



Kandidatspeciale 2021

Jasmina Ida Ahuja & Maria Haugaard Rasmussen

Klientkarakteristika som prædiktorer for behandlingsoutcomet hos senhenvendende klienter udsat for seksuelle overgreb

Vejleder: Karen-Inge Karstoft

Afleveret den: 20 december 2021

Anslag: 245.325 (NS = 102,5).

Abstract

The thesis examines which client characteristics, namely the degree of PTSD-symptoms, earlier traumas and exposure to sexual assault in childhood, the relationship to the perpetrator, comorbidity, age at the time of the sexual assault and profession are predictive of a poor treatment outcome in clients who apply late to treatment and experience sequelae after exposure to sexual assault in adulthood.

The first part of the thesis illustrate how victims of sexual assault are a heterogeneous group that develops several and diverse sequelae which vary in degrees. As a consequence, victims of sexual assault are a treatment-requiring and treatment-resistant group. However, the predictive value of client characteristics to the treatment outcome cannot be established due to the sparse literature in this field.

The second part of the thesis contribute to the sparse research on client characteristics by investigating which client characteristics that are predictive of a poor treatment outcome in clients who apply late to treatment and experience sequelae after exposure to sexual assault in adulthood. The study has two outcome measures in terms of PDS-score and wellbeing-score. These are assessed by questionnaires at baseline, the fifth treatment session and at the last treatment session. To investigate the research question two hierarchical multiple regression analysis were conducted. The results indicated that the degree of hyperarousal - symptoms at baseline, the degree of intrusion - symptoms at baseline, the number of earlier traumas and the presence of a comorbid disorder are all client characteristics that are significant predictors of a poor treatment outcome given that clients with these characteristics ended the treatment with a higher PDS-score compared to the remaining clients. The second regression analysis indicated that the degree of hyperarousal - symptoms at baseline, public income support and the presence of a comorbid disorder are significant predictors of a poor treatment outcome given that clients with these characteristics ended the treatment with a lower wellbeing-score compared to the remaining clients.

However, there are several limitations in the study. Future studies are thus recommended to investigate the research question from this thesis further, however, subject to the limitations that apply in this current study.

Indholdsfortegnelse

DEL I: EN TEORETISK OG EMPIRISK GENNEMGANG	6
INDLEDNING (M & J).....	6
PROBLEMFORMULERING (M & J).....	8
SPECIALETS OPBYGNING (M)	9
BEGREBSAFKLARING	11
<i>Seksuelt overgreb (J)</i>	11
<i>Senfølger (M)</i>	11
<i>Klientkarakteristika (J)</i>	11
<i>Senhenvendende klienter versus akutte klienter (M)</i>	11
<i>Trivsel (J)</i>	11
<i>Tidligere traumer (M)</i>	12
<i>Interpersonelle traumer & non-interpersonelle traumer (J)</i>	12
SEKSUELLE OVERGREB SOM GENSTANDSOMRÅDE (J)	13
PSYKOLOGISKE SENFØLGER EFTER SEKSUELLE OVERGREB I VOKSENLIVET (J).....	14
POSTTRAUMATISK STRESSFORSTYRRELSE (J)	14
<i>Diagnostiske kriterier for PTSD (J)</i>	14
<i>Prævalens og epidemiologi (J)</i>	16
<i>Symptomatiske mønstre af PTSD efter seksuelle overgreb (J)</i>	17
SEKUNDÆRE SENFØLGER (M)	19
<i>Angst (M)</i>	19
<i>Depression (M)</i>	20
<i>Andre senfølger - misbrugsproblemer og sociale udfordringer (M)</i>	21
<i>Delkonklusion: senfølger (M & J)</i>	22
EMOTIONEL PROCESSERINGS-TEORI (EPT) (J).....	23
PTSD SET UD FRA ET EPT-PERSPEKTIV (J)	23
<i>Adaptive versus maladaptive frygt-emotionsstrukturer (M)</i>	24
<i>Dysfunktionelle kognitive fortolkninger & mangelfuld emotionel bearbejdning (J)</i>	27
Forskelle i individets dysfunktionelle kognitive fortolkninger som funktion af traumetype (J)	28
Forskelle i individets dysfunktionelle kognitive fortolkninger set ift. depression og angst (M)	30
<i>Tidligere traumer (J)</i>	31
<i>Mekanismernes vigtighed i forhold til behandling (M)</i>	34
BEHANDLING AF SENFØLGER EFTER SEKSUELLE OVERGREB (M)	35
EFFEKTSTUDIER AF PE (M)	36
KAT SOM BEHANDLINGSTILGANG (J)	37
FORSKEL I BEHANDLINGSEFFEKTER OG MULIGE ÅRSAGER TIL DISSE (J)	37
DELKONKLUSION: BEHANDLING (M)	40

KLIEN TKARAKTERISTIKA (M & J)	41
GRADEN AF PTSD-SYMPTOMER (J)	41
<i>Genoplevelse (M)</i>	41
<i>Undgåelse (M)</i>	42
<i>Alarmberedskab (J)</i>	43
<i>Opsummering (J)</i>	44
TIDLIGERE TRAUMER (M)	45
<i>Udsættelse for seksuelle overgreb i barndommen (M)</i>	47
RELATION TIL KRÆNKER (J).....	48
KOMORBIDITET (M).....	51
ALDER VED OVERGREB (J)	52
PROFESSION (J)	53
ET GENERELT KRITISK BLIK PÅ DE INDDRAGEDE STUDIER (M & J)	54
<i>Kritik af outcomemål (J)</i>	54
<i>Sample bias (M)</i>	55
<i>Definering og operationalisering af seksuelle overgreb (M)</i>	55
<i>Forskellige screeningsværktøjer (M)</i>	56
<i>Forskel i antallet og indholdet af prædiktorer der undersøges (J)</i>	56
<i>Korrelation og kausalitet (M)</i>	56
<i>Retrospektivitet og selvrapportering (J)</i>	57
DELKONKLUSION: KLIEN TKARAKTERISTIKA (J & M)	57
DEL II: EN UNDERSØGELSE AF KLIEN TKARAKTERISTIKA SOM PRÆDIKTORER FOR	
BEHANDLINGSOUTCOME (M)	58
METODE	58
DELTAGERE (M).....	58
PROCEDURE (J).....	59
SCREENINGSVÆRKTØJER (J)	60
<i>WHO-5 trivselsindeks (J)</i>	60
<i>Posttraumatic Diagnostic Stress Scale (PDS) (J)</i>	60
<i>Undersøgelsens to outcomemål (J)</i>	60
DATABEHANDLING (M)	61
RESULTATER	62
DEMOGRAFISK DATA (J)	62
FORBEDRING OVER TID (J)	64
KORRELATIONS - OG VARIANSANALYSER (M)	64
<i>Uafhængig t-test (M)</i>	65
<i>Seksuelle overgreb tidligere i livet (M)</i>	65
<i>Komorbiditet (M)</i>	65
<i>Envejs ANOVA (M)</i>	66

HIERARKISK MULTIPLE REGRESSION (J).....	66
<i>Prædiktorer for højere PDS-score ved sidste behandlingssession (J)</i>	66
<i>Prædiktorer for højere trivsels-score ved sidste session (J)</i>	69
DISKUSSION (M & J).....	71
GRADEN AF PTSD-SYMPTOMER (J).....	71
RELATION TIL KRÆNKER (M).....	75
TIDLIGERE TRAUMER (M).....	77
<i>Udsættelse for seksuelle overgreb tidligere i livet (M)</i>	78
ALDER VED OVERGREB (J).....	79
KOMORBIDITET (M).....	80
PROFESSION (J).....	82
BEGRÆNSNINGER (M & J)	84
DATASÆTTET SOM EN BEGRÆNSNING (M).....	84
SAMPLE OG REPRÆSENTATIVITET (J).....	84
ANDRE RELEVANTE PRÆDIKTORVARIABLE (J).....	85
TRIVSEL SOM SEKUNDÆRT OUTCOMEMÅL (M).....	87
INDDRAGELSE AF FLERE TEORETISKE PERSPEKTIVER (M).....	89
SEKSUELLE OVERGREB OG DEN SENHENVENDENDE KLIENTGRUPPE SOM GENSTANDSFELT (J)	90
RESULTATERNES ANVENDELIGHED (J)	91
KONKLUSION (M & J).....	93
FREMTIDIGE ANBEFALINGER (M).....	95
REFERENCELISTE.....	97
SELVVALGT LITTERATUR. NS = 3238	97
SUPPLERENDE LITTERATUR	112

Del I: En teoretisk og empirisk gennemgang

Indledning (M & J)

Seksuelle overgreb er en generel betegnelse, der dækker over en lang række kriminelle forbrydelser, hvor seksuel aktivitet sker uden samtykke. Disse kriminelle forbrydelser inkluderer for eksempel voldtægt, partner voldtægt, seksuelle tilnærmelser og kontakt hvor offeret er bedøvet med narkotika, uønsket seksuel kontakt, seksuel udnyttelse og andre relaterede forseelser (Andersen, 2020). I år 2018 blev det estimeret, at knap 3 % af alle kvinder i Danmark havde været udsat for et seksuelt overgreb inden for det sidste år, hvilket svarer til 87.134 kvinder (Deen et al., 2018). Ydermere antyder flere studier, at mellem 13 % til 25 % af alle kvinder på et givent tidspunkt i deres liv vil blive udsat for et seksuelt overgreb, hvorfor omfanget af seksuelle overgreb således er større, end man tidligere har antaget (Andersen, 2020; Elliot et al., 2004; Foa & Rothbaum, 1998).

På baggrund af dette har de psykologiske konsekvenser og senfølger efter seksuelle overgreb været emne for omfattende forskning de seneste årtier. Her er det generelt fundet at ofre for seksuelle overgreb sammenlignet med andre kriminalitetsofre og ofre udsat for non-interpersonelle traumer, i højere grad lider af omfattende psykiske, fysiske og sociale senfølger (Foa & Rothbaum, 1998; Kelley et al., 2009; Russel & Davis, 2007; Thomas et al., 2021). Voldtægtsofre og individer udsat for seksuelle overgreb har eksempelvis større risiko for at udvikle psykiske problemer såsom posttraumatiske stressforstyrrelse (PTSD), angst, depression og misbrugsproblemer. Ligeledes synes de at udvise flere problematikker i interpersonelle relationer, nedsat funktion i arbejds - og/eller familiemiljø og flere seksuelle dysfunktioner (Foa & Riggs, 1995; Foa & Rothbaum, 1998; Russel & Davis, 2007; Thomas et al., 2021). Det er også på denne baggrund, at der ses en høj grad af komorbiditet hos ofre udsat for seksuelle overgreb (Foa & Rothbaum, 1998; Weaver et al., 2000).

Udsættelse for et seksuelt overgreb synes således at blive hæmmende for individets generelle funktionsniveau på tværs af interpersonelle, sociale og emotionelle aspekter af individets liv (Resick, 1993; Russel & Davis, 2007; Thomas et al., 2021). Som konsekvens af dette ses det derfor, at personer, udsat for sådan et traume, er en sårbar gruppe, der i overvejende grad har et væsentligt og forskelligartet behandlingsbehov, hvorfor de derfor ofte kan være svære at behandle (Resick, 1993; Rosenkranz & Muller, 2011; Weaver et al., 2000).

Selvom denne gruppe ofte kan være svær at behandle, adresseres det i flere studier, at den behandling, der på nuværende tidspunkt tilbydes individer udsat for seksuelle overgreb, i

overvejende grad er forbundet med en positiv behandlingseffekt (Foa et al. 1999; Foa & Rothbaum, 1998; Leiner et al., 2012; Rosenkranz & Muller, 2011; Rothbaum et al., 2005). Dog ses det i denne sammenhæng samtidigt også, at op mod 16,5 - 41 % af disse klienter ikke opnår hverken en klinisk eller signifikant behandlingseffekt (Dworkin, 2020; Dworkin et al., 2021; Hougaard, 2019; Foa et al., 1999; Foa & Rothbaum, 1998; Schottenbauer et al., 2008). Dette kan skyldes, at ofre for seksuelle overgreb, som tidligere beskrevet, er en meget heterogen gruppe, hvorfor disse klienter derfor kan have forskellige symptomniveauer og behandlingsbehov (de Felice et al., 2019; Foa & Riggs, 1995; Resick, 1993; Rosenkranz & Muller, 2011). Det er i behandlingsarbejdet med denne klientgruppe således vigtigt at have fokus på at tilpasse behandlingen efter klienternes forskelligheder, da disse har en afgørende betydning for behandlingseffekten (Blatt et al., 2010; Hougaard, 2019; Kazdin, 2009; Thompson - Hollands et al., 2020). Dette understøttes af effektforskningen, der har påvist, at variable knyttet til klienten (klientkarakteristika) kan forklare op mod 40 % af variansen ift. behandlingseffekten, mens 15 % af variansen kun kan forklares af behandlingsmetoden (Asay & Lambert, 1999; Hougaard, 2019).

På trods af at effektforskningen har påvist, at det er klientkarakteristika, der synes at have den største indflydelse på behandlingseffekten (Asay & Lambert, 1999; Hougaard, 2019), så er det i litteratursøgningen blevet tydeliggjort, at den nuværende forskning omhandlende ofre udsat for seksuelle overgreb, i dominerende grad, tager udgangspunkt i undersøgelser af, hvor effektive de specifikke behandlingsmetoder er til at facilitere symptomreduktion set på gruppe - og gennemsnitsniveau (Blatt et al., 2010; Foa & Riggs, 1995; Leiner et al., 2012). Ved at have dette som undersøgelsesområde opnår man ikke viden om, hvilke specifikke klientkarakteristika, der kan være prædikterende for, om en klient får mere eller mindre gavn af en given behandling (de Felice et al., 2019; Hougaard, 2019; Hyland et al., 2016; Kazdin, 2009; Thompson - Hollands et al., 2020). Forskningen indenfor dette område er på nuværende tidspunkt sparsom, og de få undersøgelser, der er lavet, har fundet modsatrettede svar på, hvilke specifikke klientkarakteristika, der kan være prædikterende for behandlingen af ofre udsat for seksuelle overgreb (Cohen & Roth, 1987; Fletcher et al., 2021; Leiner et al., 2012; Rosenkranz & Muller, 2011; Stein et al., 2012; Tarrier et al., 2000).

I henhold til dette er det ydermere tydeligt gjort, at den forskning, der er tilgængelig inden for dette genstandsfelt, hovedsageligt beskæftiger sig med behandlingen af klienter, der henvender sig kort tid efter, det seksuelle overgreb har fundet sted (den akutte fase) (Rosenkranz & Muller, 2011; Stein et al., 2012). Dette på trods af at man forskningsmæssigt ved, at klienter, der henvender sig længere tid efter overgrebet har fundet sted (senhenvendende), ofte har mere fastlåste belastnings – og traumesymptomer og ofte har et væsentligt og anderledes behandlingsbehov, end de klienter,

man møder i den akutte fase (Andersen, 2020; Hyland et al., 2016; Rothbaum et al., 1992; Ullman et al., 2007; Ward, 1998). Derudover tager meget af forskningen udgangspunkt i klienter, der har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, hvorfor der på nuværende tidspunkt ydermere mangler viden om de klienter, der har været udsat for seksuelle overgreb i voksenlivet.

På baggrund af de præsenterede mangler inden for genstandsfeltet og på baggrund af den kritik, som blev præsenteret ift. effektforskningen, synes det derfor nærliggende at undersøge, om der er specifikke klientkarakteristika, der kan være prædikerende for behandlingsoutcomet hos den senhenvendende klientgruppe udsat for seksuelle overgreb i voksenlivet.

Problemformulering (M & J)

Nærværende speciale vil derfor undersøge:

- Hvilke klientkarakteristika er prædikerende for et dårligt behandlingsoutcome hos senhenvendende klienter, der oplever senfølger efter at være udsat for seksuelle overgreb i voksenlivet?

Behandlingsoutcome refererer i nærværende opgave til graden af PTSD-symptomer og graden af trivsel efter endt behandling. Et dårligt behandlingsoutcome refererer således til de klienter i samplet, der ved sidste session har en højere PDS-score (flere PTSD-symptomer) eller en lavere trivsels-score end de resterende klienter i samplet.

Specialets opbygning (M)

Dette speciale består af to dele: en teoretisk del (I) og en empirisk undersøgelse (II). Læseren vil først blive introduceret til de mest hyppige, psykologiske senfølger, som individet udvikler efter udsættelse for et seksuelt overgreb. Efter denne gennemgang vil den emotionelle processeringsteori (EPT) præsenteres (Foa & Kozak, 1998). Dette med henblik på at kunne forklare, hvad der ligger til grund for udviklingen og vedligeholdelsen af individets traumereaktioner. Dette teoretiske perspektiv vil danne baggrund for flere af de analyser og fortolkninger, der gøres i nærværende speciale. Efter en gennemgang af teorien vil den kognitive adfærdsterapi (KAT) præsenteres, idet denne behandlingstilgang netop er rettet mod meget af det man, inden for EPT, mener danner grundlag for individets traumereaktioner. I gennemgangen af denne behandlingstilgang vil der særligt være fokus på den specifikke terapiform forlænget eksponeringsterapi (PE), da denne er førstevalget i behandlingen af ofre udsat for seksuelle overgreb samt udsprunget af EPTs grundantagelser. I behandlingsafsnittet vil der ligeledes præsenteres en række effektstudier, der relaterer sig til de førnævnte terapiformer, hvor der i denne sammenhæng vil foretages en analyse af mulige forskelle i behandlingseffekter samt årsager til disse. Denne analyse vil danne grundlag for præsentation af en række studier, der undersøger vigtige klientkarakteristika, der kan være prædikterende for en given klients behandlingsoutcome. Grundet de mangler, der er inden for nærværende genstandsfelt, vil der både inkluderes studier, der vedrører, hvordan klientkarakteristika er prædikterende for behandlingsoutcomet men også studier, der undersøger, hvordan specifikke klientkarakteristika kan være prædikterende for højere eller lavere grader af PTSD-symptomer. Dette valg er truffet på baggrund af, at det af den sparsomme forskning netop fremgår, at højere grader af PTSD-symptomer ved start-behandling er prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome. Heraf er der, i nærværende speciale, derfor lavet en antagelse om, at de klientkarakteristika, der er fundet at være prædikterende for en højere grad af PTSD-symptomer ligeledes må være prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome. De studier, der er inddraget under dette afsnit, vil sammenlignes og diskuteres ift. fund og metodologiske forskelligheder. Efter dette afsnit vil der fremlægges en generel kritik, der gør sig gældende på tværs af netop disse studier. Som afslutning på første del af specialet, vil der fremføres en kort konklusion, der opsummerer de væsentligste fund, der er gjort i de præsenterede studier omhandlende klientkarakteristika som prædiktorer. Denne konklusion vil fungere som et springbræt til specialets anden del, som er en empirisk undersøgelse baseret på data, der er indsamlet af Center for Seksuelle Overgreb (CSO) på Rigshospitalet i forbindelse med et projekt omhandlende *senfølger efter seksuelle overgreb i voksenlivet*. Disse data vil i nærværende speciale danne grundlag for en undersøgelse af, hvilke klientkarakteristika, der er prædikterende for

behandlingsoutcomet hos senhenvendende klienter, der oplever senfølger efter at være udsat for seksuelle overgreb i voksenlivet. De specifikke klientkarakteristika, der undersøges, er: genoplevelses-symptomer ved baseline, undgåelses-symptomer ved baseline, alarmberedskabs-symptomer ved baseline, relationen til krænker, komorbiditet, alder ved overgreb, tidligere traumer, udsættelse for seksuelle overgreb tidligere i livet og profession. Valget af disse klientkarakteristika er baseret på den data, der var tilgængelig fra CSO samt baseret på den sparsomme empiri, der på nuværende tidspunkt er inden for området. Undersøgelsens resultater diskuteres i relation til metodologi samt i relation til de empiriske studier, der blev præsenteret i opgavens første del. Herefter vil begrænsninger i den aktuelle undersøgelse fremhæves og vurderes. I forlængelse af dette forekommer et afsnit omhandlende resultaternes anvendelighed, hvorefter der slutteligt fremføres en konklusion, som vil blive efterfulgt af et afsnit vedrørende fremtidige anbefalinger til forskningsfeltet.

Begrebsafklaring

Seksuelt overgreb (J)

Definitionen på seksuelle overgreb inkluderer voldtægt, voldtægtsforsøg og andre fysiske seksuelle krænkelse uden samtykke, som den pågældende har oplevet som en grænseoverskridende eller traumatisk oplevelse (Andersen, 2020).

Senfølger (M)

Senfølger efter seksuelle overgreb skal forstås som en ubehandlet stress-reaktion, der kan indeholde psykiske, fysiske, interpersonelle og sociale problemer og symptomer. Disse problemer og symptomer kan udvikles enten direkte eller indirekte, som konsekvens af traumat (Andersen, 2020).

Klientkarakteristika (J)

Klientkarakteristika, også kaldet klientfaktorer eller klienteffekter, referer til demografi, attituder, træk, overbevisninger og andre faktorer ved klienten, som er associeret med den terapeutiske proces og/eller behandling (Fuertes & Nutt-Williams, 2017).

Senhenvendende klienter versus akutte klienter (M)

Der skelnes i nærværende speciale mellem akuthenvendende klienter og senhenvendende klienter. Akutte klienter er karakteriseret ved, at de henvender sig kort tid efter eller senest inden for en måned efter overgrebet er fundet sted. Senhenvendende klienter er karakteriseret ved, at de henvender sig over en måned eller længere tid efter overgrebet er fundet sted. Ved de senhenvendende klienter er det ligeledes vigtigt at pointerer, at der kan være store variationer i disse klienters henvendelsestidspunkter, idet nogle klienter henvender sig måneder efter overgrebet er fundet sted, mens andre klienter først henvender sig mange år efter overgrebstidspunktet. I nærværende opgave er hovedfokus på de senhenvendende klienter (Andersen, 2020; Krogh, 2020).

Trivsel (J)

Trivsel er defineret ud fra WHO-5 trivselsindeks, og er et udtryk for individets velbefindende, idet det henviser til individets subjektive oplevelse af egen situation set ift. at føle sig godt tilpas i de omgivelser, individet er i. Denne subjektive oplevelse skabes af erfaringer og i mødet med tilværelsen (Topp et al., 2015).

Tidligere traumer (M)

Tidligere traumer defineres i denne opgave ud fra PTSD-diagnosens kriterium A, som indebærer: at individet enten; har været udsat for, været vidne til eller på anden vis er blevet konfronteret med en oplevelse, som har ført til reel fare eller trusler om; død, alvorlig tilskadekomst eller seksuelle overgreb hos sig selv eller andre (Friedman & Resick, 2014).

Interpersonelle traumer & non-interpersonelle traumer (J)

Ifølge Allen (2008) kan man differentiere traumatiske begivenheder i hhv. interpersonelle eller non-interpersonelle traumer. *Interpersonelle traumer* henviser til traumer, der forstås som værende påført intentionelt af et andet individ (dette kan f.eks. være traumatiske begivenheder, såsom overfald, overgreb, kidnapning, krig og terrorisme). *Non-interpersonelle traumer* henviser derimod til traumer, som ikke er påført intentionelt af et andet menneske (det kan f.eks. dreje sig om naturkatastrofer, trafikulykker eller andre typer af ulykker). Ifølge Sørensen (2005) er det dog vigtigt at pointere, at skadevirkningen på tillid, tilknytning og opfattelsen af verden øges betragteligt, såfremt den traumatiske hændelse er af interpersonel karakter.

Seksuelle overgreb som genstandsområde (J)

I indledningen blev det pointeret, at det er begrænset, hvor meget af forskningen, der har beskæftiget sig med klientkarakteristika, der er prædikerende for behandlingsoutcomet hos senhenvendende klienter udsat for seksuelle overgreb i voksenlivet. Grundet denne mangel, har vi, i dette aktuelle speciale, derfor været nødsaget til at inddrage artikler, som undersøger tilgrænsende populationer. På denne baggrund inddrages studier, der undersøger: 1) individer, der har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, 2) den akutte klientgruppe udsat for seksuelle overgreb, 3) prædiktionen af højere eller lavere grad af PTSD-symptomer. Det er i denne sammenhæng dog vigtigt at pointere, at resultaterne fra de tilgrænsende populationer ikke direkte kan overføres til populationen af senhenvendende klienter udsat for seksuelle overgreb, idet der er forskel på de forskellige grupper. Eksempelvis er hos individer udsat for seksuelle overgreb i barndommen et udviklingsperspektiv, der skal tages i betragtning. Dette set ift. at udsættelse for seksuelle traumer i barndommen påvirker barnets udviklingsprocesser, hvorfor børn derfor også ofte udviser andre psykiske problemer sammenlignet med voksne (Yuan et al., 2006). Derudover reagerer børn anderledes end voksne på dette traume, idet de har underudviklede copingstrategier (Messman-Moore et al., 2000; Sareen et al., 2021; Yuan et al., 2006). Ift. den akutte klientgruppe skal det medtænkes, at de udvikler en høj grad af PTSD-symptomer, lige efter traumet er sket, hvor der hos mange af disse ses naturlig recovery (Kilpatrick, 2007; Möller et al., 2014; Rothbaum et al., 1992). Hos senhenvendende klienter ses det derimod, at PTSD-symptomerne er blevet langt mere konsoliderede og fastlåste (Andersen, 2020; Hyland et al., 2016; Rothbaum et al., 1992; Ullman et al., 2007; Ward, 1998). Der synes altså at være forskel i de to gruppers symptombilleder, hvilket kan have en betydning for, hvordan de forskellige grupper responderer på behandling (Andersen, 2020; Hyland et al., 2016; Rothbaum et al., 1992).

På trods af, at der er en række forskelle mellem de førnævnte populationer og den senhenvendende population, er de til stadighed blevet inddraget, da man må antage, at der må være nogle af de samme tendenser, som gør sig gældende på tværs af de forskellige populationer (Rothbaum et al., 1992; Yuan et al., 2006). Omend man dog i sammenligningen af studierne skal være opmærksom på de forskelligheder, der er præsenteret ovenfor.

Psykologiske senfølger efter seksuelle overgreb i voksenlivet

(J)

De psykologiske senfølger, individet udvikler som følge af et seksuelt overgreb, er ofte omfangsrige og komplekse og fører ofte til udfordringer, som interfererer med relationelle, sociale og emotionelle aspekter af individets liv (Dworkin, 2020; Foa & Rothbaum, 1998; Friedman & Resick, 2014; Petrak, 2004; Weaver et al., 2000). Heraf synes der derfor at være en association mellem udsættelse for seksuelle overgreb og en række forskellige psykopatologiske tilstande. I henhold til dette, ses det i forskningen, at mange ofre udsat for seksuelle overgreb, i dominerende grad, udvikler mange af de posttraumatiske reaktioner, som er indeholdt i PTSD (Dworkin, 2020; McLean & Foa, 2016). Heraf anses PTSD derfor som værende den primære senfølge, der er hyppigst forekommende hos ofre udsat for seksuelle overgreb. Nærværende afsnit vil på denne baggrund indeholde en redegørelse af denne diagnose, hvor der tages udgangspunkt i de diagnostiske kriterier for PTSD i DSM-5, da det oftest er det klassifikationssystem, der anvendes i forskningssammenhæng, samt i de artikler, der er inddraget i specialet.

Posttraumatisk stressforstyrrelse (J)

PTSD er en udbredt stressrelateret lidelse, der opstår som følge af én eller flere traumatiske hændelser, og som medfører belastende symptomer for individet (Buhmann & Videbech, 2018; Friedman & Resick, 2014). Seksuelt overgreb anses netop som et traume, som kan føre til posttraumatiske reaktioner, hvorfor PTSD også i mange tilfælde synes at være beskrivende for mange af de traumereaktioner, psykiske symptomer og heraf senfølger, som forekommer som følge af et seksuelt overgreb (Foa & Riggs, 1995; Foa & Rothbaum, 1998). For at et individ overhovedet kan få tildelt PTSD, så kræver det, at individet opfylder en række forskellige kriterier inden for selve diagnosen (Friedman & Resick, 2014).

Diagnostiske kriterier for PTSD (J)

For at få tildelt PTSD, skal individet opfylde en række kriterier. Individet skal først og fremmest opfylde kriteriet A (stressor kriteriet), der indebærer, at symptomerne skal være opstået efter et traume af betydeligt omfang. Efterfølgende skal individet opfylde en række symptomer inden for de fire symptomklynger: (B): *Genoplevelse*, (C): *Undgåelse*, (D): *Negative ændringer i kognition og humør* og (E): *Øget alarmberedskab*, for at få tildelt PTSD (Friedman & Resick, 2014). Gennemgangen af de diagnostiske kriterier er baseret på Friedman & Resick (2014, p. 24), og vil præsenteres i tabel 1.

Tabel 1:*Diagnostiske Kriterier for PTSD ud fra DSM-5 i Friedman & Resick, (2014)*

Kriterium	Diagnostiske kriterier
A: Stressor-kriterium:	Dette kriterium indebærer, at individet enten; direkte har været udsat for, været vidne til eller på anden vis er blevet konfronteret med en oplevelse, som har ført til reel fare eller trusler om; død, alvorlig tilskadekomst eller seksuelle overgreb hos sig selv eller andre.
B: Genoplevelse:	Dette kriterium vedrører, at individet oplever mindst ét af følgende intrusive symptomer forbundet med den traumatiske oplevelse: ▪ Tilbagevendende, ufrivillige og påtrængende erindringer om den traumatiske begivenhed. ▪ Gentagne, forstyrrende drømme, hvor drømmens indhold er relateret til den traumatiske begivenhed. ▪ Oplevelse af dissociation (for eksempel flashbacks), hvor individet føler som om den traumatiske begivenhed gentager sig. ▪ Stærk og vedvarende psykologisk "distress" ved eksponering for interne eller eksterne signaler, der er forbundet med den traumatiske oplevelse. ▪ Stærke fysiologiske reaktioner ved eksponering for påmindelse om den traumatiske begivenhed
C: Undgåelse:	Hyppig undgåelse af stimuli i forbindelse med den traumatiske begivenhed. Ét eller begge af følgende symptomer: ▪ Undgåelse af eller forsøg på at undgå tanker, følelser eller smertefulde erindringer, som er associeret med den traumatiske begivenhed. ▪ Undgåelse af eller forsøg på at undgå eksterne påmindelser, der frembringer erindringer om den traumatiske begivenhed.
D: Negative ændringer i kognition/humør:	Mindst to (eller flere) af følgende negative ændringer i kognition og humør, der er opstået eller forværret efter den traumatiske hændelse har fundet sted: ▪ Manglende evne til at huske vigtige aspekter af den traumatiske begivenhed. ▪ Forhøjede og vedvarende negative overbevisninger eller evalueringer om en selv, andre eller verden. ▪ Forvrængede og vedvarende kognitioner omkring den traumatiske begivenheds årsag samt konsekvenser, der er medfører, at skylden bliver lagt over på andre eller en selv. ▪ Negativ følelsesmæssig tilstand (vrede, frygt, skyld, skam), der er gennemgribende og vedvarende. ▪ Markant tab af eller mindsket interesse for forhenværende vigtige og betydningsfulde aktiviteter. ▪ Følelse af at være løsrevet fra andre eller fremmedgørelse fra andre. ▪ En manglende evne til at opleve positive følelser (lykke, glæde).

E: Øget alarmberedskab:	To eller flere af følgende ændringer i arousal og reaktivitet (øget alarmberedskab), der er opstået eller forværret efter den traumatiske hændelse har fundet sted: ▪ Aggressiv eller irriterbar adfærd. ▪ Selvdestruktiv eller impulsiv adfærd. ▪ Følelse af hele tiden at være på vagt (hypervigilitet). ▪ Ekstreme reaktioner ved forskrækkelse. ▪ Vanskeligheder med koncentrationen. ▪ Søvnproblematikker.
F: Varighed:	Symptomerne fra kriterium <i>B</i> , <i>C</i> , <i>D</i> & <i>E</i> varer i mere end en måned.
G: Funktionsnedsættelse:	Symptomerne medfører betydelig forringelse eller funktionsnedsættelse i flere signifikante kontekster og områder af individets liv såsom sociale og erhvervsmæssige.
H: Medicinsk eller stofinduceret ætiologi udelukkes:	Symptomerne skyldes ikke en medicinsk tilstand, brug af stoffer eller alkohol eller anden organisk lidelse.

Prævalens og epidemiologi (J)

PTSD eller symptomer herpå betegnes flere steder i litteraturen som den primære senfølge hos ofre udsat for seksuelle overgreb, hvilket understøttes af den høje prævalens af PTSD, der forekommer i denne målgruppe (Dworkin, 2020; Dworkin et al., 2021; Foa & Rothbaum, 1998; Rothbaum et al., 1992).

Flere studier advokerer, at ofre udsat for seksuelle overgreb har den største risiko for at udvikle PTSD sammenlignet med ofre udsat for andre typer af traumer såsom overfald, trafikuheld, naturkatastrofer og pludselig tab af en nær relation (Foa & Rothbaum, 1998; Riggs et al., 1995; Russel & Davis, 2007; Sareen et al., 2021). Eksempelvis er det fundet, at livstidsprævalensen for at udvikle PTSD, som følge af seksuelle overgreb, ligger mellem 30 - 50 % (Chivers-Wilson, 2006; Kilpatrick, 2007). Til sammenligning er det fundet, at livstidsprævalensen for PTSD ligger på 9.4 % efter udsættelse for non-interpersonelle traumer (Dworkin, 2020; Kilpatrick, 2007; Petrak, 2004; Kessler et al., 2005; Schnurr et al., 2002; Zinzow et al., 2012).

At PTSD er hyppigt forekommende hos ofre for seksuelle overgreb, fremgår ligeledes af et prospektivt studie af Rothbaum et al. (1992), der undersøgte tilstedeværelse af PTSD i et sample bestående af 95 kvinder udsat for dette traume. I studiet fandt man, at op mod 94 % af disse kvinder opfyldte symptomkriterierne, dog ikke tidskriteriet, for PTSD i løbet af de første uger efter overgrebet. Studiet fandt ligeledes, at 47 % af samplet fortsat opfyldte PTSD-kriterierne tre måneder efter overgrebet, mens helt op mod 41.7 % til stadighed opfyldte kriterierne efter ni

måneder. I dette studie blev der ydermere lavet et 17-årigt followup, hvor det blev fundet, at 16,5 % af dette sample fortsat opfyldte kriterierne for PTSD på dette tidspunkt (Foa & Rothbaum, 1998; Rothbaum et al., 1992). Disse fund understøttes af et nyere metastudie af Dworkin et al. (2021), der i en metaanalyse fandt, at op mod 42 % af de kvinder, der var blevet udsat for et seksuelt overgreb, stadig opfyldte PTSD-kriterierne et år efter det seksuelle overgreb havde fundet sted. I tråd med dette fandt Ullman et al. (2007), at 67,7 %, af et sample bestående af 1084 kvinder, opfyldte kriterierne til PTSD, selvom gennemsnitstiden, fra overgrebet fandt sted til undersøgelsen blev lavet, var 13,2 år.

Disse præsenterede studier peger således alle i retningen af, at PTSD er en ofte forekommende senfølge efter udsættelse for seksuelle overgreb, samt at PTSD-symptomerne synes at være kroniske for mange i denne målgruppe. Dette underbygger vigtigheden af, at man ikke kun ser på individets PTSD-symptomer i den akutte fase, idet senfølgerne hos en stor del af disse ofre er vedvarende lang tid efter overgrebet har fundet sted (Dworkin, 2021; Foa & Rothbaum, 1998).

Symptomatiske mønstre af PTSD efter seksuelle overgreb (J)

Selvom PTSD bliver defineret som én sammenhængende diagnose, så er det vigtigt at understrege, at ofre udsat for seksuelle overgreb ikke alle udvikler samme symptomatiske mønstre. Dette fordi, der er en stor heterogenitet i de kriterier, individet skal opfylde for at få tildelt PTSD (Foa & Riggs, 1995; Friedman & Resick, 2014). Dette kan ses i lyset af, at PTSD ikke er en endimensionel enhed (Foa & Riggs, 1995). Ofre for seksuelle overgreb kan derfor udvikle forskellige grader af PTSD og i den sammenhæng heraf udvikle forskellige symptomniveauer indenfor de forskellige symptomklynger. På denne baggrund kan to personer udsat for seksuelle overgreb begge få tildelt PTSD diagnosen, på trods af, at de ikke har nogle symptomer til fælles, men såfremt de opfylder det antal kriterier, der skal opfyldes, kan de begge få tildelt diagnosen (Hougaard, 2019; Foa & Riggs, 1995; Resick, 1993).

