

STEPS – et behandlingsprojeckt

Evalueringsrapport 2014



STEPS – et behandlingsprojekt

Evaluering af behandlingseffekt

Sara Bek Eriksen & Ask Elklit

Videnscenter for Psykotraumatologi, Syddansk Universitet



Copyright© Center for Voldtægtsofre, Aarhus & Videnscenter for Psykotraumatologi

Videnscenter for Psykotraumatologi

Campusvej 55

5230 Odense M

Tlf: 65502798

www.psykotraume.dk

Forfattere:

Sara Bek Eriksen & Ask Elklit

Udgivelsesår 2014

ISBN: 978-87-93192-15-7

EAN: 9788793192157

Center for Voldtægtsofre i Aarhus har modtaget økonomisk støtte fra:

Edith og Godtfred Kirk Christiansens fond

TRYG-fonden

Dr. Margrethe og Prins Henriks fond

Aase og Ejnar Danielsens fond

Antikvar Carl Julius Petersens Hjælpefond



**CENTER FOR
VOLDTÆGT Sofre**
WWW. VOLDTÆGT.DK



Aarhus Universitetshospital

midt
regionmidtjylland

Indhold

Indhold.....	0
Indledning.....	1
Formål med rapporten.....	3
Beskrivelse af STEPS	4
Metodebeskrivelse	7
Anvendte skemaer.....	11
Demografiske og specifikke oplysninger	15
Aldersfordeling og køn.....	16
Civilstand	16
Bopæl og fødeland	18
Beskæftigelse.....	18
Selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser	19
Tidligere kontakt med psykolog/psykiater.....	20
STEPS-behandlingstilbud.....	20
Henviser.....	22
Overgrebsrelaterede oplysninger	24
Overgrebstype.....	24
Typer af tvang	24
Modstand under overgrebet	25
Ofrenes påvirkningsgrad	26
Anmeldt til politiet.....	28
Gerningsmanden.....	30
Gerningssted.....	31
Besked om overgrebet.....	32
Opsamling	33
Behandlingseffekt – del 1.....	34
Sikkerhedsfølelse.....	34
Peritraumatiske reaktioner	35
Tidligere traumer og livændringer efter overgrebet.....	36
Klienternes livssyn.....	37

Klienternes kontakt med hjælpeinstanser	38
Opsamling.....	40
Behandlingseffekt – del 2.....	41
PTSD-symptomatologi.....	42
Øvrige symptomer og målinger	49
Negativ affektivitet og somatisering.....	51
Angst og depression.....	53
Klienternes copingstrategier.....	54
Social støtte.....	55
Kontrol, selvværd og mestring	56
Tanker om seksuel vold	57
Kognitive attributioner.....	57
Opsamling.....	60
Klienternes oplevelser af STEPS-behandlingen.....	63
De pårørende	64
Demografiske og specifikke oplysninger	65
Kønsfordeling	66
Alder.....	66
Civilstand.....	67
Uddannelse og beskæftigelse	67
Kendskab til overgrebet	68
Tidligere traumer.....	68
Opsamling	69
Reaktioner efter overgrebet.....	70
Udvikling i PTSD-symptomer.....	71
Opsamling	73
Sammenfatning af rapporten	74
Styrker og svagheder ved STEPS	76
Litteraturliste	78

Indledning

Hvert år udsættes op mod 3000 personer for voldtægt i Danmark, hvoraf langt størstedelen er unge piger og kvinder (Balvig, & Kyvgaard, 2009). Det er dog svært at danne sig et fuldstændigt billede af prævalensen af voldtægt i Danmark, idet mange ofre ikke anmelder voldtægten til politiet eller benytter sig af de behandlingsmæssige tilbud, der stilles til rådighed for dem.

Mange voldtægtsepisoder kommer herved aldrig for dagens lys, og rigtig mange voldtægts ofre får herved aldrig professionel hjælp til at komme videre efter overgrebet (ibid.).

Danske undersøgelser viser, at mange tilfælde af seksuel vold forekommer blandt helt unge mennesker, idet ca. hver femte unge kvinde i Danmark oplyser at have været udsat for en seksuel krænkelse fra en jævnaldrende (Helweg-Larsen et al., 2009; Schütt et al., 2008).

Voldtægt forårsager ofte helbredsmæssige problemer for ofret såsom posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), angst, depression, selvskadende adfærd og alkohol- /stofmisbrug (Abrahams, Jewkes, & Mathews, 2013; Elklit & Christiansen, 2010; Elklit & Shevlin, 2013; Murphy, Shevlin, Armour, Elklit, & Christoffersen, in press; Rees et al., 2011; Zinzow, Resnick, McCauley, Amstadter, Ruggiero, & Kilpatrick, 2012). PTSD er kendetegnet ved tilstedeværelsen af forskellige typer af belastningsreaktioner som følge af, at individet har oplevet eller været vidne til en akut trussel på eget eller andres liv (DSM-IV, 2009, 4. udgave). Reaktionen opdeles i flere symptomklynger herunder: 1) invaderende symptomer, hvor individet genoplever den traumatiske begivenhed fx gennem flashbacks, drømme eller lignende, 2) undgåelsessymptomer, hvor individet forsøger at undgå stimuli, der er forbundet med traumat, eller en følelsesmæssig tilbagetrækning og 3) vagtsomhedssymptomer hvor individet oplever øget stress efter traumat. Reaktionen skal have været mindst en måned og forårsage betydelig belastning for individet i dagligdagen (ibid.).

Forskning viser, at kvindelige voldtægts ofre er langt mere udsatte i forhold til at udvikle PTSD-symptomer end andre grupper af traumeofre (Foa, 1997), og at op mod halvdelen af voldtægts ofre udvikler PTSD efter overgrebet (Elklit, & Christiansen, 2010; Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992). Desuden rammes unge voldtægts ofre oftest rigtig hårdt, idet traumat sker i en særlig sensitiv udviklingsperiode i deres liv, hvor de bl.a. forsøger at skabe grundlaget for sund identitetsdannelse og seksualitet.

Det er vigtigt at behandle PTSD, da symptomerne forårsager betydelig funktionsnedsættelse hos ofret, ligesom PTSD er blevet identificeret som en medierende faktor i forhold til andre

helbredsmæssige problemer samt som risikofaktor for nye seksuelle overgreb (Elwood et al., 2011). Der findes flere forskellige måder at behandle PTSD, hvoraf en af de mest anbefalede metoder er trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT; Bicanic, 2014; Vickerman, & Margolin, 2009). I TF-CBT arbejdes der specifikt med kognitiv omstrukturering af de dysfunktionelle tanker og følelser, der er forbundet med traumet. En vigtig komponent i behandlingen er desuden at eksponere klienten for minderne om traumet og de stimuli, der trigger erindringer og angst.

Mange undersøgelser har påvist god effekt af TF-CBT i forhold til at reducere PTSD-symptomer hos voldtægts ofre såvel som andre grupper af traumeofre (Foa, & Rothbaum 1998; Siedler, & Wagner, 2006). Særlige programmer er udviklet til unge traumeofre, hvor indholdet er tilpasset de unges behov i forhold til psykoedukation, sprogbrug og udviklingsspecifikke temaer, ligesom nogle af programmerne også inkluderer de unges forældre som en del af behandlingen (Bicanic, 2014; Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006).

Undersøgelser viser også, at voldtægt ikke blot har negative konsekvenser for ofret, men også kan traumatisere ofrets pårørende (Bak & Parding, 2007; Elklit, Christensen, & Bak, 2012). I en undersøgelse fra Center for Voldtægts ofre i Aarhus fremgår det, at 18 % af de pårørende, til voldtægts ofrene i behandling på centret, opfyldte de diagnostiske kriterier for PTSD, og at yderligere 33 % af dem opfyldte kriterierne for subklinisk PTSD (Bak, & Parding, 2007). Pårørende til voldtægts ofre kan således blive svært belastet af voldtægten på trods af, at de ikke selv direkte har været udsat for den traumatiske begivenhed. Det er derfor vigtigt også at involvere voldtægts ofrets nærmeste i behandlingsprocessen ikke kun for at sikre ofrets fremadrettede trivsel men i høj grad også for at sikre, at de pårørende kommer godt videre efter overgrebet.

Formål med rapporten

Denne rapport omhandler en evaluering af behandlingseffekten af et manualbaseret, traumefokuseret kognitiv adfærdsterapeutisk behandlingsprogram (STEPS¹) til unge ofre for voldtægt udbudt af Center for Voldtægts ofre i Aarhus (CfV). CfV er en akut, døgnåben modtagelse ved Fælles AKUT Afdelingen på Aarhus Universitetshospital, der tilbyder medicinsk og psykosocial hjælp og støtte til kvinder, mænd og børn fra 12 år i Region Midtjylland, der har været udsat for voldtægt eller voldtægtsforsøg. Centret i Aarhus blev indviet i 1999 og er Danmarks ældste center for voldtægts ofre.

CfV har i årene oplevet stor efterspørgsel på hjælp fra voldtægts ofre, hvor der er gået noget tid siden det seksuelle overgreb fandt sted. Dette var centret imidlertid ikke i stand til at imødekomme grundet en tidsgrænse, der begrænsede centrets tilbud til udelukkende at omfatte klienter, hvor overgrebet var sket indenfor den seneste uge². Der var således et hul i behandlingssystemet, således at nogle voldtægts ofre ikke kunne modtage den fornødne hjælp. Ligeledes manglede der også et behandlingsforløb til pårørende til voldtægts ofre i Danmark, idet undersøgelser, som nævnt, viser, at pårørende også rammes hårdt af overgrebet. Dette kan have negative konsekvenser både for de pårørende men også for ofrets helingsproces.

På baggrund af de manglende behandlingstilbud til voldtægts ofre og deres pårørende påbegyndte CfV en pilotundersøgelse af STEPS-programmet, der havde vist lovende resultater i Holland, hvor programmet er udviklet. I denne undersøgelse deltog 25 klienter og deres forældre, hvor overgrebene i gennemsnit havde fundet sted halvanden år tidligere. Disse klienter og pårørende gennemgik herefter et STEPS-forløb, hvor resultaterne viste en reduktion af symptomer på PTSD, angst og depression hos deltagerne. På baggrund af pilotundersøgelsens lovende resultater blev STEPS-programmet udfoldet i en større behandlingsundersøgelse med henblik på at afprøve og tilpasse behandlingen til centrets målgruppe. CfV har i forbindelse med denne undersøgelse indsamlet data på alle klienter, der har modtaget STEPS-behandlingen i en fireårig periode, og formålet med denne rapport er således at evaluere behandlingsprojektets effekt med udgangspunkt i det indsamlede data.

¹ STEPS-programmet vil blive udførligt beskrevet under afsnittet "Beskrivelse af STEPS".

² Denne tidsgrænse er blevet ophævet i 2014, hvorfor CfV nu tilbyder hjælp til alle voldtægts ofre og de pårørende, som har behov for det.

Beskrivelse af STEPS

STEPS er et traumefokuseret kognitivt, adfærdsterapeutisk behandlingsprogram, der er målrettet unge mennesker i alderen 13-24 år (og deres pårørende), som har været udsat for et enkeltstående seksuelt overgreb. Målsætningen med STEPS er at reducere PTSD, angst, depression samt dysfunktionelle tanker og følelser hos voldtægtsofferet og de pårørende. STEPS står for:

- Skrive og snakke (S)
- Tilbagefaldsforebyggelse (T)
- Eksponering in vivo og kognitiv omstrukturering (E)
- Psykoedukation (P)
- Seksuel vold (S)

Hvert bogstav beskriver således nøgleelementerne i behandlingsprogrammet. STEPS er udviklet i Holland af psykolog Iva Bicanic og sexolog Astrid Kremers, der til daglig arbejder med voldtægts ofre på universitetshospitalet i Utrecht.

Programmet er unikt, idet både de unge og deres forældre deltager i to sideløbende gruppeterapeutiske behandlingsforløb³, som for de unges vedkommende løber over otte ugentlige gruppesessioner og seks sessioner for forældrene. Både klient og forældre deltager desuden i ét individuelt behandlingsmøde inden gruppestart, hvor klienten og forældre planlægger deres mål med behandlingen samt tre individuelle opfølgingsmøder efter færdiggørelsen af gruppesessionerne. Det første af disse møder afholdes lige efter sidste gruppemøde, hvor terapeut, klient og forældre evaluerer behandlingsforløbet i forhold til klientens individuelle målsætning. Herefter følger de sidste to opfølgingsmøder henholdsvis ½ år og 1 år efter behandlingsafslutning med det formål at sikre klientens trivsel på sigt; her deltager forældrene også.

STEPS-behandlingen kan ligeledes gennemføres som et individuelt forløb til klienter efter behov. I disse tilfælde gennemføres forløbet på omtrent samme måde, som hvis klienten havde været i en gruppe, dog bortfalder det gruppeterapeutiske forløb til klientens forældre.

³ Forældre deltager kun i et gruppeterapeutisk forløb, når ofrene er i aldersgruppen 13-17 år.

For de unges vedkommende omhandler de otte ugentlige behandlingsmøder et særskilt tema, der knytter sig til nøgleelementerne i STEPS-programmet. I **tabel 1** ses en oversigt over mødernes hovedtemaer.

Tabel 1 Oversigt over temaer i behandling til ofre

Behandlingsmødernes hovedtemaer – de unge	
	Temaer
Møde 1	1. fortælling om overgrebet Psykoedukation om traumereaktioner
Møde 2	2. fortælling om overgrebet Psykoedukation om traumereaktioner
Møde 3	3. fortælling om overgrebet Psykoedukation om sammenhæng ml. tanker, følelser og adfærd Eksposering in vivo
Møde 4	Psykoedukation om seksuelle problemer og fysiske reaktioner Eksposering in vivo
Møde 5	Besøg af sexologisk rådgiver Eksposering in vivo
Møde 6	Undgåelse og risikoadfærd Eksposering in vivo
Møde 7	Besøg af politi Eksposering in vivo
Møde 8	Afslutning Plan for at undgå tilbagefald

I relation til det gruppeterapeutiske forældreforløb omhandler sessionerne de temaer, som er præsenteret i **tabel 2**.

Tabel 2 Oversigt over temaer i behandlingen til forældre

Behandlingsmødernes hovedtemaer - forældre	
	Temaer
Møde 1	Redegørelse for STEPS-behandling Rådgivning om støtte til den ramte Fortælle om overgrebet
Møde 2	Psykoedukation om dysfunktionelle tanker og kognitiv omstrukturering hos den ramte
Møde 3	Psykoedukation om dysfunktionelle tanker og kognitiv omstrukturering hos forældrene
Møde 4	Psykoedukation om seksuelle problemer og fysiske reaktioner Besøg af sexologisk rådgiver
Møde 5	Undgåelse og risikoadfærd Besøg af politi
Møde 6	Afslutning Plan for at undgå tilbagefald

I kraft af at STEPS-projektet ikke er et forskningsprojekt men derimod et behandlingsprojekt, har det været muligt for CfV undervejs i forløbsperioden at justeret STEPS-programmet med henblik på at imødekomme de specifikke behov, som nogle af klienterne havde. Det har bl.a. betydet, at den oprindelige aldersgrænse på 24 år er blevet fjernet, således at klienter i alle aldersgrupper kan modtage behandlingen. Desuden har centrets psykologer vurderet, at mange af de visiterede klienter umiddelbart har været for belastede og sårbare til at kunne profitere af gruppebehandlingen.

Der kan være både fordele og ulemper ved at deltage i et gruppeterapeutisk STEPS-forløb. Den store fordel er, at klienterne får mulighed for at spejle sig i hinanden, hvilket bl.a. kan reducere deres følelser af skyld og skam samt give klienterne en følelse af samhørighed med andre, der har været i samme situation som dem selv. En ulempe ved gruppeforløbet er til gengæld, at det fordrer visse psykologiske kapaciteter og ressourcer, såsom evnen til at regulere følelser på en relativt afbalanceret måde samt evnen til at rumme de andres fortællinger og reaktioner. Psykologerne har vurderet, at størstedelen af klienterne ikke havde ressourcer nok til at

bidrage til et udbytterigt gruppeforløb, og at de således ikke ville kunne profitere af denne behandlingsform.

Ovenstående har medført, at STEPS-behandlingen i overvejende grad er blevet udbudt som individuelle forløb, ligesom mange klienter har modtaget støttende samtaler undervejs i deres individuelle- og gruppeterapeutiske forløb, hvilke lå ud over de planlagte behandlingssessioner. Den udtalte skrøbelighed blandt mange af centrets klienter har medført, at CfV efterfølgende har modtaget fondsmidler til etablering af et affektregulerende forløb, som kan tilbydes som forberedelsesforløb til selve STEPS-behandlingen. CfV er på nuværende tidspunkt i fuld gang med at udvikle dette forløb, der på forsøgsbasis vil blive tilbudt klienter i løbet af 2014/2015.

Justeringerne har medført, at der er blevet foretaget ændringer i behandlingsmanualerne, så de nu også passer til voksne klienter og individuelle behandlingsforløb. CfV tilbyder således på nuværende tidspunkt STEPS-programmet i en individuel og en gruppeterapeutisk udgave, hvor sidstnævnte fordrer deltagelse fra forældre i en sideløbende gruppe, såfremt klienten er under 18 år.

Metodebeskrivelse

Deltagerne i undersøgelsen er voldtægtsofre og deres forældre, hvor overgrebet har fundet sted minimum én måned før henvendelse til CfV. Eksklusionskriterierne for deltagelse i STEPS har ændret sig en smule undervejs i projektet grundet de førnævnte justeringer, som CfV har gennemført. Det betyder, at nogle klienter på et tidligt tidspunkt i forløbet blev ekskluderet grundet alder, men at dette er ændret i projektets afsluttende fase, således at alder ikke længere er et eksklusionskriterium. Herudover omfatter eksklusionskriterierne følgende:

- Akut psykose, skizofreni
- Incest eller flere seksuelle overgreb.
- Er ikke i stand til at lave aftaler i forbindelse med eventuel selvmordsadfærd, selvskade, prostitution eller promiskuøs adfærd.
- Manglende PTSD-symptomer.
- Alkohol- og stofafhængighed

- Bosat øst for Storebælt.
- Kognitiv funktionsnedsættelse.
- Alvorlig systemproblematik

Klienternes første kontakt med STEPS-programmet foregår via en telefonisk screening, hvor centrets psykologer laver den første udvælgelse på baggrund af eksklusionskriterierne.

Herefter bliver klienten indkaldt til en visitationssamtale, hvor psykologen laver et omfattende anamnestic interview for på den baggrund at kunne træffe beslutning om klientens videre forløb. Forældre til klienter under 18 år deltager ligeledes i en separat visitationssamtale, hvor der er fokus på at indhente oplysninger både om forældrene, klienten og overgrebet. Ved visitationssamtalen udfylder klienten også det første af i alt fem selvrapporteringskemaer, der fungerer som monitorering af klientens symptomudvikling i løbet af behandling såvel som datakilde for forskning. Disse skemaer varierer i deres udformning og størrelse, hvorfor ikke alle måleredskaber indgår i skemaerne hver gang. De fem selvrapporteringskemaer⁴ uddeles på følgende tidspunkter:

- Visitationssamtale
- Indledende behandlingsmøde
- Sidste behandlingsmøde
- ½ års opfølgningssamtale
- 1 års opfølgningssamtale

Projektet er løbet over en fireårig periode fra primo 2011 til ultimo 2014, hvor dataindsamlingen er foregået fra medio 2011 til medio 2014. I den periode har sammenlagt 250 klienter været i kontakt med CfV med henblik på mulig deltagelse i STEPS-programmet, hvoraf de 80 af dem er blevet ekskluderet i den telefoniske screeningsproces inden selve visitationssamtalen. Eksklusionsårsagerne grupperer sig omkring følgende temaer:

- Manglende respons på henvendelse fra centrets psykologer (n= 10).
- Tilstedeværelse af alvorlige psykiske lidelser eller igangværende udredning herfor (n= 12).
- Falder uden for aldersgruppen (n= 2; NB: aldersgrænsen blev ophævet i den sidste del af projektperioden).
- Udsat for incest eller multiple overgreb (n= 29).

⁴ En gennemgang af skemaernes indhold følger i afsnittet "Anvendte skemaer".

- Manglende motivation (n= 7).
- Involveret i andet/andre behandlingstilbud (n= 4).
- Alvorlig systemproblematik (n= 9).
- Alkohol/stofmisbrug (n= 1).
- Afstand for stor (n= 4).
- Uoplyst (n= 2).

