

# Sammenhengen mellom relasjonstraumatisering og psykiske lidelser

*Antall overgrepstyper, relasjon til overgriper,  
varighet, og alder ved første overgrep*

Camilla Wennberg



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

29.04.2011



© Forfatter: Camilla Wennberg

År: 2011

Tittel: Sammenhengen mellom relasjonstraumatisering og psykiske lidelser. Antall overgrepstyper, relasjon til overgriper, varighet, og alder ved første overgrep.

Forfatter: Camilla Wennberg

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Navn: Camilla Wennberg

Oppgavens tittel: Sammenhengen mellom relasjonstraumatisering og psykiske lidelser. Antall overgrepstyper, relasjon til overgriper, varighet, og alder ved første overgrep.

Veiledere: Anders Fjell, Kirsten Benum og Roar Fosse.

Funn fra tidligere studier viser en sammenheng mellom relasjonstraumatisering og psykiske lidelser. I denne studien ble forekomst av flere typer relasjonstraumatisering kartlagt hos pasienter i psykisk helsevern og friske deltakere. Det ble deretter undersøkt om det var en sammenheng mellom rapporterte traumatiske hendelser og nåværende symptomnivå. Et sentralt mål var å undersøke om ulike faktorer ved traumatiske hendelser kunne gi unike bidrag i prediksjon av psykiske symptomer, og om de ulike faktorene korrelerte med hverandre. Faktorer som ble kartlagt var hvor mange typer overgrep deltakerne har opplevd, alder ved første opplevde traumatiske hendelse, varighet, og relasjon til overgriper.

Studien ble startet i regi av klinikk for psykisk helse og rus ved Vestre Viken Helseforetak. Studien inkluderer pasienter fra psykisk helsevern og friske deltakere, alle kvinner i alderen 18-45. Studien har til nå 128 deltakere, 87 friske og 41 pasienter. Alle deltakerne har besvart fire spørreskjemaer gjennom et strukturert intervju. Generell symptomatologi ble målt ved Brief Symptom Inventory (BSI). Relasjonelle vansker ble målt ved Inventory of Interpersonal Problems (IIP). Dissosiasjon ble kartlagt gjennom Dissociation Experiences Scale, og traumatiske hendelser ble målt ved Traumatic Experiences Checklist (TEC).

Funn fra studien viser en sammenheng mellom rapportert relasjonstraumatisering i barne- og ungdomsårene og psykiske lidelser i voksen alder. Pasientene rapporterte flere traumatiske hendelser, og høyere symptomnivå, sammenlignet med friske deltakere. Regresjonsanalyser viste at flere faktorer ved relasjonstraumatisering gir unike bidrag i prediksjon av psykiske lidelser, selv når andre faktorer ble kontrollert for. Antall overgrepstyper og varighet av overgrep henger sammen med symptomnivå. De ulike faktorene korrelerer, og traumatiske hendelser ser ut til å være komplekse og sammensatte fenomener.

Forfatteren av denne oppgaven har bygget videre på andre studenters datamateriale, og gjennomført 50 intervjuer.

## **Forord**

Tusen takk til alle som har deltatt i studien, og til behandlere som har tatt seg tid til å intervju deltakere. Jeg vil rette en stor takk til venner og familie som har støttet og motivert meg underveis i arbeidet. Takk til Pål Hengebøl og Stein Jørgensen for gjennomlesning. Sist, men ikke minst, må jeg få takke mine veiledere Anders Fjell, Kirsten Benum og Roar Fosse. Dere har alle bidratt med kunnskap, gode råd, engasjement og fleksibilitet. Jeg setter stor pris på all veiledning og støtte dere har gitt meg siste året.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	1
1.1	Begrepsavklaring .....	2
1.2	Forekomst av relasjonstraumatisering .....	3
1.3	Rapporterte overgrep og diagnostisering .....	5
1.4	Relasjonstraumatisering og mental helse .....	6
1.5	Antall opplevde overgrepstyper, ulike typer overgrep og mental helse .....	9
1.6	Varighet av relasjonstraumatisering og mental helse .....	10
1.7	Alder ved relasjonstraumatisering og mental helse .....	11
1.8	Relasjon til overgriper og mental helse .....	14
1.9	Traumatiske hendelser – sammensatte og komplekse fenomener .....	15
1.10	Rasjonale for studien .....	16
2	Metodedel .....	18
2.1	Utvalg .....	18
2.2	Datainnsamling .....	19
2.3	Måleinstrumenter .....	20
2.4	Etikk .....	22
2.5	Variabler som benyttes i studien .....	23
2.6	Statistiske analyser .....	24
2.6.1	Utliggere .....	25
2.6.2	Multikollinearitet .....	25
3	Resultater .....	26
3.1	Rapportert symptomnivå .....	26
3.2	Forekomst av relasjonstraumatisering .....	26
3.3	Er det en sammenheng mellom rapportert relasjonstraumatisering og nåværende symptomnivå? .....	28
3.4	Er det en sammenheng mellom de uavhengige variablene og nåværende symptomnivå? .....	29
3.5	Interaksjonseffekter mellom gruppene .....	30
3.6	Regresjonsanalyser – kan de uavhengige variablene predikere nåværende symptomnivå? .....	35
3.7	Er det en sammenheng mellom de uavhengige variablene? .....	37
3.8	Normal eller patologisk dissosiasjon? .....	38

4	Diskusjon .....	40
4.1	Høy forekomst av relasjonstraumatisering i begge gruppene .....	40
4.2	En sammenheng mellom rapportert relasjonstraumatisering og mental helse .....	41
4.3	En sammenheng mellom relasjon til overgriper og relasjonelle vansker .....	44
4.4	En sammenheng mellom alder ved første rapporterte overgrep og dissosiasjon .....	47
4.5	Relasjonstraumatisering predikerer symptomnivå .....	49
4.6	Sammenhengen mellom ulike faktorer ved relasjonstraumatisering.....	51
4.7	En gjennomgående gruppeforskjell .....	52
4.8	Samsvar mellom diagnoser, symptomer og rapportert relasjonstraumatisering.....	53
4.9	Metodiske begrensninger.....	53
5	Avslutning - kliniske implikasjoner.....	56
	Litteraturliste .....	60





# 1 Innledning

Flere studier finner en sammenheng mellom opplevd misbruk og forsømmelse i barndommen og psykiske lidelser i voksen alder (Lundqvist, Hansson, & Svedin, 2004; Reigstad, Jørgensen, & Wichstrøm, 2006). Misbruk og forsømmelse er komplekse og sammensatte fenomener. Mennesker kan oppleve ulike typer misbruk i ulike alder, og bli utsatt for overgrep over kortere eller lengre tid. Tidligere studier har hatt en tendens til å fokusere på enkeltraumer, og undersøke sammenhengen mellom enkeltfaktorer ved overgrep og senere symptomnivå. Mange av disse studiene gir et forenklet inntrykk av hvordan misbruk og forsømmelse arter seg, og hvordan det preger mennesker. Det vil for eksempel være misvisende å spørre deltakere om de har opplevd seksuelle overgrep, og videre knytte dette til psykiske symptomer, uten å kontrollere for andre typer misbruk som vold, mobbing og forsømmelse. Hva hvis deltakeren har opplevd flere typer misbruk, alle i ulike alder, og påført av ulike overgripere? Et overgrep vil alltid skje i en kontekst, og det vil derfor være flere faktorer ved overgrepet som avgjør hvordan det oppleves. I denne studien kartlegges forekomsten av opplevde overgrep både i en pasientpopulasjon, samt hos friske mennesker. Ved å inkludere både pasienter og friske deltakere vil et bredt spekter av traumatiske opplevelser fanges opp. Videre vil flere faktorer ved traumatiske hendelser kartlegges for å undersøke i hvilken grad ulike variabler gir unike bidrag i prediksjon av psykiske symptomer og lidelser.

Det eksisterer ingen rutiner for å kartlegge opplevd misbruk og forsømmelse i dagens psykiske helsevern. Traumatiske opplevelser blir derfor ikke utredet tilstrekkelig. Manglende screeningverktøy, samt en viss skepsis til å snakke om overgrep blant flere behandlere i psykisk helsevern gjør at temaet lett blir unngått. En bedre forståelse av sammenhengen mellom omfattende traumatisering og psykiske lidelser vil kunne bidra til bedre rutiner både når det gjelder kartlegging og behandling.

Opgaven vil starte med en begrepsavklaring, for deretter å undersøke rapportert prevalens av opplevd misbruk og forsømmelse i tidligere studier. En oppsummering av hva traumefeltet vet så langt om sammenhengen mellom misbruk generelt, spesifikke faktorer som alder ved opplevd misbruk, type misbruk, antall opplevde overgrep, relasjon til overgripere, misbrukets varighet og psykiske lidelser, vil lede ut i nye problemstillinger og hypoteser. De spesifikke problemstillingene vil bli presentert i slutten av innledningskapittelet.

## 1.1 Begrepsavklaring

Opprinnelig ble begrepet traume definert som en skade, men brukes ofte i psykologien om situasjoner som får skadelig innvirkning på individets psykiske helse eller personlighetsutvikling (Raaheim & Raaheim, 2004). En diagnose som direkte knyttes til traumatiske hendelser er posttraumatisk stresslidelse (PTSD). I ICD-10 defineres en traumatisk hendelse som en belastende situasjon, eller hendelse (av enten kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som sannsynligvis vil fremkalle sterkt ubehag hos de fleste (World Health Organization, 1992). For å få oppfylt kriteriene for posttraumatisk stresslidelse må symptomer som påtrengende minner, unngåelse av det som minner om den traumatiske hendelsen, vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhet, alarmberedskap eller amnesi for hendelsen inntreffe. Symptomene må debutere innen 6 måneder etter den traumatiske hendelsen. I DSM-IV oppfylles kriteriene for en traumatisk hendelse hvis personen opplever, vitner, eller konfronteres med en situasjon som involverer trussel om død eller faktisk død, alvorlig skade, eller trussel mot egen eller andres fysiske integritet. For at kriteriene for posttraumatisk stresslidelse skal oppfylles må personen i tillegg reagere med intens frykt, hjelpeløshet eller redsel. I etterkant av den traumatiske hendelsen vil symptomer som gjenopplevelse, unngåelsesatferd for det som minner om den traumatiske hendelsen, og psykisk overfølsomhet og alarmberedskap være forventet. Symptomene må vare i mer enn en måned (American Psychiatric Association, 2000).

Mennesker som opplever langvarige og omfattende traumatiske hendelser vil ofte ha et komplekst symptombylle. Mange som opplever langvarig misbruk og forsømmelse kan endre personlighet, utvikle relasjonelle vansker og få problemer med affektregulering. Disse symptomene vil ikke fanges opp av diagnosekriteriene til PTSD. Diagnosen PTSD beskriver best de pasientene som har opplevd enkeltstående traumatiske hendelser, mens symptombyllet til multitraumatiserte pasienter vil være mer komplekst, og ofte inkludere høy grad av komorbiditet (Herman, 1992). Herman (1992) introduserte begrepet Kompleks PTSD, og mente det var nødvendig med en beskrivelse av et sammensatt symptombylle som inkluderte pasientens problemer med affektregulering, endret opplevelse av seg selv og verden, og relasjonelle vansker i tillegg til PTSD symptomene. Kompleks PTSD er ikke inkludert i hverken DSM-IV eller ICD-10, men brukes ofte i traumeforskning, kliniske sammenhenger og i lærebøker. I og med at kompleks PTSD ikke kan brukes for å diagnostisere multitraumatiserte pasienters symptombylle er det flere som i dag benytter seg av diagnosen

F62.0: Vedvarende personlighetsforandring etter katastrofale livshendelser. Heller ikke dissosiative symptomer blir fanget opp på en god måte i diagnosesystemet.

Om en situasjon eller hendelse oppleves som traumatisk er en subjektiv vurdering. Selv om deltakere rapporterer om opplevde traumatiske hendelser, er det uvisst om de har tatt skade av opplevelsen. Oppgaven vil derfor ikke benytte ordet traume i seg selv, men heller bruke begreper som traumatiske hendelser eller relasjonstraumatisering. Oppgaven tar ikke stilling til om hendelsene som rapporteres er av traumatisk art, men undersøker om deltakere som mener de har blitt utsatt for traumatiske hendelser også rapporterer om flere symptomer og plager. I teksten veksles det mellom begrepene traumatiske hendelser, relasjonstraumatisering, overgrep, og misbruk og forsømmelse. Disse begrepene blir i oppgaven definert som emosjonell forsømmelse, emosjonelt- fysisk og seksuelt misbruk, og opplevd bisarr straff. Emosjonell forsømmelse er fravær av handlinger tilknyttet basis- og trygghetsbehov, mens de andre formene for misbruk består av handlinger rettet mot individet. Eksempler på bisarr straff rapportert i studien var å bli slått med ulike gjenstander, bundet fast, kvelningsforsøk, og stengt/låst inne. De rapporterte eksemplene kan minne om torturlignende straffemetoder.

## 1.2 Forekomst av relasjonstraumatisering

En rekke studier har kartlagt forekomst av ulike typer relasjonstraumatisering. Blant studenter fra et universitet i USA rapporterer 35 % at de har blitt utsatt for emosjonell forsømmelse, 24 % emosjonelt misbruk, 21 % fysisk misbruk og 22 % rapporterer om seksuelle overgrep (Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers, & O'Farrill-Swails, 2005). I en studie gjort på tyrkiske studenter rapporterer 42 % at de har blitt utsatt for overgrep i barne- og ungdomsårene. 25 % forteller at de kun har opplevd fysisk misbruk, mens 8 % har blitt utsatt for seksuelle overgrep. 9 % av studentene har opplevd både fysiske og seksuelle overgrep (Boysan, Goldsmith, Çavuş, Kayri, & Keskin, 2009). I en gjennomgang av hele 38 studier fra 21 ulike land ble det funnet forekomster av seksuelle overgrep fra 0-53 % hos kvinner fra ikke-kliniske utvalg. De fleste studiene rapporterte et omfang på 10-20 %, men 1/3 av studiene viste at over 30 % av utvalget rapporterte om seksuelle overgrep (Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009). Oversiktsartikkelen viser at omfanget av seksuelle overgrep

gjennomgående er høyt, men at tallene varierer fra studie til studie. I en svensk undersøkelse ble friske tenåringer og tenåringer fra en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) bedt om å rapportere opplevde traumatiske hendelser (Svedin, Nilsson, & Lindell, 2004). Blant kontrollgruppen rapporterte 4,8 % av jentene fysisk misbruk, 2,9 % seksuelle overgrep og 8,7 % emosjonelt misbruk. I den kliniske gruppen var forekomsten av fysisk misbruk på 41 %, seksuelle overgrep på 65 % og emosjonelt misbruk på 37 %. Når pasienter fra psykisk helsevern og friske deltakere blir spurt om å rapportere opplevd misbruk og forsømmelse fra barndommen tydeliggjøres en gruppeforskjell der pasienter har opplevd signifikant flere traumatiske opplevelser enn de friske deltakerne (Weber et al., 2008). Hos norske pasienter fant Reigstad et al. (2006) en høy forekomst av relasjonstraumatisering hvor hele 60,2 % rapporterte om traumatiske hendelser. 33,9 % hadde opplevd fysisk misbruk, 28,8 % rapporterte om seksuelle overgrep, og 28,1 % sa de hadde blitt utsatt for emosjonell forsømmelse. 25 % rapporterte at de var blitt eksponert for to eller flere typer traumatiske hendelser. I en studie av Foote, Smolin, Kaplan, Legatt, og Lipschitz (2006) rapporterte amerikanske pasienter meget høy forekomst av opplevd misbruk. 59 % rapporterte om fysisk misbruk, mens 34 % rapporterte om seksuelle overgrep. Chu og Dill (1990) viste at majoriteten av pasienter i psykisk helsevern som deltok i en spørreundersøkelse rapporterte om opplevd misbruk. 51 % av pasientene beskrev opplevd fysisk misbruk, mens 36 % rapporterte om seksuelle overgrep.

Hvor mange som rapporterer om ulike typer relasjonstraumatisering vil avhenge av hvordan traumetyperne blir definert. Brede definisjoner vil gi inntrykk av høyere forekomst enn hvis strengere definisjoner tas i bruk. Seksuelle overgrep har i noen studier blitt definert som "uønskede seksuelle handlinger som involverer fysisk kontakt", og hvor opplevelser som for eksempel blotting ikke vil bli definert som overgrep (Foote et al., 2006). Andre studier definerer seksuelle overgrep mer åpent, og har for eksempel spurt deltakerne om de "en eller flere ganger har blitt seksuelt misbrukt" (Reigstad et al., 2006). Denne definisjonen gir hver enkelt deltaker en mulighet til selv å definere hva som er et seksuelt overgrep, noe som kan medføre at flere typer handlinger og opplevelser inngår i studien. Valg av metode og hvem som er informanter kan også påvirke rapportert forekomst av relasjonstraumatisering. Noen studier inneholder informasjon gjennom intervjuer, mens andre benytter spørreskjemaer. I de fleste tilfellene blir tenåringer eller voksne spurt om egne erfaringer, og kan dermed velge å rapportere om opplevde overgrep hvis de ønsker det. Enkelte studier har kartlagt opplevd relasjonstraumatisering hos barn og ungdom ved å intervju foreldrene. Denne metoden kan

risikere å ikke fange opp viktige opplevelser som barn har hatt fordi foreldrene av ulike grunner ikke vet om disse, eller ikke ønsker å rapportere om overgrep. En studie av Sternberg, Lamb, Guterman, og Abbott (2006) viste hvordan ulike informanter vektla ulike sider ved barns atferd. Barnas foreldre og lærere var mest oppmerksomme på eksternaliserende symptomer, mens barna selv hadde lettere for å rapportere om internaliserende symptomer, og la mindre vekt på atferdsproblemen. Det kan være vanskelig for foreldre å vite hva som plager barna deres, og hvordan de har det emosjonelt.

Deltakernes alder kan påvirke rapportert forekomst av opplevde traumatiske hendelser. Studier har vist at mennesker som har opplevd misbruk i barndommen har økt sannsynlighet for å oppleve misbruk også i voksen alder (Read, Agar, Barker-Collo, Davies, & Moskowitz, 2001). Flere av de ovennevnte studiene har bedt tenåringer om å rapportere opplevde traumatiske hendelser, og man vet derfor ikke hva de vil oppleve mot slutten av ungdomstiden. Når studier viser at reviktimisering er et problem, kan det antas at forekomsten av traumatiske hendelser hadde vært høyere hvis deltakerne er voksne, enn om de kun er i tidlig tenårene. Når man skal sammenligne forekomst av relasjonstraumatisering mellom ulike studier bør deltakernes alder bli tatt hensyn til.

### **1.3 Rapporterte overgrep og diagnostisering**

Til tross for at forekomsten av relasjonstraumatisering er høy, er det sjeldent at misbruk og forsømmelse blir fanget opp og registrert i pasientenes journaler. Reigstad et al. (2006) sammenlignet selvrapportert misbruk opp mot oppførte diagnoser hos norske pasienter i psykisk helsevern. Prevalensen av diagnostiserte seksuelle overgrep innad i familien eller utenfor familien var meget lav (1,6 % og 1,9 %). Prevalensen av fysiske overgrep var enda lavere, og kun 0,4 % av pasientene hadde fått diagnostisert fysiske overgrep. Når over 60 % av pasientene rapporterer om opplevd relasjonstraumatisering blir det tydelig hvor sjeldent disse opplevelsene fanges opp, og at det er behov for mer kunnskap om hvordan helsevesenet lettere kan få vite om eventuelle overgrep. Mange barn opplever å bli misbrukt over mange år uten at noen oppdager hva som foregår. Ved å intervju kvinner som tidligere hadde blitt seksuelt misbrukt prøvde Lundqvist et al. (2004) å forstå hvorfor ofrene unnlot å fortelle om overgrepene mens de pågikk. Den vanligste årsaken var frykt for å ikke bli trodd (71 %).

Nesten halvpartene av kvinnene rapporterte at de var redde for at noen skulle anklage dem for å ha tatt del i overgrepene, og dermed være medskyldige. Halvparten unnlot å søke hjelp av frykt for fysisk straff fra overgriper. Enkelte fortalte at de ikke klarte å avsløre overgrepene pga lojalitet ovenfor den eller de som påførte overgrepene.

Traumatiske hendelser har tidligere hovedsakelig blitt knyttet til posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Studier viser at opplevde traumatiske hendelser ikke bare gir symptomer som faller inn under beskrivelsen av PTSD (Weber et al., 2008). Det blir derfor viktig å diagnostisere relasjonstraumatisering i seg selv, ikke bare symptomene som faller inn under de tidligere brukte diagnosene.