På trods af, at man ikke ser én homogen PTSD-reaktion hos ofre for seksuelle overgreb, så tyder meget forskning dog på, at der alligevel er nogle typiske PTSD-symptommønstre i denne målgruppe, som adskiller sig fra de PTSD-symptomer, som ofre for andre traumetyper udvikler (Kelley et al., 2009; Kuwert et al., 2014; Russel & Davis, 2007; Thomas et al., 2021).

Et studie, der netop understøtter denne påstand, er et studie udført af Kelley et al. (2009). I dette studie sammenlignede man PTSD-symptommønstre på tværs af 3 forskellige grupper udsat for forskellige traumetyper. Disse grupper bestod af: 1) ofre for seksuelle overgreb (SA, n = 86), 2) ofre der har været involveret i trafikulykke (MVA, n = 162) og 3) individer som har oplevet

pludseligt tab af en nær relation (SUD, $n = 185$). I dette studie blev det fundet, at SA-gruppen havde signifikant højere symptomniveauer på tværs af klyngerne; genoplevelse, undgåelse og alarmberedskab, når man sammenlignede denne gruppe med MVA og SUD. Dette tydeliggør at ofre for seksuelle overgreb ikke kun har en betinget øget risiko for at udvikle PTSD (som det blev præsenteret i specialets prævalens afsnittet), men at ofre for seksuelle overgreb overordnet set også har tendens til at udvikle højere grader af PTSD-symptomer sammenlignet med andre traume-grupper. Dette underbygges yderligere af, at dette studie ikke fandt en signifikant forskel, når man sammenlignede MVA med SUD på klyngeniveau (Kelley et al., 2009).

Et andet studie, der støtter op om disse fund, er et studie af Kuwert et al. (2014). Dette studie sammenlignede de langvarige senfølger, der kan opstå efter seksuelle overgreb med de langvarige senfølger, der kan opstå efter non-seksuelle traumer. Denne undersøgelse blev udført på en population bestående af ældre kvinder ($N = 27$), der havde været medvirkende i anden verdenskrig, og som enten havde været udsat for seksuelle overgreb under denne krig, eller havde været udsat for non-seksuelle traumer herunder. Undersøgelsen blev udført i år 2009, hvilket betyder, at undersøgelsen er retrospektiv, da den først er lavet mange år efter krigen, fandt sted. De fandt, at kvinder udsat for seksuelle overgreb under anden verdenskrig, udviste en højere grad af PTSD-relaterede symptomer inden for symptom-klyngerne undgåelse og øget alarmberedskab, sammenlignet med kvinder, udsat for non-seksuelle traumer. Derudover udviste kvinderne udsat for seksuelle overgreb, generelt højere grader af PTSD-symptomer sammenlignet med kvinder udsat for non-seksuelle traumer under krigen. I fortolkningen af disse resultater skal der dog tages forbehold for det lave antal af deltagere, som dette studie er baseret på. Derudover skal der tages forbehold for, at de traumereaktioner, kvinderne i undersøgelsen udviser, ikke kun er betinget af det undersøgte traume men også kan være betinget af et krigstraume. Disse forbehold er vigtige, da de kan have betydning for gyldigheden af studiets resultater (Coolican, 2017; Punch, 2014).

Set ift. de præsenterede studier, så synes PTSD samt symptomer herpå altså at være en hyppig forekommende senfølge hos ofre udsat for seksuelle overgreb. I henhold til dette er det dog vigtigt at pointere, at det ikke er alle ofre udsat for seksuelle overgreb, som opfylder nok kriterier til at få tildelt PTSD. Dog er det værd at understrege, at selvom disse ofre ikke får tildelt PTSD, så udvikler mange i denne gruppe alligevel eleverede PTSD-symptomer indenfor eller på tværs af de forskellige symptomklynger (Foa & Rothbaum, 1998; Kilpatrick, 2007; Stein et al., 1997). Denne opmærksomhed er essentiel, idet det af flere studier fremgår, at denne gruppe oftest også er behandlingskrævende, selvom de ikke opfylder nok kriterier til at få tildelt PTSD (Dworkin et al., 2021; Foa & Riggs, 1995; Foa & Rothbaum, 1998; Kilpatrick, 2007; Stein et al., 1997). Årsagen til dette skal findes i, at de forskellige eleverede PTSD-symptomer hver især både er

interfererende og funktionsnedsættende i mange meningsfulde aspekter af ofrenes liv (Foa & Riggs, 1995; Foa & Rothbaum, 1998; Kilpatrick, 2007; Stein et al., 1997). Ofre, der har udviklet reel PTSD og ofre med eleverede PTSD-symptomer, er altså begge grupper, der har behov for hjælp og behandling til at få bearbejdet traumet. Disse grupper kan dog have forskelligartede behandlingsbehov (Dworkin et al., 2021; Foa & Riggs, 1995; Foa & Rothbaum, 1998; Kilpatrick, 2007; Stein et al., 1997).

Sekundære senfølger (M)

I respektive afsnit er det blevet tydeliggjort at PTSD eller eleverede PTSD-symptomer synes at være en hyppigt forekommende senfølge, der er beskrivende for mange af de udfordringer, som ofre for seksuelle overgreb udvikler (Dworkin et al. 2021; Petrak, 2004; Schnurr et al., 2002; Zinzow et al., 2012). I denne sammenhæng er det dog essentielt at påpege, at på trods af, at PTSD er den primære senfølge efter seksuelle overgreb, så er der i de senere år også kommet fokus på en række andre senfølger, som også er hyppigt forekommende i forbindelse med et sådant traume (Schnurr et al., 2002). Disse er defineret som sekundære senfølger, da de kan være: 1) enkeltstående følgetilstande til den traumatiske hændelse eller 2) komorbide tilstande til PTSD (Dworkin, 2020; Elklit et al., 2021; Schnurr et al., 2002). Uanset hvordan de sekundære senfølger kommer til udtryk, så er de essentielle at belyse, da de kan være faciliterende for samt interferere med graden af de PTSD-symptomer, som individet udvikler (Elklit et al., 2021; Resick & Schnicke, 1990; Sareen et al., 2021; Schnurr et al., 2002; Stein et al., 2012). Yderligere skal de sekundære senfølger tillægges opmærksomhed, da de også kan spille en afgørende rolle for, hvor godt eller dårligt en klient responderer på en given behandling (Elklit et al., 2021; Foa & Rothbaum, 1998; Sareen et al., 2021; Schnurr et al., 2002; Stein et al., 2012). Ifølge Sareen et al. (2021) og Foa & Rothbaum (1998) er de mest typiske sekundære senfølger samt komorbide tilstande til PTSD: depression, angst, alkohol - og/eller stofmisbrug, hvorfor disse vil præsenteres i nedenstående afsnit. Dog er det i denne sammenhæng essentielt at påpege, at de psykologiske senfølger ikke kun begrænser sig til dem, der er belyst i nærværende opgave (Curtis, 2006; Ullman et al., 2013; van Berlo & Ensink, 2000; Zinzow et al., 2012).

Angst (M)

Angst er en udbredt sekundær senfølge blandt ofre udsat for seksuelle overgreb. Dette da der, ses en høj komorbiditet samt et stort symptomoverlap mellem angst og den primære senfølge PTSD (Foa & Rothbaum, 1998; Sareen et al., 2021). Yderligere da det gentagne gange er fundet, at ofre for seksuelle overgreb ofte er udfordret af samt udviser svære angstsymptomer efter disse

overgreb (Elklit & Shevlin, 2013; Resick & Schnicke, 1990; Sareen et al., 2021). Et studie, der understøtter sidstnævnte argument, er et ældre studie af Veronen & Kilpatrick (1980). Ved at gøre brug af instrumentet "*The Modified Fear Survey*" (MFS), der specifikt er designet til at vurdere angstsymptomer hos ofre for seksuelle overgreb, undersøgte forfatterne til studiet, hvorvidt denne gruppe udviste flere eller færre angstsymptomer end personer, der ikke har været udsat for dette traume. De fandt, at ofre udsat for seksuelle overgreb havde signifikant højere angst-scorer på 7 ud af 8 MFS subskalaer end den anden gruppe. Dette fund gjorde sig gældende ved samtlige målinger foretaget 6 uger, 1 måned, 3 måneder, 6 måneder og 1 år efter overgrebene havde fundet sted (Veronen & Kilpatrick, 1980).

Et nyere studie, der ligeledes har beskæftiget sig med seksuelle overgreb og angst, er et dansk case kontrol studie af Elklit & Shevlin (2013). Efter at have kontrolleret for demografi og tidligere psykiatriske diagnoser, fandt de, at ofre udsat for seksuelle overgreb har større risiko for at udvikle angst. Mere specifikt var risikoen for at udvikle en angstdiagnose 6 gange større for individer udsat for seksuelle overgreb end for kontrolgruppen, bestående af kvinder, der ikke havde været udsat for dette traume.

Overordnet er der altså indikationer på, at angst er en hyppig sekundær senfølge efter udsættelse for seksuelle overgreb. Dog pointerer Carey et al. (2018) i denne sammenhæng, at depression, på lige fod med angst, bør anses som en sekundær senfølge. Dette fordi at de ud fra deres undersøgelse har påvist, at der ikke synes at være forskel i prævalensen for udviklingen af angst og depression efter udsættelse for et seksuelt overgreb, da prævalensen for begge psykiatriske diagnoser blev estimeret til 36 %. På denne baggrund vil depression som sekundær senfølge belyses i nedenstående afsnit.

Depression (M)

Prævalensen for depression blandt ofre udsat for seksuelle overgreb estimeres, ifølge flere kilder, til at være mellem 36 - 46 %, hvor det for ofre udsat for andre traumer er estimeret til 8,6 % (Carey et al., 2018; Foa & Rothbaum, 1998; Mgoqi-Mbalo et al., 2017). Ydermere er det fundet, at risikoen for at udvikle depression er 2,4 gange større for kvinder udsat for seksuelle overgreb end hos den generelle befolkning (Carey et al., 2018; Kucharska, 2016). Flere studier har på baggrund af denne høje prævalens samt den øgede risiko for at udvikle depression i denne specifikke målgruppe, derfor undersøgt sammenhængen mellem depression og seksuelle overgreb (Carey et al., 2018; Dworkin, 2020; Foa & Rothbaum, 1998; Kucharska, 2016; Mgoqi-Mbalo et al., 2017; Petrak, 2004).

Ét studie, der netop har undersøgt denne sammenhæng, er et studie af Kucharska (2016), der har undersøgt udviklingen af depression som følge af seksuelle og ikke-seksuelle traumer i en polsk population. Samplet bestod af 273 polske kvinder, hvoraf 69 af kvinderne havde været udsat for et seksuelt traume inden for de sidste to år, og de resterende 153 kvinder havde været udsat for ikke-seksuelle traumer inden for de sidste to år. Overordnet blev det fundet, at de kvinder, der havde været udsat for seksuelle traumer, udviste en højere grad af depressive symptomer og lavere grad af selvværd sammenlignet med de kvinder, der havde oplevet ikke-seksuelle traumer. Yderligere blev det fundet, at disse depressive symptomer var vedvarende, da de stadig var til stede ved en 18 måneders followup. Fundene i dette studie stemmer overens med de empiriske fund, der generelt gør sig gældende i litteraturen på området. Eksempelvis har Foa & Rothbaum (1998) og Petrak (2004) på baggrund af flere studier konkluderet, at ofre udsat for seksuelle overgreb generelt rapporterer en signifikant højere grad af depressive symptomer end ofre udsat for andre traumer, herunder røveri, trafikulykker og non-interpersonelle traumer. De fremhæver specifikt ét studie, hvor det er påvist, at 59 % af et sample, bestående af 44 kvinder udsat for seksuelle overgreb, udviklede depression som følge af dette traume. Yderligere blev det fundet, at ofre for seksuelle overgreb fortsat udviste depressive symptomer 21,9 år efter overgrebet havde fundet sted.

Andre senfølger - misbrugsproblemer og sociale udfordringer (M)

De forhenværende afsnit har beskæftiget sig med de sekundære senfølger, der oftest er beskrevet og undersøgt i litteraturen i forbindelse med seksuelle overgreb. Dog begrænser senfølgerne sig ikke blot til disse, da det ligeledes er fundet, at en række andre sekundære senfølger også gør sig gældende. Senfølger som misbrugsproblemer og sociale udfordringer vil på denne baggrund kort præsenteres i det nedenstående.

Misbrug af euforiserende stoffer og alkohol er også undersøgt i forbindelse med seksuelle overgreb, og her er det påvist, at der er en sammenhæng mellem afhængighed af stoffer og/eller alkohol, og det at have været udsat for et seksuelt overgreb (Foa & Rothbaum, 1998; Petrak, 2004; Ullman et al., 2013; Zinzow et al., 2012). Denne sammenhæng er eksempelvis undersøgt af Zinzow et al. (2012), hvor de har fundet, at 27 % (n = 1082) af et sample, bestående af 4008 voldtægts ofre, udviklede stofmisbrug, og 28 % (n = 1122) af samme sample udviklede alkoholmisbrug som følge af deres overgreb. Forfatterne tolker denne udvikling som udtryk for, at ofrene bruger alkohol og stoffer som en strategi til at cope med traumet. I forlængelse af dette, har Ullman et al. (2013) fundet, at det specielt er de interpersonelle traumer, som inkluderer seksuelle overgreb, der er prædikterende for udviklingen af alkohol - og stofmisbrug. De

argumenterer ligeledes for, at ofre benytter sig af maladaptive copingstrategier som stoffer og alkohol til at cope med traumet (Najdowski & Ullman, 2009). Årsagen til dette reaktionsmønster skal findes i den manglende tillid til andre og omverdenen, som denne målgruppe oplever efter deres overgreb, hvilket medfører, at ofre ikke opnår den sociale støtte, som er afgørende for en mere adaptiv bearbejdelse af traumet (Najdowski & Ullman, 2009; Ullman et al., 2013). Misbrug af euforiserende stoffer og alkohol synes af ovenstående grunde derfor at forekomme oftere hos ofre udsat for seksuelle overgreb end hos individer, der ikke har oplevet dette, hvorfor misbrug i litteraturen anses som en potentiel senfølge i forbindelse med dette traume.

Forskellige *sociale udfordringer* er også observeret som mulige senfølger i forbindelse med seksuelle overgreb. Disse udfordringer er velundersøgt i litteraturen, og den tilgængelige empiri på området antyder, at ofre udsat for seksuelle overgreb i højere grad end andre individer har: et begrænset socialt liv, problemer ift. social tilpasning, nedsat funktion i arbejds- og familieliv samt et begrænset engagement i fritidsaktiviteter (Foa & Rothbaum, 1998; Petrak, 2004; Sareen et al., 2021). Der synes specielt at være sociale udfordringer i offerets interpersonelle relationer, hvor det eksempelvis er fundet, at 57 % af et sample, bestående af 41 par, rapporterede seriøse parforholds-problematikker selv 2.5 år efter overgrebet havde fundet sted. Yderligere blev det fundet, at over halvdelen af ofre i dette sample til stadighed havde et begrænset socialt liv med nære relationer 15 - 30 måneder efter overgrebet havde fundet sted (Foa & Rothbaum; Petrak, 2004). De sociale udfordringer kommer således til udtryk på flere forskellige måder og i flere forskellige aspekter af offerets liv, hvorfor det er senfølger, som er invaliderende for individet.

Delkonklusion: senfølger (M & J)

I litteraturen synes der altså overordnet at være konsensus om, at der er en sammenhæng mellem udsættelse for seksuelle overgreb og udviklingen af senere psykopatologi. Dette, da der er fremlagt evidens for, at udsættelse for seksuelle overgreb kan anses som værende et traume, der øger individets risiko for at udvikle PTSD, angst, depression, misbrug og andre problematikker såsom sociale udfordringer. Ofre for seksuelle overgreb er således en heterogen gruppe, der udvikler mangeartede samt forskellige senfølger, hvorfor de indbyrdes adskiller sig betydeligt fra hinanden. Denne adskillelse er ikke blot baseret på de forskellige senfølger, de udvikler, da det også er belyst, at denne gruppe yderligere adskiller sig indbyrdes i forhold til sværhedsgraden og kroniciteten af disse senfølger. I denne sammenhæng er det dog essentielt at påpege, at PTSD eller symptomer herpå er den senfølge, der er den hyppigste, mest gennemgribende og dermed den primære senfølge for ofre udsat for seksuelle overgreb. Idet PTSD anses som den primære senfølge efter seksuelle overgreb vil hovedfokus i den resterende del af opgaven derfor være på denne

diagnose. De andre senfølger, som er præsenteret i de respektive afsnit, vil i den resterende del af opgaven, derfor udelukkende behandles som senfølger, der er sekundære til PTSD.

For at få en forståelse for, hvordan de primære og sekundære senfølger udvikles, vedligeholdes og behandles efter udsættelse for seksuelle overgreb, så er det essentielt at opnå en forståelse for de mekanismer og årsagsforklaringer, der ligger bag en sådan traumereaktion. På denne baggrund vil der i det efterfølgende afsnit derfor præsenteres en teoretisk gennemgang af, hvordan en traumereaktion kan forstås ud fra et emotionelt processerings-perspektiv.

Emotionel processerings-teori (EPT) (J)

Den emotionelle processerings-teori vurderes essentiel at inddrage i nærværende speciale, da den netop kan give en grundlæggende forståelse for de mekanismer, der synes at være udviklende og vedligeholdende for den psykopatologiske traumereaktion, som ofre for seksuelle overgreb udvikler. En forståelse for sådanne mekanismer er vigtig, da disse kan blive afgørende for, hvorvidt og i hvor høj grad et givent offer udvikler eller ikke udvikler senfølger efter et seksuelt overgreb (Foa & Rothbaum, 1998; Gillihan et al., 2014). Det er ydermere essentielt at opnå en forståelse for mekanismerne, da disse, ifølge Edna Foa & Barbara Rothbaum (1998) i sidste ende kan blive afgørende for, hvor godt eller dårligt en given klient responderer på en given behandling. Dette skal ses i lyset af, at det, ifølge disse forfattere, ikke kun handler om at undersøge, om behandlingen er effektiv, men at essensen bag succesfuld og effektiv behandling, derimod i højere grad handler om, at få identificeret de faktorer og mekanismer, der synes at kunne være for faciliterende eller hæmmende for klientens behandlingsoutcome (Foa & Rothbaum, 1998; Jaycox et al., 2002). EPT er yderligere valgt som teoretisk ramme i dette speciale, da den netop er udviklet på baggrund af de traumereaktioner, man typisk ser hos ofre for seksuelle overgreb. Derudover danner EPT's traumeforståelse grundlag for den behandling (PE) som denne gruppe typisk tilbydes (Buhmann & Videbech, 2018; Foa & McLean, 2016; Foa & Rothbaum, 1998). Som tidligere nævnt er der primært taget udgangspunkt i PTSD, da denne er den primære senfølge efter seksuelle overgreb.

PTSD set ud fra et EPT-perspektiv (J)

En stor del af de individer, der er blevet udsat for seksuelle overgreb, udviser i den akutte fase frygt-relaterede symptomer, som er korresponderende med de symptomer, som man ser indenfor selve diagnosen PTSD (Foa & McLean, 2016). For nogle af ofrene reduceres disse symptomer over tid gennem naturlig recovery (Foa & Kozak, 1986). Såfremt denne

symptomreduktion ikke sker, så vil individet udvikle en reel PTSD-diagnose (Foa et al., 2006; Foa & Kozak, 1986). Udover at symptomerne udvikler sig til en reel PTSD-diagnose ses det hos mange af disse individer ydermere, at PTSD-symptomerne bliver vedvarende mange år efter overgrebet har fundet sted (Buhmann & Videbech, 2018; Foa & McLean, 2016; Hyltnad et al., 2016).

I henhold til hvad der spiller en rolle for udviklingen af PTSD, så fremsættes det af EPT, at det særligt er den måde, som individet emotionelt får processeret og bearbejdet den traumatiske hændelse, der er afgørende for udviklingen af individets PTSD-symptomer. Set i forhold til dette, er der derfor nogle helt grundlæggende mekanismer, der danner baggrund for den måde individet emotionelt bearbejder et traume på. Disse mekanismer spiller heraf en afgørende rolle for, hvorvidt et individ udvikler eller ikke udvikler PTSD (Foa & Kozak, 1986; Foa & Rothbaum, 1998). På denne baggrund vil de underliggende mekanismer, som synes at være faciliterende for udviklingen og vedligeholdelsen af PTSD, præsenteres i de nedenstående afsnit.

Adaptive versus maladaptive frygt-emotionsstrukturer (M)

Ifølge Foa & Kozak (1986) vil traumatiske begivenheder lagres i hukommelsen som emotionelle frygt-strukturer. Disse er repræsenteret i hukommelsen som associationer mellem forskellige strukturer, der er koblet sammen i associativt netværk. Disse emotionelle frygt-strukturer indeholder: 1) information omkring de frygtede stimuli fra den traumatiske hændelse (stimuli-strukturen), 2) information omkring de verbale, emotionelle, fysiologiske og overordnede adfærdsmæssige responser på traumet (respons-strukturen) og 3) fortolkende information, der kæder meningen med stimulus - og respons-elementerne i strukturen sammen (meningsstrukturen). Tilsammen udgør disse strukturer et netværk for den flugt - og undgåelsesadfærd, der aktiveres, når individet bliver udsat for faretruende situationer (Foa & Kozak, 1986; McLean & Foa, 2011; Resick & Schnicke, 1993). Frygt-strukturerne er interrelaterede, hvorfor de indbyrdes kan aktivere og forstærke hinanden. På denne måde vil hele den emotionelle frygt -struktur altså blive aktiveret, hvis der forekommer match mellem eksterne stimuli (der har en associativ forbindelse til den oprindelige traumatiske begivenhed), og den integrerede information omkring traumet, som er repræsenteret i hver af de forskellige strukturer (Brewin & Holmes, 2003; Foa & Kozak, 1986). Et sådan stimuli match vil, ifølge EPT, være inducerende for en række forskellige kognitive, adfærdsmæssige og fysiologiske responser (McLean & Foa, 2011; Ragsdale et al., 2020).

Indenfor EPT skelner man i henhold til dette mellem adaptive og maladaptive emotionelle frygt repræsentationsstrukturer i hukommelsen (herefter; adaptive frygt-strukturer eller maladaptive frygt-strukturer) (Foa & Kozak, 1986; McLean & Foa, 2011). Personer, der, efter en

traumatisk begivenhed, udvikler adaptive frygt-strukturer, vil ud fra EPT ikke udvikle PTSD. Dette fordi sådanne frygt-strukturer vil indeholde stimuli -, respons - og meningsrepræsentationer omkring traumet, som repræsenterer virkeligheden. Når disse personer udsættes for reelle faresituationer, vil de derfor få aktiveret deres frygt-struktur på en sådan måde, at aktiveringen inducerer adaptiv adfærd, som er korresponderende med den reelle faresituation (Foa & Rothbaum, 1998). Personer med sådanne adaptive frygt-strukturer vil ydermere gentagende gange være i stand til at få aktiveret deres frygt-strukturer uden at anvende undgående strategier. Dette gør de f.eks. ved at tænke på eller tale om oplevelsen med andre eller adaptivt at cope med traumerelaterede følelser i deres dagligdag (McLean & Foa, 2011). En sådan aktivering er, ifølge McLean og Foa (2011), helt afgørende for individets evne til at rumme traumerelaterede minder og følelser, samtidigt med at det gør individet i stand til at dele deres reaktioner og oplevelser med andre. Denne aktivering af frygt-strukturen er, ifølge EPT, vigtig, idet det gør individet i stand til at indhente (realistisk) information, der kan anvendes til at modificere og korrigere den information, som blev indkodet i den frygt-struktur, der blev udviklet under traumet (Foa & Rothbaum, 1998; Ragsdale et al., 2020). Det er netop dette, som man mener fører til en adaptiv emotionel bearbejdning af traumet, idet denne gentagende aktivering gør, at individets traumerelaterede reaktioner langsomt vil habituere over tid. Individet vil herved heller ikke anvende maladaptive strategier til at håndtere og cope med traumet (McLean & Foa, 2011). Opsummerende kan man således sige, at det er den adaptive emotionelle bearbejdning af traumet, som spiller en helt afgørende rolle for, at individet ikke udvikler PTSD. Dette underbygges af, at der netop også synes at være en sammenhæng mellem individets adaptive emotionelle processering og reducere af de frygt-responser, som er karakteristiske for PTSD (Foa et al., 2006; Foa & Rothbaum, 1998; Tull et al. 2020).

Personer, der på den anden side udvikler maladaptive frygt-strukturer, som følge af en traume-begivenhed, vil, ifølge EPT, være i højrisiko for at udvikle PTSD (Brewin & Holmes, 2003; Foa & Kozak, 1986). Dette da sådanne maladaptive frygt-strukturer er karakteriseret ved at indeholde fejlagtige associationer af stimuli -, respons - og meningsrepræsentationer, som ikke afspejler virkeligheden. Dette skal ses i lyset af, at de maladaptive frygt-strukturer er karakteriseret ved, at et stort antal af de harmløse stimuli eller responser, som var til stede under traumet, fejlagtigt vil blive associeret med en overgeneraliseret mening af fare eller trussel. Dette vil derfor medføre, at hele denne frygt-struktur vil blive aktiveret af stimuli eller responser, som objektivt set ikke er forbundet med fare/trussel (Foa & Kozak, 1986; McLean & Foa 2011; Ragsdale et al., 2020). Dette underbygges af Brewin & Holmes (2003), der pointerer:” (...) *in response to reminders, the entire fear structure (stimulus information, response information and meaning) will*

be retrieved” (s. 355). Heraf vil man hos disse individer derfor se en udvikling af mange overgeneraliserede frygt-responser, som fejlagtigt vil blive aktiveret på baggrund af ellers objektive sikre situationer (Brewin & Holmes, 2003). På baggrund af dette vil personer, der udvikler PTSD, derfor i høj grad også have etableret en overgeneraliseret opfattelse af “verden som værende ekstremt farlig”. Dette da disse personer, kva deres maladaptive frygt-strukturer, vil få ekstremt svært ved at skelne mellem sikre og faretruende situationer (Foa & Kozak, 1986; Foa & Rothbaum, 1998; Litz et al., 2000).

Noget andet, der ligeledes er karakteriserende for de maladaptive frygt-strukturer, er, at de indeholder usædvanligt mange stimuli - associationer. Ydermere er associationerne mellem de forskellige komponenter i denne maladaptive frygt-struktur, også usædvanligt stærke, hvorfor der derfor er mange forskellige eksterne stimuli (lyde, dufte, visuelle elementer m.m.), der kan aktivere hele frygt-strukturen (Foa & McLean, 2016). Aktivering af ét enkelt element i strukturen er således nok til at aktivere hele det associative netværk i frygt-strukturen. En sådan aktivering vil ligeledes blive inducerende for de fysiologiske og adfærdsmæssige reaktioner, som man typisk ser ved PTSD (Foa & Kozak, 1986; Foa & McLean, 2016). At der er en sammenhæng mellem en sådan maladaptiv frygt-struktur og PTSD-symptomer underbygges også af Brewin & Holmes (2003, s. 350), der pointerer, at

“(...) the fear network in memory, causing the person to become hypervigilant (the arousal symptoms of PTSD), to have information in the network enter consciousness (the intrusion symptoms of PTSD), and to attempt to avoid and suppress the intrusions (the avoidance symptoms of PTSD).”

Yderligere kan det specificeres, at desto flere stimuli – respons - og meningsassociationer, som individet har udviklet, desto højere grad af PTSD-symptomer vil individet derfor også udvikle. Dette fordi flere eksterne og interne cues vil være aktiverende for individets maladaptive frygt-struktur og heraf PTSD-symptomer (Foa et al., 2006; Foa & Kozak, 1986). Dette kan heraf være en del af forklaringen på, hvorfor nogle udvikler flere PTSD-symptomer end andre.

Set ift. dette kan man, ifølge EPT, derfor opsummerende sige, at der synes at være helt særlige maladaptive frygt-strukturer, som synes at producere, forstærke og udgøre det symptombillede, som man ser hos de individer, der udvikler PTSD (Foa et al., 2006; Foa & Kozak, 1986). Dette da sådan en maladaptiv frygt-struktur er hæmmende for individets evne, til adaptivt at processere og bearbejde traumet. Selvom man ikke direkte kan observere sådanne frygt-strukturer og den emotionelle bearbejdning, så er der, ifølge EPT, dog en række faktorer, som synes at spille en afgørende rolle for, hvorvidt et individ, efter en traumatisk begivenhed, udvikler maladaptive frygt-strukturer og i denne sammenhæng efterfølgende PTSD (Foa & Rothbaum,

1998). Disse faktorer synes ligeledes at kunne spille en afgørende rolle for klientens respons på en given behandling, idet faktorerne ses som medierende og vedligeholdende for individets PTSD-symptomer (Foa & Kozak, 1986; Foa & Rothbaum, 1998). På baggrund af dette vil disse faktorer derfor præsenteres i nedenstående afsnit.

Dysfunktionelle kognitive fortolkninger & mangelfuld emotionel bearbejdning (J)

Dannelsen af de maladaptive frygt-strukturer synes, ifølge EPT, at blive faciliteret af, at nogle individer har tendens til at associere de responser, som de havde under traumet og deres efterfølgende PTSD-symptomer, med en mening og vurdering omhandlende selv-inkompetence og en generel opfattelse af verden som værende farlig (Foa & Rothbaum, 1998; Gillihan et al., 2014). Udviklingen af de maladaptive frygt-strukturer og den dertilhørende udvikling af PTSD synes heraf at være forankret i, at denne gruppe af individer associerer og fortolker de respons-elementer, der forekom under selve traume-begivenheden med menings-elementer, der bygger på dysfunktionelle, generaliserede og negative kognitive fortolkninger (herefter; dysfunktionelle kognitive fortolkninger). De dysfunktionelle kognitive fortolkninger indeholder generelle antagelser såsom: "jeg er inkompetent" og "verden er ekstremt farlig", hvorfor disse individer generelt vil udvikle en manglende tillid til sig selv, verden og andre (Foa & Rothbaum, 1998; Jaycox et al., 2002). Set ift. EPT, så er det netop disse dysfunktionelle kognitive fortolkninger som menes at udgøre kernen i den maladaptive frygt-struktur, som er determinerende for PTSD-symptomerne. Dette skyldes, at de dysfunktionelle kognitive fortolkninger omkring verden, selvet og andre fører til en generel undgåelse af traumerelaterede tanker, situationer, minder og følelser (Foa & Kozak, 1986; Foa & Rothbaum, 1998; Orcutt et al., 2020). En sådan undgåelsesadfærd synes at blive hæmmende for den adaptive emotionelle processering, integration og bearbejdning af traumet (Gillihan et al., 2014; Orcutt, et al., 2020). Dette kan ses i lyset af, at undgåelse af interne og eksterne cues, som minder om den traumatiske begivenhed, hæmmer individet i at indhente information, der kan modificere og korrigere de maladaptive frygt-strukturer og de dysfunktionelle kognitive fortolkninger (Schnyder et al., 2015). De eksterne stimuli vil således blive ved med at aktivere individets maladaptive frygt-struktur, som heraf vil blive ved med at være inducerende og vedligeholdende for individets genoplevelses- og alarmberedskabssymptomer (Foa & Kozak, 1986; Jaycox et al., 2002; McLean & Foa, 2011). Grundet PTSD-symptomernes reciproke samspil vil disse symptomer ligeledes blive forstærkende for undgåelsesadfærden og de dysfunktionelle kognitive fortolkninger omkring selvet, verden og andre (Foa & Kozak, 1986; Jaycox et al., 2002; McLean & Foa, 2011). Set ift. dette er det altså særligt individets undgåelsesadfærd, som synes at være udviklende og

vedligeholdende for et individs PTSD-symptomer. Dette da undgåelsesadfærden hæmmer den adaptive emotionelle bearbejdning af traumet, hvilket man, indenfor EPT, netop anser som værende hovedårsagen til udviklingen og vedligeholdelsen af PTSD-symptomer (Gillihan et al., 2014; Orcutt et al., 2020; Tull et al., 2020). Der er i denne sammenhæng altså en direkte sammenhæng mellem mangelfuld bearbejdning og integration af traumet og udviklingen af PTSD.

Ud over undgåelsesadfærden, så spiller voldsomheden af traumet, ifølge EPT, også en afgørende rolle for udviklingen og graden af individets PTSD-symptomer. Dette fordi voldsomheden samt det stressniveau, som individet bliver udsat for under traumet, synes at overtrumfe og hæmme individet i at få bearbejdet og integreret traumet i adaptive frygt-strukturer i individets hukommelse (Brewin & Holmes, 2003; Foa & Kozak, 1986; Gillihan et al., 2014). Ydermere synes traumets voldsomhed også at være befordrende for udviklingen af flere emotionelle dysfunktioner, hvilket man, som tidligere nævnt, netop anser som værende baggrunden for udviklingen af PTSD. At voldsomheden af traumet spiller en rolle for graden af de PTSD-symptomer, som individet udvikler, fremgår da også flere steder i litteraturen (Basile et al., 2004; Brewin & Holmes, 2003; Foa & Kozak, 1986; Gillihan et al., 2014; Ullman et al., 2006).

Opsummerende er det altså, ifølge EPT, særligt de dysfunktionelle kognitive fortolkninger og den mangelfulde adaptive emotionelle bearbejdning og integration af traumet, som er medierende for udviklingen og vedligeholdelsen af PTSD (Foa & Rothbaum, 1998; Litz et al., 2000).

Forskelle i individets dysfunktionelle kognitive fortolkninger som funktion af traumetype (J)

Selvom EPT ikke lægger op til, at udviklingen af de førnævnte dysfunktionelle kognitive fortolkninger synes at være afhængig af selve traumetypen, så har det tidligere præsenterede studie af Kelley et al. (2009) dog vist, at traumetypen synes at spille en afgørende rolle for, hvilke slags dysfunktionelle kognitive fortolkninger et individ udvikler. Disse fortolkninger synes ligeledes at spille en rolle for hvilke specifikke PTSD-symptomer, som ofrene udsat for forskellige traumetyper udvikler (Kelley et al., 2009).

Formålet med studiet af Kelley et al. (2009) var at sammenligne tre forskellige traumetyper ift. dysfunktionelle kognitive fortolkninger og graden af PTSD-symptomer. Samplet bestod af følgende grupper; 1): ofre for seksuelle overgreb (SA, n = 86), 2): ofre der har været involveret i trafikulykke (MVA, n = 162) og 3): individer der har oplevet pludseligt tab af en nær relation (SUD, n = 185). Som tidligere nævnt blev det fundet, at SA-gruppen generelt havde højere grader af PTSD-symptomer end de to andre traume-grupper. Det var dog ikke kun på symptomniveau men også på et mere konceptuelt plan, at man fandt en væsentlig forskel. Dette fordi man fandt, at

de tre grupper særligt adskilte sig fra hinanden mht. deres dysfunktionelle kognitive fortolkninger omkring selvet, verden og andre. Denne forskel menes at være forankret i og relateret til det indhold, som der er i de forskellige traumetyper (Kelley et al., 2009).

Mht. traumetype så adskiller både SUD og SA sig indholdsmæssigt fra MVA, da begge er interpersonelle traumer, der hhv. vedrører tab af en nær interpersonel relation, eller vedrører det at blive udsat for overgreb eller gjort fortræd af et andet menneske. I henhold til dette fandt man også, at SUD og SA adskilte sig fra MVA-gruppen, idet disse to grupper, i højere grad udviklede dysfunktionelle kognitive fortolkninger, som relaterede sig til de mere intrapersonelle og interpersonelle meningsstrukturer som “jeg er inkompetent” og “jeg har ikke tillid til andre” (Foa et al., 2006; Kelley et al., 2009). Disse dysfunktionelle kognitive fortolkninger medførte, grundet traumernes interpersonelle og intrapersonelle indhold, at individerne udviklede højere grader af PTSD-symptomer, som vedrørte tilbagetrækning og fremmedgørelse fra andre. Disse traumer synes på denne baggrund derfor også at hæmme individernes evne til at danne og vedligeholde tætte relationer (Kelley et al., 2009). I denne sammenhæng var det også indikationer på, at ofre for netop disse traumetyper heller ikke opsøgte den sociale støtte, der er nødvendig for deres traumbearbejdning. Mangel på social støtte er netop en faktor, der synes udviklende og vedligeholdende for PTSD-symptomerne (Foa & Rothbaum, 1998; Herman, 2015; Kelley et al., 2009; McLean & Foa, 2011). Derudover fandt studiet også, at de dysfunktionelle kognitive fortolkninger, som synes at være karakteriserende for SA og SUD, ligeledes var udviklende for de PTSD-symptomer, der relaterede sig til undgåelse af traumerelaterede tanker og følelser. Interpersonelle traumer, som SA og SUD, synes, sammenlignet med MVA traumer, altså at føre til PTSD-symptomer, som relaterer sig til symptom-klyngerne; undgåelse og negative ændringer i kognition/emotion (Kelley et al., 2009).