Yderligere 50 klienter er blevet ekskluderet efter den indledende visitationssamtale. Årsagerne hertil omhandler:

- Andre problematikker fylder mere end overgrebet (n= 9)
- Alkohol/stofmisbrug (n= 2)
- Manglende motivation (n= 5)
- Vurderes for sårbar til at profitere af behandling (n= 4)
- Alvorlig psykisk lidelse eller mistanke herom (n= 7)
- Kognitiv funktionsnedsættelse (n= 1)
- Udeblivelse og/eller manglende respons på henvendelse fra CfV (n= 4)
- Manglende erindringer om overgrebet (n= 1)
- Stor geografisk afstand (n= 2)
- Ingen undgåelsesadfærd (n= 3)
- Psykologisk bedring (n= 1)
- Overgår til anden behandlingsform hos CfV (fx EMDR; n= 8)
- Falsk anmeldelse (n= 1)
- Uoplyst (n= 2)

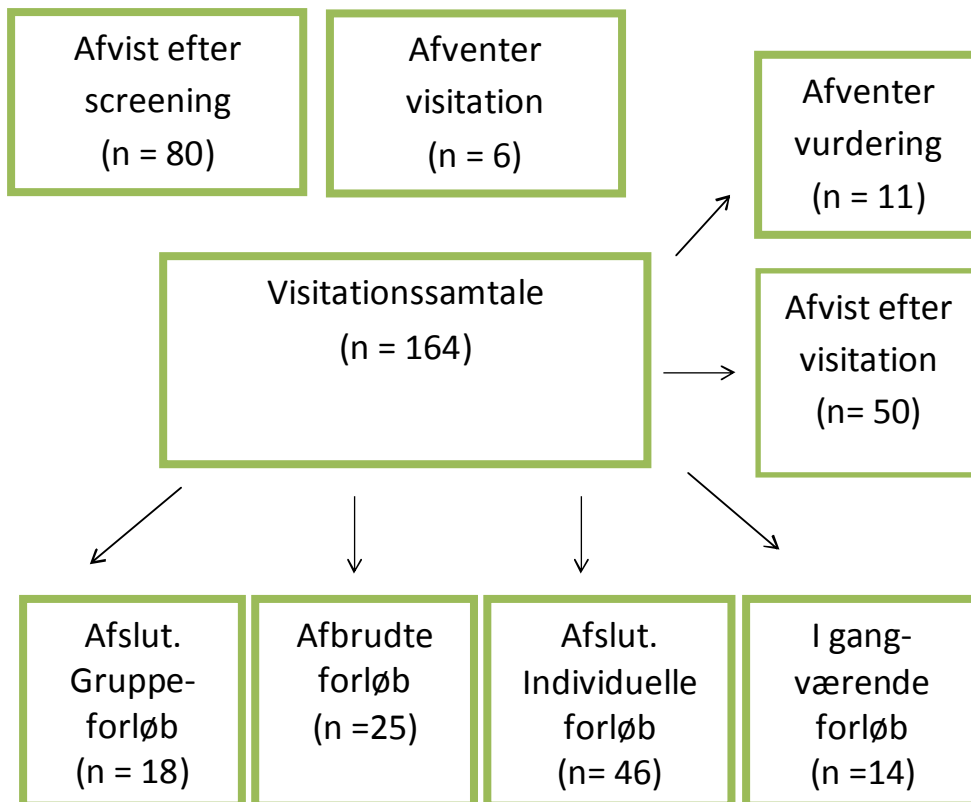
Endelig er 25 deltagere udgået undervejs i STEPS-forløbet. I **tabel 3** ses en oversigt over årsagerne til de afbrudte deltagerforløb.

Table 3 Oversigt over årsager til afbrydelse af deltagerforløb

Afbrudte klientforløb - årsager	
Alvorlig psykiatrisk lidelse eller mistanke herom (n= 6)	Psykologisk bedring (n= 1)
Klient melder fra pga. manglende overskud (n= 3)	Udeblivelse og manglende respons på henvendelse fra CfV (n= 5)
Klient plaget af andre problematikker end overgrebet (n= 2)	Udredning for somatiske symptomer (n= 1)
Alvorlig selvskaden/ selvmordsproblematik (n= 1)	Overgår til anden behandlingsform hos CfV (fx EMDR; n= 4)
Geografisk afstand fra bopæl til CfV for stor (n= 2)	

Sammenlagt har 64 klienter medio 2014 gennemført behandlingen enten som gruppeforløb eller som individuelt forløb. Herudover er 14 klienter pr. 18/8/14 i gang med STEPS-behandlingen, og der mangler afklaring i forhold til 11 klienters videre forløb. Yderligere 6 klienter afventer at komme til en visitationssamtale. I **figur 1** fremgår en oversigt over klientflowet i STEPS-programmet.

Figur 1 Klienternes flow gennem STEPS-programmet



Anvendte skemaer

Klienterne har løbende udfyldt selvrapporteringsskemaer bestående af en række demografiske spørgsmål samt specifikke oplysninger omkring klientens tidligere psykiske tilstand og traumer. Klienten er ligeledes blevet adspurgt om en række faktorer forbundet med overgrebet. Den resterende del af spørgeskemaet omhandler psykologiske og sociale forhold, og belyses ved hjælp af de standardiserede spørgeskemaer præsenteret i **tabel 4**. Bemærk at kolonnen til højre i tabellen indeholder oplysninger om hvilke spørgeskemaer, klienterne har udfyldt på de forskellige måletidspunkter.

Table 4 Oversigt over standardiserede måleredskaber udfyldt af STEPS-deltagerne

Belastningskriterier	Måleredskab	Forkortelse	Skema
Traumatisering – Posttraumatisk stressforstyrrelse (genoplevelser, undgåelse og vagtsomhed)	Harvard Trauma Questionnaire	HTQ	Visitation Før behand. Efter behand. ½ år follow-up 1 år follow-up*
Angst, depression	Hopkins Symptom Checklist	HSCL	Visitation Før behand. Efter behand. ½ år follow-up
Negativ affektivitet, somatisering	Trauma Symptom Checklist	TSC	Visitation Før behand. (udgået undervejs) Efter behand. ½ år follow-up 1 år follow-up*
Mestringsstrategier (problemløsende, emotionel, distancerende, undgående)	Coping Style Questionnaire	CSQ	Visitation Efter behand. ½ år follow-up
Social støtte (familie, venner, signifikant anden)	Multidimensional Scale of Perceived Social Support	Zimet	Visitation Efter behand. ½ år follow-up
Tanker om seksuel vold	Utrecht Cognition Scale	Utrecht	Visitation Efter behand. ½ år follow-up
Kontrol, selvværd, mestring af overgreb	Visual Analog Scale	VAS	Visitation Efter behand. ½ år follow-up
Kognitiv attribuering	Cognitive Attributions	CA	Visitation Efter behand. ½ år follow-up

Det er vigtigt at bemærke, at der på nuværende tidspunkt kun forefindes 1års follow-up data på symptommålene omhandlende PTSD, negativ affektivitet og somatisering. Dette skyldes, at de resterende symptom mål oprindeligt ikke var medtaget i 1års-målingen. Dette er dog ændret undervejs i behandlingsprojektet, hvorfor data omhandlende disse symptom mål vil være tilgængelige, når alle deltagere er afsluttede i projektet.

Harvard Trauma Questionnaire (HTQ; Mollica et al., 1992) er et enkelt og pålideligt screeningsinstrument, som er kulturelt sensitivt, har god indre og ydre validitet og er dermed meget præcist i sin forudsigelse af PTSD. I nærværende undersøgelse udviser HTQ en god reliabilitet for den totale skala ($\alpha = 0,84$).

Skemaet består af i alt 31 spørgsmål. De første 16 afspejler de diagnostiske kriterier for PTSD, og dækker dermed de tre hoveddimensioner af PTSD: invasion, undgåelse og forhøjet vagtsomhed. Svarene angives på en 4-punkts Likert-skala, der spænder over svarmulighederne: "For det meste", "noget af tiden", "sjældent" og "overhovedet ikke". Den samlede HTQ-score udregnes som den samlede score på de første 16 spørgsmål, og kan ses som et udtryk for PTSD-sværhedsgraden.

The Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL) er et bredt anerkendt screeningsredskab udviklet af Rickels, Garcia, Lipman et al. (1976) på baggrund af det oprindelige HSCL-skema udviklet i 1950'erne af Parloff, Kelman og Frank (1954). HSCL består af 25 spørgsmål, der måler angst- og depressionssymptomer på en 4 punkts Likert-skala fra 1 "slet ikke" til 4 "ekstremt meget". Der er påvist god reliabilitet og validitet for spørgeskemaet (Nettelbladt, Hansson, Stefansson, Borgquist, & Nordström, 1993), hvor HSCL i denne undersøgelse udviser god reliabilitet for angst ($\alpha = 0,88$) og depression ($\alpha = 0,86$).

Trauma Symptom Checklist (TSC) er udviklet af Briere & Runtz (1989). De 35 spørgsmål, som skemaet består af, måler forekomsten af depression, angst, dissociation, søvnproblemer, somatisering, samspilsproblemer og aggression. Svarene angives på en 4-punkts Likert-skala fra: "nej", "ja - nogle gange", "ja - ofte" til "meget tit". TSC har gode psykometriske kvaliteter og ser ud til at være et validt måleredskab for virkningerne af traumatisering (Elklit, 1990, 1994). I STEPS-spørgeskemaerne er der udvalgt to skalaer fra TSC'en omhandlende negativ affektivitet og somatisering, der totalt set udviser god reliabilitet ($\alpha = 0,87$).

Coping Style Questionnaire (CSQ; Roger, Jarvis & Najarian, 1993; Elklit, 1996) måler anvendelsen af forskellige mestringsmetoder. De i alt 37 spørgsmål kan inddeles i fire

forskellige mestringsmetoder: rationel mestring (11 spørgsmål), følelsesmæssig mestring (10 spørgsmål), distancerende mestring (6 spørgsmål) og undgående mestring (10 spørgsmål). Svarene angives på en 4-punkts Likert-skala, som spænder over svarmulighederne: "altid", "ofte", "nogle gange" og "aldrig". Elklit (1996) har efterprøvet CSQ og viser gennem en faktoranalyse, at der er problemer med de spørgsmål, der oprindeligt indgik i faktoren "distancerende coping". Han foreslår, at man anvender de spørgsmål, der har en høj faktorladning i begge af de ovennævnte undersøgelser. I nærværende undersøgelse svinger reliabiliteten for det enkelte skalaer fra $\alpha = 0,56$ og $\alpha = 0,59$ for undgående og distanceret coping til $\alpha = 0,80$ og $\alpha = 0,87$ for henholdsvis emotionel og rationel coping.

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet) er udviklet af Zimet, Dahlem, Zimet og Farley i 1988. Spørgeskemaet består af 12 spørgsmål omhandlende oplevelsen af social støtte fordelt på tre subskaler i forhold til signifikant anden, familie og venner. Spørgsmålene bygger på en 7-punkts Likert-skala, hvor 1 repræsenterer "Meget uenig", 4 repræsenterer "Hverken enig eller uenig" og 7 svarer til "Meget enig". Der er påvist god reliabilitet og validitet for skemaet i udenlandske undersøgelser (Canty-Mitchell, & Zimet, 2000), hvilket også gælder i denne undersøgelse ($\alpha = 0,92$ til $\alpha = 0,95$).

Utrecht er et spørgeskema, der måler ofrets negative tanker om sig selv og andre efter det seksuelle overgreb. Skemaet består af 27 spørgsmål, der scores på en 1-5 points Likert-skala, hvor 1 indikerer "ikke sandt" og 5 indikerer "helt sandt". Maksimumscoren er 135 og minimumscoren er 27, og jo højere en score, jo mere negative er tankerne omkring selv og andre. Spørgsmålene knytter sig til temaer omhandlende andre menneskers farlighed, ofrets skyld i relation til overgrebet samt overgrebets indvirkning på ofrets livsførelse. Skemaets reliabilitet er i nærværende undersøgelse god ($\alpha = 0,89$).

Visual Analog Scale (VAS) anvendes i STEPS-programmet til at måle klienternes tanker omkring kontrol, selvværdsfølelse og mestring af selve overgrebet. De tre spørgsmål scores på et kontinuum, hvor klienten sætter kryds på en linje, hvor den ene ende eksempelvis repræsenterer "Jeg klarede overgrebet rigtig godt" og den anden "Jeg synes ikke, at jeg klarede overgrebet særlig godt". Linjen scores fra 0 til 100, hvor 0 indikerer det mest positive svar og 100 indikerer det mest negative svar. Spørgsmålene er specifikt designet til nærværende forskningsprojekt, men VAS anvendes ofte også til måling af smerteintensitet hos patienter (Jensen & Karoly, 2001). Reliabiliteten af VAS spørgsmålene er i denne undersøgelse i den lave ende ($\alpha = 0,59$).

Spørgeskemaet omhandlende kognitiv attribuering er sammensat af to separate skalaer udviklet af henholdsvis Downey, Silver og Wortmans i 1990 og McIntosh, Silver og Wortmans i 1993. Den første skala består af 13 spørgsmål omhandlende klientens attributioner i forbindelse med overgrebet, der angives på en 5-punkts Likert-skala fra 1 "Nej, aldrig" til 5 "Ja, hele tiden/meget". Den anden skala består af 6 spørgsmål omhandlende klientens kognitive bearbejdning af overgrebet. Svarene angives på en 5 punkts Likert-skala fra 1 "Meget vage/aldrig" til 5 "Meget levende/hele tiden". Begge skalaer har udvist tilfredsstillende reliabilitet og validitet.

Demografiske og specifikke oplysninger

Center for Voldtægts ofre har registret en række demografiske- og specifikke oplysninger på de ofre, der er blevet henvist til en indledende visitationssamtale. I forhold til de specifikke oplysninger omhandler disse ofrenes tidligere kontakt med professionel psykologisk hjælp, psykiske vanskeligheder, henvisende instans samt det behandlingstilbud, som de har modtaget hos CfV.

Fra 2011 til 2014 har 158 ofre deltaget i en visitationssamtale i STEPS-programmet; dog mangler der på nuværende tidspunkt registreringsoplysninger på omtrent 38 af disse henvendelser⁵, ligesom nogle af oplysningerne kun er udfyldt af ca. halvdelen af gruppen. I **tabel 5** fremgår fordelingen af henvendelser pr. år.

Tabel 5 Henvendelsesfordeling

Oversigt over henvendelsesfordelingen (n= 120)		
	Antal henvendelser	Procentfordeling
2011	27	23 %
2012	44	37 %
2013	45	38 %
2014	4*	3 %

* Mange af de klienter, der har henvendt sig til CfV i løbet af 2014, er fortsat involverede i STEPS-forløb, hvorfor de ikke er medregnet i denne statistik.

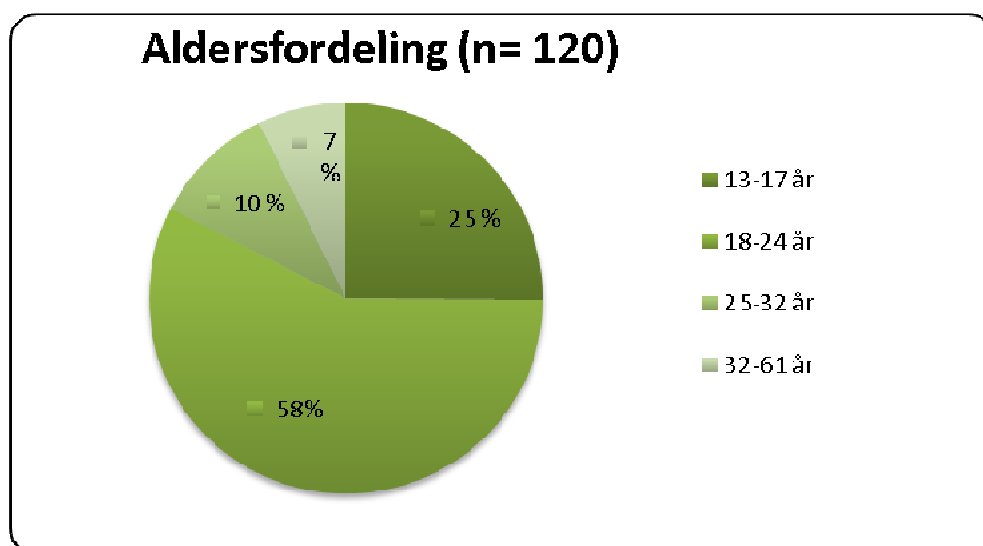
⁵ Disse forløb er endnu ikke afsluttede, hvorfor der ikke er indsamlet registreringsoplysninger på disse klienter.

Ofrene henvender sig i gennemsnit 48,75 (rækkevidde: 1-240; median= 24) måneder eller godt og vel 4 år efter overgrebet har fundet sted, hvorfor mange af ofrene således har levet med overgrebet og eventuelle reaktioner i flere år.

Aldersfordeling og køn

Gennemsnitsalderen for ofrene er 21,53 år (SD: 7,39), hvor den yngste er 13 år og den ældste er 61 år. Størstedelen (n= 69; 58 %) af ofrene er mellem 18-24 år, mens 25 % (n= 30) af ofrene er piger i alderen 13-17 år. I **figur 2** fremgår en oversigt over aldersfordelingen.

Figur 2 Ofrenes procentvise aldersfordeling

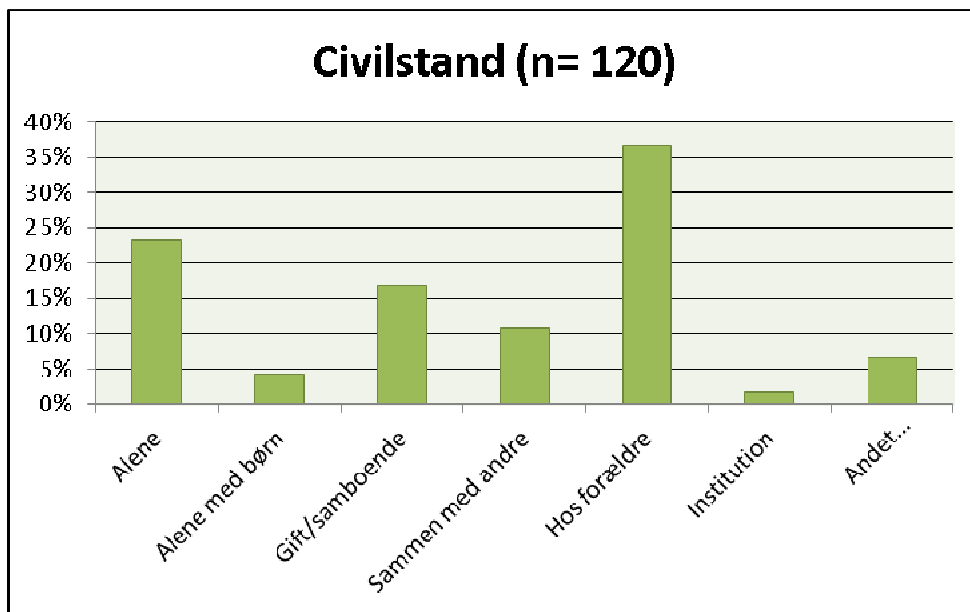


I relation til kønsfordeling er alle ofrene, på nær én mand, unge piger eller kvinder.

Civilstand

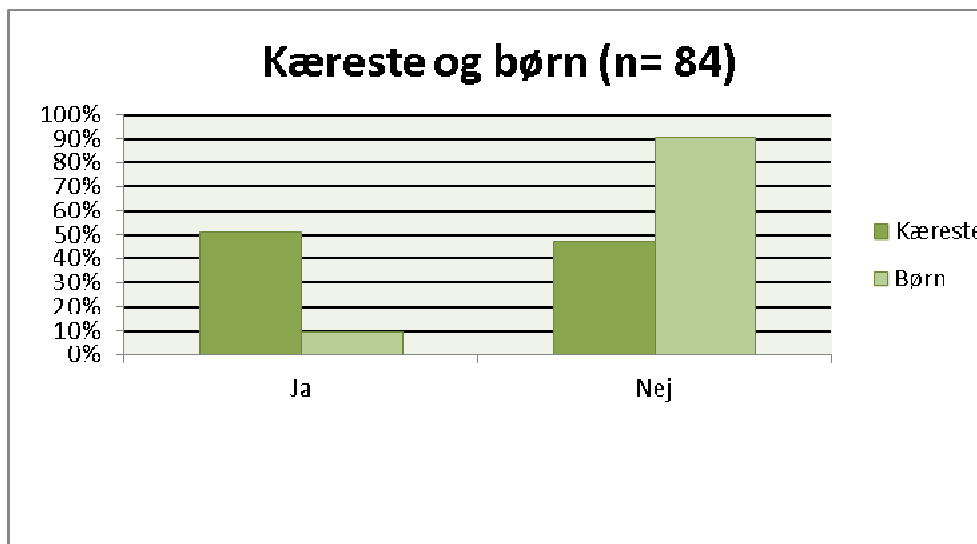
I relation til civilstand tegnes et billede, der er i tråd med den lave gennemsnitsalder for ofrene, idet mange af dem (n= 44; 37 %) bor hos deres forældre. Herudover er 17 % (n= 20) gift/samboende med en partner, ligesom 17 % (n= 13) bor sammen med andre. Ligeledes er 10 (8 %) ofre bosat på institution (n= 2; 2 %) eller efterskole/højskole (n= 8; 7 %). De resterende ofre bor enten alene (n= 28; 23 %) eller alene med børn (n= 5; 4 %). I **figur 3** ses den specifikke fordeling i civilstand.

Figur 3 Procentvis fordeling af ofrenes civilstand



Ofrene (n= 84) har ligeledes oplyst, om de har kæreste og børn, hvortil 48 % (n= 43) svarer, at de har en kæreste. Herudover har 10 % (n =8 af 83) af ofrene børn. I **figur 4** fremgår fordelingen af ofre med henholdsvis kæreste og børn.