## **1.4 Relasjonstraumatisering og mental helse**

En rekke studier har undersøkt hvordan opplevd relasjonstraumatisering i barne- og ungdomsårene henger sammen med senere fungering. Litteraturen viser at barn som har opplevd misbruk og/eller forsømmelse har mer atferdsproblemer, samt flere internaliserende og eksternaliserende symptomer enn barn som ikke har opplevd misbruk (Kim & Cicchetti, 2003; Maughan & Cicchetti, 2002). Hos pasienter i psykisk helsevern har man sett en sammenheng mellom opplevd relasjonstraumatisering i tidlig barndom og personlighetsforstyrrelser og depresjon i voksen alder (Weber et al., 2008). Read et al. (2001) oppdaget hvordan nåværende selvmordsrisiko hos pasienter ble bedre predikert ut fra pasientens tidligere traumehistorie (spesielt seksuelt misbruk), enn med utgangspunkt i nåværende depresjonsdiagnoser. Forskningsfunn viser at misbruk og forsømmelse assosieres med mental helse generelt. Sammenhengen mellom opplevde traumatiske hendelser og nivå på stresshormonet kortisol har også blitt undersøkt. Flere studier har vist forhøyet eller redusert nivå av kortisol hos mennesker med diagnostiserte psykiske diagnoser (Gervasoni et al., 2004; Van Den Eede et al., 2008). Carpenter et al. (2009) undersøkte sammenhengen mellom opplevd relasjonstraumatisering i alderen 0-17 år og kortisolnivå i voksen alder. Ved å injisere et hormon kalt Dex/CRH ble det framkalt en fysiologisk respons i HPA aksens. HPA aksens består av hypothalamus, hypofysen og binyrene, og er et hovedsystem for stressregulering. HPA aksens skiller ut kortisol gjennom binyrene (Fosse, 2009). Analysene viste en sammenheng mellom opplevd emosjonelt misbruk i oppveksten og senket

kortisolnivå. Funnet tyder på at opplevd relasjonstraumatisering, i dette tilfellet emosjonelt misbruk, kan gi varige fysiologiske endringer. Studier og oversiktsartikler har funnet en sammenheng mellom lavt kortisolnivå og økt sårbarhet for å utvikle psykiske og fysiske plager, spesielt stress-relaterte lidelser, hvis man utsettes for stressende eller traumatiske hendelser (Charmandari et al., 2004; Heim, Ehler, & Hellhammer, 2000). Senket kortisolnivå som følge av misbruk kan dermed gjøre oss mer sårbare ved eventuelle nye traumatiske hendelser. Forskning viser at barn som opplever god regulering av stresshormonet kortisol i det første leveåret blir flinkere til å roe seg selv ned i voksen alder. Da hjernens plastisitet er størst i spedbarnsalderen, kan tidlige erfaringer bli viktig for hvordan vi senere regulerer oss selv under og etter stressende situasjoner (Benum, 2006).

Studier har også funnet en sammenheng mellom opplevd relasjonstraumatisering og dissosiasjon (Svedin et al., 2004). Dissosiasjon kan beskrives som manglende integrering av forskjellige aspekter ved virkeligheten. Dissosiative symptomer kan deles inn i to kategorier, positive og negative. Positive symptomer kjennetegnes ved at de oppleves som truende eller skremmende, og kan bestå av gjenopplevelser, hørselshallusinasjoner som stemmehøring og overveldende følelser. Negative dissosiative symptomer kan beskrives som avkobling fra det vonde, for eksempel ved amnesi, depersonalisering eller utmelding. Dissosiative symptomer kan omhandle både mentale prosesser og kroppslige reaksjoner (Nijenhuis, 2004). Det pågår en diskusjon om dissosiasjon er et dimensjonelt fenomen hvor alle skårer på et kontinuum fra lite til mye dissosiasjon, eller om det er et typologisk fenomen hvor det finnes både normal og patologisk dissosiasjon. Normal dissosiasjon kan innebære å være oppslukt eller opptatt av noe (absorption), eller ha evne til å fantasere og forestille seg ting. Patologisk dissosiasjon innebærer amnesi, depersonalisering og fragmentering av egen identitet. Forskere som tidligere mente dissosiasjon var et dimensjonelt fenomen har i senere tid gjort undersøkelser som tyder på at det finnes både normal og patologisk dissosiasjon, og at det er viktig å skille mellom disse formene (Waller, Putnam, & Carlson, 1996).

Dissosiative symptomer kan skyldes fysiologiske reaksjoner på ekstreme trusler og traumatiske hendelser, der en situasjon ikke blir integrert som vanlig erfaring, men lagres som fragmenter av følelser og sanseopplevelser. Når traumatiske opplevelser inntreffer vil stresshormoner utløses. Stresshormonene kan endre hjernens normale biokjemiske tilstand og påvirke evnen til informasjonsprosessering (Bower & Sivers, 1998). En traumatisk opplevelse vil ikke nødvendigvis lagres på samme måte som vanlige minner. Morgan et al. (2000) har

sammenlignet elitesoldater og vanlige soldater i forhold til reaksjoner på stressende situasjoner tilknyttet overlevelsestrening. Funnene viste at elitesoldatene presterte best, og også hadde høyere nivå av neuropeptid Y under stressende situasjoner sammenlignet med vanlige soldater. Elitesoldatene viste mindre dissosiative symptomer både før og under testsituasjonen, og nivå på neuropeptid Y korrelerte negativt med dissosiasjon. Funnet tyder på at det kan være individuelle nevrobiologiske forskjeller som henger sammen med hvordan vi håndterer farlige og stressende situasjoner. Dissosiasjon har også blitt vurdert som en mestringsstrategi der individet beskytter seg mot overgrep ved å rette oppmerksomheten vekk fra selve hendelsen. Ideen om at dissosiasjon er et psykologisk forsvar forholder seg til de negative disosiative symptomene. De positive symptomene (gjenopplevelser og traumerelatert smerte) er vanskeligere å vurdere som beskyttende faktorer (Benum, 2006). Friske tenåringer som har opplevd relasjonstraumatisering rapporterer høyere dissosiasjonsskårer enn de som ikke har opplevd relasjonstraumatisering. Ved å sammenligne friske deltakere med ungdomsklienter hentet fra en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), skårer klientene langt høyere på dissosiasjon enn kontrollgruppen. De rapporterer også om mer misbruk og forsømmelse (Svedin et al., 2004).

Samtidig som flere studier undersøker sammenhengen mellom traumatiske hendelser og psykiske lidelser, er det studier som assosierer psykiske lidelser med genetiske faktorer. Studier innen genetisk epidemiologi hevder at våre gener i stor grad kan predikere om vi utvikler psykiske lidelser. Enkelte studier mener at schizofreni har et heritabilitetsestimat på 80 % eller mer, mens alkohol- og narkotikamisbruk har et heritabilitetsestimat på 50-60 %. Spiseforstyrrelser, angst og depresjon sies å være mindre styrt av gener, men rapporteres likevel å ha et heritabilitetsestimat på 30-40 % (Dick, Riley, & Kendler, 2010). Det pågår i dag en debatt om hva årsaken til psykiske lidelser er, der diskusjonen om arv og miljø er sentral. Arv og miljø vil alltid være gjensidig avhengig av hverandre, og det er problematisk å tenke at kun genetiske faktorer eller miljøfaktorer er avgjørende for vår fungering. Ved å forske på sammenhengen mellom relasjonstraumatisering og psykiske lidelser vil vi få en bedre forståelse av hvordan miljøfaktorer og overgrep preger oss.



## 1.5 Antall opplevde overgrepstyper, ulike typer overgrep og mental helse

Mange studier har undersøkt sammenhengen mellom spesifikke typer relasjonstraumatisering og psykisk helse. I en studie av Svedin et al. (2004) viste resultatene at over halvparten av deltakerne fra den kliniske gruppen hadde opplevd to eller flere typer traumatiske hendelser. Blant de friske deltakerne i studien var det langt færre som hadde opplevd multiple typer overgrep, men det var likevel ikke uvanlig. I en undersøkelse gjort på studenter i USA svarte 29 % av deltakerne at de hadde opplevd to eller flere typer traumatiske hendelser (Arata et al., 2005). Resultatene tyder på at det kan være misvisende å undersøke sammenhengen mellom enkelte typer overgrep og mental helse når de ulike typene korrelerer med hverandre. I tidligere studier som har kartlagt ulike typer misbruk, har det hovedsakelig blitt spurt om fysiske eller seksuelle overgrep, og sjeldent blitt spurt om emosjonell forsømmelse eller emosjonelt misbruk. Studier har vist at psykologisk misbruk alene korrelerer med dårligere mental helse (Greenfield & Marks, 2010).

Arata et al. (2005) undersøkte langtidsvirkningen av spesifikke typer overgrep, samtidig som de undersøkte effekten av å oppleve enkelthendelser sammenlignet med å oppleve flere typer relasjonstraumatisering. Resultatene tydet på at det er kumulative effekter av opplevd misbruk, altså at det å oppleve flere typer overgrep assosieres med flere symptomer enn kun å oppleve enkelthendelser. Ulike typer misbruk korrelerte videre med ulike symptomer. Emosjonell forsømmelse korrelerte med internaliserende symptomer, mens fysisk misbruk korrelerte høyest med eksternaliserende symptomer. Både emosjonell forsømmelse og fysisk misbruk var relatert til lavt selvbilde, mens seksuelle og fysiske overgrep korrelerte med økt selvmordsfare. Det vil være nyttig å undersøke hvor mange typer traumatiske hendelser mennesker har opplevd, samtidig som ulike former for misbruk vil kunne ha noe å si for rapporterte symptomer. Også andre studier har vist at det å oppleve gjentatt relasjonstraumatisering i barndommen er en risikofaktor for å få psykiske problemer i voksen alder (Greenfield & Marks, 2010). Bolger, Patterson, og Kupersmidt (1998) fant en sammenheng mellom fysisk og seksuelt misbruk og lavt selvbilde hos elever i barneskolen. Emosjonelt misbruk korrelerte med barns vanskeligheter med å få venner. Barn som hadde opplevd misbruk i ung alder hadde større vansker med å få seg en bestevenn enn de som hadde blitt misbrukt sent i barndommen.

Flere studier har funnet et dose-respons forhold mellom opplevd relasjonstraumatisering og psykiske lidelser, der nivå på psykiske symptomer øker i takt med nivå på opplevd misbruk (Weber et al., 2008). I en studie av Felitti et al. (1998) rapporterte over halvparten av deltakerne å ha opplevd minst en type traumatisk hendelse (emosjonelt- fysisk eller seksuelt misbruk, vold utøvd mot mor, leve med rusmisbrukere, ha suicidale eller mentalt syke foreldre, eller bo med kriminelle). De ulike traumatiske hendelsene korrelerte høyt, og blant deltakerne som hadde opplevd emosjonelt misbruk hadde 52 % også opplevd fysiske overgrep. Resultatene viste et dose-respons forhold mellom antall opplevde traumatiske hendelser og risikofylt helseatferd som røyking, alkoholisme, overvekt, selvmordsforsøk, og en rekke somatiske sykdommer som kreft og hjertesykdommer. Studien tyder på at opplevde traumatiske hendelser ikke bare gir psykologiske plager, men også kan føre til selvmedisinering og annen risikofylt helseatferd, som igjen kan gi alvorlige somatiske og psykologiske konsekvenser.

## **1.6 Varighet av relasjonstraumatisering og mental helse**

I tillegg til å undersøke hvor mange typer traumatiske hendelser deltakerne har opplevd, og hvilke typer, er det flere studier som har undersøkt sammenhengen mellom varighet av opplevde traumatiske hendelser og symptomnivå. Éthier, Lemelin, og Lacharité (2004) sammenlignet to grupper barn som tidligere hadde blitt misbrukt, der den ene gruppen hadde opplevd kortvarige overgrep, mens den andre gruppen hadde blitt utsatt for kronisk misbruk. Resultatene viste signifikante forskjeller mellom gruppene. Barna som hadde blitt utsatt for kronisk misbruk hadde mer emosjonelle problemer og flere atferdsproblemer enn de barna som kun hadde opplevd kortvarige overgrep. Funn fra studien viser også en interaksjonseffekt, der barn som har opplevd relasjonstraumatisering over lang tid rapporterer flere symptomer på angst og depresjon 6 år etter at studien startet, mens de barna som opplevde kortvarige overgrep viser mindre symptomer over tilsvarende tidsperiode. Resultatene tyder på at for de som opplever langvarig misbruk øker problemene, mens de som opplever at overgrep og forsømmelse opphører viser en nedgang i symptomer. Funnene viser hvor viktig det blir å få stanset misbruk, og hvordan barn viser bedring i symptomnivå hvis misbruket opphører.

I en studie av Bolger et al. (1998) ble flere aspekter ved misbruk kartlagt opp mot barns vennskap og selvfølelse. Studien viste blant annet at jo lenger misbruk varte, desto mindre ble barnet likt av jevnaldrene. Varighet av misbruk er en viktig variabel som bør kartlegges. I ovennevnte studie var det en sammenheng mellom varighet av overgrep og vennskap, uavhengig av hvilken type misbruk barnet opplevde. Studien viser at relasjonstraumatisering henger sammen med evnen til å relatere seg til andre mennesker. Foote et al. (2006) undersøkte sammenhengen mellom dissosiative symptomer hos pasienter i psykisk helsevern og relasjonstraumatisering. Pasienter som hadde diagnoser knyttet til dissosiasjon rapporterte om overgrep av lengre varighet og av mer alvorlig art sammenlignet med pasienter uten dissosiasjonsproblematikk. Til tross for at en rekke studier har funn som tyder på at varighet er en viktig variabel finnes det studier som ikke finner denne sammenhengen. Lundqvist et al. (2004) viste ved hjelp av regresjonsanalyser at hverken varighet eller relasjon til overgriper hadde signifikant sammenheng med symptomnivå hos kvinner som hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep. Den eneste variabelen som hadde unik prediktiv verdi var alder ved første opplevde traumatiske hendelse. Kvinner som hadde opplevd overgrep i svært ung alder rapporterte om flere symptomer enn de som hadde blitt utsatt for overgrep senere i barndommen.

## **1.7 Alder ved relasjonstraumatisering og mental helse**

Flere studier har undersøkt hvordan alder og utviklingsfasen man er i når man blir utsatt for relasjonstraumatisering preger senere fungering. Kaplow og Widom (2007) ønsket å teste hypotesen om at barn som blir misbrukt og/eller forsømt i ung alder har større risiko for å få psykiske plager i voksen alder, enn barn som har blitt utsatt for dette sent i barndommen. Forskerne ønsket i tillegg å undersøke hvordan ulike måter å bruke alder som variabel påvirket resultatene. Deltakerne hadde rapportert om opplevd relasjonstraumatisering fra alderen 0 til 11 år, og den første aldersvariabelen var en kontinuerlig variabel, der alder ble beskrevet fra 0-11 år. Den andre måten å definere alder på var å bruke en dikotom variabel, der de som hadde opplevd relasjonstraumatisering i alderen 0-5 år tilhørte gruppe 1, og de som hadde rapportert om misbruk i alderen 6-11 år tilhørte gruppe 2. Den siste variabelen var basert på utviklingsstadier med fire kategorier (0-2 år = 1, 3-5 år = 2, 6-8 år = 3 og 9-11 år=4).

Resultatene viste at de som hadde blitt misbrukt i ung alder hadde mer internaliserende symptomer som angst og depresjon, mens de som hadde opplevd misbruk sent i barndommen viste mer eksternaliserende symptomer, som alkoholproblemer, antisosial personlighetsforstyrrelse og økt risiko for å droppe ut av skolen. Sammenhengen mellom alder ved opplevd relasjonstraumatisering, og psykologisk og sosial fungering, ble best fanget opp når alder ble omgjort til utviklingsstadier.

Også andre studier har undersøkt sammenhengen mellom alder ved opplevd relasjonstraumatisering og senere symptomer. Thornberry, Henry, Ireland, og Smith (2010) undersøkte hvordan alder korrelerte med senere antisosial atferd, alkoholmisbruk, risikofylte seksuelle handlinger og internaliserende symptomer som depressive tanker og selvmordstanker. Med utgangspunkt i to ulike teoretiske modeller kan det antas at misbruk i ulike aldersperioder vil gi ulike symptomer. Den ontogenetiske utviklingsmodellen legger vekt på at relasjonstraumatisering som inntreffer i ung alder kan forstyrre tidlig normalutvikling, og dermed føre til skjevutvikling. Med utgangspunkt i denne modellen vil opplevde overgrep i ung alder kunne gi dårligere fungering i voksen alder enn overgrep som inntreffer sent i barndommen. I kontrast til den ontogenetiske modellen hevder sosiogenetisk utviklingsmodell at relasjonstraumatisering som inntreffer sent kan oppleves verre, og gi flere symptomer, enn tidlige overgrep. Når mennesker opplever overgrep sent i barndommen, eller i ungdomsårene, kan bedre kognitive evner, økt selvbevissthet og autonomi føre til sterke reaksjoner. Studien viste at de barna som hadde opplevd overgrep kun i ung alder viste mer internaliserende symptomer, samt økt stoffmisbruk. De som hadde opplevd relasjonstraumatisering i ungdomsårene viste ikke depressive symptomer, men skåret høyt på eksternaliserende symptomer. De utførte flere kriminelle handlinger, hadde økt alkoholforbruk og var oftere involvert i risikofylte seksuelle handlinger. Resultatene samsvarer med funnene til Kaplow og Widom (2007), og det ser ut til at relasjonstraumatisering kan føre til dårligere psykologisk fungering uansett når i barndommen det inntreffer, men at det er ulike deler av vår fungering som preges i ulike faser.

Med utgangspunkt i et utviklingspsykopatologi-perspektiv blir de ovennevnte funnene lettere å forstå. Barn står ovenfor en rekke utviklingsoppgaver gjennom barndommen, der det å mestre et stadie gjør det lettere å håndtere neste utviklingsoppgave. Når barn opplever overgrep eller forsømmelse kan det forstyrre eller forhindre barnet i å mestre sine oppgaver, noe som igjen gjør det mer utfordrende å få til nye stadier. En tidlig og viktig

utviklingsoppgave er å danne en trygg tilknytning til omsorgspersonene. Gjennom tilknytning til foreldre lærer barn hvordan de skal være sammen med andre og former representasjoner av hva relasjoner handler om. Hvis barnet blir mishandlet eller forsømt av foreldrene i tidlige barneår vil det være sannsynlig at tilknytningen blir skadet, og barnet vil trolig få mer relasjonelle vansker senere i livet (Bowlby, 1988). Barn som har en utrygg eller disorganisert tilknytning kan synes det er vanskelig å danne gode relasjoner når de begynner på skolen. De får dermed større utfordringer med å mestre utviklingsoppgaver som baserer seg på relasjonelle erfaringer. Eksempler på utviklingsoppgaver i tidlig tenårene er kjønnsintensivering og intimitet i vennskap. Med utgangspunkt i dette utviklingsperspektivet vil det være lettere å forstå at barn som blir utsatt for overgrep i tidlig eller sen alder vil utvikle ulike symptomer, alt etter hvilken utviklingsoppgave de blir forstyrret i (Cicchetti & Toth, 1995). Forståelse av hvilke utviklingsoppgaver som er forstyrret kan gi retning for terapeutisk arbeid (Perry, 2009).

Barnets alder ved opplevd misbruk og forsømmelse kan også påvirke hvilke mestringsstrategier som tas i bruk. Unge barn har ingen mulighet til fysisk å forsvare seg mot overgrep. Dette kan føre til en opplevelse av å ikke ha kontroll, gi avmaktfølelse, og videre gjøre barnet engstelig og tilbaketrukket. Dissosiasjon kan være en forsvarsmekanisme som inntreffer når fysisk flukt ikke er mulig. Tenåringer har tilgang til en rekke mestringsstrategier som barn ikke har og kan blant annet velge aggresjon, eller roe seg ned ved hjelp av alkohol og narkotiske stoffer. Når tenåringer viser denne type atferd risikerer de at mestringsstrategiene blir det synlige problemet, og at atferden maskerer de faktiske årsakene, nemlig misbruket (Kaplow & Widom, 2007). Studien til Felitti et al. (1998) er et eksempel på hvordan mestringsstrategier som kan ha hatt effekt på symptomer etter overgrep senere kan gi alvorlige helseproblemer. Studien fant et dose-respons forhold mellom antall opplevde traumatiske hendelser og alkoholisme, røyking og overvekt.