På den anden side adskiller både MVA og SA traumetyperne sig dog også indholdsmæssigt fra SUD. Dette fordi MVA og SA begge relaterer sig til traumer, som indeholder mere frygtbetingede traume-aspekter i form af at være i livsfare og komme alvorligt til skade (Kelley et al., 2009). I studiet fandt man, at MVA og SA særligt udviklede dysfunktionelle kognitive fortolkninger, som relaterede sig til de mere frygtbetingede meningsstrukturer som “verden og andre er farlig” (Foa et al., 2006; Kelley et al., 2009). Disse dysfunktionelle kognitive fortolkninger menes at kunne være en mulig forklaring på, hvorfor ofre udsat for MVA og SA særligt har en tendens til at udvikle PTSD-symptomer, der relaterer sig til alarmberedskab og fysiologiske symptomer (Kelley et al., 2009;). Dette fordi disse vil aktivere individets frygtstruktur, som vil føre til de frygtbetingede, adfærdsmæssige og fysiologiske responser, som man ser inden for diagnosen PTSD (Foa & Kozak, 1986) Traumetyper som SA og MVA synes heraf, i

højere grad end SUD-traumer, at føre til PTSD-symptomer, der relaterer sig til symptomklyngen: alarmberedskab (Kelley et al., 2009).

Opsummerende kan man således sige, at individer udsat for SA udvikler PTSD-symptomer, der både relaterer sig til den dysfunktionelle kognitive fortolkning “verden som farlig” og den dysfunktionelle kognitive fortolkning “selvet som inkompetent” (Kelley et al., 2009). MVA og SUD udvikler derimod kun PTSD-symptomer, der er relateret til én af de to dysfunktionelle kognitive fortolkninger (Kelley et al., 2009). Denne forskel i udviklingen af dysfunktionelle kognitive fortolkninger, kan således være en mulig forklaring på, hvorfor individer udsat for SA er mere tilbøjelige til at udvikle højere grader af og mere kronificerede PTSD-symptomer end traumetyperne SUD og MVA (Kelley et al., 2009). Dette giver ydermere indikation på, at graden af PTSD-symptomer kan attribueres til den kumulative indflydelse af de to dysfunktionelle kognitive fortolkninger omkring “selvet som inkompetent” og “verden som farlig” (Karatzias et al., 2016; Kelley et al., 2009). Dette fordi disse to fortolkninger i samspil med de maladaptive frygt-strukturer og den manglende emotionelle bearbejdning, ses som værende faciliterende og vedligeholdende for både udviklingen, graden, heterogeniteten og kronificiteten af de forskellige PTSD-symptomer (Cunningham, 2020; Foa et al., 2006; Foa & Rothbaum, 1998; Wisco et al., 2020; Zoellner et al., 2020). Dette kan heraf være en mulig forklaring på, hvorfor ofre for seksuelle overgreb ofte udvikler flere PTSD-symptomer, og dermed ofte har tendens til at være mere behandlingskrævende og mere behandlingsresistente end andre (Elklit et al., 2021; Sareen et al., 2021; Schnur et al., 2002).

Forskelle i individets dysfunktionelle kognitive fortolkninger set ift. depression og angst (M)

Vi har i de forhenværende afsnit set, at traumetypen synes at spille en afgørende rolle ift. de dysfunktionelle kognitive fortolkninger, som individet udvikler. Derudover er det beskrevet, at disse også synes at spille en rolle ift. typen og graden af de PTSD-symptomer, som individet udvikler (Kelley et al., 2009). Udover dette synes de dysfunktionelle kognitive fortolkninger også at kunne være forklarende for nogle af de sekundære senfølger, som individer udsat for seksuelle overgreb har en tendens til at udvikle. Dette fordi de følelser og responser, der opstår på baggrund af fortolkningen “selvet som inkompetent”, ifølge Foa et al. (2006), er korresponderende med mange af de depressive symptomer (selvbebrejdelse, skyld og skam), som ofte er til stede hos ofre udsat for seksuelle overgreb. På den anden side synes fortolkningen omhandlende “verden som farlig” at være korresponderende med mange af de angstsymptomer, som ligeledes ofte er til stede i denne gruppe (Cunningham, 2020; Foa et al., 2006; Wisco et al., 2020; Zoellner et al., 2020).

Som tidligere nævnt, er det netop disse to dysfunktionelle kognitive fortolkninger som menes at udgøre kernen i den maladaptive frygt-struktur, som er determinerende for PTSD-symptomerne (Foa & Kozak et al., 1986). At angst og depression, hver især, synes at indeholde enten den ene eller den anden af disse dysfunktionelle kognitive fortolkninger (Cunningham, 2020; Foa et al., 2006; Wisco et al., 2020; Zoellner et al., 2020), kan heraf også forklare det store symptom-overlap og den høje grad af komorbiditet, der ses mellem PTSD og angst samt PTSD og depression. Som tidligere nævnt er disse diagnoser også de sekundære senfølger samt komorbide lidelser, man hyppigst ser hos ofre udsat for seksuelle overgreb (Najavits, 2009; Nickerson et al. 2013; Schnurr et al., 2002). De dysfunktionelle kognitive fortolkninger, som ofre for seksuelle overgreb udvikler, er således ikke kun faciliterende for udviklingen af PTSD, men kan også være faciliterende for udviklingen af andre sekundære senfølger som depression og angst, idet disse hver især har vist sig at have mange overlappende symptomer og konceptualiseringer med PTSD (Cunningham, 2020; Foa et al., 2006; Najavits, 2009; Nickerson et al. 2013; Wisco et al., 2020; Zoellner et al., 2020).

Udviklingen af og samspillet mellem de; dysfunktionelle kognitive fortolkninger, de førnævnte maladaptive frygt-strukturer og den dertilhørende manglende emotionelle processering, tilsammen kan være en forklaring på nogle af de mekanismer, der ses som værende udviklende for kompleksiteten, kronificeringen og heterogeniteten af de symptomer og senfølger, som et individ udvikler efter udsættelse for et overgreb (Cunningham, 2020; Foa et al., 2006; Rosenkranz & Muller, 2011; Wisco et al., 2020; Zoellner et al., 2020). Disse mekanismers inducerende indflydelse på udviklingen af individets traumereaktioner samt udviklingen af komorbide lidelser, er vigtig at have en opmærksomhed på i behandlingen af ofre udsat for seksuelle overgreb. Dette set ift. at disse mekanismer ikke kun ses som værende udviklende, men også anses som det, der vedligeholder individets traumereaktioner (Foa et al., 2006; Foa & Rothbaum, 1998).

Tidligere traumer (J)

Hvorvidt ofre for seksuelle overgreb bliver hæmmet i deres evne til emotionelt at bearbejde traumet og heraf udvikler PTSD, er, ifølge EPT, ikke kun bestemt af de dysfunktionelle kognitive fortolkninger omkring selvet, andre og verden, de maladaptive frygt-strukturer og traume-typen (Foa & Rothbaum, 1998). Dette skal ses i lyset af, at individets risiko for at udvikle PTSD efter et traume i høj grad også er determineret af individets præ-traume-skemata (Foa & Rothbaum, 1998; Gillihan et al., 2014). Dette fordi de erfaringer, som individet havde omkring sig selv, andre og verden før traumet, vil påvirke individets fortolkning og bearbejdning af den traumatiske oplevelse. Heraf kan individets præ-traume-skemata derfor blive inducerende for, hvorvidt

individet udvikler PTSD eller ej (Foa & Rothbaum, 1998). Teorien fremlægger på denne baggrund to præ-traume-skemata (herefter; præ-traume-opfattelser). Disse præ-traume opfattelser indeholder forskellige fortolkninger omkring selvet, andre og verden, som kan interferere med den efterfølgende emotionelle processering af traumet. Disse kan hver især derfor spille en rolle for udviklingen af PTSD (Foa & Rothbaum, 1998; Gillihan et al., 2014).

Den ene præ-traume-opfattelse, som menes at øge individets risiko for at udvikle PTSD, er en *ekstremt rigid positiv prætraumeopfattelse* (Gillihan et al., 2014). Disse personer er karakteriseret ved, at de før selve traumebegivenheden anså “selvet som ekstremt kompetent” og “verden som ekstrem sikker og ufarlig” (Foa et al., 2006). Disse personer vil, ifølge EPT, få svært ved emotionelt at få processeret og bearbejdet traumet, idet de, kva deres rigide og positive præ-traume-opfattelser, vil få svært ved at matche deres eksisterende indre modeller med den ny-indkommende traumeinformation (Foa & Rothbaum, 1998). Når et traume på denne måde går ind og interfererer med positive antagelser omkring selvet, så kan det medføre, at individet udvikler et forstyrret selvbillede. Ligeledes vil disse personer få svært ved at assimilere traumeoplevelsen til sine før-eksisterende opfattelser omkring andre og verden som værende ekstremt sikker. Disse individer vil på baggrund af dette, derfor udvikle maladaptive frygt-strukturer og dysfunktionelle kognitive antagelser om selvet, andre og verden, der gør, at de vil få svært ved at vurdere hvilke situationer, der er farlige og hvilke situationer, der er sikre (Foa & Rothbaum, 1998; Litz et al., 2000; Ragsdale et al., 2020). Som konsekvens af dette vil disse personer derfor begynde at opfatte hele verden som værende farlig. Dette vil, ifølge EPT, medføre, at individet bliver hæmmet i sin evne til adaptivt at bearbejde traumet, hvilket er det, som er faciliterende for udviklingen og vedligeholdelsen af individets PTSD-symptomer (Foa & Rothbaum, 1998; Tull et al., 2020).

Den anden præ-traume-opfattelse, som menes at øge individets risiko for at udvikle PTSD, er en *ekstremt rigid negativ præ-traume-opfattelse*. Disse personer er karakteriseret ved, at de før selve traumebegivenheden anså “selvet som ekstremt inkompetent” og “verden som ekstrem usikker og farlig” (Foa et al., 2006). Disse personer vil, ifølge EPT, også få svært ved emotionelt at få processeret og bearbejdet traumet. Dette da den ny-indkommende traumeinformation, kva deres *rigide og negative præ-traume-opfattelser*, vil stemme overens eller forstærke individernes eksisterende modeller omkring “selvet som ekstremt inkompetent” og “andre og verden som ekstrem usikker og farlig” (Foa & Rothbaum, 1998; Gillihan et al., 2014). Et individ, der før et traume besidder disse eksisterende modeller vil heraf se traumebegivenheden som et bevis på, at individets negative selv-perception og opfattelse af verden er sand. På denne baggrund vil disse individer få udviklet eller forstærket deres maladaptive frygt-strukturer, hvorfor individet derfor også vil blive ved med at agere og respondere ud fra disse tidligere antagelser (Brewin & Holmes,

2003; Tull et al., 2020). Dette vil ligeledes blive faciliterende for udviklingen og vedligeholdelsen af individets PTSD-symptomer (Foa & Rothbaum, 1998; Tull et al., 2020).

Særligt hos voldtægts ofre er der to ræsonnementer, der kan forstærke og bekræfte individets negative selvbillede og opfattelse af verden som farlig: 1) den brutale og interpersonelle måde, som ofret blev behandlet på af voldtægtsmanden 2) det at ofret ikke kunne forudsige voldtægten eller forhindre det i at ske (Foa & Rothbaum, 1998). Disse to ræsonnementer bekræfter og forstærker altså individets antagelser om sig selv som inkompetent og verden som ekstremt farlig, hvorfor disse to ræsonnementer derfor også kan spille en afgørende rolle for udviklingen af individets PTSD-symptomer (Foa & Rothbaum, 1998). Dette skal ses i lyset af, at disse to ræsonnementer og de rigide og negative præ-traume-opfattelser, tilsammen ofte vil føre til, at individet udvikler psykologiske og emotionelle forstyrrelser, som heraf vil øge individets risiko for at udvikle PTSD (Foa & Rothbaum, 1998).

De rigide og negative præ-traume-opfattelser og ræsonnementer ses ofte hos individer, der igennem deres liv har oplevet én eller flere tidlige traumer, eller hos individer, der har udviklet andre psykologiske forstyrrelser før, de har været udsat for et traume (Foa & Rothbaum, 1998; Karatzias et al., 2016). Dette skal ses i lyset af, at disse individers præ-traume-opfattelser er baseret på deres tidligere traumeerfaringer. Ud fra et EPT-perspektiv kan man således sige, at udsættelse for tidligere traumer kan øge et individs risiko for senere at udvikle PTSD (Foa & Rothbaum, 1998; Gillihan et al. 2014; Karatzias et al., 2016). Udsættelse for tidligere traumer kan derfor ses som en faktor, der både kan være udviklende og vedligeholdende for individets PTSD-symptomer (Foa & Rothbaum, 1998; Karatzias et al., 2016). I henhold til dette er det dog udsættelse for traumer i barndommen, der synes at medføre den største risiko for at udvikle PTSD senere i livet sammenlignet med udsættelse for traumer i voksenlivet (Cloitre et al., 2009; Foa & Rothbaum, 1998; Messman-Moore et al., 2000; Tull et al., 2020). Dette da disse individers præ-traume-opfattelser vil være tilbøjelige til at blive langt mere konsoliderede, idet traumet er sket på et tidspunkt, hvor individets emotionelle bearbejdnings-systemer er under udvikling (Konecky & Lynch, 2019; Litz et al., 2000; Messman-Moore et al., 2000; Yuan et al., 2006). At blive udsat for et traume i barndommen kan heraf medføre, at individet tidligt i livet har anvendt maladaptive strategier til at cope med traumet, hvoraf disse strategier også vil blive anvendt ved udsættelse for traumer senere i livet (Foa & Rothbaum, 1998; Gillihan et al. 2014). Idet disse individer har langt mere konsoliderede præ-traume-opfattelser, vil det på denne baggrund også være sværere for dem at modificere og rekorrigere, de indflyende mekanismer, som er faciliterende for den maladaptive emotionelle bearbejdning (Foa & Rothbaum, 1998; Messman-Moore et al., 2000). Dette var som tidligere nævnt netop det, der menes at danne baggrund for individets PTSD-

symptomer. Ofre udsat for multiple traumer samt traumer i barndommen vil, ud fra EPTs antagelser, derfor også være meget behandlingskrævende (Foa et al., 2006; Foa & Kozak; Foa & Rothbaum, 1998). Dette vil specificeres senere i specialet.

Opsummerende kan man sige, at det i høj grad er de individer, der har ekstremt rigide præ-traume-opfattelser omkring verden, andre og selvet, som har tendens til at udvikle PTSD (Foa et al., 2006; Ragsdale et al. 2020). Dette fordi disse rigide præ-traume-opfattelser har en hæmmende indflydelse på individets emotionelle bearbejdning, som netop er det, der er baggrunden for udviklingen og vedligeholdelsen af individets PTSD-symptomer (Jaycox, 2002; Tull et al., 2020). Individer, der derimod ikke har sådanne rigide præ-traume-opfattelser, vil være bedre til at cope adaptivt med traumet, idet disse individer i højere grad vil se traumet som værende en enkeltstående og usædvanlig begivenhed. Disse individer vil heraf også udvikle en mere adaptiv emotionel bearbejdning af traumet (Foa & Rothbaum, 1998; Gillihan et al. 2014.) De to rigide præ-traume-opfattelser kan således ses som værende forstærkende for de psykologiske, adfærdsmæssige og fysiologiske reaktioner, man typisk ser hos personer med PTSD (Foa & Kozak, 1986; Foa & Rothbaum, 1998).

Mekanismernes vigtighed i forhold til behandling (M)

I de tidligere afsnit har vi set, at de traumereaktioner, som man ofte ser hos ofre for seksuelle overgreb, synes at være både svære, heterogene og kronificerede (Cunningham, 2020; Kelley et al., 2009; Kuwert et al., 2014). Denne traumereaktion skyldes, ud fra et EPT-perspektiv, at der er en række faktorer og bagvedliggende mekanismer, der, hver især og i samspil, kan spille en afgørende rolle for, hvorvidt og i hvor høj grad et givent offer udvikler senfølger efter et seksuelt overgreb (Foa et al., 2006). En identifikation og forståelse af de faktorer og/eller mekanismer, der er medierende og vedligeholdende for individets traumereaktioner, er altså vigtig, da den for det første kan forklare, det der ligger til grund for individets traumereaktioner (Foa & Rothbaum, 1998). For det andet er en sådan forståelse vigtig, idet disse mekanismer i sidste ende kan have en afgørende betydning for, hvorvidt en klient (herunder ofre for seksuelle overgreb) responderer på en given behandling. Dette da mekanismerne både kan være udviklende og vedligeholdende for klientens traumereaktioner (Foa & Rothbaum, 1998). Set ift. dette, så er essensen bag succesfuld behandling derfor, at man får identificeret de faktorer og mekanismer, som hæmmer den emotionelle processering og bearbejdning (Foa & Rothbaum, 1998, Litz et al. 2000; Tull et al., 2020).

På baggrund af denne traumeforståelse, er der derfor udviklet en række behandlingstilgange, som netop er rettet mod de mekanismer, som man antager er medierende og

vedligeholdende for et individs traumereaktioner (Arendt & Aaen, 2018; Buhmann & Andersen, 2018; Foa & Rothbaum, 1998; Roitmann & Thomsen, 2018; Rosenberg & Arendt, 2018). Det synes i dette speciale derfor nærliggende at præsentere en gennemgang af den behandling, der på nuværende tidspunkt tilbydes til ofre udsat for seksuelle overgreb. Dette med henblik på at nå frem til en grundlæggende forståelse af, hvad denne behandling indebærer samt hvor effektive disse behandlingstilgange er til at adressere de senfølger, som man ofte ser i denne gruppe.

Behandling af senfølger efter seksuelle overgreb (M)

Som det fremgår af de respektive afsnit, synes ofre udsat for seksuelle overgreb at være en behandlingskrævende gruppe, hvorfor der derfor er udviklet en række forskellige psykologiske behandlingstilgange til netop behandlingen af senfølger hos denne specifikke målgruppe. Disse forskellige tilgange indbefatter eksempelvis; psykodynamisk terapi, emotionsfokuseret terapi, kognitiv terapi, mentaliseringsbaseret terapi m.fl. Disse behandlingstilgange har alle vist sig at have en moderat effekt i forhold til at reducere symptomerne på de mangeartede senfølger, der opstår som følge af seksuelle overgreb (Buhmann & Andersen, 2018; Rosenberg & Arendt, 2018). Den mest anvendte og evidensbaseret tilgang er dog fundet at være kognitiv adfærdsterapi (KAT) samt variationer heraf (Cahill et al., 2010; Foa & Rothbaum, 1998; Jayawickreme et al., 2014; Rosenberg & Arendt, 2018).

Indenfor KAT viser specielt de traumefokuserede kognitive terapiformer: *forlænget eksponeringsterapi* (PE) og *kognitiv processeringsterapi* (CPT) at være væsentlig bedre end andre terapiformer til at behandle ofre udsat for seksuelle overgreb (Arendt & Aaen, 2018; Foa et al., 1999; McLean & Foa, 2011; Resick et al., 2002; Rothbaum et al., 2005). Én af forklaringerne på dette skal findes i, at disse terapiformer oprindeligt er udviklet på baggrund af voldtægts ofre med PTSD, hvorfor PE og CPT specifikt henvender sig til denne målgruppe (Arendt & Aaen, 2018; Foa & Rothbaum, 1998; Roitmann & Thomsen, 2018). Grundet opgavens aktuelle format vil hovedfokus overordnet være på KAT som generel behandlingstilgang, men der vil også tages udgangspunkt i den specifikke behandling PE, da den i praksis er førstevalget og derved “*the golden standard*” til behandling af ofre udsat for seksuelle overgreb (Arendt & Aaen, 2018; Foa et al., 1999; Foa & Rothbaum, 1998; McLean & Foa, 2011). Yderligere er PE udviklet på baggrund af den emotionelle processeringsteori (Arendt & Aaen, 2018; Foa & Rothbaum, 1998), som der er redegjort for tidligere i opgaven.

Effektstudier af PE (M)

Et ældre studie af Foa et al. (1999) har sammenlignet effekten af fire forskellige behandlingsformer til behandling af PTSD hos 96 kvinder udsat for seksuelle overgreb. De 96 kvinder blev tilfældigt allokert til fire forskellige behandlingsformer bestående af: PE, stress inoculation training (SIT), en kombinationsbehandling (PE og SIT) samt en venteliste (WL) kontrolgruppe. Det overordnede fund var, at de tre aktive behandlinger (PE, SIT og PE + SIT) alle reducerede symptomer på PTSD samt symptomer på depression sammenlignet med WL. Dog var PE den behandlingsform, hvor man observerede den største reduktion i PTSD-symptomer efter endt behandling, og hvor klienterne, subjektivt, oplevede en betydelig bedring af deres PTSD - samt depressionssymptomer. Dette tydeliggøres af studiets resultater, hvor det fremgår, at 60 % af de klienter, som indgik i PE behandling, ikke længere opfyldte de diagnostiske kriterier for PTSD efter endt behandling. For SIT var dette tilfældet for 42 % af klienterne i denne behandling, og ved kombinationsbehandlingen mistede 40 % af klienterne deres PTSD diagnose efter endt behandling. Ved PE viste reduktionen i PTSD-symptomerne at være vedvarende ved 3, 6 og 12 måneders followup.

I et lignende studie af Rothbaum et al. (2005) undersøgte og sammenlignede de ligeledes effekten af forskellige behandlingsformer til behandling af PTSD hos ofre for seksuelle overgreb. De specifikke behandlingsformer, der blev undersøgt i dette studie, var PE og Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), hvor disse behandlinger blev sammenlignet med en WL kontrolgruppe i et sample bestående af 74 kvinder udsat for seksuelle overgreb. Det blev fundet, at både PE og EMDR begge var effektive i forhold til at reducere symptomer på PTSD sammenlignet med WL. Klienter, der modtog PE, havde dog en større reduktion af PTSD-symptomer end klienter i EMDR efter endt behandling. Ligesom i førnævnte studie var denne reduktion af symptomer yderligere vedvarende for PE-klienter 6 måneder efter endt behandling, hvor der ved EMDR var en forværring af PTSD-symptomer ved 6 måneders followup. Nyere studier har efterfølgende fundet samme tendenser og lignende resultater, som de to studier, der er inddraget i nærværende afsnit (McLean & Foa, 2011; Jayawickreme et al., 2014; Resick et al., 2002). På denne baggrund synes der således at være indikationer på, at PE er mere effektiv end andre terapiformer til at behandle ofre udsat for seksuelle overgreb.

I forhold til fundene der er gjort i studiet af Foa et al. (1999) er det væsentligt at påpege, at dette studie i dominerende grad tager udgangspunkt i, hvor effektive de forskellige behandlingstilgange er til at facilitere symptomreduktion på gruppe - og gennemsnitsniveau. Heraf ekspliciteres det derfor ikke, at op mod 40% af klienterne i de forskellige behandlinger ikke profiterer af behandlingen. Dette da disse klienter stadig udviser symptomer på PTSD efter endt

behandling. Denne tendens synes at gøre sig gældende på tværs af de forskellige studier, der findes på nærværende område (Blatt et al., 2010; Foa & Riggs, 1995; Leiner et al., 2012).

KAT som behandlingstilgang (J)

Som det fremgår af ovenstående studier, har PE reduktion af PTSD-symptomer som klinisk mål for behandling af klienter udsat for seksuelle overgreb (Foa et al., 1999; Rothbaum et al., 2005). I forhold til denne målgruppe gør dette kliniske mål sig generelt gældende på tværs af de forskellige terapiformer indeholdt i den kognitive adfærdsterapi (Buhmann & Andersen, 2018; Foa & Rothbaum, 1998). Behandlingsmålet i form af en reduktion af PTSD-symptomer opnås indenfor denne tilgang via en mere eller mindre generel behandlingsopbygning, som i høj grad er bestående af: psykoedukation, kognitiv terapi og eksponeringsterapi. Disse er alle fundet at være virksomme mekanismer i behandlingen af PTSD-symptomer hos denne målgruppe (Cahill et al., 2010; Foa & Rothbaum, 1998; Resick et al., 2008; Rosenberg & Arendt, 2018). Dette, da det er fundet, at psykoedukation giver klienten en indsigt i samt forståelse for traumets indvirkning på individets funktionelle kapacitet, psykologiske helbred samt trivsel. Kognitiv terapi, da dette giver klienten indsigt i årsagen til deres udfordringer samt rationalet for interventionen. Derudover kan kognitiv terapi give klienten mulighed for at opnå en forståelse af de dysfunktionelle og maladaptive skemata og strategier, som de benytter sig af (Cahill et al., 2010; Foa & Rothbaum, 1998; Resick et al., 2008; Rosenberg & Arendt, 2018). Slutteligt eksponeringsterapi, da dette gradvist lærer klienten at nærme sig traumerelaterede minder, følelser og situationer, som personen har undgået siden traumet. Ved at eksponeres for disse udfordringer kan klienten re-korrigere og modificere de dysfunktionelle og maladaptive skemata og strategier. Dette vil medvirke til at individet får udviklet mere adaptive emotionelle bearbejdningsstrategier, hvilket vil føre til en reducere af PTSD-symptomerne (Cahill et al., 2010; Foa & Rothbaum, 1998; Resick et al., 2008; Zalta et al., 2014). På denne baggrund er KAT således rettet imod at modificere de mekanismer, som synes at danne grundlag for udviklingen af PTSD-symptomer (Foa & Rothbaum, 1998; Zalta et al., 2014). De mekanismer som ligger til grund for denne udvikling er blevet behandlet i opgavens teoretiske afsnit.

Forskel i behandlingseffekter og mulige årsager til disse (J)

Udover at KAT, samt variationer heraf, er succesfulde i forhold til at reducere symptomer på den primære senfølge, PTSD, så er KAT også fundet at have en effekt på nogle af de sekundære senfølger herunder de komorbide lidelser, der udvikles som følge af et seksuelt overgreb (Najavits et al., 2010; Roitmann & Thomsen, 2018; Rosenberg & Arendt, 2018). Dette da det eksempelvis

er fundet, at en intervention adresseret mod PTSD også kan føre til en reduktion af symptomer på depression og angst (Nickerson et al., 2013). Det er eksempelvis fundet, at der sker en reduktion i symptomerne på angst, hvis man adresserer genoplevelses- og undgåelsessymptomer på PTSD, da disse symptomer er korresponderende med nogle af de symptomer, der er indeholdt i angstdiagnosen (Nickerson et al., 2013). Som tidligere nævnt kan denne sammenhæng forklares ud fra, at der ses et stort symptomoverlap mellem PTSD og de sekundære senfølger angst og depression.

I forlængelse af dette er det i et studie af Holliday et al. (2018) yderligere fundet, at CPT-behandling, der er fokuseret på at adressere PTSD-symptomer, også kan reducere suicidal-specifikke overbevisninger og adfærd. Undersøgelsen blev udført på et sample bestående af 32 veteraner udsat for seksuelle overgreb med PTSD. Inden de startede i CPT behandling observerede man en høj grad af PTSD-symptomer samt en høj grad af suicidal-specifikke overbevisninger og adfærd. Efter endt behandling med CPT var graden af PTSD-symptomer generelt faldet, men de observerede også, at graden af de suicidal-specifikke overbevisninger og adfærd var faldet markant. Dette fund var vedvarende ved 6 måneders followup.

Det er i ovenstående sammenhæng dog essentielt at påpege, at de komorbide lidelser til PTSD også kan komplicere og vedligeholde PTSD-symptomerne, hvorfor klienter med komorbide lidelser ofte ikke responderer tilstrækkeligt på en given behandling (Najavits et al., 2010; Roitmann & Thomsen, 2018; Sareen et al., 2021; Stein et al., 2012). Dette understøttes eksempelvis af et studie af Campbell et al. (2007), der har fundet, at klienter med PTSD og komorbid depression ikke opnår samme remission efter endt behandling, som de klienter, der enten har PTSD eller depression alene. Dette kan forklares ud fra, at klienter med PTSD og komorbid depression udviser mere alvorlige og kronificerede PTSD-symptomer, hvilket faciliterer, at disse klienter er sværere samt tager længere tid at behandle. Det er således også på denne baggrund, at flere af disse klienter ikke responderer tilstrækkeligt på den givne behandling (Campbell et al., 2007). Denne sammenhæng er netop også fundet at gøre sig gældende for ofre udsat for seksuelle overgreb. Det er i denne målgruppe mere regel end undtagelsen, at de har en komorbid lidelse til PTSD, hvor kombinationen af lidelser fordrer, at disse klienter udviser mere alvorlige og kronificerede symptombilleder. Denne målgruppe er således ofte sværere at behandle og har dermed behov for længerevarende og mere intens behandling (Foa & Rothbaum, 1998; Najavits et al., 2010; Sareen et al., 2021; Schnurr et al., 2002; Stein et al., 2012). Dog er det vigtigt at påpege, at, til trods for, ofre udsat for seksuelle overgreb tilbydes langvarig og intens behandling, så er der, som nævnt indledningsvist, til stadighed mange fra denne målgruppe, der fortsat opfylder kriterierne for PTSD, eller har symptomer herpå efter endt behandling (Dworkin et al., 2021;

Hougaard, 2019; Foa et al., 1999; Foa & Rothbaum, 1998; Resick et al., 2008). Heraf ses der derfor også stor diversitet i de behandlingseffekter, man på nuværende tidspunkt ser i denne gruppe (Cahill et al., 2010; Foa et al., 1999; Najavits et al., 2010; Rothbaum et al., 2005). Denne forskel i behandlingseffekter kan blandt andet tilskrives den heterogenitet, man ser blandt ofre udsat for seksuelle overgreb og i selve PTSD-diagnosen, men også den høje grad af komorbiditet, der gør sig gældende for denne gruppe.

I denne sammenhæng er det også vigtigt at pointere, at forskellen i ovenstående behandlingseffekter også kan tilskrives tidspunktet for, hvornår ofre for seksuelle overgreb søger hjælp til at bearbejde traumet. Dette da det forskningsmæssigt er fundet, at jo længere tid et individ går uden behandling efter en traumatisk hændelse, jo mere fastlåste kan belastnings - og traumesymptomerne blive (Andersen, 2020; Hyland et al., 2016; Ullman et al., 2007; Ward, 1998). Symptomerne kan således blive mere forankrede over tid, hvis de ikke adresseres kort tid efter, traumet har fundet sted. I denne sammenhæng, kan det behandlingsmæssigt derfor også kan være sværere samt tage længere tid at skabe konstruktive forandringer for ofre udsat for seksuelle overgreb, der henvender sig lang tid efter, overgrebet har fundet sted (senhenvendere) (Andersen, 2020; Elklit et al., 2021; Krogh, 2020; Rothbaum et al., 1992). Det er således også på denne baggrund, at flere senhenvendere ikke synes at få tilstrækkelig gavn af den behandling, de på nuværende tidspunkt bliver givet (Rothbaum et al., 1992; Ullman et al., 2007; Stein et al., 2012).

Slutteligt skal det nævnes, at man udover ovenstående, også har fundet, at der, specielt ved brug af KAT, er et højere frafald i behandlingen af ofre udsat for seksuelle overgreb sammenlignet med andre behandlingstilgange (Cahill et al., 2010; Rosenberg & Arendt, 2018; Schottenbauer et al., 2008). Flere har argumenteret for, at den høje frafaldsrate ved brug af KAT er faciliteret af den eksponeringsbaserede del af terapien. Dette, da denne del af terapien kræver, at klienten emotionelt bearbejder traumet gennem gradvis eksponering for traumerelaterede erindringer, hvilket er vanskeligt for ofre udsat for seksuelle overgreb, da de ofte udviser symptomer på undgåelse (Cahill et al., 2010; Rosenberg & Arendt, 2018; Schottenbauer et al., 2008). Dette medfører, at disse klienter forsøger at undgå stimuli i forbindelse med den traumatiske begivenhed, hvilket kan være faciliterende for, at de udgår af terapien, når de skal eksponeres for dette (Cahill et al., 2010; Foa & Rothbaum, 1998; Rosenberg & Arendt, 2018). Yderligere kræver gradvis eksponering for traumerelaterede erindringer en nødvendig tillid til terapeuten, hvilket ydermere kan være vanskeligt for ofre for seksuelle overgreb, da de, som nævnt tidligere, kan have svært ved at indgå i nære relationer grundet manglende tillid til omverdenen. Denne manglende tillid til terapeuten kan medføre, at klienten får svært ved at deltage i den eksponeringsbaserede del af terapien, hvorfor flere heraf har en tendens til at udgå fra denne (Cahill et al., 2010; Rosenberg & Arendt,

2018). Det tyder således på, at det ikke er alle klienter, der kan indgå i den eksponeringsbaserede del af KAT, da dette afhænger af deres specifikke symptommønstre og psykiske udfordringer.

Delkonklusion: behandling (M)

I de respektive afsnit er det gennem en række studier fremlagt, at KAT, herunder specielt PE, har vist sig at have en moderat effekt i forhold til at reducere symptomer på både primære og sekundære senfølger efter udsættelse for seksuelle overgreb. Dog fremgår det også, både direkte og indirekte af disse studier, at der synes at være en stor procentdel af klienter fra denne målgruppe, som ikke profiterer tilstrækkeligt af den givne behandling. Dette set ift. at mange klienter trods endt behandling til stadighed udviser PTSD-symptomer, samt at der hos disse klienter ligeledes ses en høj frafaldsrate. Denne behandlingsdiskrepans stemmer dog ikke overens med, at de specifikke behandlingstilgange netop er udviklet på baggrund af og heraf er rettet mod de mekanismer, som man ud fra den generelle traumeforståelse, netop mener er udviklende og vedligeholdende for ofrenes traumereaktioner (Foa & Rothbaum, 1998; Foa & McLean, 2016).

Som beskrevet i de respektive afsnit kan årsagerne til denne behandlingsmæssige diskrepans blandt andet tilskrives forskellige faktorer såsom heterogenitet, komorbiditet, tid fra overgreb til henvendelse, symptommønstre mm. På denne baggrund synes der altså at være andre faktorer end dem, der er indeholdt i den specifikke behandling, som er influerende og prædikerende for behandlingseffekten. Som nævnt indledningsvist understøttes dette af effektforskningen, der har påvist at variable knyttet til klienten (klientkarakteristika), kan forklare op mod 40 % af variansen i forhold til behandlingseffekten, hvor den specifikke behandlingsmetode kun kan forklare 15 % af variansen i denne (Asay & Lambert, 1999; Hougaard, 2019). Klientkarakteristika synes således at spille en stor rolle i forhold til faktorer, der kan være prædikerende for behandlingen, hvorfor et specifikt fokus på disse kan bidrage med viden om, hvilke klienter udsat for seksuelle overgreb, der vil have mere eller mindre gavn af en given behandling.

På denne baggrund vil næste afsnit derfor beskæftige sig med otte specifikke faktorer, der, i den aktuelle forskning på området, er fundet at have en indvirkning på behandlingsoutcomet hos ofre udsat for seksuelle overgreb. Disse otte faktorer udgør ydermere de konkrete klientkarakteristika, der inddrages og undersøges i specialets anden del.

Klientkarakteristika (M & J)

De otte klientkarakteristika indbefatter: *graden af PTSD-symptomer, tidligere traumer & udsættelse for seksuelle overgreb i barndommen, relation til krænker, komorbiditet, alder ved overgreb og profession*. Disse klientkarakteristika forklares og uddybes i nedenstående afsnit med udgangspunkt i den tilgængelige forskning og litteratur på området. Som nævnt tidligere refererer et dårligt behandlingsoutcome til de klienter i samplet, der ved sidste session har en højere PDS-score eller en lavere trivsels-score end de resterende klienter. I henhold til kritik af studierne, så er det væsentligt allerede her at tydeliggøre, at den kritik, som gør sig gældende på tværs af alle studier, vil præsenteres til sidst i dette afsnit. Kritik, som er mere specifik for det enkelte studie, vil dog præsenteres i relation til det studie, kritikken relaterer sig til.

