre psykologiske faktorer, blev der foretaget analyser på de forskellige mål ved behandlingens opstart (T1 - baseline), samt efter 6 (T2) og 12 måneder (T3 – followup). Disse analyser er eksemplificeret ved PTSD symptomer i figur 2.

Figur 2 viser, at der blandt ofrene for SOB, var et markant statistisk signifikant fald i forekomsten af PTSD fra behandlingsopstart til 12 måneder efter (fra 78 % til 40 %).

*Figur 2 Behandlingseffekt af PTSD over 12 måneder*






Via analyserne fandt vi yderligere et statistisk signifikant fald i andre traumesymptomer, og usikker tilknytningsstil over 12 måneder; med et stort fald mellem opstart af behandling (baseline) og ved 6 måneders vurderingen.

Ligeledes var der et statistisk signifikant fald i ofrenes brug af uhensigtsmæssige måder at mestre på (emotionel mestringsstil og undgående mestringsstil) mellem opstart af behandling (baseline) og ved 6 måneders vurderingen, mens der kun fandt begrænset reduktion sted mellem 6 og 12 måneder.

Den sociale støtte steg statistisk signifikant i løbet af behandlingen, desuden blev klienternes selvværd bedre over de 12 måneder, mens negative forestillinger om de traumatiske hændelser forblev relativt uændrede.

### ***Mønstre i PTSD-behandlingseffekt***

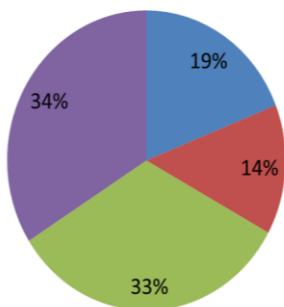
Analyserne af mulige ændringer i PTSD-symptomer gennem behandlingsforløbet blev foretaget ved brug af 'latent class growth models'; de viste, at ofrene for SOB på baggrund af PTSD symptomer kunne opdeles i fire grupper. Grupperne er efterfølgende beskrevet samt præsenteret i Figur 3.

-  **Gruppe 1: Høj behandlingsresistens.** Denne gruppe bestod af 19 % af deltagerne og var karakteriseret ved meget små forandringer i PTSD over en 12 måneders periode.

- ✚ *Gruppe 2: Moderat PTSD-hurtig respons.* Denne gruppe bestod af 14% af deltagerne, som havde moderate PTSD symptomer, der reduceredes markant i løbet af de 12 måneder, særligt i de første 6 måneder.
- ✚ *Gruppe 3: Høj PTSD-gradvis respons.* Denne gruppe bestod af 33 % af deltagerne som havde en særligt høj forekomst af PTSD symptomer, der gradvist reduceredes over de 18 måneder.
- ✚ *Gruppe 4: Moderat PTSD-gradvis respons.* Denne gruppe bestod af 34 % af deltagerne. Gruppen var karakteriseret af moderate PTSD-symptomer, der gradvist aftog over de 12 måneder.

Figur 3

**Behandlingseffekt på PTSD-symptomer**  
 ■ Gruppe 1 ■ Gruppe 2 ■ Gruppe 3 ■ Gruppe 4



## ***Faktorer relateret til behandlingseffekt***

Ovennævnte analyse understreger, at ofre for SOB ikke reagerer ens på behandling; et fund der har vigtige terapeutiske implikationer. Særligt er den behandlingsresistente gruppe, der består af 19 % af deltagerne et interessant fund. Med henblik på at få større viden om netop denne gruppe, foretog vi yderligere analyser af, hvilke mulige faktorer kunne hænge sammen med, at nogle af ofrene for SOB havde signifikant flere symptomer på PTSD og forblev behandlingsresistente. Det vil sige, at vi ønskede at belyse eventuelle risikoprofiler blandt ofrene, således at fremtidig behandling kan tage højde for disse faktorer og derved mindske behandlingsresistens. Analyserne viste, at både personlige og sociale variable havde en sammenhæng med behandlingsresistens:

- ✚ Blandt individerne i den behandlingsresistente gruppe fandt vi en signifikant højere forekomst af brug af emotionel mestringsstil.
- ✚ Den behandlingsresistente gruppe havde en højere forekomst af genoplevelsessymptomer og undgåelsessymptomer sammenlignet med de andre behandlingsgrupper.
- ✚ Positiv social støtte fra omgivelserne beskyttede mod behandlingsresistens i PTSD symptomer, og var derfor forbundet med bedre behandlingsrespons.

