

*Relationsstress i barndomen, psykisk hälsa
och dissociation i vuxen ålder.
Ett dos-respons samband?*

Anneli Mellblom



Master i kultur-, samfunns-, og sosialpsykologi

Psykologisk institutt

Universitetet i Oslo

Maj 2010

Förord

För det första vill jag tacka alla behandlare och deltagare som har ställt upp och lagt ner tid för att vara med i studien. Tonje L Stensrud förtjänar de hjärtligaste tack och erkännande för att tillåtit mig använda hennes datamaterial och bygga vidare på hennes studie. Tack för att du också har hjälpt mig med att forma texten och varit en motiverare hela vägen. Jag vill också tacka Åsa för väldigt nyttigt korrekturläsning. Tack till mina nära för goda inspel, intresse och omsorg. Sist, men inte minst vill jag tacka mina vägledare. Tusen tack till Pål Ullenberg för mycket värdefull metodvägledning och textgenomgång och tusen tack till Roar Fosse för ditt engagemang, kunskap, motivation och flexibilitet.

Abstract

Tidigare forskning har visat att relationsstress i barndomen är relaterat till senare psykiska problem. Få studier har sett på sambandet mellan relationsstress, generell psykisk hälsa och dissociation i samma studie. Därtill är det få studier som har sett på sambandet mellan grad av upplevd relationsstress och grad av generell psykisk hälsa och dissociation. I denna studie undersöktes sambandet mellan dessa tre variablerna; relationsstress, generell psykisk hälsa och dissociation. 74 personer (31 personer i patientgruppen och 43 personer i normalgruppen) från ett vitt spektra i funktionsnivå blev rekryterade till studien för att svara på frågescheman angående relationsstress (Traumatic Experience Checklist, TEC), psykiska symptom (Brief Symptom Inventory, BSI) och dissociation (Dissociation Experience Scale, DES), som kunde kasta ljus över om det finns någon relation mellan relationsstress i barndomen och senare psykiska problem i vuxen ålder. Genom regressionsanalyser fann vi en stark linjär relation mellan relationsstress i barndomen och generella psykiska problem ($r=.78$) och relationsstress i barndomen och dissociation ($r=.86$). Dessa relationer hade en dos-respons effekt. Studien fann även ett mycket starkt samband mellan BSI och DES ($r=.81$).

Om senare och större studier replikerar dessa fynd och kan hitta mer detaljerade samband kan kunskapen användas till förebyggning och predicering av psykisk hälsa och att hitta mer precisa behandlingsalternativ.

Innehållsförteckning

Relationsstress.....	1
<i>Förekomst av relationsstress.....</i>	2
Relationsstress och psykiska problem i vuxen ålder.....	4
<i>Relationsstress och psykisk hälsa.....</i>	5
<i>Relationsstress och dissociation.....</i>	8
Frågeställningar.....	10
Metod.....	11
Deltagare.....	12
Design och frågescheman.....	13
<i>Relationsstress.....</i>	13
<i>Symptomgrad.....</i>	13
<i>Dissociation.....</i>	14
Etik.....	14
Dataanalys.....	14
Resultat.....	15
Skillnader mellan patientgrupp och normalgrupp.....	15
Samband mellan de fyra typerna relationsstress.....	17
Dos-responssamband.....	17
<i>Dos-responssambandet mellan relationsstress i barndomen och generell psykisk hälsa.....</i>	17
<i>Dos-responssambandet mellan relationsstress i barndomen och dissociation.....</i>	21
<i>Sambandet mellan generell psykisk hälsa och dissociation.....</i>	23
Diskussion.....	23

Metodologiska begränsningar och styrkor.....	25
Implikationer.....	28
Konklusion.....	30
Litteraturlista.....	31
Appendix: Frågescheman.....	37

Relationsstress (här: sexuellt, fysiskt eller emotionellt missbruk och negligering) i barndomen förekommer oftare hos patienter med psykiska störningar än i populationsgenomsnittet (Svedin, Nilsson och Lindell, 2004; Weber, Rockstroh, Borgelt, Popov, Hoffmann et al., 2008). Sådana övergrepp är associerat med negativa effekter på psykisk hälsa i vuxen ålder och studier finner ökade förekomster av psykiska symptom och störningar som till exempel depression och personlighetsstörningar (Larkin och Read, 2008; Weber et al., 2008), särskilt starkt korrelerat är dissociativa symptom (Svedin et al., 2004). Det är emellertid blivit gjort få studier på detta samband mellan relationsstress, generella psykiska problem och dissociation i vuxen ålder i samma studie.

Det har blivit forskats i en rad år på relationsstress och psykopatologi som har resulterat i upprepade dokumenterad association mellan barndomsmisshandling och ett antal negativa effekter på psykisk, fysisk och social hälsa i vuxen ålder (Larkin & Read, 2008). En del av studierna visar dessutom till ett dos-respons samband, det vill säga ju mer övergrepp man blir utsatt för i barndomen, desto sämre mental hälsa har man i vuxen ålder (Mullen, Martin, Anderson, Romans och Herbison, 1993; Read och Hammersley, 2005; Tonmyr, Jamieson, Mery, MacMillan, 2007; Wiersma, Hovens, van Oppen, Giltay, van Schaik et al., 2009).

Forskning har också funnit en association mellan relationsstress i barndomen och dissociation (Svedin et al. 2004; Teicher, Samson, Polcari och McGreenery, 2006; Mulder et al., 1998; Chu och Dill, 1990). Studier dokumenterar ett samband mellan grad av relationsstress och grad av dissociativa tillstånd (Herman et al., 1989).

Målet med denna studie är att undersöka precis detta samband mellan relationsstress i barndomen och psykologiska svårigheter i vuxen ålder med fokus på generell psykisk hälsa och dissociation.

Relationsstress

I denna studie refererar relationsstress till fysiskt, sexuellt och emotionellt missbruk samt fysisk och emotionell negligering upplevt innan 16 år. I en rapport från 2006 av världshälsoorganisationen (WHO) riktades uppmärksamheten på behovet av att övergrepp mot barn borde motta samma framträdande position och att man borde investera lika mycket i förebyggning och epidemiologisk övervakning som man gjort i andra allvarliga hälsomässiga

problem med livslånga konsekvenser, som HIV/AIDS, rökning och övervikt. Rapporten rekommenderar utvidgning av forskning angående detta tema (Butchart, Kahane, Phinney, Mian och Furniss, 2006).

Relationsstress är antaget att påverka barnet på olika sätt medan det är litet. En huvudaspekt vid relationsstress är att det är en person som barnet har ett förhållande till som förgriper sig på det. Sådana erfarenheter betraktas ofta som värre än andra hemska upplevelser och katastrofer, bland annat för att det innebär en svikt av det barnet behöver mest; omsorgspersoner som erbjuder en trygg anknytning till barnet (Anstorp, Benum och Jakobsen, 2006). Övergrepp som är begångna av en omsorgsperson som står en nära, kan utlösa rädsla för närhet och kan leda till att själva anknytningssystemet blir traumatiserat (Allen, 2005; Bowlby, 1982). Relationsstress i barndomen blir därmed antaget att vara en riskfaktor för senare mental hälsa på grund av att relationsstress undertrycker den primära funktionen till anknytning, nämligen det att ge trygghet och en känsla av trygghet (Bowlby, 1982). Tidig traumatisering från omsorgspersoner kan förstöra trygghetsreguleringsystemet och undergräva personens förmåga att använda relationer till att etablera trygghet (Anstorp et al., 2006). En möjlig konsekvens för barnet som upplever relationsstress i barndomen är att det kan frånrävas mycket av sin normalutveckling i viktiga utvecklingsfaser (Anstorp et al. 2006). Att bli utsatt för omfattande och upprepande traumatiska händelser antas att ändra ens självbild. Barn som är utsatta för en typ av relationsstress är ofta därtill exponerade till fler än *en* typ av relationsstress. Detta kan vara orsaken till att övergrepp och negligering i barndomen, begått av dem som skall skydda dig, kan få så allvarliga konsekvenser.

Förekomst av relationsstress. Eftersom majoriteten av relationsstress inträffar inom hemmets fyra väggar är det inte möjligt att veta hur många barn som blir skadade av sina föräldrar eller av andra omsorgspersoner. Ett annat problem med att estimerar prevalens av relationsstress är att det finns många olika sätt att definiera de olika övergreppstyperna på och det finns många olika sätt att samla in data.

Vad man vet är att misshandel och negligering av barn är relativt vanligt i väst världen och att det är stort hälsoproblem, till exempel har WHO (Butchart, Kahane, Phinney, Mian och Furniss, 2006) klassificerat barnmisshandel som en folksjukdom. Svedin et al (2004) fann i sin

studie av svenska ungdomar att 24.5 % hade upplevt någon typ av relationsstress under barndomen. Liknande siffror fann man i en Kanadensisk studie av kvinnor där 27.4 % hade upplevt någon typ av barnmisshandel (Tonmyr, et al., 2005). Bland människor som är psykiskt sjuka är siffrorna mycket högre. Read, Fink, Rudegeair, Felitti och Whitfield (2008) fann i sin översiktsartikel av 59 artiklar att 65 % av kvinnor och 55 % av män som var inlagda på psykiatrisk avdelning hade upplevt antingen fysiskt eller sexuellt våld som barn. De flesta prevalensstudier ser på *en* typ av övergrepp. Det är få som har sett på alla fyra typerna av relationsstress (sexuellt, fysiskt, emotionellt övergrepp och negligering) i samma studie, oftast fokuseras det på fysisk misshandel eller sexuella övergrepp.

WHO estimerar att 16 % av barn över hela världen blir fysiskt misshandlade (Butchart et al., 2006). Tonmyr et al. (2005) fann att hela 21.4 % av det kanadensiska urvalet hade upplevt fysiskt våld. En vietnamesisk studie visade ännu högre siffror, hela 47.5 % av deras urval rapporterade fysiskt misshandel (Nguyen, Dunne och Le, 2009). Medan endast 5.6 % i Svedins et al. (2004) normalgrupp hade upplevt fysiskt våld. Att prevalensen varierar så stort från studie till studie kan bero på kulturella skillnader, vad som är accepterat i samhället, men det är också en fråga om hur man definierar fysiskt våld i studien, hur man frågar om fysiskt våld och vem man frågar.

Estimeringar av prevalensen av sexuellt övergrepp varierar stort, liksom estimeringar av fysiskt våld, från studie till studie beroende av definitionen som används för vad som räknas som sexuellt övergrepp och hur informationen om dessa övergrepp samlas in. I vissa studier räknas till exempel det att bli utsatt för blottning som sexuellt övergrepp (Goldman och Padayachi, 1997), medan man i andra studier definierar sexuellt övergrepp som våldtäckt (Choquet, Fediaevsky och Manfredi, 1997). På grund av att definitionen varierar i så hög grad är det svårt att jämföra prevalens. Dessutom är målgruppen som undersöks ofta olik från studie till studie. En del studier är genomförda på barn, andra på tonåringar och vuxna som avlägger retrospektiva självrapporteringar, medan andra studier lutar sig mot att fråga föräldrar om vad deras barn har upplevt. Dessa olika metoder kan producera väldigt olika resultat. Till exempel rangerar livstids prevalens rater för sexuella övergrepp bland kvinnor från 0.9 % (Choquet et al., 1997) när man använde våldtäckt som definition, till 45 % när man använde en mycket bredare definition (Goldman och Padayachi, 1997). Finkelhor (1994) fann i sin översiktsstudie att ett genomsnitt på

20 % bland kvinnor har blivit utsatt för sexuella övergrepp. I Kanada har man funnit prevalens för sexuella övergrepp hos kvinnor på 13.5 % (Tonmyr et al., 2005). Gilbert, Widom, Browne, Fergusson, Webb et al. (2009) lutade sig mot retrospektiva självrapporteringar och fann att under barndomen blir 5-10 % av flickor utsatta för penetrerande sexuella övergrepp (5 % för pojkar) och tre gånger större är förekomsten när man inkluderar andra typer av sexuellt missbruk. Goldman och Padayachi (1997) fann liknande resultat, 13.2 % av kvinnorna i deras urval hade upplevt penetrerande sexuella övergrepp som barn. Mullen, et al., (1993) fann att hela 32 % av deras urval hade upplevt någon form av sexuella övergrepp under livet, 20 % beskrev genital kontakt eller värre och 6 % berättade om genomfört eller försök till påtvingat samlag.

