

Betydningen av relasjonstraumatisering i oppveksten for psykiske vansker: finnes et dose-responsforhold?

Tonje Lauritzen Stensrud



Mastergrad i Psykologi
Psykologisk Institutt
Universitetet i Oslo

Mai 2008

Forord

Tusen takk til alle som har bidratt med gjennomføring av prosjektet og ferdigstillelse av oppgaven- deres bidrag har vært uunnværlige. Særlig stor takk til ansatte i SABHF som har tatt av sin arbeidstid for utføring av intervjuer, og til alle deltakere som besvarte spørreskjemaene. Takk rettes også til Nils Inge Landrø for svært nyttig tekstveiledning og til Anneli for motiverende engasjement. Og til mine nære; jeg setter stor pris på deres optimisme og interesse. Sist, men ikke minst; tusen hjertelig takk til Roar Fosse, som virkelig har gjort det han kunne for dette prosjektet. Det er veldig inspirerende å ha en veileder som er positiv og alltid ser muligheter.

Innhold

Abstrakt.....	1
<i>Omfang</i>	3
<i>Konsekvenser av relasjonstraumatisering</i>	5
<i>Psykisk fungering</i>	6
<i>Mellommenneskelig fungering</i>	8
<i>Problemstillinger</i>	11
Metode.....	12
<i>Utvalg</i>	12
<i>Måleinstrumenter</i>	13
<i>Symptomgrad</i>	13
<i>Relasjonelle problemer</i>	14
<i>Traumehistorie</i>	14
<i>Prosedyre/datainnsamling</i>	15
<i>Statistiske analyser</i>	15
Resultater.....	16
<i>Sammenhengen mellom relasjonstraumatisering og lidelsesnivå</i>	17
<i>Korrelasjonsanalyser</i>	17
<i>Regresjonsanalyser</i>	29
<i>Differensiering av traumeeffekter</i>	21
Diskusjon.....	23
<i>Metodologiske styrker og begrensninger</i>	25
<i>Implikasjoner</i>	27
<i>Konklusjon</i>	29
Litteraturliste.....	31
Appendiks.....	37

Abstrakt

Tidligere forskning har vist at relasjonstraumatisering i oppveksten ofte har alvorlige konsekvenser for senere psykologisk fungering. Få studier er imidlertid gjort på sammenhengen mellom grad av traumatisering i oppveksten og generelt nivå av psykisk helse i voksen alder. Denne studien tok utgangspunkt i et utvalg antatt å representere et vidt spenn i psykisk helse (lidelsesnivå) for å undersøke om det er en sammenheng mellom nivå på relasjonstraumatisering og nivå på psykiske vansker og relasjonsproblemer i voksen alder.

Det ble gjort et stratifisert utvalg av kvinner (18 – 45 år) fra to populasjoner; 22 deltakere fra en antatt frisk normalpopulasjon og 16 psykisk syke/pasienter i behandling ved divisjon for Psykisk helse ved Sykehuset Asker og Bærum. Screening ble utført gjennom intervjuer. Overgrep ble definert og målt med Traumatic Experiences Checklist (TEC) som inkluderer emosjonelt, fysisk og seksuelt misbruk samt neglisjering. Psykiske vansker ble målt gjennom Brief Symptom Inventory (BSI) og relasjonelle problemer gjennom Inventory of Interpersonal Problems (IIP).

Sterke sammenhenger ble gjennomgående funnet mellom relasjonstraumatisering og senere psykologisk fungering. Sterke positive korrelasjoner ble funnet mellom totalskårer på TEC og henholdsvis BSI ($r = .89, p < .001$) og IIP ($r = .80, p < .001$), samt mellom hver av de fire overgrepstypene og lidelsesnivå. I regresjonsanalyser kunne TEC predikere 84 % av variasjonen i BSI og 64 % av variasjonen i IIP. Traumatisering ble i tillegg funnet å ha effekt på samtlige spesifikke symptomområder i BSI og IIP.

Funnene er i tråd med og utdyper tidligere forskning ved å vise en sterk sammenheng mellom traumatisering og psykiske vansker som går på tvers av normal- og pasientpopulasjoner. Størrelsen på de observerte sammenhengene støtter hypotesen om at traumatisering i stor grad bidrar til utvikling av psykiske lidelser.

Traumatiske hendelser er gjentatte ganger vist å kunne føre til ulike alvorlige kort- og langtidskonsekvenser. Allikevel er det fortsatt noe uenighet rundt akkurat hvilke følger slike opplevelser har for det enkelte individ, og hvilke faktorer som er betydningsfulle for type og grad av effekter. Relativ enighet er det imidlertid rundt påstanden om at traumatiske episoder og stressende opplevelser kan føre til både ulike psykiske og fysiske ettervirkninger. En mengde studier støtter dette og har funnet at blant slike ettervirkninger finner vi PTSD, dissosiering, depresjon, atferdsforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser og rusmisbruk (Allen, 2005; Perry, 1994; Yehuda, Bierer, Schmeidler, Aferiat, Breslau og Dolan, 2000). Forskning viser at disse effektene særlig er sterkt assosiert med ulike typer relasjonstraumatisering i barndommen (Chu og Dill, 1990; Zanarini et al. 2002). For eksempel er ofre for seksuelle overgrep sterkt overrepresentert blant pasienter med personlighetsforstyrrelser (Courtois, 2004; Ogata, Silk, Goodrich, Lohr, Westen og Hill, 1990).

Relasjonstraumer inndeles gjerne i fire ulike typer; seksuelt, fysisk og emosjonelt misbruk, samt neglisjering. Mens de andre typene overgrep består av handlinger som er rettet mot barnet, er neglisjering mangel på handling rettet mot barnet som skulle fylt dets basis- og trygghetsbehov (Allen, 2005). Det vil med andre ord si at neglisjering er en slags deprivering, forårsaket av uresponsive omsorgspersoner. Alle de fire overgrepstypene er funnet å være relatert til negative ettervirkninger (Briere og Runtz, 1988; Bryer, Nelson, Miller og Krol, 1987; Svedin, Nilsson og Lindell, 2004).

Flere konkrete forhold innvirker på hvor alvorlig en traumehendelse er for personen som opplever det (Bastiansen, 2003). Betydningsfulle faktorer er personens utviklingsnivå da traumet fant sted, andre personlighetsfaktorer, hvor lenge den traumatiske situasjonen varte, og om traumet var mellommenneskelig eller en naturkatastrofe. Dersom traumet var mellommenneskelig er det mer alvorlig dersom det var subtilt, om offeret hadde en relasjon til overgriper, og om det var en individuell og ikke en kollektiv (for eksempel krig) opplevelse (Allen 2005; Bastiansen, 2003). Flere av disse avgjørende faktorene gjenfinner vi ofte i en misbrukskontekst.

Et hovedaspekt ved relasjonstraumer er at det er en person barnet har et forhold til som forgriper seg på det. Slike typer traumer blir ofte sett på som verre enn andre grusomme opplevelser og katastrofer, blant annet fordi det innebærer en svikt av det

barnet trenger mest; omsorgsgivere som tilbyr en trygg tilknytning til barnet (Bastiansen, 2003). I tillegg utarter ofte misbruk seg som vedvarende traumatisering, altså gjentatte ganger over lang tid. Overgrep i barndom innebærer også som regel traumatisering utført av en i nær familie eller ens omgangskrets. Slike overgrep er gjerne skjult for omverdenen. Skjulte overgrep er ofte vanskeligere å takle fordi de går utover personens selvfølelse gjennom å hindre individets individuasjonsprosess, hevder Bastiansen (2003). Dette gjør det vanskeligere for offeret å bryte båndene til overgriper, og kan være en av årsakene til at mellommenneskelige traumer som regel er de som er vanskeligst å takle i ettertid (Bastiansen, 2003). Som et resultat av forekomsten av flere av disse faktorene, ser relasjonstraumatisering ut til å være den verst tenkelige traumatisering (Bastiansen, 2003, s.122).

Ofte ses sammenhengen mellom traumatisering og konsekvenser i en dose-responsrelasjon (Zanarini et al., 2002). Faktorene ved traumet og offeret utsatt for det sier noe om hvilken mengde, eller hvor alvorlig traumatisering offeret er utsatt for. Dersom man bruker dose-responsbegrepet, betraktes dette som dosen. På samme vis som man beskriver mengde av for eksempel medisiner for medisindose, kan man beskrive mengde av opplevde traumer som dose av traumatisering. Det antas at dosenivået er relatert til effektene av de traumatiske opplevelsene (Fergusson, Horwood og Lynskey, 1996). Særlig kan det tenkes at respons i sammenheng med traumatisering og overgrep kan måles i form av patologinivå (Mullen, Martin, Anderson, Romans og Herbison, 1993). I henhold til dette antas det at større grad av traumatisering vil medføre høyere lidelsesnivå hos vedkommende. Dette kan komme til syne gjennom for eksempel problematisk interpersonlig fungering, somatisk svekkelse, større grad av symptomer generelt og utvikling av spesifikke lidelser. Denne studien tok utgangspunkt i ideen om dose-responsssammenhenger for å undersøke betydningen av traumatisering for psykisk helse i voksen alder.

Omfang

Relasjonstraumatisering er et svært utbredt problem. I prevalensstudier fra USA er det funnet forekomster av seksuelt misbruk på mellom 15 % og 33 % i den generelle kvinnelige populasjonen, eller hver 3. til 7. kvinne (f. eks Briere og Runtz, 1988;

Finkelhor, Hotaling, Lewis og Smith, 1990). I tråd med dette fant Finkelhor (1994) at det på tvers av studier er rapportert prevalens av seksuelle overgrep for kvinner på mellom 7 % og 36 %. De høyeste tallene tyder på at det er blitt brukt en svært vid definisjon av seksuelle overgrep. Definisjoner på seksuelle overgrep varierer i så stor grad at sammenlikning av prevalens på tvers av studier er problematisk. I enkelte studier er for eksempel utsettelse for blotting regnet som seksuelt overgrep, mens i andre er kun seksuelle handlinger som inkluderer fysisk kontakt medregnet. Resultater fra norsk forskning fremhever denne forskjellen. For eksempel er det i en studie funnet forekomst på 19 % av seksuelle overgrep blant kvinner (Sætre, Holter og Jepsen, 1986). Disse overgrepene er imidlertid både av ikke-fysisk og fysisk karakter. Ved bruk av strengere definisjon finner man andre tall. Pape og Stefansen (2004) fant seksuelt overgrep som involverte berøring hos 8 % av kvinnene i deres studie. Når det gjelder fysiske overgrep fant MacMillan og kollegaer (MacMillan et al., 1997) at 21 % av kvinnene i den generelle populasjonen i Canada hadde opplevd denne misbruksformen. Alvorlig fysisk misbruk ble imidlertid rapportert av 9 %. Forekomsten synker altså betraktelig dersom man bruker en strengere definisjon.