Disse fund har medført, at vi planlægger at foretage yderligere analyser af PTSD behandlingsrespons, hvor vi inddrager en række demografiske faktorer og overgrebskarakteristika. Med dette forventer vi at få endnu større viden om, hvilke mulige faktorer kan forudsige hvilke ofre for SOB, der potentielt er behandlingsresistente.

## ***Voksen tilknytning og PTSD***

Hvordan børn bliver mødt af omsorgsgivere, er med til at forme dem som voksne. Bliver de mødt af omsorgsfulde og empatiske voksne, er der stor sandsynlighed for, at de udvikler det, vi i psykologien kalder et trygt tilknytningsmønster. Selvom vi mangler viden på dette område, er der indikationer for, at det udviklede tilknytningsmønster i barndommen føres videre med ind i voksenlivet. Der findes evidens for, at tilknytningsteorien kan være et nyttigt redskab til at forstå affektregulering (hvordan individet formår at håndtere sine følelser og impulser), resiliens (modstandsdygtighed og at tilpasse sig ændringer) samt mestring (coping) efter overgreb i barndommen.

Der er begrænset viden om, hvordan tilknytning påvirker helbredelse over tid. Hvis barnet ikke mødes med omsorg, forudsigelighed og empati, er der stor risiko for, at det udvikler en usikker tilknytning. Usikker tilknytning antages generelt at udtrykke sig som tilknytningsangst og tilknytningsundgåelse. Tilknytningsangst kommer blandt andet til udtryk ved, at individet

enten ikke stoler på eller ikke forventer, at andre vil hjælpe eller beskytte dem, når der er brug for det. Tilknytningsundgåelse kommer blandt andet til udtryk ved, at individet ikke foretrækker eller er tilpas med at være afhængig af andre eller at have nærhed til andre. Ud fra eksisterende forskning er det derfor sandsynligt, at usikkert tilknyttede voksne vil have svært ved at have tillid til at f.eks. en professionel eller systemet ønsker at hjælpe og beskytte dem, og vil have svært ved at bruge nære relationer til støtte, tryghed og trøst. Omstændigheder, som gør det vanskeligt at regulere ubehagelige følelser og at modtage støtte og behandling.

At være offer for SOB vil som oftest have en negativ indflydelse på udviklingen af tilknytningsstil og påvirkningen er særligt voldsom, når udøveren af overgrebene er en vigtig omsorgsperson eller en tilknytningsfigur; hvilket igen medfører, at barnet udover at blive udsat for SOB også mister eller får et utrygt forhold til en voksen, som burde beskytte og trøste, frem for at gøre skade og skabe utryghed og angst. Mange ofre for SOB beskriver ligeledes, at dette medfører en isolation, som gør det endnu sværere at få hjælp og at mestre.

Viden om påvirkningen af SOB på voksentilknytning, og i denne forbindelse, hvordan individer tilpasser sig og reagerer, er således betydningsfulde redskaber i en terapeutisk kontekst. På baggrund af denne viden foretog vi analyser på tilknytningsrelaterede variable og fandt, at tilknytning både havde sammenhæng med graden af PTSD symptomer og på behandlingseffekten.

- ✚ Usikker tilknytning var stærkt relateret til symptomer på PTSD.
- ✚ Tilknytningsundgåelse var særligt stærkt forbundet med vedligeholdelse af symptomer på PTSD, det vil sige behandlingsresistens.
- ✚ Symptomer på PTSD og graden af usikker tilknytning aftog gennem de 12 måneder.

Disse fund har vigtige implikationer da individer med tilknytningsundgåelse anvender forskellige strategier med henblik på at distancere sig selv fra negative følelser og andre mennesker. Disse strategier vil som oftest også udspilles i terapeutisk regi og have en negativ indflydelse på behandlingseffekten.

## ***Dissociation og PTSD***

Når mennesker kommer i situationer, som frembringer stærke ubehagelige følelser, aktiveres – til tider ubevidst – en række forsvar, til at beskytte mod overvældelse af fx angst eller stærkt ubehag. Dissociation er en form for forsvarsmekanisme, en ændring i bevidsthedstilstand, der afskærmer individet fra fysisk og emotionel smerte i forbindelse med udsættelse for traume, eller ved genkaldelse af traume. Dissociation kan komme til udtryk på mange forskellige måder, blandt andet ved symptomer så som depersonalisering (en oplevelse af, at man er en anden end den man er, og tit føler sig forandret og forkert), derealisering (en

oplevelse af at omgivelserne er ændret), hukommelsestab, en oplevelse af at man er udenfor sig selv, eller oplevelser af at have "huller" i bevidstheden.