Figur 4 Oversigt over procentandel af ofre med kæreste og børn

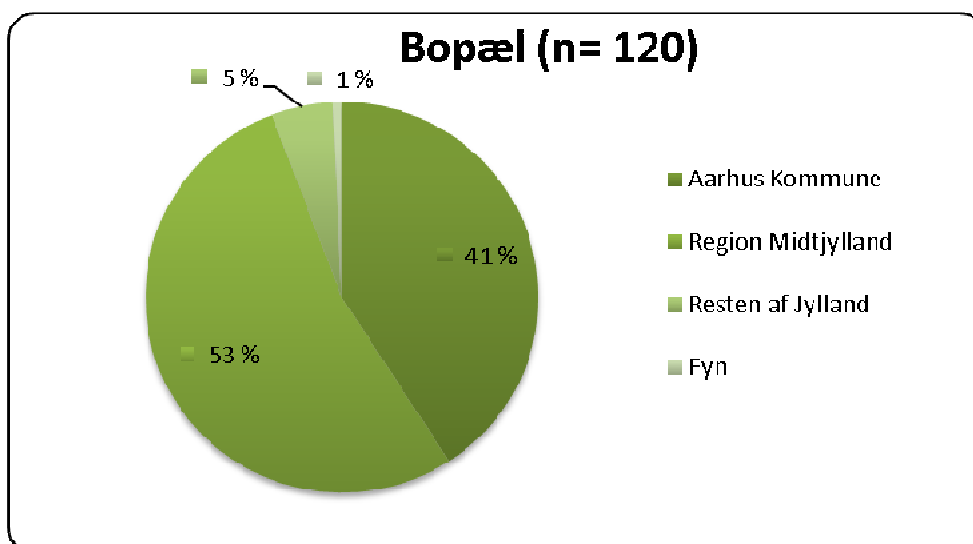


Bopæl og fødeland

På trods af at STEPS udbydes til voldtægts ofre i hele Jylland og på Fyn er langt de fleste af ofrene bosat i Region Midtjylland (n= 113; 94 %) herunder 41 % (n= 49) i Aarhus Kommune. De resterende 6 % (n= 7) kommer enten fra Fyn eller resten af Jylland. I **Figur 5** fremgår ofrenes bopælsfordeling i procent.

Desuden har 84 ofre opgivet information omkring deres fødeland, hvoraf det fremgår, at syv ofre svarende til 8,3 procent er født i et andet land end Danmark og de resterende 92 % (n= 77) er født i Danmark. Ligeledes har to ofre (1 %) et andet statsborgerskab end dansk, hvortil de resterende 98 % (n= 82) har dansk statsborgerskab.

Figur 5 Ofrenes bopælsfordeling i procent



Beskæftigelse

Grundet den lave gennemsnitsalder for ofrene er størstedelen af dem under uddannelse (n= 80; 66,7 %) fremfor i arbejde (n= 13; 10 %). Det fremgår desuden, at de (n= 80) i gennemsnit har gennemgået 12,1 års uddannelse (SD: 2,82; rækkevidde: 3-19). Herudover er knap en fjerdedel (n= 27; 23 %) af dem enten arbejdsløse eller på anden vis uden for arbejdsmarkedet. I **tabel 6** fremgår en oversigt over ofrenes beskæftigelsesforhold.

Tabel 6 Oversigt over ofrenes beskæftigelsesforhold

Beskæftigelsesforhold (n= 120)		
	Antal	Procentfordeling
I arbejde	13	10 %
Under uddannelse	80	67 %
Arbejdsløs	16	13 %
Andet (langtidssygemelding, revalidering mm.)	11	9 %

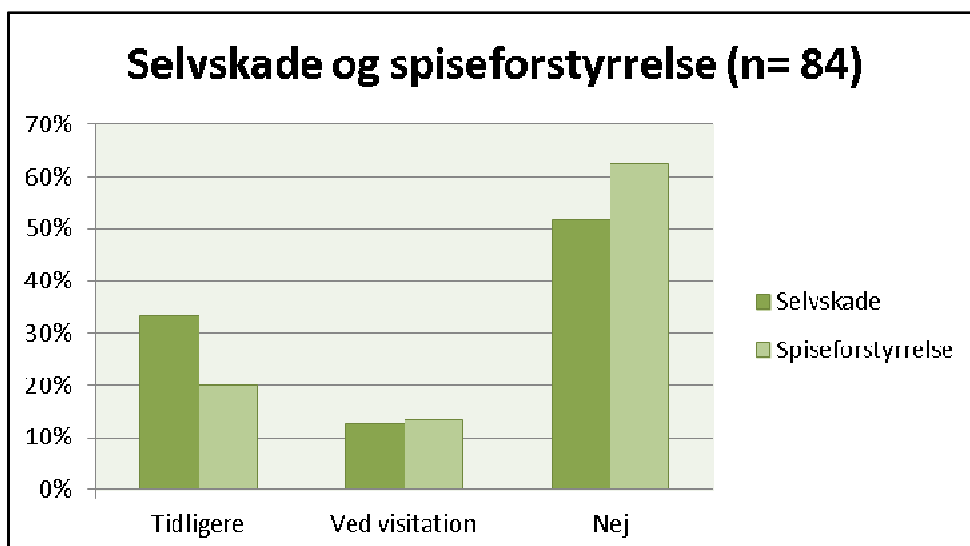
Selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser

Det fremgår af ofrenes oplysninger, at knap halvdelen af dem (n= 55; 46 %) tidligere eller ved første kontakt med centret udviste selvskadende adfærd i form af eksempelvis cutting.

Herudover har 20 % (n= 24) lidt af enten under- eller overspisning på et tidligere tidspunkt i deres liv, og 13 % havde stadig en spiseforstyrrelse (n= 16) ved første kontakt med STEPS. I

figur 6 vises en procentfordeling af ofrenes selvskadende adfærd/spiseforstyrrelser.

Figur 6 Frekvensfordeling af ofrenes selvskadende adfærd og spiseforstyrrelse



Tidligere kontakt med psykolog/psykiater

De fleste af ofrene (n= 75; 66 %) har også tidligere fået professionel hjælp af enten psykolog, psykiater, psykiatrisk hospital eller andet psykologisk tilbud eller en kombination af disse. Det fremgår eksempelvis, at 38 % (n= 44) af ofrene tidligere har fået hjælp af en psykolog, og at 13 % (n= 15) har været i kontakt med både psykolog, psykiater og psykiatrisk hospital. Den høje forekomst af professionel, psykologisk hjælp vidner imidlertid om, at gruppen generelt er en hårdt belastet gruppe af individer. I **tabel 7** ses en oversigt over den hjælp, som ofrene tidligere har modtaget.

Tabel 7 Frekvensfordeling af ofrenes tidligere kontakt med professionel hjælp

Tidligere kontakt (n= 114)		
	Antal	Procentfordeling
Ingen	36	32 %
Psykolog	44	38 %
Psykiatrisk hospital	4	3 %
Psykolog og psykiater	6	5 %
Psykolog, psykiater og psykiatrisk hospital	15	13 %
Andet	3	3 %
Tidligere forløb ved CfV	3	3 %
Uoplyst	3	3 %

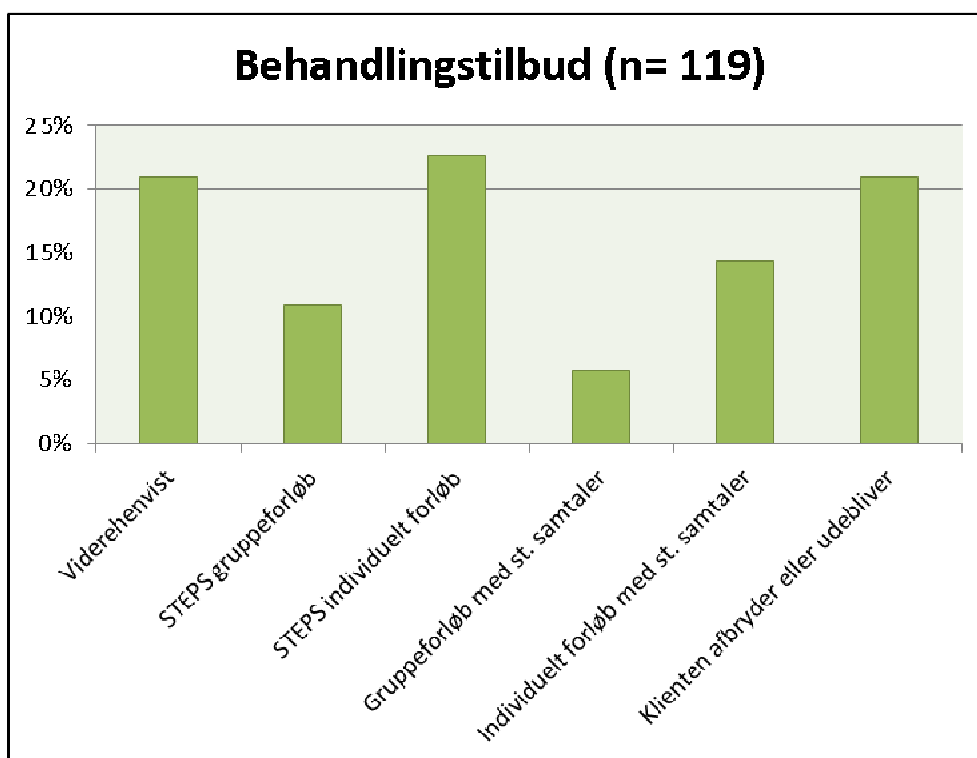
STEPS-behandlingstilbud

Ikke alle ofre i berøring med STEPS-programmet endte med at gennemføre behandlingsprogrammet. Der findes specifikke registreringer på 119 ofre, hvoraf 25 (21 %) efter visitationssamtalen blev viderehenvist til et andet tilbud. Tilbuddene drejede sig oftest om hjælp fra enten psykiater, psykiatrisk hospital, socialforvaltning eller anden psykoterapeutisk behandling. Herudover valgte yderligere 25 klienter (21 %) at udeblive fra STEPS-behandlingen eller afbryde forløbet undervejs.

Af de resterende klienter der gennemførte behandlingsforløbet, deltog 23 % (n= 27) af dem i et individuelt STEPS-forløb, mens 11 % (n= 13) deltog i et gruppeforløb. Herudover deltog

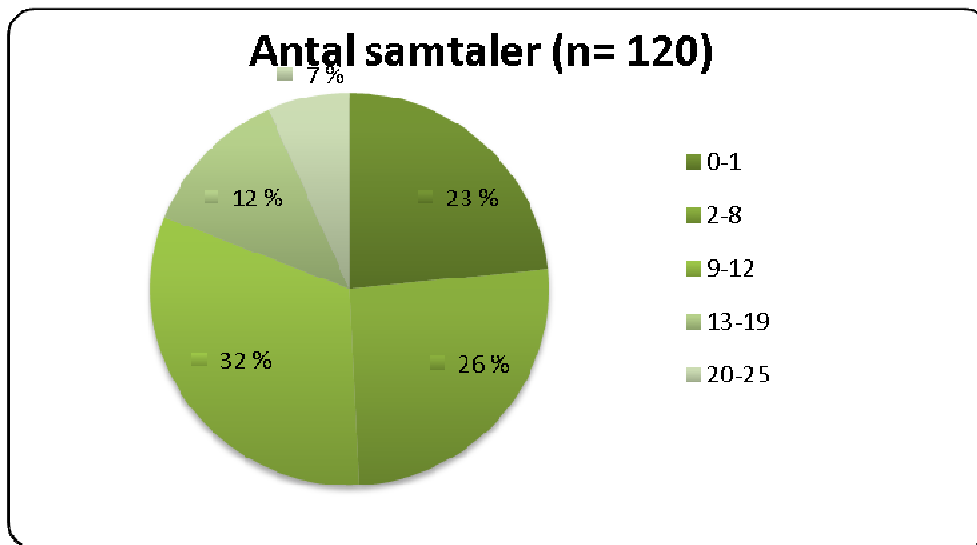
resten af klienterne i variationer af enten et individuelt forløb (n =17; 14 %) eller gruppeterapeutisk forløb (n= 7; 6 %), hvor klienterne deltog i én eller flere individuelle, støttende samtaler med deres terapeut, der lå udover selve behandlingsforløbet. Fokus for disse ekstraordinære samtaler var på at styrke klienten i et sådant omfang, at hun kunne gennemføre selve STEPS-behandlingen. Der mangler information om fem klienters behandlingstilbud (4 %). **Figur 7** viser fordelingen af klienter i forhold til de forskellige behandlingstilbud.

7 Procentfordeling i forhold til klienternes behandlingstilbud



Et standardforløb i STEPS er sammenlagt 11 samtaler foruden opfølgningssamtalerne. I **figur 8** ses den totale fordeling af klienternes samtaler i procent.

Figur 8 Procentfordeling i forhold til klienternes samtaler



Henviser

Ofrene er blevet henvist til CfV af mange forskellige instanser, men godt og vel halvdelen (n= 38; 32 %) er enten henvist fra CfV's Fælles AKUT AFdeling ved Aarhus

Universitetshospital/krisecentre/gynækologisk afdeling mm., eller har selv fundet vej til CfV via internettet (n= 24; 20 %). I **tabel 8** fremgår en frekvensfordeling over ofrenes forskellige henvisningsinstanser.

Tabel 8 Frekvensfordeling over ofrenes henvisningsinstanser

Veje til CfV (n= 120)		
	Antal	Procentfordeling
Praktiserende læge	18	15 %
Politi	4	3 %
Center for Selvmordsforebyggelse	1	1 %
Privatpraktiserende psykologer	2	2 %
Uddannelsessted	12	10 %
Internettet	24	20 %
Andet (skadestue, hospital, krisecentre)	44	37 %
Klient fra CfV	5	4 %
Ikke oplyst	10	8 %

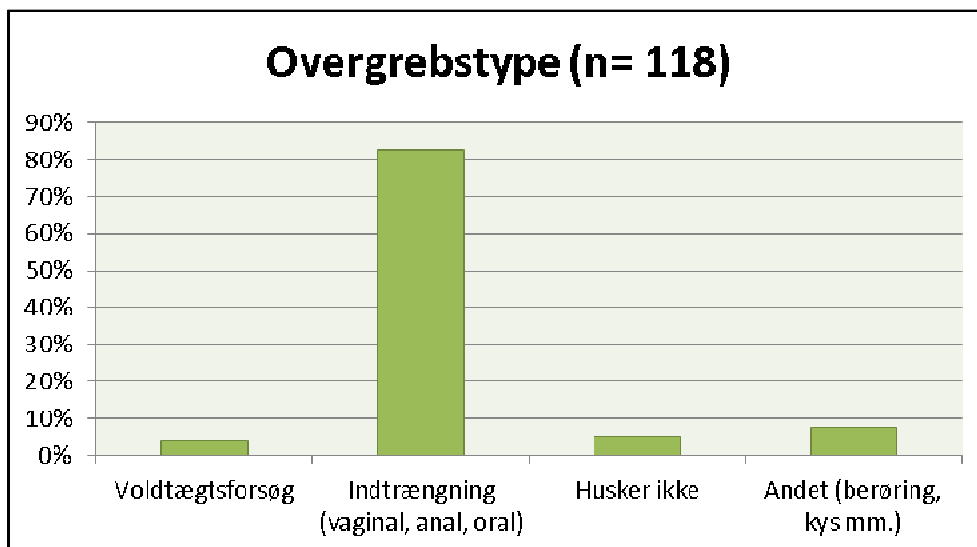
Overgrebsrelaterede oplysninger

CfV har registreret en række overgrebsrelaterede oplysninger på ofrene. Disse oplysninger omhandler overgrebets karakter, gerningsmanden, gerningsstedet, politianmeldelse, modstand og påvirkningsgrad under overgrebet samt hvem deltagerne først valgte at fortælle om overgrebet.

Overgrebstype

Langt størstedelen af ofrene (n= 97; 82 %) har været udsat for voldtægt i form af vaginal, oral eller anal indtrængning. Herudover er 8 % (n= 9) blevet udsat for kys, berøring eller andre former for seksuel krænkelse, mens 4 % (n= 5) har været udsat for et voldtægtsforsøg. En lille andel af ofrene (n= 6; 5 %) har ingen erindring om, hvilken type overgreb, de har været udsat for. I **figur 9** findes en oversigt over hvilke typer af overgreb, som ofrene har været udsat for.

Figur 9 Procentfordeling af typer af overgreb



Typer af tvang

Ofrene har under overgrebene oplevet forskellige typer af tvang fra gerningsmanden/-mændene, hvoraf den mest almindelig er fysisk fastholdelse. I 59 tilfælde oplevede ofrene at blive fysisk fastholdt under overgrebet svarende til 50 % af den samlede gruppe. Herudover har 14 % (n= 16) af ofrene følt sig truet af gerningsmandens adfærd, ligesom 9 % (n= 11) har oplevet fysisk vold under overgrebet. I **tabel 9** ses en oversigt over de typer af tvang, som

ofrene har været udsat for under overgrebene. Bemærk, at den enkelte har kunnet være udsat for flere typer tvang, hvorfor det samlede antal af respondenter ikke stemmer overens med antallet af besvarelser.

Table 9 Oversigt over typer af tvang under overgreb

Typer af tvang (n= 119)		
	Antal	Procentfordeling
Verbale trusler	14	12 %
Truende adfærd	16	13 %
Fastholdelse	59	50 %
Vold	11	9 %
Trusler med genstand	3	3 %
Klient hensat i tilstand hvor modstand ikke muligt	20	17 %
Flere af ovenstående	27	23 %
Ikke oplyst	17	14 %

Modstand under overgrebet

Ofrene har på forskellig vis forsøgt at modstå overgrebet ved eksempelvis at udvise verbal modstand (n= 29; 24 %), forsøge at komme væk fra gerningsmanden (n= 23; 19 %) eller græde (n= 15; n= 13 %), mens godt og vel en tredjedel af ofrene (n=43; 36 %) har forsøgt at gøre modstand på flere forskellige måder. Det er almindeligt kendt, at mange voldtægts ofre lammes under overgrebet grundet automatiske og stærke overlevelseselementer. Dette er ligeledes tilfældet for 10 % (n= 12) af ofrene, der har følt sig fuldstændig lammet i overgrebssituationen, ligesom det sandsynligvis også er tilfældet for de 6 % (n= 7), der ikke gjorde modstand under overgrebet. En andel af ofrene (n= 13; 11 %) har ligeledes været så påvirkede af alkohol eller stoffer i overgrebssituationen, at de har været ude af stand til at gøre modstand mod gerningsmanden. I **table 10** ses en fuldstændig oversigt over ofrenes forskellige måder at gøre modstand på under overgrebene. Bemærk, at der har været flere svarmuligheder, hvorfor det samlede antal af respondenter ikke stemmer overens med antallet af besvarelser.

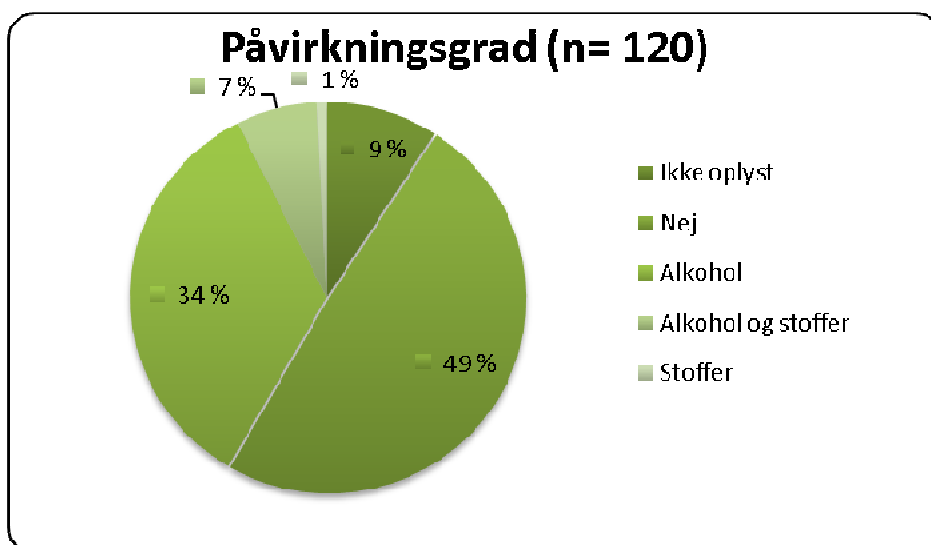
Tabel 10 Frekvensfordeling i forhold til deltagernes modstand under overgrebene

Modstand under overgreb (n= 119)		
	Antal	Procentfordeling
Verbal modstand	29	24 %
Gråd	15	13 %
Prøvede at komme væk	23	19 %
Fysisk modstand	9	8 %
Lammet af frygt	12	10 %
Ingen modstand	7	6 %
Bevidstløs	2	2 %
Husker ikke	5	4 %
Ingen mostand pga. påvirkning af alkohol/stoffer	13	11 %
Flere af ovenstående	43	36 %
Ikke oplyst	17	14 %

Ofrenes påvirkningsgrad

Ligesom mange andre undersøgelser af voldtægts ofre viser tallene fra dette projekt også, at en stor andel af ofrene var under påvirkning af især alkohol, men også i nogle tilfælde stoffer, da overgrebene fandt sted. Samlet set oplyser 41 ofre, at de var alkoholpåvirkede under overgrebet svarende til 34 % af dem alle. Ligeledes oplyser 7 % (n= 8) af de ramte, at de var påvirkede af både alkohol og stoffer under overgrebet, ligesom ét offer (1 %) alene var påvirket af stoffer. De resterende ofre var enten ikke påvirkede af alkohol/stoffer (n= 59; 49 %), eller har ikke oplyst informationer om påvirkningsgrad (n= 11; 9 %). **Figur 10** viser en frekvensfordeling af ofre påvirkede af alkohol/stoffer under overgrebet.