Blant kliniske populasjoner er det funnet høyere forekomster enn i den generelle populasjonen, både når det gjelder seksuelle og fysiske overgrep. Det er for eksempel i en studie av Chu og Dill (1990) funnet prevalens blant pasienter på 75 % som rapporterer historie med seksuelt misbruk. Everett og Gallop (2001) fant ved å sammenlikne flere studier en gjennomsnittlig forekomst på 42 % for seksuelle overgrep i oppveksten blant kvinnelige pasienter. Read og kollegaer (Read, Agar, Argyle og Aderhold, 2003) fant lavere forekomster i sin studie og rapporterte seksuelt misbruk hos 25 % av deltakerne, mens Doob (1992) i sin litteraturgjennomgang fant omfang på mellom 14 % og 70 %. Fosse og Dersyd (2007) viser i sin litteraturgjennomgang av over 100 studier til en prevalens av seksuelle overgrep blant kvinnelige pasienter på mellom 20 % og 100 % avhengig av diagnose. Når det gjelder fysiske overgrep fant Fosse og Dersyd (2007) resultater der omfang varierte mellom 20 % og 80 %, mens Everett og Gallop (2001) fant et gjennomsnitt på tvers av studier på 42 %. I tråd med at prevalens varierer avhengig av diagnose fant Ogata et al. (1990) forekomst på 71 % av seksuelt misbruk blant borderline pasienter og 22 % blant pasienter med depresjon. Det var også 42 % av

borderlinepasientene og 33 % av pasientene med depresjon som rapporterte fysisk misbruk.

Emosjonelt misbruk og neglisjering er blitt mindre forsket på enn seksuelle og fysiske overgrep, men det finnes også enkelte studier om disse overgrepstypene. I en normal kontrollgruppe fant Svedin og kollegaer (Svedin et al., 2004) selvrapporing av emosjonelt misbruk hos 9 % av kvinnene, mens en studie i England fant at mellom 2 % og 17 % av populasjonen hadde opplevd neglisjering i oppveksten. Samtidig hadde mellom 3 % og 12 % opplevd emosjonelt misbruk (Cawson, Wattam, Brooker og Kelly, 2000). Det er imidlertid funnet enda høyere omfangstall innenfor pasientgrupper. For eksempel fant Svedin et al. (2004) i deres studie emosjonelt misbruk ved 11 av 29 tilfeller (38 %).

De store forskjellene i prevalens blant studiene indikerer bruk av ulike definisjoner, pasientgrupper og utvalg, samt at rapporterte forekomsttall bør vurderes kritisk og i lys av metodiske valg. Ved vurdering av prevalens kan det samtidig finnes store mørketall (f.eks Doob, 1992). Dette kan blant annet bero på manglende rapportering av overgrepshistorier, samt at ekskludering av de mest syke klientpopulasjoner er vanlig i mange studier.

Konsekvenser av relasjonstraumatisering

Ifølge foreliggende forskning kan overgrepstypen ha betydning både for grad av og type konsekvenser (f.eks Mullen et al., 1993). Ettervirkninger av seksuelt misbruk er blitt mest studert. Mullen et al. (1993) fant at når ulike typer seksuelle overgrep ble studert separat i en regresjonsanalyse var det overgrep med berøring av genitalier og overgrep inkludert penetrering som bidro mest til voksen psykopatologi. Det finnes imidlertid flere studier på effekter av både neglisjering, fysisk og emosjonelt misbruk, samt av ulike underkategorier av disse (f.eks Afifi, Brownridge, Cox og Sareen, 2006). Briere og Runtz (1988) fant alvorlige langtidskonsekvenser av fysisk misbruk i oppveksten i deres studie. I en studie av Bryer og kollegaer (Bryer et al., 1987) ble det funnet at pasienter som hadde opplevd både fysisk og seksuelt misbruk i barndommen rapporterte flere alvorlige symptomer enn de som hadde opplevd én type misbruk. Dette kalles en "compounding effect", og kan sammenliknes med dobbelt dose i lys av dose-

responsteorien (Everett og Gallop, 2001). En slik effekt er antakeligvis svært vanlig, da studier finner høy komorbiditet mellom overgrepstypene (f.eks Edwards, Holden, Felitti og Anda, 2003). Mullen et al. (1993) fant i tråd med dette at de som rapporterte fysisk misbruk også hadde 6 ganger høyere sannsynlighet for å rapportere seksuelt misbruk. Dette støtter antakelsen om at ulike overgrepstyper, eller en kombinasjon av flere, kan ha ulike effekter og til sammen gi opphav til en sammensetning av symptomer i voksen alder (Briere og Runtz, 1988, s. 337).

Psykisk fungering. Mennesker med traumehistorie er svært utsatt for kliniske problemer (McCauley et al., 1997). Mullen og kollegaer (Mullen et al., 1993) fant at det er 12 ganger mer sannsynlig at en misbrukt kvinne har vært psykiatrisk innlagt enn en kvinne som ikke har vært utsatt for misbruk i oppveksten. Studien viste at ofre for relasjonstraumatisering også har høyere generelt lidelsesnivå enn andre (Mullen et al., 1993). De fant at kvinner med overgrepshistorie (seksuelt misbruk) skåret signifikant høyere på General Health Questionnaire, en måling som indikerer psykopatologi, enn deltakere uten misbrukshistorie. Psykopatologiskårene rangerte fra 2.75 til 3.82 hos kvinner med overgrepshistorie, og mellom 1.94 og 2.95 hos de uten (Mullen et al., 1993, s.723).

Finkelhor (1994) fant også en sterk assosiasjon mellom seksuelt misbruk og psykiske problemer i voksen alder. Han sammenliknet forskning utført i 19 ulike land, og fant at samtlige studier rapporterte denne sammenhengen.

Flere hevder å finne en dose-responskurve der grad av alvorlighet på overgrepet er relatert til grad av voksen psykopatologi (Mullen et al., 1993; Silk et al., 1995; Zanarini et al., 2002). For eksempel fant Afifi et al. (2006) at grad av fysisk avstraffelse i barndommen opptrer i et dose-responsforhold til grad av mental helse i voksen alder. Dette støttes av blant annet Janssen og kollegaer (Janssen et al., 2004). Ifølge dem vil overgrepshistorie øke risikoen også for psykotisisme, der større grad av overgrep er assosiert med større grad av positive psykotiske symptomer.

Overgrepets alvorlighet ser ut til å ha stor betydning for følger på lang sikt og foreliggende funn gir støtte for antakelsen om et dose-responsforhold. I tillegg er det funnet at alvorlige overgrep kan ha skadelige langtidseffekter på mental helse selv om man i utgangspunktet har en fordelaktig bakgrunn (Mullen et al., 1993). Dette indikerer

en svært sterk sammenheng mellom traumatisering og negative konsekvenser som ser ut til å kunne overskygge enkelte beskyttelsesfaktorer.

I tillegg til økt generell psykopatologi, finner man også høyere prevalens av spesifikke psykiske lidelser blant overgrepsofre. Flere studier er for eksempel utført på sammenhengen mellom overgrepshistorie og affektive lidelser (Briere og Runtz, 1988; Polusny og Follette, 1995). Særlig er det funnet en assosiasjon mellom overgrep og depresjon. Generelt er det funnet større grad av depressive symptomer hos mennesker med overgrepshistorie enn uten. For eksempel fant Briere og Runtz (1988) at kvinnelige studenter utsatt for tidlige seksuelle overgrep skåret signifikant høyere på nivå av depresjon enn kvinner uten overgrepshistorie. Ifølge Bifulco og Moran (1998) er alle typene relasjonstraumer assosiert med økt risiko for utvikling av depresjon i voksen alder. Resultatene viste imidlertid at det var seksuelt misbruk som medførte størst risiko for utvikling av depresjonslidelse. Dette samsvarer med funn som Browne og Finkelhor (1986) viser til i sin litteraturgjennomgang, der flere studier finner det samme. Grad av depresjon ble også funnet å være signifikant høyere hos overgrepsofre i Mullen et al. (1993) sin studie, der de høyeste nivåene av depresjon var assosiert med mest alvorlig misbruk. Dette støtter antakelsen om en dose-responsrelasjon.

I tillegg til forholdet mellom relasjonstraumer og depresjon er forholdet mellom overgrep i ung alder og senere utvikling av personlighetsforstyrrelser grundig studert. Særlig gjelder dette utvikling av ustabil/borderline personlighetsforstyrrelse (PF) hos kvinner. I tråd med antakelsen om at overgrep er assosiert med ustabil PF finner man høye forekomster av overgrepshistorie hos kvinner med denne diagnosen (Ogata et al., 1990). For eksempel fant Ogata et al. (1990) at over 70 % av borderlinepasienter rapporterte historie med seksuelt misbruk, mens blant pasienter med depresjon ble det funnet forekomster på noe over 20 %. Ogata et al. (1990) påpekte at traumatisering gjennom overgrep kan bidra til borderlinepasienters vanskeligheter med å modulere eller uttrykke affekt, samtidig som det kan være med på både å forme og deformere personligheten. Resultatet kan være økt sannsynlighet for utvikling av en personlighetsforstyrrelse. Overgrep i barndommen hos borderlinepasientene er karakterisert med tidlig start på misbruket, flere typer traumer og lang varighet på overgrepet (Herman, Perry og van der Kolk, 1989). Summen av disse faktorene medfører

mer massiv traumatisering, og det høye dosenivået ser ut til å bidra til alvorlige konsekvenser.