När det gäller emotionellt övergrepp och negligering har få studier undersökt prevalensen av sådana övergrepp. Resultat från stora befolkningsstudier i England och USA visade emellertid att 8-9 % av kvinnor och 4 % av män rapporterade att de varit utsatta för allvarliga psykologiska övergrepp som barn (Gilbert, et al., 2009). Svedin et al. (2004) finner liknande prevalens i sin kontrollgrupp, 8.7 % av kvinnor rapporterar emotionella övergrepp i barndomen. WHO estimerar att en av tio blir negligerad eller psykologiskt misshandlad (Butchart et al., 2006). Studier från England och USA visade att mellan 1.4% - 10.1% av barn uppgav att det var saknad av omsorg eller insatser där ett barn blev skadat på grund av otillräcklig tillsyn. Negligering har fått minst uppmärksamhet från självrapport och föräldrarrapport paneler trots att denna kategori av barnmisshandel är den mest förekommande enligt barnavårdsnämnden i England (Gilbert, et al., 2009).

Om man upplever en typ av övergrepp är man dessutom ofta offer för en annan typ av övergrepp i tillägg. Därtill sker övergreppen vid flera tillfällen eller kontinuerligt, och är därför sällan *en* enkel händelse (Gilbert, et al., 2009, p. 71; Finkelhor, Ormrod och Turner, 2007).

Relationsstress och psykiska problem i vuxen ålder

Trots att korrelationsstudier inte kan säga något om orsaksförhållande mellan olika variabler är det många studier som visar starka samband mellan relationsstress i barndomen och senare psykiska problem. I denna studie delar vi upp dessa potentiella konsekvenser i två grupper; den första är generell psykisk hälsa och den andra är dissociation. Motivationen till att dela in psykiska problem på detta vis är att dissociation har i forskning en mer erkänd koppling

till relationsstress än andra psykiska problem (Anstorp et al. 2006).

Relationsstress och psykisk hälsa. Det kan se ut som om relationsstress är bundet till sjukdomsförlopp. Till exempel fann en studie från Nya Zeeland att psykiatriska patienter som har blivit utsatta för sexuella eller fysiska övergrepp under barndomen har tidigare sjukdomsutbrott, längre och mer frekventa hospitaliseringar, är längre tid i isolering, får mer medicinering, är mer benägna att skada sig själva och symptomen har högre allvarlighetsgrad (Read et al., 2008). De löper också större risk för att begå självmord. En studie av 200 vuxna från polikliniker i Nya Zeeland fann att självmordsbenägenhet var bättre predicerad genom övergreppshistoria än genom nuvarande depressions diagnos (Read, Adgar och Barker-Collo, 2001). Både fysiska och sexuella övergrepp är associerade med en dubbel risk för självmordsförsök hos unga människor. I likhet med Gilbert et al. (2009) påstår Read et al. (2008) att patienter som varit utsatta för övergrepp som barn löper större risk för att begå självmord. Enligt kryss- sektionella studier ökar risken för självmordsförsök med ackumulerande övergrepp (Gilbert, et al., 2009). Mullen et al. (1993) fann att 8 % av dem som blivit utsatta för övergrepp i barndomen hade försökt ta sitt liv. I gruppen som hade upplevt allvarligast övergrepp (genomfört påtvingat samlag) var raten högre; 25 % hade försökt ta sitt liv (Mullen et al., 1993).

Det syndromet man ofta förknippar med traumatiska upplevelser är posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Kriterierna enligt DSM-4 för att få denna diagnos har varit omstridda, detta gäller speciellt kriteriet A1 som säger att PTSD utvecklas sig efter att man har varit utsatt för en extrem traumatisk stressor som innebär en direkt personlig erfarenhet av en händelse som hotar ens liv eller allvarlig skada eller andra hot mot ens personliga integritet. Kriterierna inkluderar också att vara vittne till en händelse som involverar död eller allvarlig skada eller hot mot integriteten mot en annan person. Därtill inkluderas att få besked om oväntad eller våldsam död eller allvarlig skada som upplevts av en familjemedlem eller annan nära person. Nästa kriterium (A2) handlar om att händelsen ska innebära en intensiv känsla av rädsla, fruktan eller hjälplöshet. (American Psychiatric Association, 1994).

I denna studie kallas relationsstress inte för ett trauma då trauma är en subjektiv tolkning av en händelse, medan relationsstress refererar till händelser som kommer från omgivningen mot barnet. Det vill säga, även om ett barn upplever att bli utsatt för övergrepp och negligering

behöver det inte uppfattas som traumatiskt.

Det säges att Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är ett tillstånd som inte trivs ensamt. En studie från USA fann att 82.8 % av patienter med PTSD- diagnos också uppfyller kriterierna för minst en annan psykiatrisk diagnos (Breslau, Andreski och Peterson, 1991), dessutom menar Ross och Keyes (2004) att diagnoser som schizofreni, dissociativa störningar och PTSD överlappar varandra i stor grad. Weber et al. (2008) finner PTSD symptom hos människor med diagnoserna depression, personlighetsstörning, drogmissbruk och schizofreni. Att PTSD sällan uppträder ensamt är i linje med att relationsstress är funnit att påverka också andra psykiska problemområden (Anstorp et al, 2006).

Det har genomförts många studier på sambanden mellan övergreppshistoria och affektiva störningar. Särskilt har man hittat associationer mellan övergrepp och depression (Weber et al., 2008; Wiersma et al, 2009). Det är till exempel funnit signifikanta samband mellan barndomsövergrepp och depression i vuxen ålder i en Holländsk studie av Wiersma et al. (2009). Wiersma et al. (2009) fann en dos-respons relation mellan frekvensen av barndomsövergrepp och kroniskheten av depressionen. De fann att ju tidigare man hade blivit utsatt för övergrepp, desto större var risken för att depressionen var kronisk. I likhet med Wiersma et al. (2009) fann Briere och Runtz (1988) en relation mellan att kvinnliga studenter som blivit utsatta för sexuella övergrepp tidigt i livet hade signifikant högre nivå av depression än kvinnor utan övergreppshistoria.

Förhållandet mellan relationsstress i tidig ålder och senare utveckling av personlighetsstörningar har blivit utförligt studerat. Barndomsövergrepp sker i en ålder där personligheten är i utveckling och enskilda menar därför att det inte är så konstigt att det finns så hög grad av barndomsövergrepp bland patienter med instabil personlighetsstörning (Everett och Gallop, 2001). I Weber et al. (2008) studie var patienter med personlighetsstörning den grupp som hade upplevt mest relationsstress i barndomen av alla i urvalet. Yen, Shea, Battle, Johnsson, Zlotnick, et al. (2002) fann i sin studie av traumatiska upplevelser i ett urval av människor med en personlighetsstörning att 81.5 % hade en historia med övergrepp. Störst var förekomsten för patienter med borderline personlighetsstörning, där 91.6 % hade upplevt övergrepp. Herman, Perry och van der Kolk (1989) fann höga förekomster i ett urval med borderline personlighetsstörning, 81 % hade upplevt någon typ av övergrepp innan 18 års ålder.

Övergreppstypen som människorna med borderline personlighetsstörning hade upplevt mest var sexuella övergrepp.

Gruppen med schizotyp personlighetsstörning hade också hög förekomst av övergreppshistoria; 84.9 % hade upplevt någon typ av övergrepp. När det gäller fysisk misshandel var gruppen med schizotyp personlighetsstörning mest utsatt med en förekomst på 40 % (Yen et al., 2002).

Många färskare studier har fokuserat på sambandet mellan övergrepp i barndomen och risken för att utveckla psykotiska erfarenheter senare i livet. Människor med psykos rapporterar höga förekomster av övergrepp, mest undersökt har sexuella övergrepp blivit. I en nylig epidemiologisk studie rapporterades det att sannolikheten för att drabbas av psykoser om man har en historia med sexuellt övergrepp var 15 gånger större än sannolikheten utan en sådan historia (Bebbington, Bhugre, Brugha, Singleton, Farrell, et al., 2004). Janssen, Krabbendam, Bak, Hanssen, Vollebergh et al. (2004) undersökte sin hypotes om att individer från den generella populationen som rapporterar att de har varit utsatta för övergrepp i barndomen har en ökad risk att utveckla positiva psykotiska symptom. De använde övergrepp i barndomen som baslinje och vid uppföljningen, efter två år, registrerades första psykotiska symptomet. Janssen et al. (2004) fann liknande resultat som Bebbington et al. (2004) att rapporterat övergrepp predicerade utvecklingen av positiva psykotiska symptom. Att ha blivit utsatt för övergrepp i barndomen utgjorde en 11.5 gånger större risk att uppleva psykos än om man inte blivit utsatt för övergrepp (Janssen, et al., 2004). De som hade upplevt de grävsta övergreppen hade en risk som var 48.4 gånger större att utveckla psykos, än de som inte upplevt övergrepp. Denna association förblev signifikant även efter att man hade kontrollerat för demografiska variabler, rapporterade riskfaktorer och psykiatrisk diagnos.

Det förekommer också en ökning i andra problem som har ett samband med övergreppshistoria, ett av de problemen är missbruk. Wu, Scairer, Dellor och Grella (2010) fann att nästan alla (95 %) i deras urval av människor med drogproblem hade blivit utsatta för övergrepp under barndomen. Av dessa hade 65.9% blivit utsatta för emotionella övergrepp eller negligering, 49.3% fysiska övergrepp och 48 % för sexuella övergrepp. Därtill hade hela 18.4 % blivit utsatta för alla 4 typerna. Studien visade också att ju mer exponerad för relationsstress i

barndomen, desto större risk för psykologiska problem. Mer exponering för barndomsmisshandel var signifikant associerat med försämrad psykosocial funktion (Wu et al., 2010).

Studier finner alltså samband mellan relationsstress och olika former för psykopatologi. Detta samband består efter man har kontrollerat för sammanblandande variabler så som fattigdom, äktenskapligt våld, och föräldrarnas eventuella drogmissbruk eller psykiatriska historia (Read och Ross, 2003). I likhet med Read och Ross (2003) finner Bebbington, et al. (2004) det samma: kön, ålder och etnicitet påverkade inte studiens fynd.

Relationsstress och dissociation . Dissociation innebär en störning av de vanligtvis integrerade funktionerna för medvetande, minne, identitet eller perception av omgivningen (American Psychiatric Association, 1994). Detta gäller saknad av integrering av dåtid, nutid, alla slags sinnesintryck, rörelser eller saknad av rörelse, händelseförlopp över tid, och den enskildas reaktioner tillsammans med meningen av det som har hänt (Anstorp, et al., 2006, s. 91).

Dissociation har länge varit ett omstritt tema, där debatten om falska minnen har stått i centrum, det tvistas dels om dissociation överhuvud taget finns och dels om hur långt man har kommit i att bevisa om relationsstress och dissociation är relaterat till varandra. Den ena sidan av debatten hävdar att så många studier stödjer detta samband att det är bevisat (Mulder, Beautrais, Joyce och Fergusson, 1998). De som hävdar detta har därför börjat studera specifika karakteristiker vid övergreppet, som till exempel typ av övergrepp. Den andra sidan av debatten, är fortfarande osäker på om fenomenet dissociation finns och det är därför en osäkerhet kring om det är ett samband mellan missbruk och dissociation (Lilienfeld, Lynn, Kirsch, Chaves, Sarbin et al., 1999; Roediger och Bergman, 1998). En känd kontrovers angående falska minnen har varit centrum i denna debatt. Under mitten av 1990 talet utmanades trovärdigheten av att minnas förträngda minnen, speciellt sexuella övergrepp. Ett antal terapeuter till patienter med dissociativa symptom var involverade i rättsaker angående förträngda minnen som kommit fram där de påstods vara fabricerade på grund av terapeutens uppmaning (Van der Hart och Nijenhuis, 2009). Annan forskning har emellertid rapporterat en mer erkänd koppling mellan barnmisshandel och dissociation än barnmisshandel och andra psykiska problem (Anstorp, et al., 2006).

Dissociation är en egen diagnosgrupp enligt både DSM- 4 (APA, 1994) och ICD- 10

(WHO, 2003) och bägge diagnosverktygen nämner att en eller flera traumatiska händelser, där bland relationsstress, ligger till grund för att få dissociativa symptom. Eftersom bägge diagnosverktygen definierar dissociation i förhållande till traumatiska händelser är detta motivationen för att se mer specifikt på dissociation i förhållande till relationsstress i barndomen i tillägg till att undersöka generell psykopatologi.