I DSM-5 har man inkluderet en subtype af PTSD subtype, som indeholder høje niveauer af dissociative symptomer sammen med PTSD diagnosen. Forskning viser, at de, der oplever dissociativ PTSD oftere har været udsat for mere komplekse former for traumer, med særlig høj belastning, som eksempelvis SOB.

Derfor foretog vi analyser der sammenlignede de deltagere der opfyldte kriterierne for PTSD og yderligere havde dissociative symptomer med de deltagere der opfyldte kriterierne for PTSD men ikke havde dissociative symptomer. Analyserne viste følgende:

- ✚ 70,6 % af deltagerne opfyldte PTSD DSM-5 kriterierne. Af det samlede PTSD-sample identificerede vi to grupper: en dissociativ PTSD gruppe (44,6 %) og en ikke-dissociativ gruppe (55,4 %).
- ✚ Symptomer på PTSD og dissociative symptomer var stærkt forbundne ved hver måling (baseline, efter 6 og 12 måneder), og stærkest forbundne ved 12 måneders vurderingen, hvilket indikerer en stærk forbindelse mellem symptomer på PTSD og dissociative symptomer selv årtier efter overgrebene.

- ✚ Den dissociative PTSD-gruppe havde generelt højere niveauer af PTSD symptomer og anvendte oftere emotionelt fokuserede mestringsstile.
- ✚ Kvinder der kontinuerligt rapporterede høje niveauer af PTSD symptomer og dissociative symptomer ved 6 til 12 måneder inde i behandlingen, opfyldte kriterierne for den dissociative PTSD subtype. Den dissociative PTSD subtype er en svær form for PTSD, som forekommer hos hver 7. kvinde, der oplever seksuelle overgreb.

Disse fund er vigtige for tilrettelæggelse af behandling, da forskning viser, at individer som oplever høje niveauer af dissociation og PTSD har brug for faseorienterede behandlingstilgange. Faseorienteret behandling fokuserer typisk indledningsvist på at reducere sværhedsgraden af symptomerne gennem færdighedstræning i affektregulering, efterfulgt af arbejde med den traumatiske hukommelse ved at benytte teknikker såsom narrativ historiefortælling.



## ***Kompleks PTSD (K-PTSD)***

K-PTSD er optaget som en ny diagnose i ICD-11 (WHO's diagnoseliste), der udkommer i 2018, og er et diagnostisk alternativ til den dissociative sub-type af PTSD i DSM-5. K-PTSD manifesteres efter længerevarende og gentagen udsættelse for traumatiske oplevelser, som ikke er mulige at undslippe (f.eks. SOB). K-PTSD består af tre PTSD kernesymptomer og derudover svære problemer med affektregulering, selvopfattelse og relationer, som samlet kan beskrives som dysfunktionel selvorganisering (DSO).

K-PTSD diagnosen kræver, foruden PTSD symptomerne, at mindst ét symptom fra hvert DSO-domæne opfyldes. Problemer med affektregulering består af en række symptomer, som kan komme til udtryk i forhøjet emotionel reaktivitet, fravær af emotioner eller dissociative symptomer. Problemer med selvopfattelse henviser til et vedvarende negativt selvbillede, følelser af værdiløshed, skyld og skam. Problemer med relationer er karakteriseret ved problemer med at være tæt på andre eller at indgå i relationer med andre.

Derfor foretog vi analyser der sammenlignede de klienter der havde PTSD med dissociative symptomer med de klienter der havde PTSD uden dissociative symptomer og fandt resultater, der er vigtige at tage højde for i forsøget på at øge behandlingseffekten. Analyserne viste at:

- ✚ 43 % af deltagerne opfyldte de diagnostiske kriterier for K-PTSD
- ✚ At være kvinde og at have oplevet mange overgreb var stærkere associeret med PTSD end K-PTSD.
- ✚ Angst var stærkere relateret til PTSD end K-PTSD
- ✚ Dystymi var stærkere relateret til K-PTSD end PTSD

Disse fund støtter antagelsen om, at udsættelse for SOB øger sandsynligheden for udvikling af K-PTSD i voksenlivet og understreger samtidig vigtigheden af, at både forskere og klinikere screener for K-PTSD i deres arbejde med individer, som har været udsat for traumatiserende hændelser i barndommen. Anerkendelsen af en selvstændig K-PTSD diagnose kan betyde ændringer i eksisterende internationale evidensbaserede PTSD-behandlingsprogrammer.