Når det gjelder dose-respons i forhold til personlighetsforstyrrelser er det flere studier som bekrefter nevnte funn. Ifølge Zanarini (1997) er graden av seksuelt misbruk ikke bare assosiert med sannsynligheten for utvikling av borderline PF, men også alvorlighetsgrad av lidelsen. Grad av seksuelt misbruk ble i deres studie funnet å være signifikant relatert til grad av symptomer innenfor borderline psykopatologi. Zanarini et al. (2002) målte alvorlighet (dose) langs tre dimensjoner. Den første var grad av seksuelt misbruk, den andre var i forhold til andre typer overgrep, mens den tredje alvorlighetsgraden var for neglisjering. De tre typene var signifikant korrelert med hverandre, samt med symptomer og psykososial svekkelse (Zanarini et al., 2002). Ifølge Zanarini et al. (2002) indikerer funnene at overgrepshistorie kan spille en rolle i alvorlighetsgraden på symptomene og den psykososiale svekkelsen (respons) man kjenner igjen i ustabil PF. Silk et al. (1995) fant også en høy forekomst av seksuelt misbruk hos borderlinepasienter (76 %). En tilsvarende høy forekomst av seksualiserte relasjonstraumer ble verken funnet blant deprimerte pasienter uten borderline eller i en normalgruppe. Deltakere som var ofre for mindre alvorlige seksuelle overgrep i barndommen hadde imidlertid høyere rater av depresjon. Dette indikerer at det finnes en dose-responsrelasjon der grad av overgrep påvirker grad av psykopatologi, samtidig som det bidrar til utvikling av ulike typer lidelser fordi disse er alvorlige i ulik grad.

Mellommenneskelig fungering. Det hevdes at ens tidlige relasjoner speiles i ens senere forhold (Allen, 2005; Everett og Gallop, 2001; Pearlman og Courtois, 2005). Dette gjelder i så fall og kanskje særs ofre for misbruk i oppveksten. Barndommen er en tid da ens tilknytninger er spesielt viktige, blant annet fordi barnets liv og helse avhenger av ens omsorgspersoner. Dette gjelder både mat, trygghet, husly og omsorg. Barnet som er utsatt for relasjonstraumatisering opplever hendelser helt på utsiden av det normale, noe som kan ha stor betydning for tilknytning, relasjonsforståelse og sosialitet i oppvekst og senere (Everett og Gallop, 2001).

I oppveksten tar man viktige skritt i å utvikle en følelse av et selv, selvregulerende funksjoner, og tillit i sosiale relasjoner (Cole og Putnam, 1992). Tilknytning i barndomsalderen predikerer senere sosial kompetanse, utvikling av identitet og

selvkunnskap, samt kvaliteten på voksne relasjoner (Herman, 1997). Overgrep som begynner i tidlig barndom vil kunne påvirke dette. Everett og Gallop (2001) hevder at traumatisering som begynner tidlig i livet forstyrrer utviklingen og utsetter barnet for overveldende opplevelser før det egentlig har mulighet til å forstå hva som skjer. Konsekvensene vil dermed kunne bli mer alvorlige.

Offerets alder og varighet på misbruket er to betydningsfulle faktorer for responsen (Everett og Gallop, 2001). I tillegg er det flere omstendigheter ved relasjonstraumatisering som påvirker mellommenneskelig fungering i voksen alder. I en overgrepssituasjon er ofte barnet uten evne til å utvikle en følelse av indre trygghet. Som en konsekvens av dette blir det misbrukte barnet mer avhengig av ytre kilder for en sikker følelse av uavhengighet og søker derfor noen å støtte seg til (Herman, 2001). Ifølge Herman (2001) forsøker barnet å beholde en tilknytning til sine foreldre til tross for misbruket det er utsatt for av dem. For å oppnå dette tyr barnet til et bredt spekter av psykologiske forsvarsmekanismer (Everett og Gallop, 2001). Samtidig unnskylder eller rasjonaliserer ofte barnet den mangelfulle omsorgen ved å attribuere det til egen uverdighet (Allen, 2005; Herman, 2001). Resultatet av disse handlingene er ifølge Herman (1997, s. 107) at barnet blir et voksent menneske som med frykt for å bli forlatt på den ene siden og å bli dominert på den andre, svinger mellom klenging og tilbaketrekning, gjennom underkastelse og rebelskhet.

Ifølge Allen (2005) er et traume et angrep på selvet. Utvikling av selvet skjer samtidig som man utvikler relasjoner til andre, hevder han (Allen, 2005). Cole og Putnam (1992) retter fokus nettopp mot utvikling av selvet ved relasjonstraumatisering. De hevder også at følelsen av et selv oppstår i relasjoner med andre, og at disse er gjensidig relatert til hverandre (Cole og Putnam, 1992). Ifølge Cole og Putnam (1992) er relasjonstraumatisering spesielt forstyrrende fordi det skjer innenfor barnets område for støtte og sosialisering. Barnet er i en situasjon preget av et lavt eller ikke-eksisterende trygghetsforhold med en betydningsfull person. En konsekvens er forstyrrelse av domener innenfor selvet og usikkerhet i forhold, hevder de (Cole og Putnam, 1992). Anstorp, Benum og Jakobsen (2006) hevder i tråd med dette at selvet er en forbindelse mellom en selv og omverdenen. Dermed er utvikling av selvet bundet sammen med sosialisering, og forstyrrelser i selvdomenet vil medføre vanskeligheter i det sosiale

(Anstorp et al., 2006, s.176). Studier støtter disse antakelsene. For eksempel rapporterer kvinner utsatt for overgrep større vanskeligheter med å stole på andre og å oppleve psykologisk intimitet (Cole og Putnam, 1992). I tillegg rapporterer de seksuelle problemer og usikkerhet i forhold til oppdragelse av egne barn (Anstorp et al., 2006; Cole og Putnam, 1992; Everett og Gallop, 2001).

Everett og Gallop (2001) er også blant dem som peker på relasjonsproblemer i voksen alder hos mennesker som har opplevd misbruk i barndommen. Gjennom problemer med å skille mellom andres og egne emosjoner, blir de ekstra på vakt i forhold til reaksjoner fra andre, og de nærmest leter etter tegn på forræderi og tillitsbrudd, hevder de (Everett og Gallop, 2001). Anstorp et al. (2006, s. 23) forklarer dette med at gjennom tidlig traumatisering undergraves personens evne til å bruke relasjoner til å etablere trygghet. Barn utsatt for relasjonstraumatisering i hjemmet kjenner ofte ikke et liv utenfor fare. De kan ikke forme noen selvfølelse uavhengig av overgriperen og vokser dermed opp og blir redde for nærhet. Som et resultat trekker de seg fra nære forhold samtidig som de desperat søker dem (Herman, 2001). Derfor opplever de ofte problemer når det gjelder mistillit, frykt og mistenksomhet i senere relasjoner, noe som lett fører til tilbaketrekning fra nære forhold (Browne og Finkelhor, 1986). Samtidig medfører traumatisering et økt behov for beskyttende tilknytninger, da man ikke har opplevd dette som barn. Dette resulterer i intense og ustabile forhold. Et eksempel finner vi blant annet hos mennesker med borderline personlighetsforstyrrelse, der intense og ustabile forhold er et frekvent problem (Courtois, 2004).

I tillegg til store problemer innenfor utvikling av selvet og i evnen til å ha gode, nære forhold til andre, etablerer kronisk misbrukte og traumatiserte personer ofte relasjoner til andre som også har uløste traumatiske historier (Allen, 2005; Everett og Gallop, 2001; Pearlman og Courtois, 2005). Disse har derfor tilsvarende problemer med relasjoner, noe som kan bidra til flere individuelle og mellommenneskelige vansker. Uten å ha lært hvordan man har sunne og gode forhold til andre, vet de ikke hva som skal gjøres for å oppnå dette. I tillegg har ofre for relasjonstraumatisering en tendens til å bli værende i forhold med misbruk. Årsaken til dette er, ifølge Allen (2005), at man faktisk blir *mer* knyttet i overgrepforhold fordi man søker tilknytning når man opplever vonde

hendelser. I tillegg kan det føles som om det er bedre å forbli i et misbrukende forhold enn å være alene.

Studier viser at ofre for overgrep i barndommen er i stor fare for reviktimisering. Ifølge Herman (1997) har kvinner utsatt for seksuelt misbruk i oppveksten dobbelt så stor sjanse for å bli utsatt for voldtekt, seksuell trakassering og vold enn andre kvinner. Relasjonstraumatisering i oppveksten ser altså ut til å ha svært alvorlige effekter for mellommenneskelige relasjoner i voksen alder.

Problemstillinger

Mens det foreligger en rekke funn om dose-responsammenhenger mellom relasjonstraumatisering og psykiske lidelser finnes det ikke noe rammeverk eller modell som beskriver denne sammenhengen helhetlig. Funn i forskningslitteraturen indikerer at dosenivå for relasjonstraumatisering er knyttet til både en forhøyet forekomst av de fleste diagnosetyper (enkeltlidelser), samt til en forverring i lidelsesnivå eller symptomtrykk generelt (Mullen et al., 1993; Zanarini et al., 2002). Gitt den høye komorbiditeten som finnes i diagnoser for enkeltpasienter er det tydelig at de ulike diagnosene og lidelsene interagerer eller er knyttet til hverandre. Lite forskning foreligger imidlertid om disse sammenhengene. Noen unntak finnes, som at pasienter med ustabil PF har større tendens til å ha perioder med psykoser når de har vært utsatt for mer misbruk (Hammersley, Dias, Todd, Bowen-Jones, Reilly og Bentall, 2003; Read et al., 2003). Studier som kun inkluderer én bestemt pasientgruppe gir imidlertid resultater som i svært begrenset grad er generaliserbare. Lite vites for eksempel om hvordan stemningslidelser, personlighetsforstyrrelser og psykoser som helhet er knyttet til dose av relasjonstraumatisering. I tillegg er det et spesielt interessant spørsmål om det finnes generelle dose-respons sammenhenger som går på tvers av diagnosegruppene og som indikerer grunnleggende dimensjoner for psykiske lidelser.

Fokus i dette prosjektet er å studere disse sammenhengene empirisk i et utvalg antatt å reflektere et vidt spenn i psykisk helse og lidelse. Uten direkte relevant tidligere forskning var det vanskelig å predikere størrelsen på en dose-responsammenheng mellom relasjonstraumatisering og lidelsesnivå i et slikt utvalg. Vi lot størrelses- eller

gradsnivået på sammenhengen være et empirisk spørsmål og undersøkte isteden følgende relativt generelle problemstilling:

Finnes det en sammenheng mellom nivå på relasjonstraumatisering og nivå på psykisk lidelse og relasjonsproblemer i et utvalg antatt å representere et vidt spenn i lidelsesnivå? Vil en slik sammenheng gjenfinnes både i totale skårer og i skårer på underkategorier ved måling av traumatisering, psykisk lidelse og relasjonsproblemer?

Metode

For å undersøke problemstillingen foretok vi et stratifisert utvalg av kvinnelige deltakere fra to populasjoner: en (antatt frisk) normalgruppe og en pasientgruppe. Pasientgruppen inkluderte både pasienter i poliklinisk behandling og døgninnlagte pasienter. Til sammen ble dette antatt å gi en betydelig variasjon i lidelsesnivå innenfor deltakergruppen sett samlet. Med utgangspunkt i denne variasjonen antok vi at en eventuell sammenheng med traumatisering kunne bli tydelig rent statistisk.