Dissociation ses ofta som en dimensionell process som existerar i större eller mindre grad. Mulder, et al. (1998) menar att dissociativa symptom existerar på ett kontinuum som rangerar från att dagdrömma till dissociativ identitets störning. Vid pågående relationsstress från människor som står en nära, kan dissociation bli en form för anpassning till dilemmat mellan behov för anknytning och behovet för skydd och trygghet (Arnstorp et al., 2006). Vidare menar Arnstorp et al. (2006) att när barn inte har möjlighet för att fly fysiskt kan dissociation användas som en försvarsmekanism för att kunna fly psykiskt genom att ändra medvetandet under traumatiska upplevelser. Barn antas ha en större förmåga att dissociera än vuxna (Svedin et al., 2004). Dessa barn kan till exempel lära sig ignorera smärta, glömma minnen genom amnesi, ändra perception av tid, ställe och person. Några gånger kan detta utföras medvetet men ofta kan det bli till automatiska och ofrivilliga reaktioner (Herman et al., 1989). Barnet kan få en slags förmåga till att dissociera som antas kvarstår i vuxen ålder i större, mindre eller lika grad. Belastningarna som övergrepp kan innebära minskar möjligheterna för trygghet i den egna kroppen, reglering av känslor, närhet till andra människor och tilltro och meningsskapande (Anstorp et al., 2006). Tidig och upprepad relationsstress kan gripa in i människans sätt att uppfatta, tänka och förhålla sig till sig själv och omgivningen på. Ett sätt att utveckla alternativa vägar att tackla världen på kan vara att undvika att vara närvarande. Lösningen för några kan bli att splittra bort delar av jaget, denna uppsplittring är det typiska vid dissociation och kan ses som en försvarsmekanism (Arnstorp et al., 2006, s. 24).

Studier dokumenterar ett samband mellan grad av övergrepp och grad av dissociativa tillstånd (Herman et al., 1989). Mulder et al. (1998) fann en prevalens på 6.3 % i ett urval i den generella populationen i Nya Zeeland som led av tre eller fler dissociativa symptom. Bland dessa individer var det två och en halv gång vanligare att ha upplevt sexuella övergrepp, medan förekomsten av fysisk misshandel var fem gången högre och förekomsten av psykiska störningar fyra gånger högre än bland individer som inte hade dissociativa symptom (Mulder et al., 1998).

Genom logistisk regression fann Mulder et al. (1998) att mentala störningar och historia med fysisk misshandel var direkt relaterat till högre grader av symptom på dissociation, medan sexuella övergrepp inte var det. Sexuella övergrepp antogs ha en indirekt effekt. Detta är motstridande i förhållande till de flesta andra fynd studier har gjort på sambanden. En orsak till detta kan vara att urvalet är från den generella populationen och inte från ett urval av patienter. I likhet med Mulder et al. (1998) fann Teicher et al. (2006) att sexuella övergrepp inte var den övergreppstypen som var starkast associerat med dissociation. Svedin et al. (2004) undersökte förekomsten av dissociativa symptom i relation till rapporterade traumatiska erfarenheter bland svenska ungdomar och fann att 8.8 % av ungdomarna hade allvarliga dissociativa symptom där graden var högst bland flickor.

Teichner et al. (2006) fann i sin amerikanska studie från den generella populationen att emotionella övergrepp var starkast associerade till dissociation. Dessutom visade studien att en kombination av flera typer av övergrepp ger högre grad av dissociation än *ett* ensamt. Chu och Dill (1990) fann liknande resultat i sin studie, nämligen att subjekt med en historia av missbruk i barndomen rapporterar högre nivåer av dissociation än de utan.

Frågeställningar

Som diskuterat över pekar forskningen mot att relationsstress i barndomen har en inverkan i de flesta psykiska problem i vuxen ålder. Därtill finner en del av studierna en dos-respons relation mellan relationsstress i barndomen och vuxna psykiska problem. Denna forskningsbakgrund är motivationen till att använda oss av instrument som mäter symptom på ett kontinuum istället för i kategorier. I stället för att se på antingen eller en viss diagnos, mäter vi grad av psykiska problem. Genom att använda dimensionella mätinstrument som kopplar normalitet och psykopatologi på olika punkter på samma kontinuum kan studien fånga mer variation i mentala problem än om man använder de kvalitativt olika kategorierna i dagens diagnosverktyg. Dessutom blir det lättare att undersöka om det finns ett dos-respons förhållande mellan relationsstress och psykiska problem och dissociation, eller om det eventuellt är ett kurvlinjärt förhållande där relationsstress och utfallsmåtten är mer sammansatt än det man ser i en linjär association.

Litteraturen på fältet fokuserar ofta på *ett* specifikt övergrepp (ofta sexuellt eller fysiskt

övergrepp) och *en* specifik diagnos (som personlighetsstörning eller depression). Detta blir problematiskt då många offer för övergrepp har upplevt en rad övergreppshändelser och ofta många olika typer av misshandel under barndomen (Finkelhor et al., 2007). Ett annat problem med studier som bara fokuserar på en typ av relationsstress är att det finns en relativt stor risk att man överdriver vilken betydelse den övergreppstypen har för den mentala hälsan (Finkelhor et al., 2007). Fynd i forskningslitteraturen indikerar att dosnivå för relationsstress är bunden till både en större förekomst av de flesta diagnostyper, samt till en försämring i symptomuttryck generellt (Mullen et al., 1993; Zanarini, Yong, Frankenburg, Hennen, Reich et al., 2002). Sett till den höga komorbiditeten som finns i diagnoser för den enskilda patienten är det tydligt att de olika diagnoserna och andra plågorna interagerar eller är knutna till varandra. Lite forskning föreligger emellertid om dessa samband. Genom att inkludera fysiskt, sexuellt och emotionellt övergrepp och negligering samtidigt som man mäter både grad av dissociation och grad av symptom, vill man kunna få en bättre överblick på detta komplexa fält.

Målet med studien är att studera relationen och formen på relationen mellan relationsstress i uppväxten och psykiska svårigheter i vuxen ålder där den sistnämnda operationaliseras i form av klassiska patologitermer (mätt med BSI) och i form av dissociation (mätt med DES). På detta sätt blir det möjligt att undersöka sambandet med relationsstress i barndomen upp mot varje av de två konceptualiseringarna som är nämnda ovanför. Därtill undersöker vi om sambandet är ett linjärt dos-respons samband eller ett kurvlinjärt samband. Samtidigt undersöker vi relationen mellan dissociation och generell psykisk hälsa.

Metod

Studien utfördes vid Vestre Viken sjukhus i Asker och Bærum med godkännande från Regional Etisk Komité. 74 personer från ett vitt spektra i funktionsnivå blev rekryterade till studien för att svara på frågescheman angående relationsstress, psykiska symptom och dissociation, som kunde kasta ljus över om det finns någon relation mellan relationsstress i barndomen och senare psykiska problem i vuxen ålder.

Alla deltagare fick informerat samtycke och blev erbjudna uppföljning om behov fanns.

Deltagare

Två grupper blev inkluderade, en normalgrupp (antagna friska personer, det vill säga inga kända psykiska diagnoser, N=43) och en patientgrupp (N=31). Alla deltagare var kvinnor i åldern 18-45 år. Fynd inom traumaforskning tyder på könsolikheter i utvecklingen efter övergrepp (MacMillan, Fleming, Streiner, Lin, Boyle, et al. 2001). Studien har därför valt att se selektivt på kvinnor då detta i sig själv antas att vara informativt om dos-respons samband.

Patientgruppen (N= 31, M= 33.6 år, SD= 8.1) rekryterades genom samarbete med Psykisk helse Vestre Viken där behandlare blev inviterade till att vara med på studien. Två polikliniker/rehabiliteringscenter blev tillfrågade, varav en sa ja, en psykiatrisk akutpost fick förfrågan och svarade också positiv på att vara med på studien. Vikt lades på att övergreppshistoria inte var ett kriterium för inkludering eller selektion av patienter. Alla patienter som behandlarna träffade under datainsamlingstiden blev tillfrågade om att delta i studien. Exkluderingskriterier var personer som inte kunde fullföra intervjun; så som långvariga allvarliga problem och sjukdom som inte är psykisk störning som; hjärnskada, neurologisk störning (Alzheimer, Parkinson, Tourettes, Narkolepsi, Autism), svårigheter med det norska språket, akut suicidalitet, akut psykos/förvirring. Anledningen till att behandlarna gjorde intervjuerna själva var för att det låg i vårt och patientens intresse att det var en känd person som genomförde intervjun med dem. Det var också detta upplägg som regional etisk komité (REK) godkände.

Patientgruppen representerar ett vitt spektra av olika diagnoser och har en stark intern spridning i funktionsnivå. I patientgruppen hade 20 deltagare allvarliga diagnoser som schizofreni, dissociativa störningar, bipolär sjukdom, personlighetsstörning och depression med psykotiska drag. Relativt lättare diagnoser som ångest och depression utan psykotiska drag blev beskrivna för 11 patienter. På grund av komorbiditet mellan diagnoserna hade flera av deltagarna i patientgruppen både tyngre och lättare diagnoser.

Normalgruppen (N= 43, M= 28.6 år, SD= 5.7) blev rekryterade genom bekvämlighets sampling med utgångspunkt i två projektmedarbetare genom email från jobb, akademiska och andra sociala områden. Projektmedarbetarna skickade ut email till bekanta och deras bekanta som man antog var friska kvinnor i åldern 18-45 år.

Design och frågescheman

Genomförandet av datainsamlingen föregick som en strukturerad intervju. Alla deltagarna fick erbjudande om uppföljning efter intervjun om det fanns behov.

Alla deltagarna fick utföra följande instrument: kartläggning av generell symptomatologi, dissociation och övergreppshistoria. Nivån på relationsstress blev operationaliserad med hjälp av en förkortad variation av Traumatic Experience Checklist (TEC), där 13 relevanta frågor valdes ut. Nivån på psykiska svårigheter blev operationaliserad med Brief Symptom Index (BSI). Med hjälp av Dissociation experience scale (DES) mätte vi grad av dissociation.

Relationsstress. Traumatic Experience Checklist (TEC) (Nijenhuis, Van der Hart och Vanderlinden, 1999) är ett schema som mäter olika aspekter vid eventuella traumatiska upplevelser i loppet av livet. I schemat frågas det om man har upplevt någon av 29 nämnda upplevelser och i så fall hur gammal man var då det hände, och hur stor inverkan detta har haft på en. I sistnämnda ger man poäng från 1 (ingen) till 5 (mycket stor). I denna studie har huvudfrågorna i TEC blivit uttagna för att kunna kartlägga exponering av relationsstress. Detta inkluderar tretton möjliga traumatiska händelser som är indelade i fyra underkategorier: emotionellt övergrepp, fysiskt övergrepp, sexuellt övergrepp och negligering. TEC skiljer mellan tre olika förgripargrupper när familj, avlägsen familj eller andra.

De psykometriska karakteristikerna till TEC är goda (Nijenhuis, Van der Hart och Kruger, 2002), med tillfredställande inre konsistens, både för test och för retest. Cronbachs alfa har hittats på mellan 0.86 och 0.90 (Nijenhuis et al. 2002).¹ I analysen inkluderades bara de som hade blivit utsatta för övergrepp när de var 16 år eller yngre. En total poängsumma på TEC var kvantifierad som ”ja” på de 13 frågorna. Fysiska övergrepp har fyra frågor i tillägg till de tre olika förgripargrupperna har fysiskt övergrepp en fråga som handlar om bisarrt straff. Därför gjorde vi om TEC totalpoäng till att maximalt kunna vara 12 poäng. Det vill säga att oansett om en person hade kryssat i för alla fyra övergrepp som handlade om fysiska övergrepp var det bara möjligt att få 3 poäng totalt. På så sätt undvek vi att fysiskt övergrepp fick mer betydning än sexuellt och emotionellt övergrepp och negligering. Det tar ca tio minuter att fylla ut schemat.

Symptomgrad. Grad av generell psykopatologi mättes med Brief Symptom Inventory

¹ Egentligen inte meningsfullt i detta tillfälle, eftersom det är en formal skala.

(BSI) (Derogatis, 1975). BSI är en förkortad variant av SCL-90 (Derogatis, Lipman och Covi, 1973). BSI är ett kort psykologiskt självutfyllningsschema där deltagaren får poäng för hur ofta man upplever problem som man har ibland. Schemat består av 53 punkter som ger poäng från 1 till 5 (1= ikke i det hele tatt, 2= litt, 3= måtelig, 4= ganske mye, 5= veldig mye). Man rangordnar hur mycket varje problem har existerat eller har varit till besvär de sista sju dagarna. Schemat kan användas både på kliniska populationer och på den generella befolkningen. BSI har nio underskaler för olika störningsområden: somatisering, tvångsprägling, interpersonlig sensitivitet, depression, ångest, fientlighet, paranoid ideation och psykotisism. I tillägg till de nio primära symptomskalorna kan det kalkyleras globala mål. Den mest använda är Global Severity Index (GSI) som är genomsnittet för alla svaren. BSI har visats ha hög reliabilitet och validitet. Till exempel har man funnit Cronbachs alfa för inre konsistens på mellan 0.71 och 0.85 (Derogatis, 1992). Att fylla i schemat tar åtta till tio minuter.