Figur 10 Ofrenes påvirkningsgrad under overgrebene



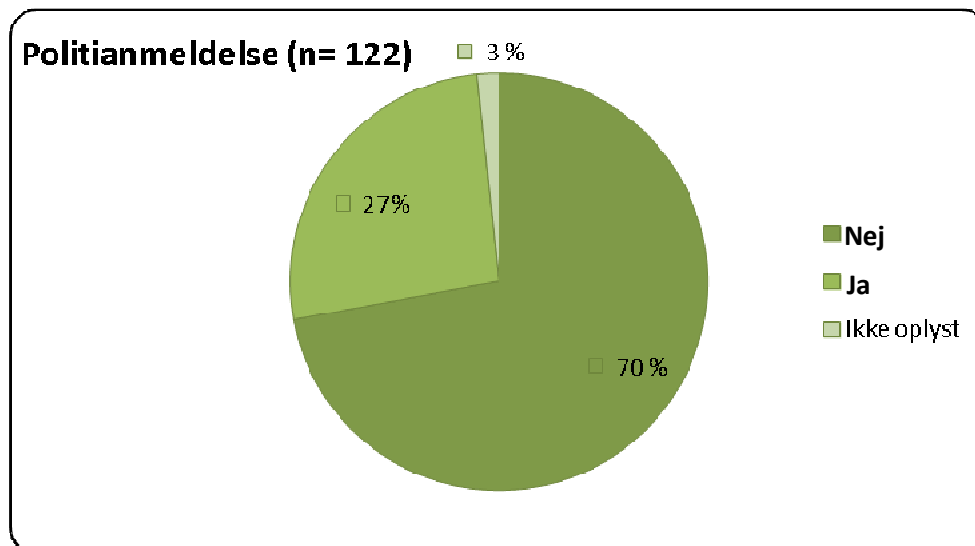
Ofrenes påvirkningsgrad må i dette tilfælde ikke forveksles med mistanken om drug-rape, idet de ramte af egen fri vilje har indtaget alkoholen/stofferne. I relation til drug-rape mistænker kun otte (7 %) ud af 120 respondenter, gerningsmanden for at have bedøvet dem med stoffer.

Der er desværre ingen tilgængelige data på gerningsmændene i STEPS-programmet, men med udgangspunkt i tal fra Det Kriminalpræventive Råd (Laursen, Balvig, Madsen, Martinussen & Sidenius, 2009) er det er meget sandsynligt, at en stor andel af dem ligeledes var under påvirkning af stoffer/alkohol, da overgrebene fandt sted. I mange tilfælde medvirker påvirkningsgraden blandt ofre og gerningsmænd som risikofaktor i forhold til forekomsten af seksuelle overgreb. Dette kan muligvis forklares ved, at grænsesætningen hos begge parter svækkes, således at ofret får sværere ved at passe på sig selv, og gerningsmanden får sværere ved at bedømme og respektere ofrets grænser.

Anmeldt til politiet

Tidligere undersøgelser viser, at anmeldelsesraten blandt voldtægts ofre er meget lav i forhold til andre typer af forbrydelser (Balvig & Kyvgaard, 2009), og dette gør sig ligeledes gældende for de adspurgte respondenter. I alt har 32 ud af 122 ofre anmeldt det seksuelle overgreb til politiet, hvilket svarer til 27 % af den samlede gruppe. Ud af disse anmeldelser er langt størstedelen (n= 30; 25 %) sket før henvendelse hos CfV. Samlet set har 86 ofre undladt at anmelde overgrebet, hvilket svarer til 70 % af hele gruppen. I **figur 11** vises procentfordelingen af ofre med og uden anmeldelse.

Figur 11 Procentfordeling af respondenter med og uden politianmeldelse



Ofrene er, i de tilfælde hvor de ikke har anmeldt overgrebet, blevet spurgt om årsagen til, at de ikke har anmeldt. Her siger 10 % (n= 11) at de ikke vil blive mindet om overgrebet, ligesom 6 % (n= 7) er bange for sociale konsekvenser, hvis overgrebet kommer frem. Nogle ofre (n= 8 %) har ligeledes en oplevelse af, at det var deres egen skyld, at overgrebet skete, hvorfor de ikke anmelder det til politiet. I **tabel 11** fremgår de forskellige årsager til, at klienterne ikke har anmeldt overgrebet.

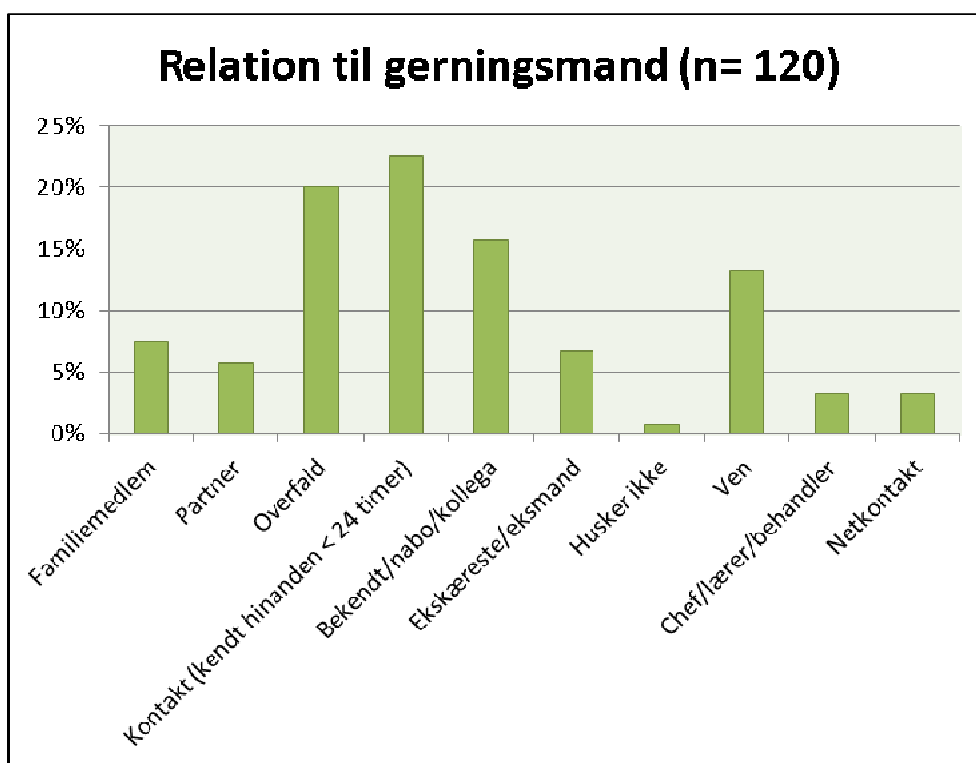
Table 11 Oversigt over årsager til manglende politianmeldelse

Årsager til manglende politianmeldelse (n= 116)		
	Antal	Procentfordeling
Ikke oplyst	31	27 %
Har anmeldt	31	27 %
Oplevelse af egen skyld	7	6 %
Frygt for repressalier	3	3 %
Frygt for sociale konsekvenser	7	6 %
Har ikke tillid til retssystem	1	1 %
Vil ikke konfrontere gerningsmand	2	2 %
Vil ikke blive mindet om overgreb	11	10 %
Kan ikke overskue en retssag	4	3 %
Forsøgt at anmelde men blev afvist	4	3 %
Andet	15	13 %

Gerningsmanden

Undersøgelser viser (Balvig, & Kyvgaard, 2009), at voldtægtsfret ofte kender sin gerningsmand i forvejen, hvilket også gør sig gældende for respondenterne i STEPS-projektet. Samlet set var gerningsmanden ukendt for ofret i kun 1 ud af fem tilfælde svarende til 20 % (n= 24) af klienterne. For 23 % (n= 27) af ofrene var gerningsmanden en person de havde mødt indenfor de sidste 24 timer typisk i byen eller til en fest. Herudover var gerningsmændene ofte også bekendte/naboer/kolleger (n= 19; 16 %) eller venner (n= 16; 13 %). I **figur 12** ses en oversigt over relationen mellem offer og gerningsmand.

Figur 12 Oversigt over ofrets relation til sin gerningsmand

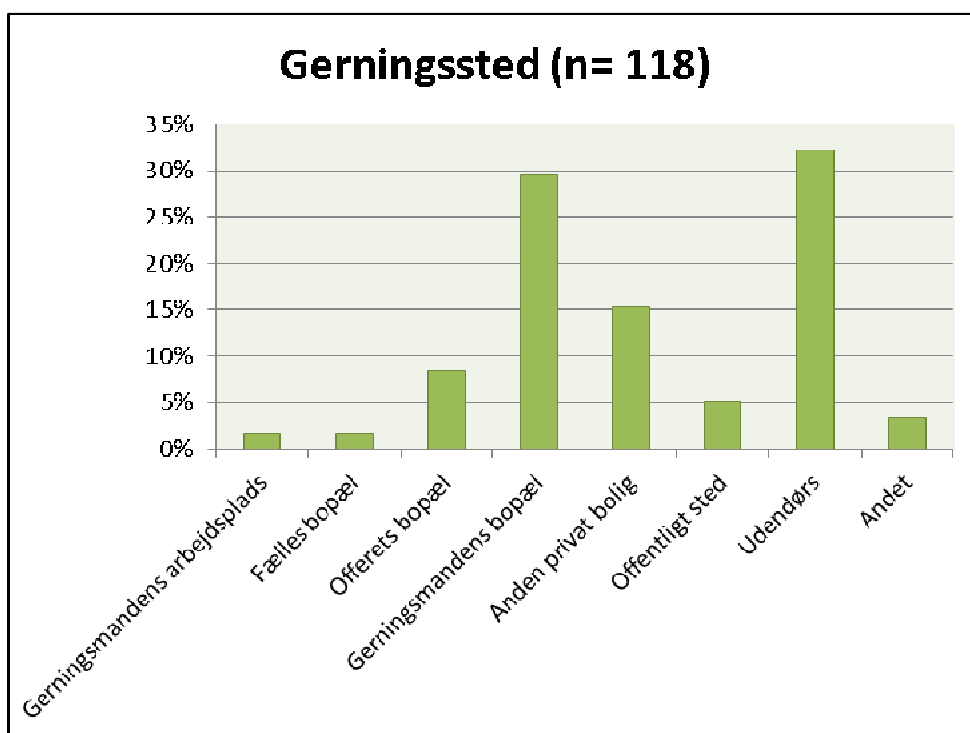


Langt de fleste af ofrene beretter om en enkelt gerningsmand i forbindelse med overgrebet, hvilket totalt set drejer sig om 85 % (n=101) af respondenterne. I syv tilfælde (6 %) har der været to gerningsmænd involveret i overgrebet, og det samme gør sig gældende for tre gerningsmænd, der ligeledes har været involveret i syv af ofrenes overgreb (6 %). I to overgrebssituationer har der været henholdsvis fire (1 %) og fem (1 %) gerningsmænd involveret.

Gerningssted

Overgrebene er for flertallet af ofre sket enten udendørs (n= 38; 32 %), på gerningsmandens bopæl (n= 35; 30 %) eller i en anden privat bolig (n= 18; 15 %). Dette stemmer overens med det forhold, at offer og gerningsmanden ofte kender hinanden i forvejen, og at seksuelle overgreb i langt de fleste tilfælde ikke bliver begået af fremmede mænd på gader og i gyder i ly af mørket. I **figur 13** ses en frekvensfordeling i forhold til gerningssteder.

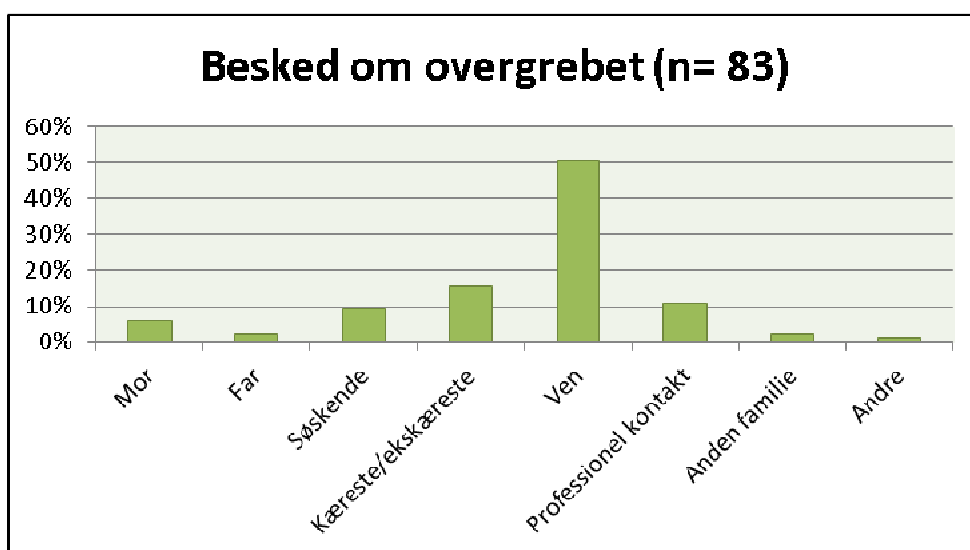
Figur 13 Frekvensfordeling i relation til gerningssted



Besked om overgrebet

Lidt mere end halvdelen (n= 42; 51 %) af respondenterne valgte i første omgang at fortælle om overgrebet til en ven. Herudover valgte 16 % (n= 13) af ofrene at fortælle om overgrebet til en kæreste/ekskæreste, mens 11 % (n= 9) fortalte en professionel kontakt f.eks. en pædagog eller lærer om overgrebet. I **figur 14** ses en opgørelse over de mennesker, som ofrene i første omgang valgte at fortælle om overgrebet.

Figur 14 Oversigt over hvem ofrene først valgte at fortælle om overgrebet



Opsamling

Respondenternes i STEPS-projektet har mange demografiske og overgrebsrelaterede ting tilfælles med andre undersøgte grupper af voldtægts ofre i Danmark.

Ofrene er relativt unge med en gennemsnitsalder på 22 år, de er født i Danmark, de er under uddannelse, de bor ofte fortsat hos deres forældre eller sammen med andre, og størstedelen af dem har ingen børn. Op mod 70 % af ofrene har på et tidligere tidspunkt modtaget professionel hjælp af psykologisk karakter, hvilket vidner om en, psykologisk set, meget sårbar og belastet gruppe af unge kvinder. Dette underbygges endvidere af, at næsten halvdelen respondenterne på et tidspunkt i deres liv har udvist selvskadende adfærd, ligesom en femtedel af dem har været/er ramt af en spiseforstyrrelse.

Over 80 % afrene har været udsat for vaginal, anal eller oral voldtægt, hvoraf langt de fleste kendte deres gerningsmand i forvejen. Overgrebene har typisk fundet sted udendørs, på gerningsmandens bopæl eller i en anden privat bolig, og situationen indebar oftest, at ofret blev fysisk fastholdt under overgrebet. Flere af ofrene har forsøgt at gøre modstand under overgrebet ved eksempelvis at græde, skrike/råbe eller forsøge at flygte, mens andre har været lammet i situationen eller påvirkede af alkohol/stoffer i en sådan grad, at de ikke kunne gøre modstand. I de fleste tilfælde er der tale om en enkelt gerningsmand, der har begået overgrebet, og ofrene har i omkring 40 % af overgrebstilfældene været påvirkede af alkohol eller stoffer. I næsten 75 % af tilfældene har ofrene ikke valgt at melde overgrebet til politiet bl.a. af frygt for sociale konsekvenser, eller fordi de helst vil glemme overgrebet.

Ofrene har ofte i første omgang valgt at fortælle om overgrebet til en ven, ekskæreste eller professionel kontakt, og de har typisk fundet vej til CfV via akutmodtagelse, krisecentre, internettet, praktiserende læge eller via deres uddannelsessted. Efter visitationen til STEPS-programmet har de fleste af respondenterne modtaget et individuelt forløb eventuelt med støttende samtaler undervejs. Størstedelen (58 %) af deltagerne har modtaget mellem 9 og 19 samtaler.

Behandlingseffekt – del 1

Klienterne har løbende i STEPS-programmet udfyldt selvrapporteringskemaer til monitorering af deres symptomniveau i løbet af behandlingsforløbet. Ud fra disse data er det derfor også muligt at undersøge behandlingseffekten af programmet via de forskellige målepunkter i forløbet. Denne del indledes med en præsentation af udviklingen i klienternes følelse af sikkerhed over tid samt deres reaktioner under overgrebet. Herefter følger en præsentation af klienternes tidligere oplevede traumer såvel som en oversigt over klienternes tilfredshed med de offentlige instanser, de har været i kontakt med i forbindelse med overgrebet. Der forefindes også en oversigt over antal af livsændringer i klienternes liv efter overgrebet. Endeligt ses en præsentation af, i hvilken udstrækning overgrebet har ændret klienternes livssyn i enten positiv eller negativ retning.

Sikkerhedsfølelse

Klienterne er blevet bedt om at vurdere deres sikkerhedsfølelse efter overgrebet på en Likert-skala fra 0 til 6, hvor 0 indikerer ”jeg er bange for, at der let kan ske et nyt overgreb”, og 6 er ”jeg føler mig helt sikker på, at der ikke sker sådant et overgreb igen”. Af **tabel 12** fremgår det, at der er sket et signifikant fald ($p=0,00$) i klienternes angst for nye overgreb fra før til efter behandling, og at denne effekt vedbliver 6 måneder efter endt behandling. Dog er denne vedblivende effekt ikke statistisk signifikant ($p=0,75$).

Tabel 12 Klienternes sikkerhedsfølelse i løbet af behandlingsprogrammet

Klienternes følelse af sikkerhed (Gennemsnit (SD))					
	Før behandling (n= 80)	Efter behandling (n= 33)	6 måneder follow-up (n= 20)	T-test (før til efter behandling)	T-test (efter til ½ år follow-up)
Sikkerhedsfølelse	2,63 (1,50)	4,24 (1,25)	4,25 (1,29)	t(24)=-6,4; p=0,00	t(17)= 0,33; p= 0,75

Peritraumatiske reaktioner

Det fremgår af **tabel 13**, at de fleste klienter har følt sig både afmægtige og rædselsslagne under overgrebene, og at knap en tredjedel troede, at de skulle dø på trods af, at ”kun” 26 % af ofrene oplevede at blive truet på livet. I fjerde udgave af det amerikanske diagnosesystem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) har følelsen af intens rædsel hos traumeofre været et diagnostisk kriterium for PTSD, men dette er ændret i den nyeste version af diagnosesystemet (DSM-5). Dog er følelserne af peritraumatisk rædsel og hjælpeløshed påvist som risikofaktorer for udviklingen af PTSD, hvorfor disse kan være vigtige markører for voldtægtsofrets posttraumatiske reaktioner.

Det fremgår også af tabellen, at knap 70 % af ofrene følte sig lammede/fastfrosede under overgrebene, og at en stor del af dem (58 %) var ude af stand til at bevæge sig. Ligeledes oplevede 72 % af klienterne, at de ikke kunne skrike/råbe under overgrebene, og 71 % af dem følte sig ude af stand til at flygte. Den høje gennemsnitsværdi for disse fire spørgsmål omkring tonisk immobilitet indikerer, at klienterne i høj grad har følt sig paralyseret under overgrebene. Ligesom med rædsel/hjælpeløshed viser forskning også, at tonisk immobilitet under et traume er en risikofaktor for udviklingen af PTSD (Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003).

Tabel 13 Ofrenes peritraumatiske reaktioner fordelt i procent og gennemsnit

Klienternes reaktioner under overgrebet		
	Procent	Gennemsnit (SD)
Hjælpeløshed (n= 84)	83 %	2,22** (0,92)
Frygt eller rædsel (n= 78)	85 %	
Trusler på livet (n= 76)	26 %	
Troede at de skulle dø (n= 74)	31 %	
Fastfrosset/lammet (n= 79)	68 %	18,52* (5,46)
Ude af stand til bevægelse (n=80)	58 %	
Ude af stand til at skrike/råbe (n= 78)	72 %	
Ude af stand til at flygte (n=82)	71 %	

*Klienterne har vurderet graden af immobilitet på en skala fra 0-6, hvor 6 indikerer total immobilitet.** Gennemsnit af antal reaktioner.