Hvilken alder vi er i når vi utsettes for relasjonstraumatisering ser ut til å påvirke utvikling av dissosiative symptomer. Barn fra 3-5 år ble fulgt i over ett år for å undersøke om førskolealderen er en sensitiv periode for å utvikle patologisk dissosiasjon. Funn viste at barn som hadde opplevd traumatiske hendelser i denne perioden dissosierte langt mer enn barn som ikke hadde opplevd dette, og at de to gruppene fulgte ulike utviklingsspor med tanke på utvikling av et helhetlig selv. Studien tyder på at førskolealderen kan være en sensitiv periode for utvikling av dissosiasjon (Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001). Gold, Hill, Swingle, og Elfant

(1999) undersøkte sammenhengen mellom blant annet alder ved opplevd seksuelt misbruk og dissosiasjon. Jo yngre kvinnene var da ble utsatt for overgrep, desto mer dissosierte de i voksen alder.

## 1.8 Relasjon til overgriper og mental helse

Også barnets relasjon til overgriper har blitt undersøkt i en rekke studier, med antagelsen om at nær relasjon til overgriper vil føre til mere vansker enn hvis overgriper er en fremmed person for barnet. Når barn opplever at foreldrene påfører overgrep vil to handlingssystemer som ikke er forenlige settes i gang. På den ene siden vil barnet prøve å unngå fare, og dermed ønske å rømme fra situasjonene. Samtidig er det nettopp de som skal trøste og beskytte barnet som står ansvarlig for det vonde. Barnet er avhengig av foreldrene, samtidig som de skaper utrygghet og fare. Dette vil oppleves svært konfliktfylt for barnet som ikke kan unngå situasjonen, men må tilpasse seg den. Dette kan føre til utrygg eller disorganisert tilknytning, underkastelse og avmaktsfølelse. Tilknytningsproblemer i barndommen kan blant annet gi konsekvenser for sosiale ferdigheter og relasjoner senere i livet (Benum, 2006).

Det er blandede funn når det gjelder sammenhengen mellom relasjon til overgriper og symptomnivå. I en studie fra Belgia ble det undersøkt om tenåringer som hadde blitt seksuelt misbrukt viste ulike symptomer og ulikt symptomnivå avhengig av om overgriper var et familiemedlem eller ikke (Bal, De Bourdeaudhuij, Crombez, & Van Oost, 2004). Resultatene viste at de to gruppene ikke rapporterte signifikante forskjeller når det gjaldt symptomer på angst, depresjon, dissosiasjon, sinne eller seksuelle problemer. Fischer og McDonald (1998) viste hvordan barn som ble misbrukt i egen familie fikk mer fysiske og emosjonelle/psykologiske skader enn de som ble misbrukt av overgripere utenfor familien. Noe av grunnen til at intrafamiliære overgrep ga mer symptomer var at disse pågikk over lengre tid, samt at overgrepene inntraff oftere. Intrafamiliære overgrep har vist seg å korrelere signifikant med symptomer på dissosiasjon, mens misbruk utført av overgripere utenfor familien ikke korrelerer signifikant med dissosiative symptomer (Plattner et al., 2003). Pasienter i psykisk helsevern rapporterer at nær familie ofte har vært involvert i opplevde overgrep, og i en studie av Chu og Dill (1990) svarte hele 92 % av de som hadde opplevd fysiske overgrep at nære familiemedlemmer sto ansvarlige for de voldelige handlingene.

## 1.9 Traumatiske hendelser – sammensatte og komplekse fenomener

Flere studier har undersøkt hvordan type traumatisk hendelse, antall overgrepstyper, alder ved opplevd relasjonstraumatisering, overgrepens varighet, eller relasjon til overgriper henger sammen med symptomnivå og mental helse. Enkelte studier har valgt å undersøke flere variabler, mens noen har valgt å undersøke sammenhengen mellom spesifikke variabler og symptomnivå. Å plukke ut enkelte variabler kan gi misvisende resultater. Lundqvist et al. (2004) undersøkte sammenhengen mellom alder ved overgrepet, relasjon til overgriper, varighet, type misbruk og symptomnivå hos kvinner som hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep. Når de undersøkte forholdet mellom hver enkelt variabel og symptomnivå, oppdaget de at både alder, type misbruk og relasjon til overgriper hadde signifikant sammenheng med mental helse. Kun variabelen varighet viste seg ikke å korrelere med symptomnivået. Multippel regresjonsanalyse som inkluderte alle variablene viste at kun alder hadde en unik prediktiv verdi når de andre variablene ble kontrollert for. Til tross for at type misbruk og relasjon til overgriper korrelerte med nåværende symptomer, kunne ikke disse variablene predikere psykisk fungering når alder og varighet ble kontrollert for. Jaffee og Maikovich-Fong (2010) undersøkte hvordan alder, varighet og en rekke demografiske variabler kunne predikere internaliserende og eksternaliserende symptomer, samt IQ hos barn som hadde blitt utsatt for relasjonstraumatisering. Når de undersøkte varighet av traumatiske hendelser opp mot symptomnivå oppdaget de at barn som hadde opplevd overgrep over lengre tid hadde dårligere fungering enn de som opplevde kortvarige overgrep. Alder ved opplevde overgrep hadde ikke unik signifikant prediktiv verdi. Når demografiske variabler som foreldrenes inntekt, foreldrenes psykiske plager, og type nabolag ble inkludert i regresjonsanalysene, kunne ikke lenger varighet predikere symptomnivå. Det eneste som hadde en signifikant prediktiv verdi opp mot barns fremtidige fungering var familievariabler som inntekt, nabolag og psykiske plager hos foreldrene. Studien kan tyde på at familier som har psykologiske og økonomiske utfordringer utsetter barn for overgrep over lengre tid, og at varighet dermed korrelerer med familiesituasjonene. Disse studiene er eksempler på at de ulike variablene kan korrelere med hverandre, og at det er snakk om komplekse fenomener.

## 1.10 Rasjonale for studien

Forskningsfunn innen traumefeltet tyder på at flere aspekter ved traumatiske opplevelser og miljøbelastninger påvirker senere psykisk og fysisk helse. Det er få studier som har undersøkt sammenhengen mellom flere typer relasjonstraumatisering, ulike faktorer ved hendelsene, og mental helse i Norge. Traumatiske hendelser er ofte svært komplekse, og det er derfor mange faktorer ved opplevelsen som kan henge sammen med senere psykisk og fysisk fungering. I denne studien har deltakere fra både kliniske og ikke-kliniske utvalg blitt intervjuet om opplevd relasjonstraumatisering og mental helse. Ved å intervju både pasienter i psykisk helsevern og såkalt friske deltakere kunne vi regne med å få kartlagt et bredt spekter av traumatiske opplevelser, og samtidig undersøke om det er eventuelle forskjeller mellom de to gruppene. Tidligere studier har vist høyere forekomst av relasjonstraumatisering og høyere symptomnivå i pasientgrupper sammenlignet med ikke-kliniske utvalg (Pereda et al., 2009). Tidligere forskning viser at ulike typer traumatiske hendelser korrelerer høyt (Svedin et al., 2004), og vi har derfor kartlagt både emosjonell forsømmelse, emosjonelt misbruk, fysisk- og seksuelt misbruk, og opplevd bisarr straff. Det er svært få studier som har undersøkt forholdet mellom opplevd bisarr straff og psykisk fungering. I denne studien blir dette forholdet undersøkt. Studien undersøker traumatiske opplevelser fra tidlig barndom og frem til fylte 18 år. Dermed kan forekomst av misbruk og forsømmelse i denne studien sammenlignes med en rekke andre studier som benytter samme aldersspenn. Tidligere funn viser at alder ved opplevde traumatiske hendelser, hvilke typer overgrep vi blir utsatt for, varighet av overgrep, nærhet til overgriper og antall opplevde traumatiske hendelser henger sammen med senere fungering og symptomnivå. Studier har også vist at disse variablene korrelerer, og at det derfor kan være misvisende kun å undersøke enkeltvariabler opp mot symptomer. Et sentralt mål med denne oppgaven er nettopp å undersøke i hvilken grad ulike variabler gir unike bidrag i prediksjon av symptomer, og i hvilken grad de overlapper med hverandre. Med utgangspunkt i tidligere forskningsfunn er oppgavens problemstillinger følgende:

*Er det forskjeller mellom pasienter i psykisk helsevern og antatt friske deltakere i rapportert forekomst av relasjonstraumatisering?*

*Er det en sammenheng mellom rapporterte traumatiske opplevelser og nåværende symptomer?*



*Er det en sammenheng mellom antall opplevde overgrepstyper, varighet av overgrep, alder ved første overgrep, relasjon til overgriper, type overgrep og nåværende symptomer?*

*Kan de ovennevnte variablene predikere nåværende symptomnivå, og hvilke variabler predikerer nåværende symptomnivå best når man kontrollerer for de resterende variablene?*

*Er det en sammenheng mellom antall, varighet, alder, nærhet og type overgrep?*

Med utgangspunkt i tidligere forskning antar vi at det finnes en signifikant, positiv sammenheng mellom opplevd relasjonstraumatisering og psykiske vansker, og vi regner med å finne en høyere forekomst av opplevde overgrep og mer psykiske symptomer i pasientgruppen enn kontrollgruppen. Vi antar at inkludering og samtidig analyse av flere uavhengige variabler kan tydeliggjøre en sammenheng mellom miljøbelastninger og symptomnivå utover det som er rapportert i litteratur som kun ser på spesifikke typer traumatiske hendelser eller enkeltvariabler.

## 2 Metodedel

### 2.1 Utvalg

Studien har inkludert to grupper, en kontrollgruppe bestående av antatt friske personer (N=87), og en pasientgruppe (N = 41). Alle deltakerne er kvinner i alderen 18-45 år. Vi har valgt å fokusere på kvinner fordi funn innen traumeforskning tyder på en kjønnsforskjell der sammenhengen mellom opplevd relasjonstraumatisering og psykopatologi er sterkere hos kvinner enn hos menn (MacMillan et al., 2001). Eksklusjonskriterier for deltakelse i studien er at deltakerne ikke har kapasitet til å gjennomføre intervjuet grunnet hjerneskade, nevrologisk sykdom (Alzheimer, parkinson, tourette, narkolepsi) psykisk utviklingshemning, høy suicidalitetsfare, forvirringstilstand eller psykose. Deltakerne kunne delta uavhengig om de har opplevde traumatiske hendelser eller ikke, da vi ønsket et utvalg med variasjon i rapportering av opplevde overgrep og psykiske vansker. Deltakerne måtte beherske norsk tilstrekkelig til å kunne gjennomføre intervjuet. Kontrollgruppen ble rekruttert gjennom bekvemmelighetsutvalg, og består av et ikke-randomisert utvalg. Totalt 3 prosjektmedarbeidere/studentere har sendt e-post til sine bekjente samt bekjentes bekjente, og dermed intervjuet mennesker fra en rekke ulike arbeidsplasser og studier. Pasientgruppen ble rekruttert gjennom et samarbeide med behandlere og terapeuter fra Psykisk Helse i Vestre Viken. Pasientene ble rekruttert og intervjuet ved åpen akuttseksjon, avdeling for akuttpsykiatri ved Blakstad sykehus, psykiatrisk rehabiliteringspoliklinikk i Bærum og sosialmedisinsk poliklinikk i Sandvika.

I 38 av 41 pasientintervjuer er det rapportert hvilke diagnoser pasienten har eller har hatt. 79 % av pasientene rapporteres å ha alvorlige diagnoser som schizofreni, vedvarende personlighetsforandring etter katastrofale livshendelser, disosiative lidelser, personlighetsforstyrrelser, bipolar lidelse, posttraumatisk stresslidelse, alvorlig depresjon med psykotiske symptomer eller spiseforstyrrelser. De resterende pasientene rapporteres å ha depresjon, angstlidelser, psykiske lidelser som skyldes psykoaktive stoffer eller akutte og forbigående psykoser. Det er høy komorbiditet blant pasientene, og 50 % rapporteres å ha to eller flere diagnoser. Pasientgruppen er dermed en heterogen gruppe, og er ikke selektert ut i fra spesifikke diagnoser eller psykiske lidelser. Det er kun 13 % av pasientene som har fått diagnosen posttraumatisk stresslidelse, eller personlighetsendring etter katastrofal

livshendelse. De mest utbredte diagnosene er personlighetsforstyrrelser og depresjon. 31 % har fått diagnostisert en personlighetsforstyrrelse, der majoriteten har oppført emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (F60.3).

## 2.2 Datainnsamling

Studien ble startet i regi av klinikk for psykisk helse og rus ved Vestre Viken helseforetak, og har fått navnet ”studie om relasjonstraumer og psykiske lidelser”. Roar Fosse, forskningssjef ved Blakstad sykehus, er prosjektleder. Deltakerne fikk utlevert et instrumenthefte bestående av informasjonsark om studien, prosedyreforklaring, kontaktinformasjon, samtykkeerklæring, deltakerinformasjon og 4 spørreskjemaer. Deltakernes alder, eventuelt behandlingssted og eventuelle diagnoser ble notert under deltakerinformasjonen. Deltakerne besvarte instrumentheftet gjennom et strukturert intervju utført av behandler/terapeut eller prosjektmedarbeiderne. Deltakerne hadde instrumentheftet foran seg for lettere å følge med på spørsmål og svaralternativer, mens behandler eller prosjektmedarbeider fylte ut instrumentheftet. Pasientgruppen ble intervjuet av egen behandler eller terapeut for å gjøre intervjusituasjonen så trygg som mulig, samt at behandler/terapeut kunne gjøre en vurdering av om pasienten hadde kapasitet til å delta. Kontrollgruppen fikk selv velge om intervjuet skulle gjennomføres på arbeidsplassen, studiested, i eget hjem eller ved et offentlig møtested. Deltakerne ble anbefalt å sitte et sted der andre ikke kunne høre eller se svarene pga sensitiv informasjon. Intervjuene ble gjennomført på 30-45 minutter. Med tanke på mulig psykologisk påkjenning av å bli intervjuet om opplevd relasjonstraumatisering, fikk deltakerne tilbud om samtale med psykolog eller behandler/terapeut etter endt gjennomføring. Flere av de friske deltakerne ønsket informasjon om hvordan man kunne oppsøke psykolog etter intervjuet. Prosjektmedarbeiderne overleverte telefonnummer til en psykolog tilknyttet studien, samt informerte om hvordan de kunne gå frem for å begynne i terapi. Det var ingen deltakere som kontaktet studiens psykolog, men flere sa at de ønsket å begynne i terapi. Disse fikk informasjon om ulike tilbud og fremgangsmåter. Blant pasientene var der flere som snakket med sine behandlere om rapporterte traumatiske hendelser også etter intervjuet.

## 2.3 Måleinstrumenter

Det første spørreskjemaet i instrumentheftet er Brief Symptom Inventory (BSI), som måler grad av generell symptomatologi (Derogatis, 1975). Instrumentet er en kortversjon av Symptom Checklist, SCL-R-90 (Derogatis, 1994). BSI består av 53 spørsmål om ulike plager og problemer, og besvares på en skala fra 1 (har ikke plaget meg i det hele tatt) til 5 (har plaget meg veldig mye). Deltakerne blir bedt om å vurdere i hvilken grad plagene eller problemene har vært til besvær de siste syv dagene. Spørsmålene kan deles inn i ni underskalaer: somatisering, tvangsproblematikk, interpersonlig sensitivitet, depresjon, angst, fiendtlighet, fobi, paranoide forestillinger og psykotisisme. Spørsmål som omhandler matlyst, skyldfølelse og forstyrret søvn går innunder en egen tilleggsskala. Svarene kan også fremstilles ved en skala som heter Global Severity Index (GSI), hvor den gjennomsnittlige skåren for alle spørsmålene regnes ut. BSI viser test-retest reliabilitet fra 0.68 til 0.91 på de ulike skalaene, og 0.90 på GSI. Indre konsistens er målt med Cronbachs alfa fra 0.75 til 0.89 på de ulike skalaene (Boulet & Boss, 1991). Korrelasjonen mellom BSI og SCL-R-90 er fra 0.92 til 0.99 (Derogatis, 1975). BSI besvares på 8-12 minutter.

Det andre spørreskjemaet som administreres er Inventory of Interpersonal Problems, IIP-32 (Barkham, Hardy, & Startup, 1996). IIP-32 er en kortversjon av den originale versjonen med 127 spørsmål (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villasenör, 1988). Skjemaet måler grad av problemer i relasjon til andre mennesker, og består av 32 spørsmål. Deltakerne blir spurt i hvilken grad de gjør for mye av ulike sosiale handlinger (f.eks: Jeg prøver for mye å kontrollere andre mennesker), og om en rekke handlinger er vanskelig for dem å utføre (f.eks: Det er vanskelig for meg å delta i grupper). Spørsmålene besvares på en skala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 4 (veldig mye). IIP har åtte underskalaer: dominerende, påtrengende, overomsorgsfull, utnyttbar, lite selvhevdende, sosialt unnvikende, kald og fiendtlig. Psykometriske egenskaper ved IIP har hovedsakelig blitt målt med utgangspunkt i originalversjonen eller IIP-64, som begge viser god reliabilitet og validitet. I en studie av Barkham et al. (1996) målte de indre konsistens av IIP-32 med alfa koeffesient på 0.86. Test-retest korrelasjon ble målt til å være 0.7. IIP-32 korrelerer høyt ( $r = .94$ ) med den originale versjonen. IIP-32 besvares på 4-6 minutter.

Det tredje spørreskjemaet ble utviklet av Bernstein og Putnam (1986) og heter Dissociation Experiences Scale (DES). Skjemaet brukes til å måle grad av opplevd psykologisk

dissosiasjon, og består av 28 spørsmål. Deltakerne angir hvor ofte dissosiative opplevelser inntreffer på en skala fra 0% (aldri) til 100% (hele tiden). Deltakerne blir informert om at de ikke skal regne med opplevelser de har hatt under påvirkning av alkohol eller stoff. DES har en test-retest reliabilitetskoeffesient på 0.84. Skjemaet har god indre konsistens med split-half koeffesient fra 0.7 i normalbefolkningen til 0.95 i enkelte pasientgrupper (Bernstein & Putnam, 1986). DES ble opprinnelig vurdert til å måle dissosiasjon dimensjonelt, og faktoranalyse gjennomført i en tidligere studie viste at spørsmålene måler dissosiasjon på 1 dimensjon (Bernstein & Putnam, 1986). I senere tid har flere studier vist at dissosiasjon er et typologisk fenomen, og at det finnes normal og patologisk dissosiasjon (Waller et al., 1996). Ved å summere svarene på DES, og deretter dele på antall spørsmål, oppnås en gjennomsnittsskåre. Det er vanlig å bruke 25 som cut-off, der skåre over 25 indikerer en mulighet for patologisk dissosiasjon. Waller et al. (1996) undersøkte om enkelte av spørsmålene i DES kunne fange opp patologisk dissosiasjon, og lagde en skala kalt DES-T bestående av 8 av de originale spørsmålene. Ved kun å undersøke spørsmål som omhandler amnesi, depersonalisering, og opplevd identitetsendring eller forvirring, ønsket de å skille mellom de som rapporterte normal og patologisk dissosiasjon. Studien viste at DES-T var et sensitivt mål på patologisk dissosiasjon. DES brukes som et screeningverktøy for å kartlegge dissosiative symptomer hos pasienter. Høy skåre på DES er ikke tilstrekkelig for å kunne diagnostisere dissosiative vansker, men brukes for å fange opp hvilke pasienter som trenger videre diagnostiske undersøkelser. Det tar 5-10 minutter å besvare spørreskjemaet.

Det siste spørreskjemaet i instrumentheftet er Traumatic Experiences Checklist (TEC), som kartlegger eventuelle traumatiske opplevelser deltakerne har hatt gjennom livet (Nijenhuis, Van der Hart, & Vanderlinden, 1999). TEC består opprinnelig av 29 spørsmål. Skjemaet som brukes i vår studie kartlegger fem underkategorier av relasjonstraumatisering, følelsesmessig forsømmelse, følelsesmessig overgrep, fysiske overgrep, seksuelle overgrep og bisarr straff, og består av 13 av de originale spørsmålene. Deltakerne blir spurt om de har opplevd de ulike typene overgrep, hvor svaralternativene er ja eller nei. Hvis deltakerne rapporterer om traumatiske opplevelser blir de videre spurt hvem som var overgriper, der svaralternativene er 1: egne foreldre eller søsken, 2: fjernere familiemedlemmer eller 3: ikke-slektninger. Deltakerne bes videre om å oppgi alder for når de ble utsatt for overgrepet/overgrepene, og vurdere subjektiv opplevelser av hendelsens innvirkning på en skala fra 1 (ingen påvirkning) til 5 (svært stor påvirkning). Deltakerne blir spurt om den traumatiske hendelsen har inntruffet en eller flere ganger, og eventuelt over hvor lang tid relasjonstraumatisering har pågått. TEC

har test-retest reliabilitet på 0.91, og god indre konsistens med Cronbachs alfa på 0.86. TEC korrelerer høyt med SLESQ (stressful life events screening questionnaire),  $r = 0.77$ , noe som tyder på god validitet (Nijenhuis, Van der Hart, & Kruger, 2002). TEC, som er det mest sensitive instrumentet, ble administrert sist. Spørreskjemaet besvares på 10-12 minutter.