Dissociation. Dissociation Experience Scale (DES) (Bernstein and Putnam, 1986) mäter grad av subjektiv upplevd dissociation. Instrumentet innehåller 28 frågor som handlar om olika upplevelser som personen kan ha haft i sitt dagliga liv. För varje fråga estimerar man hur ofta olika dissociativa händelser upplevs genom att ange procentandel av tiden. Med intervaller på 10 procent rangordnas axen från 0 % (aldrig) till 100 % (alltid). DES har visats ha hög reliabilitet och validitet. Test- retest reliabilitet för DES rangordnas från .84 till .96. (Bernstein och Putnam, 1986) och en Cronbachs alfa för inre konsistens på .95 (Frischolz, Braum, Sachs, Hopkins, Schaeffer, et al., 1990). Det tar mellan fem till tio minuter att fylla ut schemat.

Etik

Studien är godkänd av De Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk och riktlinjer från Regionalt personvårnombud är följda med hänsyn till användning och bevaring av information.

Dataanalys

Alla analyser gjordes med hjälp av SPSS 18.0. Studien baserade sig på statistiska analyser så som t- test, chi- två test, regressions- och korrelationsanalys.

För att undersöka dos-responssamband mellan TEC og BSI och TEC och DES blev två regressionsmodeller jämförda, en linjär regressionsmodell (som illustrerar ett dos-respons samband) och en regressionsmodell där ett kurvlinjärt samband mellan TEC och BSI eller DES är modellerat (det vill säga att det inte är en dos-responssamband). En kurvlinjäritet blev då modellerat genom att kvadrera TEC totalpoäng och ta med denna variabel i modellen i tillägg till TEC totalpoäng. Detta kan illustreras så här, där Y är beroende variabel, a är modellens konstantled, X är den oberoende variabeln (TEC) och b är regressionskoefficienten:

Linjär modell (dos-respons samband): $Y' = a + b_1X$

Kurvlinjär modell: $Y' = a + b_1X + b_2X^2$

Om det att inkludera den kvadrerade TEC totalpoängen (X^2) i modellen ger en signifikant ökning i modellens förklarade varians (ΔR^2), tyder detta på att ett kurvlinjärt samband mellan TEC och BSI eller DES bättre förklarar sambandet än ett linjärt samband (Tabachnick & Fidell, 2007). Kurvlinjäritet kan också modelleras på andra sätt, så som logaritmisk eller exponesiell transformation av variablerna i modellen. Detta blev också undersökt, men gav ingen annan konklusion än vad tillfället var för metodiken beskrivet över.

Resultat

Skillnader mellan patientgrupp och normalgrupp

Prevalensen av de fyra olika typerna relationsstress, sexuellt, fysiskt, emotionellt övergrepp och negligering är redogjort för i tabell 1. I vårt urval av 74 deltagare hittade vi hög förekomst av relationsstress, 45 % av hela urvalet hade upplevt någon typ av övergrepp i barndomen (innan 16 år). Prevalensen var signifikant högre i patientgruppen (93.5 %) än i normalgruppen (37.2 %). Emotionellt övergrepp var den vanligaste övergreppstypen hos normalgruppen (32.6. %) medan psykisk negligering var den vanligaste hos patientgruppen (83.9 %).

Tabell 1. Prevalens av upplevd relationsstress innan 16 års ålder, operationaliserat av Traumatic Experience Checklist (TEC).

Relationsstress	Patienter (n=31)	Normalgrupp (n=43)	χ^2
Emotionellt övergrepp	80.6 %	32.6 %	16.7*
Psykisk negligering	83.9 %	18.6 %	30.9*
Fysiskt övergrepp	64.5 %	9.3 %	25.1*
Sexuellt övergrepp	64.5 %	4.7 %	30.9*
Något övergrepp	93.5 %	37.2 %	24.9*

* $p < .001$

Personer i normalgruppen hade upplevt i genomsnitt 0.8 övergrepp (median 0, SD= 1.5) medan patientgruppen hade i genomsnitt upplevt 5.4 övergrepp (median 5, SD= 3.4). Som förväntat var genomsnittspoängen på DES och BSI långt högre i patientgruppen (tabell 2).

Tabell 2. Skillnader mellan patientgrupp och normalgrupp på genomsnittspoäng och standardavvik på TEC, DES och BSI.

	Patientgrupp (n=31)	Normalgrupp (n=43)	t-värde
	Genom snitt (SD)	Genom snitt (SD)	
TEC	5.2 (3.2)	0.8 (1.4)	-4.7**
DES	17.2 (13.3)	5.1 (6.8)	-7.8**
BSI	130.3 (42.6)	72.9 (19.4)	-8.1**

* $p < .001$

På grund av sned fördelning av variablerna blev också grupperna jämfört med non-parametriska tester (Mann-Whitney U-test), och dessa gav samma konklusion som t- test, det vill säga att olikheterna mellan de två grupperna var signifikanta på .001 nivå.

Samband mellan de fyra typerna relationsstress

Korrelationerna mellan de fyra typerna relationsstress ser vi i tabell 3. I utgångspunktet är det intressant att undersöka det unika sambandet varje typ relationsstress har med BSI og DES genom att estimerar partiell regressions- eller korrelationskoefficienter. Detta är emellantid problematisk på grund av att de fyra typerna relationsstress är högt korrelerade med varandra och gör det svårt att undersöka om de relaterar olikt till psykopatologi. Till exempel är det bara en person som bara har upplevt sexuellt missbruk och inte fysiskt missbruk. Det är därmed svårt att skilja de fyra typerna från varandra och rent statistisk skapar detta ett problem med multikollinaritet. Multikollinaritet innebär att effekterna av de enskilda variablerna blir otolkbara, samt att signifikanstesterna blir väldigt konservativa (Tabachnick & Fidell, 2007). På grund av detta blev det beslutat att använda TEC totalpoäng i vidare analyser.

Tabell 3. *Pearsons korrelation mellan underkategorierna på TEC (n=74).*

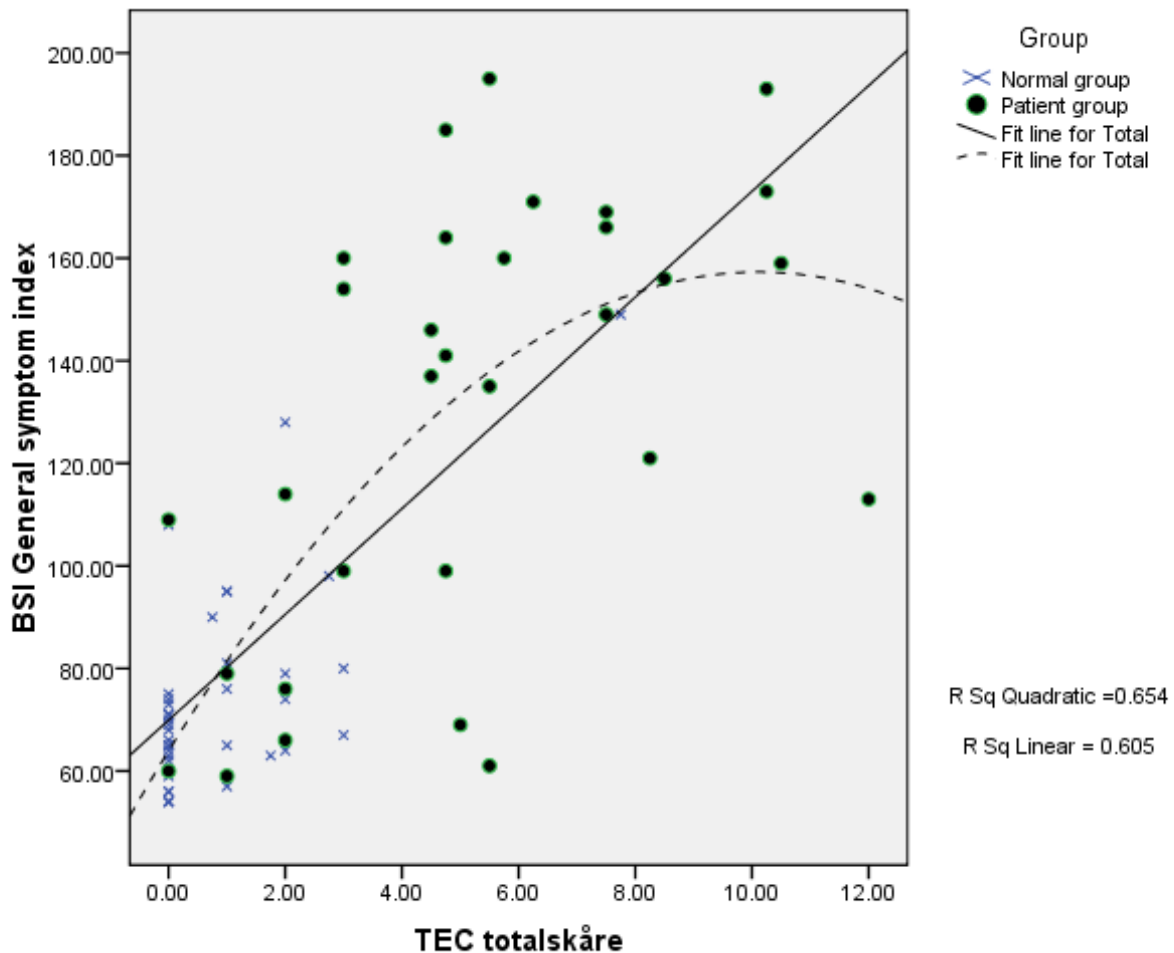
Relationsstresstyp	Negligering	Fysisk	Emotionellt	TEC totalt
Sexuellt	.61*	.84*	.65*	.86*
Negligering	-	.66*	.75*	.87*
Fysisk	-	-	.69*	.88*
Emotionellt	-	-	-	.88*

* $p < .01$

Dos-responssamband

Dos-responssambandet mellan relationsstress i barndomen och generell psykisk hälsa. Dos-respons förhållandet mellan TEC och BSI blev undersökt genom att jämföra en linjär regressionsmodell (som illustrerar ett dos-responsförhållande) med en modell där sammanhanget mellan de två variablerna kan vara kurvlinjär. Kurvlinjäritet blev då representerat genom att

inkludera ett kvadratled i regressionsmodellen, det vill säga poäng på TEC kvadrerat. Hur de två modellerna är olika varandra blev undersökt genom att jämföra om det var en signifikant ökning i förklarad varians när kvadratledet blev inkluderad i modellen. Detta är illustrerat i figur 1 och figur 2, samt i tabell 4.



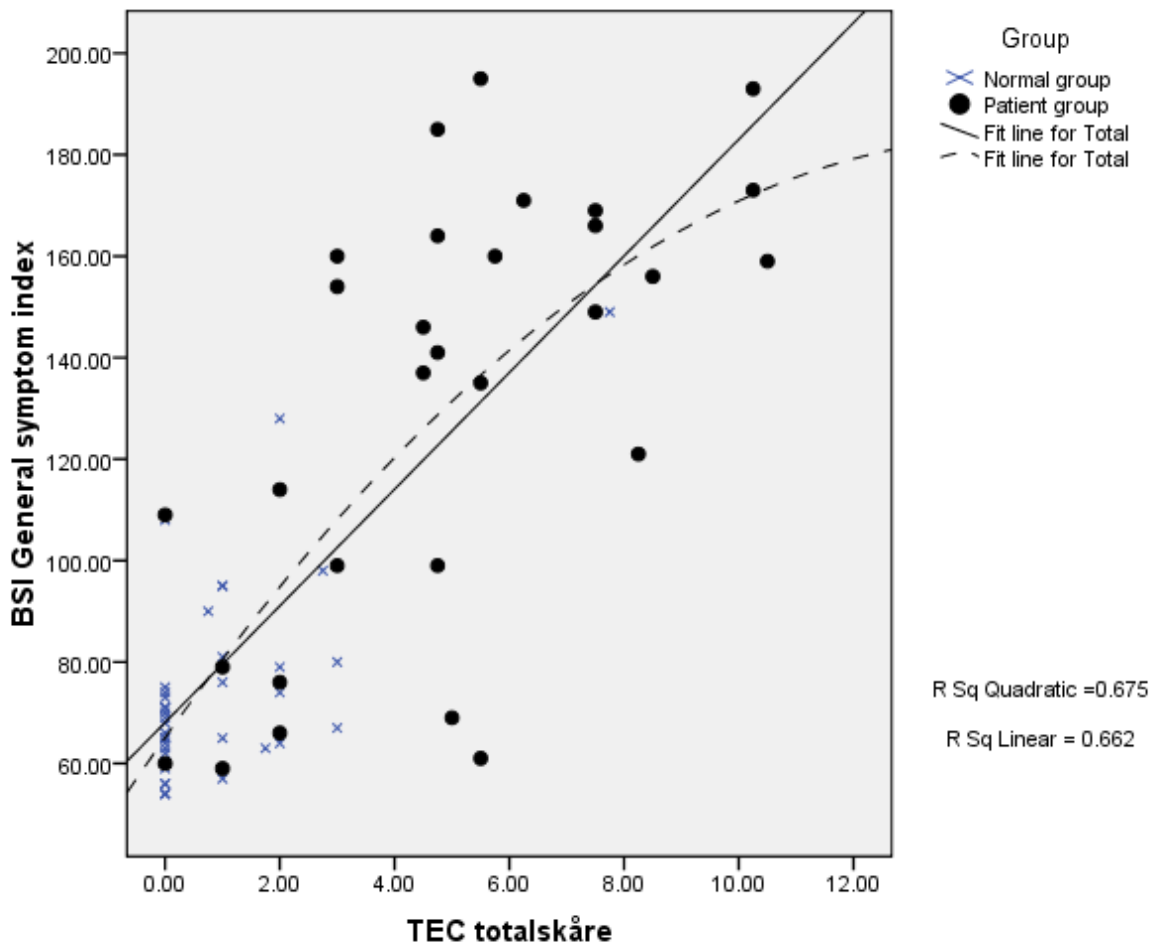
Figur 1. Relationen mellan TEC och BSI, med uteliggare.