## ANBEFALINGER

Baseret på de præsenterede resultater og på allerede eksisterende litteratur indenfor området fremsættes følgende anbefalinger for fremtidig indsats:

- ✚ K-PTSD og andre psykiatriske lidelser samt personlighedsforstyrrelser var hyppige blandt ofre for SOB. En grundig udredning er derfor vigtigt ved behandlingens opstart. Ligeledes anbefales der, at patienter, der kommer i behandling for disse lidelser i den primære eller sekundære sundhedssektor udredes for SOB, som kan forestilles at ligge til grund for de psykiatriske symptomer og lidelser.
- ✚ Mennesker der har været udsat for SOB bør ligeledes undersøges for tilknytningsmønstre, da dette kommer i spil i behandlingen og påvirker behandlingseffekten. Viden om påvirkningen af SOB på voksentilknytning, og i denne forbindelse, hvordan individer tilpasser sig og reagerer, er derfor betydningsfulde redskaber i behandlingen.
- ✚ Ovenstående fund understreger vigtigheden af, at klinikere og praktikere bliver grundigt uddannet i at vurdere en række væsentlige symptomer og problemområder, så disse kan målrettes i den terapeutiske proces.

- ✚ Mennesker der søger behandling for senfølger efter SOB bør gennemgå en grundig udredning af overgrebstypologi, da dette viste sig at hænge sammen med behandlingseffekt.
- ✚ Idet der er en stor mængde forskning, der påviser fysiske følger af SOB, anbefaler vi fremadrettet at inkludere validerede skalaer, der måler fysiske komplikationer efter SOB.
- ✚ Behandlingsresistens viste sig at hænge sammen med brug af emotionel mestring, en høj forekomst af genoplevelsessymptomer og undgåelsessymptomer og lav social støtte. Derfor bør disse variable have særligt fokus ved behandlingens opstart. Ligeledes anbefales det, at netværket omkring ofret for SOB så vidt muligt inddrages i behandlingen med henblik på at øge den positive sociale støtte, som vil gavne behandlingseffekten.
- ✚ Vore fund understreger behovet for udvikling af passende lokale tilbud og behandlingscentre, der kan møde SOB-ofres forskellige behov. Mulighed for differentieret behandling, baseret på indledende udredning vurderes at være nødvendig for at højne behandlingseffekten, og derved også give et bedre cost-benefit resultat. For eksempel viser forskningen, at individer som oplever høje niveauer af dissociation og PTSD reagerer bedre på faseorienterede behandlingstilgange.

- ✚ At den gennemsnitlige tid mellem overgrebenes ophør og påbegyndelse af behandling var 23 år fortæller os, at en massiv indsats bør ydes for at forbedre ofrenes mulighed for at fortælle om overgrebene. Vi anbefaler, at fremtidige forskningsstudier undersøger afdækningsprocessen (altså hvordan, hvorfor og hvornår der fortælles om overgrebene), hvem der fortælles til og niveauet af viden i den generelle befolkning om hjælpeforanstaltninger til ofre for SOB.
- ✚ Vi anbefaler særligt, at man fokuserer på det sidstnævnte område, da måden befolkningen og samfundet anskuer SOB på, indirekte kan påvirke helbredelsesprocessen og behandlingseffektiviteten og forebygge sekundær traumatisering, hvor f.eks. negative oplevelser med offentligt ansatte kan føre til yderligere traumatisering for ofret.

- ✚ Yderligere forskning om hvordan børn og voksne fortæller om de seksuelle overgreb, er påkrævet. Særligt mangler vi viden om processen i forskellige udviklingsmæssige stadier. Det er yderst sjældent, at professionelle (lærer, terapeut, politi) er de første, der får besked om overgrebene. Dette fund har vigtige implikationer for offentlige kampagner, der har til formål at øge viden om seksuelle overgreb, og de lidelser der knytter sig hertil. Ud fra eksisterende resultater, er der meget der tyder på, at en indsats også må gøres for, at den almene befolkning rustes til bedre at forstå og modtage signaler og forsøg på at afdække SOB.
- ✚ Resultaterne understreger vigtigheden af, at både forskere og klinikere screener for K-PTSD i deres arbejde med klienter, som har været udsat for traumatiserende hændelser i barndommen.
- ✚ Anerkendelsen af en selvstændig K-PTSD diagnose kan betyde ændringer i eksisterende evidensbaserede PTSD behandlingsprogrammer.
- ✚ Det største fald i traumesymptomatologi fandt sted i de 6 første måneder af terapien. Dog fortsatte symptomreduktionen gennem hele året, og vi afventer yderligere data for at undersøge, om denne symptomnedgang forsætter på længere sigt, og hvordan udviklingen ser ud over tid.