## 2.4 Etikk

Studien ble godkjent av regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i desember 2007. Deltakerne mottok skriftlig og muntlig informasjon om studien før de kunne avgi skriftlig informert samtykke. For å sikre et fritt samtykke ble gruppen med friske deltakere ikke kontaktet direkte av prosjektmedarbeiderne, men gjennom e-post, kollega eller bekjente. For å unngå et ytre press om deltakelse ble det ikke sendt ut purring. Pasientene ble spurt om å delta gjennom egne behandlere. De ble informert om at deltakelse var frivillig, og at avslag ikke ville medføre noen konsekvenser for deres videre behandling. Et av inklusjonskriteriene for deltakelse i studien var alder over 18 år, noe som innebærer at alle deltakerne er myndige og i utgangspunktet har kompetanse til å samtykke på egne vegne. En vurdering om mennesker med psykiske lidelser har manglende eller redusert samtykkekompetanse blir viktig med tanke på at studien innebærer å intervju blant annet pasienter i psykisk helsevern. Eksklusjonskriterier i studien er at deltakeren ikke har kapasitet til å gjennomføre intervjuet, grunnet f.eks hjerneskade, nevrologisk sykdom (Alzheimer, Parkinson, Tourette, Narkolepsi) psykisk utviklingshemning, høy suicidalitetsfare, forvirringstilstand eller psykose. Eksklusjonskriteriene vil forhindre at mennesker med tydelig redusert eller manglende samtykkekompetanse får delta i studien. Det var opp til hver enkelt behandler å vurdere pasientens mulighet til å gjennomføre intervjuet, inkludert samtykkekompetansen, da vedkommende trolig kjenner pasientens tilstand best. Deltakerne har ingen direkte fordeler av å delta i studien, men erfaringer og funn fra studien vil senere kunne hjelpe andre med tilsvarende sykdomshistorie eller psykiske vansker og diagnoser. Mulige ulemper er at deltakerne blir stilt spørsmål som minner om tidligere traumatiske opplevelser, og reaksjoner på disse. Samtidig kan deltakere få rapportert om tidligere hendelser som kan være av betydning for deres mentale helse, og videre få oppfølging i etterkant av intervjuet. Deltakerne fikk informasjon om intervjuets form og temaer på forhånd, men kunne likevel få reaksjoner som de selv ikke var forberedt på. Alle deltakerne

fikk tilbud om samtale med psykolog eller egen behandler etter endt gjennomføring. En mulig ulempe ved å delta er bruk av tid, da intervjuet tok 30-45 minutter å gjennomføre. Deltakerne ble informert før intervjuet om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten at det ville gi noen negative konsekvenser.

Elektroniske data ble anonymisert, og kun forskere tilknyttet studien kan koble data til den enkelte deltaker. Intervjuene blir oppbevart nedlåst på Blakstad sykehus. Det vil ikke være mulig å identifisere enkeltdeltakere i resultatene av studien. Intervjumaterialet slettes senest i 2015.

## 2.5 Variabler som benyttes i studien

For å undersøke om det er en sammenheng mellom opplevd misbruk og forsømmelse i barndommen og psykisk helse i voksen alder gjennomføres en rekke analyser med uavhengige variabler fra Traumatic Experiences Checklist (TEC) opp mot tre symptom mål. Symptom målene er generell symptomatologi (Brief Symptom Inventory, BSI), relasjonelle vansker (Inventory of Interpersonal Problems, IIP) og dissosiasjon (Dissociation Experiences Scale, DES). Med utgangspunkt i besvarelsen på TEC ble fem uavhengige variabler trukket ut. Den første variabelen kalles *antall*, og beskriver hvor mange typer traumatiske hendelser deltakeren har rapportert i barndommen og frem til 18-års alder. Variabelen går fra 0-5, der 0 betyr at deltakeren ikke har rapportert om traumatiske opplevelser, og 5 betyr at deltakeren har rapportert om alle typene traumatiske hendelser som er nevnt i skjemaet (emosjonell forsømmelse, emosjonelt misbruk, fysisk misbruk, seksuelt misbruk og bisarr straff). Variabelen *varighet* beskriver hvor mange av de 18 første leveårene deltakeren har rapportert å oppleve misbruk og/eller forsømmelse. Variabelen går fra 0-18, der nummer tilsvare antall år overgrep har pågått. 0 betyr at deltakeren kun har rapportert om enkelthendelser. De som ikke har rapportert om opplevde traumatiske hendelser fanges derfor ikke opp i denne variabelen. En tredje variabel kalles *alder* og er et mål på hvor gammel deltakeren var ved første rapporterte overgrep og/eller forsømmelse. Variabelen går fra 1-5, der 1= alder 0-3 år, 2= alder 4-6 år, 3= alder 7-12 år, 4= alder 13-18 år, og 5= alder over 18 år. Kaplow og Widom (2007) viste i sin studie at sammenhengen mellom alder og senere symptomer ble best fanget opp når alder ble omgjort til utviklingsstadier. Ulike studier har brukt ulike aldersinndelinger, men flere studier har laget et skille før og etter 6-årsalder, og noen har også

laget et skille ved tenårene (Fisher et al., 2010; Jaffe & Maikovich-Fong, 2010; Lundqvist et al., 2004) Variabelen *nærhet* beskriver hva slags relasjon deltakeren har hatt til eventuelle overgripere. Variabelen går fra 1-3, der 1 betyr at kun ikke-slektninger har påført traumatiske hendelser, 2 betyr at slektninger og eventuelt også ikke-slektninger har påført overgrep, og 3 betyr at nær familie har påført overgrep, men at slektninger og ikke-slektninger også kan ha vært overgripere. Jo høyere skåre på denne variabelen, jo nærmere relasjon har deltakeren hatt til overgriperen. Den siste variabelen er *type relasjonstraumatisering*, der formålet vil være å undersøke om noen typer overgrep er mer skadelige enn andre, eller om ulike typer gir ulike symptomer. De ulike typene relasjonstraumatisering er emosjonell forsømmelse, emosjonelt misbruk, fysisk misbruk, seksuelt misbruk og bisarr straff. I tillegg til variabler som omhandler relasjonstraumatisering benyttes variabelen *gruppe* som beskriver om deltakeren tilhører kontrollgruppen eller pasientgruppen.

## 2.6 Statistiske analyser

Alle analyser er gjort ved hjelp av PASW Statistics 18. I pasientgruppen er rapportert symptomnivå på BSI og IIP normalfordelt, mens rapportert dissosiasjon ikke er normalfordelt. I kontrollgruppen er hverken BSI, IIP eller DES totalskåre normalfordelt, og det vil derfor brukes ikke-parametriske tester (Mann-Whitney U Test) når gruppeforskjeller skal undersøkes. For å undersøke sammenhengen mellom de uavhengige variablene (*antall*, *varighet*, *alder*, *nærhet*, *gruppetilhørighet* og *type relasjonstraumatisering*), symptomnivå (BSI, IIP og DES), samt sammenhengen mellom de ulike uavhengige variablene, vil Pearsons korrelasjonsanalyser benyttes. Univariate ANOVA tester vil brukes for å kartlegge eventuelle interaksjonseffekter. Ved å inkludere de uavhengige variablene i lineære multiple regresjonsanalyser vil det undersøkes hvordan hver enkelt variabel predikerer symptomnivå når de andre variabler blir kontrollert for. Et eksempel er å undersøke hvordan *varighet* av opplevde overgrep predikerer mental helse når vi kontrollerer for *antall* opplevde overgrep, *alder* ved første overgrep, *relasjon til overgriper*, *type relasjonstraumatisering*, samt *gruppetilhørighet*. Lineære multiple regresjonsanalyser gjennomføres for deltakerne samlet, og for hver gruppe separat. Antall deltakere som inngår i de ulike analysene vil avhenge av hvor mange som har svart på de spesifikke skjemaene, og hvor mange som har skårer på de ulike variablene. For å undersøke hvordan alder ved første opplevde traumatiske hendelse



predikerer symptomnivå vil kun de som har rapportert om traumatiske hendelser, og oppgitt alder i intervjuet, kunne inkluderes. For å undersøke om det inngår utliggere i datamaterialet blir hver deltakers studentized deleted residuals kartlagt. De som rapporterer studentized deleted residuals over  $\pm 4$  blir ekskludert fra alle analysene.

### 2.6.1 Utliggere

Ved å undersøke hver deltakers studentized deleted residuals ved lineær regresjonsanalyse kunne enkeltpersoner som rapporterte ekstremskårer fanges opp. Det var totalt 4 deltakere som hadde studentized deleted residuals over  $\pm 4$ , og disse ble ekskludert fra Mann-Whitney U tester, korrelasjonsanalyser, univariate ANOVA og multiple regresjonsanalyser. Tre av utliggerne tilhørte pasientgruppen, mens en tilhørte kontrollgruppen. Tre av utliggerne viste meget høye skårer på symptommålene, mens den siste utliggeren rapporterte meget lavt symptomnivå, og et høyt antall opplevde traumatiske hendelser.

### 2.6.2 Multikollinearitet

Multikollinearitet oppstår når to uavhengige variabler korrelerer høyt. Dette kan være et problem fordi regresjonsanalyser ikke får inkludere høyt korrelerende uavhengige variabler i samme analyse, og videre ekskluderer en variabel. 84 % av pasientene og 34 % av kontrollgruppen sier de har opplevd to eller flere typer overgrep, og de ulike typene korrelerer med hverandre. Hvilke *typer* overgrep deltakerne har rapportert korrelerer høyt med den uavhengige variabelen *antall*, og lavere med de avhengige variablene BSI totalskåre, IIP totalskåre og DES totalskåre. Inkluderes *type* overgrep i regresjonsanalysene sammen med *antall* opplevde traumatiske hendelser, vil variabelen *antall* få lav toleranse verdi, og bli ekskludert fra analysene. Pga fare for multikollinearitet vil *type* overgrep som uavhengig variabel ikke bli inkludert i regresjonsanalysene, mens variabelen *antall* vil bli prioritert. Forekomst av opplevde *typer* overgrep vil likevel kunne undersøkes, og eventuelle gruppeforskjeller vil også bli kartlagt.

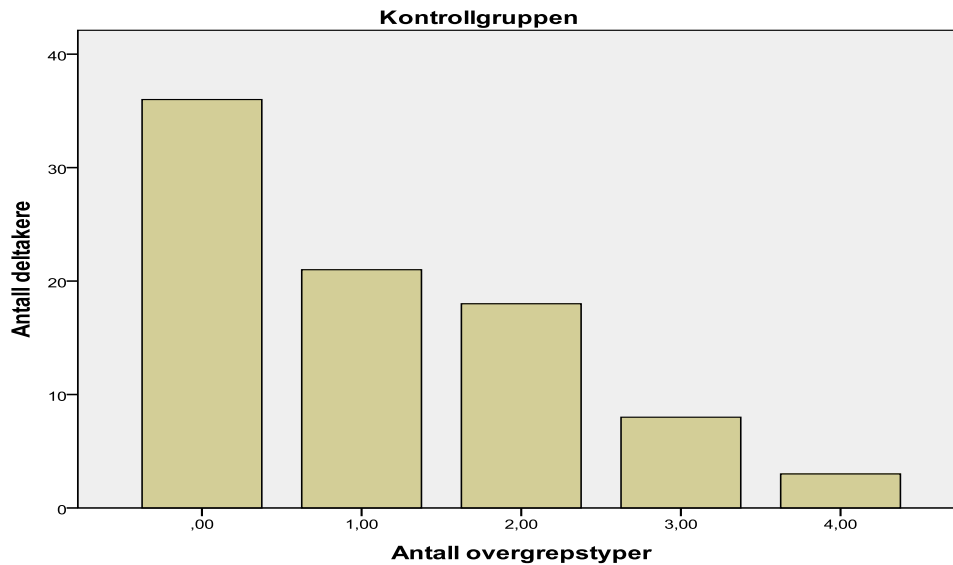
## 3 Resultater

### 3.1 Rapportert symptomnivå

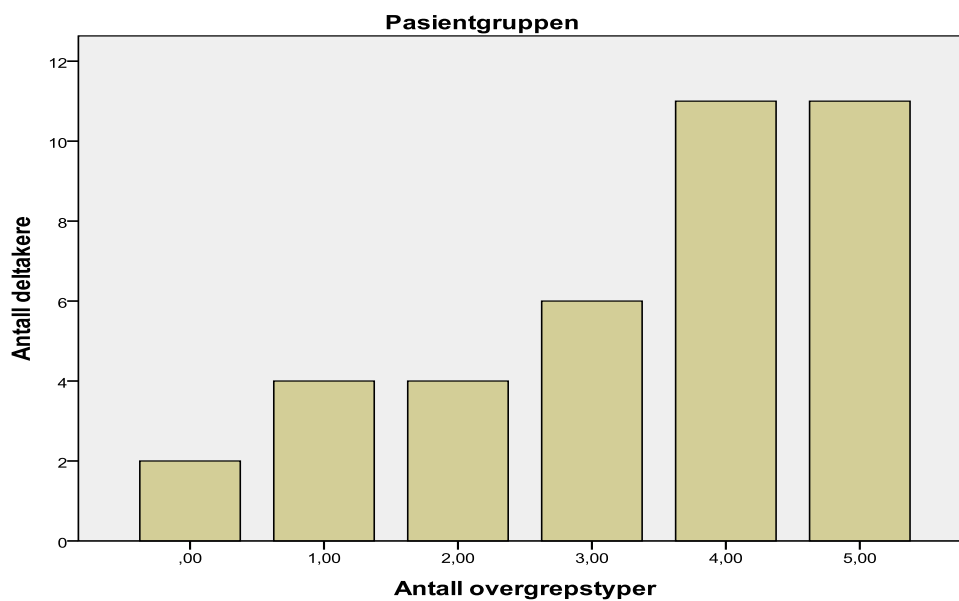
Kontrollgruppen hadde en gjennomsnittlig BSI totalskåre på 71, med variasjonsbredde fra 53 til 140. Pasientgruppen hadde en gjennomsnittlig BSI totalskåre på 130, med variasjonsbredde fra 59 til 232. Kontrollgruppen skåret gjennomsnittlig 17 og 128 på IIP og DES totalskåre, med variasjonsbredde fra 1-50 og 0-530. Pasientgruppen skåret gjennomsnittlig 41 og 420 på IIP og DES totalskåre, med variasjonsbredde på 8-81 og 0-1130.

### 3.2 Forekomst av relasjonstraumatisering

Av totalt 124 deltakere har 69 % rapportert opplevde traumatiske hendelser i alderen 0 til 18 år. Undersøkes gruppene hver for seg synliggjøres en forskjell relatert til forekomst av opplevd relasjonstraumatisering. I kontrollgruppen rapporterte 58 % å ha opplevd en eller flere typer overgrep, mens hele 95 % av pasientgruppen bekreftet det samme. Ved å undersøke hvor mange som har opplevd ulikt *antall* overgrepstyper, blir gruppeforskjellen tydeligere. Se Figur 1 og 2. Kontrollgruppen har gjennomsnittlig rapportert 1 type overgrep (min=0, max=4), mens pasientgruppen har rapportert 3,4 ulike typer (min=0, max=5). Mann-Whitney U Test viste at pasientgruppen har opplevd signifikant flere overgrep enn kontrollgruppen (N=124, Z=-6.66, p<.001).



Figur 1. Oversikt over hvor mange typer overgrep deltakerne fra kontrollgruppen (N=86) har rapportert. 36 deltakere fortalte at de aldri har opplevd noen traumatiske hendelser. 21 deltakere har opplevd en type overgrep, 18 deltakere har rapportert om to typer, mens 8 har rapportert tre typer. Det er kun 3 deltakere som har rapportert fire typer overgrep.



Figur 2. Oversikt over hvor mange typer overgrep deltakerne fra pasientgruppen (N=38) har rapportert. Kun 2 deltakere har aldri opplevd traumatiske hendelser. 4 deltakere rapporterte å ha opplevd en type overgrep, 4 sier de har opplevd to typer. 6 deltakere rapporterte å ha opplevd tre typer overgrep, 11 har opplevd fire typer, og 11 deltakere rapporterte å ha opplevd alle fem typene.

Forekomsten av ulike *typer* overgrep var forskjellig i de to gruppene. I kontrollgruppen har 36 % rapportert om emosjonell forsømmelse, 40 % emosjonelt misbruk, 17 % fysisk misbruk, og 11 % rapporterte om seksuelt misbruk. Kun 5 % rapporterte å ha opplevd bisarr straff. I pasientgruppen har 90 % rapportert om emosjonell forsømmelse, 84 % emosjonelt misbruk, 63 % fysisk misbruk, og 68 % rapporterte om seksuelt misbruk. 35 % av pasientene sier de har opplevd bisarr straff. Alle deltakerne som har rapportert om opplevd bisarr straff har rapportert om andre typer overgrep i tillegg. Mann-Whitney U test viste at forekomsten av alle fem typer overgrep var signifikant forskjellig i de to gruppene ( $p < .001$ ). Under intervjuene ble traumatiske opplevelser som inntraff også etter fylte 18 år registrert. 15 % av deltakerne samlet har rapportert om opplevd relasjonstraumatisering i voksen alder. I kontrollgruppen har 3 % rapportert opplevd emosjonell forsømmelse i voksen alder, 5 % emosjonelt misbruk, 5 % fysisk misbruk, 3 % seksuelt misbruk og ingen bisarr straff. I pasientgruppen har 3 % rapportert emosjonell forsømmelse i voksen alder, 5 % emosjonelt misbruk, 13 % fysisk misbruk, 13 % seksuelt misbruk, og 3 % bisarr straff. Blant de som fortalte om seksuelle overgrep i voksen alder var det vanligst med enkelthendelser.

### **3.3 Er det en sammenheng mellom rapportert relasjonstraumatisering og nåværende symptomnivå?**

Mann-Whitney U Tester ble gjennomført for å sammenligne symptomnivået til deltakere som har rapportert om traumatiske hendelser opp mot deltakere som ikke gjorde dette. Analysene for alle deltakerne samlet viste en signifikant forskjell i symptomnivå. De som har opplevd traumatiske hendelser skåret signifikant høyere på BSI totalskåre (snitt=99, min=53, max=232) enn de som ikke har opplevd dette (snitt=67, min=53, max=109) ( $N=123$ ,  $Z=-4.84$ ,  $p < .001$ ). De som har rapportert traumatiske hendelser sier videre at de har mer relasjonelle vansker, og skåret høyere på IIP totalskåre (snitt=29, min =2, max=81) enn de som aldri har opplevd misbruk eller forsømmelse (snitt=14, min=3, max =43) ( $N=123$ ,  $Z=-4.36$ ,  $p < .001$ ). Også når det gjaldt DES totalskåre var det en signifikant forskjell mellom de som har opplevd traumatiske hendelser (snitt=269, min=0, max=1130), og de som ikke har blitt utsatt for misbruk og/eller forsømmelse (snitt=98, min=0, max=260) ( $N=112$ ,  $Z=-3.94$ ,  $p < .001$ ).

Da kontrollgruppen ble undersøkt separat viste analysene at de som har opplevd traumatiske hendelser skåret signifikant høyere på BSI totalskåre (snitt=75, min=53, max=140) enn de som ikke har rapportert om opplevde overgrep (snitt=66, min=53, max=108) (N=86, Z=-2.75, p=.006). De som har opplevd traumatiske hendelser skåret også høyere på IIP totalskåre (snitt= 20, min=2, max= 50) enn de som ikke har opplevd misbruk og/eller forsømmelse (snitt= 14, min=3, max=43) (N=86, Z=-2.36, p=.018). Det var ingen signifikant forskjell, men en tendens, på DES totalskåre (N=80, Z=-1.76, p=.077). I pasientgruppen var det kun to deltakere som ikke rapporterte om opplevd relasjonstraumatisering, og det ble derfor ikke meningsfylt å undersøke forskjeller mellom de som har opplevd og de som ikke har opplevd traumatiske hendelser. Mann-Whitney U Tester ble derfor ikke gjennomført i pasientgruppen.