Figur 1 illustrerar sambandet mellan TEC totalpoäng och BSI totalpoäng. Den räta linjen är en illustration på ett dos-respons förhållande, medan den kurvlinjära linjen tyder på att sammanhanget planar ut efter att TEC-poängen passerar 10 poäng. Modellen som inkluderar en

kurvlinjär effekt ger en signifikant ökning i förklarad varians jämfört med modellen där det bara är en linjär effekt (tabell 4).

Mycket av denna effekt kan förklaras av personen som har poängsumma 12 på TEC, och som samtidigt har en relativt låg poängsumma på BSI. Utelämnas denna, som är illustrerat i Figur 2, är det mer eller mindre ingen skillnad på de två linjerna, det blir ett starkare stöd för ett dos-responssamband. Modellen med kurvlinjär effekt ger ingen signifikant ökning i förklarad varians ($p = .11$) jämfört med modellen med bara en linjär effekt, och detta tolkas som ett stöd för att det är ett dos-respons förhållande mellan TEC och BSI.

Figur 2. Relationen mellan TEC och BSI, utan uteliggare.



Tabell 4. Linjär vs. kurvlinjär regressionsmodell för relationen mellan TEC totalpoäng och BSI totalpoäng. Modeller med och utan uteliggare.

	Med uteliggare (n=74)				Utan uteliggare (n=73)			
	Linjär		Kurvlinjär		Linjär		Kurvlinjär	
	<i>b (se)</i>	β	<i>b (se)</i>	β	<i>b (se)</i>	β	<i>beta</i>	β
Konstantled (<i>a</i>)	69.9	-	63.9	-	68.1	-	65.1	-
TEC total (<i>X</i>)	10.3 (0.98)**	.78	18.5 (2.7)	1.4	11.5 (0.97)**	.81	15.9 (2.9)**	1.1
TEC total kvadrerat (X^2)	-		-.91 (.29)*	-.65	-		-.54 (.33)	-.33
R^2	.605**		.654**		.662**		.675**	
ΔR^2			.049*				.013	

* $p < .01$ * $p < .001$

Relationen mellan övergrepp i barndomen (mätt med TEC) och generell psykopatologi i vuxen ålder (mätt med BSI) undersöktes genom Pearsons produkt- moment korrelation koefficient. Det var en stark korrelation mellan de två variablerna, $r = .78$, $N = 74$, $p = 0.01$, med högre nivå av övergrepp i barndomen associerat med högre nivå i generell psykopatologi i vuxen ålder.

Korrelationen mellan relationsstress variabler och underkategorierna på BSI visas i tabell 5. Som nämnt är inte varje typ relationsstress unika samband med BSI estimerat på grund av multikollinäritetsproblem. Däremot är korrelationen mellan den enskilda typ relationsstress och BSI, samt underkategorier av BSI estimerat i tabell 5. Kategorin ”något övergrepp” i tabell 5 visar till om personen har upplevt något övergrepp eller inte. Man får 1 poäng om man har upplevt relationsstress och 0 om man inte har upplevt relationsstress. Kategorin ”Dos (0-12)” i tabellen refererar till hur många övergrepp och hur mycket negligering totalt personen har upplevt.

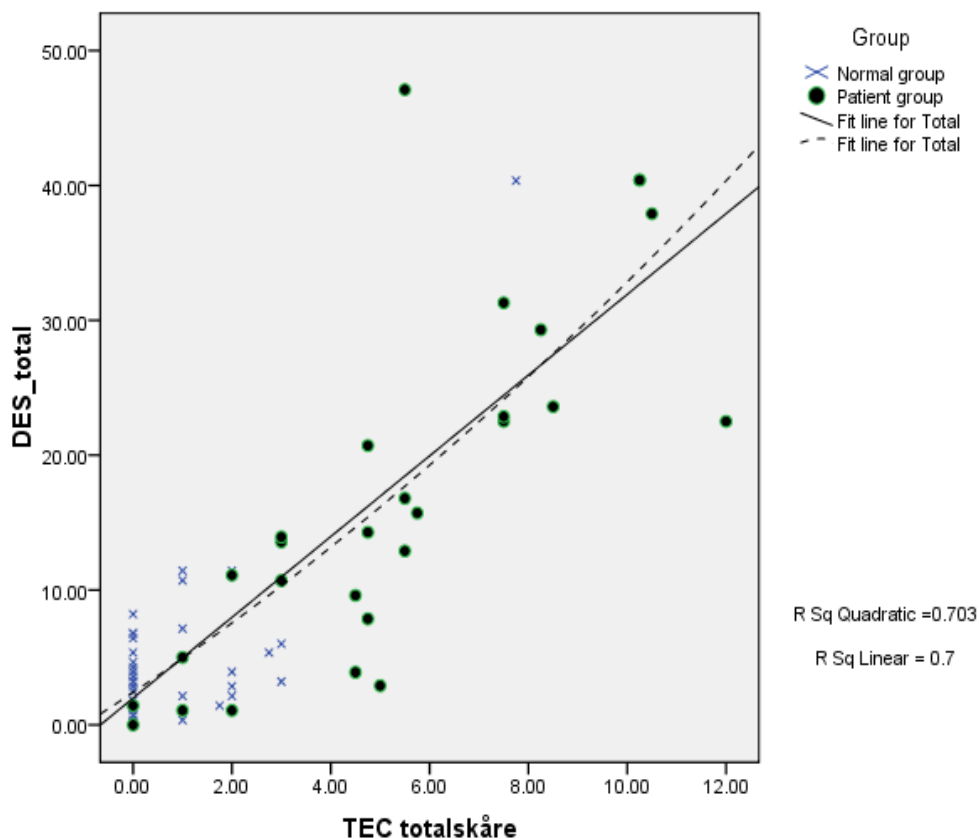
Det är genomgående höga korrelationer, med högst korrelation för psykotism, paranoid ideation, ångest och depression. Svagare korrelationer, dock fortfarande signifikanta på .001 nivå, finner vi för somatisering och fientlighet.

Tabell 5. *Korrelationer (zero-order) mellan relationsstress i barndomen och Brief Symptom Inventory (N=74).*

Brief Symptom Inventory (BSI)	Sexuellt övergrepp	Fysiskt övergrepp	Emotionellt övergrepp	Negligering	Något övergrepp	Dos (0-12)
BSI total poäng	.66*	.74*	.59*	.66*	.57*	.78*
Somatisering	.48*	.55*	.41*	.45*	.38*	.53*
Tvångspräglad	.49*	.52*	.55*	.59*	.52*	.65*
Interpersonlig sensitivitet	.51*	.62*	.47*	.55*	.48*	.63*
Depression	.67*	.67*	.53*	.58*	.49*	.73*
Ångest	.57*	.68*	.55*	.61*	.55*	.70*
Fientlighet	.42*	.52*	.46*	.45*	.47*	.61*
Fobi	.52*	.60*	.46*	.56*	.46*	.67*
Paranoid ideation	.57*	.70*	.53*	.59*	.52*	.76*
Psykotisism	.68*	.70*	.54*	.63*	.51*	.72*

* $P < .001$.

Dos-responssambandet mellan relationsstress i barndomen och dissociation. Dos-responsförhållande mellan TEC och DES blev undersökt på samma sätt som dos-respons sambandet mellan TEC och BSI. Det vill säga genom att jämföra en linjär regressionsmodell (som illustrerar ett dos-responsförhållande) med en modell där sambandet mellan de två variablerna kan vara kurvlinjär. På samma sätt som tidigare inkluderades ett kvadratled i regressionsmodellen (dvs. poäng på TEC kvadrerat). Det var ingen signifikant ökning i förklarad varians när kvadratled inkluderas ($p = .45$). Detta är illustrerat med figur 3 och i tabell 6



Figur 3: Relationen mellan Traumatic Experience Checklist (TEC) och Dissociation Experience Scale (DES).

Tabell 6. Linjär vs kurvlinjär regressionsmodell för relationen mellan TEC totalpoäng och DES totalpoäng (n=64).

	Linjär		Kurvlinjär	
	<i>b</i> (<i>se</i>)	β	<i>b</i> (<i>se</i>)	β
Konstantled (<i>a</i>)	1.9	-	2.4	-
TEC total (<i>X</i>)	2.9 (.25)**	.84	2.5 (.75)*	.69
TEC total kvadrerat (<i>X</i> ²)	-	-	.06 (.08)	.16
<i>R</i> ²	.70**		.70	
ΔR^2			.003	

**p* < .01 ** *p* < .001

Relationen mellan relationsstress i barndomen och dissociation i vuxen ålder undersöktes genom Persons produkt- moment korrelation. Det var en stark positiv association mellan de två variablerna, $r=.86$, $n=64$, $p= 0.01$.²

Det var två uteliggare i spridningsdiagrammet, men de är på var sin sida om regressionslinjen och vill därför inte påverka analyserna i annan grad än att r^2 blir lägre.

Sambandet mellan generell psykisk hälsa och dissociation

Sambandet mellan generell psykisk hälsa och dissociation blev undersökt med en Persons produkt- moment korrelation. Det var en stark positiv korrelation mellan de två variablerna, $r=.81$, $n= 64$, $p= 0.01$.

Diskussion

I denna studie var en barndomshistoria med övergrepp och negligering starkt korrelerat med en ökning av psykiska svårigheter i vuxen ålder. Relationerna var signifikanta mellan rapporterad relationsstress och både psykiska symptom som mätt med BSI och dissociation som mätt med DES. Dessa fynd står i linje med tidigare studier (Larkin och Read, 2008; Svedin et al., 2004; Weber et al., 2008).

Genom regressionsanalyser hittade vi ett starkt linjärt samband mellan relationsstress och totala poäng på både generell psykisk symptomatologi och dissociation. Detta gällde både för totalpoäng på TEC och på vardera av de fyra relationsstresstyperna; sexuellt, fysiskt, emotionellt övergrepp och negligering. Det var emellertid svårt att säga vilken typ av relationsstress som

² I urvalet var det 10 stycken som av olika anledningar inte har fyllt i DES. En del valde att inte fylla i det medan andra inte fick det administrerat. De 10 personerna är inte med i de analyserna som undersöker relationen mellan TEC och DES. De 10 är inte olika från de andra i urvalet när det gäller ålder och antal övergrepp. När vi dubbelkontrollerade analyserna och exkluderade dessa tio deltagare blev resultatet mer eller mindre det samma, till exempel blev korrelationen mellan TEC och BSI .75 istället för .78 sambanden är med andra ord likt med eller utan de tio personerna som inte har fyllt i DES.

hade störst association till problem i vuxen ålder då de fyra typerna var högt korrelerade med varandra. Detta medförde ett problem med multikollinäritet som gjorde att det blir svårt att skilja de fyra olika typerna åt. Hypoteser om unikt samband med de fyra olika typerna lät sig därför inte undersökas.