Tidligere traumer og livændringer efter overgrebet

Klienterne har i gennemsnit oplevet 2,13 traumer inden overgrebet, hvilket, taget klienternes unge alder i betragtning, må siges at være mange. For knap halvdelen af klienterne handler de tidligere traumer om mobning, ligesom 38 % har prøvet at miste en nærtstående person. Herudover har 20 % af ofrene været involveret i en alvorlig ulykke, og 13 % af dem har været vidne til, at et andet menneske var i livsfare eller blev hårdt kvæstet. Det fremgår også af **tabel 14**, at 20 % af klienterne har været udsat for omsorgssvigt, og at 18 % af dem har været udsat for overfald/vold. Disse tal indikerer, at mange af klienterne har oplevet svære og sandsynligvis hårdt belastende hændelser i deres liv, der negativt kan influere deres kapaciteter og ressourcer i forhold til bearbejdningen af det seksuelle overgreb.

Tabel 14 Procent- og frekvensfordeling af klienternes tidligere traumer

Klienternes tidligere traumer (n= 85)			
	Procent	Antal traumer	
Ulykke	20 %	0	20 %
Mistet en nærtstående	38 %	1	31 %
Livstruende sygdom	6 %	2	19 %
Naturkatastrofe	0 %	3	11 %
Trusler med våben	7 %	4	7 %
Chok pga. nærtstående var i livsfare	9 %	5	2 %
Omsorgssvigt	20 %	6	4 %
Overfald/vold	18 %	7	2 %
Seksuelt misbrugt som barn	2 %	8	1 %
Vidne til livsfare/livsfarlig kvæstelse	13 %	9	0 %
Fysisk mishandling	9 %	10	2 %
Krig	1 %	Gennemsnit af traumer (SD)	2,13 (2,21)
Brand	5 %		
Voldtægt	8 %		
Mobning	45 %		
Andre traumer	6 %		

I relation til de belastninger som klienterne tidligere har været udsatte for, viser analyser også, at klienterne i gennemsnit har oplevet 1,70 større livsændringer efter overgrebene. Herudover var dette tal steget til et gennemsnit på 2,40 livsændringer pr. klient seks måneder efter endt

STEPS-behandling, dog var denne stigning ikke statistisk signifikant ($p=0,47$). Disse livsændringer omhandler dødsfald, skilsmisse, flytninger, jobændring, familieændringer mm., og betragtes almindeligvis som begivenheder, der potentielt kan være psykisk belastende, såfremt individet ikke har ressourcer til at håndtere dem. Mængden og den potentielle tyngde af klienternes tidligere traumer, herunder det seksuelle overgreb, sammenlagt med antallet af oplevede livsændringer medvirker til at tegne et samlet billede af STEPS-klienterne, som en psykisk svært belastet gruppe.

Klienternes livssyn

Størstedelen af de klienter ($n=48$; 72 %), der har besvaret spørgsmålet vedrørende ændret livssyn, svarer, at de føler, at overgrebet har haft en negativ indvirkning på deres livssyn. Dette kommer eksempelvis til udtryk i form af:

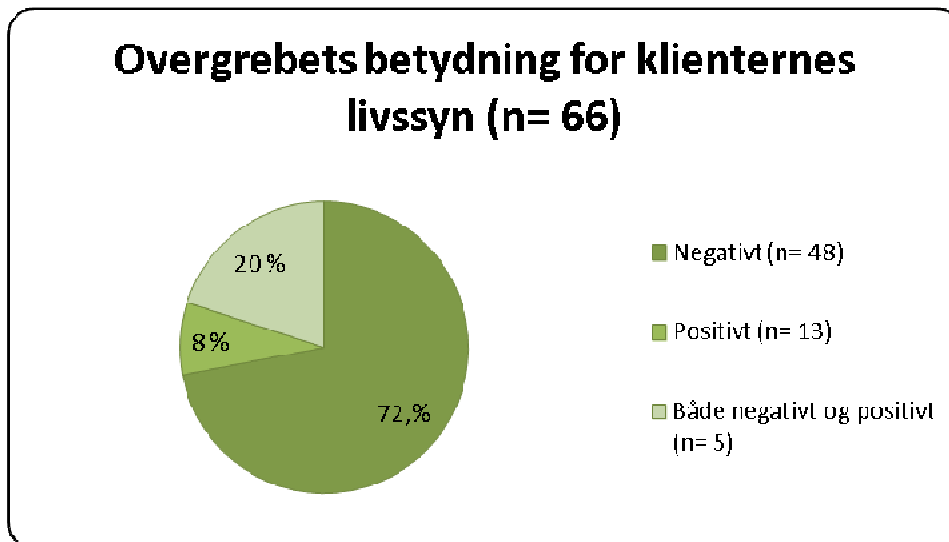
- Mindre tillid til andre mennesker
- Større fokus på farer i dagligdagen
- Øget selvkritik og mindreværdsfølelse
- Følelse af manglende kontrol over liv
- Problemer med relationer til mænd
- Ligegyldighed og selvmordstanker

I modsætning til dette negative livssyn beskriver 20 % ($n=13$) af klienterne, at de føler at overgrebet har ændret deres livssyn i en mere positiv retning. Af eksempler på dette kan nævnes:

- Øget mental styrke, kontrol og selvrespekt
- Bedre til at værdsætte livet og mennesker
- Større fokus på egen grænsesætning
- Øget klarhed omkring livsvalg og venner

De resterende 8 % ($n=5$) af klienterne beskriver, at overgrebet både har ændret deres livssyn i positiv og negativ retning. Bemærk, at en stor andel ($n=54$) af den samlede gruppe af klienter ikke har besvaret spørgsmålet omhandlende livssyn. I **figur 15** ses en oversigt over fordelingen af klienters livssyn efter overgrebene.

Figur 15 Procentfordeling af klienternes besvarelse i forhold til ændret livssyn



Klienternes kontakt med hjælpeinstanser

Klienterne har efter overgrebene været i kontakt med forskellige instanser såsom læge, politi, psykolog mm. Det fremgår af **tabel 15**, at fleste klienter har været i kontakt med egen læge (n= 41), politi (n=27) eller psykolog (n=39) inden behandlingsopstart. I relation til psykologisk bistand inkluderer dette for nogle klienters vedkommende også den telefoniske screeningsamtale og visitationssamtale i STEPS-programmet, idet nogle klienter har medregnet denne indledende kontakt besvarelsen. Kun ganske få klienter har været i kontakt med domstol (n= 4), forsikring (n= 2), socialforvaltning (n= 5), advokat (n= 5) og medier (n= 1).

Klienterne har i spørgeskemaet svaret på, om de var tilfredse, dels med den hjælp de modtog, men også om de blev mødt med venlighed og forståelse. Til dette havde klienterne mulighed for at svare 1 "nej", 2 "til dels" og 3 "ja". I forhold til de instanser som flest klienter har været i kontakt med, fremgår det, at de fleste klienter har været tilfredse med den hjælp og omsorg, som de modtog fra psykologen (gennemsnit, hhv.= 2,28; 2,68) og lægen (gennemsnit, hhv.= 2,36; 2,51). Det fremgår også, at klienternes tilfredshed med psykolog og læge stiger i løbet af STEPS-behandlingen, og for lægens vedkommende fortsætter denne stigning efter endt behandling. Disse stigninger er dog ikke statistisk signifikante. Klienterne har i mindre udstrækning været tilfredse med den hjælp og omsorg, som de modtog fra politiet

(gennemsnit, hhv.=1,97; 2,07), dog er gennemsnittene stadig et stykke over middel. Her ses ligeledes en ikke-signifikant stigning i tilfredshed i løbet af STEPS-behandlingen, hvorefter tilfredsheden falder igen seks måneder efter endt behandling. De få (n=4) klienter, der har været i kontakt med det danske retssystem, oplever alle tilfredshed med den hjælp og støtte, som de har modtaget (gennemsnit = 3,0).

Tabel 15 Frekvensfordeling samt gennemsnit for klienternes kontakt og tilfredshed med forskellige instanser

		Før behandling	Efter behandling	½ år follow-up
Politi	Kontakt	27	12	8
	Hjælp	1,97 (0,93)	2,08 (0,79)	1,63 (0,74)
	Venlighed	2,07 (0,98)	2,09 (0,94)	1,75 (1,04)
Domstol	Kontakt (n)	4	2	1
	Hjælp	3,0 (0,00)	3,0 (0,00)	3,0 (0,00)
	Venlighed	3,0 (0,00)	3,0 (0,00)	3,0 (0,00)
Egen læge	Kontakt	41	15	14
	Hjælp	2,36 (0,79)	2,80 (0,56)	2,79 (0,58)
	Venlighed	2,51 (0,72)	2,63 (0,72)	2,79 (0,58)
Gynokolo-gisk afdeling	Kontakt	11	10	4
	Hjælp	2,82 (0,40)	2,78 (0,67)	1,75 (0,96)
	Venlighed	2,67 (0,65)	2,88 (0,35)	2,50 (1,00)
Psykolog	Kontakt	39	28	15
	Hjælp	2,28 (0,86)	2,71 (0,60)	2,57 (0,76)
	Venlighed	2,68 (0,66)	2,89 (0,42)	2,86 (0,53)
Arbejds-plads	Kontakt	14	9	10
	Hjælp	2,46 (0,77)	2,33 (0,87)	2,70 (0,67)
	Venlighed	2,69 (0,48)	2,60 (0,70)	2,80 (0,63)
Forsik-ring	Kontakt	2	2	1
	Hjælp	2,33 (1,15)	3,0 (0,00)	1,0 (0,00)
	Venlighed	2,67 (0,58)	3,0 (0,00)	1,0 (0,00)
Socialfor-valtning	Kontakt	5		
	Hjælp	2,80 (0,45)		
	Venlighed	2,40 (0,89)		
Advokat	Kontakt	5	4	1
	Hjælp	2,33 (0,82)	2,25 (0,96)	3,0 (0,00)
	Venlighed	2,50 (0,55)	2,50 (0,58)	3,0 (0,00)
Medier	Kontakt	1	1	
	Hjælp	1,0 (0,00)	3,0 (0,00)	
	Venlighed	1,0 (0,00)	3,0 (0,00)	

Opsamling

I de foregående afsnit er det påvist, at en stor andel af klienterne har følt sig afmægtige, rædselsslagne og fysisk lammede under overgrebene. Det er ligeledes vist, at klienternes angst for nye overgreb er faldet undervejs i behandlingsforløbet, således at klienterne ved endt behandling føler sig mere trygge end tidligere. Klienternes spørgeskemaer afslører også, at mange af dem tidligere har været udsatte for traumer, end dog op til flere, ligesom mange af dem har oplevet flere større livsændringer efter overgrebene har fundet sted. Disse faktorer medvirker til at tegne et billede af STEPS-klienterne som en, psykologisk set, svært belastet gruppe af unge mennesker.

De fleste af klienterne oplever, at det seksuelle overgreb har påvirket deres livssyn i en negativ retning, dog beskriver en femtedel af klienterne, at overgrebet overvejende har influeret deres livssyn på en positiv måde. Endeligt har mange af klienterne været i kontakt med bl.a. politi, psykolog og læge efter overgrebene, og det fremgår, at klienterne overvejende har positiv erfaringer med den hjælp og støtte, som de har modtaget. I nogle tilfælde stiger klienternes tilfredshed i løbet af STEPS-behandlingen, mens den i andre tilfælde falder, dog er ingen af disse ændringer statistisk signifikante.

Behandlingseffekt – del 2

Fokus for denne del af rapporten er en redegørelse for udviklingen i klienternes psykologiske reaktioner inden og efter STEPS-behandlingen herunder specifikt PTSD-symptomatologi, depression og angst. Herudover vil denne analyse også inkludere klienternes kognitive attributioner, negative tanker og følelser omkring seksuel vold, coping, selvværd og følelse af kontrol samt deres oplevelse af social støtte.

I **tabel 16** fremgår en komplet oversigt over den beskrivende statistik samt validitetsmål i forhold til de spørgeskemaer, der måler klienternes psykologiske belastning inden behandlingsopstart. Hver enkelt gruppe af reaktioner vil efterfølgende blive behandlet i særskilte afsnit.

Tabel 16 Deskriptiv statistik for klienternes psykologiske reaktioner før behandling

Deskriptiv statistik for de anvendte standardiserede spørgeskemaer – før behandling							
		Rækkevidde	Gennemsnit	SD	N	Antal items	α
HTQ	Invasion	5-16	11,39	2,50	80	4	0,62
	Undgåelse	10-27	19,14	3,93	78	7	0,63
	Vagtsomhed	8-20	15,86	2,97	81	5	0,64
	Total	58-105	83,70	12,56	63	16	0,84
TSC	Negativ affektivitet	18-46	32,14	7,12	74	13	0,82
	Somatisering	11-36	24,34	5,47	80	10	0,72
	Total	33-81	56,60	11,55	72	23	0,87
	Ængstelighed	6-30	19,89	6,55	35	6	0,84
VAS	Kontrollokus	0-100	49,26	29,65	80	Ikke relevant	
	Selvverd	2-100	57,44	29,18	80		
	Oplevelse af at have klaret sig godt	6,67-100	67,50	22,58	80		
CSQ	Rationel	13-40	24,78	5,34	72	11	0,80
	Emotionel	12-35	23,07	5,95	70	10	0,87
	Distanceret	7-19	10,87	2,38	70	6	0,59
	Undgående	14-64	23,86	6,61	73	10	0,56
Zimet	Signifikant anden	4-28	24,44	5,43	82	4	0,92
	Familie	4-28	20,29	7,50	80	4	0,95
	Venner	4-28	21,86	6,51	77	4	0,95
HSCl	Angst	10-37	22,76	6,29	71	10	0,88
	Depression	17-53	34,91	8,72	67	15	0,86
Utrecht	Negative tanker efter seksuel vold	42-108	70,53	18,38	62	27	0,89

PTSD-symptomatologi

Udviklingen i klienternes PTSD-symptomer er beskrevet i **tabel 17**, hvor gennemsnit er præsenteret for de fem måletidspunkter i henhold til hver symptomklynge og for den totale score. Invasionssymptomerne er eksempelvis kendetegnet ved flash backs, mareridt og genoplevelser af traumet, hvor undgåelsessymptomerne omhandler klientens forsøg på at undgå stimuli, der minder vedkommende om overgrebet. Endelig er

vagtsomhedssymptomerne bl.a. karakteriseret ved et forhøjet niveau af stress, der bl.a. kan medføre koncentrationsbesvær, søvnproblemer, overdrevet forskrækkelsesreaktion og generel vagtsomhed overfor stimuli.

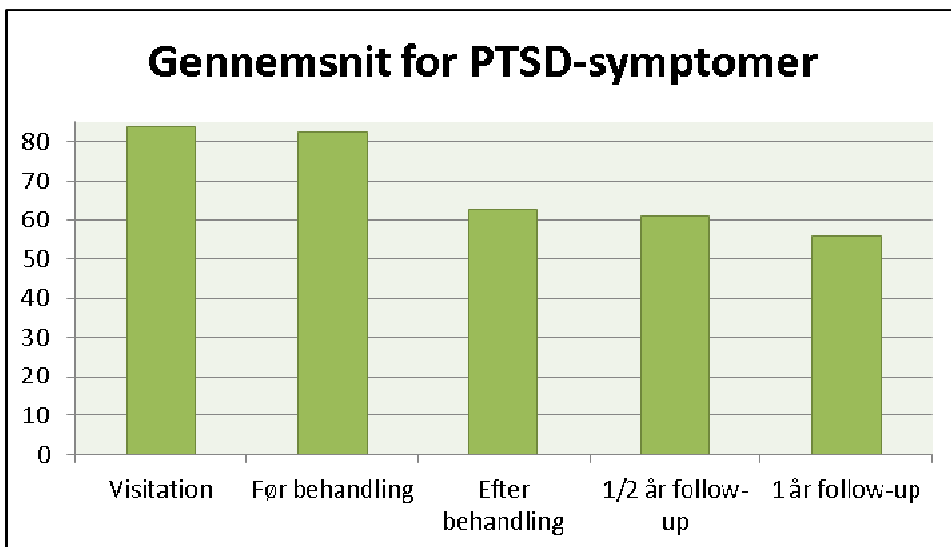
Tabel 17 Udvikling i klienternes PTSD-symptomer før og efter behandling

Udvikling i klienternes PTSD-symptomer i behandlingsforløbet (Gennemsnit (SD))					
HTQ	Visitation	Før behandling	Efter behandling	½ år follow-up	1 år follow-up
Invasion	n= 80 11,39 (2,50)	n= 80 11,33 (2,23)	n= 53 8,34 (2,50)	n= 39 8,03 (2,55)	n= 23 7,52 (2,32)
Undgåelse	n= 78 19,14 (3,93)	n= 77 19,58 (5,19)	n= 50 14,26 (4,22)	n= 38 14,13 (4,74)	n= 21 12,00 (3,14)
Vagtsomhed	n= 81 15,86 (2,97)	n= 78 16,01 (2,67)	n= 55 13,38 (3,59)	n= 39 12,61 (3,55)	n= 22 12,86 (3,63)
Total	n= 63 83,69 (12,55)	n= 62 82,51 (14,39)	n= 44 62,79 (15,58)	n= 35 61,29 (16,76)	n= 18 55,83 (13,59)
T-test					
HTQ	Tid1*	Tid2*	Tid3*	Tid4*	
Invasion	t(35)= 2,17; p= 0,03	t(42)= 10,24; p= 0,00	t(32)= 1,67; p= 0,10	t(18)= 2,17; p= 0,04	
Undgåelse	t(32)= 0,63; p= 0,53	t(37)= 7,60; p= 0,00	t(31)= 1,40; p= 0,17	t(16)= 2,20; p= 0,04	
Vagtsomhed	t(33)= 0,86; p= 0,39	t(41)= 6,06; p= 0,00	t(35)= 2,49; p= 0,01	t(17)= 0,46; p= 0,64	
Total	t(25)= 2,46; p= 0,02	t(27)= 7,70; p= 0,00	t(26)= 2,30; p= 0,03	t(11)= 2,31; p= 0,04	

*Tid1 = fra visitation til inden behandlingsopstart, tid2 = fra inden behandlingsopstart til efter behandling, tid3 = fra efter behandling til ½ år follow-up, tid4 = fra ½ år follow-up til 1 år follow-up.

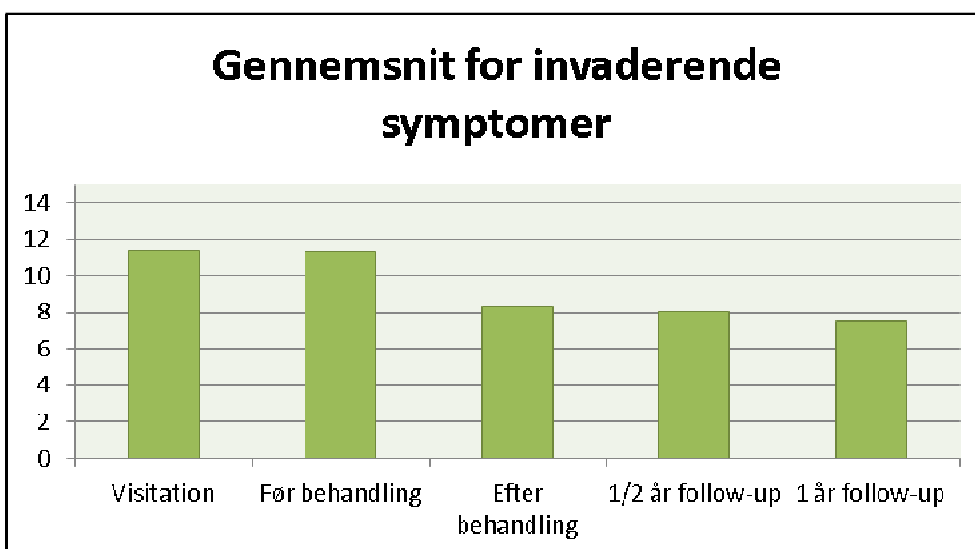
Det fremgår, at klienterne i behandlingsforløbet oplever en signifikant reduktion ($p= 0,00$) i PTSD-symptomer fra et gennemsnit på 82,51 (14,39) før behandling til 62,79 (15,58) umiddelbart efter behandling. Denne reduktion fortsætter ydermere i op til et år efter STEPS-behandlingens afslutning, hvor klienternes gennemsnitscore falder fra 61,29 (16,76) til 55,83 (13,59) for den samlede PTSD-symptomatologi. Disse fald er ligeledes statistisk signifikante ($p= 0,03$ og $p= 0,04$). **Figur 16** viser udviklingen i klienternes samlede PTSD-symptomer.

Figur 16 Gennemsnitsscores for totale PTSD-symptomatologi i STEPS-forløbet



Klienterne oplever ligeledes en signifikant reduktion af deres invaderende symptomer ($p=0,00$) fra før til efter behandling med en gennemsnitsscore, der falder fra 11,33 (2,23) til 8,34 (2,50). De invaderende symptomer reduceres desuden yderligere i tiden efter behandlingsafslutningen, således at klienterne ved den etårige opfølgingsamtale fortsat udviser et signifikant fald i gennemsnitsscore (7,52 (2,32); $p=0,04$) i forhold til denne gruppe af symptomer. **Figur 17** viser faldet i gennemsnitsscores for klienternes invaderende symptomer.