Graden af PTSD-symptomer (J)

En faktor, der blandt andet er blevet undersøgt og anset som værende en mulig prædikator for behandlingsoutcomet på tværs af traume-populationer er "*sværhedsgraden af PTSD-symptomerne før behandling*" (Fletcher et al., 2021; Leiner et al., 2012; Phelps et al., 2018; Rosenkranz & Muller, 2011; Stein et al., 2012). Ifølge Phelps et al. (2018) er det dog væsentligt, at man ikke udelukkende ser på, hvordan den samlede PTSD-score kan være prædikterende for behandlingsoutcomet, men derimod også ser på de enkelte symptomklynger; genoplevelse, undgåelse og alarmberedskab, hver for sig. Dette fordi et for dominerende fokus på den samlede PTSD-score vil medføre, at man mister blikket for, at symptomniveauet indenfor hver enkelt symptomklynge kan have forskellige effekter på, hvor godt eller dårligt en given klient responderer på behandlingen (Fletcher et al., 2021; Hyland et al., 2016; Phelps et al., 2018). På denne baggrund vil der i de nedenstående afsnit præsenteres studier, som undersøger hvilken indvirkning hver enkelt symptomklynge kan have for individets behandlingsoutcome. Dette for at eksplicitere hvordan og om de enkelte symptomklynger hver især kan anses som faktorer, der kan være prædikterende for behandlingsoutcomet hos ofre for seksuelle overgreb.

Genoplevelse (M)

Et studie, der har undersøgt, hvorvidt de forskellige symptomklynger inden for PTSD-diagnosen har en påvirkning på behandlingsoutcomet af traumefokuseret behandling, er et studie af Fletcher et al. (2021). Samplet bestod af 439 klienter med PTSD eller symptomer herpå efter udsættelse for seksuelle overgreb i barndommen. Klienterne var alle bosiddende i Danmark, og ud af dette sample var 377 af dem kvinder, og de resterende 62 klienter var mænd. Den behandling, klienterne modtog, var en kombination af multiple interventioner i form af psykodynamisk,

kognitiv og adfærdsmæssig terapi, da de forskellige psykologer havde metodefrihed. I undersøgelsen anvendte man screeningsværktøjet *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ) til at måle klienternes grad af PTSD-symptomer. Undersøgelsens resultater viste, at symptom-klyngen genoplevelse var associeret med et dårligt behandlingsoutcome, hvorfor en højere grad af genoplevelsens-symptomer ved start-behandling øger sandsynligheden for, at klienten ved slut-behandling har en højere grad af PTSD-symptomer (OR = 1.85, 95 % CI: [1.36, 2.49]). Yderligere fandt de, at der var en association mellem symptomklyngen undgåelse og behandlingsoutcomet, men dette vil specificeres nedenfor. Dog var der i forhold til alarmberedskab ikke en signifikant sammenhæng mellem denne og behandlingsoutcomet.

Undgåelse (M)

Det ovennævnte studie af Fletcher et al. (2021) undersøgte yderligere, hvordan symptom-klyngen undgåelse var associeret med behandlingsoutcomet af traumefokuseret behandling. De fandt, at symptomklyngen undgåelse, ligesom genoplevelse, var associeret med et dårligt behandlingsoutcome. Det vil altså sige, at en højere grad af undgåelses-symptomer ved start-behandling øger sandsynligheden for, at klienten vil ende med en højere grad af PTSD-symptomer efter endt behandling (OR = 1.49, 95 % CI [1.2, 1.48]).

Et andet studie, der undersøgte hvorvidt graden af undgåelse kunne ses som prädiktor for et negativt behandlingsoutcome var et studie af Leiner et al., (2012). I følgende studie undersøgte man, om graden af undgående coping var prädikerende for behandlingsoutcome (graden af PTSD-symptomer ved slut-behandling). Ifølge Leiner et al. (2012) kan den undgående coping forstås, som den adfældsreaktion, der opstår på baggrund af individets undgåelsessymptomer. Heraf kan graden af den undgående coping derfor anses som korresponderende med graden af klientens undgående PTSD-symptomer. Dette overlap underbygges også af Najdowski & Ullman (2009). I studiet af Leiner et al. (2012) indgik 62 voksne, der havde udviklet PTSD, som følge af udsættelse for seksuelt overgreb. Klienterne modtog behandling i form af enten PE eller EMDR. Graden af PTSD-symptomer blev målt gennem *PTSD Symptom Scale-Self-Report (PSS-SR)*. Graden af den undgående coping blev målt gennem *Coping strategies Inventory Disengagement Subscale (CSI-D)*. I studiet fandt man, at graden af undgående coping var negativt korreleret med post-behandling PTSD, selv når man kontrollerede for baseline undgåelsessymptomer. Dette betyder at en højere grad af undgående coping ved start behandling var prädikerende for mindre grader af PTSD-symptomer ved slutbehandling ($t(51)=-2.21, p = .032$). Det tyder således på, at dette studie har fundet det modsatte af, hvad man fandt i studiet af Fletcher et al. (2021). En mulig årsag til disse resultatmæssige forskelle vil specificeres senere i opgaven.

Alarmberedskab (J)

Et studie af Rosenkranz og Muller (2011) undersøgte et sample bestående af 101 voksne klienter, som havde udviklet PTSD eller symptomer herpå efter udsættelse for seksuelt overgreb i barndommen. Klienterne var indlagt som følge af deres traumerelaterede symptomer, og indgik alle i et behandlingsprogram for traumatisk stress (The program for Traumatic Stress Recovery - PTSR). Formålet med dette studie var at undersøge, hvorvidt disse klienters behandlingsoutcome var varierende, som funktion af de PTSD-symptomer, som klienterne havde ved start behandling. Studiets outcomemål var baseret på klienternes traumerelaterede symptomer (sekundære senfølger) ved start behandling. Dette blev målt gennem *The Clinician Administered Symptom Checklist - 40* (TSC-40). Graden af klienternes PTSD-symptomer blev målt gennem *The Clinician Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale (CAPS)*. Studiet viste, at de klienter, der havde en højere grad af alarmberedskab (målt ved CAPS) ved behandlingens start havde signifikant dårligere behandlingsoutcome (målt ved TSC-40) sammenlignet med de klienter, der havde en lav grad af alarmberedskab ved behandlingens start ($t(47) = -2.78, p < .05$). Yderligere fandt de, at de klienter, der udviste højere grader af alarmberedskabssymptomer ved start-behandling kunne anses som værende behandlingsresistente. Dette fordi denne gruppe af klienter ikke opnåede en signifikant forandring i deres TSC-40-score efter endt behandling ($p > .05$). Disse klienters symptomer blev derimod forværret gennem behandlingen ($p = .027$).

Et studie af Stein et al. (2012) underbygger dette fund. I dette studie undersøgte man, om graden af PTSD-symptomer før behandlingen var prædikterende for behandlingsoutcomet hos 171 voksne klienter udsat for fysisk og/eller seksuelle overgreb i voksenlivet og/eller i barndommen. Gennemsnitstiden mellem overgrebet og henvendelsen var 11 år, hvorfor klienterne i dette studie kan defineres som værende senhenvendende. Klienterne modtog behandling i 6 uger i form af hhv. CPT eller PE og disse blev sammenlignet med en venteliste gruppe. Graden af klienternes PTSD-symptomer blev målt gennem PDS og CAPS ved baseline, efter endt behandling og ved 3 - eller 6 - måneders followup. Studiet fandt, at en højere grad af alarmberedskab var prædikterende for enten et dårligt behandlingsoutcome eller behandlingsresistens ved både CPT og PE sammenlignet med klienter, som startede behandlingen med en lavere grad af alarmberedskab ($t(310) = 3.53, p < .001$). Klienter der havde en højere grad af alarmberedskab ved start-behandlingen, havde over dobbelt så høj risiko for at være behandlingsresistente sammenlignet med klienter der startede behandlingen med en lav grad af alarmberedskab ($OR = 2.81, 95\% CI [1.26, 6.25], p < .05$).

Studierne af Stein et al. (2012) og Rosenkranz og Muller (2011) fandt heraf begge, at graden af alarmberedskab før behandling var en signifikant prædiktor for behandlingsoutcomet både efter endt behandling og ved followup. Dog fandt disse studier yderligere, at der ikke var en

association mellem symptomklyngerne genoplevelse og undgåelse og et dårligt behandlingsoutcome, hvorfor disse studier derfor adskiller sig fra de fund, som er blevet præsenteret i de to ovenstående afsnit. Mulige årsager til disse resultatmæssige forskelle præsenteres i afsnittet omhandlende generel kritik af de inddragede studier.

I henhold til de resultater, som fremgår i Stein et al. (2012) og Rosenkranz og Muller (2011), så er det essentielt at påpege, at disse fund skal fortolkes med forsigtighed. Dette fordi begge studier ikke skelner mellem klienter, som både har været udsat for enkeltstående og multiple traumer, samtidigt med at studierne heller ikke skelner mellem klienter, der både har været udsat for overgreb både i barndommen og i voksenlivet. Denne manglende skelnen, kan, ifølge Messman-Moore et al. (2000), være problematisk, idet det heraf lige såvel kan være de tidligere traumer snarere end graden af alarmberedskab, der kan være en forklaring på de fund, studierne finder. Hvordan de tidligere traumer, kan forstås som mulige prædiktorer for behandlingsoutcomet, vil præsenteres senere i opgaven.

I den undersøgelse, som præsenteres i opgavens anden del, forventes det på baggrund af de førnævnte præsenterede studier, at en højere grad af PTSD-symptomer inden for hver af de forskellige symptom-klynger ved start behandlingen vil være prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome hos voksne, der oplever senfølger efter seksuelle overgreb. Dette da flere studier har fundet, at en højere grad af symptomer inden for hhv. genoplevelse, undgåelse eller alarmberedskab, er prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome.

Opsummering (J)

Set i henhold til de præsenterede studier, så er der altså diskussion om, hvilke symptomklynger inden for PTSD-diagnosen, der synes at have den største indflydelse på behandlingsoutcomet. Dette da nogle studier har fundet, at det i dominerende grad er symptomklyngen undgåelse (Fletcher et al., 2021), der har størst betydning, mens andre har fundet, at det er genoplevelse, der synes at være mest prædikterende (Fletcher et al., 2021), samtidig med at andre har påvist, at det er alarmberedskabssymptomerne, der spiller den største rolle i forhold til behandlingsoutcomet (Rosenkranz & Muller, 2011; Stein et al., 2012). Selvom der ikke er enighed mellem de præsenterede studier, så peger disse alle i retning af, at en højere grad af PTSD-symptomer ved start-behandling inden for hver af de tre symptomklynger alene kan være prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome ved behandlingens afslutning. Dog er det, ifølge Fletcher et al. (2021), ikke kun de forskellige symptomklynger, der hver især kan påvirke behandlingsoutcomet på forskellige måder. Dette fordi, de i deres studie har fundet, at 15,03 % af de klienter, der ved start-behandling samlet udviste en høj grad af symptomer inden for alle de tre

symptomklynger: genoplevelse, undgåelse og alarmberedskab, synes at være behandlingsresistente. Disse klienter udviste altså ikke nogen forbedring i PTSD-symptomer fra start-behandling til slut-behandling eller til 18 måneders followup (Fletcher et al., 2021).

Opsummerende kan man således sige: 1) at når en højere grad af PTSD-symptomer ved start-behandling inden for hver af de tre symptom-klynger alene kan føre til et dårligt behandlingsoutcome, og 2) når en høj grad af symptomer ved start-behandling inden for alle klyngerne i samspil kan føre til behandlingsresistens, så er der overordnet evidens for, at en generel høj grad af PTSD-symptomer ved start-behandling er prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome (højere grader af PTSD-symptomer ved behandlingens afslutning). På denne baggrund må det derfor også antages, at de klientkarakteristika, der er prædikterende for en højere grad af PTSD-symptomer, derfor ligeledes må være prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome.

Dette underbygges af opgavens teoretiske afsnit, hvori det fremgik, at man først er nødt til etablerer en forståelse for og identificere de faktorer, som anses som værende udviklende og vedligeholdende for højere grader af PTSD-symptomer, før man kan nå frem til en forståelse for de faktorer, der er prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome. Dette fordi sådanne faktorer i kraft af deres udviklende og vedligeholdende effekter på individets PTSD-symptomer ligeledes må anses som værende faktorer, der kan få afgørende betydning for hvor godt eller dårligt en given klient responderer på en given behandling (Foa & Cahill, 2006; Foa & McLean, 2016; Foa & Rothbaum, 1998; Jaycox et al., 2002). Dette underbygges også af Fletcher et al. (2021) og Stein et al. (2012), der ligeledes advokerer for, at vedligeholdende og medierende faktorer for en højere grad af PTSD-symptomer, også er prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome (Fletcher et al., 2021; Stein et al., 2012).

Set i henhold til dette, så vil der i de efterfølgende afsnit derfor både præsenteres studier, der undersøger: 1) hvordan forskellige faktorer ved behandlingens start er prædikterende for behandlingsoutcomet og 2) hvordan forskellige faktorer er prædikterende for en højere eller lavere grad af PTSD-symptomer. Disse studier inddrages på baggrund af antagelsen, at de klientkarakteristika, der øger risikoen for at et individ udvikler højere grader af PTSD-symptomer også må være prædikterende for dårligt behandlingsoutcome.

Tidligere traumer (M)

Flere steder i traume-litteraturen er det beskrevet, at udsættelse for kumulative traumer gennem livet kan medføre, at individet udvikler et komplekst symptombillede, hvis de senere i livet udsættes for endnu et traume. Dette komplekse symptombillede inkluderer, mere regel end

undtagelsen, PTSD (Cloitre et al., 2009; Möller et al., 2014; Nishith et al., 2000; Ullman et al., 2007).

Et studie, der netop har fundet denne sammenhæng, er et studie af Cloitre et al. (2009). Formålet med dette studie var at undersøge, hvordan kumulative traumer i barndommen og voksenlivet er prædikerende for symptomkompleksiteten af PTSD, depression, interpersonelle problemer og adfærdsmæssig dysregulation. Undersøgelsen blev udført i et sample bestående af 582 deltagere, der har oplevet multiple traumer i både barndommen og voksenlivet (gennemsnitsantal af traumer pr. deltager = 4,1). De forskellige traumer, deltagerne havde oplevet, blev inddelt i henholdsvis barndomstraumer og voksen-traumer. Barndomstraumerne bestod af: seksuelle overgreb, fysiske overgreb, neglekt, emotionelt misbrug og at vokse op uden en mor. Voksentraumerne bestod af: seksuelle overgreb, fysiske overgreb, vold i hjemmet og langvarige samt kroniske seksuelle overgreb. Deltagernes PTSD-symptomer blev målt via screeningsværktøjet CAPS. Resultaterne viste, at kumulative traumer i barndommen var stærkt associeret med en højere symptomkompleksitet ift. alle de førnævnte traumerelaterede symptomer (OR = 1.17, 95 % CI: [1.04, 1.33], $p < 0.05$). Derudover øgede hver yderligere type af barndomstraume, som deltagerne havde oplevet, sandsynligheden for en større symptomkompleksitet med 17 %. I forlængelse af dette blev det fundet, at livstidstraumer (totalen af barndoms - og voksentraumer) var associeret med en højere symptomkompleksitet ift. alle de førnævnte traumerelaterede symptomer (OR = 1.13, 95 % CI: [1.03, 1.24], $p < .01$). Samlet kan der således argumenteres for, at udsættelse for multiple traumer og tidlige traumer i barndommen er prædikerende for udviklingen af komplekse og svære PTSD-symptomer samt andre traumerelaterede symptomer i form af depression, interpersonelle problemer og adfærdsmæssig dysregulation (Cloitre et al., 2009).

Et andet studie, der bakker op om disse fund, er det tidligere præsenterede studie af Ullman et al. (2007). De påviste yderligere, at antallet af tidligere traumer, som ofre for seksuelle overgreb har oplevet inden overgrebet i voksenlivet fandt sted, er prædikerende for graden af de PTSD-symptomer, som de udvikler. Mere specifikt fandt de, at jo flere tidligere traumer ofret har oplevet før det seksuelle overgreb i voksenlivet, jo højere grader af PTSD-symptomer vil denne person udvikle ($\beta = .12$, $p < .01$). Lignende fund er også gjort i et studie af Möller et al. (2014), der har identificeret forskellige risikofaktorer for udviklingen af PTSD hos 317 kvinder, der har søgt hjælp efter udsættelse for voldtægt. I dette studie blev det ligeledes fundet, at sandsynligheden for at udvikle høje grader af PTSD-symptomer er større, hvis individet har oplevet to eller flere tidligere traumer inden det efterfølgende seksuelle overgreb i voksenlivet finder sted (OR = 1.91, 95 % CI: [1.14, 3.72]). Mange andre studier inden for traumelitteraturen har fundet lignende tendenser og

resultater, som de studier, der er inddraget i nærværende afsnit (Breslau et al., 1999; Suliman et al., 2009; Green et al., 2000; Priebe et al., 2018). På denne baggrund synes der således overordnet at være evidens for, at tidlige traumer er associeret med udviklingen af højere grader af samt svære PTSD-symptomer.

I henhold til de ovenstående studier, advokerer flere forfattere, at det tidlige traume, der er hyppigst forekommende, og som er fundet at have den største indflydelse på udviklingen af svære PTSD-symptomer, er udsættelse for seksuelt overgreb i barndommen (Arata, 2002; Masho & Ahmed, 2007; Messman-Moore et al., 2000; Messman-Moore et al., 2003). Dette tidlige traume vil på denne baggrund præsenteres og undersøges som en enkeltstående og selvstændig klientkarakteristika, der kan være prædikterende for klienternes behandlingsoutcome på trods af, at den principielt hører ind under faktoren: tidligere traumer.

Udsættelse for seksuelle overgreb i barndommen (M)

Flere studier har fundet indikationer på, at der er en sammenhæng mellem udsættelse for seksuelt overgreb i barndommen og udviklingen af PTSD samt symptomer herpå i voksenlivet (Arata, 2000; Masho & Ahmed, 2007; Messman-Moore et al., 2000; Messman-Moore et al., 2003; Nishith et al., 2000; Ullman et al., 2007). I et studie af Masho & Ahmed (2007) er det eksempelvis fundet, at prævalensen af PTSD er højere hos kvinder, der er blevet udsat for seksuelle overgreb, før de fyldte 18.år (35,5 %) sammenlignet med kvinder, der aldrig har været udsat for overgreb (8,1 %) og kvinder, der har været udsat for seksuelle overgreb efter det fyldte 18 år (30,2 %). Det blev yderligere fundet, at kvinder der var udsat for overgreb, inden de blev 18 år, havde 3,8 gange større sandsynlighed for at udvikle PTSD end kvinder, der aldrig har været udsat for overgreb (OR = 3.75, 95 % CI 2.33 - 6.53).

Foruden ovenstående er der også fundet evidens for, at udsættelse for overgreb i barndommen øger sandsynligheden for seksuel reviktimisering i voksenlivet (Arata, 2000; Arata, 2002; Messman-Moore et al., 2000; Messman-Moore et al., 2003). I et review af Arata (2002) fremgår det eksempelvis, at personer, der har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, har to til tre gange større sandsynlighed for at blive udsat for senere seksuel reviktimisering. Overordnet estimeres det altså, at cirka 20 % af de personer, der har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen også udsættes for seksuelle overgreb i voksenlivet. I tråd med dette har andre studier fundet, at udsættelse for seksuelt overgreb i barndommen er prædikterende for graden af de PTSD-symptomer, som individet udvikler, hvis de seksuelt reviktimiseres i voksenlivet (Arata, 2000; Messman-Moore et al., 2000). I et studie af Messman-Moore et al. (2000) er det eksempelvis fundet, at individer, der er blevet udsat for overgreb i voksenlivet, men som også i

barndommen er blevet udsat for seksuelle overgreb, udviser højere grader af PTSD-symptomer ($M = 0,93$) end individer, der udelukkende er blevet udsat for overgreb voksenlivet ($M = 0,62$) eller individer, der aldrig er blevet udsat for seksuelle overgreb ($M = 0,54$) ($p < .001$). I tråd med dette er det i et studie af Arata (2000) yderligere fundet, at kvinder, der både har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen og i voksenlivet udviser flere PTSD-symptomer ($M = 17,90$) end individer, der udelukkende har været udsat for overgreb i barndommen ($M = 12,11$) ($p < .05$).

Opsummerende kan man således sige, at den kumulative indflydelse af de tidligere traumer og/eller udsættelse for overgreb i barndommen, begge er faktorer, der kan være prædikerende for udviklingen af højere grader af PTSD-symptomer, såfremt individet senere i livet udsættes for et efterfølgende traume. På denne baggrund forventes det derfor, at multiple tidligere traumer og/eller udsættelse for overgreb i barndommen vil være prædikerende for et dårligt behandlingsoutcome, hos klienter, der udsættes for seksuelle overgreb i voksenlivet.

Relation til krænker (J)

Flere teorier og studier har indikeret, at relationen til krænkeren er en central faktor, der kan være prædikerende for graden af de PTSD-symptomer, som ofre udsat for seksuelle overgreb udvikler (Culbertson & Dehle, 2001; Koss et al., 1988; Riggs et al., 1992; Temple et al., 2007; Ullman et al., 2006). Et studie, der netop har undersøgt denne sammenhæng, er et studie af Culbertson & Dehle (2001). I nærværende studie undersøgte man et sample bestående af 206 kvindelige universitetsstuderende, hvoraf 96 af kvinderne havde været udsat for seksuelle overgreb. Kvinderne blev inddelt i følgende grupper alt efter hvilken relation, de havde til krænkeren: 1) bekendt ($n = 36$), 2) date ($n = 26$), 3) ægtefælle/samlevende ($n = 12$), 4) seksualpartner ($n = 18$). I studiet anvendte man screeningsværktøjet: *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R) til at måle graden af ofrenes PTSD-symptomer. De fandt, at de kvinder, der blev udsat for overgreb af en bekendt ($M = 7.97$) eller ægtefælle/samlever ($M = 11.50$) rapporterede flere alarmberedskabssymptomer end de kvinder, der havde datet ($M = 2.58$) eller været seksualpartnere ($M = 4.06$) med deres krænker ($p < .05$). Yderligere fandt de, at kvinder udsat for seksuelle overgreb af deres ægtefælle/samlever ($M = 13.50$) eller en bekendt ($M = 10.67$) udviste flere genoplevelsessymptomer end de kvinder, der blev udsat for overgreb af en, de har datet ($M = 6.15$) eller en seksualpartner ($M = 6.06$, $p < .05$). På denne baggrund kan det ekspliciteres at ofre udsat for seksuelle overgreb af ægtefælle/samlever udvikler højere grader af PTSD-symptomer sammenlignet med de andre grupper, hvorfor der er indikationer på, at jo tættere relationen er til krænkeren, jo flere symptomer udvikler man.

Disse resultater skal dog fortolkes med en vis forsigtighed, da dette studie har flere metodologiske begrænsninger. For det første har studiet ikke indsamlet information om, hvorvidt de forskellige ofre har været udsat for fysisk vold i forbindelse med eller før overgrebet har fundet sted. Dette manglende mål er, ifølge Ullman et al. (2006) og Basile et al. (2004), problematisk, idet tilstedeværelsen af fysisk vold, i højere grad end den specifikke relation, kan være en forklaring på de forskelle i PTSD-symptomer på tværs af grupperne, som udledes i studiet af Culbertson & Dehle (2001). Dette, da det netop er fundet, at udsættelse for overgreb af en man kender, typisk er associeret med en højere grad af vold, sammenlignet med udsættelse for overgreb af en man ikke kender (Basile et al., 2004). Der er således indikationer på, at de forskelle, der er fundet i studiet, i højere grad kan være et udtryk for, hvordan graden af traumets voldsomhed indvirker på ofrenes PTSD-symptomer, snarere end det er et udtryk for, at det er relationen, der inducerer en medierende effekt. For det andet er der i undersøgelsen ikke inkluderet items, der afdækker, hvorvidt offeret til stadighed er sammen med sin krænker, hvilket kan have stor betydning for de svar, der gives (Ullman et al., 2006). Dette, da det er fundet, at ofre, der stadigvæk er sammen med deres krænker ved undersøgelsestidspunktet, har en større emotionel, økonomisk og tidsmæssig investering og forpligtelse i forholdet, hvorfor de har en tendens til at underrapportere deres PTSD-symptomer sammenlignet med ofre, der ikke længere er sammen med deres krænker (Culbertson & Dehle, 2001; Ullman et al., 2006). Idet studiet ikke har kontrolleret for disse mulige underrapporteringer, kan det implicere, at man ikke får udarbejdet et retvisende billede af de PTSD-symptomer, som gør sig gældende for denne gruppe af ofre udsat for seksuelle overgreb (Coolican, 2017; Punch 2014).

Slutteligt forekommer der også en udpræget sample bias i dette studie, da samplet udelukkende består af kaukasiske universitetsstuderende. Heraf vides det derfor ikke, om resultaterne kan replikeres i et mere demografisk forskelligt sample, som ofre udsat for seksuelle overgreb synes at bestå af (Coolican, 2017; Temple et al., 2007; Ullman & Filipas 2001). Et lignende studie af Temple et al. (2007) er på denne baggrund inddraget, da denne undersøgelse netop har inddraget forskellige demografiske grupper for at afdække, hvorvidt relationen til krænker spiller en rolle for udviklingen af PTSD på tværs af forskellige kulturer.

Samplet i Temple et al. (2007) bestod af 835 kvinder, hvoraf 580 af dem har været udsat for et seksuelt overgreb. Kvinderne blev inddelt i grupper efter etnicitet: afroamerikanere (n = 203), europæiske amerikanere (n = 214) og mexicanske amerikanere (n = 163). Yderligere blev de inddelt alt efter deres relation til krænker i to grupper bestående af partner og ikke-partner. I dette studie anvendte man screeningsværktøjet: *Crime-related Post-Traumatic Stress Disorder Scale* (CR-PTSD) til at måle graden af PTSD-symptomer. Det overordnede fund var, at udsættelse for

et seksuelt overgreb af en partner var prædikterende for udviklingen af PTSD. Mere specifik fandt de, at udsættelse for et seksuelt overgreb i den europæiske gruppe ($\beta = .206$) og mexicanske gruppe ($\beta = .136$) var en positiv signifikant prædiktor for udviklingen af PTSD ($p < .05$). Dog adskilte den afroamerikanske gruppe sig markant fra de to andre grupper, idet både overgreb fra en partner og ikke-partner begge var signifikante og positive prædiktorer for PTSD ($\beta = .134$, $p < .05$). Disse fund kan overordnet set indikere, at udsættelse for et seksuelt overgreb af en partner medfører flere følgevirkninger hos ofrene sammenlignet med ofre udsat for overgreb af en ikke-partner. I tråd med dette pointerer forfatterne til dette studie samt Riggs et al. (1992), at ofre udsat for overgreb af en partner generelt har sværere ved at komme sig psykisk og har en signifikant lavere grad af trivsel (well-being) efter udsættelse for et seksuelt overgreb sammenlignet med ofre, der ikke har en tæt relation eller kender deres krænker.

På trods af de førnævnte fund, er der dog studier, der ikke finder en sammenhæng relationen til krænker og udviklingen af PTSD-symptomer (Domino et al., 2020; Ullman et al., 2007; Ullman & Filipas, 2001). Et eksempel herpå er et studie af Domino et al. (2020), der, i et sample bestående af 127 kvindelige studerende udsat for seksuelle overgreb, fandt, at relationen til krænkeren ikke var signifikant korreleret med udviklingen af PTSD-symptomer målt vha. *Posttraumatic Stress Disorder symptoms* (PCL-S). I dette studie er der altså ingen forskel i PTSD-symptomer på tværs af de forskellige relationelle-kategorier mellem offer og krænker. Et studie, der understøtter dette fund, er et studie af Ullman & Filipas (2001), der i et sample bestående af 323 voksne udsat for seksuelle overgreb, undersøgte flere forskellige faktorer, der kan være prædikterende for graden af PTSD-symptomer, herunder relationen til krænker. Graden af PTSD-symptomerne blev målt ud fra *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* (PDS). Det overordnede fund var, som i førnævnte studie, at relationen til krænker ikke var korreleret med graden af de PTSD-symptomer, som ofre udsat for seksuelle overgreb udvikler.

Ifølge Ullman (2006) og Temple et al. (2007) kan en mulig forklaring på den diskontinuitet, som ses i de respektive studiers resultater, tilskrives, at studierne definerer og operationaliserer konstruktet "relationen til krænker" forskelligt. De forskelligartede operationaliseringer kan medføre, at studiernes resultater bliver påvirket og medieret af forskellige delelementer af det undersøgte konstrukt. Dette kan netop resultere i de forskelle, der bliver fundet eller ikke fundet i de respektive studier (Culbertson & Dehle., 2001; Riggs et al., 1992). Dog kan man opsummerende sige, at selvom de inddragede studier indeholder flere metodologiske begrænsninger, og selvom der ikke synes at være konsensus i de resultater, der er fundet på nærværende område, så tyder flere studier samt store dele af litteraturen dog alligevel på, at relationen til krænkeren synes at spille en afgørende rolle for udviklingen og graden af offerets PTSD-symptomer. På denne

baggrund vil dette speciale opstille en hypotese om, at en tæt relation til krænkeren vil være prædikerende for et dårligt behandlingsoutcome.

Komorbiditet (M)

Som nævnt tidligere i opgaven kan komorbide lidelser til PTSD komplicere og vedligeholde PTSD-symptomerne, men også symptomerne på den komorbide lidelse. Kombinationen af forskellige lidelser synes således at fordre et mere alvorligt og kronificeret symptombillede, hvorfor klienter med dobbeltdiagnoser ofte er sværere at behandle og dermed kræver en længerevarende og intens behandling (Campbell et al., 2007; Sareen et al., 2021; Schnurr et al., 2002). Det er yderligere blevet belyst, at, til trods for at flere af disse klienter tilbydes langvarig og intens behandling, så er der til stadighed en stor andel af klienterne, der ikke får tilstrækkeligt gavn af den givne behandling. Dette skyldes, ifølge flere forfattere, blandt andet komorbiditeten, hvorfor denne i litteraturen er associeret med et dårligt behandlingsoutcome i form af højere grader af PTSD-symptomer ved slut-behandling (Campbell et al., 2007; Foa & Rothbaum, 1998; Najavits et al., 2010; Sareen et al., 2021; Schnurr et al., 2002).

Det tidligere præsenterede studie af Campbell et al. (2007) understøtter netop ovenstående sammenhæng, men et studie af Tarrier et al. (2000) har ligeledes undersøgt denne. Mere specifikt undersøgte de, hvilke faktorer, der er associeret med behandlingsoutcomet af CBT-behandling hos klienter med kronisk PTSD efter udsættelse for to forskellige traumer i form af ulykker og kriminalitets-relaterede traumer. Overordnet fandt de, at generaliseret angst (GAD) var korreleret med et dårligere behandlingsoutcome ($R^2 = 0.369$, $p < .05$). Det vil altså sige, at de fandt en sammenhæng mellem det at have kronisk PTSD og tilstedeværelsen af GAD som komorbide lidelse og et dårligere behandlingsoutcome i form af højere grader af PTSD-symptomer ved slut-behandling (Tarrier et al., 2000). Det er dog essentielt at pointere, at der i denne sammenhæng er tale om en lav korrelation, hvorfor denne faktor også kun kan forklare 5 % af den samlede varians. Der må heraf være andre faktorer end udelukkende GAD, som må være prædikerende for klienternes behandlingsoutcome, idet GAD kun forklare en meget lille andel af variansen. Dette skal man tage forbehold for i tolkningen af dette studiets resultater. Det er yderligere essentielt at påpege, at der i dette studie er tale om korrelationer, altså sammenhænge, og ikke kausaliteter, som er årsagsforklaringer. På denne baggrund må GAD, som komorbid lidelse til PTSD, derfor ikke anses som årsagen til det dårlige behandlingsoutcome i form af højere grader af PTSD-symptomer ved slut-behandling, men derimod skal dette fund tolkes på den måde, at der er en sammenhæng mellem disse to faktorer (Tarrier et al., 2000).

Det er ikke kun GAD som komorbid lidelse, der synes at være prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome. Dette fordi studiet af Stein et al. (2012), som blev præsenteret tidligere i opgaven, fandt at tilstedeværelsen af en depressiv lidelse ved start behandling også var en signifikant prædiktor for et dårligt behandlingsoutcome. Dette, da klienter, der havde PTSD med komorbid depression, havde 3 gange så høj risiko for at være behandlingsresistente sammenlignet med klienter, der ikke havde en depressiv lidelse (OR = 3.52, 95 % CI [1.04, 11.90], $p < .05$).

På baggrund af de præsenterede fund forventes det, i nærværende undersøgelse, at tilstedeværelsen af en komorbid lidelse vil være prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome hos klienter, der oplever senfølger efter udsættelse for seksuelle overgreb.

Alder ved overgreb (J)

Flere studier har indikeret, at den alder, individet har, når de udsættes for det seksuelle overgreb, spiller en rolle i forhold til graden af de PTSD-symptomer, som individet udvikler (Frazier et al., 1997; Masho & Ahmed, 2007; Ullman et al., 2007). Overordnet er der i litteraturen konsensus om, at jo ældre man er, når bliver udsat for det seksuelle overgreb, jo lavere grad af PTSD-symptomer synes individet at udvikle (Coxell & King, 2004; Frazier et al., 1997; Foa & Rothbaum, 1998; Masho & Ahmed, 2007; Ullman et al., 2007).

Et studie, der understøtter dette argument, er et studie af Ullman et al. (2007), der undersøgte hvilke demografiske og overgrebsrelaterede variable, der er prædikterende for graden af PTSD-symptomer, som ofre udsat for seksuelle overgreb udvikler. Deres sample bestod af 1084 kvinder udsat for seksuelle overgreb, og graden af deres PTSD-symptomer blev målt via screeningsværktøjet: *The Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* (PDS). De fandt, at alder ved overgrebet var negativt korreleret med graden af PTSD-symptomer, som ofrene udviklede. Dette skal tolkes på den måde, at jo ældre man er, når man udsættes for det seksuelle overgreb, desto lavere grad af PTSD-symptomer udviser man ($\beta = -.12$, $p < .001$). Disse fund er lignende det, Frazier et al. (1997) har fundet, da det ligeledes i dette studie blev påvist, at jo ældre du er, når overgrebet finder sted, jo færre symptomer på PTSD udvikler man.

Opsummerende kan man sige, at yngre personer synes at være mere sårbare ift. at udvikle sværere PTSD-symptomer efter udsættelse for seksuelle overgreb. På denne baggrund forventer man i nærværende undersøgelse derfor at finde, at en lavere alder ved overgrebet vil være prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome hos klienter, der oplever senfølger efter seksuelle overgreb.

Profession (J)

Flere studier indikerer, at profession kan spille en rolle ift. den grad af symptomer, som individet udvikler som følge af seksuelle overgreb. Flere studier indikerer i henhold til dette, at individer udsat for seksuelle overgreb, der enten er på forskellige offentlige ydelser (kontanthjælp, dagpenge m.m.) eller er lavt uddannet, generelt har en tendens til at udvikle højere grader af PTSD-symptomer sammenlignet med dem, der er i arbejde eller højtuddannede (Ullman & Brecklin, 2002; Ullman & Filipas, 2001).