Fynden stödjer dos-responshypotesen om att nivån på psykiska svårigheter ökar i takt med nivån på relationsstress. Det vill säga, ju mer upplevd relationsstress i barndomen, desto mer upplevda psykiska problem i vuxen ålder. I figur 1 såg vi en tendens till ett kurvlinjärt förhållande mellan TEC och BSI, sambandet ser ut att plana ut efter 10 upplevda övergrepp i barndomen. Detta kan vara på grund av uteliggare i urvalet, men det kan också förklaras med att det inte nödvändigtvis behöver vara så stor skillnad på effekten av psykisk hälsa i vuxen ålder om man har upplevt 10 eller 12 övergrepp i barndomen. Vid exkludering av uteliggaren (se figur 2) förklarade den kurvlinjära linjen inte mer än den linjära. Detta stödjer antagelsen om en relation med dos-respons effekt. I linje med våra resultat hittar Mullen et al. (1993); Read och Hammersley (2005); Tonmyr et al, 2007 och Wiersma, et al. (2009), också ett stöd för dos-responshypotesen i sina studier, där ju mer relationsstress man blir utsatt för i barndomen, desto sämre mental hälsa har man i vuxen ålder. Detta blir emellertid ofta studerat i förhållande till specifika störningar och inte i förhållande till symptomnivå generellt. Till exempel fann Wiersma et al. (2009) en dos-respons relation mellan frekvensen av barndomsövergrepp och kroniskheten av depressionen. Men relationsstress antas att påverka inte bara en speciell typ av störning utan ett stort spekter av psykiska svårigheter. I denna studie finner vi att relationsstress påverkar alla symptomområden, det var starka korrelationer mellan relationsstress och alla 9 underdimensionerna på BSI samt dissociation.

Sambandet mellan övergrepp i barndomen och dissociation var mycket starkt med en Pearsons r på .86. Det är inte överraskande att det var ett så starkt samband mellan dessa två eftersom dissociativa symptom kan ses som en direkt konsekvens av traumatiska upplevelser enligt ICD-10 och DSM 4 (WHO, 2003; APA, 1994).

Mätinstrumentet Dissociation experience scale kommer från traumafältet medan Basic symptom inventory kommer från traditionella diagnosverktyg inom psykiatrin. Bägge dessa verktyg korrelerar högt med TEC, men man hade kunnat förvänta att relationsstress i barndomen så som sexuellt, fysiskt, emotionellt övergrepp och negligering skulle korrelera högre med DES

än med BSI än vad som blev funnit i denna studie. Därtill korrelerar DES och BSI också högt med varandra ($r=.81$) och det starka sambandet kan tyda på att de två frågescheman mer eller mindre mäter det samma fenomenet. En förklaring på det starka sambandet mellan BSI och DES kunde vara att frågorna är formulerat likt i de två scheman, men bara 4 av 53 frågor i BSI frågar om liknande fenomen som frågor i DES gör, till exempel: ”Hvor mye har du vært plaget av, i løpet av de siste 7 dager: tror att en annan person kan kontrollera dina tankar”. Den fråga i DES som kan likna lyder: ”Enkelt mennesker hører iblant stemmer i hodet som sier hva de skal gjøre eller kommenterer det de holder på med”. Ett annat exempel från BSI är: ”Vansker med å huske saker og ting”. Tillsvarande hos fråga som kan vara lik i DES: ”Enkelte mennesker opplever iblant at de ikke kan huske om de har utført noe, eller om de bare tenkte gjøre det”. Ännu ett exempel från BSI: ”Blir tom i hodet”. Tillsvarande hos DES: ”Enkelte mennesker opplever at de iblant sitter og stirrer ut i luften uten å tenke på noe og uten at merke at tiden går”. Men förutan dessa frågorna frågar de två olika scheman om relativt olika saker, ändå hittar vi ett så högt samband.

Med tanke på debatten angående existensen av dissociation kan man fråga sig vad DES mäter som är så närt knytet till både psykiska problem och relationsstress, om det skulle vara något annat än dissociation. Dissociationsteoretiker menar däremot att relationsstress påverkar hela spektret av symptom hos människan, men att dissociation är en undvikelsestrategi (Anstorp, 2006). Fynden i denna studie stödjer denna antagelse om att samband mellan dissociation och relationsstress ser ut till att gälla för hela spektret av psykiska störningar.

Metodologiska begränsningar och styrkor

Även om fynden i studien indikerar att det finns ett starkt dos-respons samband mellan relationsstress och psykiska svårigheter, är det flera metodologiska begränsningar vid denna typ av studie, och fynden bör värderas med försiktighet.

För det första är studien kryss-sektionell i den förstånd att data är insamlad på samma tidpunkt. Om man hittar en relation mellan övergreppshändelser som har hänt för länge sedan och nuvarande psykisk funktion är det lätt att anta en orsaksrättning där övergrepp påverkar psykologiskt tillstånd i senare tid (Briere, 1992). Genom att undersöka sambandet mellan variabler som är mätt på samma tid kan man inte dra sådana slutsatser. Man kan ändå få ett visst

stöd för orsakstänkandet i denna studie på grund av (1), att dos-responssamband kan indikera möjlig kausalitet (Bordens och Abbott, 2005), något som står i linje med tidigare fynd om konsekvenser av relationsstress (Mullen et al., 1993) och (2), relationsstress inträffar förr i tid än psykisk funktion.

För det andra är användning av retrospektiv självrapportering förbundet med en rad möjliga felkällor. Svårigheter med minnet kan till exempel påverka hågkomst av övergreppsförhållande. Upplevelserna kan vara förträngda för att de är för smärftfulla att komma ihåg, men glömska kan också vara ett resultat av att det har gått lång tid sedan händelserna inträffade (Briere, 1992). Det är också möjligt att övergreppen hände i så tidig ålder att hågkomst är omöjlig på grund av att ens minnesystem vid denna tidpunkt var på ett för tidigt utvecklingsnivå (Magnussen, 2004). Genom inhämtning av stödjande bevis, som rättsliga rapporter och sjukhusjournaler kan man kontrollera för detta (Briere, 1992). Men det är emellertid vanligt att offer inte berättar för andra om sina upplevelser (Alaggia, 2005) och därmed kommer stödjande material inte alltid att finnas. Studier visar emellertid att förträngning av övergrepp är möjlig, men inte speciellt vanlig (Everett och Gallop, 2001; Goodman, Ghetti, Quas, Edelstein, Alexander, et al., 2003). Ofta är det snarare motsatsen, att den det gäller minns episoderna allt för väl. Det är mycket vanligt att uppleva upprepade, störande och påträngande återupplevelser efter traumatiska upplevelser (Anstorp et al., 2006; Allen, 2005), som till exempel i PTSD.

Temat falska minnen har blivit häftigt diskuterat i förhållande till rättsapparaten. I behandlingsapparater är det dock ett större problem att våld och sexuella övergrepp förnekas eller ”glöms” mer eller mindre medvetet av offret. Att glömma kan vara en hanteringsstrategi (Anstorp, et al., 2006). Graderna av både fysiska och sexuella övergrepp och negligering var högre när man använde sig av prospektiva identifikations metoder än vid retrospektiva rapporter enligt Shaffer, Huston och Egeland (2008). Hardt och Rutter (2004) fann i sin litteraturgenomgång av validiteten vid retrospektiva rapporter en betydande grad av falska negativa, det vill säga underrapportering.

Ett centralt tema i studier av dos-respons förhållanden är valet av vilka faktorer som inkluderas. Speciellt kan en rad faktorer bidra till ett fenomen som ”övergreppsdos”. I denna studie är dosnivån uträknad ut från en mängd övergrepp som är bestämt genom totala poäng på

TEC. Detta uppnås genom att summera förekomst av de olika övergreppstyperna. Relationsstress blev bara mätt till och med 16 år, annat cut off på ålder kunde möjligtvis ha gett annat resultat. Där som andra faktorer hade varit inkluderade kunde det ha påverkat resultaten. Trots detta finner vi väldigt starka samband mellan övergrepp och störningsnivå som upprepas i en rad olika analyser, något som kan tyda på att inkludering av flera faktorer eller ändring av definitioner sannolikt inte hade ändrat resultatet nämnvärt.

Vi hittade stora förekomster av övergrepp både i normalgruppen och patientgruppen. Relationsstress i barndomen var vanligt i studiens urval. I likhet med tidigare studier (tex Svedin et al., 2004) fann vi högre förekomster i patientgruppen än i normalgruppen. Dock var förekomsten i de två grupperna totalt högre än i tidigare studier. Man kan fråga sig om TEC har en för bred definition av övergrepp och därmed inkluderar händelser som andra frågescheman inte gör. Då studien finner starka samband mellan övergrepp och psykiska problem med denna breda definitionen kan man anta att korrelationen hade blivit ännu starkare med en mer sträng definition av övergrepp. Vidare kan det diskuteras om man kan likställa sexuella övergrepp av föräldrar eller syskon med känslomässigt övergrepp av icke- släktingar. Urvalet i denna studie är för litet till att undersöka detta, men det var inte heller målet med studien. Vi önskade att se om det att uppleva relationsstress i barndomen var knytet närt till psykiska problem i vuxen ålder och vilken form det sambandet har.

Det finns en del begränsningar förknippade med urvalet i studien. Normalgruppen blev insamlad genom bekvämlighets sampling som kan ha bidragit till att minska spridningen eller påverkat resultatet på annat sätt.

Vidare är det enbart inkluderat kvinnor så att fynden och konklusionerna inte utan vidare kan generaliseras till män. Att bara inkludera ett kön ökar möjligheten för att identifiera betydelsefulla samband eftersom kvaliteter vid både relationsstress och dess konsekvenser varierar en del mellan kvinnor och män. Inkludering av enbart kvinnor kommer att öka styrkan i att fånga associationer eftersom kön påverkar en rad faktorer som är involverade i mental hälsa så som; upplevd psykosocial stress, neuropsykologisk och neuroendokrin reaktion till stress, hanterings sätt och mentala hälsosymptom i vuxen ålder (Uhart, Chon, Oswald, Lin och Wand, 2006; Stroud, Salovey och Epel, 2002).

I studien är det inte kontrollerat för socioekonomisk status, jobb eller utbildning. Detta borde göras i framtidig forskning för att eventuellt kunna exkludera dessa variabler som betydningfulla faktorer. Emellertid finner tidigare studier att effekten av relationsstress och psykopatologi består efter att man har kontrollerat för sammanblandande variabler som fattigdom, äktenskapligt våld, drogmissbruk hos föräldrar, kön, ålder etnicitet (Bebbington et al, 2004; Read och Ross, 2003). Därtill kunde man tagit höjde för eventuella beskyddande faktorer funnit i resiliens forskningen som till exempel intelligens och trygga anknytningspersoner (Borge, 2003), det är möjligt att genom att ta med sådana faktorer kunde man i större grad förstått vad som påverkar senare psykisk hälsa. Studien har heller inte tagit i betraktning senare övergrepp i vuxen ålder, detta kan med fördel undersökas i framtidiga studier då dessa upplevelser också sätter spår i vuxen psykopatologi. Den specifika relationen mellan en uppgiven barnmisshandelsupplevelse och vuxen symptomatologi kan bli svårt att konstatera, både kliniskt och i forskning, för oavsett vilken form av misshandel som har inträffat har den en signifikant risk att ha inträffat i kontexten med andra former för misshandel, negativ miljö, och senare reviktisering (Briere och Jordan, 2009). Offer för övergrepp i barndomen har en signifikant ökad risk att åter blir utsatt för övergrepp i vuxen ålder (Briere och Jordan, 2009). Briere och Jordan (2009) rekommenderar därför att forskning på barnmisshandel borde därför ta i betraktning övergrepp i vuxen ålder och forskning på övergrepp i vuxen ålder (så som våldtäkt) borde ta i betraktning barndomsmisshandel.

Den relativt lilla storleken på urvalet begränsar förmågan att kunna generalisera fynden, inkluderande av fler deltagare skulle styrka detta. I en större studie kan man därtill närmre studera om varje övergreppstyps har ett unikt bidrag till psykisk hälsa i vuxen ålder.

Implikationer

Det finns flera implikationer både för klinisk praktik och forskning. För det första borde kliniker i mental hälsa vara medvetna om att närvarandet av övergreppshistoria i barndomen hos människor de träffar kan vara en delorsak till mental hälsa i vuxen ålder. Det vill säga att en historia med relationsstress tillhandahåller prognostisk information utöver den informationen som är tillgänglig i de nuvarande problemen. Det rekommenderas därför att alla som söker psykiatrisk hjälp frågas om övergreppshistoria. Eftersom TEC är ett enkelt och kort schema som

har god validitet och reliabilitet, rekommenderas bruk av detta schema. Predicerande av senare psykisk funktion mot bakgrund av människans övergreppshistoria kan alltså vara möjligt. Om senare och större studier replikerar dessa fynd och kan hitta mer detaljerade samband, kan det användas till att forma varje patients behandling så att den anpassas till hennes funktionsnivå, individuella problem, personlighet och historia. Man kan till exempel anta att personers poängsumma på TEC, BSI och DES både kan predicera diagnoser och informera om behandlingsval. Dessutom blir effektiv förebyggning möjlig.