Utvalg

Inklusjonskriteriet for studien var kvinner i alderen 18-45 år. Funn innen traumeforskningen tyder på kjønnsforskjeller i utvikling etter overgrep (MacMillan, Fleming, Streiner, Lin, Boyle, Jamieson et al., 2001). Studien har derfor valgt å se selektivt på kvinner da dette i seg selv antas å være informativt om dose-responsammenhenger. Innføring av kjønn som variabel i studien og inklusjon av to mannlige deltakergrupper ville være praktisk vanskelig å gjennomføre siden studien gjøres innenfor korte tidsrammer.

Studien inkluderte 38 kvinner ($M = 28.2$ år, $SD = 7.0$). Tjueto deltakere ble inkludert fra en normalgruppe ($M = 25.3$ år, $SD = 3.9$) mens 16 pasienter ble inkludert fra døgnposter og poliklinikker i Psykisk helse ved Sykehuset Asker og Bærum ($M = 32.1$ år, $SD = 8.3$). Fem av pasientene var rekruttert fra poliklinikk og 11 fra døgnpost. Det ble vektlagt at traumehistorie ikke var et kriterium for inklusjon eller seleksjon av pasienter.

I pasientgruppen var 13 deltakere diagnostisert med alvorlige forstyrrelser som dissosiative lidelser, bipolar lidelse, PF og depresjon med psykotiske symptomer. Relativt lettere diagnoser som angst og depresjoner uten psykotiske trekk ble beskrevet for 9 pasienter. Grunnet komorbiditet mellom diagnosene hadde flere av deltakerne i pasientgruppen både tyngre og lettere diagnoser.

Deltakende behandlere/terapeuter ble rekruttert av prosjektleder og prosjektmedarbeider fra ulike poster i Psykisk helse, Sykehuset Asker og Bærum. Behandlerne foretok rekruttering av pasienter. Kun pasienter vurdert av behandler til å være i stand til deltakelse ble inkludert. Svært lavtfungerende pasienter ble derfor ekskludert fra studien. Kvinnene i normalgruppen ble rekruttert ved sosial nettverkssampling ved at prosjektmedarbeider sendte e-post til et tilfeldig utvalg av sine bekjente samt bekjentes bekjente, alle antatt å være ”normalt friske”, velfungerende kvinner. All deltakelse både for behandlere/annet personell, samt deltakere var frivillig, sistnevnte basert på informert samtykke.

Måleinstrumenter

Alle deltakere fikk administrert instrumenter for kartlegging av generell symptomatologi, relasjonsproblemer og traumehistorie. Vi operasjonaliserte nivå på relasjonstraumatisering i oppveksten med en forkortet utgave av Traumatic Experiences Checklist (TEC), der 13 relevante spørsmål var trukket ut. Nivå på psykiske vansker ble operasjonalisert med henholdsvis Brief Symptom Inventory (BSI) og Inventory of Interpersonal Problems (IIP). Inklusjon av sistnevnte var hypotetisk og basert på at ens grad av relasjonelle problemer er direkte korrelert med lidelsesnivå.

Symptomgrad. Grad av generell psykopatologi ble målt med Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1975). BSI er en forkortet utgave av SCL-90 (Derogatis, Lipman og Covi, 1973) som er mye brukt i pasientsammenheng. BSI er et kort psykologisk selvutfyllingsskjema der deltakeren skårer hvor ofte vedkommende opplever plager eller problemer som man av og til har. Utfylling tar åtte til ti minutter. Skjemaet består av 53 punkter som skåres fra 1 (oppleves ikke i det hele tatt) til 5 (oppleves veldig mye). Det man rangerer er hvor mye hvert enkelt problem har plaget vedkommende eller vært til besvær i løpet av de siste syv dager. Skjemaet kan brukes både på kliniske

populasjoner samt den generelle befolkningen. BSI har ni underskalaer for ulike lidelsesområder; somatisering, tvangspreget, interpersonlig sensitivitet, depresjon, angst, fiendtlighet, fobisk angst, paranoid ideasjon, og psykotisisme. I tillegg til de ni primære symptomskalaene, kan det kalkuleres globale mål. Den mest brukte er Global Severity Index (GSI) som er gjennomsnittet for alle svarene. BSI er målt å ha høy reliabilitet og validitet. For eksempel er det funnet Cronbachs alfa for indre konsistens på mellom 0.71 og 0.85 (Derogatis, 1992).

Relasjonelle problemer. Inventory of Interpersonal Problems 32 (IIP-32) (Barkham, Hardy, Startup, 1996) er et instrument som måler grad av problemer man kan ha i sine forhold med andre mennesker. Skjemaet inneholder en liste med 32 slike eventuelle problemer, og er delt i to deler. Del 1 består av ting som en kan synes er vanskelige å gjøre i forhold til andre mennesker. Del 2 er en liste over ting en kan synes en gjør for mye i sine forhold til andre. Alle 32 utsagnene skåres på en skala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 4 (veldig mye) om dette har vært et problem for en selv. IIP omfatter åtte underkategorier for relasjonsproblemer; dominerende, selvsentrert, kald, sosialt hemmet, overomsorgsfull, underkastende, selvoppofrende og påtrengende. Skjemaet tar ca fem minutter å fylle ut. Det er laget mange varianter av IIP, og det er gjennomgående funnet høy reliabilitet og validitet i alle versjonene. Kellet, Beail og Newman (2005) fant for eksempel indre konsistens på 0.89 i sin studie av psykometriske karakteristikk ved IIP-32.

Traumehistorie. Traumatic Experiences Checklist (TEC) (Nijenhuis, Van der Hart og Vanderlinden, 1999) er et skjema som måler ulike aspekter ved eventuelle traumatiske opplevelser i løpet av livet. Det spørres etter om man har opplevd noen av de 29 nevnte hendelsene, i så fall hvor gammel man var da det skjedde, og hvor stor innvirkning dette har hatt på en. Sistnevnte skåres fra 1 (ingen) til 5 (svært stor). I denne studien er hovedspørsmålene i TEC trukket ut for å kunne kartlegge overgrepsettelse. Dette inkluderer tretten mulige traumatiske hendelser som er delt i fire underkategorier: emosjonelt overgrep, fysisk overgrep, seksuelt overgrep og neglisjering. Utfylling av skjemaet tar ca ti minutter. De psykometriske karakteristikkene til TEC er gode (Nijenhuis, Van Der Hart og Kruger, 2002), med tilfredsstillende indre konsistens, både

for test og retest. Cronbachs alfa er funnet på mellom 0.86 og 0.90 (Nijenhuis et al., 2002).

Prosedyre/datainnsamling

De tre instrumentene ble administrert i form av et "traumehefte" til pasienter og normalgruppen ved henholdsvis pasientenes behandler og prosjektmedarbeider. Heftet inneholdt et informasjonsark om studien med inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltakelse, prosedyreforklaring samt kontaktinformasjon. I tillegg var de ulike instrumentene i heftet kort beskrevet. Traumeheftet inkluderte en samtykkeerklæring og rubrikker for deltakerinformasjon, inklusive id-nummer, alder og diagnose. Diagnosene var delt inn i én hoveddiagnose og eventuelt to bidiagnoser. Ved ubestemt diagnose kunne intervjuer eventuelt gi en beskrivelse av pasientens lidelsesspekter og art med egne ord. Behandler/prosjektmedarbeider gjennomgikk og fylte ut instrumentene sammen med deltakerne. Studien er godkjent av Regional etisk komite for medisinsk forskning og retningslinjer fra Regionalt personvernombud er fulgt med henhold til bruk og oppbevaring av informasjon.

Statistiske analyser

For undersøkelse av en dose-responsammenheng ble det gjennomført to tester: Pearson korrelasjonstester mellom totale skårer på TEC versus totale skårer på henholdsvis BSI og IIP; og univariate regresjonsanalyser for hver av BSI og IIP (totalskårer) som utfallsmål og med underkategoriene på TEC (seksuelt, fysisk, emosjonelt misbruk og neglisjering) som prediktorer. Regresjonsanalysene ble gjort for utvalget som helhet, samt for normal- og pasientgruppe isolert.

For undersøkelse av hvordan traumatisering påvirker ulike symptomområder ble det gjennomført en multippel lineær regresjonsanalyse for hver av henholdsvis BSI og IIP. Her var underkategoriene på BSI (n = 9) og IIP (n = 8) utfallsmål, med TEC totalskåre og Gruppe som prediktorvariabler.

Forskjeller mellom normal- og pasientgruppen i traumatisering ble undersøkt med t-tester for uavhengige utvalg. Statistiske analyser ble utført i SPSS 14 for Windows.

Resultater

Prevalenstall for forekomsten av fysisk, seksuelt, emosjonelt misbruk og neglisjering vises i tabell 1.

Tabell 1

Forekomst av seksuelt misbruk, fysisk misbruk, emosjonelt misbruk og neglisjering

Overgrepstype	<u>Normalgruppe</u>		<u>Pasientgruppe</u>	
	n	%	n	%
Seksuelt misbruk	3	13	14	87
Fysisk misbruk	3	13	12	75
Emosjonelt misbruk	8	36	15	93
Neglisjering	4	18	15	93
Totalt (n)	22		16	

Av totalt 38 deltakere svarte 25 (66 %) bekreftende på opplevd relasjonstraumatisering. Pasientgruppen skåret signifikant høyere på TEC total skåre (t-test for uavhengige utvalg, $t(1, 36) = 6.1$; $p < .001$) så vel som på forekomsten av seksuelt misbruk, $t(1, 36) = 6.5$; $p < .001$, fysisk misbruk, $t(1, 36) = 5.7$; $p < .001$, emosjonelt misbruk, $t(1, 36) = 3.7$; $p < .001$, og neglisjering, $t(1, 36) = 4.8$; $p < .001$.

I utvalget var det en sterk tendens for de fire misbruksformene å forekomme innenfor samme person. Korrelasjonene er vist i tabell 2.