- ✚ Yderligere forskning indenfor emnet er af stor betydning. Vi har en formodning om, at yderligere analyser baseret på de fire grupper af overgrebstypologier kan bruges til at forudsige forskellige behandlingseffekter og vil blive et værdifuldt bidrag til at forbedre behandlingsprogrammer fremadrettet. Disse analyser planlægger vi at udføre i den nærmeste fremtid.
- ✚ Fremtidig forskning bør både have fokus på en forebyggende indsats, på at styrke mulighederne for at afdække SOB på et så tidligt tidspunkt som muligt, samt på at udvikle behandlingsmodeller, der er tilrettelagt og tilpasset ofre for SOB med forskellige symptombilleder og erfaringer.

## PUBLIKATIONER

Elklit, A., Christiansen, D. M., Palic, S., Karsberg, S. & Eriksen, S.B. (2014). Impact of Traumatic Events on Posttraumatic Stress Disorder among Danish Survivors of Sexual Abuse in Childhood. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(8), 918-934.  
Doi:10.1080/10538712.2014.964440

Elklit, A. (2016). Treatment of Danish Survivors of Child Sexual Abuse – a Cohort Study. *Behavioral Sciences*, 4, xx,  
doi:10.3390/bs40x000x

Fletcher, S., Elklit, A., & Armour, C. (under review). Patterns of PTSD treatment response in a sample of Danish survivors of childhood sexual abuse

Fletcher, S., Elklit, A., & Armour, C. (under review). Predictors of PTSD treatment response in a sample of sexual abuse survivors: The role of social support, coping and PTSD symptom clusters.

Hansen, M., Hyland, P., Armour, C., Elklit, A., & Shevlin, M. (2016). The factor structure of PTSD: testing competing DSM-5 models with an ICD-11 alternative across multiple traumatic exposures. *European Journal of Psychotraumatology*.



Hyland, P., Shevlin, M., Elklit, A., Murphy, J., Vallières, F., Garvert D., W., & Cloitre, M. (under review). An Assessment of the Construct Validity of the ICD-11 Proposals for Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.

Hyland, P., Shevlin, M., McNally, S., Murphy, J., Hansen, M., & Elklit, A. (under review). Prevalence of PTSD According to the Symptom Profiles of DSM-5 and ICD-11. *Journal of Anxiety Disorders*.

Hyland, P., Shevlin, M., Hansen, M., Vallieres, F., Murphy, J., & Elklit, A. The temporal relations of PTSD symptoms among treatment-seeking victims of sexual assault? A longitudinal study. *Journal of Loss & Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*.

Hyland, P., Shevlin, M., Murphy, J., Carey, S., & Elklit, A. (under review). The Relationship between PTSD and Trauma Cognitions Decades after Trauma Exposure: A Prospective Study of Childhood Sexual Abuse Victims.

Kloppen, K., Haugland, S., Svedin, C.G., Mæhle, M.O, Breivik, K. (2016) Prevalence of child sexual abuse in the Nordic countries: A literature review. *Journal of Child Sexual Abuse*; 25(1) s. 37-55.

McElroy, E., Shevlin, M., Elklit, A., Hyland, P., Murphy, S. & Murphy, J. (2016). Prevalence and predictors of Axis I disorders in a large sample of treatment-seeking victims of sexual abuse and incest. *European Journal of Psychotraumatology*, 7: 30686. Doi.org/10.3402/ejpt.v7.30686

Millon, T. (1999). *Personality – guided therapy*. John Wiley & Sons: USA

Murphy, S., Elklit, A., Hyland, P., & Shevlin, M. (2016) Insecure Attachment Orientations and PTSD in a Treatment-Seeking Sample of Victims of Childhood Sexual Abuse: A Cross-Lagged Panel Study. *Traumatology*, 22, 48–55. Doi: .

Murphy, S., Elklit, A., Hyland, P., Murphy, J. & Shevlin, M. (2016). A Cross-Lagged Panel Study of Dissociation and PTSD in a Treatment-Seeking Sample of Victims of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*.

Shevlin, M., McElroy, E., Elklit, A., Murphy, S., Murphy, J., & Hyland, P. (Under Review). Prevalence and Predictors of Axis I Disorders in a Large Sample of Treatment-Seeking Victims of Sexual Abuse and Incest. *European Journal of Psychotraumatology*

Shevlin, M., Murphy, S., Elklit, A., Hyland, P., & Murphy, J. (Under Review). Typologies of child sexual abuse: An analysis of multiple abuse acts among a large sample of treatment-seeking survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*.

Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*.16(2):79-101. doi:10.1177/1077559511403920.

Trask, E. V., Walsh, K., & DiLillo, D. (2011). Treatment effects for common outcomes of child sexual abuse: A current meta-analysis. *Aggression and Violent Behaviour*, 16(1), 6-19.