To studier, der netop understøtter denne antagelse, er studier af Ullman og Filipas (2001) og Ullman og Brecklin (2002). Begge studier undersøgte hvorledes forskellige demografiske og overgrebsrelaterede variable kunne ses som værende prädikterende for graden af PTSD-symptomer, som ofre udsat for seksuelle overgreb udvikler. Samplet i studiet af Ullman og Filipas (2001) bestod af $N = 323$ voksne, der havde været udsat for seksuelt overgreb efter de var fyldt 14 år. Samplet i studiet af Ullman og Brecklin (2002) bestod af $N = 619$ voksne, der havde været udsat for seksuelt overgreb i barndommen og/eller i voksenlivet. Graden af individernes PTSD-symptomer blev i begge studier målt via screeningsværktøjet: *The Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* (PDS). Studiet af Ullman og Filipas (2001) fandt, at ofre udsat for seksuelle overgreb, der var i arbejde eller havde en høj uddannelse, udviklede lavere PTSD-symptomer end de ofre, der var ledige på arbejdsmarkedet eller havde en lavere uddannelse ($\beta = -.21, p < .001$). Dette underbygges af studiet af Ullman og Brecklin (2002), der ligeledes fandt, at ofre udsat for seksuelle overgreb, som var ledige på arbejdsmarkedet eller havde en lavere uddannelse, havde en større risiko for at udvikle højere grader af PTSD-symptomer sammenlignet med dem, der var i arbejde eller havde en høj uddannelse ($OR = .80, 95 \% CI: [.68, .95]$). Disse studier tyder således på, at profession kan være prädikterende for, om individet udvikler højere eller lavere grader af PTSD-symptomer. Dette kan give en indikation af, at uddannelse eller arbejde kan være en ressource, der kan beskytte ofre for seksuelle overgreb mod at udvikle svære PTSD-symptomer (Ullman & Filipas, 2001). Dette vil uddybes i specialets diskussionsafsnit.

Selvom ud fra litteraturen tyder på, at der er konsensus om, at profession spiller en rolle ift. graden af PTSD-symptomer (Bownes et al., 1991; Ullman & Brecklin, 2002; Ullman & Filipas, 2001), så understøttes dette dog ikke af det tidligere præsenterede studie af Ullman et al. (2007). Dette studie fandt i modsætning til de to andre studier, at profession ikke var en signifikant prädiktor ift. graden af de PTSD-symptomer, som et givet individ udvikler.

Med forbehold for, at der er diskrepans i det, som de forskellige studier har fundet, så vil det i specialets anden del alligevel forventes, at profession vil være en signifikant prädiktor for et dårligt behandlingsoutcome hos klienter, der oplever senfølger efter seksuelle overgreb. Denne

antagelse bygger på, at det flere steder i litteraturen fremgår at ofre udsat for seksuelle overgreb, som er i arbejde og/eller med højere uddannelser, generelt har flere ressourcer og får mere social støtte ift. at bearbejde traumet, hvilket netop anses som faktorer, der kan være beskyttende for, at individet udvikler PTSD (Herman, 2015; Ullman & Filipas, 2001; Ullman & Peter-Hagene, 2014).

Et generelt kritisk blik på de inddragede studier (M & J)

I henhold til de studier, der er præsenteret under overskriften klientkarakteristika, er det væsentligt at påpege, at disse kan tillægges yderligere kritikpunkter, udover dem, der allerede er blevet præsenteret. Disse kritikpunkter gør sig generelt gældende på tværs af de studier, der er inddraget i de respektive afsnit, hvorfor de samlet gennemgås i nedenstående afsnit.

Kritik af outcomemål (J)

Det, at alle de præsenterede studiers outcomemål, i dominerende grad, er baseret på graden af ofrenes PTSD-symptomer, er et kritikpunkt, der gør sig gældende på tværs af de inddragede studier. Dette da det, ifølge Blatt et al. (2010), er problematisk kun at have symptomreduktion (graden af symptomer) som effektmål for behandling, idet man ofte ser, at der allerede sker en symptomreduktion i det øjeblik, individet vælger at indgå i behandling. En symptomreduktion kan således ske på baggrund af minimal intervention, hvorfor det af Blatt et al. (2010) derfor fremgår, at det er nødvendigt at anvende flere outcomemål end udelukkende symptomreduktion for at få et mere retvisende billede af, om der er en effekt af behandlingen.

Dette underbygges af Berle et al. (2018), der pointerer, at selvom man ser en symptomreduktion af PTSD-symptomer, så er det nødvendigvis ikke lig med, at klienten oplever bedring i andre betydningsfulde livsaspekter, som ligger udenfor den diagnostiske og kliniske kontekst. Man kan således ikke sætte lighedstegn mellem den bedring, som finder sted indenfor den kliniske symptomatologi og den bedring, som finder sted uden for den kliniske kontekst (Berle et al., 2018). Netop dette er et vigtigt opmærksomhedspunkt, idet man fra forskningen ved, at PTSD-symptomerne også inducerer en negativ indflydelse på bl.a. klienternes trivsel (Berle et al., 2018). Dette kan ses i lyset af, at PTSD er hæmmende for individets generelle funktionsniveau og dermed yder negativ indflydelse på klientens interpersonelle fungeren (Foa & Rothbaum, 1998; Friedman & Resick, 2014). Selvom PTSD synes at spille en rolle for individets trivsel, og selvom der synes være overlap mellem trivsel og PTSD-diagnosens mål for funktionsniveau, så florerer der i meget af den nuværende forskning, en forkert antagelse om, at trivsel skal ses som værende synonymt med fravær/reduktion af funktionsnedsættelse (Berle et al., 2018). Dette underbygges

også af flere studier, da det er fundet at reduktion af PTSD-symptomer ikke altid fører til bedring i trivsel (Balayan et al., 2014; Berle et al., 2018; Lowrey, 2014; Pagotto et al., 2015).

Trivsel er, ifølge Pagotto et al. (2015) og Balayan et al. (2018), et effektmål, som udover symptomreduktion, anses som værende afgørende for, hvor godt eller dårligt en klient har det efter en given behandling. Set ift. dette er det, ifølge Berle (2018), derfor essentielt at anvende screeningsværktøjer, der måler på trivsel i behandlingen af klienter med traumerelaterede lidelser. Dette kan ses i lyset af, at generel trivsel afhænger af flere forskellige faktorer, der gør sig gældende i individets liv. Et sekundært outcomemål, som trivsel, kan i samspil med det kliniske mål for PTSD-symptomer, heraf give et mere retvisende billede af, hvorvidt klienten forandrer sig samt responderer på en given behandling set ift. både diagnostiske, kontekstuelle og interpersonelle aspekter af klientens liv (Balayan et al., 2014; Berle et al., 2018; Lowrey, 2014; Pagotto et al., 2015).

På baggrund af ovenstående vurderes det derfor, at et sekundært outcomemål, som trivsel, kunne have være essentielt at inddrage som sekundært mål for behandlingseffekten i de respektive studier. Ligeledes kunne det i denne sammenhæng også have været relevant at undersøge, om nogle af de faktorer, som synes at være prædikterende for graden af PTSD, også synes at være prædikterende for klienternes trivsel efter endt behandling.

Sample bias (M)

Det er ikke blot det tidligere præsenterede studie af Culbertson & Dehle (2001), der synes at lide under sample bias i deres undersøgelse. Dette, da der, på tværs af studierne, er indikationer på, at de forskellige undersøgelser har samples fra afgrænsede populationer (for eksempel collegestuderende) eller kliniske samples, som ikke nødvendigvis er repræsentative for den generelle population af ofre udsat for seksuelle overgreb. Det er på denne baggrund derfor uklart, om resultaterne, fra de pågældende studier, kan replikeres i et mere demografisk forskelligt sample, og i hvor høj grad de kan generaliseres (Briere, 1992; Coolican, 2017; Gregory, 2014; Punch, 2014). Derudover er det ydermere essentielt at have for øje, at der, på tværs af undersøgelserne, ikke er tilstrækkelig information om de klienter, der dropper ud af behandlingen eller undersøgelsen. Vi har således ingen information om denne gruppe, der ellers også repræsenterer målgruppen, hvorfor resultaterne yderligere skal tolkes med forsigtighed i forhold til repræsentativitet og generaliserbarhed (Schottenbauer et al., 2008).

Definering og operationalisering af seksuelle overgreb (M)

En gennemgående anke og et grundlæggende problem i litteraturen er, at seksuelle overgreb hverken er et entydigt eller velafgrænset begreb. En del af begrebsforvirringen består i,

at der på tværs af studierne er afvigelser i anvendte definitioner af seksuelle overgreb. Nogle studier begrænser seksuelle overgreb til voldtægt, hvor andre studier er langt bredere i deres definition og både inkluderer: voldtægt, partner voldtægt, uønsket seksuel kontakt og seksuel udnyttelse (Andersen, 2020; Briere, 1992; Foa & Rothbaum, 1998; Petrak, 2004; Resick, 1993). Denne forskelligartede definerings og operationalisering af begrebet, på tværs af studierne, kan medføre, at studierne principielt set ikke undersøger samme begreb, hvorfor der er risiko for, at studierne opnår vidt forskellige resultater (Briere, 1992; Coolican, 2017; Gregory, 2014; Riggs et al., 1992).

Forskellige screeningsværktøjer (M)

I tråd med ovenstående er det også væsentligt at pointere, at de studier, der inddraget i nærværende opgave, benytter sig af forskellige screeningsværktøjer til at måle ofrenes PTSD-symptomer. De forskellige screeningsværktøjer er præget af forskelle i deres sensitivitet - og specificitetsniveauer, deres interne validitet og konstrukt validitet. Dette kan heraf medføre, at screeningsværktøjerne måler forskellige dele af det samme konstrukt, hvilket netop kan være en mulig årsag til de divergerende konklusioner, som man ser i de forskellige studier (Coolican, 2017; Foa et al., 1993; Foa et al., 1997).

Forskel i antallet og indholdet af prædiktorer der undersøges (J)

Set i ft. de resultatmæssige forskelle, som er præsenteret i de respektive afsnit, så er det væsentligt at påpege, at der på tværs af de forskellige studier, er store forskelle i både samplestørrelse og antallet af prædiktorer, som studierne hver især undersøger. Disse indholdsmæssige forskelle, skal man tage forbehold for i fortolkningen og sammenligningen af studierne resultater, da de fund, studierne er nået frem til, i høj grad kan være præget af hhv. type 1 fejl og type 2 fejl (Field, 2009; Stein et al., 2012). Heraf kan der derfor være en risiko for, at nogle studier, i kraft af deres samplestørrelse og antal undersøgte prædiktorer, enten har kunnet; 1) bekræfte tilstedeværelsen af gruppemæssige forskelle, som reelt ikke havde været der, hvis man havde korrigeret for type 1-fejl eller 2) afvist tilstedeværelsen af gruppemæssige forskelle, som reelt havde været til stede, hvis man havde korrigeret for type 2-fejl (Field, 2009; Stein et al., 2012).

Korrelation og kausalitet (M)

Det er essentielt at være opmærksom på, at der, i de fleste studier, udelukkende er tale om korrelationer, altså sammenhænge og ikke kausaliteter, som er årsagsforklaringer (Field, 2009; Punch, 2014). I dette perspektiv er der således ikke tale om direkte kausale sammenhænge mellem

de forskellige klientkarakteristika, som er undersøgt i de inddragede studier, og udviklingen af højere grader af PTSD-symptomer. Der er snarere tale om, at de forskellige klientkarakteristika medfører en risiko for, alt afhængigt af forskellige og medierende personlige og kontekstuelle faktorer, at udvikle højere grader af PTSD-symptomer. De forskellige klientkarakteristika er således faktorer, der kun i samspil med andre faktorer, vil føre til en forøget risiko for at udvikle svære PTSD-symptomer (Field, 2009; Punch, 2014).

Retrospektivitet og selvrapportering (J)

En yderligere kritik, der kan fremføres, er, at størstedelen af de studier, der er inddraget i det forestående afsnit, er baseret på retrospektive studier, der anvender selvrapportering til vurdering af eksempelvis forekomsten, senfølgerne og andre relaterede aspekter af det seksuelle overgreb. Deltagerne rapporterer således om en hændelse, der er sket, hvorfor deres beretning er tilbageskuende, og yderligere udfylder og besvare deltagerne selv de spørgeskemaer og vurderinger, som undersøgelserne bygger på. Dette kan i mange tilfælde være problematisk, idet klienternes hukommelse kan være præget af hukommelsesbias, og yderligere, da der er fundet evidens for, at mennesket husker gode hændelser langt bedre, end de husker dårlige hændelser (Foa et al., 1993; Foa et al., 1997; Punch, 2014). Disse faktorer kan således fordreje klienternes vurdering af det seksuelle overgreb, hvilket kan føre til over- og underrapporteringer, hvorfor undersøgelsens resultater kan blive påvirket (Briere, 199; Foa et al., 1993; Foa et al., 1997; Gregory, 2014).

Delkonklusion: klientkarakteristika (J & M)

På trods af diskrepansen i de fund, der gjort, samt de metodologiske forskelligheder, som disse studier udviser, så synes der alligevel at være evidens for, at de præsenterede faktorer er prædikterende for udviklingen af højere grader af PTSD-symptomer. Disse faktorer indbefatter: *genoplevelses-symptomer ved baseline* (eksempelvis Fletcher et al., 2021), *undgåelses-symptomer ved baseline* (eksempelvis Leiner et al., 2012), *alarmberedskabs-symptomer ved baseline* (eksempelvis Rosenkranz & Muller, 2011), *relationen til krænker* (eksempelvis Culbertson & Dehle, 2001), *komorbiditet* (eksempelvis Stein et al., 2012), *alder ved overgreb* (eksempelvis Ullman et al., 2007), *tidligere traumer* (eksempelvis Cloitre et al., 2009), *udsættelse for seksuelle overgreb tidligere i livet* (eksempelvis Arata, 2002) og *profession* (eksempelvis Ullman & Brecklin, 2002).

Det skal dog pointeres, at førnævnte studier undersøger, hvilke faktorer, der er prædikterende for højere grader af PTSD-symptomer, hvorfor de ikke har fokus på, hvilke faktorer,

der synes at påvirke klienternes behandlingsoutcome. Yderligere tager meget af denne forskning udgangspunkt i de akutte klienter udsat for seksuelle overgreb, samt klienter, der har oplevet seksuelle overgreb i barndommen. Der synes, som nævnt indledningsvist, således at være en væsentlig mangel på studier, der undersøger målgruppen af senhenvendende klienter udsat for seksuelle overgreb i voksenlivet, samt hvilke faktorer, der kan være prædikerende for disse klienters behandlingsoutcome. Denne mangel i forskningen har således dannet baggrund for, at vi i nærværende speciale, netop har valgt dette som genstandsområde, hvorfor anden del af specialet på denne baggrund vil forsøge at lukke dette hul i forskningen.

Del II: En undersøgelse af klientkarakteristika som prædiktorer for behandlingsoutcome (M)

De præsenterede studier har alle indikeret, at der er en mulig association mellem en række klientkarakteristika og udviklingen af højere grader af PTSD-symptomer. Som nævnt mangler der i denne forskning undersøgelser af, hvorvidt sådanne klientkarakteristika også kan være prædikerende for klienternes behandlingsoutcome. Grundet dette forskningsmæssige hul vil vi i specialets anden del derfor undersøge, om de præsenterede faktorer også synes at spille en afgørende rolle for behandlingsoutcomet hos senhenvendende klienter, der oplever senfølger efter udsættelse for seksuelle overgreb i voksenlivet. Dette gøres med udgangspunkt i data fra CSO's projekt omhandlende *senfølger efter seksuelle overgreb i voksenlivet*, der har dannet baggrund for følgende problemformulering: "Hvilke klientkarakteristika er prædikerende for et dårligt behandlingsoutcome hos senhenvendende klienter, der oplever senfølger efter at være udsat for seksuelle overgreb i voksenlivet?". Denne undersøgelse har til formål at nå frem til viden, der, i fremtiden, kan anvendes til at effektivisere, kvalificere og tilpasse behandlingen til den senhenvendende klientgruppe udsat for seksuelle overgreb i voksenlivet.

Metode

Deltagere (M)

Deltagerne i nærværende undersøgelse har alle frivilligt henvendt sig til CSO for at deltage i et projekt omhandlende: *senfølger efter seksuelle overgreb i voksenlivet*.

Deltagerne blev inkluderet i projektet, hvis de var; over 18 år, bosat i regionhovedstaden og overgrebet var sket efter det 18.år. Ligeledes skulle der være gået mere end én måned mellem overgrebet og henvendelse til CSO. Det var ikke en forudsætning at deltagerne opfyldte kriterierne for PTSD for at blive inkluderet i projektet. Dog opfyldte 20 % af samplet disse kriterier, hvoraf

den resterende andel udviste eleverede PTSD-symptomer uden at opfylde diagnosen. Deltagere med komorbide diagnoser blev ligeledes inkluderet, hvis det blev vurderet, at klientens behandlingsbehov, på trods af den komorbide diagnose, stadig ville ligge inden for projektets ramme (ift. tid og indhold) og CSOs målgruppe (Andersen, 2020). I forhold til de statistiske analyser, blev klienterne inkluderet i gruppen “fuldførte”, hvis de havde haft 5 samtaler eller derover. Denne grænse blev sat, da forskning indenfor området advokerer, at den terapeutiske forandring synes at forekomme efter 5 sessioner (Rothbaum et al., 1992).

Deltagerne blev ekskluderet fra projektet, hvis de havde kognitiv funktionsnedsættelse, psykose, havde en øget selvmordsrisiko, hvis det blev vurderet at deres psykosociale ustabilitet var for høj, eller hvis de blev vurderet til stadig at være i fare ift. deres krænker. Deltagerne blev ydermere ekskluderet, hvis de var i gang med behandling i et andet psykologisk regi eller havde misbrugsproblematikker eller komorbide diagnoser, som medfører at deres behandlingsbehov vurderes til at falde udenfor CSO projektets ramme (ift. tid og indhold) og CSOs målgruppe. Overgreb i barndommen blev kun et eksklusionskriterie, hvis det i visitationen viste sig, at overgrebet i barndommen fyldte mere end overgrebet i voksenlivet. Såfremt dette var tilfældet, så blev disse klienter viderehenvist til CSM-øst (Andersen, 2020). I forhold til de statistiske analyser blev klienter med mindre end fem samtaler defineret som dropout, hvorfor de blev ekskluderet fra den gruppe, der er identificeret som fuldførte.

På baggrund af disse inklusions - og eksklusionskriterier indgik der i alt 64 klienter i CSO's projekt. Datasættet består således af 64 deltagere, hvor de statistiske analyser i nærværende opgave er baseret på følgende: $n = 64$ deltagere besvarede spørgeskemaerne ved baseline, $n = 47$ deltagere besvarede spørgeskemaerne efter 5-session, $n = 49$ deltagere besvarede spørgeskemaerne ved slutbehandling. Der er således 15 klienter, der enten er droppet ud i løbet af behandlingen eller ikke har besvaret spørgeskemaet ved slutbehandlingen.

Yderligere demografiske og deskriptive data ift. deltagerne fremgår af tabel 2 og 3 i resultatafsnittet.

Procedure (J)

Rekrutteringen af deltagerne forløb fra januar 2017 til marts 2018, hvorfor dataindsamlingen er foretaget kontinuerligt og er afsluttet ultimo 2021. Data blev indsamlet ved, at deltagerne udfyldte to spørgeskemaer hhv. *Posttraumatic Diagnostic Stress Scale (PDS)* og *WHO-5 Trivselsindex*. Data fra disse spørgeskemaer blev indsamlet ved: behandlingsstart (baseline), 5 - session, ved behandlingens sidste session og ved 1 - års followup. De forskellige terapeuter i projektet har ikke været underlagt én bestemt behandlingsmetode, hvorfor de har haft

metodefrihed. Dog har alle taget udgangspunkt i den traumefokuseret behandling (Andersen, 2020). Yderligere er der indhentet samtykke for alle deltagere i forbindelse med deres deltagelse og anvendelse af personoplysninger i undersøgelsen. Igennem hele projektet er de etiske principper for nordiske psykologer ligeledes blevet overholdt (Andersen, 2020).

Screeningsværktøjer (J)

Nedenstående screeningsværktøjer blev anvendt med henblik på at måle deltagernes trivsel og belastningssymptomer.

WHO-5 trivselsindeks (J)

Trivsel er målt via screeningsværktøjet WHO-5 trivselsindekset. WHO-5 indekset er et generisk mål for trivsel, som består af fem spørgsmål, der omhandler, hvordan deltagerne har følt sig tilpas i de seneste to uger. Indekset undersøger således graden af positive oplevelser, og kan derved anvendes til måling af generel trivsel i forbindelse med før – og eftermålinger af forskellige interventioner (Topp et al., 2015). Trivsels-scoren går fra 0 - 100, hvor en score mellem 0 - 35 indikerer en trivsel væsentligt under gennemsnittet, en score mellem 36 - 50 indikerer en trivsel under gennemsnittet, og hvor en score mellem 51 - 100 indikerer en trivsel, der er svarende til den gennemsnitlige befolkning. I dette projekt havde denne screening til formål: at vise hvorvidt trivslen ændrede sig i løbet af samtalerne (Andersen, 2020).

Posttraumatic Diagnostic Stress Scale (PDS) (J)

Screeningsværktøjet PDS er et spørgeskema (selvrapportering) til vurdering af posttraumatiske stress symptomer (PTSD) hos personer, der har været udsat for traumatiske hændelser. Screeningen består af 17 items, og PTSD-symptomernes sværhedsgrad vurderes ud fra de tre kernesymptomer; genoplevelse, undgåelse og øget alarmberedskab. Ifølge Foa et al. (1997) har PDS-skemaet en høj intern validitet, hvorfor dette værktøj er en brugbar indikation for PTSD-diagnostik. PDS-scoren går fra 0 - 51, hvor en score mellem 0 - 16 indikerer en lav grad af PTSD-symptomer, en score mellem 17 - 34 indikerer en middel grad af PTSD-symptomer, og hvor en score mellem 35 - 51 indikerer en høj grad af PTSD-symptomer. I dette projekt havde denne screening til formål at undersøge, hvorvidt deltagernes belastningsreaktioner var faldende, uændrede eller forværret i samtaleforløbene (Andersen, 2020).

Undersøgelsens to outcomemål (J)

Deltagernes trivsel og belastningssymptomer (PDS-score) er i denne undersøgelse anvendt som outcomemål for behandlingen. Det primære outcomemål er deltagernes belastningssymptomer, hvor det sekundære outcomemål er deltagernes trivsel. Der er i denne

undersøgelse valgt et sekundært outcomemål, da nogle prædiktorer ikke nødvendigvis har en indvirkning på PDS-scoren, men stadig spiller en rolle for, om klienten får gavn af den givne behandling (Berle et al., 2018; Topp et al., 2015). Disse prædiktorer vil således kunne identificeres ved hjælp af det sekundære outcomemål, trivsel.

Databehandling (M)

Alle analyser og al databehandling er foretaget i SPSS (version 25). Data er, fremstillet deskriptivt ved udregning af gennemsnit og standardafvigelser (SD). En hierarkisk multiple regression er anvendt som den primære analyse til vurdering af klientkarakteristika, der er prædikterende for behandlingsoutcomet ved slutbehandling hos klienter, der oplever senfølger efter at være udsat for seksuelle overgreb i voksenlivet. De kontinuerte variable, der er anvendt i denne analyse, er først blevet testet i en korrelationsanalyse, hvor kun de variable, der var signifikante ($p < .05$), blev inkluderet i regressionen. I forlængelse af dette, er der blevet anvendt en envejs ANOVA og en uafhængig t-test på de kategoriske variable i datasættet, da de grundet deres numeriske form ikke kan indgå i korrelationsanalysen. Såfremt der var en signifikant forskel ($p < .05$) ved anvendelse af disse tests, blev de ligeledes inkluderet i den hierarkiske multiple regression. Der blev i alt lavet to regressionsanalyser, da der i dette projekt er et primært (belastningssymptomer) og et sekundært (trivsel) outcomemål. På denne baggrund er den afhængige variable i den ene analyse PDS-scoren ved sidste session i behandlingen, mens den afhængige variable i den anden analyse er trivsels-scoren ved sidste session i behandlingen. Begge regressionsanalyser er tjekket for multikollinearitet. Sekundære statistiske analyser, i form af variansanalyser (repeated measure ANOVA/parret sample t-test/univariat analyse), er yderligere anvendt til at teste data for mulige sammenhænge og forskelle. I alle førnævnte analyser er der testet for outliers og normalfordeling.

Datasættet er yderligere inspiceret for manglende værdier. Det blev fundet, at to deltagere har manglende værdier ved 5.session, men da begge deltagere havde målinger ved baseline og sidste behandlingssession, blev de bibeholdt i samplet. De manglende værdier kan være årsagen til, at antallet af deltagere (n) varierer på tværs af analyserne. Derudover blev deltagere inkluderet i samplet, hvis de havde haft 5 samtaler eller derover. Klienter der har fået under 5 samtaler, er på denne baggrund defineret som dropout i vores statistiske analyser og vil derfor blive ekskluderet fra vores slutbehandlingsanalyser. Dette er der kontrolleret for og det vil blive ekspliciteret senere i opgaven. Det er i denne sammenhæng vigtigt at påpege, at vi, ved de klienter, som har haft præcis 5 sessioner, har anvendt deres målinger ved 5-session som slutbehandlingsmål i de statistiske

analyser. Dette da disse klienter har færdiggjort deres behandlingsforløb ved 5-session, hvorfor denne score er svarende til slutbehandling.

Resultater

Demografisk data (J)

De demografiske data for nærværende undersøgelse fremgår af tabel 2.

Tabel 2: Demografisk data

Demografisk data		
	<i>n</i>	% (af alle deltagere)
Køn		
<i>Kvinder</i>	61	95.5
<i>Mænd</i>	4	0.5
Profession		
<i>Studerende</i>	26	53.1
<i>I arbejde</i>	13	26.5
<i>Offentlig forsørgelse</i>	10	20.4
Relation til krænker		
<i>Ukendt</i>	7	14.3
<i>kendt i 24 timer*</i>	11	22.4
<i>Bekendt</i>	25	51.1
<i>Partner/ekspartner</i>	6	12.2
Klienter med	18	36.7
Komorbide lidelser		
Klienter der har oplevet tidligere traumer		
<i>1 tidligere traume</i>	13	26.5
<i>2 < tidligere traumer</i>	12	24.5
Klienter der har oplevet Overgreb tidligere i livet	13	26.5
Aldersfordeling	I%	
<i>Deltager > 25</i>	38 %	
<i>Deltagere < 25-39år</i>	45 %	

Alder	År (SD)	
<i>Gennemsnit alder ved overgreb</i>	24 år (7.31)	
<i>Alders ved overgreb</i>	18-52 år	
<i>Gennemsnitsalder ved henvendelse</i>	27.5 år (8.24)	
<i>Alder ved henvendelse</i>	18- 64 år	

*Klienter der har mødt deres krænker indenfor 24 timer

I fordelingen af antal samtaler pr. forløb har 86 % (n = 56) af deltagerne modtaget fem samtaler eller derover. 64 % (n = 42) af deltagerne har modtaget over ti samtaler, og 38 % (n = 25) har modtaget mellem femten og tyve samtaler. For 9 % (n = 6) af deltagerne blev det vurderet, at en ekstra samtale var nødvendig for at få den optimale afslutning på behandlingsforløbet, hvorfor de har modtaget enogtyve samtaler. Det gennemsnitlige antal samtaler for denne gruppe af deltagere blev beregnet til 15. Der er via statistiske analyser kontrolleret for det forskellige antal af samtaler pr. deltager.

Gennemsnit og standardafvigelser for undersøgelsens outcomemål over tid er rapporteret i tabel 3.

Tabel 3: Deskriptiv statistik for undersøgelsens outcomemål: Gennemsnit og standardafvigelser for undersøgelsens outcomemål

Outcomemål	Baseline		5.Session		Sidste session		Followup	
	n = 49		n = 47		n = 49		n = 27	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
PDS-score*	28.2	8.38	25.1	9.42	17.2	10.2	15.5	8.66
	2		9		7	9	9	
Genoplevelse	8.80	2.98	6.13	3.24	4.45	3.40	3.63	2.32
Undgåelse	11.6	4.27	10.2	4.46	6.51	4.28	6.33	4.37
	5		8					
Alarmberedskab	9.65	3.35	9.60	3.76	6.27	3.83	5.93	3.88
Trivsels- score*	40.8	16.0	43.9	18.6	58.4	18.9	54.2	22.9
	0	4	6	1	5	5	6	1

*PDS-score blev indsamlet via screeningsværktøjet PDS. Trivsels-score blev indsamlet via WHO-5 trivselsindeks

Forbedring over tid (J)

Idet forskellen i sample størrelsen fra sidste session ($n = 49$) til followup ($n = 27$) er betydelig, anvendes scorerne fra sidste session i behandlingen som det endelige outcome mål i denne opgave.

En repeated measure ANOVA viste, at deltagerne over tid udviste en signifikant forbedring i PDS-score fra baseline til sidste session ($F(2,92) = 70.725, p < .001, \eta^2 = .606$). Planlagte parvise sammenligninger viste, at der var en signifikant reduktion af deltagernes PDS-score fra baseline ($X = 28.22$) til 5.session ($X = 25.19$) ($t(46) = 3.22, p = .002$) og fra baseline til sidste session ($X = 17.27$) ($t(46) = 10.16, p < .001$). En repeated measure ANOVA viste yderligere, at deltagerne over tid udviste en signifikant forbedring i trivsels-score ($F(2,92) = 33.998, p < .001, \eta^2 = .425$). Planlagte parvise sammenligninger viste dog, at der ikke var en signifikant forbedring i deltagernes trivsels-score fra baseline ($X = 40.80$) til 5.session ($X = 43.96$) ($t(46) = -1.21, p = .230$), men det blev påvist, at der var en signifikant stigning af trivsels-scorerne fra baseline til sidste session ($X = 58.48$) ($t(46) = -6.70, p < .001$).

Opsummerende kan man således se, at der synes at være en generel effekt af behandlingen over tid. I de efterfølgende afsnit, vil der foretages en række statistiske analyser for at identificere signifikante variable, der skal inddrages i de hierarkiske multiple regressionsanalyser.

Korrelations - og variansanalyser (M)

Korrelationsanalysen (tabel 4) viste, at PDS-scorerne ved sidste session var signifikant associeret med genoplevelse ved baseline ($r = 0.63, p < .001$), undgåelse ved baseline ($r = 0.46, p < .001$), alarmberedskab ved baseline ($r = 0.57, p < .001$) og tidligere traumer ($r = 0.63, p < .001$). Disse variable inkluderes i den hierarkiske multiple regression for den afhængige variable "PDS-score ved sidste session". Trivsels-scorerne ved sidste session var signifikant associeret med alarmberedskab ved baseline ($r = 0.47, p < .001$), genoplevelse ved baseline ($r = -0.33, p = .024$), undgåelse ved baseline ($r = -0.30, p = .045$) og tidligere traumer ($r = 0.43, p < .001$). Disse variable inkluderes i den hierarkiske multiple regression for den afhængige variable "trivsels-score ved sidste session".

Tabel 4:
Pearson's korrelationer for studiets variable

Variable	1	2	3	4	5	6	7 ^a	8	9
1. PDS score – sidste session	—								
2. Trivsels score – sidste session	-.583**	—							
3. Genoplevelse – baseline	.633**	-.329*	—						
4. Undgåelse – baseline	.464**	-.305*	.521**	—					
5. Alarmberedskab - baseline	.566**	-.473**	.358*	.521**	—				
6. Tidligere traumer	.627**	-.427**	.350*	.464**	.508**	—			
7. Relation til kræmper ^a	-.014	-.006	.159	.010	-.046	.164	—		
8. Antal samtaler	-.065	-.094	.229	.332*	.066	.014	.159	—	
9. Alder ved overgreb	.267	-.223	.125	.161	.398**	.339*	.212	-.076	—

^a Spearman korrelation. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Uafhængig t-test (M)

Seksuelle overgreb tidligere i livet (M)

En uafhængig t-test viste, at der var en signifikant forskel i PDS-scorerne ved sidste session mellem de klienter, der har oplevet seksuelle overgreb tidligere i livet ($M = 22.08$, $SD = 8.96$) sammenlignet med de klienter, der ikke har oplevet dette ($M = 15.53$, $SD = 10.29$) ($t(47) = -2.03$, $p = .048$). Ift. det sekundære outcomemål viste en uafhængig t-test, at der ikke var en signifikant forskel i trivsels-scorerne ved sidste session mellem de klienter, der har oplevet seksuelle overgreb tidligere i livet ($M = 52.92$, $SD = 17.52$) og de klienter, der ikke har oplevet dette ($M = 60.44$, $SD = 19.29$) ($t(47) = 1.23$, $p = .224$).

Komorbiditet (M)

En uafhængig t-test viste, at der var en signifikant forskel i PDS-scorerne ved sidste session mellem de klienter, der har komorbiditet ($M = 23.11$, $SD = 10.52$) sammenlignet med de klienter, der ikke har komorbiditet ($M = 13.87$, $SD = 8.62$) ($t(47) = -3.34$, $p = .002$). Ift. det sekundære outcomemål viste en uafhængig t-test, at der var en signifikant forskel i trivsels-scorerne ved sidste session mellem de klienter, der har komorbiditet ($M = 48$, $SD = 19.69$) og de klienter, der ikke har komorbiditet ($M = 64.52$, $SD = 15.86$) ($t(47) = 3.21$, $p = .002$).

Envejs ANOVA (M)

En envejs ANOVA viste, at der var en signifikant effekt af profession på den afhængige variable "PDS-score ved sidste session" ($F(2,46) = 5.38, p = .008$). En posthoc analyse (Tukey) med korrektion for multiple sammenligninger viste, at gruppen på "offentlig forsørgelse" ($X = 26$) havde en signifikant højere PDS-score ved sidste session end gruppen "studerende" ($X = 14.77$) ($t(46) = 11.23, p = .007$) og gruppen "i arbejde" ($X = 15.54$) ($t(46) = 10.46, p = .031$). Der var ikke en signifikant forskel mellem grupperne "i arbejde" og "studerende" ($t(46) = 0.77, p = .969$).

Ift. det sekundære outcomemål viste en envejs ANOVA, at der var en signifikant effekt af profession på den afhængige variable "trivsels-score ved sidste session" ($F(2,46) = 4.95, p = .011$). En posthoc analyse (Tukey) viste, at gruppen på "offentlig forsørgelse" ($X = 44.80$) ikke havde en signifikant lavere trivsels-score ved sidste session end gruppen "studerende" ($X = 58.92$) ($t(46) = -14.12, p = .089$). Dog havde gruppen på "offentlig forsørgelse" en signifikant lavere trivsels-score end gruppen "i arbejde" ($X = 68.00$) ($t(46) = -23.20, p = .008$). Der var ikke en signifikant forskel mellem grupperne "i arbejde" og "studerende" ($t(46) = 9.08, p = .290$).

Hierarkisk multiple regression (J)

I de hierarkiske multiple regressionsanalyser blev de afhængige variable tjekket for normalfordeling ved at inspicere P-P plots. Disse konfirmerede, at de afhængige variable var normalfordelte. Yderligere blev datasættet screenet for ekstreme outliers, hvilket resulterede i, at deltager nr. 19 i datasættet blev ekskluderet. VIF-værdier viste, at der ikke var tale om multikolaritet, da disse værdier var mellem 1.146 - 2.163, hvilket bekræfter, at der ikke er stærke korrelationer mellem variablene.

I den hierarkiske multiple regression for "PDS-score ved sidste session" blev graden af alarmberedskabs -, genoplevelses - og undgåelsessymptomer ved baseline sat ind i den første model. Herefter blev de resterende signifikante variable sat ind i de efterfølgende modeller. I den hierarkiske multiple regression for trivsels-score ved sidste session blev graden af alarmberedskabs-symptomer ved baseline sat ind i den første model. Herefter udgjorde de resterende signifikante variable de sidste modeller. Denne rækkefølge er valgt for at kontrollere for graden af symptomer ved baseline og for heraf at kunne identificere, hvordan de andre variable unikt bidrager til den afhængige variable.

Prædiktorer for højere PDS-score ved sidste behandlingssession (J)

Den første model undersøgte, hvorvidt graden af alarmberedskabs -, genoplevelses - og undgåelsessymptomer ved baseline var prædikerende for PDS-scorerne ved sidste session. Denne model viste sig at være signifikant ($F(3, 45) = 17.154, p < .001, R^2 = 0.533$), hvor højere grader

af genoplevelses-symptomer ($\beta = 0.489, p < .001$) og alarmberedskabs-symptomer ($\beta = 0.385, p = .002$) ved baseline var signifikant prädikterende for højere PDS-scorer ved sidste session (se tabel 5).

I den anden model blev variablerne “tidligere traumer” og “overgreb tidligere i livet” tilføjet, hvilket førte til signifikante resultater ($F(5, 43) = 15.536, p < .001, R^2 = 0.644$). Dog var det kun variablen “tidligere traumer” ($\beta = 0.455, p = .001$), der var en signifikant prädiktor for PDS-scorerne ved sidste session (se tabel 5). Heraf forstået ved, at jo flere tidligere traumer, jo højere PDS-scorer ved sidste session.