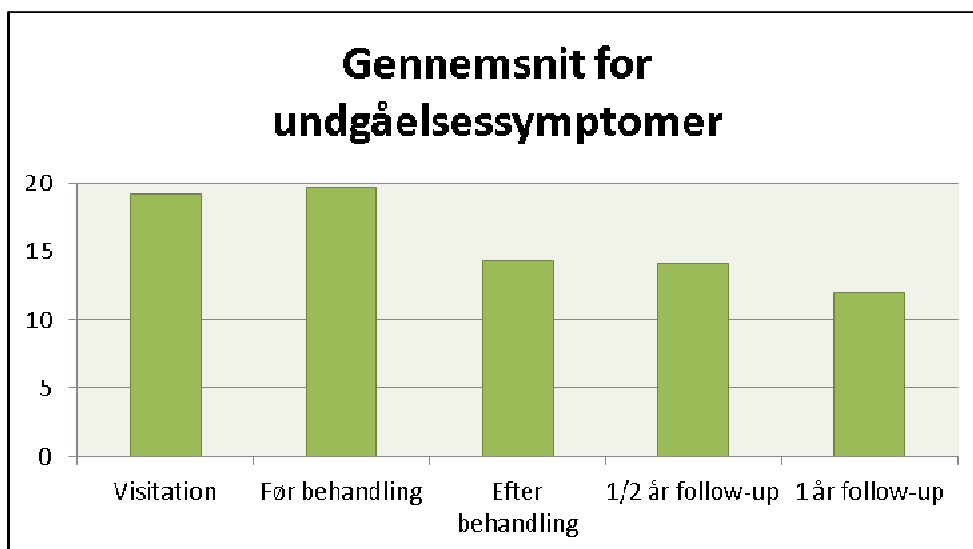
Figur 17 Udvikling i klienterne invaderende symptomer i STEPS-forløbet



Klienterne har ved behandlingsopstart en gennemsnitsscore for undgående symptomer på 19,58 (5,19), hvor scoren efter endt behandling er faldet til 14,26 (4,22), hvilket er en signifikant reduktion ($p=0,00$). Herefter er klienternes undgåelsessymptomer stort set

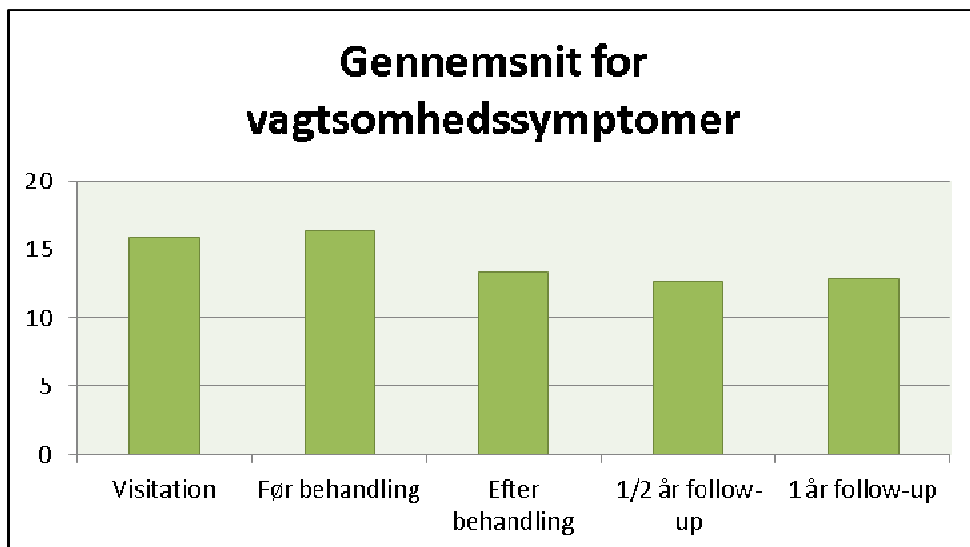
uændrede frem til den halvårslige opfølgningssamtale, hvorefter der igen sker et signifikant fald ($p=0,04$) i scores fra 14,13 (4,74) til 12 (3,14). I **figur 18** ses den beskrevne udvikling i klienternes undgåelsessymptomer. Bemærk hvorledes klienternes undgåelsessymptomer stiger en smule fra visitationssamtalen frem til behandlingsopstart. Denne stigning er dog ikke statistisk signifikant ($p=0,39$).

Figur 18 Udvikling i klienterne undgåelsessymptomer i STEPS-forløbet



Endelig viser **figur 19**, hvorledes der sker et markant og signifikant ($p=0,00$) fald i klienternes vagtsomhedssymptomer fra før behandling (16,01; 2,67) til efter behandling (13,38; 3,59). Denne reduktion fortsætter i det første halve år efter behandlingens ophør, hvor klienternes gennemsnitscore yderligere falder til 12,61 (3,55), hvilket er et statistisk signifikant fald ($p=0,01$). Ligesom med undgåelsesadfærden, øges klienternes vagtsomhedssymptomer også en smule fra visitation til behandlingsopstart, hvilket sandsynligvis er forårsaget af, at klienten er blevet bedt om at forholde sig til overgrebet under visitationen. Denne stigning er dog ikke statistisk signifikant ($p=0,53$).

Figur 19 Udvikling i klienternes vagtsomhedssymptomer i STEPS-forløbet



Resultaterne i **tabel 19** viser gennemsnittet for klienternes antal at PTSD-symptomer, hvor signifikante fald ($p=0,00$) kan spores for alle symptomklynger fra før til efter behandling. Herudover fortsætter den signifikante reduktion ($p=0,01$) af antallet af klienternes undgåelsessymptomer i perioden fra den halvårige til den etårige opfølgningssamtale.

Tabel 19 Gennemsnitlige antal af PTSD-symptomer hos klienterne i STEPS-forløbet

Udvikling i antal PTSD-symptomer i behandlingsforløbet (Gennemsnit (SD))					
PTSD	Visitation	Før behandling	Efter behandling	½ år follow-up	1 år follow-up
Invasion	n= 80 2,74 (1,09)	n= 80 2,86 (1,05)	n= 53 1,18 (1,24)	n= 39 1,13 (1,17)	n= 23 0,96 (1,07)
Undgåelse	n= 78 4,29 (1,71)	n= 77 4,38 (1,85)	n= 50 2,06 (1,83)	n= 38 2,34 (2,02)	n= 21 1,38 (1,36)
Vagtsomhed	n= 81 3,97 (1,15)	n= 78 4,03 (1,17)	n= 55 2,85 (1,74)	n= 39 2,64 (1,63)	n= 22 2,68 (1,70)
T-test					
PTSD	Tid1*	Tid2*	Tid3*	Tid4*	
Invasion	t(35)= 1,44; p= 0,16	t(42)= 9,32; p= 0,00	t(32)= 1,61; p= 0,11	t(18)= 1,09; p= 0,28	
Undgåelse	t(32)= 0,34; p= 0,73	t(37)= 7,35; p= 0,00	t(31)= 0,00; p= 1,00	t(16)= 2,67; p= 0,01	
Vagtsomhed	t(33)= 0,19; p= 0,85	t(41)= 5,41; p= 0,00	t(35)= 1,30; p= 0,20	t(17)= 0,88; p= 0,39	

*Tid1 = fra visitation til inden behandlingsopstart, tid2 = fra inden behandlingsopstart til efter behandling, tid3 = fra efter behandling til ½ år follow-up, tid4 = fra ½ år follow-up til 1 år follow-up.

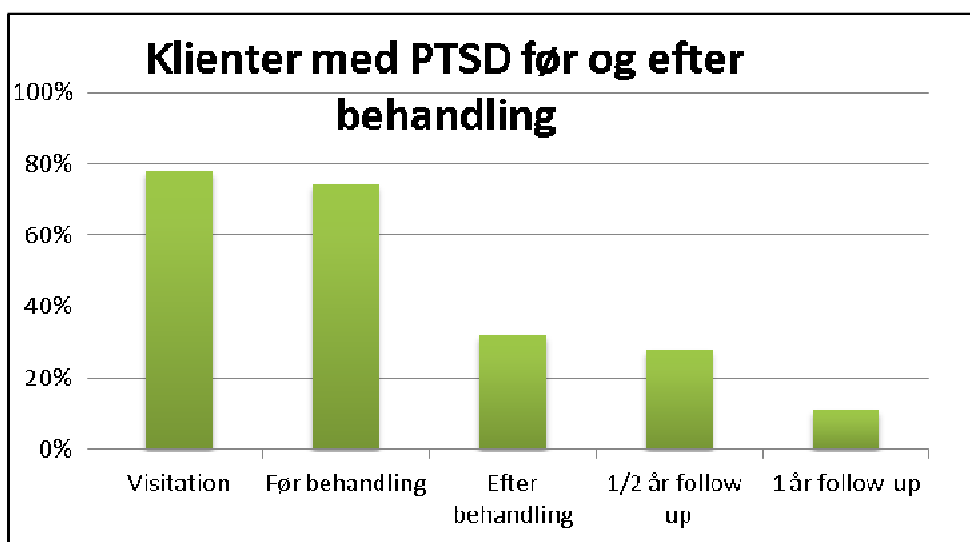
Tabel 20 viser procentfordelingen af klienter med PTSD på de fem måletidspunkter i STEPS-programmet.

Tabel 20 Procentfordeling af klienter med PTSD og subklinisk PTSD*

Procentandel af klienter med PTSD på forskellige tidspunkter i behandlingsforløbet					
	Visitation (n= 71)	Før behandling (n= 70)	Efter behandling (n= 47)	½ år follow-up (n=36)	1 år follow-up (n= 19)
PTSD	78 %	74 %	32 %	28 %	11 %

Der sker et drastisk fald i andelen af klienter med PTSD i løbet af STEPS-behandlingen, idet 74 % af dem kunne diagnosticeres med PTSD ved behandlingsopstart, hvilket var faldet til 32 % efter endt behandling. Denne udvikling fortsætter desuden i det efterfølgende år, hvor 28 % af klienterne fortsat havde PTSD ved den halvårige opfølgningssamtale og kun 11 % ved det sidste årlige møde. Disse tal indikerer, at STEPS-behandlingen ikke blot virker, mens klienterne ugentligt deltager i behandlingsmøderne men også vedbliver med at hjælpe klienterne i deres bedringsproces længe efter, at den aktive del af forløbet er afsluttet. **Figur 20** viser procentfordeling af klienter med PTSD på de forskellige måletidspunkter.

Figur 20 Udvikling i procentandel af klienter med PTSD



I takt med at andelen af klienter med PTSD falder, stiger andelen af klienter med subklinisk PTSD. Ved behandlingsopstart opfylder 23 % af klienterne de diagnostiske kriterier for subklinisk PTSD, og denne andel er efter endt behandling steget til 26 %. Denne udvikling

fortsætter, således at 31 % af klienterne har subklinisk PTSD ved den halvårige samtale og 42 % af dem ved det etårige opfølgingsmøde. Disse tal indikerer at en andel af de klienter, der ikke længere opfylder kriterierne for PTSD nu tilhører kategorien af klienter med subklinisk PTSD, hvorfor der kun er sket en lille bedring i deres symptom-niveau i STEPS-forløbet.

Det er dog vigtigt at bemærke, at andelen af klienter med PTSD og subklinisk PTSD ved behandlingsopstart var på 99 %, og at denne andel falder til 58 % efter endt behandling og yderligere til 53 % ved den etårige opfølgningssamtale. Dette drastiske fald i den samlede andel af klienter med PTSD og subklinisk PTSD kan bruges som indikator for STEPS-behandlingens effektivitet, samtidig med at det kan udledes, at behandlingsprogrammet ikke hjælper alle klienter lige godt.

Øvrige symptomer og målinger

Klienternes gennemsnitsscores for psykologiske symptomer, coping, oplevelse af social støtte samt negative tanker er præsenteret i **tabel 21**, og de tilhørende effektmål fremgår af **tabel 22**.

Tabel 21 Gennemsnitsscores for klienternes psykologiske symptomer, coping, oplevelse af social støtte og negative tanker på forskellige måletidspunkter

Udvikling i klienternes psykologiske symptomer i behandlingsforløbet (Gennemsnit (SD))		Visitation	Før behandling	Efter behandling	½ år follow-up	1 år follow-up
TSC	Negativ affektivitet	n= 74 32,14 (7,12)	n= 36 33,64 (7,53)	n= 47 24,36 (6,40)	n= 34 22,68 (7,60)	n= 19 24,89 (7,12)
	Somatisering	n= 80 24,33 (5,47)	n= 33 26,64 (7,53)	n= 54 19,72 (5,87)	n= 41 19,39 (6,59)	n= 21 18,00 (6,30)
	Total	n= 72 56,59 (11,55)	n= 33 61,00 (12,44)	n= 44 43,98 (11,00)	n= 34 41,56 (13,43)	n= 18 43,67 (12,94)
HSCL	Angst	n= 58 23,58 (5,98)	n= 31 22,32 (5,75)	n= 24 16,96 (6,18)	n= 17 17,00 (8,22)	
	Depression	n= 29 33,93 (8,18)	n= 29 34,00 (8,80)	n= 21 24,10 (6,38)	n= 16 26,31 (10,16)	

CSQ	Rationel	n= 72 24,78 (5,34)		n= 33 25,55 (5,25)	n= 18 25,94 (7,77)
	Emotionel	n= 70 23,07 (5,95)		n= 30 20,30 (4,67)	n= 20 19,95 (6,13)
	Distanceret	n= 70 10,87 (2,38)		n= 29 10,28 (3,39)	n= 19 10,95 (3,03)
	Undgående	n= 73 23,86 (6,61)		n= 32 20,21 (4,26)	n= 19 21,79 (4,79)
Zimet	Signifikant anden	n= 29 25,03 (4,04)		n=29 25,55 (2,76)	n= 18 24,83 (4,06)
	Familie	n= 29 20,97 (7,13)		n= 29 19,79 (7,80)	n= 17 18,64 (7,92)
	Venner	n= 25 22,24 (5,26)		n= 25 23,24 (4,10)	n= 18 21,11 (5,53)
VAS	Kontrollokus	n= 30 47,99 (30,06)		n= 30 27,08 (23,21)	n= 19 32,26 (30,07)
	Selv værd	n= 30 60,76 (24,52)		n= 30 36,16 (26,87)	n= 19 45,04 (28,70)
	Oplevelse af at have klaret sig godt	n= 30 63,47 (21,65)		n= 30 39,93 (25,49)	n= 43,63 43,63 (29,66)
Utrecht	Tanker om seksuel vold	n= (20) 74,95 (16,35)	n= 20 51,50 (15,53)	n= 13 54,38 (16,81)	

Table 22 Effektmål for klienternes psykologiske symptomer, coping, oplevelse af social støtte og negative tanker

Effektmål for udviklingen i psykologiske symptomer i STEPS-forløbet					
		Tid1*	Tid2*	Tid3*	Tid4*
TSC	Negativ affektivitet	Ikke muligt grundet procedureændring	t(14)= 3,5; p= 0,003	t(28)= 1,09; p= 0,28	t(12)= 0,19; p= 0,85
	Somatisering		t(26)= 5,39; p= 0,00	t(33)= 0,60; p= 0,55	t(18)= 2,71; p= 0,01
	Total		t(21)= 5,56; p= 0,00	t(25)= 0,92; p= 0,36	t(12)= 2,31; p= 0,04
HSCL	Angst	t(30)= 1,56; p= 0,13	t(23)= 3,51; p= 0,002	t(16)= -0,23; p= 0,82	
	Depression	t(28)= -0,58; p= 0,95	t(20)= 5,39; p= 0,00	t(15)= -0,34; p= 0,74	
CSQ	Rationel		t(26)= -0,11; p= 0,91	t(16)= -0,97; p= 0,34	
	Emotionel		t(23)= 3,66; p= 0,001	t(17)= 0,95; p= 0,35	
	Distanceret		t(22)= 0,87; p= 0,39	t(16)= -1,50; p= 0,15	
	Undgående		t(25)= 4,32; p= 0,00	t(17)= -0,58; p= 0,56	
Zimet	Signifikant anden		t(28)= -0,68; p= 0,50	t(17)= -0,13; p= 0,90	
	Familie		t(28)= 1,43; p= 0,16	t(16)= 0,40; p= 0,70	
	Venner		t(24)= -1,42; p= 0,17	t(17)= 0,87; p= 0,40	
VAS	Kontrollokus		t(29)= 3,30; p= 0,003	t(18)= 0,29; p= 0,77	
	Selv værd		t(29)= 5,12; p= 0,00	t(18)= -2,33; p= 0,03	
	Oplevelse af at have klaret sig godt		t(29)= 4,04; p= 0,00	t(18)= 0,002; p= 0,99	
Utrecht	Tanker om seksuel vold		t(19)= 6,75; p= 0,00	t(12)= 1,63; p= 0,13	

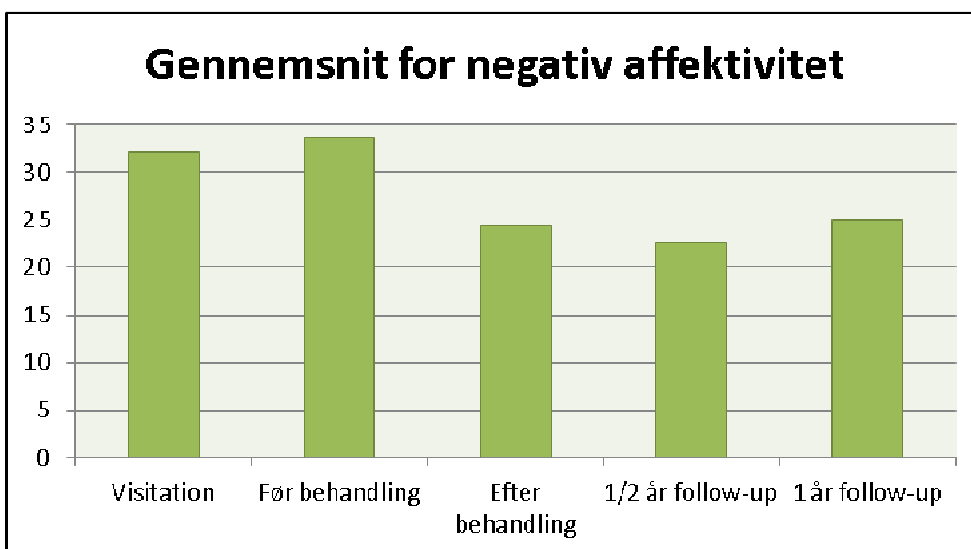
*Tid1 = fra visitation til inden behandlingsopstart, tid2 = fra inden behandlingsopstart til efter behandling, tid3 = fra efter behandling til ½ år follow-up, tid4 = fra ½ år follow-up til 1 år follow-up.

Negativ affektivitet og somatisering

Det fremgår af **table 21**, at klienternes negative følelser omkring dem selv og andre reduceres i løbet af STEPS-behandlingen. Gennemsnittet for denne subskala er målt til 33,64 (7,53) før behandlingsopstart, og dette gennemsnit falder herefter til 24,36 (6,40) efter endt behandling, hvilket svarer til knap en tredjedel af den samlede score. Det er desværre ikke muligt at

udregne signifikansen af dette fald, idet antallet af respondenter er for småt. Klienternes negative følelser fortsætter med at reduceres i løbet af det første halve år efter behandlingen (22,68; 7,60) for så at stige en smule igen ved den årlige opfølgningssamtale (24,89; 7,12), men disse ændringer er dog ikke statistisk signifikante ($p=0,28$; $p=0,85$). I **figur 21** ses udviklingen i klienternes negative følelser i løbet af STEPS-programmet. Der ses en lille øgning i klienternes negative affektivitet fra visitation til behandlingsopstart, hvilket sandsynligvis skyldes at der er rodet op i minderne om overgrebet i visitationssamtalen.

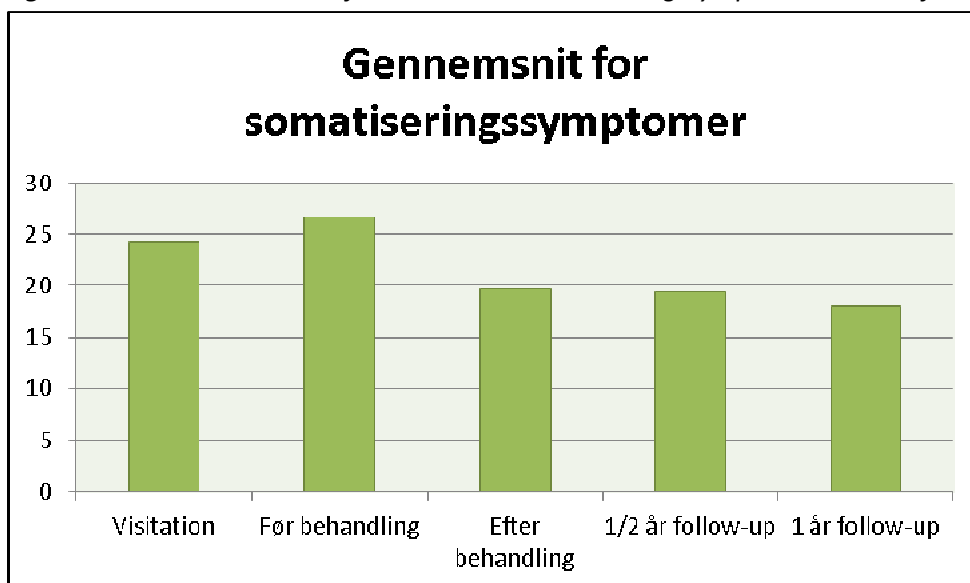
Figur 21 Gennemsnitscores for negativ affektivitet på de fem måletidspunkter



Klienternes somatiske symptomer reduceres ligeledes i løbet af STEPS-behandlingen fra en gennemsnitscore på 26,54 (7,53) før behandling til 19,72 (5,87) efter behandling, dog er det ikke muligt at udregne den statistiske signifikans af dette fald grundet få respondenter.