Ved hjelp av Mann-Whitney U Test ble deltakere som har opplevd alle *typer overgrep* med unntak av bisarr straff sammenlignet med de som har opplevd alle fem *typer*, inkludert bisarr straff. De som har rapportert om bisarr straff i tillegg til de andre overgrepsformene skåret signifikant høyere på IIP totalskåre (snitt=52, min=36, max=64) enn de som ikke har opplevd bisarr straff (snitt=38, min=9, max=69) (N=22, Z=-1.97, p=.049). Ved å undersøke underskalaene til IIP kan forskjellene tydeliggjøres. De som har opplevd bisarr straff skåret signifikant høyere på skalaen overomsorgsfull og utnyttbar, og signifikant lavere på selvheldelse og fiendtlighet enn de som ikke har opplevd bisarr straff. Det var ingen signifikant forskjell når det gjaldt BSI totalskåre (N=22, Z=-1.41, p=.158), men en tendens for DES totalskåre (N=18, Z=-1.95, p=.051).

### **3.4 Er det en sammenheng mellom de uavhengige variablene og nåværende symptomnivå?**

Sammenhengen mellom hver uavhengig variabel og symptommålene ble undersøkt ved hjelp av Pearsons korrelasjonsanalyser. Alle de uavhengige variablene korrelerte signifikant med BSI totalskåre, IIP totalskåre og DES totalskåre når deltakerne ble undersøkt samlet.

Variablene *gruppe*, *antall*, *varighet* og *nærhet* korrelerte positivt med symptomnivå, mens *alder* og symptomnivå korrelerte negativt. I kontrollgruppen var det en signifikant korrelasjon mellom variabelen *antall* og BSI, IIP og DES. *Varighet* korrelerte signifikant med BSI og IIP,

mens *alder* korrelerte signifikant med BSI og IIP. Variabelen *nærhet* korrelerte ikke signifikant med noen av symptom målene i kontrollgruppen. Se Tabell 1.

Tabell 1. Pearsons korrelasjon mellom uavhengige variabler og symptom mål i kontrollgruppen.

Uavhengige variabler	BSI	IIP	DES
Antall	.417**	.335**	.325**
Varighet	.352*	.298*	.211
Alder	-.323*	-.314*	-.166
Nærhet	.115	-.009	-.058

\*\* .p= <.01 \* .p= <.05

I pasientgruppen korrelerte variablene *antall*, *varighet* og *alder* signifikant med både BSI, IIP og DES. *Nærhet* korrelerte signifikant med IIP. Se tabell 2.

Tabell 2. Pearsons korrelasjon mellom uavhengige variabler og symptom mål i pasientgruppen.

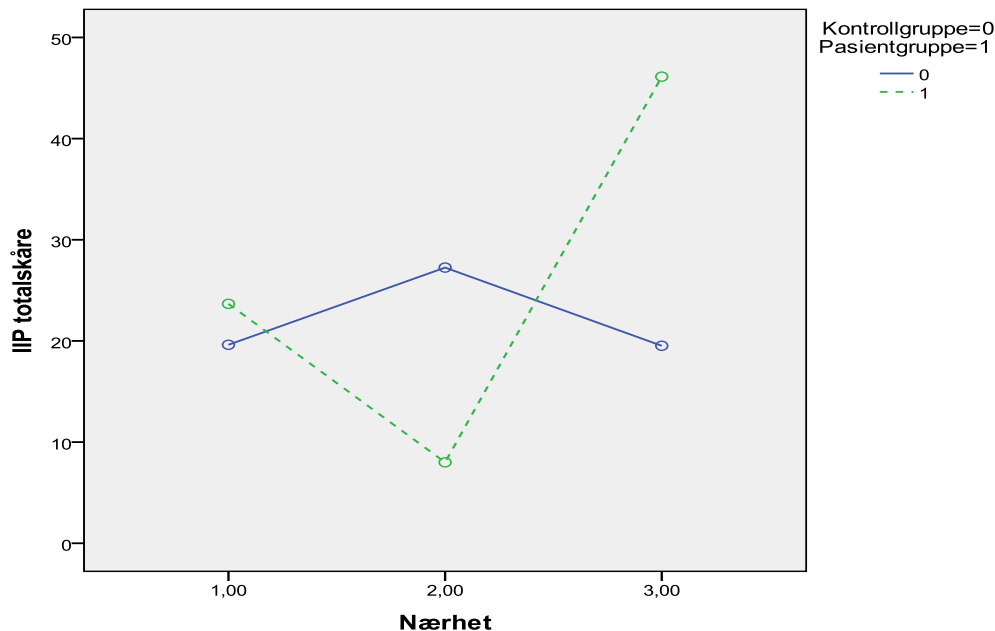
Uavhengige variabler	BSI	IIP	DES
Antall	.509**	.571**	.651**
Varighet	.725**	.535**	.556**
Alder	-.618**	-.453*	-.539**
Nærhet	.167	.393*	.268

\*\* .p= <.01 \* .p= <.05

### 3.5 Intraksjonseffekter mellom gruppene

Univariate ANOVA viste to signifikante interaksjonseffekter; relasjon til overgriper\*gruppe og alder\*gruppe. Interaksjonseffekten relasjon til overgriper\*gruppe [F(2, 80)=6,259, p = .003] viste hvordan sammenhengen mellom barnets relasjon til overgriper (*nærhet*) og relasjonelle vansker målt ved IIP avhenger av hvilken *gruppe* deltakeren tilhører. I pasientgruppen (N=36) ble det rapportert mer relasjonelle vansker når nær familie har påført eventuelle

traumatiske opplevelser enn hvis kun ikke-slektninger har påført overgrep. I kontrollgruppen (N=50) ble det rapportert like mye relasjonelle vansker uavhengig av om overgriper var nær familie eller kun en ikke-slektning. Interaksjonseffekten er presentert i figur 3.



Figur 3. Forholdet mellom IIP totalskåre og relasjon til overgriper (*nærhet*) i pasientgruppen og kontrollgruppen. Kontrollgruppen skåret omtrent likt på IIP totalskåre uavhengig av hvem som hadde påført traumatiske hendelser. I pasientgruppen ble det rapportert høyere skåre på IIP når nær familie hadde påført traumatiske hendelser enn når kun ikke-slektninger eller slektninger hadde påført traumatiske hendelser.

For å undersøke om pasientene og de friske deltakerne har blitt påført overgrep fra ulike typer overgripere ble det undersøkt hvor mange deltakere som tilhørte de ulike kategoriene på nærhet. Mann-Whitney U Test viste at gruppene skåret signifikant forskjellig på variabelen nærhet (N=86, Z=-3.74, p<.001). I kontrollgruppen har 21 deltakere (24 %) opplevd traumatiske hendelser påført av kun ikke-slektninger, sammenlignet med kun 3 deltakere (8 %) i pasientgruppen. 4 av deltakerne (5 %) i kontrollgruppen har kun opplevd overgrep påført av ikke-slektninger, sammenlignet med kun 1 pasient (2,6 %). 25 fra kontrollgruppen (29 %) har opplevd relasjonstraumatisering påført av nær familie, sammenlignet med 32 fra pasientgruppen (84 %). I tabell 3 er det en oversikt over hvor mange deltakere som har opplevd ulike typer relasjonstraumatisering påført av nær familie, slektninger og ikke-slektninger.

Tabell 3. Oversikt over hvor mange deltakere i antall og % som har opplevd ulike typer relasjonstraumatisering påført av nær familie, slektninger og ikke-slektninger.

	Nær familie		slektninger		Ikke-slektninger	
	Kontrollgr	Pasientgr	Kontrollgr	Pasientgr	Kontrollgr	Pasientgr
Emosjonell forsømmelse	19 (22 %)	29 (76 %)	8 (9 %)	17 (44 %)	15 (17 %)	19 (50 %)
Emosjonelt misbruk	15 (17 %)	27 (71 %)	2 (2,3 %)	8 (21 %)	23 (26 %)	19 (50 %)
Fysisk misbruk	6 (7 %)	17 (45 %)	0 (0 %)	4 (10 %)	10 (11 %)	15 (39 %)
Seksuelt misbruk	0 (0 %)	13 (34 %)	0 (0 %)	9 (23 %)	9 (10 %)	19 (50 %)

Tabell 3 viser at deltakerne fra kontrollgruppen aldri har opplevd seksuelle overgrep påført av nær familie, og svært sjeldent har opplevd fysisk misbruk. Ved å ekskludere enkelte undergrupper av deltakerne ble det undersøkt om type overgrep var avgjørende for gruppeforskjellen i IIP totalskåre. Da pasienter som rapporterte om seksuelle overgrep fra nær familie ble ekskludert fra analysen ble interaksjonseffekten fortsatt signifikant [ $F(2, 67)=5,739, p=.005$ ]. Også når deltakere som har blitt utsatt for fysisk overgrep fra nær familie ble ekskludert fra analysene ble interaksjonseffekten stående [ $F(2, 57)=5,679, p=.006$ ].

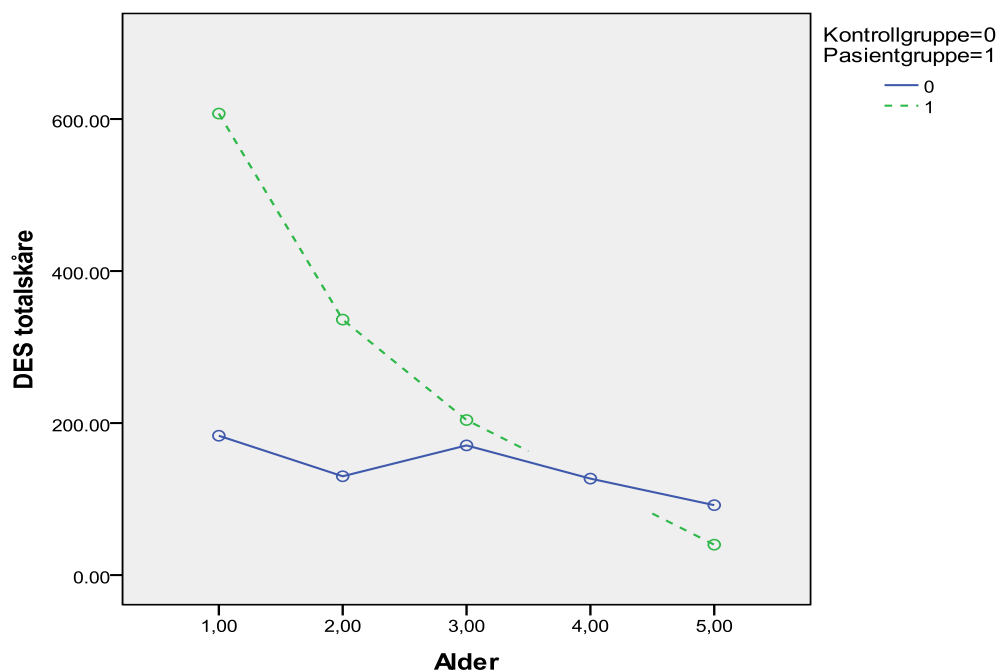
Majoriteten av pasientene har opplevd relasjonstraumatisering påført av nær familie, og rapporterte gjennomsnittlig 2,3 typer overgrep påført av foreldre eller søsken.

Kontrollgruppen har til sammenligning rapportert gjennomsnittlig 0,5 typer. Det var en signifikant korrelasjon mellom varighet av overgrep og symptomnivå både i pasientgruppen og kontrollgruppen, og det ble derfor undersøkt hvor lenge overgrepen hadde pågått. Blant de pasientene som rapporterte om overgrep påført av nær familie var det en gjennomsnittlig varighet på 12, 8 år når det gjelder emosjonell forsømmelse, 9,5 år ved emosjonelt misbruk, 8 år ved fysisk misbruk og 7 år ved seksuelt misbruk. I kontrollgruppen var gjennomsnittlig varighet blant de som rapporterte om overgrep av nær familie på 5,5 år tilknyttet emosjonell forsømmelse, 7 år ved emosjonelt misbruk, og 1,5 år ved fysisk misbruk. Ingen fra



kontrollgruppen har opplevd seksuelle overgrep påført av nær familie. Alle deltakere som rapporterte å ha opplevd misbruk og/eller forsømmelse gjennom hele oppveksten fortalte at foreldrene hadde vært med på en eller flere overgrep. Pasientene var videre signifikant yngre enn kontrollgruppen da de opplevde neglekt ( $N=44$ ,  $Z=-2.67$ ,  $p=.007$ ) og emosjonelt misbruk ( $N=37$ ,  $Z=-3.10$ ,  $p=.002$ ) av foreldrene første gang.

Interaksjonseffekten  $\text{alder} * \text{gruppe}$  [ $F(3, 72)=3.335$ ,  $p=.024$ ] viste hvordan sammenhengen mellom *alder* ved første rapporterte hendelse og dissosiasjon målt ved DES avhenger av hvilken *gruppe* deltakerne tilhører. I pasientgruppen ( $N=31$ ) var det en negativ korrelasjon mellom *alder* ved første opplevde traumatiske hendelse og dissosiasjon, der yngre alder predikerte mer dissosiasjon. I kontrollgruppen ( $N=50$ ) var det ingen sammenheng mellom *alder* ved første traumatiske opplevelse og rapportert dissosiasjon. Interaksjonseffekten er presentert i figur 4.



Figur 4. Forholdet mellom DES totalskåre og *alder* ved første opplevde traumatiske hendelse i pasientgruppen og kontrollgruppen. Variabelen *alder* går fra 1-5, der 1= alder 0-3 år, 2= alder 4-6 år, 3= alder 7-12 år, 4= alder 13-18 år, og 5= alder over 18 år. Kontrollgruppen skåret nokså likt på DES totalskåre uavhengig av hvor gamle de var ved første opplevde traumatiske hendelse. I pasientgruppen var det en negativ korrelasjon mellom *alder* ved første opplevde traumatiske hendelse og rapportert skåre på DES.

For å oppdage eventuelle gruppeforskjeller når det gjelder alder ved første opplevde relasjonstraumatisering ble det undersøkt hvor mange deltakere som tilhørte de ulike alderskategoriene. Mann-Whitney U Test viste at gruppene skåret signifikant forskjellig på variabelen alder (N=87, Z=-5.05, p<.001). I kontrollgruppen har 6 deltakere (7 %) opplevd første overgrep i alderen 0-3 år, 11 (13 %) i alderen 4-6 år, 16 (19 %) i alderen 7-12 år, 15 (17 %) i alderen 12-18 år, og 5 (6 %) har opplevd første overgrep etter fylte 18 år. I pasientgruppen har 19 deltakere (50 %) opplevd første overgrep i alderen 0-3 år, 9 (24 %) i alderen 4-6 år, 3 (8%) i alderen 7-12 år, ingen i alderen 13-18 år, og 2 (5 %) har opplevd første overgrep etter fylte 18 år. Se tabell 4 for en oversikt over hvor gamle deltakerne var første gang de opplevde ulike typer relasjonstraumatisering.

Tabell 4. En prosentvis oversikt over hvor gamle deltakere fra kontrollgruppen (K) og pasientgruppen (P) var første gang de opplevde ulike typer relasjonstraumatisering.

	0-3 år		4-6 år		7-12 år		13-18 år		over 18 år	
	K	P	K	P	K	P	K	P	K	P
Emosjonell forsømmelse	7 %	34 %	6 %	26 %	10 %	16 %	10 %	3 %	2 %	3 %
Emosjonelt misbruk	0 %	26 %	5 %	21 %	21 %	26 %	10 %	3 %	3 %	3 %
Fysisk misbruk	0 %	18 %	2 %	11 %	6 %	11 %	7 %	5 %	5 %	11 %
Seksuelt misbruk	0 %	18 %	1 %	13 %	2 %	16 %	7 %	8 %	3 %	11 %
Bisarr straff	0 %	8 %	1 %	5 %	3 %	5 %	0 %	0 %	0 %	3 %

91 % av pasientene som har opplevd seksuelle overgrep i alderen 0-6 år har blitt utsatt for varige overgrep. Det samme gjelder 90 % av pasientene som har rapportert om fysisk overgrep i førskolealder. I kontrollgruppen har ingen personer blitt utsatt for varige seksuelle eller fysiske overgrep i førskolealder, men kun opplevd enkelthendelser. I kontrollgruppen har 36 % av de som har rapportert om traumatiske hendelser fra alder 0-18 år opplevd enkelthendelser, sammenlignet med 13 % i pasientgruppen. Kontrollgruppen har

gjennomsnittlig opplevd traumatiske hendelser over 4,2 år, med et standardavvik på 5,4 og variasjonsbredde fra 0-18. Pasientene har gjennomsnittlig opplevd traumatiske hendelser i 11,6 år, med et standardavvik på 7,1 og variasjonsbredde fra 0-18.

### 3.6 Regresjonsanalyser – kan de uavhengige variablene predikere nåværende symptomnivå?

For å undersøke den prediktive verdien av hver av de uavhengige variablene opp mot symptommålene ble det gjort lineære multiple regresjonsanalyser for hvert symptomskjema. Regresjonsanalysene ble gjort for alle deltakerne samlet, og for hver gruppe separat. I regresjonsanalysen for BSI totalskåre var det fem uavhengige variabler med i analysen. De fem variablene kunne samlet forklare 70 % av variansen i BSI totalskåre ( $R^2=0.695$ ,  $p<.001$ ). Variablene *gruppe*, *antall* og *varighet* ble signifikante unike prediktorer opp mot BSI totalskåre. Se tabell 5.

Tabell 5. Regresjonsanalyse med uavhengige variabler mot BSI totalskåre for alle deltakerne samlet (N=81).

	Standardisert Beta	T	Sig. (p)
Gruppe	.370	4.304	.000**
Antall	.235	2.626	.010*
Varighet	.448	4.636	.000**
Alder	.020	0.199	.842
Nærhet	-.083	-1.109	.271

\*\* .  $p= <.01$  \* .  $p= <.05$

Multiple regresjonsanalyser ble gjort for hver gruppe separat, og det var forskjellige uavhengige variabler som hadde signifikant unik prediktiv verdi i de to gruppene. Med unntak av variabelen *gruppe* inngikk de samme variablene som i regresjonsanalysen for deltakerne samlet. I kontrollgruppen (N=48) var det kun *antall* som ble signifikant unik prediktor ( $p=.026$ ), og variablene samlet forklarte 22 % av variasjonen i BSI totalskåre

( $R^2=0.22, p=.025$ ). I pasientgruppen ( $N=33$ ) kunne variablene samlet forklare 56 % av variasjonen ( $R^2=0.56, p<.001$ ). Kun variabelen *varighet* hadde signifikant unik prediktiv verdi ( $p=.002$ ).

I regresjonsanalysen for IIP totalskåre inngikk de samme uavhengige variablene som i analysen for BSI ovenfor. De fem variablene kunne samlet forklare 53 % av variansen i IIP totalskåre ( $R^2=0.531, p<.001$ ). Variablene *gruppe*, *antall*, og *varighet* ble signifikante unike prediktorvariabler. Se tabell 6. Da interaksjonsleddet relasjon til overgriper\*gruppe ble inkludert i analysen ble denne unik signifikant prediktor ( $p=.047$ ).

Tabell 6. Regresjonsanalyse med uavhengige variabler mot IIP totalskåre for deltakerne samlet ( $N=81$ ).

	Standardisert Beta	T	Sig. (p)
Gruppe	.257	2.406	.019*
Antall	.305	2.749	.007**
Varighet	.321	2.678	.009**
Alder	-.015	-.124	.902
Nærhet	-.050	-.542	.590

\*\* $p < .01$  \* $p < .05$

I kontrollgruppen ( $N=48$ ) var det ingen av variablene som ble signifikante unike prediktorer for IIP totalskåre, og totalbidraget fra alle variablene viste bare en trend mot signifikans ( $R^2=0.189, p=.056$ ). I pasientgruppen ( $N=33$ ) ble bidraget signifikant ( $R^2=0.426, p=.003$ ), og variabelen *varighet* ble signifikant unik prediktor ( $p=.014$ ).

Regresjonsanalysen for DES totalskåre benyttet de fem uavhengige variablene som i analysene ovenfor. Disse kunne samlet forklare 55 % av variasjonen i DES totalskåre ( $R^2=0.557, p<.001$ ). Variablene *gruppe*, *antall* og *varighet* ble signifikante unike prediktorer. Se tabell 7. Da interaksjonsleddet alder\*gruppe ble inkludert i analysen ble denne unik signifikant prediktor ( $p=.028$ ).