Tabell 2

Pearsons korrelasjon mellom underkategorier på TEC

Overgrepstype	Neglisjering	Fysisk	Emosjonelt	TEC totalt
Seksuelt	.64*	.76*	.68*	.85*
Neglisjering	-	.67*	.83*	.89*
Fysisk	-	-	.72*	.86*
Emosjonelt	-	-	-	.91*

* $p < .001$, $N = 38$

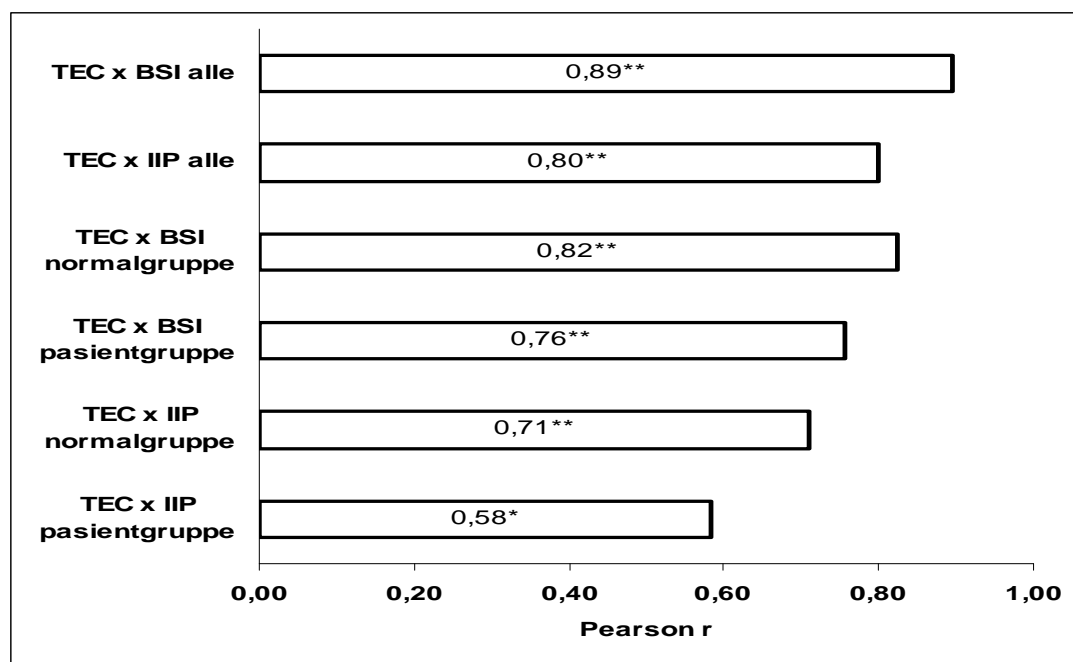
Sammenhengen mellom relasjonstraumatisering og lidelsesnivå

For å undersøke sammenhengen mellom traumer og lidelsesnivå regnet vi først ut korrelasjonene mellom TEC totalskåre og totalskårene for henholdsvis BSI og IIP i utvalget. Dernest gjennomførte vi to regresjonsanalyser som undersøkte den prediktive verdien av de fire underkategoriene på TEC på henholdsvis BSI og IIP totalskårer. Analysene ble gjort både for normalgruppe og pasientgruppe isolert, samt i utvalget som helhet.

Korrelasjonsanalyser. Figur 1 viser korrelasjoner mellom totale skårer på TEC og henholdsvis BSI og IIP i utvalget som helhet samt i pasientgruppen og normalgruppen sett isolert.

Figur 1

Pearson korrelasjonskoeffisient (r) for totalskårer på TEC versus BSI og IIP



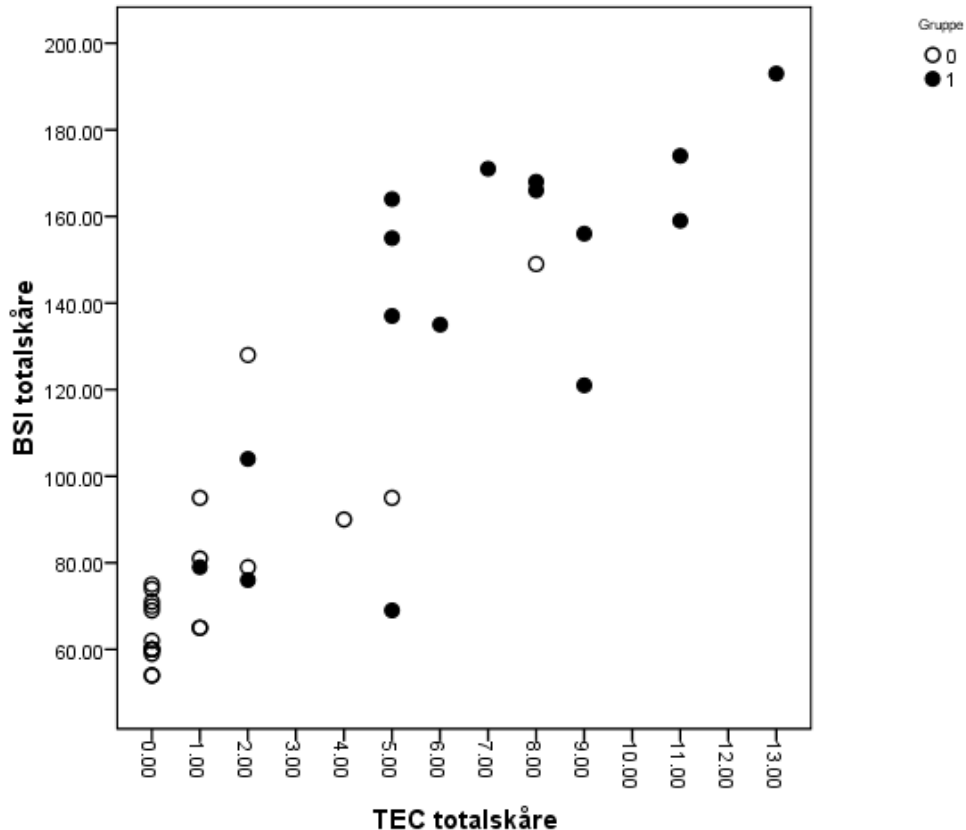
** = $p < .001$; * = $p < .05$; alle - $N = 38$; pasientgruppen - $n = 16$; normalgruppen - $n = 22$.

Deltakernes TEC totalskåre viste en sterk, lineær sammenheng (Pearson r) med totalskårene på BSI og IIP ($df = 37$, $p < .001$). Tilsvarende korrelasjoner ble funnet

innenfor normalgruppen sett isolert ($df = 21, p < .001$) og innenfor pasientgruppen sett isolert ($df = 15, p < .05$). Sammenhengen mellom TEC skårer og utfallsmål i deltakergruppen er illustrert i Figur 2 med BSI totalskårer som eksempel.

Figur 2

Sammenheng mellom TEC og BSI totalskårer i utvalget.



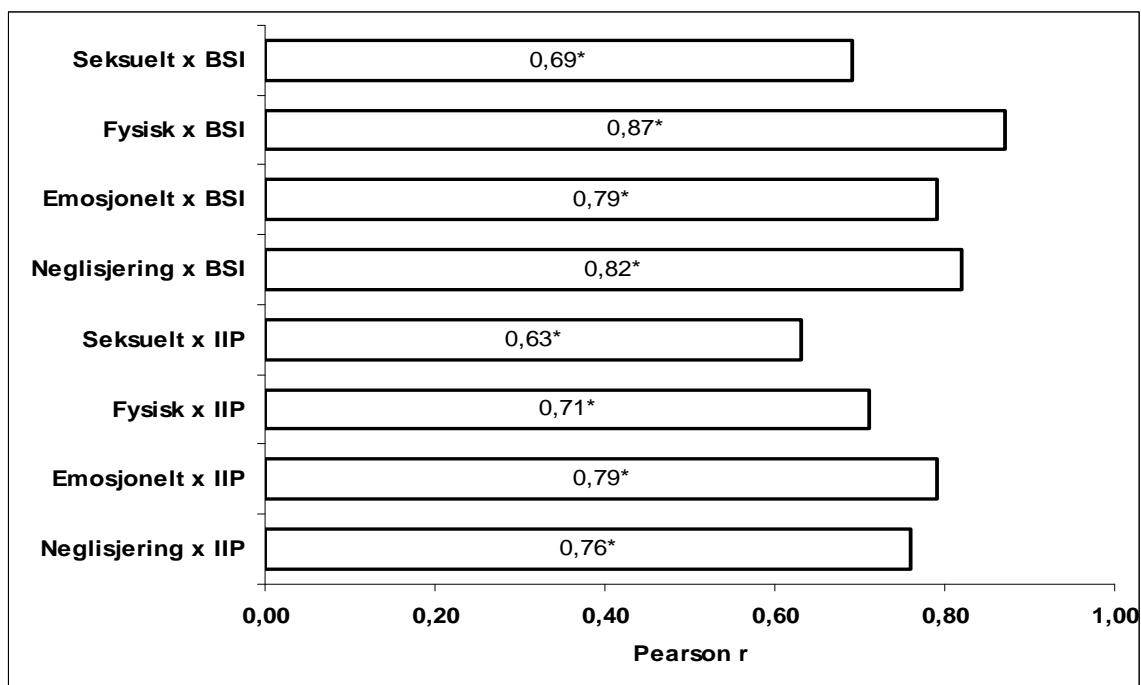
Merknad. Hvite markører i figur 2 (gruppe 0) indikerer deltakere i normalgruppen, mens svarte markører (gruppe 1) angir pasientgruppen.

Korrelasjonen mellom TEC totalskåre og BSI totalskåre var $r(38) = .89; p < .001$.

Korrelasjonsanalyser ble deretter gjennomført for undergruppene av traumetyper i TEC (seksuelt, fysisk, emosjonelt misbruk og neglisjering), der totalskårene for undergruppene ble sett opp mot totalskårene på BSI og IIP, se Figur 3.

Figur 3

Pearson korrelasjonskoeffisient (r) for misbrukstyper sett opp mot BSI og IIP totalskårer



* = $p < .001$; $N = 38$

Korrelasjonstesten indikerte signifikante sammenhenger mellom hver av underkategoriene for TEC og totalskårene for både BSI og IIP.

Regresjonsanalyser. Regresjonsanalysen for BSI fant en høyst signifikant effekt av prediktorvariablene (fire traumekategorier) sett samlet, $F(4, 37) = 49.5$; $p < .001$, med en helhetlig korrelasjonskoeffisient på 0.93 og en justert R^2 på .84. I denne analysen ble det funnet en signifikant effekt av både fysisk overgrep og neglisjering på BSI lidelsesnivå (TEC fysisk vs BSI, Beta = .62, $t = 5.4$, $p < .001$; TEC neglisjering vs BSI, Beta = .43, $t = 3.4$, $p < .001$). Ingen signifikant prediktiv sammenheng ble funnet på BSI totalskåre for seksuelt eller emosjonelt misbruk (TEC seksuelt vs BSI, Beta = -.07, $t = -.69$, $p = .49$; TEC emosjonelt vs BSI, Beta = .03, $t = .21$, $p = .82$).