I den tredje model blev variablen “komorbiditet” tilføjet. Denne model viste sig at være signifikant ($F(6, 42) = 16.298, p < .001, R^2 = 0.700$), hvor komorbiditet ($\beta = 0.252, p = .008$) viste sig at være en signifikant prädiktor for PDS-scoren ved sidste session (se tabel 5). Heraf forstået ved, at tilstedeværelsen af en komorbid lidelse er prädikterende for en højere PDS-score ved sidste session.

I den fjerde model blev variablen “profession” tilføjet. Denne model viste sig at være signifikant ($F(7,41) = 14.292, p < .001, R^2 = 0.709$), men variablen “profession” var ikke en signifikant prädiktor for PDS-scorerne ved sidste session. Dette er også korresponderende med, at tilføjelsen af variablen “profession” ikke førte til en betydelig forandring i modellen ($\Delta R^2 = 0.010$), hvorfor model tre udvælges som den model, der kan forklare mest.

I alt kan den tredje regressionsmodel forklare 66 % af variansen af PDS-scoren ved sidste session, hvilket er korresponderende med en stor effektstørrelse (Cohens $f^2 = 2.33$: Selya et al., 2021).

Tabel 5 (PDS)*Hierarkisk Multipel Regressions analyse – Tabel for prædikerende variable for PDS-score ved sidste session (N = 49)*

Variable	B	SE b	β	R^2	R^2_{adj}	ΔR^2
Model 1				.53***	.50***	.53***
Undgåelse - baseline	0.03	0.32	0.01			
Genoplevelse - baseline	1.69***	0.42	0.49***			
Alarmberedskab - baseline	1.18**	0.37	0.39**			
Model 2				.64***	.60***	.11**
Undgåelse - baseline	-0.19	0.29	-0.08			
Genoplevelse - baseline	1.56***	0.37	0.45***			
Alarmberedskab - baseline	0.82**	0.35	0.27**			
Tidligere overgreb	-3.39	2.57	-0.15			
Tidligere traumer	5.64***	1.56	0.46***			
Model 3				.70***	.66***	.06**
Undgåelse - baseline	-0.18	0.27	-0.08			
Genoplevelse - baseline	1.52***	0.35	0.44***			
Alarmberedskab - baseline	0.87**	0.33	0.28**			
Tidligere overgreb	-2.80	2.40	-0.12			
Tidligere traumer	4.36**	1.52	0.35**			
Komorbiditet	5.32**	1.91	0.25**			
Model 4				.71***	.66***	.01
Undgåelse - baseline	-0.19	0.27	-0.08			
Genoplevelse - baseline	1.56***	0.35	0.45***			
Alarmberedskab - baseline	0.94**	0.33	0.31**			
Tidligere overgreb	-3.68	2.51	-0.16			
Tidligere traumer	4.66**	1.54	0.38**			
Komorbiditet	5.14**	1.90	0.24**			
Profession	-1.28	1.09	-0.11			

** $p < .05$, *** $p < .001$

Prædiktorer for højere trivsels-score ved sidste session (J)

Den samme procedure, som i ovenstående, blev anvendt i denne regressionsanalyse. Den første model undersøgte, hvorvidt graden af alarmberedskabs -, genoplevelses - og undgåelsessymptomer ved baseline var prædikterende for trivsels-scorerne ved sidste session. Denne model var signifikant ($F(3,45) = 5.081, p = .004, R^2 = 0.253$), men det viste sig, at genoplevelses - og undgåelsessymptomer ved baseline ikke var signifikante prædiktorer for en lavere trivsels-score ved sidste session. Dog blev det i denne model til gengæld fundet, at en højere grad af alarmberedskabs-symptomer ved baseline ($\beta = -0.407, p = .010$) er en signifikant prædiktor for en lavere trivsels-score ved sidste session (se tabel 6).

I den anden model blev variabelen “tidligere traumer” tilføjet. Denne model viste sig også at være signifikant ($F(4,44) = 4.469, p = .004, R^2 = 0.289$), men variabelen “tidligere traumer” ($\beta = -0.230, p = .143$) var ikke en signifikant prædiktor for trivsels-scorerne ved sidste session (se tabel 6).

I den tredje model blev variabelen “komorbiditet” tilføjet, hvilket førte til signifikante resultater ($F(5,43) = 5.438, p < 0.001, R^2 = 0.387$), hvor variabelen “komorbiditet” blev fundet at være en signifikant prædiktor for trivsels-scorerne ved sidste session ($\beta = -0.333, p = .012$). Heraf forstået, at tilstedeværelsen af en komorbid lidelse er prædikterende for en lavere trivsels-score ved sidste session.

I den fjerde og sidste model blev “profession” inddraget, og her viste modellen sig yderligere at være signifikant ($F(6,42) = 5.870, p < 0.001, R^2 = 0.456$). En specifik profession er her fundet at være en prædiktor for en lavere grad af trivsel ved sidste session ($\beta = 0.271, p = .026$).

Den fjerde regressionsmodel kan i alt forklare 38 % af variansen af trivsels-scoren ved sidste session, og denne havde en Cohens f^2 på 0.84, hvilket repræsenterer en stor effektstørrelse (Selya et al., 2012).

Tabel 6 (Trivsel)*Hierarkisk Multipel Regressions analyse – tabel for prædikerende variable for trivsels-score ved sidste session (N = 49)*

Variable	B	SE b	β	R^2	R^2_{adj}	ΔR^2
Model 1				.25**	.20**	.25**
Alarmberedskab - baseline	-2.30**	0.86	-0.41**			
Genoplevelse – baseline	-1.16	0.97	-0.18			
Undgåelse - baseline	-0.01	0.74	-0.00			
Model 2				.29**	.22**	.04
Alarmberedskab - baseline	-1.84**	0.90	-0.33**			
Genoplevelse - baseline	-1.01	0.96	-0.61			
Undgåelse - baseline	-0.23	0.74	0.05			
Tidligere traumer	-5.25	3.53	-0.23			
Model 3				.39***	.32***	.10**
Alarmberedskab - baseline	-1.98**	0.85	-0.35**			
Genoplevelse – baseline	-0.91	0.90	-0.14			
Undgåelse - baseline	0.22	0.70	0.05			
Tidligere traumer	-2.54	3.47	-0.11			
Komorbiditet	-12.97**	4.93	-0.33**			
Model 4				.46***	.38***	.07**
Alarmberedskab - baseline	-2.83**	0.82	-0.40**			
Genoplevelse – baseline	-1.08	0.86	-0.17			
Undgåelse – baseline	0.22	0.66	0.05			
Tidligere traumer	-2.72	3.31	-0.12			
Komorbiditet	-12.38**	4.71	-0.32**			
Profession	5.97**	2.59	0.27**			

** $p < .05$, *** $p < .001$

Diskussion (M & J)

Dette studie har til formål at undersøge, hvilke klientkarakteristika, der er prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome hos senhenvendende klienter, der oplever senfølger efter udsættelse for seksuelle overgreb i voksenlivet.

I denne undersøgelse blev det overordnet fundet, at der er en generel effekt af behandlingen set på gruppe - og gennemsnitsniveau, hvilket underbygger de allerede eksisterende fund, der er gjort på området (Foa et al. 1999; Foa & Rothbaum, 1998; Leiner et al., 2012; Rosenkranz & Muller, 2011; Rothbaum et al., 2005). Som nævnt indledningsvist er det dog problematisk kun at anskue behandlingseffekt ud fra gruppe - og gennemsnitsniveauet, idet man derved ikke opnår viden om, de specifikke klientkarakteristika, der kan være prædikterende for, om en klient får mere eller mindre gavn af en given behandling (Hougaard, 2019; Kazdin, 2009; Leiner et al., 2012; Thompson – Hollands et al., 2020). For at undersøge netop dette og for at imødekomme denne kritik blev en hierarkisk multiple regressions analyse derfor anvendt.

I denne analyse blev det, i forhold til specialets primære outcomemål, fundet, at en højere grad af alarmberedskabssymptomer ved baseline, en højere grad af genoplevelsessymptomer ved baseline, antallet af tidligere traumer samt tilstedeværelsen af en komorbid lidelse alle var prædikterende for en højere PDS-score ved behandlingens sidste session. Idet tilstedeværelsen af disse klientkarakteristika medfører, at disse klienter slutter behandlingen med en højere PDS-score end klienter, der ikke besidder disse, anses disse faktorer derfor som værende prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome.

I forhold til undersøgelsens sekundære outcomemål, blev det fundet, at en højere grad af alarmberedskabssymptomer ved baseline, tilstedeværelsen af en komorbid lidelsen og en specifik profession (offentlig forsørgelse) alle var prædikterende for en lav grad af trivsel ved behandlingens sidste session. Disse faktorer anses på denne baggrund ligeledes som faktorer, der er prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome.

Graden af PTSD-symptomer (J)

Som forventet, og i overensstemmelse med tidligere studier (Fletcher et al., 2021; Leiner et al., 2012; Phelps et al., 2018; Rosenkranz & Muller, 2011; Stein et al., 2012), var en højere grad af genoplevelsessymptomer ved baseline og en højere grad af alarmberedskabssymptomer ved baseline, hver især, prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome i form af en højere PDS-score ved behandlingens sidste session. En mulig årsag til denne sammenhæng kan, ud fra et EPT-perspektiv, findes i, at netop disse symptomer, hver især, kan blive forstærkende for den frygt-

struktur og de dysfunktionelle kognitive fortolkninger, som individet, som følge af traumet, udvikler om sig selv, andre og verden. Disse symptomer bliver således hver især hæmmende for individets emotionelle processering og bearbejdning, hvilket i et EPT-perspektiv, netop er hovedårsagen til udviklingen af PTSD (Foa & Kozak, 1986; Foa & McLean, 2016; Jaycox et al., 2002; Tull et al., 2020). Dette underbygges af Fletcher et al. (2021), der pointerer, at højere niveauer, indenfor disse to symptomklynger, er med til at opretholde klienternes PTSD-symptomer, og heraf derfor også kan anses som værende hæmmende for klienternes behandlingsrespons (Rosenkranz & Muller, 2011). En anden plausibel forklaring på dette fund kan, ifølge Phelps et al. (2018), være, at den emotionelle processering, set ift. genoplevelsessymptomerne, tager længere tid at behandle. Dette sammenlignet med undgåelsessymptomer, hvor behandlingen af disse er forankret i en adfærdsmæssig forandring, som tager kortere tid at behandle. På denne baggrund kunne resultaterne have set anderledes ud, hvis der i undersøgelsen var etableret en klientgruppe, der havde modtaget længerevarende behandling, således en større reduktion i genoplevelsessymptomer kunne observeres. Behandlingsvarigheden i nærværende undersøgelse kan således være en mulig forklaring på, hvorfor vi, som lignende studier på området, finder, at genoplevelse er prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome (Fletcher et al., 2021), mens det samtidigt også kan forklare, hvorfor undgåelsessymptomerne ikke er.

At nærværende undersøgelse ikke finder, at undgåelse er en signifikant prædiktor, er dog besynderligt, da vi havde en stærk forventning om dette. Denne forventning er funderet i, at det af EPT fremgår, at det netop særligt er individets undgåelsesadfærd, som menes at være udviklende og vedligeholdende for et individs PTSD-symptomer. Dette da undgåelsesadfærden i dominerende grad er det, som hæmmer den adaptive emotionelle bearbejdning af traumet, hvilket man, indenfor EPT, netop anser som værende hovedårsagen til udviklingen og opretholdelsen af PTSD-symptomer (Gillihan et al., 2014; Orcutt et al., 2020; Tull et al., 2020). Trods dette, så kan der dog alligevel være en god grund til, at vi ikke finder en sådan signifikant sammenhæng. Dette skal ses i lyset af, at klienter med en højere grad af undgåelsessymptomer, som tidligere nævnt, har mere tilbøjelighed til at droppe ud af eller undgå at opsøge behandling (Cahill et al., 2010; Foa & Rothbaum, 1998; Rosenberg & Arendt, 2018; Schottenbauer et al., 2008). Grundet dette kan der være en fare for, at nærværende undersøgelse derfor ikke har tilstrækkelig information om de klienter, der udviser høje grader af undgåelsessymptomer, idet vi i denne undersøgelse netop ikke har nogen information om de klienter, der er droppet ud af behandlingen. At vi mangler og ikke har inkluderet information om netop denne gruppe, kan derfor være en mulig forklaring på, hvorfor vi ikke finder at undgåelse er en signifikant prædiktor. Undersøgelsens resultater, set i forhold til

undgåelsessymptomer, skal således fortolkes med forsigtighed. Det er yderligere vigtigt at pointere, at der er andre studier, der ikke finder lignende sammenhænge, som i nærværende undersøgelse. Dette da andre studier f.eks. finder, at undgåelse er en signifikant prädiktor for behandlingsoutcomet (Fletcher et al., 2021), mens andre finder, at alarmberedskab eller genoplevelse ikke er (Fletcher et al., 2021; Rosenkranz & Muller, 2011; Stein et al., 2012).

Denne resultatmæssige diskrepans, på tværs af dette og andre studier, kan blandt andet tilskrives metodologiske forskelligheder. Dette set i forhold til, at der, som tidligere nævnt, er stor diversitet i de screeningsværktøjer, der, på tværs af de forskellige studier, bliver anvendt til at måle PTSD-symptomerne. Screeningsværktøjerne er præget af forskelle ift. deres sensitivitets- og specificitetsniveauer, deres interne validitet og konstrukt validitet (Coolican, 2017; Foa et al., 1993; Gregory, 2014). Dette kan heraf medføre, at screeningsværktøjerne måler forskellige dele af det samme konstrukt, hvilket netop kan være en mulig årsag til de divergerende resultater, som man ser i de forskellige studier (Foa et al., 1993; Foa et al., 1997; Gregory, 2014). Yderligere kan dette studie, ligesom andre studier indenfor dette område, kritiseres for at tage udgangspunkt i det retrospektive design, idet et sådan design, i dominerende grad, kan være præget af hukommelsesbias (Foa et al., 1993; Foa et al., 1997). Som skrevet tidligere kan dette medføre, at klienterne over og - underrapporterer deres symptomer, hvorfor resultaterne kan påvirkes (Briere, 1992; Foa et al., 1993; Foa et al., 1997). Denne problematik synes især at kunne gøre sig gældende i nærværende studie, idet denne population består af senhenvendende klienter, som netop henvender sig flere måneder og år efter, det seksuelle overgreb har fundet sted.

I forhold til ovenstående er det ydermere essentielt at påpege, at de fund, der generelt er gjort i forbindelse med udviklingen af PTSD-symptomer inden for området, overvejende er baseret på den akutte klientgruppe (Cahill et al., 2010; Carey et al., 2018; Chivers-Wilson, 2006; Dworkin et al., 2021; Kilpatrick, 2007; Möller et al., 2014). Nærværende undersøgelse undersøger således en anden klientgruppe, idet der tages udgangspunkt i senhenvendende klienter udsat for seksuelle overgreb. Vi ved således ikke, hvorvidt resultaterne fra studier, der undersøger den akutte klientgruppe, overhovedet kan overføres til den senhenvendende population, hvorfor forskelle i resultaterne altså således også kan udspringe af en mangel på overførbarhed (Coolican, 2017). I denne sammenhæng er det yderligere essentielt at pointere, at tidsintervallet mellem PTSD-symptomernes debut og undersøgelsestidspunktet, kan have afgørende betydning for den grad af PTSD-symptomer, som de to klientgrupper udviser (Riggs et al., 1992; Rothbaum et al., 1992). Hos akutte klienter ses det oftest, at de udvikler en høj grad af PTSD-symptomer lige efter, traumet er sket, hvor der hos mange af disse ses naturlig recovery (Kilpatrick, 2007; Möller et al., 2014; Rothbaum et al., 1992). Hos senhenvendende klienter ses det derimod, at PTSD-symptomerne er

blevet langt mere konsoliderede og fastlåste (Andersen, 2020; Elklit et al., 2021; Pennebaker, 1989; Rothbaum et al., 1992; Ullman et al., 2007; Ward, 1998). PTSD-symptomerne ændrer sig således over tid (Hyland et al., 2016). Heraf kan resultaterne fra denne undersøgelse nødvendigvis heller ikke sammenholdes med de resultater, som man ser i studier, der undersøger den akutte klientgruppe, idet der er for stor forskel i både konsolideringsgraden og behandlingsbehovet i de to grupper (Hyland et al., 2016). I forhold til den senhenvendende klientgruppe er det ydermere essentielt at påpege, at der hos denne gruppe ofte går lang tid mellem overgrebs - og undersøgelsestidspunktet (Andersen, 2020; Krogh, 2020). Denne tidsforskel kan øge risikoen for, at andre faktorer, end dem der er undersøgt og kontrolleret for, har kunne indvirke på udviklingen af klientgruppens PTSD-symptomer, hvilket kan have spillet en medierende og modererende rolle for de sammenhænge, der er fundet (Hyland et al., 2016; Riggs et al., 1992). Dette skal der tages forbehold for, når resultaterne i denne undersøgelse fortolkes.

Udover ovenstående fund ift. undersøgelses primære outcomemål, blev der også fundet en sammenhæng mellem symptomklyngen alarmberedskab og undersøgelsens sekundære outcomemål, trivsel. Mere specifikt blev det fundet, at højere grader af alarmberedskabssymptomer ved baseline var prædikterende for en lav grad af trivsel ved behandlingens sidste session. Denne sammenhæng er underbelyst i litteraturen, hvorfor vi i nærværende opgave heller ikke havde forventet at finde en sådan sammenhæng. Dette fund kan dog forklares ud fra de specifikke symptomer på alarmberedskab samt opgavens definering af trivsel. Symptomerne på alarmberedskab er karakteriseret ved ændringer i individets adfærd ift. aggressivitet, selvdestruktivitet, hypervigilitet, impulsivitet m.m (Friedman & Resick, 2014). Yderligere er de karakteriseret ved, at individet udviser vanskeligheder ift. koncentration og søvn (tabel 1 i opgavens første del; Friedman & Resick, 2014). Ud fra et EPT-teoretisk perspektiv synes særligt de adfærdsmæssige ændringer at være associeret med udviklingen af dysfunktionelle kognitive fortolkninger omkring “verden som farlig” og “andre som farlige”, hvilket kan have en negativ indflydelse på individets evne til at indgå i positive sociale samspil (Foa & rothbaum, 1998; Gillihan et al., 2014; Jaycox et al., 2002). Derimod bliver koncentrations - og søvnproblematikkerne ofte forbundet med, at individet udvikler en negativ subjektiv oplevelse og fortolkning af selvet som værende “inkompetent” (Foa et al., 2006). Opsummerende vil symptomerne på alarmberedskab således have en negativ påvirkning på kvaliteten af individets interpersonelle relationer samt fordrer negative, subjektive selvevalueringer (Foa et al., 2006; Foa & Rothbaum, 1998; Gillihan et al., 2014; Jaycox et al., 2002; Kelley et al., 2009; McLean & Foa, 2011). Disse vil heraf interferer med individets velbefindende og subjektive oplevelse af egen situation, som netop i denne opgave definerer trivsel. Kritiske overvejelser i forbindelse med det

sekundære outcomemål trivsel vil præsenteres i opgavens afsnit omhandlende undersøgelsens begrænsninger, da det er kritik, der gør sig gældende på tværs af alle undersøgte faktorer.

Relation til krænker (M)

I modsætning til, hvad der i denne undersøgelse blev forventet, var relationen til krænkeren ikke prædikterende for klienternes behandlingsoutcome. Ud fra den generelle traumelitteratur er dette overraskende, idet der er fundet evidens for, at ofre, der bliver udsat for overgreb af en nær relation, udvikler højere grader af PTSD-symptomer sammenlignet med ofre, hvor krænkeren er ukendt (Culbertson & Dehle, 2001; Koss et al., 1988; Riggs et al., 1992; Temple et al., 2007; Ullman et al., 2006). Denne sammenhæng bliver af de forskellige forfattere forklaret ud fra, at seksuelle overgreb af en kendt eller en nær relation er forbundet med følgende karakteristika: 1) ofret har oftest vedvarende kontakt med krænker, 2) overgrebet er af voldsommere karakter og 3) ofret oplever et større tillidsbrud til krænker (Basile et al., 2004; Culbertson & Dehle, 2001; Temple et al., 2007). Disse kan alene og i samspil alle være en mulig forklaring på, at andre studier finder, at overgreb udført af en kendt krænker har flere konsekvensfulde følgevirkninger, end overgreb udført af en ukendt eller ikke nær krænker (Basile et al., 2004).

Set ift. de ovenstående præsenterede karakteristika, er det ud fra et EPT-perspektiv ligeledes overraskende, at vi ikke finder en sammenhæng mellem relation til krænker og et dårligt behandlingsoutcome. Dette da ovenstående karakteristika, ud fra et EPT-perspektiv, vil medføre, at ofret vil udvikle en høj grad af svigt og mistillid til både sig selv, andre og verden, idet én de før har stølet på, har gjort dem fortræd (Domino et al., 2020; Foa & Kozak, 1986). Dette vil medføre, at ofret i høj grad vil være i risiko for at udvikle dysfunktionelle kognitive fortolkninger omkring selvet som værende inkompetent (Foa et al., 2006; Foa & Rothbaum, 1998; Jaycox et al., 2002). Dette kan ses i lyset af, at disse ofre i høj grad vil have en tendens til at bebrejde sig selv og føle skam for ikke at kunne forudsige overgrebet (Cunningham, 2020; Domino et al., 2020). Samtidigt har disse ofre også sværere ved at identificere sig selv som et offer, fordi krænkeren er én, de kender personligt (Culbertson & Dehle, 2001; Temple et al., 2007). Udsættelse for overgreb af en kendt krænker, synes ligeledes at blive inducerende for udviklingen af dysfunktionelle kognitive fortolkninger omkring verden som farlig. Dette fordi disse ofre vil have svært ved at assimilere traumeoplevelsen til sine før-eksisterende skemata, når én person, de før har haft tillid til, har gjort dem fortræd, hvilket vil medføre at ofrene vil få svært ved at afgøre hvilke situationer, der er farlige og hvilke situationer, der er sikre (Culbertson & Dehle, 2001; Domino et al., 2020; Foa & Rothbaum, 1998). Som konsekvens af dette, vil hele verden og andre derfor blive opfattet som værende farlig (Foa & Rothbaum, 1998). Disse dysfunktionelle kognitive antagelser omkring

selvet, andre og verden, som ofret udvikler vil i samspil medføre at ofret udvikler maladaptive frygtstrukturer og en maladaptiv emotionel bearbejdning af traumet (Foa et al., 2006; Foa & Rothbaum, 1998; Gillihan et al., 2014; Jaycox et al., 2002; Litz et al., 2000; Ragsdale et al., 2000; Tull et al., 2020). Det er netop disse, som er udviklende for ofrenes PTSD-symptomer (Foa & Rothbaum, 1998; Tull et al., 2020). Disse dysfunktionelle kognitive fortolkninger og den dertilhørende manglende emotionelle bearbejdning, kan, som beskrevet tidligere, i sidste ende blive afgørende for, hvor godt eller dårligt en given klient responderer på en given behandling (Foa & Cahill, 2006; Foa & McLean, 2016; Tull et al., 2020). Dette fordi sådanne bagvedliggende mekanismer, netop anses som værende udviklende og vedligeholdende for et individs traumereaktioner (Foa & Rothbaum, 1998; Orcutt et al., 2020; Tull et al., 2020). Den måde som ofrene fortolker traumet på og emotionelt bearbejder traumet på kan således være en anden forklaring på, hvorfor udsættelse for overgreb af en kendt krænker kan have flere konsekvensfulde følgevirkninger, end overgreb udført af en ukendt eller ikke nær krænker.

Taget førnævnte i betragtning kan en mulig årsag til, at nærværende undersøgelse ikke finder at relationen til krænker er prædikterende for behandlingsoutcomet, tilskrives, at relationen til krænker, i denne undersøgelse, defineres og operationaliseres på en anden måde, end den gør i andre studier inden for dette genstandsområde (Culbertson & Dehle, 2001; Temple et al., 2001; Ullman et al., 2006). De forskelligartede operationaliseringer kan medføre, at resultaterne bliver påvirket og medieret af forskellige delelementer af det undersøgte konstrukt. Dette kan netop resultere i de forskelle, der bliver fundet eller ikke fundet i denne undersøgelse og i de respektive studier (Culbertson & Dehle., 2001; Riggs et al., 1992; Temple et al., 2007). En anden årsag til, at denne undersøgelse ikke finder en sammenhæng mellem relationen til krænker og behandlingsoutcomet, kan findes i, at der i denne undersøgelse er stor forskel på antallet af deltagere i hver relations-gruppe. Eksempelvis er der 26 deltagere i gruppen bekendt-krænker, hvor der i gruppen ukendt-krænker er 8 deltagere. Forskellen i antallet af deltagere i hver relations-gruppe, kan have en betydning for, hvorvidt vi finder en reel forskel mellem grupperne, da de gennemsnitsscore, man når frem til, er afhængige og påvirkes af antallet af deltagere (Coolican, 2017; Field, 2009).

Foruden det førnævnte kan denne undersøgelse også kritiseres for, at der i indsamling af data, ikke er indhentet information om, hvorvidt de forskellige deltagere er blevet udsat for fysisk vold af deres krænker i forbindelse med eller før det seksuelle overgreb. Som tidligere nævnt i opgaven er dette problematisk, da det således kan være svært at vurdere, om det er tilstedeværelsen af fysisk vold, der indvirker på ofrenes PTSD-symptomer, eller om det er relationen, der inducerer en medierende effekt (Basile et al., 2004; Domino et al., 2020; Ullman et al., 2006). I forlængelse

af dette er der, generelt igennem opgaven, argumenteret for, at der er en forskel i prævalens og udvikling af psykopatologi ved udsættelse for et interpersonelt traume sammenlignet med et non-interpersonelt traume (Dworkin, 2020; Dworkin et al., 2021; Foa & Rothbaum, 1998; Kelley et al., 2009; Russel & Davis, 2007; Thomas et al., 2021). Idet seksuelle overgreb falder indenfor kategorien “interpersonelle traumer”, kan der således argumenteres for, at udsættelse for sådan et traume, påført af et andet menneske, i sig selv er så voldsomt for offeret, at vi ikke finder en sammenhæng mellem den specifikke relation til krænkeren og behandlingsoutcomet (Basile et al., 2004; Riggs, 1992; Thomas et al., 2021).

Tidligere traumer (M)

Som i adskillige studier inden for området (Cloitre et al., 2009; Möller et al., 2014; Nishith et al., 2000; Priebe et al., 2018; Suliman et al., 2009; Ullman et al., 2007), blev det i denne undersøgelse også fundet, at antallet af tidligere traumer er prædikterende for højere grader af PTSD-symptomer ved behandlingens sidste session. Dette fund er ikke overraskende, set ud fra et EPT-teoretisk perspektiv, da individer, der har oplevet et eller flere tidligere traumer, som nævnt i opgavens teoretiske afsnit, oftest har udviklet rigide og negative præ-traumeopfattelser omkring dem selv, andre og verden (Foa et al., 2006; Gillihan et al., 2014). Personer der, grundet tidligere traumer, udvikler sådanne præ-traumeopfattelser, vil, ifølge EPT, få svært ved emotionelt at få processeret og bearbejdet traumet. Dette fordi udsættelse for et overgreb eller et nyt efterfølgende traume, vil føre til en bekræftelse af disse personers eksisterende modeller omkring selvet, som værende ekstremt inkompetent og andre og verden som værende ekstrem farlig (Foa & Rothbaum, 1998; Gillihan et al., 2014). Heraf mener man derfor, indenfor EPT, netop at udsættelse for tidligere traumer, kan ses som værende en faktor, der kan øge individets risiko for at udvikle højere grader af og mere konsoliderende PTSD-symptomer, som ydermere kan være sværere at behandle (Cloitre et al., 2009; Foa et al., 2006; Karatzias et al., 2016; Litz et al., 2000; Nishith et al., 2000). Denne teoretiske antagelse understøttes i nærværende undersøgelse, idet det er fundet, at den kumulative indflydelse af de tidligere traumer er prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome.

Taget dette fund i betragtning kan man dog kritisere nærværende undersøgelse for, at de tidlige traumer ikke er indfanget via et konkret screeningsværktøj som eksempelvis “The child cumulative trauma index” (Arata, 2002) eller “Stressful Life Events Screening Questionnaire” (Ullman et al., 2007). I nærværende undersøgelse er tidligere traumer således defineret ud fra en mere subjektiv vurdering i forhold til de studier, der har anvendt konkrete screeningsværktøjer. Dette kan have haft en stor indvirkning på, at der i denne undersøgelse er fundet en signifikant

sammenhæng mellem tidligere traumer og behandlingsoutcomet (Coolican, 2017). Dette skal der derfor tages forbehold for, når disse resultater skal fortolkes.

Udsættelse for seksuelle overgreb tidligere i livet (M)

At udsættelse for seksuelle overgreb i barndommen, i nærværende undersøgelse, ikke er fundet at være en signifikant prædikator for et dårligt behandlingsoutcome, er på flere måder interessant. For det første, da klientkarakteristikaen "tidligere traumer" viste sig at være en signifikant prædikator for behandlingsoutcomet, hvoraf udsættelse for seksuelle overgreb i barndommen netop hører under denne variable. For det andet, da det på tværs af andre studier fremgår, at udsættelse for seksuelle overgreb i barndommen, er det tidlige traume, der er fundet at have den største indflydelse på udviklingen af højere grader af PTSD-symptomer, såfremt individet reviktimiseres (Arata, 2000; Arata, 2002; Messman-Moore et al., 2000). For det tredje, da udsættelse for seksuelle overgreb i barndommen, ud fra ovenstående EPT-perspektiv, ligeledes anses som værende den faktor, som udgør den største risiko for at individet udvikler høje grader af PTSD-symptomer senere i livet (Foa & Rothbaum, 1998; Gillihan et al. 2014; Karatzias et al., 2016). Da traumet er sket tidligt i individets liv, så vil disse individers præ-traumeopfattelser ofte også blive langt mere konsoliderende, idet traumet er sket på et tidspunkt, hvor individets emotionelle bearbejdningssystemer stadig er under udvikling (Karatzias et al., 2016; Konecky & Lynch, 2019; Litz et al., 2000; Sareen et al., 2021; Yuan et al., 2006). Grundet denne emotionelle underudvikling, vil disse individer, derfor også være mere tilbøjelige til at anvende maladaptive strategier til at cope med både det tidlige og det senere traume (Arata, 2002; Fletcher et al., 2021; Karatzias et al., 2016; Najodowski & Ullman et al., 2009; Sareen et al., 2021). Fordi disse individers præ-traumeopfattelser ofte er stærkt konsoliderende, så ville man heraf også kunne forvente, at man ville se, at netop gruppen af klienter, som har oplevet overgreb i barndommen, ville slutte behandlingen med en højere PDS-score end de klienter, der ikke havde oplevet dette (Arata, 2002; Karatzias et al., 2016; Tull et al., 2020).

Taget dette i betragtning må der altså være nogle specifikke årsager til, at vi, i nærværende undersøgelse, ikke finder en sammenhæng mellem udsættelse for seksuelle overgreb i barndommen og et dårligt behandlingsoutcome. Én af de væsentligste årsager, kan findes i, at der, i de eksplicite eksklusionskriterier til undersøgelsen, står "(...) *hvis det i visitationen viste sig, at overgrebet i barndommen fyldte mest, blev der henvist til CSM-Øst.*" (Andersen, 2020, s. 13). Heraf er der derfor kun en lille andel af det undersøgte sample (n = 13), der har oplevet overgreb tidligere i livet sammenlignet med gruppen af klienter, der ikke har oplevet dette (n = 36). Dette

leder igen tilbage til, at der potentielt kan være for stor forskel mellem grupperne til, at vi kan finde en signifikant forskel i PDS-scorerne (Coolican, 2017).

Som tidligere nævnt, skal der også tages højde for den retrospektive selvrapportering af tidligere traumer, idet der kan være risiko for tilstedeværelsen af hukommelsesbias. Hukommelsesbias kan medføre, at deltagerne rapporterer, oplever, husker og evaluere de tidligere traumer på anden vis end reelt oplevet, hvorfor der er stor risiko for over- og underrapportering (Briere, 1992; Foa et al., 1993; Foa et al., 1997). Denne bias kan ligeledes være årsag til, at vi ikke finder førnævnte sammenhæng.

Alder ved overgreb (J)

Alder ved overgrebet var i denne undersøgelse ikke prædikterende for klienternes behandlingsoutcome. Dette fund står i modsætning til det, vi forventede at finde, da det i litteraturen fremgår, at yngre personer har underudviklede copingstrategier til at respondere på stressorer, hvorfor de reagerer voldsommere på traumerelaterede hændelser (Coxell & King, 2004; Foa & Rothbaum, 1998; Frazier et al., 1997; Masho & Ahmed, 2007; Ullman et al., 2007). Yngre ofre for overgreb kan således ikke benytte sig af copingstrategier i samme grad som voksne, da de til stadighed er underudviklede, når de udsættes for det seksuelle overgreb (Frazier et al., 1997; Masho & Ahmed, 2007; Sareen et al., 2021; Ullman et al., 2007; Yuan et al., 2006). Yderligere er det i flere tekster beskrevet, at yngre ofre for seksuelle overgreb har mindre tilbøjelighed til at fortælle andre, at de har været udsat for overgreb, hvilket kan medføre, at de ikke får tilstrækkelig social støtte til at bearbejde traumet eller aspekter af traumet (Herman, 2015; Masho & Ahmed, 2007; Ullman & Peter-Hagene, 2014). Dette kan i sig selv være en forklaring på, at yngre ofre for overgreb udviser højere grader af PTSD-symptomer. I denne sammenhæng er det, tidligere i opgaven, også beskrevet, at symptomerne på PTSD kan blive mere konsoliderede og dermed mere alvorlige, hvis man går lang tid uden at snakke om traumet eller får det bearbejdet (Andersen, 2020; Hyland et al., 2016; Ullman et al., 2007; Ullman & Peter-Hagene, 2014; Ward, 1998). Den manglende italesættelse af traumet samt den øgede konsolideringsgrad kan heraf også være en forklaring på, at yngre udvikler sværere PTSD-symptomer sammenlignet med ældre ofre.

At det i nærværende undersøgelse ikke er fundet, at alder ved overgrebet er prædikterende for behandlingsoutcomet, kan forklares ud fra, at aldersspredningen i undersøgelsens generelle sample er lille. Dette set i forhold til 38,5 % af deltagerne var under 25 år, da de blev udsat for det seksuelle overgreb, samt at samplets gennemsnitsalder blev beregnet til 23 år (se tabel 2). Denne lille aldersspredning kan således have dannet grundlag for, at vi ikke har kunne finde signifikante forskelle på tværs af klienternes alder (Coolican, 2017). I denne sammenhæng er det essentielt at

påpege, at denne undersøgelse udelukkende har inkluderet personer, der er over 18.år, mens andre studier, indenfor samme område, inkluderer klienter helt ned til 14.år (Ullman et al., 2007). I disse studier forekommer der derfor en større aldersspredning, hvilket ligeledes kan være årsagen til, at sådanne studier, i modsætning til vores undersøgelse, finder, at alder er en signifikant prædiktor for behandlingsoutcomet.

Komorbiditet (M)

Tilstedeværelsen af en komorbid lidelse er, i nærværende undersøgelse, fundet at være en signifikant prædiktor for en højere PDS-score og en lavere grad af trivsel ved behandlingens sidste session.

At der er fundet en sammenhæng mellem tilstedeværelse af en komorbid lidelse og en højere PDS-score ved sidste session stemmer overens med den allerede eksisterende litteratur (Campbell et al., 2007; Sareen et al., 2021; Schnurr et al., 2002). Her er det nemlig fundet, at komorbide lidelser til PTSD kan komplicere og vedligeholde PTSD-symptomerne, hvorfor klienter med dobbeltdiagnoser ofte er sværere at behandle samt kræver en længerevarende og intens behandling (Campbell et al., 2007; Najavits et al., 2010; Nickerson et al. 2013; Sareen et al., 2021; Schnurr et al., 2002). Set i forhold til, at klienter med en komorbid lidelse, i nærværende undersøgelse, slutter behandlingen med en højere PDS-score ($M = 23.11$) end klienter, der ikke har en dobbeltdiagnose ($M = 13.87$), underbygger således antagelse om, at tilstedeværelsen af en sådan lidelse er udviklende for højere PDS-scorer, hvilket kan være med til at komplicere behandlingen.