Tabell 7. Regresjonsanalyse med uavhengige variabler mot DES totalskåre for deltakerne samlet (N=75).

	Standardisert Beta	T	Sig. (p)
Gruppe	.215	2.057	.043*
Antall	.438	4.037	.000**
Varighet	.324	2.761	.007**
Alder	.044	.358	.721
Nærhet	-.089	-.958	.342

\*\* . p= <.01 \* . p= <.05

Regresjonsanalysen viste at ingen variabler ble signifikante unike prediktorer opp mot DES totalskåre i kontrollgruppen (N=45). Variablene samlet bidro heller ikke signifikant ( $R^2=0.125$ ,  $p=.241$ ). I pasientgruppen (N=30) ble regresjonsanalysen signifikant, og variablene kunne samlet forklare 50 % av variasjonen ( $R^2=0.50$ ,  $p=.001$ ). Variabelen *antall* ble signifikant unik prediktor for DES totalskåre ( $p=.013$ ).

### 3.7 Er det en sammenheng mellom de uavhengige variablene?

Regresjonsanalysene viste at flere av de uavhengige variablene som i utgangspunktet korrelerte med symptomnivå ikke ble signifikante prediktorvariabler opp mot symptomnivå. En mulig forklaring på hvorfor flere av variablene ble slått ut i regresjonsanalysen kan være at de uavhengige variablene korrelerte med hverandre. Sammenhengen mellom de uavhengige variablene ble undersøkt ved hjelp av Pearsons korrelasjonsanalyser i hver av gruppene. Se tabell 8 og 9.

Tabell 8. Pearsons korrelasjon mellom de uavhengige variablene i kontrollgruppen.

Uavhengige variabler	1	2	3	4
1. Antall	-	.287*	-.473**	.341*
2. Varighet		-	-.539**	.273
3. Alder			-	-.262
4. Nærhet				-

\*\* $. p = <.01$  \* $. p = <.05$

Tabell 9. Pearsons korrelasjon mellom de uavhengige variablene i pasientgruppen.

Uavhengige variabler	1	2	3	4
1. Antall	-	.378*	-.604**	.373*
2. Varighet		-	-.805**	.364*
3. Alder			-	-.483**
4. Nærhet				-

\*\* $. p = <.01$  \* $. p = <.05$

### 3.8 Normal eller patologisk dissosiasjon?

For å undersøke om deltakerne rapporterte normal eller patologisk dissosiasjon ble det regnet ut gjennomsnittsskåre på DES og DES-T. Kontrollgruppen skåret gjennomsnittlig 4,6 på spørsmålene i DES, mens pasientene hadde en gjennomsnittsskåre på 15. Mann-Whitney U Test viste at gruppene skåret signifikant forskjellig på DES (N=118, Z=-5.10,  $p < .001$ ). 6 deltakere hadde en gjennomsnittlig dissosiasjonsskåre over cut-off på 25, alle fra pasientgruppen. Av de 6 pasientene som hadde skåret over klinisk grense på dissosiasjon var det kun en som hadde fått diagnostisert dissosiasjonproblematikk. De pasientene som skåret høyest på DES rapporterte alle om sin første traumatiske hendelse før 6-års alderen. Det var flere pasienter som rapporterte om mange opplevde traumatiske hendelser og som likevel skåret lavt på DES. DES kartlegger psykologisk dissosiasjon, og inkluderer ikke somatoform

dissosiasjon. Brief Symptom Inventory (BSI) har en underkategori som heter somatisering, hvor kroppslige plager kartlegges. Selv om somatisering ikke er det samme som somatoform dissosiasjon, ble det undersøkt hvordan pasienter som skåret lavt på DES svarte på somatiseringsspørsmålene. Det ble funnet en signifikant positiv korrelasjon ( $r = .392$ ) mellom DES og somatisering i pasientgruppen. Kontrollgruppen skåret gjennomsnittlig 1,8 på DES-T spørsmålene, sammenlignet med 11,8 i pasientgruppen. Mann-Whitney U Test viste at gruppene skåret signifikant forskjellig på DES-T ( $N=119$ ,  $Z=-5.94$ ,  $p<.001$ ). De aller høyeste skårene på DES-T ble rapportert av pasienter som hadde en gjennomsnittsskåre på over 25 på DES.

## 4 Diskusjon

Funn fra studien viste en sammenheng mellom rapportert relasjonstraumatisering i barne- og ungdomsårene og psykiske lidelser i voksen alder. Det var tydelige forskjeller mellom pasientgruppen og de friske deltakerne. Pasientene rapporterte om mer relasjonstraumatisering i oppveksten, og et høyere symptomnivå enn kontrollgruppen. Flere faktorer ved traumatiske hendelser kunne predikere senere fungering, blant annet varighet av overgrepene og antall opplevde overgrepstyper.

### 4.1 Høy forekomst av relasjonstraumatisering i begge gruppene

Pasientene har rapportert å oppleve alle typer traumatiske hendelser oftere enn kontrollgruppen. Også andre studier har tilsvarende funn (Svedin et al., 2004; Weber et al., 2008). I forhold til andre studier har kontrollgruppen nokså høy forekomst av de ulike typene relasjonstraumatisering. Det er få studier som har undersøkt omfanget av opplevd bisarr straff, og det er derfor vanskelig å vite om forekomsten i dette utvalget er spesielt høy eller lav. I pasientgruppen er forekomsten av opplevde traumatiske hendelser høyere enn i flere andre studier (Chu & Dill, 1990; Foote et al., 2006). Spesielt opplevd emosjonell forsømmelse er meget utbredt (90 %). Høy forekomst av rapporterte traumatiske hendelser kan bety at mange opplever å bli utsatt for vonde og eventuelt skadelige opplevelser gjennom barndommen.

15 % av deltakerne har rapportert om traumatiske opplevelser også etter fylte 18 år. Forekomsten av opplevd relasjonstraumatisering er derfor avhengig av hvilke alder som settes som cut-off. Det at flere har rapportert om enkelthendelser knyttet til seksuelle overgrep kan tyde på at overfallsvoldtekter, voldtekter i sammenheng med dater, eller overgrep påført av venner/bekjente forekommer i voksen alder, mens langvarig seksuelt misbruk er vanligere i barndommen. Informasjon om at flere av deltakerne har opplevd misbruk og forsømmelse også i voksen alder kan tyde på reviktimisering. Da flere har opplevd overgrep både i barndommen og i voksen alder er det vanskelig å si noe om hvilke overgrep som assosieres med psykiske lidelser. Den sosiogenetiske utviklingsmodellen hevder at overgrep som inntreffer sent i barndommen kan oppleves som mer vanskelig fordi vi er mer bevisst hva som foregår, har økt autonomi, og kognitive evner til å vurdere handlingene vi utsettes for (Thornberry et al., 2010). Det er derfor en mulighet for at overgrep sent i barndommen, eller i



voksen alder, er skadelige, og at ikke bare de i tidlige barneår preger oss. Funn fra flere studier viser likevel at tidlig relasjonstraumatisering henger sammen med dysregulering av kortisol, tilknytningsproblemer og dårlig selvregulering (Benum, 2006; Carpenter et al., 2009). Dette kan igjen gjøre oss mer sårbare, og gjøre at vi takler senere overgrep dårligere enn om vi aldri tidligere har opplevd relasjonstraumatisering (Benum, 2006; Charmandari et al., 2004). Ved å tilby behandling og oppfølging til de som har opplevd overgrep i barndommen kan man forsøke å forebygge nye overgrep, og hjelpe mennesker til å komme ut av skadelige forhold og relasjoner.

## **4.2 En sammenheng mellom rapportert relasjonstraumatisering og mental helse**

Resultatene viste at deltakere som har rapportert om opplevde traumatiske hendelser skåret signifikant høyere på alle symptomsmål sammenlignet med de som ikke har rapportert om traumatiske hendelser. Funnene støtter vår hypotese om at det er en positiv signifikant sammenheng mellom traumatiske hendelser og senere psykisk helse, samt at det er forskjeller mellom pasientpopulasjonen og de friske deltakerne relatert til forekomst og symptomnivå. Sammenhengen kan skyldes flere forhold, for eksempel kan relasjonstraumatisering prege tilknytningen mellom barnet og overgriperen (Bowlby, 1988). Misbruk og forsømmelse kan gjøre det vanskelig for barn å stole på andre mennesker. Dette kan prege evnen til å danne gode relasjoner og vennskap. Studier har videre funnet dysregulering av kortisol hos mennesker som har blitt utsatt for overgrep (Carpenter et al., 2009). Andre studier finner en sammenheng mellom relasjonstraumatisering og nevrobiologiske endringer, og det kan tenkes at fysiologiske og nevrobiologiske endringer gjør oss mer sårbare ved nye påkjenninger (Charmandari et al., 2004; Vythilingam et al., 2002). Relasjonstraumatisering kan også assosieres med personlighetsforstyrrelser. Det kan derfor tenkes at misbruk og forsømmelse preger personlighetsstrukturen og bruk av mestringsstrategier (Spataro, Mullen, Burgess, Wells, & Moss, 2004; Weber et al., 2008). Funnet er i tråd med tidligere studier som har vist en sammenheng mellom relasjonstraumatisering i oppveksten og mental helse i voksen alder (Svedin et al., 2004; Weber et al., 2008). Som følge av funn som viser en sterk positiv sammenheng mellom overgrep i barndommen og psykiske lidelser i voksen alder bør det innføres bedre rutiner for både kartlegging og behandling av traumatiske opplevelser.

Samtidig kan dette funnet tolkes ut i fra et genetisk perspektiv. Plomin, McClearn, Pedersen, Nesselroade, og Bergeman (1988) oppdaget at eneggede tvillinger som vokste opp i ulike hjem beskrev sine barndomshjem og barndomsopplevelser nokså likt. Dette kan tyde på at genetiske faktorer henger sammen med hvordan vi opplever og senere rapporterer hendelser fra barndommen. Da studier viser at flere personlighetstrekk har en viss arvelighet, for eksempel nevrotisisme, kan det antas at vår personlighet henger sammen med hvordan vi oppfatter verden (Birley et al., 2006). En annen mulighet er at mennesker som skårer høyt på nevrotisisme får tilnærmet like reaksjoner fra sitt miljø, og at personlighetstrekk dermed preger hvordan andre responderer og behandler oss. Tvillingstudier brukes ofte for å gi støtte til hypotesen om at genetiske faktorer påvirker utviklingen av både personlighetstrekk og psykiske lidelser. En kritikk av tvillingstudiene er at de bygger på en antagelse om at miljøet til eneggede og toeggede tvillinger er likt (Joseph, 2002). Det er lite sannsynlig at tvillingpar opplever helt like miljøer, og hvis de har relativt like levevilkår så burde studiene tatt høyde for at også miljøfaktorer kan ha påvirket deltakernes personlighet eller psykiske lidelser. Epigenetikk refererer til prosesser i kromatinet i cellekjernen som slår gener av og på. De epigenetiske prosessene synes å være sensitive for miljøerfaringer, og traumatiske hendelser i barndommen kan dermed knyttes til hvilke gener som kommer til uttrykk (Fosse, 2009). Det kan synes som om både genetisk materiale og våre erfaringer henger sammen med mental helse. Interaksjonen mellom disse bør derfor forskes videre på. Uten kunnskap om deltakernes psykiske fungering før eventuelle overgrep inntraff, kan vi ikke trekke slutninger om årsaksforhold. I prospektive studier følges mennesker som man vet har blitt utsatt for misbruk. Flere av disse studier finner en sammenheng mellom misbruk og forsømmelse i barndommen og senere psykiske lidelser (Schreier et al., 2009; Spataro et al., 2004).

Deltakerne som rapporterte om alle fem typene overgrep har beskrevet seg som mer utnyttbare, mindre fiendtlige, mer overomsorgsfulle og mindre selvhevdende enn de som ikke har opplevd bisarr straff. Disse reaksjonene kan antas å gjøre oss mer sårbare for nye overgrep, og opplevd reviktisering. Alle deltakerne som har rapportert om bisarr straff har også opplevd andre typer traumatiske hendelser. Funnet tyder på at bisarr straff bør kartlegges i flere studier, og at denne typen traumatisk opplevelse kan assosieres med hvordan vi fungerer i relasjon til andre. Vi må videre stille spørsmål om pasientenes beskrivelser av seg selv som utnyttbare, lite fiendtlige, overomsorgsfulle og lite selvhevdende kan øke risikoen for at de ble utsatt for overgrep i utgangpunktet. Overgripere vil trolig velge barn som er lett utnyttbare, ikke tør si ifra om overgrepene til andre, og som gir lite motstand. Beskrivelsene

kan også tenkes å påvirke hva deltakerne husker av opplevelser. Widom og Morris (1997) gjorde en prospektiv studie der de oppdaget at mennesker med diagnosen depresjon lettere husket tidligere seksuelle overgrep enn mennesker uten denne diagnosen. De fant likevel ingen sammenheng mellom opplevde seksuelle overgrep og symptomer på depresjon i dette utvalget. Et menneske som opplever seg selv som utnyttbar kan muligens også se på seg selv som et offer, og huske misbruk og forsømmelse bedre enn de som ikke oppfatter seg selv på samme måte.

Når bisarr straff ofte forekommer sammen med andre traumatiske hendelser bør nettopp denne type overgrep kunne være et signal om et potensielt utrygt og skadelig miljø. Tabell 4 viser at 8 % av pasientene har rapportert bisarr straff i alderen 0-3 år. Ifølge hukommelsesstudier kan ikke deltakerne selv huske å ha blitt misbrukt før de var 2 år (Magnussen, 2004). Det kan derfor være flere grunner til at deltakerne har rapportert om tidlig relasjonstraumatisering enn at de minnes hendelsene, som f.eks at de har blitt fortalt om overgrep. Hvis deltakerne har blitt fortalt om overgrep, kan det være en fare for at de som fortalte om overgrepene husket noe feilaktig og ikke gjenga korrekte opplysninger. Oversiktsartikkelen til Hardt og Rutter (2004) viste at mennesker er nokså gode til å huske om traumatiske hendelser har skjedd eller ikke, men er noe dårligere til å huske detaljer fra overgrepene. I vår studie er det dermed en fare for at informasjon om når overgrepene skjedde er noe unøyaktig. Deltakerne har ikke blitt spurt om hvem som påførte bisarr straff, men det kan være sannsynlig at foreldrene har vært involvert. Eksempler på bisarr straff er kvelningsforsøk, trussel med kniv, slag med ulike gjenstander, bli bundet fast, eller stengt/låst inne. Foreldre som påfører disse formene for overgrep kan antas å være dårlige omsorgsgivere.

Det er en mulighet for at foreldre som påfører torturlignende straffemetoder, samt andre alvorlige overgrep, selv har psykiske lidelser. I en amerikansk studie ble foreldre spurt om de noen gang hadde misbrukt eller forsømt sine barn. Over 50 % av de som hadde påført relasjonstraumatisering hadde en diagnostisert psykisk lidelse (Egami, Ford, Greenfield, & Crum, 1996). Det er dermed en mulighet for at foreldrene har hatt psykiske lidelser med en viss arvelighet, og at deltakernes psykiske symptomer henger sammen med genetikk og ikke opplevde traumatiske hendelser. Jaffee, Caspi, Moffitt, og Taylor (2004) utførte en tvillingstudie der de kunne kontrollere for genetiske faktorer når de undersøkte sammenhengen mellom misbruk og psykiske lidelser. Funnet tydet på en sammenheng

mellom traumatiske opplevelser og psykiske lidelser selv om de kontrollerte for genetiske faktorer. Noe av variansen kunne likevel forklares av genetiske faktorer, og studien viste at både genetisk materiale og miljøpåvirkning henger sammen med mental helse. Foreldre med psykiske lidelser vil trolig har større utfordring med å danne en god tilknytning til barnet. En utrygg eller disorganisert tilknytning kan gjøre at barn tviler på foreldrenes beskytterrolle. De kan blir engstelige, og finne det vanskelig å stole på andre mennesker (Bowlby, 1988). Gjennom tilknytning til foreldre lærer barn hvordan man skal være sammen med andre mennesker, og får erfaringer og forventninger til hvordan sosiale relasjoner skal arte seg. Barn kan dermed bli preget av sine foreldres psykiske lidelser gjennom foreldrenes atferd, og ikke bare gjennom lidelsenes arvelighet. Studier på rhesus macaque-aper viste at barn av overgripende mødre som vokser opp hos ikke-overgripende adoptivmødre selv ikke utfører overgrep mot egne barn (Maestriperi, 2005). Studien tyder på at miljøarven er viktig for videreføring av overgrep til nye generasjoner.

Variablene antall, varighet, alder og nærhet korrelerte signifikant med alle symptommålene når deltakerne ble undersøkt samlet. Dette funnet kan tyde på at flere faktorer ved traumatiske hendelser er assosiert med senere fungering. Sammenhengen mellom de uavhengige variablene og symptommålene tyder på at jo flere typer opplevd relasjonstraumatisering, jo lenger varighet, jo yngre alder ved første hendelse og jo nærrere relasjon til overgriper desto mer symptomer vil sannsynligvis rapporteres i voksen alder.

### **4.3 En sammenheng mellom relasjon til overgriper og relasjonelle vansker**

Pasientene rapporterte om mer relasjonelle vansker når nær familie hadde vært blant overgriperne enn når kun ikke-slektninger hadde påført overgrep. I kontrollgruppen viste ikke relasjon til overgriper signifikant sammenheng med nivå av relasjonelle vansker. En nærmere undersøkelse av interaksjonseffekten viste at det var 3 pasienter som kun har opplevd overgrep fra ikke-slektninger, sammenlignet med 21 deltakere fra kontrollgruppen (nærhet = 1). Kun 1 pasient har opplevd at slektninger, men ikke nær familie har påført overgrep, 4 av de friske deltakere rapporterte det samme (nærhet = 2). 84 % av pasientene rapporterte at nær familie har påført dem traumatiske hendelser, sammenlignet med 29 % av kontrollgruppen

(nærhet = 3). Høy andel overgrep påført av nær familie blant pasienter er også påvist i tidligere studier (Chu & Dill, 1990). Til tross for at interaksjonseffekten er signifikant, kan svært få pasienter i de to første underkategoriene på nærhet bety at det blir vanskelig å undersøke hvordan relasjon til overgriper henger sammen med symptomnivå i denne gruppen. I kontrollgruppen har omtrent like mange opplevd overgrep påført av kun ikke-slektninger som av nær familie. De som har rapportert om overgrep påført av nær familie har ikke et høyere symptomnivå enn de som kun har opplevd overgrep påført av ikke-slektninger. Det kan tenkes at de friske deltakerne har tålt de påførte overgrepene bedre enn pasientene, og at deres håndtering av traumatiske hendelser har gjort at de fortsatt fungerer i hverdagen. I studien til Morgan et al. (2000) oppdaget de at det var nevrobiologiske forskjeller mellom elitesoldater og vanlige soldater når det gjaldt neuropeptid Y. Elitesoldatene dissosierte også mindre enn vanlige soldater selv om de ble utsatt for de samme stressende situasjonene. Det er en mulighet for at de menneskene som inngår i pasientgruppen har hatt en sårbarhet i tillegg til å bli utsatt for misbruk og forsømmelse, og at kombinasjonen henger sammen med psykiske lidelser. Enkelte av de friske deltakerne kan tenkes å være mer resiliente, og dermed tåle relasjonstraumatisering bedre. En annen mulig forklaring er at overgrepene som pasientene har blitt utsatt for er av en annen art, og dermed ikke kan sammenlignes med overgrepene som de friske deltakerne har rapportert.

Tabell 3 viser at ingen fra kontrollgruppen har rapportert om seksuelle overgrep påført av nær familie, sammenlignet med 34 % av pasientene. Også fysisk misbruk var langt vanligere blant pasientene enn de friske deltakerne. De fleste fra kontrollgruppen som rapporterte om overgrep påført av nær familie har blitt utsatt for emosjonell forsømmelse eller emosjonelt misbruk. Resultatene viste at interaksjonseffekten ble signifikant selv når deltakere som har opplevd fysisk misbruk eller seksuelle overgrep påført av nær familie ble ekskludert fra analysene. Det ser dermed ikke ut til at type overgrep i seg selv kan forklare hvorfor pasientene rapporterte mer symptomer enn kontrollgruppen.