Herefter sker der et lille men ikke signifikant fald ($p=0,36$) i somatiseringssymptomerne fra endt behandling (19,72; 5,87) til den halvårige opfølgningssamtale (19,39; 5,59). Klienternes somatiseringssymptomer reduceres herefter yderligere i perioden fra den halvårige (19,39; 5,59) til den årlige opfølgningssamtale (18,00; 6,30), hvor denne reduktion er statistisk signifikant ($p=0,04$). Udviklingen i klienternes somatiseringssymptomer fremgår af **figur 22**.

Figur 22 Gennemsnitsscores for klienternes somatiseringssymptomer i STEPS-forløbet

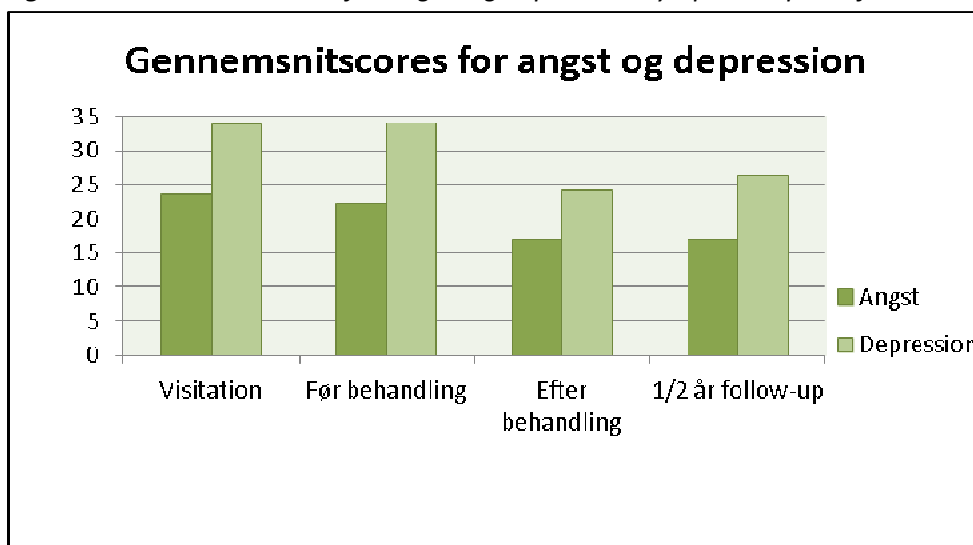


Angst og depression

Det fremgår af **tabel 21**, at klienterne oplever en signifikant ($p=0,002$) nedgang i angstsymptomer fra behandlingsopstart (22,32; 5,57) til behandlingsafslutning (16,96; 6,18). Herefter sker der en lille ikke-signifikant stigning i symptomerne fra endt behandling (16,96; 6,18) frem til den halvårige opfølgningssamtale (17,00; 8,22).

Ligeledes sker der et markant og signifikant ($p= 0,00$) fald i klienternes depressive symptomer fra før (34,00; 8,80) til efter behandling (21,10; 6,38). Symptomerne stiger herefter igen frem til den halvårige samtale, men denne stigning er dog ikke statistisk signifikant. I **figur 23** ses udviklingen i klienternes angst- og depressionssymptomer i STEPS-forløbet.

Figur 23 Gennemsnitsscores for angst- og depressionssymptomer på de fire måletidspunkter



Klienternes copingstrategier

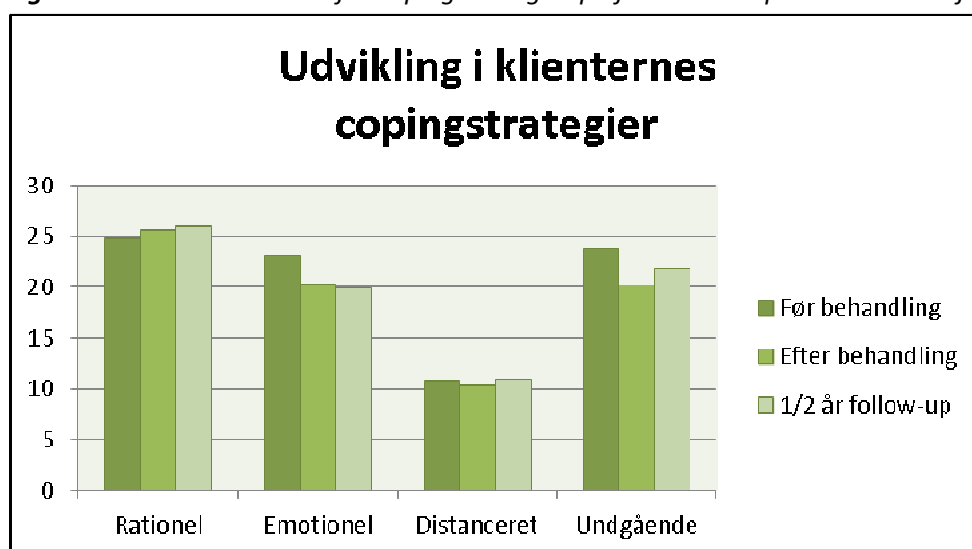
Ved problemløsning og i modgang, herunder når individet udsættes for traumatiske begivenheder, anvendes mestringsstrategier, populært kaldet coping, i individets forsøg på at overkomme disse udfordringer. Copingstrategierne opdeles almindeligvis i fire kategorier omhandlende rationel, emotionel, distanceret og undgående coping, der knytter sig til den måde, hvorpå individet forholder sig til det givne problem. Den rationelle og den distancerede copingstrategi opfattes i den psykologiske forskning som gunstige måder at forholde sig til problemer på, hvorimod emotionel og undgående coping ofte bringer individet mere lidelse end forløsning.

Ifølge **tabel 21** sker der en gradvis udvikling i klienternes copingstrategier i løbet af STEPS-behandlingen, således at gennemsnitsscoren for rationel og distancerende coping stiger en smule fra før til efter behandling. I forhold til rationel coping drejer det sig om en stigning fra 24,78 (SD= 5,34) ved behandlingsopstart til 25,55 (SD= 5,25) efter behandling, og denne stigning fortsætter desuden i perioden frem til den halvårslige opfølgningssamtale (25,94; SD= 7,77). Dog er ingen af disse stigninger statistisk signifikante. Gennemsnittet for distancerende coping er ved behandlingsopstart 10,87 (SD= 2,38), hvorefter den falder en smule til 10,28 (SD= 3,39) for at stige igen ved halvårssamtalen (10,95; SD= 3,03). Disse ændringer er dog heller ikke statistisk signifikante.

Klienterne bruger i lavere grad emotionel og undgående coping ved behandlingsafslutningen, end de gjorde ved behandlingsopstart karakteriseret ved et fald i de enkelte

gennemsnitsscores over tid. I forhold til emotionel coping lå klienternes gennemsnit på 23,07 (SD= 5,95) ved behandlingsopstart, hvorefter der sker et signifikant fald til 20,30 (SD= 4,67) efter behandling og til 19,95 (SD= 6,13) ved den halvårige opfølgningssamtale. Udviklingen i scoren fra endt behandling til opfølgningssamtalen er dog ikke statistisk signifikant. Brugen af undgående coping falder også i løbet af STEPS-programmet fra et gennemsnit på 23,86 (SD= 6,61) ved opstart til 20,21 (SD= 4,26) efter endt behandling, hvilket er en statistisk signifikant reduktion. Der sker dog en lille, ikke-signifikant, stigning i klienternes brug af undgående coping fra behandlingsafslutning (20,21; SD= 4,26) til den opfølgende samtale (21,79; SD= 4,79). Udviklingen i klienternes copingstrategier er vist i **figur 24**.

Figur 24 Gennemsnitsscores for copingstrategier på fire måletidspunkter i STEPS-forløbet

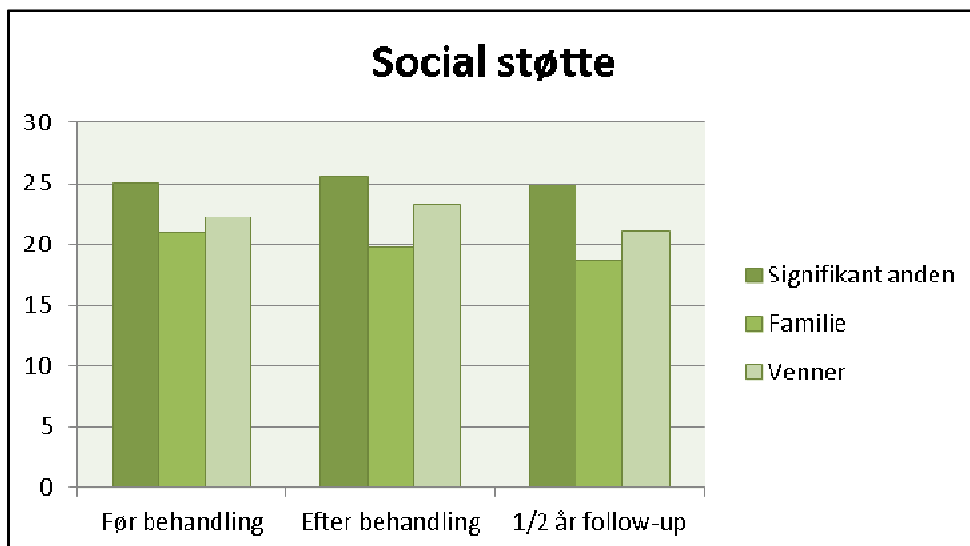


Social støtte

Klienternes oplevelse af social støtte ændrer sig en smule i løbet af STEPS-programmet, hvor støtten fra en signifikant person og venner opleves som mere adækvat efter behandlingen end ved opstart. I relation til kategorien "signifikant anden" ændrer gennemsnittet sig fra 25,03 (SD= 4,04) ved opstart til 25,55 (SD= 2,76) ved endt behandling og i kategorien "venner" stiger scoren fra 22,24 (SD= 5,26) til 23,24 (SD= 4,10). Det modsatte gør sig gældende i relation til familie, hvor klienterne oplever mindre støtte efter behandlingen (19,97; SD= 7,80) end ved opstart (20,97; SD= 7,13). For alle kategorier gælder det, at klienternes oplevelse af støtte mindskes fra behandlingens afslutning til den halvårige opfølgningssamtale. Der er generelt tale om meget små ændringer, og ingen af dem er signifikante. **Figur 25** viser udviklingen i

klienternes oplevelse af støtte i STEPS-forløbet. Klienterne giver generelt udtryk for, at de modtager mere støtte fra en signifikant person og deres venner end af familien.

Figur 25 Gennemsnitsscores for klienternes oplevelser af social støtte fra venner, familie og en signifikant person på tre måletidspunkter i STEPS-programmet.



Kontrol, selvværd og mestring

Ved behandlingsopstart svarer klienterne overvejende negativt på spørgsmålene omhandlende deres selvværdsfølelse (60,76; SD= 24,52) og oplevelse af mestring under overgrebet (63,47; SD= 21,65). Dette gælder dog ikke for klienternes fornemmelse af kontrol over eget liv, idet gennemsnitsscoren er 47,99 (SD= 30,06), hvilket kan tolkes som en delvis fornemmelse af kontrol hos klienterne. Der sker imidlertid en positiv udvikling i forhold til alle tre faktorer i løbet af STEPS-behandlingen, således at der er sket et signifikant fald i gennemsnitsscores for kontrol (27,08; SD= 23,21), selvværd (36,16; SD= 26,87) og mestring (39,93; SD= 25,49). Klienternes oplevelser af egne evner stiger hermed i løbet af behandlingen. Denne udvikling ophører dog efter endt behandling, idet klienternes gennemsnitsscores ved den halvårige opfølgning er steget igen. I forhold til kontrol (32,26; SD= 30,07) og klienternes fornemmelse af mestring i overgrebssituationen (43,63; SD= 29,66) er der sket en lille ikke-signifikant stigning, mens selvværdet (45,04; SD= 28,70) er blevet signifikant dårligere.

Det er dog vigtigt at bemærke, at klienterne ved opfølgningen fortsat hælder en smule mere til den positive side, når de skal bedømme egne evner og selvværd, hvilket er en stor bedring i forhold til målingen ved behandlingsopstart. Ligeledes er det vigtigt at pointere, at

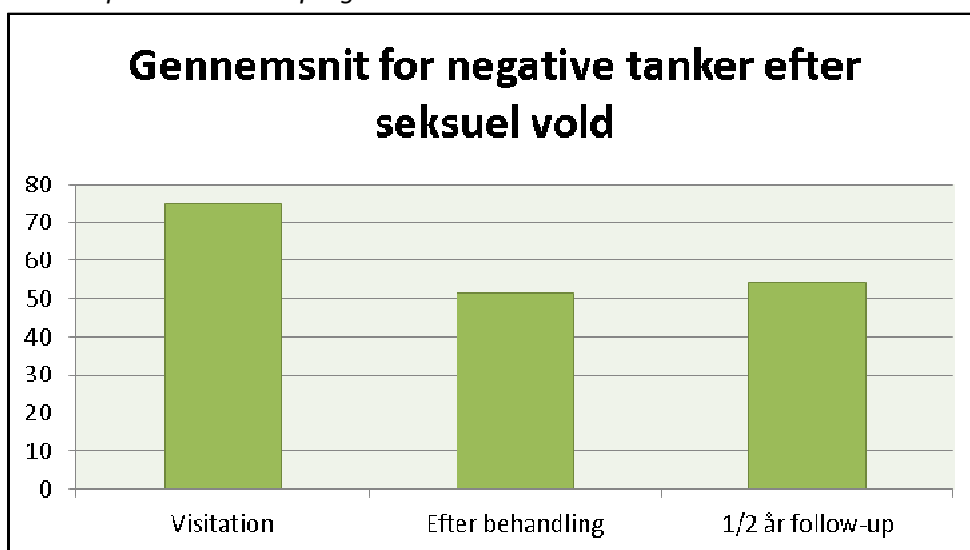
standardafvigelserne for disse tre spørgsmål varierer meget, hvilket indikerer, at der er stor spredning i forhold til, hvordan klienterne vurderer egne evner og selvværd.

Tanker om seksuel vold

Der sker et markant og signifikant fald i klienternes negative tanker om dem selv og andre i relation til seksuel vold fra behandlingsopstart (74,95; SD= 16,35) til behandlingsafslutning (51,50; SD= 15,53). Dog er der sket en lille stigning i de negative tanker ved den halvårslige opfølgningssamtale (54,38; SD= 16,81), men denne udvikling er ikke statistisk signifikant. Såfremt der tages højde for, at den maksimale score for denne skala er 135, indikerer klienternes gennemsnit efter behandling og ved den opfølgende samtale, at de i mindre udstrækning er plaget af negative tanker omkring dem selv og andre i relation til seksuel vold. I

figur 26 ses udviklingen i klienternes negative tanker i STEPS-forløbet.

Figur 26 Gennemsnitsscores for klienternes negative tanker om seksuel vold på tre måletidspunkter i STEPS-programmet



Kognitive attributioner

Klienterne er blevet adspurgt om mange forskellige spørgsmål omhandlende deres kognitive attributioner i forhold til overgrebet. I **tabel 23** fremgår en fuldstændig oversigt over de forskellige spørgsmål med tilhørende gennemsnitsværdi og standardafvigelse for hvert enkelt måletidspunkt. Desuden præsenteres effektmålene for den udvikling, der sker i løbet af STEPS-

behandlingen. De første otte spørgsmål i skemaet omhandler klientens placering af ansvar i forhold til overgrebet. Her fremgår det af gennemsnittene for de tre måletidspunkter, at klienterne efter endt behandling i mindre udstrækning pålægger deres egne handlinger og egenskaber skylden for overgrebet og i højere grad holder andre faktorer ansvarlige. Disse ændringer er statistisk signifikante. Det fremgår, at klienterne ved den halvårige opfølgningssamtale (2,66; 1,28) i langt højere grad giver udtryk for på et tidspunkt at have følt sig ansvarlige for overgrebet, end hvad der var tilfældet både ved behandlingsopstart (2,79; SD= 1,43) og –afslutning (3,20; SD= 1,42). Dog er denne ændring ikke statistisk signifikant.

Det fremgår ligeledes af **tabel 23**, at klienterne i løbet af STEPS-programmet er blevet mindre optagede af at finde svar på, hvem/hvad der var ansvarlig for overgrebet. Denne udvikling er statistisk signifikant for perioden mellem behandlingsopstart og –afslutning men ikke fra endt behandling til opfølgningssamtalen.

De næste fire spørgsmål omhandler klientens forsøg på at finde mening med overgrebet. Her er den generelle tendens, at klienterne i løbet af behandlingen finder mere mening med overgrebet, samtidig med at de i mindre udstrækning forsøger at finde mening. Denne udvikling i klienternes meningsføgen er statistisk signifikant fra før til efter behandling.

De sidste seks spørgsmål omhandler erindringer om gerningsmanden og overgrebet, herunder også i hvilket omfang klienten har valgt at tænke/tale om overgrebet. Her er den generelle tendens, at klienterne i mindre udstrækning har haft erindringer om gerningsmanden i løbet af STEPS-behandlingen. Denne udvikling varierer i signifikans i forhold til de enkelte spørgsmål inden for denne kategori fra $p= 0,00$ til $1,00$. Slutteligt har klienterne generelt talt om og tænkt mindre på overgrebet som behandlingen er skredet frem, dog varierer denne udvikling signifikansmæssigt fra $p= 0,001$ til $1,0$. Udviklingen kan både være et udtryk for undgåelse, men også at klienterne har fået bearbejdet overgrebet på en måde, der medfører et mindre behov for at forholde sig til overgrebet. Sidstnævnte årsag understøttes af den positive udvikling i forhold til klienternes undgåelsesadfærd, der tidligere er præsenteret i forbindelse med klienternes PTSD-symptomer.

Tabel 23 Gennemsnitsscores, standardafvigelse og effektmål for klienternes attributioner i STEPS-forløbet

Klienternes kognitive attributioner over tid (Gennemsnit (SD))					
Kognitive attributioner	Visitation	Efter behandling	½ år follow-up	Tid1*	Tid2*
Noget som jeg gjorde/ikke gjorde der har forårsaget overgrebet	n= 77 2,66 (1,21)	n= 34 1,41 (0,66)	n= 20 1,40 (0,68)	t(29)= 5,17; p= 0,00	t(17)= -0,44; p= 0,67
Noget ved mig som person, der bidrog til overgrebet	n= 76 2,61 (1,23)	n= 33 1,61 (0,90)	n= 20 1,60 (0,99)	t(27)= 3,74; p= 0,001	t(17)= -1,14; p= 0,27
På et tidspunkt følt jeg var ansvarlig for overgrebet	n= 76 2,66 (1,28)	n= 34 2,79 (1,43)	n= 20 3,20 (1,42)	t(28)= 0,50; p= 0,62	t(17)= 0,44; p= 0,67
Et andet menneske var ansvarlig for overgrebet	n= 77 2,17 (1,40)	n= 33 2,40 (1,56)	n= 20 2,65 (1,76)	t(28)= -0,41; p= 0,69	t(16)= -0,89; p= 0,39
Gud er ansvarlig for overgrebet	n= 76 1,21 (0,62)	n= 34 1,00 (0,00)	n= 20 1,20 (0,52)	t(28)= 1,36; p= 0,18	t(17)= -1,72; p= 0,10
Overgrebet skyldes skæbnen	n= 77 1,47 (0,90)	n= 34 1,38 (0,82)	n= 20 1,55 (1,15)	t(29)= 0,22; p= 0,83	t(17)= -1,00; p= 0,33
Overgrebet skyldes et tilfælde	n= 76 1,87 (1,06)	n= 34 2,03 (1,29)	n= 20 1,80 (1,20)	t(28)= -1,47; p= 0,15	t(17)= 0,33; p= 0,75
Vigtigheden af at finde en ansvarlig	n= 74 1,92 (1,13)	n= 34 1,41 (1,09)	n= 20 1,30 (0,66)	t(28)= 2,25; p= 0,03	t(17)= 0,64; p= 0,53
Jeg leder efter mening ift. overgrebet	n= 76 2,38 (1,23)	n= 33 1,64 (1,08)	n= 19 1,47 (1,02)	t(27)= 1,99; p= 0,06	t(16)= 0,75; p= 0,47
Jeg har fundet mening med overgrebet	n= 77 1,23 (0,58)	n= 34 1,50 (0,99)	n= 20 2,00 (1,34)	t(29)= -2,15; p= 0,04	t(17)= -1,10; p= 0,29
Jeg spørger mig selv, "hvorfør mig"?	n= 77 3,27 (1,41)	n= 34 2,06 (1,15)	n= 20 1,90 (1,25)	t(29)= 3,32; p= 0,002	t(17)= 1,00; p= 0,33
Jeg har fundet svar på, hvorfor det gik ud over mig	n= 74 1,80 (0,40)	n= 32 1,81 (0,47)	n= 19 1,79 (0,42)	t(25)= -0,53; p= 0,60	t(16)= 0,00; p= 1,00
Jeg har haft tanker om gerningsmanden	n= 76 2,93 (1,11)	n= 33 2,09 (1,10)	n= 20 1,80 (0,95)	t(28)= 4,13; p= 0,00	t(17)= 0,00; p= 1,00

Livagtigheden af tankerne om gerningsmanden	n= 73 2,89 (1,17)	n= 30 2,57 (1,45)	n= 17 1,65 (0,93)	t(24)= 1,69; p= 0,10	t(12)= 2,22; p= 0,05
Jeg har troet, at jeg har set/hørt gerningsmanden	n= 76 2,37 (1,08)	n= 34 2,15 (1,08)	n= 20 1,45 (0,69)	t(29)= 0,56; p= 0,58	t(17)= 3,34; p= 0,004
I hvilket omfang jeg har valgt at tænke på overgrebet	n= 77 2,71 (1,02)	n= 33 2,27 (0,94)	n= 19 2,11 (0,81)	t(28)= 3,54; p= 0,001	t(17)= 2,38; p= 0,03
I hvilket omfang jeg har ønsket at tale om overgrebet	n= 74 2,22 (1,01)	n= 34 2,35 (1,04)	n= 20 2,00 (0,79)	t(27)= -1,19; p= 0,25	t(17)= 0,85; p= 0,41
I hvilket omfang jeg har talt om overgrebet	n= 76 2,47 (0,90)	n= 33 2,35 (0,71)	n= 20 2,40 (0,68)	t(27)= 0,00; p= 1,00	t(16)= 0,62; p= 0,54

* Tid1= fra visitation til efter behandling, tid2 = fra efter behandling til ½ år follow.-up.