For BSI analyserte vi i tillegg normalgruppen og pasientgruppen hver for seg i forhold til prediktiv verdi av TEC underkategorier, se tabell 3.

Tabell 3

Regresjonsanalyse av underkategorier i TEC mot BSI total i normal- og pasientgruppe

Overgrepstype	Beta	T	Sig. (p)
Normalgruppe (n = 22)			
Seksuelt misbruk	.141	.978	.342
Fysisk misbruk	-.461	- 2.006	.061
Emosjonelt misbruk	.771	3.068	.007*
Neglisjering	.461	2.437	.026*
Pasientgruppe (n = 16)			
Seksuelt misbruk	-.206	-1.212	.251
Fysisk misbruk	.775	4.600	.001**
Emosjonelt misbruk	-.020	-.086	.933
Neglisjering	.404	2.050	.065

** = $p < .001$; * = $p < .05$

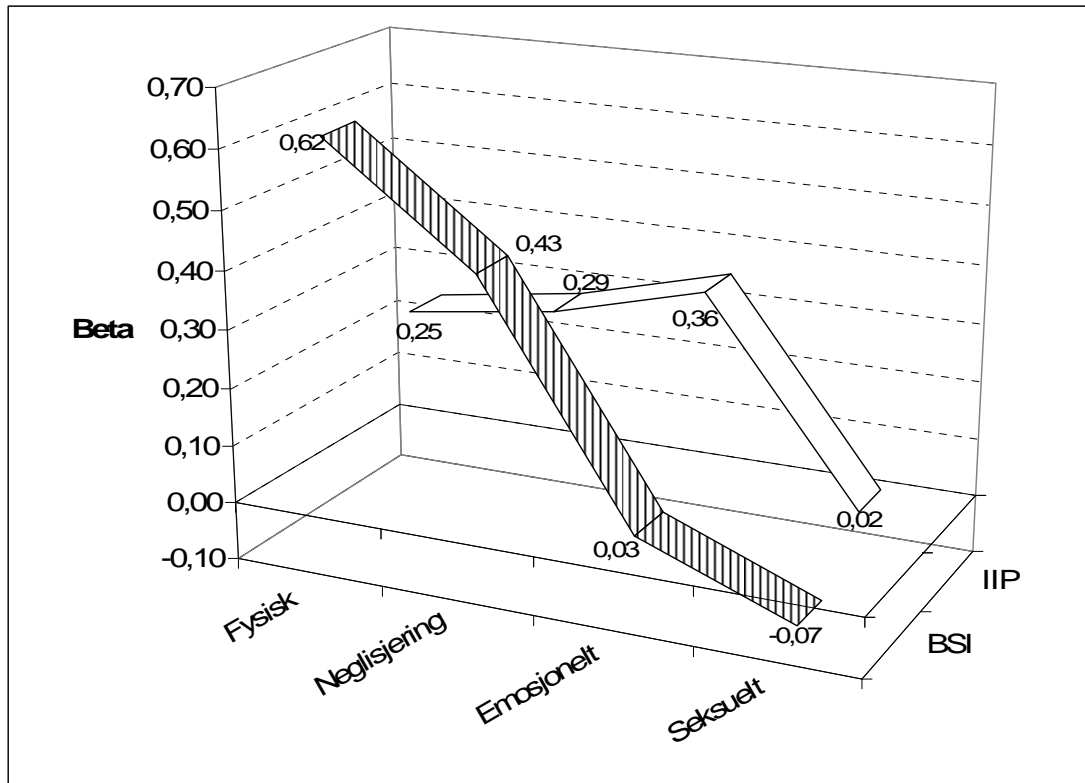
Det ble funnet forskjeller i den prediktive verdien av de ulike traumetyperne blant normal- og pasientgruppen. I normalgruppen ble emosjonelt misbruk og neglisjering funnet å være signifikante prediktorer, mens i pasientgruppen ble fysisk misbruk indikert å ha den sterkeste effekten på BSI totalskåre, fulgt av neglisjering.

Regresjonsanalysen for IIP fant en signifikant effekt av underkategoriene på TEC som prediktorer sett samlet, $F(4, 37) = 17.9$; $p < .001$, med en helhetlig korrelasjonskoeffisient på $r = 0.83$ og en justert R^2 på .64. Sett opp mot IIP fant vi ingen signifikant effekt av seksuelt misbruk (Beta = .02; $t = .10$; $p = .92$). Ikke-signifikante effekter ble indikert for emosjonelt misbruk (Beta = .36; $t = 1.8$; $p = .08$), fysisk misbruk (Beta = .25; $t = 1.5$; $p = .15$) og neglisjering (Beta = .29; $t = 1.6$; $p = .13$).

Figur 4 illustrerer resultatene for den prediktive verdien av traumetyperne på IIP og BSI totalskårer i utvalget som helhet.

Figur 4

Prediksjonskoeffisienter (Beta) for misbrukstypene i TEC på totalskårer for BSI og IIP



Merknad. Figuren viser Betaverdier ved de ulike misbrukstypene som prediktorer for totale skårer på IIP og BSI i utvalget. Betaverdier over 0,36 angir signifikante effekter ($N = 38, p < .05$).

Differensiering av traumeeffekter

Sammenhengen mellom traumatisering og ulike symptomområder i BSI og IIP ble undersøkt med multivariat lineær regresjonsanalyse. I to analyser ble henholdsvis de ni underkategoriene i BSI og de åtte i IIP brukt som utfallsmål. TEC totalskåre og Gruppe ble inkludert som prediktorer. Resultatene for effekten av TEC total på underkategoriene i BSI og IIP er vist i Tabell 4.

Tabell 4.

Multivariat lineær regresjon – effekt av TEC totalskåre på underkategorier i BSI og IIP

Underkategorier	Mean Square	TEC total	
		F	Sig (p).
BSI kategori			
Somatisering	230.784	14.412	.001
Tvangspreget	257.587	19.892	.000
Interpersonlig sensitivitet	80.778	16.116	.000
Depresjon	305.710	18.664	.000
Angst	291.534	22.837	.000
Fiendtlighet	143.203	17.491	.000
Fobisk angst	251.672	31.759	.000
Paranoid ideasjon	203.024	28.109	.000
Psykotisisme	193.254	24.566	.000
IIP kategori			
Sosialt hemmet	60.597	7.046	.012
Dominerende	59.865	5.875	.021
Påtrengende	20.695	5.026	.031
Selvsentret	16.437	3.802	.059
Kald	25.125	4.084	.051
Overomsorgsfull	42.263	8.376	.007
Underkastende	95.981	12.454	.001
Selvoppofrende	73.156	5.264	.028

N = 38

I analysen opp mot symptomområdene i BSI hadde TEC en signifikant effekt, $F(9, 27) = 5.5$; $p < .001$, men ingen effekt ble funnet for Gruppe, $F(9, 27) = 1.2$; $p = .32$. I analysen opp mot kategoriene i IIP ble det også funnet en signifikant effekt av TEC, $F(8, 28) = 3.4$; $p = .007$; Gruppe hadde heller ikke her signifikant betydning, $F(8, 28) = 0.88$; $p = .55$. Effekter av TEC nær eller bedre enn et signifikansnivå på .05 ble funnet for alle de til sammen 17 symptomområder i BSI og IIP.

Diskusjon

Resultatene av studien indikerer en sterk sammenheng mellom relasjonstraumatisering i oppveksten og grad av psykiske vansker i voksen alder. Denne sammenhengen ble funnet både for psykisk fungering generelt og relasjonelle problemer spesielt. Hver av overgrepstypene emosjonelt, seksuelt, fysisk misbruk og neglisjering ble funnet å være sterkt korrelert til symptomatologi. Traumatisering ble i tillegg funnet å være relatert til alle de 17 symptomområdene for psykisk helse som var dekket av instrumentene BSI og IIP.

Gjennom korrelasjonsanalyser fant vi en sterk, lineær sammenheng mellom traumatisering og totale skårer på både symptomatologi og relasjonelle problemer. Dette gjaldt for både totalskårer på TEC og hver av de fire overgrepstypene. Funnene støtter dose-responshypotesen om at nivået på psykiske vansker øker i takt med nivået på traumatisering. Edwards et al. (2003) og Mullen et al. (1993) er blant de få som har studert traumatisering og psykopatologi i forhold til dose-respons. I tråd med våre resultater ble det i begge deres studier funnet støtte for et dose-responsforhold, der høyere traumatiseringsnivå var knyttet til større grad av voksen psykopatologi. Andre studier har også funnet en dose-responssammenheng mellom grad av overgrep og grad av effekter i voksen alder (Zanarini et al., 2002). Dette er imidlertid ofte blitt studert i forhold til spesifikke lidelser og ikke i forhold til lidelsestrykk generelt. For eksempel fant Zanarini et al. (2002) en sterk sammenheng mellom grad av overgrep og grad av symptomer hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Gjennom regresjonsanalyser fant vi at skårer på TEC i betydelig grad kunne predikere både symptomgrad og mellommenneskelig fungering. Hele 84 % av variasjonen i symptomnivå og 64 % av variasjonen i relasjonelle problemer ble indikert å kunne forklares med variasjon i traumatisering. Disse svært høye statistisk prediktive sammenhengene indikerer at majoriteten av variasjonen i lidelsesnivå kan forklares med traumeopplevelser. Hvis korrekt kan dette ha innvirkning både på årsaks- og behandlingstenkning om psykiske lidelser. Samtidig er de indikerte statistiske sammenhengene så høye at det bør vurderes om andre ukontrollerte faktorer kan ha påvirket resultatene.

Den sterkeste sammenhengen med totalskåre på BSI i utvalget som helhet, ble funnet for fysiske overgrep og neglisjering. Seksuelle og emosjonelle overgrep ble ikke vist å ha signifikant effekt på BSI. For IIP ble det funnet sterkest sammenheng med emosjonelt misbruk, men ingen av underkategoriene hadde signifikant prediktiv effekt sett isolert. Det ble kun funnet en signifikant effekt av underkategoriene sett samlet. Ved å studere de to deltakergruppene (normal- og pasientgruppe) hver for seg i forhold til sammenhengen mellom BSI og underkategorier i TEC fant vi at gruppe som variabel også har betydning. I normalgruppen var det neglisjering og emosjonelt overgrep som best kunne predikere BSI totalskåre. I pasientgruppen ble særlig fysisk misbruk, men også neglisjering, i motsetning til seksuelt og emosjonelt misbruk, indikert å predikere BSI skåre. Vi antar ut fra dette at det er fellestrekk mellom pasient- og normalpopulasjoner i hvordan misbruksformer bidrar til psykiske vansker, men også forskjeller som kan være knyttet til helhetlig grad og sammensetning av misbruksforhold.