Pasientene har gjennomsnittlig blitt utsatt for 2,3 typer relasjonstraumatisering av foreldrene, mens tilsvarende for kontrollgruppen er 0,5. Arata et al. (2005) viste at studenter som hadde opplevd flere typer traumatiske hendelser rapporterte om flere depressive symptomer, hadde lavere selvbilde og oftere hadde selvmordstanker enn de som ikke hadde blitt utsatt for overgrep, eller kun hadde opplevd en type overgrep. Flere typer traumatiske hendelser ga kumulative negative effekter, noe som kan være en mulig forklaring på hvorfor pasientene

rapporterte mer relasjonelle vansker enn kontrollgruppen i vårt materiale. I en oversiktsartikkel av Baer og Martinez (2006) blir det tydelig at barn som har blitt misbrukt i tidlig barndom oftere har en utrygg tilknytning enn barn som ikke har blitt utsatt for tidlige overgrep. Tabell 4 viser at pasientene har rapportert om alle typer overgrep i de tre første leveårene, mens kontrollgruppen kun har rapportert om emosjonell forsømmelse. Flere typer overgrep i de første leveårene vil trolig påvirke barnets tilknytning til omsorgsgiverne og andre personer i barnets miljø. Når forskning viser at regulering av kortisol de første leveårene er viktig for senere emosjonsregulering og stressreaksjoner, kan det antas at pasientenes tidlige erfaringer henger sammen med dagens symptomer (Benum, 2006). Studier viser at misbruk og forsømmelse også korrelerer med andre nevrobiologiske endringer i hjernen, som for eksempel mindre volum i hippocampus (Vythilingam et al., 2002). Det er i denne sammenheng interessant at pasientene var signifikant yngre enn kontrollgruppen da de opplevde forsømmelse og emosjonelt misbruk påført av nær familie første gang.

Pasientene har opplevd relasjonstraumatisering påført av nær familie over lengre tid enn kontrollgruppen. Ethier et al. (2004) oppdaget at barn som ble utsatt for kronisk misbruk viste mer og mer symptomer, mens barn som opplevde kortvarige overgrep rapporterte en nedgang i symptomer etter at overgrepene opphørte. Pasienter som sier de har opplevd relasjonstraumatisering påført av nær familie har gjennomsnittlig blitt utsatt for overgrep i 7 år eller lenger. For pasientene som opplever langvarig relasjonstraumatisering kan dette assosieres med høyere symptomnivå, blant annet fordi barnets mulighet til å løse og mestre viktige utviklingsoppgaver lettere blir forstyrret. Hvis et barn for eksempel blir utsatt for overgrep gjennom hele barneskolen kan mulige konsekvenser bli konsentrasjonsvansker og problemer med å utvikle vennskap. Gjennom dårlige rollemodeller kan barnet få manglende kunnskap om hvordan man bør oppføre seg mot andre. Misbruk og forsømmelse kan forstyrre de utviklingsoppgavene som inntreffer samtidig med overgrepene (Cicchetti & Toth, 1995; Perry, 2009). Resultatene kan tyde på at pasientene har opplevd overgrep av en mer alvorlig og omfattende art enn de friske deltakerne.

## 4.4 En sammenheng mellom alder ved første rapporterte overgrep og dissosiasjon

Blant pasientene var det en negativ korrelasjon mellom alder første gang de ble utsatt for relasjonstraumatisering og dissosiasjonsskåre. Jo yngre pasientene var første gang de ble utsatt for misbruk eller forsømmelse, desto mer predikeres de å dissosiere i voksen alder. I kontrollgruppen var det ikke en signifikant sammenheng mellom alder og dissosiasjonsskåre. En mulig forklaring på hvorfor pasientene rapporterte høyere skårer enn kontrollgruppen kan være at pasientene har blitt utsatt for flere typer relasjonstraumatisering. Tabell 4 viser at 7 % av kontrollgruppen rapporterte om første opplevde overgrep da de var 0-3 år gamle, mens totalt 50 % av pasientene rapporterte om det samme. Igjen må vi se på disse tallene med en viss skepsis, da hukommelse av når overgrep inntraff kan være unøyaktige eller gale.

Macfie et al. (2001) undersøkte hvordan ulike typer misbruk korrelerte med dissosiasjon hos barn i førskolealderen. Resultatene viste en positiv korrelasjon mellom fysisk- og seksuelt misbruk og dissosiasjon, mens denne sammenhengen ikke ble funnet for barn som kun hadde opplevd emosjonell forsømmelse. Dette funnet er i tråd med teorien om at overveldende opplevelser kan gi høyt nivå av stresshormoner, og sette hjernen i en annen biokjemisk tilstand enn normalt. Emosjonell forsømmelse er mangel på noe, fremfor en overveldende erfaring, og kan dermed være en type misbruk som ikke oppleves like skremmende og invaderende som de andre formene for misbruk. Funnet er også forenlig med hypotesen om at dissosiasjon kan være et forsvar, der emosjonell forsømmelse ikke vil gi samme behov for å forsvare seg som ved de andre misbruksformene. I vår studie har kontrollgruppen kun blitt utsatt for emosjonell forsømmelse i de første leveårene, noe som kan være en forklaring på hvorfor dissosiasjonsskåren var lav i denne gruppen. Blant pasientene ble det rapportert om alle typer overgrep i de tre første leveårene. For eksempel har 18 % av pasientene rapportert om seksuelle overgrep.

Gold et al. (1999) viste at førskolealder kunne være en sensitiv periode for å utvikle dissosiative symptomer. Sammenligning av gruppene i de seks første leveårene viste store forskjeller når det gjaldt opplevd relasjonstraumatisering. Tabell 4 viser at pasientene opplevde alle typer overgrep langt oftere i førskolealder sammenlignet med kontrollgruppen. Et eksempel er at totalt 31 % av pasientene har blitt utsatt for seksuelle overgrep, sammenlignet med 1 % av kontrollgruppen. Resultatene viste at de pasientene som skåret

høyest på DES har opplevd overgrep i førskolealder. Det var kun pasienter som skåret over klinisk grense på DES, og høye skårer kan tyde på at enkelte av pasientene opplever patologisk dissosiasjon. Spørsmål fra DES-T omhandler amnesi, depersonalisering og opplevd identitetsendring eller forvirring. Pasienter som skåret høyt på DES-T skåret også over klinisk grense på DES. Dette kan støtte antagelsen om at enkelte av deltakerne opplever patologisk dissosiasjon.

Det er tydelig at pasientene har opplevd relasjonstraumatisering over lengre tid i førskolealder sammenlignet med kontrollgruppen. Når det gjelder fysiske og seksuelle overgrep har kontrollgruppen kun rapportert om enkelthendelser i førskolealderen. Pasientene derimot har i de fleste tilfellene blitt utsatt for varig misbruk eller forsømmelse. Det er trolig lettere å håndtere en traumatisk enkeltepisode enn å leve i et hjem med jevnlig overgrep. Hvis førskolealderen er en sensitiv periode for å utvikle dissosiasjon, kan forskjellene i de rapportert erfaringene fra de to gruppene være en mulig forklaring på ulikt dissosiasjonsnivå. I og med at unge barn ikke har mulighet til å flykte vekk fra overgrepene, kan dissosiasjon være en naturlig mestringsstrategi.

I forhold til begge interaksjonseffektene blir det tydelig at pasientene har opplevd langt flere typer overgrep, oftere hatt nær relasjon til overgriper, opplevd overgrep over lengre tid, og vært yngre ved første overgrep sammenlignet med kontrollgruppen. Et hjem hvor flere typer relasjonstraumatisering blir påført av foreldrene, og disse pågår over flere år, vil trolig arte seg svært annerledes enn et hjem hvor foreldrene i noen tilfeller utfører enkelthendelser, eller hvor en av foreldrene har forsømt barnet. Noen eksempler som har blitt nevnt av friske deltakere under intervjuene, er at en av foreldrene har forlatt familien pga samlivsbrudd eller skilsmisse. I disse tilfellene vil barnet bli utsatt for emosjonell forsømmelse, men vil trolig bli ivaretatt på en adekvat og tilfredsstillende måte av en av foreldrene. Lambie, Seymour, Lee, og Adams (2002) oppdaget at barn som hadde blitt misbrukt eller forsømt i oppveksten, men som fikk sosial støtte av noen i eller utenfor familien, klarte seg langt bedre enn barn som ikke hadde tilsvarende nettverk. De friske deltakerne i vår studie kan tenkes generelt å ha en bedre fungerende familie enn pasientene, og dermed ha økt mulighet for sosial støtte fra noen nære familiemedlemmer.



## 4.5 Relasjonstraumatisering predikerer symptomnivå

Multiple regresjonsanalyser viste at hele 70 % av variasjonen i generell symptomatologi (BSI) kunne forklares med utgangspunkt i de uavhengige variablene. Når det gjaldt relasjonelle vansker (IIP) kunne 53 % av variasjonen forklares, og 55 % av variasjonen i dissosiative symptomer. Disse funnene tyder på at de uavhengige variablene i stor grad kan predikere symptomnivå, og i disse tilfellene er det variablene varighet og antall, samt gruppetilhørighet, som best predikere symptomnivå.

Når gruppene undersøkes separat tydeliggjøres en gruppeforskjell. I kontrollgruppen kunne 22 % av variasjonen i BSI forklares av de uavhengige variablene, sammenlignet med 56 % i pasientgruppen. Når det gjaldt relasjonelle vansker ble ikke regresjonsanalysen signifikant i kontrollgruppen, og variablene forklarte kun 18 % av variasjonen, sammenlignet med 42 % i pasientgruppen. Regresjonsanalysen for dissosiative symptomer ble ikke signifikant i kontrollgruppen, og kun 12 % av variasjonen kunne forklares av variablene samlet. I pasientgruppen kunne hele 50 % av variasjonen i dissosiative symptomer forklares. Det var tydelig at de uavhengige variablene bedre predikerte symptomnivå i pasientgruppen enn i kontrollgruppen. En mulig forklaring kan være at kontrollgruppen hadde mindre variasjon og spredning i rapportert symptomnivå enn pasientgruppen. Kontrollgruppen hadde gjennomsnittlig en BSI totalskåre på 71, med en variasjonsbredde fra 53 til 140. Pasientgruppen hadde gjennomsnittlig en totalskåre på 130, med en variasjonsbredde fra 59 til 232. Også ved IIP og DES totalskåre var det tydelige gruppeforskjeller når det gjaldt spredning av symptomnivå. Pasientene hadde høyere skåre og større variasjon i sine svar enn kontrollgruppen. Med lite variasjon vil det være vanskeligere å predikere utfallet. De friske deltakerne skåret langt likere hverandre enn pasientene, og det kan derfor være vanskeligere å skille de fra hverandre.

De multiple regresjonsanalysene viste at variablene varighet og antall best predikerte symptomnivå. Funnene viste at lengre eksponering for overgrep i oppveksten predikerte flere symptomer i voksen alder, selv når det ble kontrollert for andre variabler som alder ved første overgrep, antall traumatiske hendelser og relasjon til overgriper. Deltakere som har opplevd overgrep eller forsømmelse over mange år, vil trolig oppleve større utfordringer når de skal løse en rekke utviklingsoppgaver, som for eksempel å ha evnen til å stole på andre

mennesker, skaffe seg venner, utvikle en god selvfølelse, meste skolefaglige utfordringer osv. Alle deltakerne som rapporterte å ha opplevd misbruk og/eller forsømmelse gjennom hele oppveksten fortalte at foreldrene hadde vært med på en eller flere overgrep. Lang varighet kan dermed korrelere med en utrygg eller disorganisert tilknytning til omsorgsgiverne. Det kan stilles spørsmål ved foreldrenes omsorgsevne når barna har opplevd relasjonstraumatisering gjennom hele oppveksten. De som har blitt utsatt for varige overgrep har trolig vært offer for misbruk som andre ikke har klart å oppdage eller stanse, og har sannsynligvis ikke fått nødvendig hjelp eller psykologisk behandling under oppveksten. Også dette funnet kan forstås ut ifra et genetisk perspektiv. Barn som vokser opp i hjem med mye overgrep kan ha foreldre som selv har psykiske lidelser med en viss arvelighet. Vi kan ikke si noe om kausale forhold i denne studien, men funnet er i tråd med teorier som hevder at traumatiske hendelser vil prege sosiale evner og mental helse generelt (Bowlby, 1988; Cicchetti & Toth, 1995).

Antall opplevde overgrepstyper ble også en unik signifikant prediktorvariabel for senere symptomnivå. Dette betyr at antall opplevde overgrepstyper predikerer symptomnivå selv når alder ved første overgrep, varighet av overgrep og relasjon til overgriper blir kontrollert for. Dette funnet tyder på en dose-respons effekt. Jo flere typer traumatiske hendelser man blir utsatt for, desto mer symptomer kan predikeres å bli rapportert i voksen alder. Dose-respons funnet er i tråd med tidligere studier som viser en høy forekomst av opplevd relasjonstraumatisering blant mennesker som har psykiske lidelser. Flere studier har undersøkt hvordan ulike typer overgrep korrelerer med ulike typer symptomer (Arata et al., 2005; Bolger et al., 1998). Når forskjellige typer overgrep assosieres med ulike symptomer kan det være sannsynlig å tenke deg at flere typer overgrep gir flere og mer alvorlige symptomer.

Resultatene tydet på at både variabelen varighet og antall predikerte symptomnivå i pasientgruppen, mens kun variabelen antall sto frem som unik signifikant prediktor i kontrollgruppen. En mulig forklaring på hvorfor varighet kun predikerte symptomnivå i pasientgruppen kan være at variasjonen eller spredningen i denne variabelen er ulik i de to gruppene. I kontrollgruppen har 36 % av de som rapporterte om traumatiske hendelser opplevd enkelthendelser, sammenlignet med 13 % i pasientgruppen. Kontrollgruppen har gjennomsnittlig rapportert relasjonstraumatisering over 4,2 år, med et standardavvik på 5,4. Pasientene har gjennomsnittlig rapportert relasjonstraumatisering i 11,6 år, med et standardavvik på 7,1. Variabelen varighet har større spredning i pasientgruppen enn i

kontrollgruppen, og har dermed større mulighet til å skille pasientene fra hverandre enn kontrollgruppen.

Selv om de uavhengige variablene korrelerte signifikant med hverandre, viste regresjonsanalysene at flere variabler (varighet og antall) hadde selvstendige bidrag i prediksjon av psykiske lidelser. Dette funnet er i tråd med Studien til Lundqvist et al. (2004) der regresjonsanalyser viste at enkeltvariabler kunne ha unike bidrag. Lundqvist et al. oppdaget likevel alder som en unik prediktor, og ikke varighet. Demografiske variabler ble ikke kartlagt i denne studien. Økonomi, utdanning, type nabolag og psykiske lidelser i familien blir derfor ikke kontrollert for.

## **4.6 Sammenhengen mellom ulike faktorer ved relasjonstraumatisering**

I alle regresjonsanalysene var det to eller flere variabler som ikke hadde unik prediktiv verdi. Når hver enkelt variabel ble undersøkt separat opp mot relasjonelle vansker (IIP) i kontrollgruppen var det en signifikant korrelasjon mellom både antall, varighet, alder og totalskåre på IIP. Til tross for at variablene korrelerte signifikant med totalskåren, ble ingen av disse unike signifikante prediktorer av symptomnivå i regresjonsanalysen. En mulig forklaring kan være at variablene korrelerer med hverandre, og at vi derfor ikke kan skille de fra hverandre uten å miste mye informasjon. Tabell 8 viser at antall opplevde traumatiske hendelser korrelerte signifikant med variabelen varighet (.287), alder (-.473) og nærhet (.341) i kontrollgruppen. Varighet og alder korrelerte også signifikant (-.539). Dette betyr blant annet at jo flere typer traumatiske hendelser deltakerne har opplevd, jo yngre var de sannsynligvis når de opplevde misbruk eller forsømmelse første gang. Man kan videre anta at jo yngre deltakerne var ved første overgrep, jo lenger har de blitt utsatt for overgrep i oppveksten. Også i pasientgruppen var det høye signifikante korrelasjoner mellom variablene. Selv om enkelte variabler ikke blir signifikante prediktorer i regresjonsanalysene betyr ikke dette at de ikke har betydning for symptomnivå. Resultatet tyder heller på at variablene henger sammen, og at vi ikke klarer å skille de fra hverandre. Funnet kan tyde på at studier som kun undersøker sammenhengen mellom spesifikke variabler og mental helse kan ha overvurdert effekten av enkeltvariabler, og videre gitt et noe forenklet bilde av hvordan ulike

faktorer ved traumatiske hendelser påvirker oss. Fremtidige studier bør derfor kartlegge flere faktorer ved traumatiske opplevelser, og undersøke hvordan de ulike faktorene henger sammen.

## 4.7 En gjennomgående gruppeforskjell

Regresjonsanalysene viste at gruppe som uavhengig variabel predikerte symptomnivå. Det å tilhøre pasientgruppen korrelerte med økt symptomnivå, og flere rapporterte traumatiske opplevelser. Også interaksjonseffektene tydeliggjorde en gruppeforskjell, der pasientene rapporterte mer relasjonelle vansker hvis de hadde hatt nær relasjon til overgriper, og rapporterte mer dissosiative symptomer hvis de ble utsatt for tidlige overgrep. Disse sammenhengene fant vi ikke i kontrollgruppen. Ved at gruppetilhørighet har blitt brukt som uavhengig variabel i analysene har gruppeforskjeller blitt synlige, og interaksjonseffekter blitt oppdaget. Samtidig kan det tenkes at gruppetilhørighet er en konsekvens av de andre uavhengige variablene. Med utgangspunkt i at pasientgruppen har rapportert flere typer relasjonstraumatisering, rapportert om overgrep over lengre tid, oftere hatt nær relasjon til overgriper, og vært yngre ved sine første opplevde traumatiske hendelser, kan det tenkes at disse opplevelsene har vært medvirkende faktorer til innleggelse, og at de tilhører pasientgruppen. Til tross for at kontrollgruppen i snitt har opplevd langt mindre alvorlige overgrep sammenlignet med pasienten, bør det tydeliggjøres at 58 % har rapportert om opplevd relasjonstraumatisering, og fortsatt fungerer tilsynelatende bra. Det er dermed mange mennesker som opplever traumatiske hendelser og som klarer seg. Det kan tenkes at pasientene har hatt en sårbarhet i tillegg til å bli utsatt for overgrep, og at kombinasjonen kan henge sammen med psykiske lidelser. Flere kan ha opplevd omtrent det samme som pasientene, men tilhører likevel ikke pasientpopulasjonen. Da utvalget i denne studien ikke er tilfeldig kan det tenkes at mennesker med de samme erfaringene, og som klarer seg, ikke fanges opp. Ved å gjøre prospektive studier, samt store populasjonsbaserte studier kan vi få bedre forståelse av sammenhengen mellom relasjonstraumatisering og mental helse. Fremtidig forskning bør undersøke hva som kan være beskyttende faktorer for utvikling av psykiske lidelser i etterkant av opplevd relasjonstraumatisering.

## 4.8 Samsvar mellom diagnoser, symptomer og rapportert relasjonstraumatisering

Til tross for at 95 % av pasientene rapporterte om opplevde traumatiske hendelser, var det kun 13 % som har fått diagnostisert PTSD eller personlighetsendring etter katastrofale livshendelser. De mest utbredte diagnosene i denne pasientgruppen var personlighetsforstyrrelser og depresjon. Det er tydelig at rapporterte diagnoser i liten grad sammenfaller med dissosiative symptomer og rapporterte traumatiske hendelser. Dette funnet er i tråd med resultatene til Reigstad et al. (2006) der svært få pasienter i psykisk helsevern hadde fått diagnostisert sine traumatiske opplevelser. Også Chu og Dill (1990) fant lavt samsvar mellom rapporterte dissosiative symptomer og oppførte diagnoser i pasientenes journaler. Selv om relasjonstraumatisering assosieres med både eksternaliserende og internaliserende symptomer, og disse symptomene kan forklare de oppførte diagnosene, burde også misbruk og forsømmelse fanges opp og journalføres.

## 4.9 Metodiske begrensninger

Studien inneholder kun spørsmål om relasjonstraumatisering og kan dermed ikke kontrollere for andre typer traumatiske opplevelser. Å bli utsatt for emosjonell forsømmelse, emosjonelle overgrep, fysisk eller seksuelt misbruk, korrelerer trolig med andre typer traumatiske opplevelser, som for eksempel å være vitne til overgrep i hjemmet, vokse opp med rusmisbrukere, ha familiemedlemmer med psykiske lidelser osv. Likevel er det en viss sannsynlighet for at det å ha familiemedlemmer med psykiske lidelser, være vitne til vold i hjemmet osv vil prege relasjonen mellom barnet og foreldrene, og at ulike typer problemer i hjemmet kan gi utslag i form av opplevd relasjonstraumatisering.