At det yderligere er fundet, at komorbide lidelser er prædikerende for en lavere grad af trivsel ved behandlingens sidste session, er en interessant sammenhæng, da det ikke på samme måde, som ovenstående, er belyst i den allerede eksisterende litteratur på området. Omend dette fund ikke tidligere er gjort, var dette dog alligevel forventeligt i nærværende undersøgelse. Dette da specielt de internaliserede komorbide lidelser som angst og depression, ud fra et EPT-teoretisk perspektiv, kan interferere med individets selvbillede og sociale sammenspil (Cunningham, 2020; Foa et al., 2006; Wisco et al., 2020; Zoellner et al., 2020). Depression er, ud fra dette perspektiv, særligt karakteriseret ved, at individet har udviklet en dysfunktionel kognitiv fortolkning om selvet som inkompetent, hvilket fordrer følelser som selvbebrejdelse, skyld og skam (Cunningham, 2020; Foa et al., 2006; Foa & Kozak et al., 1986). Disse dysfunktionelle kognitive fortolkninger er alle rettet mod individet selv, hvorfor depression som komorbid lidelse interferer med individets subjektive selvbillede (Foa et al., 2006; Wisco et al., 2020). Angst er, af EPT, beskrevet som en lidelse, der er karakteriseret ved udviklingen af dysfunktionelle kognitive fortolkninger som

eksempelvis “verden er farlig” og “andre er farlige” (Foa et al., 2006; Zoellner et al., 2020). Disse dysfunktionelle kognitive fortolkninger omkring verden og andre vil i høj grad fordre, at individet vil anvende undgåelsesadfærd og dermed været i øget risiko for at trække sig fra positive, sociale relationer (Cunningham, 2020; Foa et al., 2006; Orcutt et al., 2020; Zoellner et al., 2020). Opsummerende vil angstsymptomer altså have en negativ indvirkning på individets sociale og relationelle samspil, mens depressionssymptomer fordrer negative, subjektive selvevalueringer (Cunningham, 2020; Foa et al., 2006; Wisco et al., 2020; Zoellner et al., 2020). Idet trivsel i denne opgave er defineret som og henviser til: “individets subjektive oplevelse af egen situation set ift. at føle sig godt tilpas i de omgivelser, individet er i, og hvor denne subjektive oplevelse skabes af erfaringer og i mødet med tilværelsen” (Topp et al., 2015), kan de førnævnte dysfunktionelle kognitive fortolkninger, netop gå ind og interfererer med dette. Sammenhængen mellem de dysfunktionelle kognitive fortolkninger og defineringen af trivsel kan derfor være forklarende for, hvorfor tilstedeværelsen af disse komorbide lidelser vil føre til en lavere grad af trivsel ved sidste behandlingssession. I denne sammenhæng er det dog essentielt at pointere, at der forefindes andre komorbide lidelser til PTSD end angst og depression, der, ligesom ovenstående, kan have haft en indvirkning på de fundne resultater (Curtis, 2006; Ullman et al., 2013; van Berlo & Ensink, 2000; Zinzow et al., 2012). Grundet opgavens aktuelle format vil der dog ikke fokuseres yderligere på dette. Ligeledes da angst og depression, som tidligere beskrevet, anses som de hyppigst forekommende komorbide lidelser til PTSD (Carey et al., 2018; Elklit & Shevlin, 2013; Kucharska, 2016; Mgoqi-Mbalo et al., 2017; Sareen et al., 2021).

En kritik ift. komorbiditet er, at der, ligesom ved tidligere traumer, ikke er anvendt konkrete screeningsværktøjer til at indfange tilstedeværelsen af komorbide lidelser. Der kan derfor sættes spørgsmålstejn ved, hvorvidt der overhovedet er tale om komorbide lidelser, idet denne vurdering udelukkende er baseret på klienternes egne subjektive rapporteringer (Briere, 1992; Foa et al., 1993; Foa et al., 1997). Dette er særligt problematisk i forhold til diagnoserne depression og angst, da følgende diagnoser har store symptomoverlap med PTSD (Najavits et al., 2010; Nickerson et al. 2013; Schnurr et al., 2002). På denne baggrund kan det være svært at differentiere mellem samt afgøre hvilke lidelser, der aktuelt gør sig gældende, om der er tale om dobbeltdiagnoser eller om klienternes symptomer alene skyldes PTSD (Schnurr et al., 2002). I denne sammenhæng kunne det således være interessant, hvis variabelen komorbiditet, i nærværende undersøgelse, var opdelt i specifikke komorbide lidelser, således der ville være mulighed for at lave denne differentiering samt opnå viden om, hvordan hver enkelte lidelse unikt bidrager til de forskellige behandlingsoutcome.

Profession (J)

I forhold til profession blev det fundet, at denne klientkarakteristika ikke var prædikterende for højere grader af PTSD-symptomer ved behandlingens sidste session. Dog viste det sig, at profession var en signifikant prædiktor for det sekundære outcomemål trivsel. Mere specifikt blev det fundet, at hvis deltagerne var på offentlig forsørgelse, afsluttede de deres behandlingsforløb med en lavere grad af trivsel end de deltagere, der var studerende eller i arbejde.

At profession i denne undersøgelse ikke er prædikterende for PDS-scoren ved sidste behandlingssession, men derimod er prædikterende for trivsels-scoren, understreger vigtigheden i at have et sekundært outcomemål til symptomreduktion. Dette da nogle faktorer ikke nødvendigvis spiller en betydelig rolle ift. udviklingen af psykopatologi, men derimod har en indvirkning på andre aspekter af individets liv (Balayan et al., 2014; Berle et al., 2018; Lowrey, 2014; Pagotto et al., 2015). Et sekundært outcomemål som trivsel er i denne sammenhæng netop relevant at anvende, da dette mål kan give indblik i, hvordan traumet påvirker mere kontekstuelle og interpersonelle aspekter af klientens liv, da trivsel er et udtryk for klienternes generelle velbefindende indenfor både personlige og sociale sammenhænge (Berle et al., 2018; Sofko et al., 2016; Topp et al., 2015). På baggrund af de fund, der er gjort i nærværende undersøgelse, kan det altså antages, at profession, ift. vores sample, netop kan anses som værende én af de faktorer, der ikke synes at have en indvirkning på graden af ofrenes psykopatologi. Derimod skal profession, i denne undersøgelse, nærmere anses som en faktor, der i højere grad spiller en rolle ift., hvordan klienten har det uden for den kliniske kontekst.

At det i denne undersøgelse er fundet, at klienter på offentlig forsørgelse har en lavere trivsel end de to andre grupper, kan skyldes, at klienter på offentlig forsørgelse ofte har mindre ressourcer til at cope med traumet samtidigt med, at denne gruppe ofte oplever manglende eller negativ social støtte fra deres omgivelser (Herman, 2015; Ullman et al., 2007; Ullman & Brecklin, 2002; Ullman & Filipas, 2001; Ullman & Peter-Hagene, 2014). Flere klienter på offentlig forsørgelse har ydermere også komorbide lidelser eller andre fysiske eller psykiske udfordringer, hvilket netop kan være en af årsagerne til, at de ikke er på arbejdsmarkedet (Ullman et al., 2007; Ullman & Filipas, 2001). Samspillet mellem disse kan netop føre til en lavere grad af trivsel, da trivslen i høj grad er afhængig af individets ressourcer og støtte fra omgivelserne (Herman, 2015; Thompson-Hollands et al., 2020; Topp et al., 2015). Dette kan således være en mulig forklaring på, at vi finder, at profession spiller en rolle ift. trivsels-scoren ved sidste session.

At nærværende studie udelukkende har fundet at profession spiller en rolle ift. trivsels-scoren og ikke PDS-scoren er interessant, da det var forventet, at profession også ville have haft en betydning for deltageres PDS-score. Dette da denne sammenhæng er fundet i andre studier på

området, og yderligere da det af traumelitteraturen fremgår, at ofre under uddannelse eller i arbejde generelt har flere ressourcer til at cope med traumet samt modtager en højere grad af positiv social støtte. (Ullman et al., 2007; Ullman & Brecklin, 2002; Ullman & Filipas, 2001; Ullman & Peter-Hagene, 2014). Disse ses begge netop som beskyttelsesfaktorer, som spiller en afgørende rolle for, hvorvidt disse ofre opnår en mere adaptiv bearbejdning af deres traumereaktioner sammenlignet med ofre, som er på offentlig forsørgelse (Foa & Rothbaum, 1998; Herman, 2015; McLean & Foa, 2011; Ullman & Filipas, 2001). På denne baggrund blev det i denne undersøgelse forventet, at profession også ville være prædikerende for et dårligt behandlingsoutcome ift. PDS-score ved sidste session. Dog kan der være forskellige årsager til, at dette fund ikke har gjort sig gældende.

Én årsag kan, som tidligere belyst, være, at der er for stor en forskel i antallet af deltagere i de forskellige professionsgrupper til, at vi finder en reel forskel mellem gruppernes PDS-score (Coolican, 2017; Field, 2009). Eksempelvis var 53,1 % af deltagerne i samplet under uddannelse, hvor kun 20,4 % var på offentlig forsørgelse.

Det kan ydermere tænkes, at den resultatmæssige diskrepans, der er mellem resultaterne fra denne undersøgelse og resultaterne fra de tidligere præsenterede studier omhandlende profession, kan skyldes kulturelle forskelligheder (Gregory, 2014; Valsiner, 2000). Denne undersøgelse tager udgangspunkt i et dansk sample, hvor størstedelen af de inddragede studier ift. profession er baseret på amerikanske populationer. Denne geografiske forskel er væsentlig at belyse, da der er betydelige kulturelle forskelle på tværs af de to lande (Henriksen et al., 2012; Valsiner, 2000). Både Danmark og Amerika har et socialt sikkerhedsnet, der gør, at personer uden arbejde eller indkomst kan komme på offentlig forsørgelse, således disse personer har midler at gøre med. Dog modtager personer på offentlig forsørgelse i Amerika ikke samme mængde af midler og hjælp fra staten, som de gør i Danmark (Henriksen et al., 2012). Denne forskel i hjælp og de midler, man tilbydes på offentlige forsørgelse, på tværs af landene, kan heraf være en mulig forklaring på, hvorfor Amerikanske studier finder en sammenhæng mellem PTSD-symptomer og profession. Dette da det af traumelitteraturen fremgår, at graden af støtte er helt afgørende for individets bearbejdning af traumet (Foa & Rothbaum, 1998; Herman, 2015; Ullman & Filipas, 2001; Ullman & Peter-Hagene, 2014). Den minimale støtte, som er tilgængelig for den Amerikanske befolkning på offentlig forsørgelse kan således have haft en indvirkning på PDS-scoren for denne population. I forlængelse af dette er det også essentielt at belyse, at kultur kan have en stor indflydelse på, hvordan man opfatter psykopatologi (Gregory, 2014; Valsiner, 2000). Der kan således være stor forskel på, hvordan de danske og de amerikanske undersøgelsesdeltagere rapporterer deres symptomer, hvilket ligeledes kan være en forklaring på den resultatmæssige diskrepans mellem undersøgelserne (Gregory, 2014; Valsiner, 2000). Opsummerende kan man

således sige, at grundet kulturelle forskelligheder skal man være påpasselig med at generalisere amerikanske resultater over i en dansk population, da den amerikanske population ikke nødvendigvis er repræsentativ for den danske.

Begrænsninger (M & J)

Flere kritiske overvejelser i forhold til nærværende undersøgelse er allerede blevet præsenteret i diskussionen af de respektive fund. Til trods for dette er der dog til stadighed nogle generelle begrænsninger, der gør sig gældende på tværs af de undersøgte faktorer, hvorfor disse vil præsenteres i nedenstående afsnit.

Datasættet som en begrænsning (M)

For det første er det, i nærværende undersøgelse, en væsentlig begrænsning, at dette datasæt ikke er indsamlet med det formål at undersøge, hvilke klientkarakteristika, der er prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome hos senhenvendende klienter, der oplever senfølger efter at være udsat for seksuelle overgreb i voksenlivet. Datasættet er derimod et led i et projekt, der skal skabe opmærksomhed på de senfølger og konsekvenser, som ofre udsat for seksuelle overgreb lider under samt sætte fokus på de behandlingsvilkår, denne gruppe har (Andersen, 2020). Dette er også årsagen til, at der, som tidligere nævnt, ikke er anvendt konkrete screeningsværktøjer til at vurdere antallet af tidligere traumer eller tilstedeværelsen af komorbiditet. Manglen på sådanne konkrete og standardiserede screeningsværktøjer kan mindske undersøgelsens interne validitet, idet tilstedeværelsen af de fornævnte variable udelukkende er baseret på klienternes selvrapporteringer. Det vides derfor ikke, hvorvidt vi kan drage valide konklusioner ud fra vores undersøgelse (Briere, 1992; Foa et al., 1993; Foa et al., 1997; Gregory, 2014). Potentielle bias som dette går udover validiteten af det målte konstrukt (Briere, 1992; Gregory, 2014). Der kan dog også være fordele ved at anvende selvrapportering, idet det kan antages, at klienten vil få nemmere ved at svare ærligt på spørgsmål, som vedrører mere følsomme emner, end hvis spørgsmålene blev stillet af en terapeut/behandler (Coolican, 2017; Kelley et al., 2009; Punch, 2014).

Sample og repræsentativitet (J)

Som det også gør sig gældende for flere af de inddragede studier, bygger denne undersøgelse på en lille sample størrelse ($N = 49$). Et begrænset sample øger risikoen for tilstedeværelsen af type 2 fejl, idet inkludering af for mange prædiktorvariable, set i forhold til samplets størrelse, kan medføre, at der fremkommer et stort antal af statistiske beregninger, der vil

reducere muligheden for at finde signifikante forskelle mellem de grupper, der undersøges (Field, 2009). Sample størrelsen, kan i denne betragtning, derfor kan være en mulig forklaring på, at flere af de undersøgte faktorer, ikke har ført til signifikante resultater.

En yderligere begrænsning, i nærværende undersøgelse, er funderet i, at der er en risiko for at denne undersøgelse er præget af sample bias. Dette skal ses i lyset af, at denne aktuelle undersøgelse kun tager udgangspunkt i og har inkluderet data om den gruppe af klienter, der har fuldført behandlingen (Briere, 1992; Coolican, 2017; Punch, 2014). På denne baggrund har vi altså ingen viden om, hvorvidt de tendenser, som er fundet at gøre sig gældende ift. fuldført-gruppen, også gør sig gældende for samt kan overføres til den gruppe af klienter, der er droppet ud af behandlingen (Schottenbauer et al., 2008). Denne betragtning underbygges også af forskningen, hvor det netop adresseres, at klienter, der dropper ud af behandlingen, oftest også er de klienter, der har mange undgående strategier eller har mangel på positiv social støtte (Cahill et al., 2010; Foa & Rothbaum, 1998; Rosenberg & Arendt, 2018; Schottenbauer et al., 2008). Et udelukkende fokus på fuldført-gruppen medfører altså, at vi ikke kan udtale os om de tendenser, der gør sig gældende for den generelle senhenvendende population. Dette fordi personer, der er i dropout-gruppen (23.5% af samplet), lige såvel som de klienter, der har fuldført behandlingen (76.5% af samplet) begge er en del af den senhenvendende population (Schottenbauer et al., 2008). På baggrund af disse fremlagte forklaringer kan der derfor overordnet sættes spørgsmålstejn ved, hvorvidt undersøgelsens resultater er repræsentative for den undersøgte population, og hvorvidt resultaterne er generaliserbare for denne.

Andre relevante prædiktorvariable (J)

En yderligere begrænsning i denne aktuelle undersøgelse, skal ses i lyset af, at vi kun har inkluderet og undersøgt prædiktor variable omhandlende klientkarakteristika. Ud fra de antagelser, der blev præsenteret i opgavens indledning ift. Lamberts model, er klientkarakteristika ikke de eneste faktorer, som har en betydning for det udbytte, som klienten får ud af terapien (Asay & Lambert, 1999; Hougaard, 2019). Følgende er især udtrykt ved, at de variable, der er inkluderet i denne undersøgelse hhv. kan forklare 66 % og 38 % af variansen set ift. klienternes behandlingsoutcome. Der efterlades altså adskillige procent af variansen tilbage, som de undersøgte klientkarakteristika ikke kan forklare, hvorfor der således må være andre faktorer, end dem vi har undersøgt, der unikt kan bidrage til de sammenhænge, der er fundet. Eksempelvis fremgår det af Lamberts model, at fællesfaktorer kan forklare 30% af den samlede varians. Fællesfaktorer bliver defineret som variable, der primært er knyttet til den terapeutiske alliance mellem terapeut og klient (Asay & Lambert, 1999; Hougaard, 2019). I nærværende undersøgelse

er der ikke indhentet informationer eller data, der knytter sig til denne faktor. I denne sammenhæng kunne det derfor have været relevant, hvis der i undersøgelsen var indhentet information om netop dette for på denne måde at opnå et indblik i, om faktorer, der er knyttet til den terapeutiske alliance, vil kunne bidrage til en yderligere forklaring af variansen (Asay & Lambert, 1999; Hougaard, 2019). Et værktøj, der kunne have været anvendt til at indhente en sådan information er "The Session Rating Scale (SRS)", da SRS netop er et måleredskab, som via fire items, kan vurdere den terapeutiske alliance ud fra klientens perspektiv (Duncan et al., 2003).

Ifølge Lamberts model kan dele af den samlede varians også forklares ud fra metodevariable. Metodevariable knytter sig til valget af den specifikke behandlingsmetode, og denne er estimeret til at forklarer 15 % af den samlede varians (Asay & Lambert, 1999; Hougaard, 2019). I nærværende undersøgelse har terapeuterne haft metodefrihed, hvorfor de forskellige terapeuter ikke har været underlagt én bestemt behandlingsmetode, omend alle har taget udgangspunkt i den traumefokuseret behandlingstilgang (Andersen, 2020). Yderligere har terapeuterne i nærværende undersøgelse også i nogen grad fulgt en mere eller mindre generel behandlingsopbygning, som ligger sig tæt op af den, der blev præsenteret i opgavens behandlingsafsnit (Andersen, 2020). På trods af disse informationer har vi i nærværende undersøgelse ikke haft mulighed for at undersøge, hvorvidt en specifik metode har kunne bidrag til variansen, da der ikke er indsamlet kvantitative data omhandlende dette.

De sidste 15 % af variansen kan, ifølge Lambert, forklares ud fra klienternes egne forventninger til behandlingen (Asay & Lambert, 1999; Hougaard, 2019). I nærværende undersøgelse er der ligeledes ingen informationer om klienternes forventninger eller motivation for at indgå i behandlingen, hvorfor dette også kan anses som en begrænsning (Kazdin, 2009; Thompson-Hollands et al., 2020). Faktorer omhandlende den specifikke metode samt klienternes egne forventninger kan, hver især, altså have haft en indvirkning på klienternes behandlingsoutcome (Asay & Lambert, 1999; Hougaard, 2019; Thompson-Hollands et al., 2020), hvorfor denne manglende information er kritisabelt. Det har for os dog ikke været muligt at undersøge dette, da der ikke er indsamlet kvantitativ data, der knytter sig til dette. I forlængelse af dette, kan denne aktuelle undersøgelse yderligere kritiseres for, at der kun er fokus på det intrapersonelle aspekt af variabelen klientkarakteristika. Dette set ift. at denne variable, ifølge Lambert, består af to komponenter 1) karakteristika ved klienten, som synes at være mere knyttet til et intrapersonelt aspekt og 2) miljømæssige karakteristika knyttet til klienten (Asay & Lambert, 1999; Hougaard, 2019). En manglende inddragelse af de miljømæssige karakteristika knyttet til klienten, såsom f.eks. graden af sociale støtte, vurderes i nærværende undersøgelse problematisk, da traumelitteraturen antyder, at sådanne miljømæssige faktorer ligeledes kan have stor betydning

for klientens behandlingsoutcome (Foa & Rothbaum, 1998; Herman, 2015; Thompson-Hollands et al., 2020; Ullman & Filipas, 2001; Ullman & Peter-Hagene, 2014).

Det er dog essentielt at påpege, at selvom denne undersøgelse kan kritiseres for ikke at inddrage de øvrige variable i Lamberts model, så har vi, på trods af dette, to modeller i nærværende undersøgelse, der kan forklare hhv. 66 % og 38 % af den samlede varians. Den ene model forklarer altså 26 % mere, end hvad der, i Lamberts model, er blevet estimeret ift. klientkarakteristika, mens den anden model derimod lægger sig lige op ad Lamberts estimat (Asay & Lambert, 1999). At vi har en model, der kan forklare 66 % af den samlede varians, kan ses i lyset af, at vi i denne model har et outcomemål i form af PDS-score (PTSD-symptomer), mens vi samtidigt har inkluderet de tre prædiktorvariable; undgåelse, alarmberedskab og genoplevelse, som samlet netop udgør dette outcomemål (Foa et al., 1997). Man kan derfor stille spørgsmålstejn ved, at vi principielt undersøger, hvorvidt graden af PTSD-symptomer ved baseline er forudsigende for graden af PTSD-symptomer ved slutbehandling. Dette set ift. at den grad af symptomer, som klienten udviser ved baseline, også må antages at være afgørende for den grad af symptomer, som klienten slutter behandlingen med. Dette kan heraf være en årsag til, at vi har en model, der kan forklare 66 % af den samlede varians. Dog er det i denne sammenhæng essentielt at påpege, at resultaterne for denne model på den anden side viser, at der sker en forandring i modellen ved tilføjelsen af de andre prædiktorvariable (se tabel 5), hvorfor disse altså også bidrager til forklaringen af den samlede varians for PDS-scoren ved sidste behandlingssession. Selvom det virker plausibelt at undersøge de tre symptomklynger ift. behandlingsoutcomet, PDS-score, så vurderes det dog, at en undersøgelse af disse til stadighed kan have klinisk relevans (Fletcher et al., 2021; Hyland et al., 2016). Dette da viden om, hvordan forskellige symptomniveauer ved baseline påvirker behandlingsoutcomet, kan anvendes til at estimere og tilpasse behandlingen til den enkelte klient (de Felice et al., 2019; Hyland et al., 2016; Rothbaum et al., 1992).

Trivsel som sekundært outcomemål (M)

Til trods for at der, opgaven igennem, er argumenteret for vigtigheden af et sekundært outcomemål, kan der til stadighed være nogle begrænsninger ved brugen af netop trivsel som sekundært mål. En af disse begrænsninger ses i, at WHO-5 trivselsindekset kræver, at klienterne er i stand til at reflektere over, hvordan de har haft det de sidste 14 dage (Topp et al., 2015). At besvarelserne kræver, at klienterne har et sådant refleksionsniveau over deres situation, kan være problematisk set ift. at hovedparten af klienterne er unge samt meget sårbare (Masho & Ahmed, 2007). Dette fordi yngre og sårbare individer ofte har en tendens til at svare mere spontant, samt ofte har udfordringer ved at reflekterer over, hvordan de har haft det over en længere periode

grundet deres aktuelle situation (Sischka et al., 2020). Heraf er der derfor en risiko for, at klienterne besvarer spørgsmålene ud fra et her og nu perspektiv, hvorfor deres besvarelser ikke baseres på, hvordan de reelt har haft det de sidste 14 dage. Besvarelserne bliver således kun et øjebliksbillede på, hvordan de har det på det tidspunkt, spørgsmålene bliver stillet, hvorfor dette ikke er et retvisende billede på deres generelle trivsel (Sischka et al., 2020; Topp et al., 2015). På denne baggrund kan man derfor stille spørgsmålstejn ved, hvorvidt deltagernes rapporteringer, i nærværende undersøgelse, afspejler deres generelle grad af trivsel. Dette set ift. at klienterne i denne aktuelle undersøgelse både er unge og sårbare.

En anden begrænsning, der kan være afgørende for deltagernes rapportering af trivsel, kan ses i lyset af klienternes konceptuelle forståelse af konstruktet (Sischka et al., 2020). Trivsel er et begreb, der bliver defineret og influeret af mange subjektive forståelser og faktorer såsom kultur, alder, køn, profession m.m., idet dette begreb henviser til individets subjektive oplevelse af egen situation (Sischka et al., 2020; Sofko et al., 2016; Topp et al., 2015; Valsiner, 2000). Trivsel kan således forstås forskelligt på tværs af den gruppe, der undersøges, hvorfor forskellige klienter kan have forskellige referencepunkter på likertskalaen og dermed respondere forskelligt på de items, der fremgår af trivselsindekset (Gregory, 2014; Sischka et al., 2020; Topp et al., 2015; Valsiner, 2000). I denne sammenhæng er det derfor værd at bemærke, at de signifikante fund, som vi i denne undersøgelse er nået frem til ift. trivsel, i højere grad kan afspejle forskelle i klienternes konceptuelle forståelse af trivselsbegrebet snarere end at være et udtryk for, at bestemte klientkarakteristika er prædikerende for graden af trivsel.

I tråd med ovenstående antagelser og set ift. specialets definering af trivsel, er der ligeledes mange forskellige faktorer, som i samspil kan influere på klienters trivsels-score, eksempelvis jobskifte, sygdom, kvaliteten af interpersonelle relationer m.m. (Balayan et al., 2014; Berle et al., 2018; Lowrey, 2014; Pagotto et al., 2015). Der kan derfor være andre faktorer, end dem vi har undersøgt og kontrolleret for, som kan have haft en indvirkning på klienternes trivsels-scorer, hvorfor det kan være svært at differentiere mellem, hvad det konkret er, der påvirker denne score (Berle et al., 2018; Lowrey, 2014; Pagotto et al., 2015). Dette kan ligeledes være en mulig forklaring på, hvorfor det kun er et begrænset antal variable, som er fundet at være signifikante prædiktorer for behandlingsoutcomet, idet trivselsfaktorerne muligvis i højere grad bliver påvirket af kvantiteten (antallet) snarere end kvaliteten (graden) af enkelte prædiktorer (Vogt et al., 2014).

Inddragelse af flere teoretiske perspektiver (M)

Som tidligere nævnt er valget at teorien baseret på, at EPT er udviklet på baggrund af af de traumereaktioner, man typisk ser hos ofre udsat for seksuelle overgreb (Foa & Rothbaum, 1998). Selvom teorien, netop er udviklet på baggrund af dette, er der dog stadig en række begrænsninger ved denne teori, som er værd at belyse.

Som præsenteret i opgavens teoretiske afsnit, er individets PTSD-symptomer, ud fra et EPT-perspektiv, forankret i udviklingen af og samspillet mellem; 1) maladaptive frygt-strukturer, 2) dysfunktionelle kognitive fortolkninger omkring verden og selvet og 3) mangelfuld eller dysfunktionel, emotionel bearbejdning af traumet. Disse bliver alle særligt påvirket af individets præ-traumeopfattelser (Foa & Rothbaum, 1998; Tull et al., 2020). Man kan heraf argumentere for, at EPT i dominerende grad, har et individualistisk perspektiv, idet den særligt fokuserer på intrapsyriske karakteristika samt har fokus på, hvordan individets tidligere erfaringer spiller en rolle for individets traumereaktioner (Gillihan et al., 2014). Dette individualistiske perspektiv kan ud fra et behandlingsperspektiv dog kritiseres, idet man heraf kan miste blikket for, hvordan faktorer, der ligger uden for individet (miljø), ligeledes kan spille en rolle for udviklingen og vedligeholdelsen af individets traumereaktioner (Asay & Lambert, 1999; Gillihan et al., 2014; Hougaard, 2019). Eksempelvis har Herman (2015) netop beskrevet vigtigheden af den positive sociale støtte efter et traume, da denne kan have en betydning for, hvordan individet bearbejder og coper med traumet. I denne sammenhæng er det altså både faktorer inden i individet og uden for individet (miljø), der, i et transaktionelt samspil, kan være medierende for udviklingen af individets PTSD-symptomer (Foa & Rothbaum, 1998; Ullman & Filipas, 2001).

Idet vi har valgt at inddrage EPT som teoretisk ramme, er dette blevet opgavens grundantagelse, der lægges ned over undersøgelsens empiri for at gøre den forståelig og mulig at analysere. Valget af EPT gør altså yderligere, at vi ikke har anskuet og fortolket vores resultater ud fra andre forklaringsmodeller, hvorfor resultaterne udelukkende er fortolket ud fra en teoretisk ramme med dominerende fokus på intrapsyriske karakteristika. Dog er det essentielt at have for øje, at resultaterne også kan forklares ud fra, samt være forankret i andre mekanismer, som den inddragede teori ikke har overvejende fokus på (Gillihan et al., 2014). Man må i denne sammenhæng derfor forvente, at undersøgelsens resultater var blevet fortolket på en anden måde, hvis vi havde inddraget en sekundær teori, der havde haft et mere kontekstorienteret perspektiv. Et samspil mellem sådanne to teorier, vil kunne give et mere holistisk billede af resultaterne, hvilket underbygges af de antagelser, som blev præsenteret ift. Lamberts model, der netop understreger vigtigheden i at have fokus på flere forskellige faktorer både inden for samt uden for individet (Asay & Lambert, 1999; Hougaard, 2019).

Seksuelle overgreb og den senhenvendende klientgruppe som genstandsfelt (J)

En overordnet begrænsning i denne undersøgelse skal ses i lyset af, at seksuelle overgreb, som genstandsfelt, generelt er svært at undersøge. Dette er der flere årsager til. For det første bliver begrebet seksuelle overgreb defineret og operationaliseret forskelligt på tværs af genstandsfeltet. Dette er som nævnt tidligere forankret i, at der i traumelitteraturen og på tværs af de forskellige studier, ikke er konsensus om, hvordan man ud fra et konceptuelt perspektiv skal forstå seksuelle overgreb (Andersen, 2020; Briere, 1992; Foa & Rothbaum, 1998; Petrak, 2004; Resick, 1993). Disse forskelligartede defineringer af begrebet kan medføre samt være en forklaring på, hvorfor forskellige undersøgelser inden for genstandsfeltet ikke altid opnår samme resultater (Briere, 1992; Coolican, 2017; Gregory, 2014). Denne begrænsning gør sig, som tidligere beskrevet i opgaven, ligeledes gældende for konstruktet relation til krænker (Culbertson & Dehle, 2001; Temple et al., 2007; Ullman et al., 2006). For det andet er der, på tværs af undersøgelserne, heller ikke enighed om valget af screeningsværktøj til vurdering af ofrenes grad af PTSD-symptomer. Dette kan ligeledes medføre, at resultaterne på tværs af undersøgelserne ikke altid finder samme tendenser samt bliver svære at sammenligne (Coolican, 2017; Foa et al., 1993; Foa et al., 1997; Gregory, 2014). For det tredje er der inden for populationen af ofre udsat for seksuelle overgreb flere klientgrupper, der på tværs, adskiller sig betydeligt fra hinanden. Der er eksempelvis stor forskel på, hvorvidt ofre har været udsat for ét eller flere overgreb, hvorvidt de henvender sig til at få hjælp i den akutte-fase, eller om de er senhenvendende, og hvorvidt ofre overhovedet opsøger hjælp. Disse forskellige klientgrupper danner alle baggrund for, at populationen af ofre udsat for seksuelle overgreb er en meget heterogen gruppe, som er forskellige ift. både kronificering, symptomniveau og behandlingsbehov (Foa & Riggs, 1995; Kuwert et al., 2014; Resick, 1993; Rosenkranz & Muller, 2011).

Ovenstående betragtninger medfører altså, at genstandsfeltet bliver yderst vanskeligt at undersøge, hvorpå det heraf bliver svært at nå frem til antagelser, der kan anvendes til at sige noget generelt om populationen (Briere, 1992; Coolican, 2017; Gregory, 2014). Det er dog ikke kun det generelle genstandsfelt, der er vanskelig at undersøge, men også den senhenvendende population i sig selv. Dette set ift., at det af traumelitteraturen fremgår, at personer udsat for seksuelle overgreb ofte har svært ved at identificere sig selv ofre, hvorfor der er mange fra denne population, der går lang tid uden at søge hjælp eller slet ikke søger hjælp til bearbejdning af traumet (Foa & Rothbaum, 1998; McLean & Foa, 2011; Petrak, 2004; Ullman & Peter-Hagene, 2014). Yderligere er dette et traume, som i samfundet er tabubelagt, hvorfor ofre heraf yderligere kan have svært ved at tale om hændelse og heraf søge hjælp (Pennebaker, 1989; Rickert et al., 2005; Ullman & Peter-Hagene, 2014; Ward, 1998). De behandlingssøgende, senhenvendende ofre for seksuelle overgreb er

således en svær population at undersøge, da det er et begrænset antal af ofre, der i det hele taget søger behandling. Dette kan således også være en forklaring på, hvorfor meget af den aktuelle forskning ikke beskæftiger sig med den senhenvendende klientgruppe udsat for seksuelle overgreb. Som nævnt indledningsvis er der ift. denne klientgruppe heller ikke meget forskning omhandlende prædiktionen af deres behandlingsoutcome (Stein, 2012). På grund af denne sparsomme forskning har vi således ikke kunne søge inspiration i undersøgelser lignende vores, hvorfor vi har måtte skæve til andre tilgrænsende populationer. Generelt kan det således være svært at udtale sig om repræsentativitet og generaliserbarhed ift. den senhenvendende gruppe (Coolican, 2017; Punch, 2014). I denne sammenhæng er det derfor vigtigt at understrege, at denne gruppe på nuværende tidspunkt kræver mere forskning, før man kan begynde at udtale sig om generaliserbarhed af resultaterne i den aktuelle undersøgelse.

Resultaternes anvendelighed (J)

På trods af de førnævnte begrænsninger samt øvrige kritikpunkter, som blev præsenteret i henhold til nærværende undersøgelse, så er det dog også vigtigt at pointerer, at denne undersøgelse også indeholder en række styrker.

For det første er der ikke lavet mange undersøgelser, der tager udgangspunkt i den senhenvendende klientgrupper udsat for seksuelle overgreb i voksenlivet (Stein, 2012), hvorfor nærværende undersøgelse derfor undersøger en underbelyst klientgruppe inden for dette genstandsfelt. I forlængelse af dette fremgik det af opgavens indledning, at den generelle forskning indenfor dette felt i høj grad er præget af effektforskning, som i dominerende grad tager udgangspunkt i undersøgelser af, hvor effektive de specifikke behandlingsmetoder er til at facilitere symptomreduktion set på gruppe - og gennemsnitsniveau (Blatt et al., 2010; de Felice et al., 2019; Foa & Riggs, 1995; Kazdin, 2009; Leiner et al., 2012). Dette blev vurderet som problematisk, da det ikke bidrager med viden om, hvilke specifikke klientkarakteristika, der kan være prædikterende for om en klient får mere eller mindre gavn af en given behandling (de Felice et al., 2019; Hougaard, 2019; Kazdin, 2009; Thompson – Hollands et al., 2020). Denne aktuelle undersøgelse imødekommer således denne kritik, hvilket skal ses i lyset af, at vi netop undersøger, hvilke specifikke klientkarakteristika, der er prædikterende for de senhenvendendes klienters behandlingsoutcome. I nærværende undersøgelse blev det fundet at; graden af symptomer ved baseline, antallet af tidligere traumer, profession og tilstedeværelsen af en komorbide lidelse, alle var prædiktorer, der kunne have en afgørende betydning for, at klienterne sluttede behandlingen med et dårligt behandlingsoutcome. Viden om, hvordan disse specifikke klientkarakteristika har

indflydelse på klienternes behandlingsoutcome, kan derfor fremtidigt anvendes til at vurdere, om der er klienter, der kræver mere behandling samt anvendes til at tilpasse behandlingen til den enkelte klient (de Felice et al., 2019; Hougaard, 2019; Hyland et al., 2016; Kazdin, 2009; Thompson-Hollands et al., 2020). For at kunne udtale sig om disse resultaters kliniske anvendelighed er det dog værd at understrege, at dette kræver mere forskning. Dette set ift. at de begrænsninger, der er gældende for nærværende undersøgelse, herunder specielt undersøgelsens relative lille sample størrelse, gør, at vi ikke kan udtale os om den generelle senhenvendende klientgruppe udsat for seksuelle overgreb (Coolican, 2017; Gregory, 2014; Punch, 2014). Resultaterne i nærværende undersøgelse kan nærmere give et billede af tendenser og mønstre, som gør sig gældende for den specifikke senhenvendende gruppe ($N = 49$), der har deltaget i CSOs behandlingsprojekt. På trods af dette kan denne undersøgelse dog alligevel bruges som inspiration til videre undersøgelse af feltet, der vil være til gavn for både ofrene udsat for seksuelle overgreb samt behandlerne. Der vil til sidst i dette speciale derfor præsenteres en række tiltag og ændringer, som kan være relevante at anvende og inkludere i den fremtidige undersøgelse af denne specifikke population.