Samband som vi har funnit i denna studie mellan relationsstress i uppväxten och psykisk hälsa i vuxen ålder kan ha ett biologiskt grundlag genom att relationsstress har ändrat hjärnstrukturen och funktionen. Färska studier inom utvecklingen av epigenetisk forskning hävdar att den sociala miljön spelar en mycket större roll än vad traditionella sårbarhets- stress modeller antog (Read, Bentall och Fosse, 2009). Epigenetik är den del av genetiken som behandlar ärftliga men reversibla förändringar i DNA som är oberoende av förändringar i DNAs nukleotidsekvens. Djurförsök visar att psykosocial stress i uppväxten förändrar genuttrycket och dess hjärnutveckling genom ontogeni (Champagne och Curley, 2009). Read & Hammersley (2005) argumenterar för förståelse för att mekanismerna som gör att övergrepp i barndomen leder till allvarliga tillstånd som psykos kräver en integration av biologiska och psykosociala paradigmen som erkänner att skadliga händelser kan ändra hur hjärnan fungerar. Stress och övergrepp ser ut till att kunna påverka både psykisk och biologisk utveckling direkt; detta kan ha betydelse för förståelsen för psykiska störningar. Till exempel kan det betyda att sjukdomar som ofta blir ansedda som biologiskt betingade, så som schizofreni (Rund, 2006), i större grad kan bero på stress. Vidare studier av relationsstress, epigenetik och psykiska symptom kan belysa sådana frågor. I vidare studier borde man undersöka relationsstress mer grundigt än vad som det är gjort i denna studie. Skillnaden mellan relationsstress i familjen och relationsstress påfört av andra som står en nära bör kartläggas likaså vilken betydelse övergrepp i senare tonåren och vuxenlivet har på mental hälsa.

Till sist vill vi argumentera för att behandlare bör vara uppmärksamma för att alla patientgrupper, oberoende av diagnos, kan ha upplevt relationsstress i barndomen (Chu och Dill, 1990).

Konklusion

Resultaten av studien indikerade starkt att en historia med relationsstress i barndomen var associerad med en ökning i psykiska problem i vuxen ålder. Vi fann en dos-respons relation både i förhållande till generella psykiska problem och till dissociation. Därtill fann vi att dissociation och generell psykisk hälsa var starkt relaterade till varandra. Resultaten indikerar att relationsstress påverkar hela spektret av psykiska symptom. Studien har metodologiska begränsningar som är relaterade till korrelationsanalyser, självrapportering och bekvämlighets sampling. Om senare och större studier replikerar dessa fynd och kan hitta mer detaljerade samband kan kunskapen användas till förebyggning, prediktion av psykisk funktion och till att hitta rätt behandlingsalternativ till patienten.

Litteraturlista

- Alaggia, R. (2005). Disclosing the trauma of child sexual abuse: a gender analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 10 (5), 453-470.
- Allen, J. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding*: American Psychiatric Pub.
- Anstorp, T., Benum, K., & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bebbington, P., Bhugra, D., Brugha, T., Singleton, N., Farrell, M., Jenkins, R., et al. (2004). Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *The British Journal of Psychiatry*, 185(3), 220-226
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliabilitet, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174 (12), 727-735.
- Bordens, K. S. & Abbott, B. B. (2005). *Research Design and Methods: A Process Approach* (6. ed.). New York: McGraw-Hill.
- Borge, A. I. H. (2003). *Resiliens- risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademiska Forlag.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss*. London: Hogarth Press.
- Breslau, N., Andreski, G. P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, California: SAGE.
- Briere, J. & Jordan, CE. (2009). Childhood Maltreatment, Intervening Variables, and Adult Psychological Difficulties in Women: An overview. *Trauma Violence Abuse*.10(4), 375-388.
- Briere, J. & Runtz, M. (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse & Neglect*, 12(1), 51-59.

- Butchart, A., Kahane, T., Phinney, H. A., Mian, M. & Furniss, T. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Champagne, F. A. & Curley, J. P. (2009). Epigenetic mechanisms mediating the long-term effects of maternal care on development. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33, 593–600.
- Choquet, M., Fediaevsky, L. & Manfredi, R. (1997). Sexual Behavior Among Adolescents Reporting Chronic Conditions: A French National Survey. *Journal of adolescent health*, 20, 62-67.
- Chu, J. A. & Dill, D. L. (1990). Dissociative Symptoms in Relation to Childhood Physical and Sexual Abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 147 (7), 887-892.
- Derogatis, L. R. (1992). *Brief Symptom Inventory: administration, scoring, and procedures manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. och Covi L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale- preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9 (1), 13-28.
- Everett, B. & Gallop, R. (2001). *The link between childhood trauma and mental illness: Effective interventions for mental health professionals*. California: Sage Publications.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18 (5), 409-417.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse and Neglect*, 31, 7-26.
- Frischolz, E., Braum, B., Sachs, R., Hopkins, L., Shaeffer, D., Lewis, J., et al. (1990). The Dissociative Experience Scale: Further replication and validation. *Dissociation*, 3, 151-153.
- Gilbert, R., Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68-81.

- Goodman, G., Ghatti, S., Quas, J. A., Edelstein, R. S., Alexander, K. W., Redlich, A. D., et al. (2003). A prospective study of memory for child abuse: new findings relevant to the repressed-memory controversy. *Psychological Science, 14*, 113-118.
- Goldman, J. & Padayachi, U. (1997). The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse & Neglect, 21* (5), 489-498.
- Hardt, J. & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45* (2), 260-273.
- Herman, J. L., Perry, C. & Van der Kolk, B. (1989). Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry, 146* (4), 490-495.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., De Graaf, R., et al. (2004). Childhood abuses as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*(109), 38-45.
- Larkin, W. & Read, J. (2008). Childhood trauma and psychosis: Evidence, pathways, and implications. *Journal of Postgraduate Medicine, 54*(4), 287-293.
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Kirsch, I., Chaves, J. F., Sarbin, T. R. & Ganaway, G. K. (1999). Dissociative identity disorder and the sociocognitive model: Recalling the lessons of the past. *Psychological Bulletin, 15*, 507-523.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jemieson, E., et al. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 1878-1883.
- Magnussen, S. (2004). *Vitnepsykologi-pålitelighet og troverdighet i dagligliv og rettssal*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Mullen, P. A., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., Herbison, G. P. (1993). Childhood Sexual Abuse and Mental Health in Adult Life. *British Journal of Psychiatry. 163*, 721-732.
- Mulder, R., Beautrais, A., Joyce, P., Fergusson, D. (1998). Relationship Between Dissociation, Childhood Sexual Abuse, Childhood Physical Abuse, an Mental Illness in a General Population Sample. *American Journal of Psychiatry, 155* (6), 806-811.

- Nguyen, H. T., Dunne, M. P. & Le, A. V. (2009). Multiple types of child maltreatment and adolescent mental health in Viet Nam. *Bulletin World Health Organ* 87, 22-30.
- Nijenhuis, E. R. S., Van Der Hart, O. & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experience Questionnaire (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9 (3), 200-210.
- Nijenhuis, E. R. S., Van Der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1999). The Traumatic Experiences Checklist (TEC). I E. R. S. Nijenhuis (Ed.), *Somatoform Dissociation: Phenomena, Measurement, and Theoretical Issues (188-193)*. Assen: Van Gorcum.
- Read, J., Adgar, K. & Barker-Collo, S. (2001). Assessing Suicidality in Adults: Integrating Childhood Trauma as a Major Risk Factor. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32 (4), 367-372.
- Read, J., Bentall, R. & Fosse, R. (2009). Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: Exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18 (4), 299-310.
- Read, J., Fink, P.J., Rudegeair, T., Felitti, V. & Whitfield, C.L. (2008). Child Maltreatment and Psychosis_ A Return to a Genuinely Integrated Bio-Psycho-Social Model. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2 (3), October 2008, 235-254.
- Read, J., & Hammersley, P. (2005). Child sexual abuse and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 186(1), 76-80.
- Read, J. & Ross, C. (2003). Psychological trauma and psychosis: another reason why people diagnosed schizophrenic must be offered psychological therapies. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1: Special issue), 247-268.
- Roediger, H. L. & Bergman, E. T. (1998). The controversy over recovered memories. *Psychology, Public policy, and Law*, 4 (4), 1091-1109.
- Ross, C. A. & Keyes, B. (2004). Dissociation and schizophrenia. *Journal of trauma and dissociation*, 5(3), 69-83.
- Rund, B. R. (2006). *Schizofreni*. Stavanger: Hertervig Forlag.

- Shaffer, A., Huston, L. & Egeland, B. (2008). Identifikation of child maltreatment using prospective and self-report methodologies: A comparison of maltreatment incidence and relation to later psychopathology. *Child Abuse and Neglect*, 32 (7), 1682-692.
- Stroud, L. R., Salovey, P. & Epel, E. S. (2002). Sex differences in stress responses: social rejection versus achievement stress. *Biological Psychiatry*, 52, 318-27.
- Svedin, C., Nilsson, D. & Lindell, C. (2004). Traumatic experiences and dissociative symptoms among Swedish adolescents. A pilot study using Dis-Q-Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58 (5), 349-355.
- Tabachnik, B.G. & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics. (5th ed)*. Boston: Pearson Education, Inc.
- Teicher, M., Samson, J., Polcari, A. & McGreenery, C. (2006). Stick, Stines, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment. *American Journal of Psychiatry*, 163, 993-1000.
- Tonmyr, L., Jamieson, E., Mery, L. S. & MacMillan, H. L. (2005). The Relation Between Childhood Adverse Experiences and Disability Due to Mental Health Problems in a Community Sample of Women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, (12), 778-783.
- Uhart, M., Chong, R. Y., Oswald, L., Lin, P. I. & Wand, G. S. (2006). Gender differences in hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis reactivity. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 642-52
- Van der Hart, O. & Nijenhuis, E. (2009). *Reprinted from Oxford textbook of psychopathology (2 ed)*. Oxford: Oxford University Press.
- Vogel, M., Spitzer, C., Kuwert, P., Moller, B., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2009). Association of childhood neglect with adult dissociation in schizophrenic inpatients. *Psychopathology*, 42(2), 124-130.
- Weber, K., Rockstroh, B., Borgelt, J., Awiszus, B., Popov, T., Hoffmann, K., et al. (2008). Stress load during childhood affects psychopathology in psychiatric patients. *BMC psychiatry*, 8(1), 63.
- Wiersma, J. E., Hovens, J. G., van Oppen, P., Giltay, E. J., van Schaik, D. J., Beekman, A. T., et al. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(7), 983-989.

- World Health Organization (2003). *The ICD-10 Classification of Mental and behavioral Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO
- Wu, N., Scairer, LC., Dellor, E. & Grella, C. (2010). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive Behaviors* 35(2010), 68-71.
- Yen, S., Shea T. M., Battle, C., Johnsson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R. et al. (2002). Traumatic Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Borderline, Schizotypal, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 510-518.
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., et al. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 381-387

Appendix

BSI (SCL-53)

Instruksjon: jeg kommer nå til å lese opp en rekke plager og problemer som man av og til har. For hver enkelt, fortell meg HVOR MYE HVERT ENKELT PROBLEM HAR PLAGET DEG ELLER VÆRT TIL BESVÆR I LØPET AV DE SISTE 7 dager, i dag medregnet.

Svarene du kan velge mellom er ”ikke i det hele tatt” (1), ”litt” (2), ”måtelig” (3), ”ganske mye” (4), ”veldig mye” (5), vil ikke svare (8).