Ved innhenting av retrospektive data kan hukommelsesvansker gjøre at svarene ikke er troverdige. Minner om misbruk og forsømmelse kan også være falske, noe som ble tydelig på 80 og 90-tallet da en rekke mennesker husket traumatiske opplevelser først etter å ha gått i terapi. I ettertid mente flere pasienter at de hadde fått plantet falske minner gjennom hypnose og suggestive teknikker, og i flere saker ble terapeutene saksøkt for feilbehandling (Loftus, 1993). Selv om mennesker kan ha falske minner, betyr ikke det at nye minner om traumatiske hendelser alltid er falske. Det har blitt gjort flere studier hvor man undersøkte om mennesker

som man vet har blitt utsatt for misbruk senere husket disse opplevelsene. I en prospektiv studie av Goodman et al. (2003) intervjuet de mennesker 12-15 år etter at de hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep. Hele 85 % av deltakerne kunne fortelle om overgrep da de ble intervjuet. Blant de som ikke rapporterte om seksuelle overgrep, var det flere som var blitt utsatt for overgrep før fylte 5 år. De som rapporterte om overgrep hadde gjennomsnittlig blitt utsatt for mer alvorlige misbruk enn de som ikke rapporterte om overgrep. Studien tyder på at overgrepssminner huskes over lang tid, og sjansen for å huske overgrep øker med alvorlighetsgraden på misbruket. Funnet indikerer at mennesker ofte husker overgrep de har blitt utsatt for, men kan ikke si noe om hvor sannsynlig det er at overgrep man husker faktisk har skjedd. Deltakerne i vår studie ble spurt om de har opplevd traumatiske hendelser opp til 45 år tilbake i tid, og noen kan ha glemt eventuelle hendelser grunnet ung alder under overgrepet. Det kan også tenkes at noen har underrapportert fordi de ikke ønsker å dele opplevelsene med intervjueren. I en oversiktsartikkel av Hardt og Rutter (2004) viste funn fra flere studier at underrapportering er utbredt.

I denne studien ble seksuelle overgrep definert som uønskede seksuelle handlinger som involverer fysisk kontakt. En slik definisjon er nokså streng sammenlignet med operasjonaliseringen av seksuelle overgrep i en rekke andre studier. Seksuell trakassering, eller forsøk på seksuelle overgrep uten fysisk kontakt ble ikke medregnet i denne studien. Dette kan føre til at enkelte opplevelser ikke blir inkludert i våre resultater. Samtidig vil en streng definisjon av seksuelle overgrep føre til at funn og sammenhenger ikke vil være overdrevet, og man unngår falske positive.

Prosjektmedarbeiderne i denne studien har kontaktet kontrollgruppen gjennom bekjente og bekjentes bekjente. Dette medførte at enkelte av deltakerne kjente til intervjueren, noe som kan ha påvirket svarene. Deltakerne ble bedt om å gi meget sensitiv og privat informasjon, og det kan tenkes at enkelte ikke ønsket å fortelle om tidligere overgrep. Også i pasientgruppen kan det antas at enkelte har prøvd å skjule egne vansker og symptomer, og at det kreves tillit til behandler for at overgrepshistorier skal kunne fortelles.

Det var lettere å innhente intervjuer fra kontrollgruppen sammenlignet med pasientgruppen. Flere behandlere kommenterte at TEC ville være et vanskelig spørreskjema å gjennomgå med sine pasienter, og flere var redd for pasientenes reaksjoner. Studien har derfor en overvekt av deltakere fra kontrollgruppen. Det virket som om flere behandlere var skeptiske til å ta opp temaet misbruk og forsømmelse med sine pasienter, og det framkom en antagelse om at disse

temaene kunne gjøre skade. Det er ingen tvil om at det å få direkte spørsmål om tidligere overgrep og forsømmelse kan være meget vanskelig, og også fremkalle sterke følelser. Det blir likevel viktig å diskutere om det å unngå temaet gjør det lettere for pasientene, spesielt når vi ser sterke sammenhenger mellom rapporterte traumatiske opplevelser og senere mental helse.

Det er kun kvinner som har deltatt i studien, og funn kan dermed ikke uten videre generaliseres til menn.

## 5 Avslutning - kliniske implikasjoner

Når 69 % av deltakerne har rapportert om traumatiske hendelser i barndommen er det tydelig at misbruk og forsømmelse er svært utbredt. Både pasientgruppen og kontrollgruppen rapporterer høy forekomst av relasjonstraumatisering, og behandlere bør dermed være oppmerksomme på at alle pasientgrupper, uavhengig av diagnose og funksjonsnivå, kan ha opplevd traumatiske hendelser. Når rapportert forekomst av relasjonstraumatisering er høy, og studier har presentert ulike grunner til at overgrep og forsømmelse er vanskelig å fortelle om, bør behandlere i større grad våge å spørre direkte om opplevde overgrep (Svedin et al., 2004). Flere studier har vist hvordan misbruk og forsømmelse i svært liten grad fanges opp i diagnoser og journaler (Reigstad et al., 2006). Det kan være hensiktsmessig å få bedre rutiner og screeningverktøy i forhold til å fange opp tidligere og pågående traumatiske opplevelser. Hvis behandlere gir uttrykk for at de enten ikke vil, orker eller håndterer å prate om eventuelle overgrep, er det sannsynlig at det blir svært vanskelig for pasientene å fortelle om opplevelser som kan være betydningsfulle for dem. Ved å ta i bruk screeningverktøy som kartlegger misbruk og forsømmelse kan det kommuniseres at dette er temaer som både kan tas opp og tåles. TEC har fanget opp ulike typer overgrep i denne studien, og kan fungere som et screeningverktøy i psykisk helsevern. TEC kan fylles ut på kort tid, og samtidig gi mye informasjon.

Studien har vist at de ulike typene traumatiske hendelser korrelerer. Oppdages en type overgrep hos barn eller voksne, bør det undersøkes om også andre typer overgrep har inntruffet. Ingen deltakere i denne studien har opplevd bisarr straff uten også å ha blitt utsatt for fysiske eller seksuelle overgrep. Det er derfor viktig at behandlere tør å stille spørsmål om andre typer misbruk enn det som allerede er omtalt.

Det vil være hensiktsmessig å undersøke hva pasienter har opplevd i sin oppvekst for bedre å forstå symptombildet og funksjonsnivå. Studien viser at flere ulike faktorer ved traumatiske opplevelser korrelerer med mental helse, blant annet alder ved første overgrep og dissosiasjon i voksen alder. Med utgangspunkt i et utviklingspsykopatologi-perspektiv kan slike funn være viktige i forhold til hvordan psykiske lidelser behandles. Ved opplysninger om at en pasient har opplevd alvorlige overgrep fra svært ung alder, kan det antas at viktige utviklingsoppgaver fra perioden hvor overgrep inntraff har blitt noe forstyrret eller forhindret, og videre kan ha ført til skjevutvikling. Pasienten kan for eksempel ha utviklet en utrygg eller



disorganisert tilknytningsstil, og kan ha opplevd det vanskelig å forstå sin egen historie, og sin egen situasjon blant annet pga dissociative symptomer. Ved opplysninger om misbruk og forsømmelse kan behandlere med fordel undersøke om de psykiske plagene kan settes i sammenheng med misbruket, og videre vurdere om utviklingsoppgaver som tidligere ikke har blitt løst på en god måte nå kan få større plass og prioritet (Perry, 2009).

Felitti et al. (1998) fant en sammenheng mellom tidligere overgrep og røyking, overvekt og alkoholisme. Skadelig helseatferd kan ha startet som en mestringsstrategi i ettertid av opplevd relasjonstraumatisering. I disse tilfellene blir det viktig å undersøke om mennesker kan lære nye og mindre skadelige strategier. Alkohol kan for eksempel ha hatt en beroligende effekt, men etter hvert blitt et alvorlig problem i seg selv. Det blir dermed viktig å tydeliggjøre for pasienter hvordan ulike mestringsstrategier kan ha fungert tidligere, og hatt en funksjon da de oppstod, men at de i dag ikke lenger er til hjelp.

I studien fremkom det en sammenheng mellom varighet av traumatiske hendelser og symptomnivå i voksen alder. Flere av pasientene har rapportert om opplevde overgrep over mange år, i noen tilfeller gjennom hele oppveksten. Langvarige overgrep tyder på at ingen klarte å gripe inn eller forhindre videre misbruk, og det er tydelig at overgrep ikke fanges lett opp av hverken helsevesenet eller barnevernet. Det er trolig mange årsaker til at misbruk og forsømmelse er vanskelig å oppdage. Majoriteten av pasientene i denne studien har opplevd at foreldre eller søsken har påført en eller flere traumatiske opplevelser. Når barn viser mistriksel eller ser ut til å ha det vanskelig, kan det være vondt for miljøet rundt å tenke seg at nærmeste familie påfører barnet skade. Høy forekomst av overgrep innad i familien tyder likevel på at slike overgrep ikke er uvanlig. Det kan derfor være nødvendig og stille seg mer åpen til at også foreldre kan være overgripere. Da studier viser at mange opplever misbruk og forsømmelse, også i hjemmet, blir det viktig at omgivelsene tar tak ved mistanke. Like viktig er det at barnevernet får bekymringsmelding.

Deltakere som rapporterer om traumatiske opplevelser fra oppveksten kan få mulighet til å bearbeide egne historier, og få en bedre forståelse av egne reaksjoner og fungering. Studier viser at ofre for overgrep ofte blir utsatt for reviktimisering (Read et al., 2001). Gjennom behandling og oppfølging kan det legges til rette for bedre oppvekstmiljø for pasientens fremtidige barn og familie. Studier viser at mennesker som påfører andre relasjonstraumatisering ofte selv har vært offer for overgrep under egen oppvekst (Chapman

& Scott, 2001). Behandling av pasienter som har erfart relasjonstraumatisering kan senke symptomnivået, og prøve å forhindre at overgrep videreføres til neste generasjon.

Mange som har rapportert traumatiske hendelser rapporterer ikke om psykiske plager eller lidelser. Fremtidige studier bør fokusere på mulige sårbarhets- og beskyttelsesfaktorer i møte mellom barnet eller ungdommen, og traumatiske hendelser. Ved å lære mer om beskyttende faktorer kan vi trolig gjøre et bedre forebyggende arbeid.

Dårlig kartlegging av fenomenet, samt lite systematisert kunnskap om hvordan relasjonstraumatisering preger oss og hvordan symptomene bør behandles, gjør at misbruk og forsømmelse får for lite oppmerksomhet i psykisk helsevern. Når vi vet at mange opplever seksuelle overgrep, torturlignende straff, fysiske overgrep, samt psykisk misbruk, skulle man kunne forvente at disse opplevelsene ble forsøkt oppdaget ved behandling av psykiske plager og lidelser. Dette fordrer at behandlere i psykisk helsevern kan prate om temaet, og tåler pasientenes historier og reaksjoner. Som behandlere i psykisk helsevern kan vi ikke lenger unngå å prate om traumatiske hendelser, men må forholde oss til pasientenes historier og liv.



# Litteraturliste

- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., & O'Farrill-Swails, L. (2005). Single versus multi-type maltreatment: An examination of the long-term effects of child abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 11*, 29-52.
- Baer, J. C., & Martinez, C. D. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 24*, 187-197.
- Bal, S., De Bourdeaudhuij, I., Crombez, G., & Van Oost, P. (2004). Differences in trauma symptoms and family functioning in intra- and extrafamilial sexually abused adolescents. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 108-123.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the inventory of interpersonal problems. *British Journal of Clinical Psychology, 35*, 21-35.
- Benum, K. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. En psykologisk forståelse av relasjonstraumer og dissosiasjon. I T. Anstorp, K. Benum, & M. Jakobsen. (red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg* (s. 22-42). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 174*, 727-735.
- Birley, A. J., Gillespie, N. A., Heath, A. C., Sullivan, P. F., Boomsma, D. I., & Martin, N. G. (2006). Heritability and nineteen-year stability of long and short EPQ-R neuroticism scales. *Personality and Individual Differences, 40*, 737-747.
- Bolger, K. E., Patterson, C. J., & Kupersmidt, J. B. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development, 69*, 1171-1197.
- Boulet, J., & Boss, M. W. (1991). Reliability and validity of the brief symptom inventory. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*, 433-437.

- Bower, G. H., & Sivers, H. (1998). Cognitive impact of traumatic events. *Development and Psychopathology, 10*, 625-653.
- Bowlby, J. (1988). *Clinical applications of attachment theory. A secure base*. London: Routledge.
- Boysan, M., Goldsmith, R. E., Çavuş, H., Kayri, M., & Keskin, S. (2009). Relations among anxiety, depression, and dissociative symptoms: The influence of abuse subtype. *Journal of Trauma & Dissociation, 10*, 83-101.
- Carpenter, L. L., Tyrka, A. R., Ross, N. S., Khoury, L., Anderson, G. M., & Price, L. H. (2009). Effect of childhood emotional abuse and age on cortisol responsivity in adulthood. *Biological Psychiatry, 66*, 69-75.
- Chapman, D. A., & Scott, K. G. (2001). The impact of maternal intergenerational risk factors on adverse developmental outcomes. *Developmental Review, 21*, 305-325.
- Charmandari, E., Merke, D. P., Negro, P. J., Keil, M. F., Martinez, P. E., Haim, A. et al. (2004). Endocrinologic and psychologic evaluation of 21-hydroxylase deficiency carriers and matched normal subjects: Evidence for physical and/or psychologic vulnerability to stress. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 89*, 2228-2236.
- Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *The American Journal of Psychiatry, 147*, 887-892.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 541-565.
- Derogatis, L. R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R. Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson.

- Dick, D. M., Riley, B., & Kendler, K. S. (2010). Nature and nurture in neuropsychiatric genetics: Where do we stand? *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *12*, 7-23.
- Egami, Y., Ford, D. E., Greenfield, S. F., & Crum, R. M. (1996). Psychiatric profile and sociodemographic characteristics of adults who report physically abusing or neglecting children. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 921-928.
- Éthier, L. S., Lemelin, J. P., & Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect*, *28*, 1265-1278.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*, 245-258.
- Fischer, D. G., & McDonald, W. L. (1998). Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *22*, 915-929.
- Fisher, H. L., Jones, P. B., Fearon, P., Craig, T. K., Dazzan, P., Morgan, K. et al. (2010). The varying impact of type, timing and frequency of exposure to childhood adversity on its association with adult psychotic disorder. *Psychological Medicine*, *40*, 1967-1978.
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, *163*, 623-629.
- Fosse, R. (2009). Ingen gener for psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *46*, 596-600.
- Gervasoni, N., Bertschy, G., Osiek, C., Perret, G., Denis, R., Golaz, J. et al. (2004). Cortisol responses to combined dexamethasone/CRH test in outpatients with a major depressive episode. *Journal of Psychiatric Research*, *38*, 553-557.
- Gold, S. N., Hill, E. L., Swingle, J. M., & Elfant, A. S. (1999). Relationship between childhood sexual abuse characteristics and dissociation among women in therapy. *Journal of Family Violence*, *14*, 157-171.

- Goodman, G. S., Ghetti, S., Quas, J. A., Edelstein, R. S., Alexander, K. W., Redlich, A. D. et al. (2003). A prospective study of memory for child sexual abuse: New findings relevant to the repressed-memory controversy. *Psychological Science, 14*, 113-118.
- Greenfield, E. A., & Marks, N. F. (2010). Identifying experiences of physical and psychological violence in childhood that jeopardize mental health in adulthood. *Child Abuse & Neglect, 34*, 161-171.
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 260-273.
- Heim, C., Ehler, U., & Hellhammer, D. H. (2000). The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology, 25* (1), 1-35.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villasenör, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 885-892.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Taylor, A. (2004). Physical maltreatment victim to antisocial child: Evidence of an environmentally mediated process. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 44-55.
- Jaffee, S. R., & Maikovich-Fong, A. K. (2010). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*, 184-194.
- Joseph, J. (2002). Twin studies in psychiatry and psychology: Science or pseudoscience? *Psychiatric Quarterly, 73*, 71-82.
- Kaplow, J. B., & Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 176-187.

- Kim, J., & Cicchetti, D. (2003). Social self-efficacy and behavior problems in maltreated and nonmaltreated children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *32*, 106-117.
- Lambie, I., Seymour, F., Lee, A., & Adams, P. (2002). Resiliency in the victim-offender cycle in male sexual abuse. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *14*, 31-48.
- Loftus, E. F. (1993). The reality of repressed memories. *American psychologist*, *48*, 518-537.
- Lundqvist, G., Hansson, K., & Svedin, C. G. (2004). The influence of childhood sexual abuse factors on women's health. *Nordic Journal of Psychiatry*, *58*, 395-401.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology*, *13*, 233-254.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E. et al. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *The American Journal of Psychiatry*, *158*, 1878-1883.
- Maestriperi, D. (2005). Early experience affects the intergenerational transmission of infant abuse in rhesus monkeys. *PNAS*, *102*, 9726-9729.
- Magnussen, S. (2004). *Vitnepsykologi. Pålitelighet og troverdighet i dagligliv og rettssal*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, *73*, 1525-1542.
- Morgan, C. A., Wand, S., Southwick, S. M., Rasmusson, A., Hazlett, G., Hauger, R. L. et al. (2000). Plasma neuropeptide-Y concentrations in humans exposed to military survival training. *Biological Psychiatry*, *47*, 902-909.
- Nijenhuis, E. R. S. (2004). *Somatiform dissociation: Phenomena, measurement, & theoretical issues*. New York: Norton & Company.



- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the traumatic experiences checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 200-210.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1999). The traumatic experiences checklist (TEC). I E. R. S. Nijenhuis (red.), *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues* (s. 188-193). Assen: Van Gorcum.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33, 331-342.
- Perry, B. D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 240-255.
- Plattner, B., Silvermann, M. A., Redlich, A. D., Carrion, V. G., Feucht, M., Friedrich, M. H. et al. (2003). Pathways to dissociation: Intrafamilial versus extrafamilial trauma in juvenile delinquents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 781-788.
- Plomin, R., McClearn, G. E., Pedersen, N. L., Nesselroade, J. R., & Bergeman, C. S. (1988). Genetic influence on childhood family environment perceived retrospectively from the last half of the life span. *Developmental Psychology*, 24, 738-745.
- Raaheim, A., & Raaheim, K. (2004). *Psykologiske fagord. Fra engelsk til norsk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Read, J., Agar, K., Barker-Collo, S., Davies, E., & Moskowitz, A. (2001). Assessing suicidality in adults: Integrating childhood trauma as a major risk factor. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 367-372.
- Reigstad, B., Jørgensen, K., & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalences and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 58-66.

- Schreier, A., Wolke, D., Thomas, K., Horwood, J., Hollis, C., Gunnell, D. et al. (2009). Prospective study of peer victimization in childhood and psychotic symptoms in a nonclinical population at age 12 years. *Archives of General Psychiatry*, *66*, 527-536.
- Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., & Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health. Prospective study in males and females. *British Journal of Psychiatry*, *184*, 416-421.
- Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Guterman, E., & Abbott, C. B. (2006). Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse & Neglect*, *30*, 283-306.
- Svedin, C. G., Nilsson, D., & Lindell, C. (2004). Traumatic experiences and dissociative symptoms among Swedish adolescents. A pilot study using Dis-Q-Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, *58*, 349-355.
- Thornberry, T. P., Henry, K. L., Ireland, T. O., & Smith, C. A. (2010). The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment. *Journal of Adolescent Health*, *46*, 359-365.
- Van Den Eede, F., Moorkens, G., Hustijn, W., Van Houdenhove, B., Cosyns, P., Sabbe, B. G. C. et al. (2008). Combined dexamethasone/corticotropin-releasing factor test in chronic fatigue syndrome. *Psychological Medicine*, *38*, 963-973.
- Vythilingam, M., Heim, C., Newport, J., Miler, A. H., Anderson, E., Bronen, R. et al. (2002). Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 2072-2080.
- Waller, N. G., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analyses of dissociative experiences. *Psychological Methods*, *1*, 300-321.
- Weber, K., Rockstroh, B., Borgelt, J., Awiszus, B., Popov, T., Hoffmann, K. et al. (2008). Stress load during childhood affects psychopathology in psychiatric patients. *BMC Psychiatry*, *8*:63.

Widom, C. S., & Morris, S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part 2. Childhood sexual abuse. *Psychological Assessment*, 9, 34-46.

World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization. Norsk utgave: (1999). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.