Konklusion (M & J)

Ofre udsat for seksuelle overgreb udvikler forskellige, primære og sekundære, senfølger, der, i forhold til kompleksitet, sværhedsgrad og kronificering, indbyrdes adskiller sig fra hinanden. Dette underbygges af den emotionelle processerings-teori, der pointerer, at der er en række faktorer og mekanismer, såsom; dysfunktionelle kognitive fortolkninger, maladaptive frygt-strukturer, præ-traume-opfattelser og manglende emotionel bearbejdning, der, hver især og i samspil, kan danne baggrund for, at ofre udsat for seksuelle overgreb udvikler forskelligartede, komplekse, svære og kronificerede senfølger. Ofre udsat for seksuelle overgreb er således en heterogen gruppe, der er behandlingskrævende samt har mange forskelligartede behandlingsbehov. Dog fremgår det af forskningen, at helt op mod 41% af de klienter, der har været udsat for et seksuelt overgreb, hverken opnår en klinisk eller signifikant behandlingseffekt. At der er flere fra denne målgruppe, som ikke profiterer tilstrækkeligt af den givne behandling, kan, ifølge Lambert, tilskrives forskellige klientkarakteristika. Klientkarakteristika defineres af denne forfatter, som faktorer ved klienten, der kan interferere med den behandling, som klienten modtager. Det er med denne viden derfor problematisk at en dominerende del forskning indenfor nærværende genstandsfelt udelukkende tager udgangspunkt i undersøgelser af, hvor effektive de specifikke behandlingsmetoder er til at facilitere symptomreduktion set på gruppe - og gennemsnitsniveau. Ved at have dette som undersøgelsesområde opnår man netop ikke viden om, hvilke specifikke klientkarakteristika, der kan være prædikterende for, om en klient får mere eller mindre gavn af en given behandling. Dog er forskningen omkring disse specifikke klientkarakteristika yderst sparsom og den forskning, der specifikt undersøger disse, relaterer sig i dominerende grad til, hvilke klientkarakteristika, der er prædikterede for højere eller lavere grader af PTSD-symptomer. Disse specifikke undersøgelser har, til trods for metodologiske forskelligheder samt divergerende fund, til stadighed i overvejende grad fundet evidens for, at der er en række klientkarakteristika, der er prædikterende for udviklingen af højere grader af PTSD-symptomer. Helt specifikt er det fundet at; graden af PTSD-symptomer (genoplevelse, undgåelse og alarmberedskab), tidligere traumer, udsættelse for overgreb i barndommen, relation til krænker, komorbiditet, alder ved overgreb og offerets profession, alle er klientkarakteristika, der er fundet at være prædikterende for eller associeret med højere grader af PTSD-symptomer. I henhold til den førnævnte forskningsmæssige mangel, er det ydermere blevet tydeliggjort, at der helt specifikt mangler forskning, der omhandler den senhenvendende klientgruppe udsat for seksuelle overgreb. Dette er problematisk, da man forskningsmæssigt ved, at klienter, der henvender sig længere tid efter overgrebet har fundet sted (senhenvendende), ofte har mere fastlåste og sværere belastnings –

og traumesymptomer og ofte har et væsentligt og anderledes behandlingsbehov, end de klienter, man møder i den akutte fase. For at forsøge at lukke dette hul i forskningen bestod anden del af opgaven af en kvantitativ undersøgelse af, hvilke klientkarakteristika, der er prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome hos senhenvendende klienter, der oplever senfølger efter at være udsat for seksuelle overgreb i voksenlivet. Denne undersøgelse har taget udgangspunkt i de ovenstående præsenterede faktorer samt CSOs behandlingsprojekt omhandlende senfølger efter seksuelle overgreb i voksenlivet. Data blev indsamlet ved baseline, 5 - session, sidste session i behandlingen og ved 1 år followup, og de statistiske analyser er baseret på 49 deltagere. Outcomemålene i nærværende undersøgelse er baseret på klienternes PDS-score og trivsels-score ved sidste session i behandlingen. Via en hierarkisk multiple regressions analyse, med PDS-score som afhængig variable, er det i denne specifikke undersøgelse fundet, at graden af alarmberedskabs - og genoplevelsessymptomer ved start behandling, antallet af tidligere traumer og tilstedeværelsen af en komorbid lidelse, alle er klientkarakteristika, som blev fundet at være signifikante prædiktorer for et dårligt behandlingsoutcome, idet klienter med disse karakteristika afsluttede behandlingen med en højere PDS-score end de resterende klienter i samplet. Via en hierarkisk multiple regressions analyse, med trivsels-score som afhængig variable, er det i denne specifikke undersøgelse fundet, at graden af alarmberedskabssymptomer ved start behandling, tilstedeværelsen af en komorbid lidelse og det at være på offentlig forsørgelse, alle er klientkarakteristika, som blev fundet at være signifikante prædiktorer for et dårligt behandlingsoutcome, idet klienter med disse karakteristika afsluttede behandlingen med en lavere trivsels-score end de resterende klienter. Overordnet er der dog en risiko for, at disse ellers signifikante fund, ikke er signifikante, idet denne undersøgelse lider under flere begrænsninger. Disse indbefatter blandt andet; en manglende brug af standardiserede screeningsværktøjer, udelukkende brug af screeningsværktøjer baseret på selvrapportering, begrænset samplestørrelse, tilstedeværelsen af sample-bias og manglende undersøgelse af miljømæssige klientkarakteristika. Trods disse begrænsninger kan denne undersøgelse anvendes som inspiration til videre undersøgelse af feltet, der vil være til gavn for både ofrene udsat for seksuelle overgreb samt behandlerne. Fremtidige studier anbefales at undersøge problemformuleringen fra dette nærværende speciale yderligere dog med forbehold for de begrænsninger, der gør sig gældende i denne aktuelle undersøgelse. Viden om specifikke klientkarakteristika, der er prædikterende for et dårligt behandlingsoutcome hos senhenvendende klienter, der oplever senfølger efter at være udsat for seksuelle overgreb i voksenlivet, kan bidrage med vigtig og ny viden, der kan anvendes til at effektivisere og tilpasse behandlingen til netop denne gruppe af klienter.

Fremtidige anbefalinger (M)

Denne aktuelle undersøgelse har fundet, at en række klientkarakteristika er prædikterende for behandlingsoutcomet hos senhenvendende klienter udsat for seksuelle overgreb i voksenlivet. Overordnet er der dog en risiko for, at disse ellers signifikante fund, ikke er signifikante grundet de begrænsninger, der er i nærværende undersøgelse. På denne baggrund skal fremtidige studier, der vil bidrage med viden til dette undersøgelsesområde, derfor undersøge disse fund yderligere med forbehold for de begrænsninger, der gør sig gældende i denne aktuelle undersøgelse.

Et tiltag der kan anvendes til at bringe feltet et skridt videre og til at designe en bedre undersøgelse, kan f.eks. være, at der rekrutteres et større sample. Det er i henhold til samplet dog vigtigt at pointere nødvendigheden af, at der både indhentes viden om den gruppe, der er i behandling samt den gruppe, som dropper ud af behandlingen, da der kan være forskelle i disse gruppers klientkarakteristika. Et større sample size samt indhentning af information om den gruppe, der dropper ud af behandlingen, vil sikre et sample, der mere repræsentativt for populationen af senhenvendende klienter udsat for seksuelle overgreb, både demografisk og socioøkonomisk.

Et andet tiltag er, at de specifikke klientkarakteristika, som tidligere traumer og komorbiditet, måles og indsamles via standardiserede screeningsværktøjer, så der er mere valide informationer omkring tilstedeværelsen af disse karakteristika. Set ift. de komorbide diagnoser, ville det ligeledes være essentielt, hvis den fremtidige forskning i deres dataanalyser undersøgte, hvordan de forskellige komorbide diagnoser, hver især og unikt, bidrager til prædiktionen af behandlingsoutcomet.

Det kunne yderligere være essentielt at inkludere andre metodologiske tilgange end dem, der er inddraget i denne aktuelle undersøgelse. Klienternes behandlingsoutcome kan eksempelvis måles igennem et klinisk interview. Anvendelse af et klinisk interview, frem for selvrapporteringer, vil mindske sandsynligheden for under- og overrapporteringer, og dermed øge sandsynligheden for mere retvisende rapporteringer af outcomemålene.

Hvis fremtidige undersøgelser yderligere vil bidrage til nærværende undersøgelse, kan det også være relevant at undersøge, om de mere miljømæssige klientkarakteristika (graden af social støtte) eller fællesfaktorer (den terapeutiske alliance) er prædikterende for klienternes behandlingsoutcome. En undersøgelse af dette vil kunne bidrage med et mere holistisk billede af, hvad der påvirker klienternes behandlingsoutcome. Ydermere kunne det være essentielt med en undersøgelse af forandringsmekanismer for behandlingen, da nærværende undersøgelse udelukkende har undersøgt, hvad der er prædikterende for den konkrete trivsels- eller PDS-score

ved klientens sidste behandlingssession. Denne aktuelle undersøgelse har således ikke viden om, hvilke mekanismer, der skaber forandringen i behandlingen.

Slutteligt ville fremtidige studier også kunne undersøge de inddragede faktorer sideløbende med hinanden, for på denne måde at undersøge deres interne samspil ift. deres påvirkning af behandlingsoutcomet. Dette ville kunne opnås ved, at data bliver undersøgt gennem Structural equation modelling (SEM), da denne netop åbner muligheden for at se på, hvordan de forskellige faktorer kan moderere og mediere hinanden.

Opsummerende kan alle de gennemgåede anbefalinger bidrage til undersøgelse af, hvilke klientkarakteristika, der er prædikterende for behandlingsoutcomet hos senhenvendende klienter, der oplever senfølger efter at være udsat for seksuelle overgreb i voksenlivet. Det er i denne sammenhæng dog essentielt at understrege, at der i henhold til disse anbefalinger også er et etisk perspektiv, der skal tages i betragtning. Ud fra et etisk perspektiv er det nemlig vigtigt at have for øje, at vi har at gøre med en meget sårbar gruppe, som på mange måder har svært ved at finde motivationen til at indgå i behandling. På denne baggrund er det således ikke hensigtsmæssigt at udsætte den form et for stort antal screeninger, spørgeskemaer m.m. da dette ville kunne have en negativ indflydelse på deres motivation til at indgå i behandlingen.

Referenceliste

Selvvalgt litteratur. NS = 3238

Allen, J. G. (2008). Trauma. I: *Coping with trauma: Hope through understanding*. American Psychiatric Pub (3 - 24). NS= 25.

Andersen, L. E., (2020). Projekt 2017 - 2019: Behandling af senfølger hos voksne udsat for seksuelle overgreb efter det 18.år. *Center for seksuelle overgreb*. København: Rigshospitalet. 1 - 41. NS = 46.

Arata, C. M. (2000). From child victim to adult victim: A model for predicting sexual revictimization. *Child maltreatment*, 5(1), 28-38. NS = 23.

Arata, C. M. (2002). Child sexual abuse and sexual revictimization. *Clinical psychology: Science and practice*, 9(2), 135. NS = 56.

Arendt, M., & Aaen, C. (2018). Prolonged Exposure (PE) til PTSD. I: Buhmann, C. B., Arendt, M., & Rosenberg, N., K (Eds.). *Psykotераapeutiske tilgange til PTSD. Symptomer, undersøgelse og behandling*. Hans Reitzels Forlag (s. 75 - 90). NS = 26.

Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 23–55). American Psychological Association. NS = 42.

Balayan, K., Kahloon, M., Tobia, G., Postolova, A., Peek, H., Akopyan, A., ... & IsHak, W. W. (2014). The impact of posttraumatic stress disorder on the quality of life: a systematic review. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 214-233. NS = 27.

Basile, K. C., Arias, I., Desai, S., & Thompson, M. P. (2004). The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 17(5), 413-421. NS = 18.

Berle, D., Hilbrink, D., Russell-Williams, C., Kiely, R., Hardaker, L., Garwood, N., ... & Steel, Z. (2018). Personal wellbeing in posttraumatic stress disorder (PTSD): association with PTSD symptoms during and following treatment. *BMC psychology*, 6(1), 1-6. NS = 11.

Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy research*, 20(1), 37-54. NS = 29.

Bownes, I. T., O'Gorman, E. C., & Sayers, A. (1991). Psychiatric symptoms, behavioural responses and post-traumatic stress disorder in rape victims. *Issues in Criminological & Legal Psychology*. s. 25 - 33. NS = 14.

Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 902-907. NS = 8.

Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(2), 196. NS = 13.

Buhmann, C. B., & Andersen, H. S. (2018). Særlige grupper med PTSD. I: Buhmann, C. B., Arendt, M., & Rosenberg, N., K (Eds.). *Psykotераapeutiske tilgange til PTSD. Symptomer, undersøgelse og behandling*. Hans Reitzels Forlag (s. 279 - 289). NS = 23.

Buhmann, C. B., & Videbech, P. (2018). PTSD - psykopatologi og neurobiologi. I: Buhmann, C. B., Arendt, M., & Rosenberg, N., K (Eds.). *Psykotераapeutiske tilgange til PTSD. Symptomer, undersøgelse og behandling*. Hans Reitzels Forlag (s. 21 - 42). NS = 30.

Cahill, S. P., Rothbaum, B. O., Resick, P. A., & Follette, V. M. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Adults. In: Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press (139 - 222). NS = 88.

Campbell, D. G., Felker, B. L., Liu, C., Yano, E. M., Kirchner, J. E., Chan, D., Rubenstein, L. V., & Chaney, E. F. (2007). Prevalence of depression-PTSD comorbidity: implications for

clinical practice guidelines and primary care-based interventions. *Journal of General Internal Medicine*, 22(6), 711-718. NS = 16.

Carey, K. B., Norris, A. L., Durney, S. E., Shepardson, R. L., & Carey, M. P. (2018). Mental health consequences of sexual assault among first-year college women. *Journal of American College Health*, 66(6), 480-486. NS = 12.

Chivers-Wilson, K. A. (2006). Sexual assault and posttraumatic stress disorder: a review of the biological, psychological and sociological factors and treatments. *McGill Journal of Medicine*, 9(2), 111-118. NS = 17.

Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of traumatic stress*, 22(5), 399-408. NS = 12.

Cohen, L. J., & Roth, S. (1987). The psychological aftermath of rape: long-term effects and individual differences in recovery. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5(4), 525-534. NS = 13.

Coxell, A. W., & King, M. B., (2004). Gender, Sexual Orientation, and Sexual Assault. In: Petrak, J., & Hedge, B. (Eds.). *The trauma of sexual assault: Treatment, prevention and practice*. John Wiley & Sons. 19 - 44. NS = 34.

Culbertson, K. A., & Dehle, C. (2001). Impact of sexual assault as a function of perpetrator type. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(10), 992-1007. NS = 20.

Cunningham, K. C. (2020). Shame and guilt in PTSD. In: Tull, M., & Kimbrel, N. (Eds.). *Emotion in posttraumatic stress disorder: etiology, assessment, neurobiology, and treatment*. Academic Press. (145 - 171). NS = 31.

Curtis, C. (2006). Sexual abuse and subsequent suicidal behaviour: Exacerbating factors and implications for recovery. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(2), 1-21. NS = 24.

de Felice, G., Giuliani, A., Halfon, S., Andreassi, S., Paoloni, G., & Orsucci, F. F. (2019). The misleading Dodo Bird verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors?. *New Ideas in Psychology*, 54, 50-55. NS = 10.

Deen, L., Johansen, K. B. H., Møller, S. P., & Laursen, B. (2018). Vold og seksuelle krænkelse. *Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet*: [https://www. google. com/url](https://www.google.com/url). NS = 50.

Domino, J. L., Whiteman, S. E., Weathers, F. W., Blevins, C. T., & Davis, M. T. (2020). Predicting PTSD and depression following sexual assault: The role of perceived life threat, post-traumatic cognitions, victim-perpetrator relationship, and social support. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 29(6), 680-698. NS = 24.

Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of brief Therapy*, 3(1), 3 - 12. NS = 13.

Dworkin, E. R. (2020). Risk for mental disorders associated with sexual assault: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(5), 1011 - 1028. NS = 22.

Dworkin, E. R., Jaffe, A. E., Bedard-Gilligan, M., & Fitzpatrick, S. (2021). PTSD in the year following sexual assault: a meta-analysis of prospective studies. *Trauma, Violence, & Abuse*. NS = 32.

Elklit, A., Andersen, L. E., & Spindler, H. (2021). Traumepsykologisk materialesamling: Psykiske følger efter voldtægt. NS = 32

Elklit, A., & Shevlin, M. (2013). Sexual victimization and anxiety and mood disorders: A case-control study based on the Danish registry system. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 30, 119 - 124. NS = 16.

Elliott, D. M., Mok, D. S., & Briere, J. (2004). Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *Journal of Traumatic Stress*:

Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies, 17(3), 203 - 211.
NS = 12.

Fletcher, S., Elklit, A., Shevlin, M., & Armour, C. (2021). Predictors of PTSD treatment response trajectories in a sample of childhood sexual abuse survivors: the roles of social support, coping, and PTSD symptom clusters. *Journal of interpersonal violence*, 36(3-4), 1283 - 1307. NS = 29.

Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(2). NS = 24.

Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological assessment*, 9(4), 445. NS = 20.

Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S., P. (2006). Emotional Processing Theory An Update. In: Rothbaum, B. O. *Pathological anxiety: emotional processing in etiology and treatment*. Guilford Press (3 - 24). NS = 28.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20 – 35. NS = 33.

Foa, E. B., & McLean, C. P. (2016). The Efficacy of Exposure Therapy for Anxiety-Related Disorders and Its Underlying Mechanisms: The Case of OCD and PTSD. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 1 – 28. NS = 32.

Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 6(4), 459 - 473. NS = 19.

Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science*, 4(2), 61 – 65. NS = 8.

Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York, NY: Guilford Press. NS = 279.

Frazier, P., Byrne, C., Glaser, T., Hurliman, E., Iwan, A., & Seales, L. (1997). Multiple traumas and PTSD among sexual assault survivors. In: *annual meeting of the American Psychological Association, Chicago, IL*. NS = 22.

Friedman, M. J., & Resick, P. A. (2014). DSM-5 Criteria for PTSD. In: Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (Eds.). *Handbook of PTSD: Science and practice*. Guilford Press (166 - 184). NS = 22.

Fuertes, J. N., & Nutt-Williams, E. (2017). Client-focused psychotherapy research. *Journal of Counseling Psychology*, 64(4), 369. NS = 11.

Gillihan, S. J., Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2014). Psychological Theories of PTSD. In: Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (Eds.). *Handbook of PTSD: Science and practice*. Guilford Press (166 - 184). NS = 28.

Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P., & Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of traumatic stress*, 13(2), 271 - 286. NS = 19.

Henriksen, L. S., Smith, S. R., & Zimmer, A. (2012). At the eve of convergence? Transformations of social service provision in Denmark, Germany, and the United States. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 23(2), 458 - 501. NS = 47.

Holliday, R., Holder, N., Monteith, L. L., & Surís, A. (2018). Decreases in suicide cognitions after cognitive processing therapy among veterans with posttraumatic stress disorder

due to military sexual trauma: A preliminary examination. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(7), 575-578. NS = 9.

Hougaard, E. (2019). Nonspecificitetsantagelsen i psykoterapi. I: *Psykoterapi: teori og forskning*. (3. reviderede udgave). Dansk Psykologisk Forlag.s. 197 - 225. NS = 39.

Hyland, P., Shevlin, M., Hansen, M., Vallières, F., Murphy, J., & Elklit, A. (2016). The temporal relations of PTSD symptoms among treatment-seeking victims of sexual assault: A longitudinal study. *Journal of loss and trauma*, 21(6), 492-506. NS = 23.

Jayawickreme, N., Cahill, S. P., Riggs, D. S., Rauch, S. A., Resick, P. A., Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. (2014). Primum non nocere (first do no harm): Symptom worsening and improvement in female assault victims after prolonged exposure for PTSD. *Depression and Anxiety*, 31(5), 412-419. NS = 10.

Jaycox, L. H., Zoellner, L., & Foa, E. B. (2002). Cognitive-behavior therapy for PTSD in rape survivors. *Journal of clinical psychology*, 58(8), 891-906. NS = 20.

Karatzias, T., Jowett, S., Begley, A., & Deas, S. (2016). Early maladaptive schemas in adult survivors of interpersonal trauma: foundations for a cognitive theory of psychopathology. *European journal of psychotraumatology*, 7(1), 30713. NS = 24.

Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy research* 19(4-5), 418-428. NS = 14.

Kelley, L. P., Weathers, F. W., McDevitt-Murphy, M. E., Eakin, D. E., & Flood, A. M. (2009). A comparison of PTSD symptom patterns in three types of civilian trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 22(3), 227-235. NS = 11.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602. NS = 20.

Kilpatrick, D. G. (2007). Rape-related PTSD: Issues and interventions. *Psychiatric Times*, 24(7). NS = 15.

Krogh, S. S., (2020). Årsrapport 2020. *Center for voldtægts ofre*. Aarhus: Aarhus Universitetshospital. 1 - 53. NS = 56.

Koss, M. P., Dinero, T. E., Seibel, C. A., & Cox, S. L. (1988). Stranger and acquaintance rape: Are there differences in the victim's experience?. *Psychology of women quarterly*, 12(1), 1-24. NS = 27.

Kuwert, P., Glaesmer, H., Eichhorn, S., Grundke, E., Pietrzak, R. H., Freyberger, H. J., & Klauer, T. (2014). Long-term effects of conflict-related sexual violence compared with non-sexual war trauma in female World War II survivors: A matched pairs study. *Archives of sexual behavior*, 43(6), 1059-1064. NS = 8.

Leiner, A. S., Kearns, M. C., Jackson, J. L, Astin, M. C., & Rothbaum, B. O. (2012). Avoidant Coping and Treatment Outcome in Rape-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (2), 317-321. NS = 9.

Litz, B. T., Orsillo, S. M., Kaloupek, D., & Weathers, F. (2000). Emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Journal of abnormal psychology*, 109(1), 26. NS = 29.

Lowrey, K. D. (2014). *Posttraumatic Stress Disorder in Veterans: Exploring the Relationship Between Symptom Clusters, Quality of Life, and Treatment Goals*. Alliant International University. NS = 45.

Masho, S. W., & Ahmed, G. (2007). Age at sexual assault and posttraumatic stress disorder among women: Prevalence, correlates, and implications for prevention. *Journal of Women's Health*, 16(2), 262-271. NS = 18.

McLean, C. P., & Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: A review of evidence and dissemination. *Expert review of neurotherapeutics*, 11(8), 1151-1163. NS = 16.

Messman-Moore, T. L., Long, P. J., & Siegfried, N. J. (2000). The revictimization of child sexual abuse survivors: An examination of the adjustment of college women with child sexual abuse, adult sexual assault, and adult physical abuse. *Child maltreatment*, 5(1), 18-27. NS = 13.

Messman-Moore, T. L., & Long, P. J. (2003). The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women: An empirical review and theoretical reformulation. *Clinical psychology review*, 23(4), 537-571. NS = 39.

Mgoqi-Mbalo, N., Zhang, M., & Ntuli, S. (2017). Risk factors for PTSD and depression in female survivors of rape. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 9(3), 301. NS = 15

Möller, A., Bäckström, T., Söndergaard, H. P., & Helström, L. (2014). Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PloS one*, 9(10). NS = 18

Najavits, L. M., Ryngala, D., Back S. E., Bolton, E., Mueser, K. T., & Brady, K. T. (2010). Treatment of PTSD and Comorbid Disorders. In: Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press (508 - 538). NS = 33.

Najdowski, C. J., & Ullman, S. E. (2009). PTSD symptoms and self-rated recovery among adult sexual assault survivors: The effects of traumatic life events and psychosocial variables. *Psychology of Women Quarterly*, 33(1), 43–53. NS = 13.

Nickerson, A., Steenkamp, M., Aerka, I. M., Salters-Pedneault, K., Carper, T. L., Barnes, J. B., & Litz, B. T. (2013). Prospective investigation of mental health following sexual assault. *Depression and Anxiety*, 30(5), 444-450. NS = 10.

Nishith, P., Mechanic, M. B., & Resick, P. A. (2000). Prior interpersonal trauma: the contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *Journal of abnormal psychology*, 109(1), 20. NS = 12

Orcutt, H. K., Reffi, A. N., & Ellis, R. A. (2020). Experiential avoidance and PTSD. In: Tull, M., & Kimbrel, N. (Eds.). *Emotion in posttraumatic stress disorder: etiology, assessment, neurobiology, and treatment*. Academic Press. (409 - 436). NS = 31.

Pagotto, L. F., Mendlowicz, M. V., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., Luz, M. P., Araujo, A. X., & Berger, W. (2015). The impact of posttraumatic symptoms and comorbid mental disorders on the health-related quality of life in treatment-seeking PTSD patients. *Comprehensive psychiatry*, 58, 68-73. NS = 11.

Pennebaker, J. W. (1989). Confession, inhibition, and disease. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 22, pp. 211-244). Academic Press. NS = 38.

Petrak, J. (2004). The Psychological Impact of Sexual Assault. In: Petrak, J., & Hedge, B. (Eds.). *The trauma of sexual assault: Treatment, prevention and practice*. John Wiley & Sons. 19 - 44. NS = 27.

Phelps, A. J., Steele, Z., Cowlshaw, S., Metcalf, O., Alkemade, N., Elliott, P., ... & Forbes, D. (2018). Treatment outcomes for military veterans with posttraumatic stress disorder: response trajectories by symptom cluster. *Journal of traumatic stress*, 31(3), 401-409. NS = 11.

Priebe, K., Kleindienst, N., Schropp, A., Dyer, A., Krüger-Gottschalk, A., Schmahl, C., & Bohus, M. (2018). Defining the index trauma in post-traumatic stress disorder patients with multiple trauma exposure: impact on severity scores and treatment effects of using worst single incident versus multiple traumatic events. *European journal of psychotraumatology*, 9(1). NS = 22

Ragsdale, K. A., McSweeney, L. B., & Rauch, S. M. A. (2020). Prolonged Exposure for PTSD: Impact on emotions. In: Tull, M., & Kimbrel, N. (Eds.). *Emotion in posttraumatic stress disorder: etiology, assessment, neurobiology, and treatment*. Academic Press. (463 - 490). NS = 32.

Resick, P. A. (1993). The Psychological Impact of Rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(2), 223–255. NS = 36.

Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O. B., Scher, C. D., Clum, G. A., & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(2), 243. NS = 28

Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(4), 867. NS = 26.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). Information Processing Theory and Relevant Treatments. In: *Cognitive processing therapy for rape victims: treatment manual*. Sage Publications. p. 9 - 22. NS = 28.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). Client Characteristics That May Affect Treatment. In: *Cognitive processing therapy for rape victims: treatment manual*. Sage Publications. p. 150 - 154. NS = 9.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1990). Treating symptoms in adult victims of sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 5(4), 488-506. NS = 22.

Rickert, V. I., Wiemann, C. M., & Vaughan, R. D. (2005). Disclosure of date/acquaintance rape: Who reports and when. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 18(1), 17-24. NS = 28.

Riggs, D. S., Kilpatrick, D. G., & Resnick, H. S. (1992). Long-term psychological distress associated with marital rape and aggravated assault: A comparison to other crime victims. *Journal of Family Violence*, 7(4), 283-296. NS = 23.

Riggs, D. S., Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. (1995). A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(2), 201-214. NS = 19.

Roitmann, N. T., & Thomsen, U. (2018). Cognitive Processing Therapy (CPT) til PTSD. I: Buhmann, C. B., Arendt, M., & Rosenberg, N., K (Eds.). *Psykoteraapeutiske tilgange til PTSD. Symptomer, undersøgelse og behandling*. Hans Reitzels Forlag (101 - 116). NS = 27.

Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic stress*, 5(3), 455-475. NS = 34.

Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(6), 607-616. NS = 15.

Rosenberg, N. K., & Arendt, M. (2018). Kognitiv adfærdsterapi (KAT) til PTSD. I: Buhmann, C. B., Arendt, M., & Rosenberg, N., K (Eds.). *Psykoteraapeutiske tilgange til PTSD. Symptomer, undersøgelse og behandling*. Hans Reitzels Forlag (53 - 74). NS = 32.

Rosenkranz, S. E., & Muller, R. T. (2011). Outcome Following Inpatient Trauma Treatment: Differential Response Based on Pre-Treatment Symptom Severity. *Psychological Trauma*, 3(4), 453–461. NS = 16.

Russell, P. L., & Davis, C. (2007). Twenty-five years of empirical research on treatment following sexual assault. *Best Practices in Mental Health*, 3(2), 21-37. NS = 26.

Sareen, J., Murray, B., & Friedman, M. (2021). Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. Waltham, 1 - 29. NS = 41.

Schnurr, P. P., Friedman, M. J., & Bernardy, N. C. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology, and assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 4(4), 877–889. NS = 26.

Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P., Resick, P. A., ... & Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common?. *European journal of psychotraumatology*, 6(1), 28186.

Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes*, 71(2), 134-168. NS = 51.

Selya, A. S., Rose, J. S., Dierker, L. C., Hedeker, D., & Mermelstein, R. J. (2012). A practical guide to calculating Cohen's f^2 , a measure of local effect size, from Proc Mixed. *Frontiers in psychology*, 3, 111. NS = 15.

Sischka, P. E., Costa, A. P., Steffgen, G., & Schmidt, A. F. (2020). The WHO-5 well-being index – validation based on item response theory and the analysis of measurement invariance across 35 countries. *Journal of Affective Disorders Reports*. NS = 41.

Sofko, C. A., Currier, J. M., & Drescher, K. D. (2016). Prospective associations between changes in mental health symptoms and health-related quality of life in veterans seeking posttraumatic stress disorder residential treatment. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(6), 630-643. NS = 20.

Stein, N. R., Dickstein, B. D., Schuster, J., Litz, B. T., & Resick, P. A. (2012). Trajectories of response to treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior therapy*, 43(4), 790-800. NS = 21.

Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., & Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *The American journal of psychiatry*. NS = 13.

Suliman, S., Mkabile, S. G., Fincham, D. S., Ahmed, R., Stein, D. J., & Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive psychiatry*, 50(2), 121-127. NS = 17.

Sørensen, L. J. (2005). Smertegrænsen – Traumer, tilknytning og psykisk sygdom. København: Dansk Psykologisk Forlag. NS = 8.

Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H., & Faragher, B. (2000). Factors associated with outcome of cognitive-behavioral treatment of chronic post-traumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(2), 191-202. NS = 19.

Temple, J. R., Weston, R., Rodriguez, B. F., & Marshall, L. L. (2007). Differing effects of partner and nonpartner sexual assault on women's mental health. *Violence against women*, 13(3), 285-297. NS = 22.

Thomas, E. A., Owens, G. P., & Keller, E. M. (2021). Relationships among non-interpersonal and interpersonal trauma types, posttraumatic stress, and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology*. NS = 25.

Thompson-Hollands, J., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2020). Enhancing outcomes for PTSD treatment: Commentary on 'treatment augmentation for posttraumatic stress disorder: A systematic review'. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(1). NS = 10.

Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 167-176. NS = 21.

Tull, M. T., Vidaña, A. G., & Betts, J. E. (2020). Emotion regulation difficulties in PTSD. In: Tull, M., & Kimbrel, N. (Eds.). *Emotion in posttraumatic stress disorder: etiology, assessment, neurobiology, and treatment*. Academic Press. (295 - 310). NS = 28.

Ullman, S. E. (1996). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of women quarterly*, 20(4), 505-526. NS = 32.

Ullman, S. E., & Brecklin, L. R. (2002). Sexual assault history, PTSD, and mental health service seeking in a national sample of women. *Journal of community psychology*, 30(3), 261-279. NS = 25.

Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of traumatic stress, 14*(2), 369-389. NS = 37.

Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M., & Starzynski, L. L. (2006). The role of victim-offender relationship in women's sexual assault experiences. *Journal of interpersonal violence, 21*(6), 798-819. NS = 43.

Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M., & Starzynski, L. L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of traumatic stress, 20*(5), 821-831. NS = 17.

Ullman, S. E., & Peter-Hagene, L. (2014). Social reactions to sexual assault disclosure, coping, perceived control, and PTSD symptoms in sexual assault victims. *Journal of community psychology, 42*(4), 495-508. NS = 19.

Ullman, S. E., Relyea, M., Peter-Hagene, L., & Vasquez, A. L. (2013). Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims. *Addictive behaviors, 38*(6), 2219-2223. NS = 10.

Van Berlo, W., & Ensink, B. (2000). Problems with sexuality after sexual assault. *Annual review of sex research, 11*(1), 235-257. NS = 58.

Veronen, L. J., & Kilpatrick, D. G. (1980). Self-reported fears of rape victims: A preliminary investigation. *Behavior Modification, 4*(3), 383-396. NS = 23.

Ward, J. A. (1998). *Association of traumatic event, chronicity, and developmental level to posttraumatic symptomology*. Doctoral dissertation, Rosemead School of Psychology, Biola University. NS = 18.

Weaver, T. L., Chard, K. M., & Resick, P., A. (2000). Issues in Treating Rape and Sexual Assault. In: *Treating complex cases: The cognitive behavioural therapy approach*. 377 - 398. NS = 36.

Wisco, B. E., Pugach, C. P., & Nomamiukor, F. O. (2020). Sadness and depression in PTSD. In: Tull, M., & Kimbrel, N. (Eds.). *Emotion in posttraumatic stress disorder: etiology, assessment, neurobiology, and treatment*. Academic Press. (89 - 116). NS = 58.

Yuan, N. P., Koss, M. P., & Stone, M. (2006). The psychological consequences of sexual trauma. NS = 11

Zalta, A. K., Gillihan, S. J., Fisher, A. J., Mintz, J., McLean, C. P., Yehuda, R., & Foa, E. B. (2014). Change in negative cognitions associated with PTSD predicts symptom reduction in prolonged exposure. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(1), 171. NS = 9.

Zinzow, H. M., Resnick, H. S., McCauley, J. L., Amstadter, A. B., Ruggiero, K. J., & Kilpatrick, D. G. (2012). Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: results from a national survey of women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 893–902. NS = 18.

Zoellner, L. A., Ojalehto, H. J., Rosencrans, P., Walker, R. W., Garcia, N. M., Sheikh, I. S., & Bedarg-Gilligan, M. A. (2020). Anxiety and fear in PTSD. In: Tull, M., & Kimbrel, N. (Eds.). *Emotion in posttraumatic stress disorder: etiology, assessment, neurobiology, and treatment*. Academic Press. (43 - 63). NS = 43.

Supplerende Litteratur

Andersen, H. S. (2010). PTSD og andre traumeudløste lidelser. I: Simonsen, E. & Møhl, B. (Red.), *Grundbog i psykiatri* (1. udgave., pp. 413-423). Latvia: Hans Reitzels Forlag.

Brewin, C., & Holmes, E. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 339–376.

Coolican, H. (2017). *Research methods and statistics in psychology*. Psychology Press.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS third edition*. London: Sage.

Gregory, R. J. (2014). *Psychological Testing: History, Principles and Applications* (7th ed.). Essex Pearson.

Gillihan, S. J., Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2014). Psychological Theories of PTSD. In: Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (Eds.). *Handbook of PTSD: Science and practice*. Guilford Press (166 - 184).

Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror*. Hachette UK.

Konecky, E. M., & Lynch, S. M. (2019). Cumulative trauma exposure, emotion regulation, and posttraumatic stress disorder among incarcerated women. *Journal of traumatic stress*, 32(5), 806-811.

Punch, K. F. (2014). *Introduction to social research: Quantitative and qualitative approaches*. sage.

Valsiner, J. (2000). *Culture and human development*. Sage.

Vogt, D. King, D., & King, L. (2014). Risk Pathways for PTSD: Making sense of the literature. In Friedman, M., Keane, T., & Resick, P. (2014). *Handbook of PTSD, Second Edition : Science and Practice*. (2. ed.). New York: Guilford Publications.

Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E., Gersons, B., Resick, P., Cloitre, M. (2015). Review of Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1).