Det at seksuelle overgrep ikke hadde signifikant effekt på lidelsesnivå er overraskende. Tidligere studier har funnet svært høye forekomster av seksuelle overgrep blant ulike pasientgrupper (Chu og Dill, 1990; Everett og Gallop, 2001), noe som tyder på en sammenheng mellom psykopatologi og denne overgrepsformen. En årsak til manglende signifikante funn i vår studie kan være utvalgets størrelse, og studier fremover bør inkludere flere i utvalget. Likevel, i regresjonsanalysene fant vi ingen indikasjoner på at seksuelt misbruk tenderte til å ha noen effekt. Det kan være at misbrukstypene henger så nært sammen at de blir vanskelige å skille fra hverandre i statistiske analyser. Alternativt kan funnene indikere at i en generell misbrukskontekst er ikke den seksuelle komponenten den alvorligste.

Regresjonsanalysene viste ingen signifikante sammenhenger mellom IIP og de spesifikke overgrepstypene, men indikerte tendenser til sammenhenger for alle kategorier unntatt seksuelt misbruk. Funnene er i tråd med generell evidens om at relasjonstraumatisering kan skade ens evne til å oppleve sunne, gode og ”normale” forhold til andre mennesker (Courtois, 2004). Emosjonelle overgrep og neglisjering kan særlig tenkes å innebære deprivasjon av sosialisering og oppdragelse, og dermed påvirke utviklingen av relasjonelle evner og gi utslag i høyere skårer på IIP. En slik hypotese burde imidlertid undersøkes nærmere.

Temaet mellommenneskelig fungering er særlig aktuelt fordi det, så vidt vi vet, ikke er gjort studier på sammenhengen mellom relasjonstraumatisering og grad av relasjonelle problemer. Vi fant ingen studier i forskningslitteraturen av dose-respons-sammenhenger mellom overgrep og mellommenneskelig fungering. Flere har imidlertid hevdet at overgrepshistorie har negativ innvirkning på relasjoner i voksen alder og at mennesker utsatt for relasjonstraumatisering ofte har konfliktfylte relasjoner til andre (Browne og Finkelhor, 1986; Everett og Gallop, 2001; Herman, 1997).

Regresjonsanalysene indikerte effekter av relasjonstraumatisering på samtlige symptomområder som er inkludert i BSI og IIP. Vi fant ingen indikasjon på at gruppedlemskap var en signifikant interaksjonsfaktor for disse resultatene. De univariate og multivariate regresjonsanalysene fant snarere tilsvarende sammenhenger blant pasientgruppen og normalgruppen. Relasjonstraumatisering kan herav antas å være knyttet nært til lidelsestrykk gjennom effekter på de fleste områder for psykiske symptomer.

Metodologiske styrker og begrensninger

Selv om funnene i studien indikerer at det er en sterk dose-respons-sammenheng mellom relasjonstraumatisering og psykiske vansker, er det flere metodologiske begrensninger ved en slik type studie, og funnene bør vurderes med reservasjoner.

For det første er studien korrelasjonsbasert. Dersom man finner en relasjon mellom overgrepshendelser for lang tid siden og psykisk fungering nå er det lett å anta en årsaksretning der overgrep påvirker psykologisk tilstand i senere tid (Briere, 1992). Med bruk av korrelasjonsstudie kan en slik slutning ikke trekkes (Bordens og Abbott, 2005). Siden man ikke vet vedkommendes psykiske fungering før overgrepene kan man ikke slutte overgrepene betydning. Kontrollerte prospektive studier som kartlegger fungering også før hendelsen er på sin side metodisk vanskelig eller umulig å utføre. Årsakstenkningen i denne korrelasjonsstudien er basert på at dose-respons-sammenhenger kan indikere mulig kausalitet (Bordens og Abbott, 2005), noe som er i tråd med tidligere funn om konsekvenser av traumatisering (Mullen et al., 1993).

Bruk av retrospektiv selvrappoterings er knyttet til en rekke mulige feilkilder. Hukommelsesvansker kan for eksempel påvirke erindring av traumeforhold.

Opplevelsene kan være fortrengt fordi de er for smertefulle å huske, men glemsel kan også være et resultat av at det er gått langt tid siden hendelsen(e) (Briere, 1992). Det er også mulig at overgrepene skjedde i så tidlig alder at erindring er umulig fordi ens hukommelsessystem på det tidspunktet var på et for tidlig utviklingsnivå (Magnussen, 2004). Gjennom innhenting av støttende bevis, som rettslige rapporter og sykehusrapporter kan man kontrollere for dette (Briere, 1992). Det er imidlertid ofte slik at ofre ikke forteller andre om sine opplevelser (Alaggia, 2005) og dermed vil støttemateriale ikke alltid finnes. Studier viser imidlertid at glemsel av overgrep er mulig, men ikke spesielt vanlig (Everett og Gallop, 2001; Goodman et al., 2003). Ofte er det heller motsatt, at vedkommende husker episoden(e) alt for godt. Svært vanlig er det å oppleve påtrengende minner og flashbacks etter traumatiske opplevelser (Allen, 2005; Bastiansen, 2003).

Ved selvrapporing, særlig i form av intervjuer, kan trygghet ovenfor intervjueren påvirke korrekt rapportering (Courtois, 2004). Det er imidlertid uklart hvordan slike faktorer kan ha bidratt til våre resultater.

Definering av variabler har avgjørende betydning for resultatene i en studie (Briere, 1992). Når det gjelder studier av relasjonstraumatisering er det stor variasjon innen de ulike definisjonene av overgrep, noe som igjen kan ha betydning for variasjon i resultater og funn mellom studier. I denne studien ble for eksempel seksuelle overgrep definert forholdsvis strengt sammenliknet med definisjoner av denne misbrukstypen i andre studier, da det her kun ble inkludert hendelser der fysisk kontakt var involvert. Det kan på den ene side hevdes at ved bruk av strenge definisjoner vil enkelte ofre falle utenfor ("falske negative"). På den andre side vil ens omfangstall med mindre sannsynlighet være overdrevet, ved at man unngår falske positive (Briere, 1992). Dette er gunstig da det ikke er ønskelig med overestimering, siden det medfører resultater og korrelasjoner som ikke er gjeldende.

Et sentralt tema i studier av dose-responsforhold er valget av hvilke faktorer som inkluderes. Særlig kan en rekke faktorer bidra til et fenomen som "traumedose". I denne studien er dosenivået regnet ut fra mengde traumatisering bestemt ved totale skårer på TEC oppnådd ved å summere forekomst av de ulike misbruksformene, samtidig som effekten av underkategorier av traumer ble undersøkt separat. Dersom andre faktorer

hadde vært inkludert kunne det ha påvirket resultatene. Til tross for dette finner vi svært sterke sammenhenger mellom traumer og lidelsesnivå som gjentok seg i en rekke ulike analyser, noe som kan tyde på at inkludering av flere faktorer eller endring av definisjoner sannsynligvis ikke ville endret resultatene betraktelig.

Det finnes enkelte begrensninger knyttet til utvalget i studien. Det er inkludert 38 deltakere som er fordelt på 2 grupper. Dette er et lite utvalg, men ble allikevel vurdert som tilstrekkelig til å kunne utføre nødvendige statistiske analyser. Gjennomgående signifikante resultater tyder på at utvalget er stort nok. Siden dette kun er første analyser i en fortsettende studie, og flere deltakere senere vil inkluderes, vil vi få muligheten til å kontrollere for dette. Videre er det i studien kun inkludert kvinner slik at funnene og konklusjonene ikke uten videre kan generaliseres til menn. I studien er det heller ikke kontrollert for rase, sosioøkonomisk status, jobb eller utdanning. Dette burde gjøres i fremtidig forskning for å eventuelt kunne ekskludere disse variablene som betydningsfulle faktorer.

Implikasjoner

Resultatene av studien tyder på at for å forstå individers fungering i voksen alder er det viktig å se på dets opplevelser i oppveksten. Funnene har implikasjoner både innen forskning og forebyggende og klinisk arbeid.

For det første er informasjon om barndomstraumer viktig for å kunne utvikle passende terapi- og utviklingsplaner. Ifølge Doob (1992) kan kunnskap om en pasients overgrepshistorie forme grunnlaget for en ny forståelse av personens vanskeligheter. Forskning viser i tillegg at det å fortelle sin historie, som offer for overgrep, kan ha positiv effekt i seg selv (Doob, 1992; Urbanic, 1992).

Det er verdt å legge merke til at 66 % av deltakerne i utvalget rapporterte minst én misbruksopplevelse. To av fem (41%) i normalgruppen rapporterte overgrepshistorie, mens i pasientgruppen ble det som antatt funnet mye høyere forekomst. Samtlige i pasientgruppen rapporterte å ha blitt utsatt for misbruk i oppveksten. Det er mulig at tallene er et resultat av skjevfordeling i utvalget ved at det er valgt flere misbrukte pasienter enn ikke inn i studien. En skulle imidlertid ikke tro at årsaken er skjevt utvalg siden misbrukshistorie ikke ble tatt med i betraktning ved valg av deltakere. Samtidig er

resultatene i samsvar med tidligere forskning (Chu og Dill, 1990). Med tanke på at så mange pasienter rapporterer overgrep ser det ut til at det å rette fokus mot relasjonstraumatisering er viktig. Dessverre viser studier at kartlegging av overgrepshistorie, og påfølgende behandling i forhold til dette, er et svært neglisjert område (Courtois, 2004; Doob, 1992).

Det at vi finner prediktiv verdi både av traumatisering generelt og traumetyper spesielt kan også ha betydning for forbygging og ikke minst klinisk arbeid. Dersom det gjennom senere studier er mulig å finne at ulike typer traumer fører til ulike typer lidelser, og at dose er så sterkt relatert til respons som våre resultater tilsier, kan det være mulig å "forutse" effekter av traumatiske opplevelser. For å kunne predikere psykisk lidelse hos mennesker utsatt for relasjonstraumatisering bør man imidlertid studere nærmere ulike sårbarhets- og beskyttelsesfaktorer. Relasjonstraumatisering fører ikke alltid til psykopatologi, noe som tyder på forekomst av ulike beskyttende faktorer (Mrazek og Mrazek, 1987). Dersom fremtidige studier kan belyse slike sårbarhets- og beskyttelsesfaktorer ville det muligens kunne brukes til forbedret prediksjon av type respons som resultat av individuell dose. Samtidig ville det indikert hvilke faktorer som bør minimeres og hvilke som bør maksimeres for å forebygge psykopatologi.