Eksempel:

Hvor mye har du vært plaget av:

1. vondt i kroppen	1	2	3	4	5	8
	Ikke i det hele tatt	litt	måtelig	ganske mye	veldig mye	vil ikke svare

I løpet av de siste 7 dager,

HVOR MYE HAR DU VÆRT PLAGET AV:

1. nervøsitet eller indre uro	1	2	3	4	5	8
2. matthet eller svimmelhet	1	2	3	4	5	8
3. tror at en annen person kan kontrollere tankene dine	1	2	3	4	5	8
4. føler at andre er skyld i de fleste av dine problemer	1	2	3	4	5	8
5. vansker med å huske saker og ting	1	2	3	4	5	8
6. blir lett forarget eller irritert	1	2	3	4	5	8
7. smerter i hjerteregionen eller bryst	1	2	3	4	5	8
8. føler deg redd for åpne plasser eller på gaten	1	2	3	4	5	8
9. tanker om å ta ditt liv	1	2	3	4	5	8
10. føler at mennesker flest ikke er til å stole på	1	2	3	4	5	8
11. dårlig matlyst	1	2	3	4	5	8
12. blir plutselig redd uten grunn	1	2	3	4	5	8
13. ukontrollerbare raseriutbrudd	1	2	3	4	5	8
14. føler deg ensom, selv når du er sammen med andre	1	2	3	4	5	8
15. føler at det er vanskelig å få ting gjort	1	2	3	4	5	8
16. føler deg ensom	1	2	3	4	5	8
17. føler deg nedtrykt	1	2	3	4	5	8
18. føler deg uten interesse for ting	1	2	3	4	5	8
19. føler deg engstelig og redd	1	2	3	4	5	8
20. føler deg lett såret	1	2	3	4	5	8
21. føler at andre mennesker er uvennlige eller at de misliker deg	1	2	3	4	5	8
22. føler deg underlegen eller mindreverdig	1	2	3	4	5	8
23. har kvalme eller urolig mage	1	2	3	4	5	8

Appendix

24. føler at andre iakttar deg eller snakker om deg	1	2	3	4	5	8
25. har vanskeligheter med å sovne	1	2	3	4	5	8
26. må kontrollere det du gjør en eller flere ganger	1	2	3	4	5	8
27. problemer med å kunne bestemme deg	1	2	3	4	5	8
28. føler deg engstelig for å kunne reise med buss, trikk, tog og lignende	1	2	3	4	5	8
29. pustebesvær eller besvær med å få luft	1	2	3	4	5	8
30. varme- eller kuldetokter gjennom kroppen	1	2	3	4	5	8
31. må unngå bestemte saker, plasser eller situasjoner fordi de gjør deg engstelig	1	2	3	4	5	8
32. blir "tom" i hodet	1	2	3	4	5	8
33. nummenhet eller prikking i deler av kroppen	1	2	3	4	5	8
34. har tanker om at du bør straffes for syndige ting du har gjort	1	2	3	4	5	8
35. føler håpløshet med henblikk på fremtiden	1	2	3	4	5	8
36. konsentrasjonsproblemer	1	2	3	4	5	8
37. føler deg svak i deler av kroppen	1	2	3	4	5	8
38. føler deg anspent eller oppjaget	1	2	3	4	5	8
39. tanker om døden eller hvordan det er å dø	1	2	3	4	5	8
40. føler trang til å slå, skade eller gjøre andre vondt	1	2	3	4	5	8
41. kjenner impulser til å slå i stykker eller smadre ting	1	2	3	4	5	8
42. føler deg meget sjenert eller forsagt når du er sammen med andre	1	2	3	4	5	8
43. føler ubehag når du omgås mange mennesker på én gang, f.eks i butikker eller på kino.	1	2	3	4	5	8
44. føler deg aldri nær noe annet menneske	1	2	3	4	5	8
45. angst eller panikkanfall	1	2	3	4	5	8
46. havner ofte i heftige diskusjoner eller i krangel	1	2	3	4	5	8
47. føler deg nervøs når du må være alene	1	2	3	4	5	8
48. synes at andre ikke setter nok pris på det du gjør	1	2	3	4	5	8
49. føler deg så urolig at du ikke kan sitte stille	1	2	3	4	5	8
50. føler deg verdiløs	1	2	3	4	5	8
51. føler at folk vil komme til å utnytte deg om de får sjansen til det	1	2	3	4	5	8
52. skyldfølelse	1	2	3	4	5	8
53. tror at det er noe i veien med din forstand	1	2	3	4	5	8

Appendix

IIP-32

Jeg kommer nå til å lese opp noen temaer om hvordan du opplever forholdet til andre mennesker. Ta stilling til følgende utsagn, og vurder i hvor stor grad disse gjelder for deg. Bruk en skala fra ”ikke i det hele tatt” til ”veldig mye”

	ikke i det hele tatt	litt	moderat	ganske mye	veldig mye
Det er vanskelig for meg å:					
1. si ”nei” til andre mennesker	0	1	2	3	4
2. delta i grupper	0	1	2	3	4
3. holde ting hemmelig for andre mennesker	0	1	2	3	4
4. be en person om å slutte å plage meg	0	1	2	3	4
5. presentere meg for nye mennesker	0	1	2	3	4
6. konfrontere folk med problemer som oppstår	0	1	2	3	4
7. hevde mine egne meninger overfor en annen person	0	1	2	3	4
8. la andre mennesker få vite når jeg er sint	0	1	2	3	4
9. omgås andre mennesker på en sosial måte	0	1	2	3	4
10. vise andre mennesker at jeg er glad i dem	0	1	2	3	4
11. komme overens med folk	0	1	2	3	4
12. være bestemt når jeg trenger å være det	0	1	2	3	4
13. oppleve kjærlighet i forhold til en annen person	0	1	2	3	4
14. støtte en annen persons mål med livet	0	1	2	3	4
15. føle nærhet til andre	0	1	2	3	4
16. virkelig bry seg om problemer andre mennesker har	0	1	2	3	4
17. sette en annens behov framfor mine egne	0	1	2	3	4
18. glede meg over et annet menneskes lykke	0	1	2	3	4
19. be andre mennesker om å omgås meg sosialt	0	1	2	3	4
20. si mine egne meninger uten å bekymre meg for at jeg sårer en annen persons følelser	0	1	2	3	4
	ikke i det hele tatt	litt	moderat	ganske mye	veldig mye
21. jeg krangler for mye med andre mennesker	0	1	2	3	4
22. jeg er for åpen overfor andre mennesker	0	1	2	3	4
23. jeg er altfor aggressiv i forhold til andre	0	1	2	3	4
24. jeg prøver for sterkt å tekkes andre mennesker	0	1	2	3	4
25. jeg ønsker for mye å bli lagt merke til	0	1	2	3	4
26. jeg prøver for mye å kontrollere andre mennesker	0	1	2	3	4
27. jeg lar for ofte andres behov gå foran mine egne	0	1	2	3	4
28. jeg er overdrevent generøs overfor andre mennesker	0	1	2	3	4
29. jeg manipulerer andre for mye for å oppnå det jeg vil	0	1	2	3	4
30. jeg forteller alt for lett personlige ting til andre	0	1	2	3	4
31. jeg lar alt for lett andre mennesker utnytte meg	0	1	2	3	4
32. jeg lar en annen persons elendighet for lett gå inn på meg	0	1	2	3	4

Appendix

DES

Rettledning:

Dette skjemaet består av 28 spørsmål om opplevelser som du kan ha hatt i ditt daglige liv. Vi er interessert i hvor ofte du har slike opplevelser. Det er viktig å merke seg at en ikke spør etter opplevelser du har hatt under rus av alkohol eller andre stoff. I hvor stor del av tiden passer hvert utsagn for deg?

1. Enkelte mennesker merker plutselig, mens de kjører bil, buss eller trikk, at de ikke kan huske hva som har hendt under hele eller deler av turen.
Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

2. Enkelte mennesker merker plutselig, når de lytter på en annen som snakker, at de ikke har hørt noe eller bare deler av det som er sagt.
Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

3. Enkelte mennesker opplever å befinne seg på et sted uten å vite hvordan de er kommet dit.
Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

4. Enkelte mennesker oppdager at de er kledd i klær de ikke kan huske at de har tatt på seg.
Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

5. Enkelte mennesker oppdager ting blant sine eiendeler som de ikke kan huske å ha kjøpt.
Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

6. Enkelte mennesker opplever iblant at personer som de ikke kjenner, tar kontakt med dem, kaller dem ved et annet navn og insisterer på at de har truffet dem før.
Merk av i hvor stor andel av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

7. Enkelte mennesker har i blant en opplevelse av å stå ved siden av seg selv, eller opplever seg selv gjøre ting som om de ser på en annen person.
Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

Appendix

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

8. Enkelte mennesker blir fortalt at de av og til ikke kjenner igjen venner eller familiemedlemmer.

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

9. Enkelte mennesker oppdager at de ikke kan huske viktige hendelser i sitt liv (for eksempel vielsen eller skoleavslutningen).

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

10. Enkelte mennesker opplever å bli anklaget for løgn når de selv ikke mener å ha løyet.

Merk av hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

11. Enkelte mennesker opplever, når de ser seg selv i speilet, at de ikke kjenner seg selv igjen.

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

12. Enkelte mennesker opplever i blant at andre personer, ting og verden rundt dem føles uvirkelig.

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

13. Enkelte mennesker opplever en følelse av at kroppen deres ikke tilhører dem.

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

14. Enkelte mennesker kan i blant oppleve å huske noe så levende at det kjennes som om de opplever det på nytt.

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

15. Enkelte mennesker opplever at de ikke er sikre på om hendelser de husker, virkelig har hendt, eller om de bare er en drøm.

Merk av i hvor stor andel av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Appendix

16. Enkelte mennesker opplever, når de er på et sted de kjenner, at det føles rart og fremmed.

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

17. Enkelte mennesker opplever, når de ser på TV eller film, at de blir så oppslukt av historien at de ikke følger med på hva som skjer rundt dem.

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

18. Enkelte mennesker opplever iblant at en dagdrøm eller fantasi blir så levende at det føles som om det virkelig har hendt.

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

19. Enkelte mennesker opplever at de iblant kan ignorere smerte.

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

20. Enkelte mennesker opplever at de iblant sitter og stirrer ut i luften uten å tenke på noe og uten å merke at tiden går.

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

21. Enkelte mennesker prater iblant høyt med seg selv når de er alene.

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

22. Enkelte mennesker oppdager at de i en situasjon oppfører seg så annerledes enn i en annen situasjon at det nesten er som om de skulle vært to forskjellige personer.

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

23. Enkelte mennesker oppdager at de i visse situasjoner uten besvær kan utføre ting som de ellers har store vanskeligheter med (for eksempel i sport, arbeid, sosiale sammenhenger og liknende).

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Appendix

24. Enkelte mennesker opplever iblant at de ikke kan huske om de har utført noe, eller om de bare *tenkte* å gjøre det (for eksempel vet de ikke om de har postet brevet eller bare tenkte å gjøre det).

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

25. Enkelte mennesker finner bevis for at de har gjort ting som de ikke kan huske å ha gjort.

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

26. Enkelte mennesker finner blant sine egne ting tegninger eller notater som de må ha utført, selv om de ikke kan huske det.

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

27. Enkelte mennesker hører iblant stemmer i hodet som sier hva de skal gjøre eller kommenterer det de holder på med.

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

28. Enkelte mennesker føler det noen ganger som om de ser verden i en tåke. Ting og mennesker synes å være fjerne eller uklare.

Merk av i hvor stor del av tiden dette hender deg.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Appendix

TEC

Folk kan erfare mange ulike traumatiske opplevelser i løpet av livet. Vi ønsker å få vite tre ting: 1) om du har opplevd noen av de følgende 13 hendelsene (ja eller nei), 2) hvor gammel du var da de skjedde (engangshendelse eller over tid), og 3) hvor stor innvirkning disse opplevelsene hadde på deg (på en skala fra 1 til 5)?

	Har du opplevd følgende?	Alder	Hvor stor innvirkning har dette hatt på deg? 1 = ingen 2 = liten 3 = moderat 4 = nokså stor 5 = svært stor
1. Følelsesmessig forsømmelse (for eksempel å bli forlatt alene, utilstrekkelig kjærlighet) påført av foreldre eller søsken.	nei ja		1 2 3 4 5
2. Følelsesmessig forsømmelse påført av fjernere familiemedlem (for eksempel onkler, tanter, nevøer, nieser, besteforeldre).	nei ja		1 2 3 4 5
3. Følelsesmessig forsømmelse påført av ikke-slektninger (for eksempel naboer, venner, steforeldre, lærere).	nei ja		1 2 3 4 5
4. Følelsesmessig overgrep (for eksempel å ha blitt bagatellisert, ertet, truet muntlig, eller urettmessig straffet) påført av foreldre eller søsken.	nei ja		1 2 3 4 5
5. Følelsesmessig overgrep påført av fjernere familiemedlem.	nei ja		1 2 3 4 5
6. Følelsesmessig overgrep påført av ikke-slektninger.	nei ja		1 2 3 4 5
7. Fysisk mishandling (for eksempel å bli slått, torturert eller skadet) påført av foreldre eller søsken.	nei ja		1 2 3 4 5
8. Fysisk overgrep påført av fjernere familiemedlem.	nei ja		1 2 3 4 5
9. Fysisk overgrep påført av ikke-slektninger.	nei ja		1 2 3 4 5
10. Bisarr straff Hvis relevant, vennligst beskriv:	nei ja		1 2 3 4 5
11. Seksuelle overgrep (uønskede seksuelle handlinger som involverer fysisk kontakt) påført av foreldre eller søsken.	nei ja		1 2 3 4 5
12. Seksuelle overgrep påført av fjernere familiemedlem.	nei ja		1 2 3 4 5
13. Seksuelle overgrep påført av ikke-slektninger.	nei ja		1 2 3 4 5