Dersom faktorsammensetningen i "dose" er svært spesifikk kan det i tillegg være mulig å finne nøyaktig betydning av hver enkelt faktor, eller eventuelt indikere hvilken som har størst betydning for respons. Det må imidlertid antas at slike funn vil være komplekse. For eksempel indikerer resultatene av denne studien at ulike overgrepstyper bidrar til lidelse i ulik grad, men at dette blant annet avhenger av nivået på traumatisering i gruppen.

Ved prediksjon av respons bør det i tillegg tas høyde for at det kan finnes en terskelverdi for relasjonstraumatisering. Med terskelverdi menes et grensenivå for mengde eksponering, slik at en person kan takle traumatisering inntil ett visst punkt, men dersom dette punktet overskrides vil vedkommende utvikle psykopatologi. Dette bør studeres nærmere.

Prediksjon av senere psykisk fungering på bakgrunn av et menneskes forhistorie kan altså være mulig. Dersom senere studier replikerer disse funnene, og kan finne enda mer detaljerte sammenhenger, kan det brukes til å forme hver enkelt pasients behandling

slik at den er tilpasset hans/hennes fungeringsnivå, individuelle problemer, personlighet og historie. For eksempel har Horowitz (1996) funnet at skåring på IIP kan antyde hvilken type behandling som vil virke best på respondenten. Muligens kan også skårer på TEC eller BSI, eventuelt disse sett samlet, indikere spesifikke behandlingsbehov. En kan for eksempel anta at personers skårer på kombinasjonen av TEC og BSI både kan predikere diagnoser og informere om behandlingsvalg.

Studiens resultater indikerer at det ikke bare er generell symptomatologi som er utbredt etter misbruksopplevelser, men at også at de fleste spesifikke symptomområder er utsatt. Dette er i tråd med funn om at relasjonstraumatisering direkte påvirker kroppens og hjernens fungering og herav har grunnleggende biologiske effekter som kan antas å understøtte psykologisk fungering generelt. Studier viser at psykologisk belastning og stress etterlater seg spor i både hjernestrukturen og dens fungering, og at denne sammenhengen kan opptre i en dose-responsrelasjon (Teicher, Andersen, Polcari, Anderson og Navalta, 2002). Denne forskningen peker på at traumatiske hendelser i barndommen endrer funksjonen i hjernestrukturer for emosjon, som amygdala, og kognisjon, som hippokampus (Teicher et al., 2002). Dette tyder på at sammenhengene som vi og andre har funnet mellom overgrep i oppveksten og psykisk helse kan ha et biologisk grunnlag ved at overgrep har endret hjernefunksjoner. Det at stress og traumatisering ser ut til å kunne påvirke direkte både psykologisk og biologisk utvikling kan ha betydning for forståelsen av psykiske lidelser. For eksempel kan det bety at lidelser som ofte blir ansett å være biologisk betinget, som schizofreni (Rund, 2006), i større grad enn antatt kan bero på stress. Videre studier av traumatisering, nevrokognitiv funksjon og psykiske symptomer kan belyse slike spørsmål.

Konklusjon

Resultatene av studien indikerer sterke sammenhenger mellom relasjonstraumatisering i oppveksten og psykisk fungering i voksen alder. Dose-responsforholdet mellom disse variablene kan tyde på at det er en årsakssammenheng tilstede, selv om en slik konklusjon ikke er valid basert på korrelasjonsmetoden som ble brukt. Resultatene indikerer at traumatisering påvirker både psykiske symptomer og relasjonelle problemer på en helhetlig måte som inkluderer de fleste underområder for

symptomer. Den relative betydningen av emosjonelt, seksuelt, fysisk misbruk og neglisjering kan se ut til å avhenge av nivået på traumatisering i gruppen som blir studert. Studien har metodologiske begrensninger relatert til bruk av korrelasjonsanalyser og størrelsen på utvalget. Hvis resultatene bekreftes i videre forskning kan det ha implikasjoner for predikering, forebygging og behandling av ofre for overgrep.

Litteraturliste

- Afifi, T., Brownridge, D. A., Cox, B. J. og Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse and Neglect*, 30, 1093-1103.
- Alaggia, R. (2005). Disclosing the trauma of child sexual abuse: a gender analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 10(5), 453-470.
- Allen, J. G. (2005). *Coping With Trauma –Hope Through Understanding (2.ed)*. London: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Anstorp, T., Benum, K., og Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og Relasjonstraumer. Integrering av det Splittede Jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Barkham, M., Hardy, G. E. og Startup, M. (1996) The IIP-32: a short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 21-35.
- Bastiansen, A. (2003). *Den Tusende Dråpe. På Sporet av en Humanistisk Sosialpsykologi*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Bifulco, A. og Moran, P. (1998). *Wednesday's Child: Research Into Women's Experience of Neglect and Abuse in Childhood, and Adult Depression*. London: Routledge.
- Bordens, K. S. og Abbott, B. B. (2005). *Research Design and Methods: A Process Approach (6.ed)*. New-York: McGraw-Hill.
- Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 196-203.
- Briere, J. og Runtz, M. A. (1988). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse and Neglect*, 12, 331-341.
- Browne, A. og Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B. og Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *The American Journal of Psychiatry*, 144(11), 1426-1430.

- Cawson, P., Wattam, C., Brooker, S. og Kelly, G. (2000). *Child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of abuse and neglect*. Hentet 02.02.2008 fra www.nspcc.org.uk/inform.
- Chu, J. A. og Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 887-892.
- Cole, P. M. og Putnam, F. W. (1992). Effects of incest on self and social functioning: a developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 174-184.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reaction: assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory and Research, Practise, Training*, 41, 412-425.
- Derogatis, L. R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1992). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, Scoring and Procedures Manual- II (2.ed.)*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. og Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 3-28.
- Doob, D. (1992). Female sexual abuse survivors as patients: avoiding retraumatization. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 245-251.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J. og Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the Adverse Childhood Experiences Study. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1453-1460.
- Everett, B. og Gallop, R. (2001). *The Link Between Childhood Trauma and Mental Illness. Effective Interventions for Mental Health Professionals*. California: Thousand Oaks, SAGE Publications.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. og Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1365-1374.

- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409-417.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A. og Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child abuse & neglect*, 14(1), 19-28.
- Fosse, R. og Dersyd, A. K. (2007). *Forekomsten av seksuell og voldelig misbruk i oppveksten hos psykiatriske pasienter*. Rapport til Sosial og Helsedirektoratet. Oslo: Aker RVTS.
- Goodman, G., Ghetti, S., Quas, J. A., Edelstein, R. S., Alexander, K. W., Redlich, A. D., et al. (2003). A prospective study of memory for child sexual abuse: new findings relevant to the repressed-memory controversy. *Psychological Science*, 14, 113-118.
- Hammersley, P., Dias, A., Todd, G., Bowen-Jones, K., Reilly, B. og Bentall, R. P. (2003). Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 543-547.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and Recovery. From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
- Herman, J. L. (2001). *Trauma and Recovery. From Domestic Abuse to Political Terror*. London: Pandora.
- Herman, J. L., Perry, J. C. og Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Horowitz, L. M. (1996). The study of interpersonal problems: a Leary legacy. *Journal of Personality Assessment*, 66(2), 283-300.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R., et al. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 38-45.
- Kellett, S., Beail, N. og Newman, D. W. (2005). Measuring interpersonal problems in people with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 110(2), 136-144.

- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., et al. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1878-1883.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Trocme, N., Boyle, M. H., Wong, M., Racine, Y. A., et al. (1997). Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *The Journal of the American Medical Association*, 278(2), 131-135.
- Magnussen, S. (2004). *Vitnep psykologi – pålitelighet og troverdighet i dagligliv og rettssal*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., et al. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *The Journal of the American Medical Association*, 277(17), 1362-1368.
- Mrazek, P. J. og Mrazek D. A. (1987). Resilience in child maltreatment victims: a conceptual exploration. *Child Abuse and Neglect*, 11(3), 357-366.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E. og Herbison, G. P. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 721-732.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O. og Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Questionnaire (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(3), 200-210.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O. og 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.
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D. og Hill, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 1008-1013.
- Pape, H. og Stefansen, K. (2004). *Den Skjulte Volden*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress.

- Pearlman, L. A. og Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: relational treatment of complex trauma. *Journal of Trauma and Stress, 18*(5), 449-459.
- Perry, B. D. (1994) Neurobiological sequelae of childhood trauma: post traumatic stress disorder in children. I M. Murburg (Ed.), *Catecholamine Function in Posttraumatic Stress Disorder: Emerging Concepts* (253-276). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Polusny, M. og Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: theory and review of the empirical literature. *Applied & Preventive Psychology, 4*, 143-166.
- Read, J., Agar, K., Argyle, N. og Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy, 76*, 1-22.
- Rund, B. R. (Ed.) (2006). *Schizofreni*. Stavanger: Hertervig Forlag
- Silk, K. R., Lee, S., Hill, E. M. og Lohr, N. E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *The American Journal of Psychiatry, 152*(7), 1059-1064.
- Svedin, C. G., Nilsson, D. og Lindell, C. (2004). Traumatic experiences and dissociative symptoms among Swedish adolescents. A pilot study using Dis-Q-Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry, 58*, 349-355.
- Sætre, M., Holter, H. og Jebsen, E. (1986). *Tvang til seksualitet. En undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Cappelen.
- Teicher, M. D., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M. og Navalta C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America, 25*, 397-426.
- Urbanic, J. C. (1992). Empowerment support with adult female survivors of childhood incest: part I- theories and research. *Archives of Psychiatric Nursing, 6*, 275 -281.
- Yehuda, R., Bierer, L. M., Schmeidler, J., Aferiat, D. H., Breslau, I. og Dolan, S. (2000). Low cortisol and risk for PTSD in adult offspring of Holocaust survivors. *The American Journal of Psychiatry, 157*, 1252-1259.

Zanarini, M. C. (1997). *Role of Sexual Abuse in the Etiology of Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

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 psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 381-387.

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 mindreverdige	1	2	3	4	5	8
23. har kvalme eller urolig mage	1	2	3	4	5	8

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

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 selskapeleg 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

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