Opsamling

Undersøgelsens resultater viser, at klienternes PTSD-symptomer mindskes markant i løbet af STEPS-programmet, hvilket både gælder de invaderende symptomer, undgåelsessymptomerne og vagtsomhedssymptomerne samt den totale PTSD-symptomatologi. Herudover er det påvist, at disse ændringer ikke skyldes tilfældigheder men med al sandsynlighed selve STEPS-behandlingen. Reduktionen i PTSD-symptomer har ydermere medført et markant fald i andelen af klienter med PTSD efter behandlingsafslutningen, og denne positive udvikling fortsætter helt frem til den årlige opfølgningssamtale, hvor kun 11 % af klienterne fortsat lever op til de diagnostiske kriterier for PTSD i modsætning til 74 % af klienterne før behandlingen. Der sker dog til gengæld en gradvis stigning i antallet af klienter med subklinisk PTSD i løbet af STEPS-programmet fra 23 % ved behandlingsopstart til 42 % ved den etårige opfølgningssamtale. Samlet set sker der næsten en halvering i antallet af klienter med PTSD og subklinisk PTSD i STEPS-forløbet, idet 99 % af klienterne ved opstart opfyldte kriterierne for de to diagnoser, hvilket var reduceret til 53 % ved den sidste opfølgende samtale. Det kan således konkluderes, at STEPS-programmet er en effektiv behandlingsmetode i forhold til at reducere PTSD hos unge voldtægts ofre.

Det fremgår også af undersøgelsens resultater, at klienternes negative følelser omkring dem selv og andre samt deres somatiske symptomer reduceres i løbet af STEPS-behandlingen. I

forhold til de somatiske symptomer mindskes disse yderligere i det første år efter endt behandling, hvorfor STEPS-programmet således kan konkluderes at have en positiv og vedvarende effekt på klienternes somatiseringssymptomer. Den samme udvikling gør sig gældende for klienternes negative følelser for dem selv og andre, idet disse symptomer fortsat mindskes frem til den halvårslige opfølgningssamtale. Herefter sker der en lille stigning ved den etårige samtale, men klienternes symptomer når langt fra det niveau, som de havde inden behandlingsopstart. STEPS-programmet har således også en positiv og vedvarende effekt i forhold til at reducere klienternes negative affektivitet.

I relation til klienternes angst- og depressionssymptomer reduceres disse markant i behandlingsforløbet. Herefter sker der en lille stigning i symptomerne i det første halve år efter endt behandling, men symptomerne er fortsat langt færre end ved behandlingsopstart, hvorfor STEPS-behandlingen har succes med at mindske klienternes angst- og depressionssymptomer.

Resultaterne påviser desuden, at klienterne i højere grad anvender rationel og distancerende coping ved behandlingens afslutning, end de gjorde ved behandlingsopstart. Herudover anvender klienterne i mindre udstrækning emotionel og undgående coping-strategier efter endt behandling end de gjorde tidligere i forløbet. Denne udvikling er tegn på, at STEPS-programmet har en positiv indvirkning på klienternes anvendelse af copingstrategier, hvilket kan bidrage til, at klienterne bliver bedre til at håndtere de seksuelle traumer.

Der sker ikke de store ændringer i klienternes oplevelser af social støtte fra venner, familie og en signifikant person i løbet af STEPS-programmet. I relation til venner og signifikant anden sker der en lille stigning i oplevelsen af støtte fra behandlingsopstart til efter endt behandling, men denne effekt vedbliver ikke frem til den halvårslige opfølgning. Klienterne er mindst tilfredse med den støtte, som de modtager fra familien, og dette ændrer sig ikke i løbet af STEPS-behandlingen, tværtimod oplever klienterne, at støtten bliver mindre undervejs i STEPS-forløbet. STEPS-programmet er i sit udgangspunkt designet som et gruppeterapeutisk forløb, hvor klienterne får mulighed for at spejle sig i de andre gruppemedlemmer, og hvor klientens forældre bliver inddraget i behandlingen. Disse tiltag burde have en positiv effekt på klienternes oplevelse af social støtte, men virkeligheden er, at kun et fåtal af klienterne har modtaget STEPS-behandlingen i et gruppeforløb. Dette kan være årsag til, at undersøgelsens respondenter ikke oplever større effekt af STEPS-behandlingen i forhold til social støtte. Herudover kan en anden årsag være, at klienterne reelt ikke har et særligt stort netværk

omkring sig, som de kan opnå støtte fra, hvilket STEPS-behandlingen umiddelbart ikke kan ændre på.

Undersøgelsens resultater viser også, at klienternes selvværd og tro på egne evner stiger signifikant i løbet af STEPS-behandlingen. Denne positive udvikling fortsætter dog ikke efter behandlings ophør, idet klienternes selvværd og tro på egne igen er faldet en smule ved den halvårige samtale. Det er dog vigtigt at bemærke, at symptomniveauet er lavere ved den opfølgende samtale end ved behandlingsopstart, hvorfor det kan konkluderes, at STEPS-behandlingen har vist sig effektiv i forhold til at højne klienternes selvværd og tro på egne evner.

Klienternes tanker om dem selv og andre efter det seksuelle overgreb var ved behandlingsopstart overvejende negative, hvilket STEPS-behandlingen har ændret på. Klienterne oplever således et fald i disse negative tanker registreret efter endt behandling. Denne reduktion fortsætter dog ikke frem til den opfølgende samtale seks måneder efter behandlingen, men den samlede mængde af negative tanker er fortsat mindre end ved behandlingsopstart, hvorfor klienterne har positiv effekt af STEPS-behandlingen.

Endeligt viser resultaterne, at klienternes kognitive attributioner overvejende ændrer sig i positiv retning i løbet af STEPS-behandling. Dette gælder både i forhold til klienternes optagethed af at finde en mening med overgrebet og fastlægge ansvaret herfor. Ved behandlingens afslutning fralægger klienterne sig således i højere grad ansvaret for overgrebet end ved behandlingsopstart, ligesom flere af dem har fundet en mening med overgrebet. Klienterne tænker og taler desuden mindre om gerningsmanden og overgrebet som behandlingen skrider frem. Den positive udvikling i klienternes kognitive attributioner i løbet af STEPS-programmet indikerer behandlingens succesfulde effekt.

Klienternes oplevelser af STEPS-behandlingen

STEPS-programmet har vist sig at være en effektiv behandlingsmetode i forhold til at reducere en lang række af de psykologiske reaktioner og symptomer, som undersøgelsens klienter har været plaget af, efter de har været udsat for seksuelle overgreb. I de følgende eksempler vises nogle af klienternes oplevelser af STEPS-forløbet i forhold til reduktion af angst og skyld:

- Min angst om aftenen, når jeg er alene, er der stadig, men den er skåret helt ind til benet nu, så jeg helt konkret ved for hvad og hvornår, det er, jeg bliver bange.”
- ”Jeg arbejdede med hjælp fra en fantastisk psykolog ud af angsten, og udover dette lærte jeg, hvordan jeg kan tackle tilbagefald i fremtiden. Uden denne mulighed, havde jeg måske siddet med en sygemelding eller en førtidspension nu, ude af stand til at varetage et normalt job. Nu er jeg fuldstændig normal igen, lever livet og bruger de metoder og tricks jeg har lært, hver gang angsten viser sig”.
- ”Psykologen hjalp mig til at forstå, at det ikke var min skyld, det der skete. Jeg har følt så meget skyld og skam over, at jeg gik med de her fyre hjem. Og jeg har vendt og drejet, om det mon var mig, der havde udsendt nogle signaler, som den ene af fyrene åbenbart fuldstændigt havde misforstået. Men det VAR ikke min skyld”.

Herudover kommenterer nogle af deltagerne også på den specialiserede behandling, som STEPS-programmet indeholder:

- ”Jeg synes, det der har hjulpet mig allermost har været at lave en trinplan, lave øvelserne og at snakke om selve overgrebet”.
- ”Behandlingsforløbet har været utrolig givende – både i form af samtaleterapi, men også i form af arbejdsbogen, som jeg efterfølgende kan tage frem og læse i og benytte de værktøjer, der er blevet givet.”
- ”Det var intet mindre end en mirakelkur, de der havde. Det var et trin-for-trin-program udviklet præcis til tilfælde som mit. Det var meget hårdt, og man skal turde tage kampen hver dag i en periode. Det hjalp mig tilbage til livet!”
- ”Det ville have været fatalt for mig, hvis jeg ikke havde kunnet henvende mig til CFV. Selvom en anden psykolog, der ikke var specialiseret i seksuelle overgreb og dette trin-for-trin-program, måske kunne have hjulpet, var dette program jeg gennemgik netop så specialiseret til mit tilfælde med tilbagefald, at udviklingen skete fra uge til uge”.

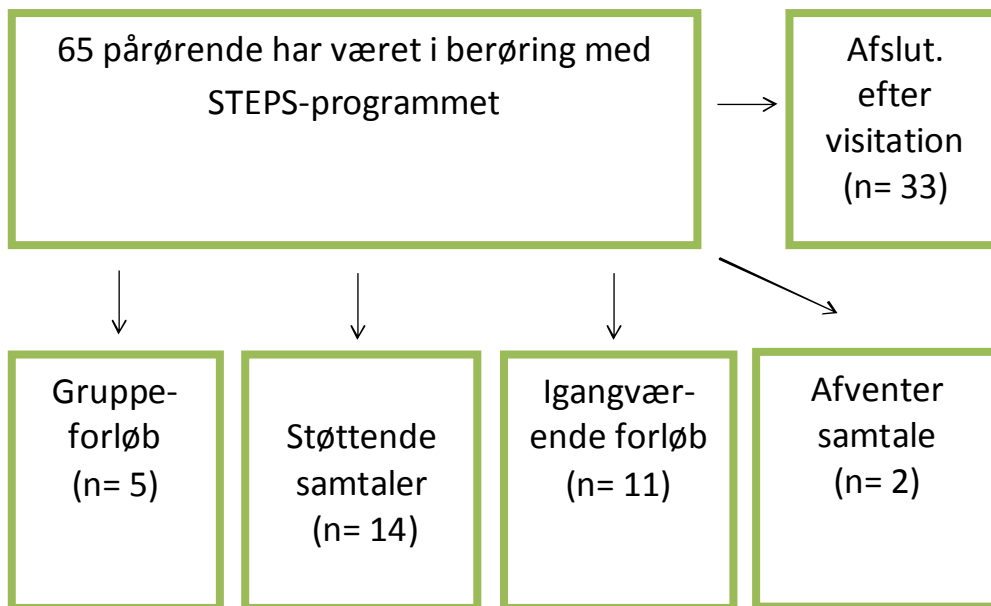
De pårørende

I en undersøgelse af pårørende til voldtægts ofre foretaget af CfV i 2007 fremgår det, at ofrets pårørende ofte også rammes hårdt af overgrebet (Bak & Parding, 2007). Undersøgelsens resultater viste eksempelvis, at 18 % af de pårørende opfyldte de diagnostiske kriterier for PTSD, og at yderligere 33 % af dem kunne diagnosticeres med subklinisk PTSD (ibid.). Herudover kan pårørende opleve en lang række af andre reaktioner såsom vrede, selvbeprejelser, afmagt, depression, angst og humørsvingninger. Mange pårørende har ligeledes svært ved at finde ud af, hvordan de skal hjælpe ofret bedst muligt. Dette kan føre til kommunikationsproblemer og konflikter, ligesom de pårørende kan føle trang til at overbeskytte ofret.

CfV har i flere år tilbudt støttende samtaler til pårørende til ofre i kontakt med centret, men med STEPS-programmets indførelse er denne hjælp blevet mere systematiseret. Forældre til unge voldtægts ofre får herigennem mulighed for at deltage i et egentligt gruppeterapeutisk forløb, hvor de sammen med andre pårørende får hjælp og værktøjer til at tackle både ofrets og egne reaktioner.

I praksis har det imidlertid vist sig svært at samle disse pårørende-grupper, idet kun et fåtal af klienterne har deltaget i et gruppeforløb i STEPS, hvorfor de fleste pårørende ikke har haft mulighed for at deltage i en forældregruppe. Grundet det store antal af individuelle klientforløb i STEPS-projektet, har CfV imidlertid valgt at tilbyde de pårørende individuelle, støttende samtaler sideløbende med klientens STEPS-forløb. Fokus for disse samtaler har været at give de pårørende information om, hvordan de bedst muligt hjælper ofret men også dem selv i relation til overgrebet. I **figur 27** ses en oversigt over de pårørendes kontakt med STEPS-programmet.

Figur 27 Antal af pårørende fordelt på den kontakt, de har haft med CfV



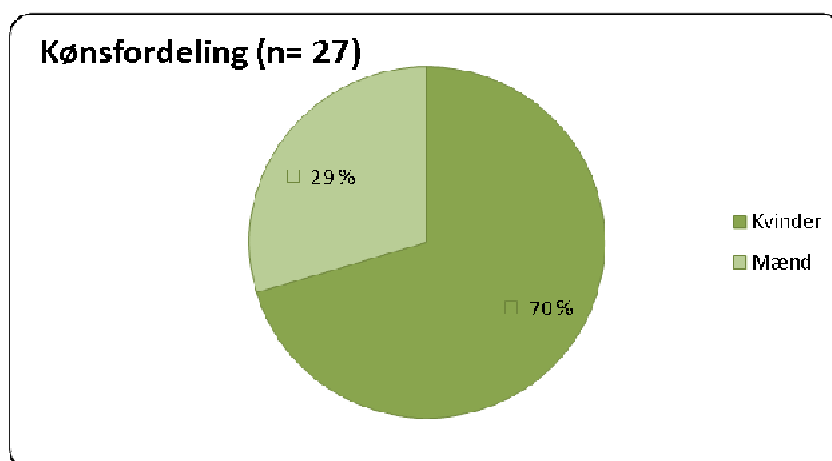
Demografiske og specifikke oplysninger

CfV har registreret en række demografiske- og specifikke oplysninger på de pårørende, der har været i kontakt med STEPS-programmet. Disse data præsenteres i de følgende afsnit, dog varierer mængden af data fra pårørende til pårørende. Langt de fleste pårørende har udfyldt ét spørgeskema ved visitationssamtalen, der omhandler den pårørendes reaktioner efter overgrebet. I denne rapport er der dog kun fokus på de pårørendes PTSD-symptomer målt med HTQ. Da de fleste pårørende ikke har deltaget i et egentligt STEPS-forløb, er det kun muligt at videregive resultater om de pårørendes symptomniveau ved visitationssamtalen, hvorfor det ikke er muligt at udsige noget om effekten af STEPS-programmet i forhold til pårørende. Dog har de fem forældre, som har deltaget i forældre-gruppeforløbet udfyldt HTQ-skemaet i alt fire gange henholdsvis før gruppeopstart, efter behandling samt ½ og et helt år efter behandling. Resultaterne af disse skemaer kan give en præliminær indikation af STEPS-programmets effekt i forhold til pårørende, hvorfor der også vil blive gjort rede for udviklingen i disse pårørendes PTSD-symptomer i nærværende rapport. Det er dog med stor forsigtighed og manglende validitet, at disse data præsenteres, hvorfor CfV med fordel kan lave en mere specifik og systematisk undersøgelse af STEPS-programmets virkning i forhold til pårørende.

Kønsfordeling

Størstedelen af de pårørende, der har udfyldt informationer om køn, er kvinder (n= 19; 70 %), og 30 % er mænd (n= 8). I **figur 28** ses procentfordeling af mænd og kvinder i STEPS-programmet.

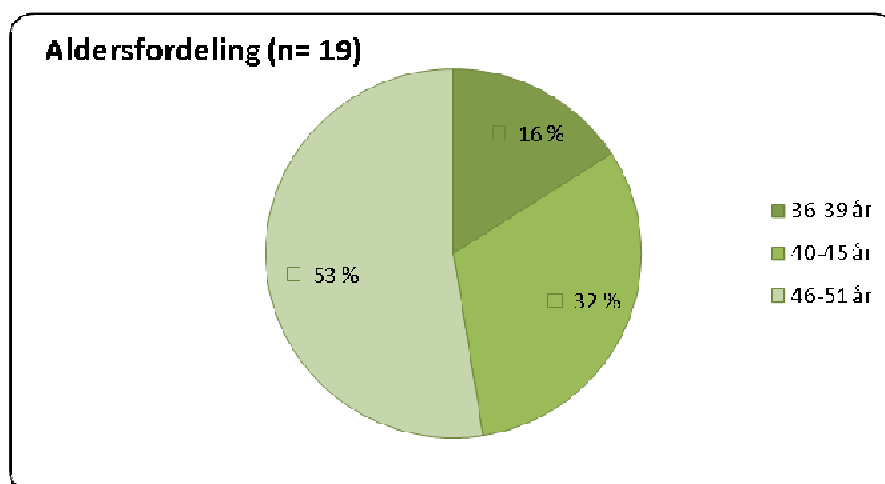
Figur 28 Procentfordeling af mænd og kvinder



Alder

De pårørende har en gennemsnitsalder på 45,21 år (SD= 4,17), hvoraf den yngste er 36 år, og den ældste er 51 år. Samtlige pårørende, der har udfyldt information omkring relationen til ofret, er biologiske forældre herunder 71 % mødre og 26 % fædre. **Figur 29** viser de pårørendes aldersfordeling.

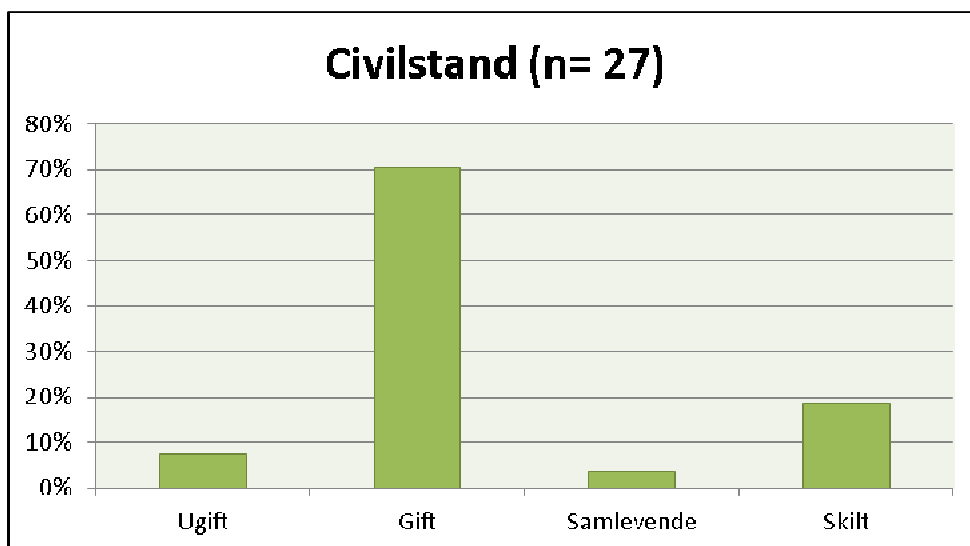
Figur 29 De pårørendes procentvise aldersfordeling



Civilstand

Hovedparten af de pårørende er gift (70 %) mens knap en femtedel er skilt (19 %). De resterende pårørende er enten ugifte (7 %) eller samlevende (4 %). I **figur 30** ses fordelingen af pårørende i forhold til civilstand.

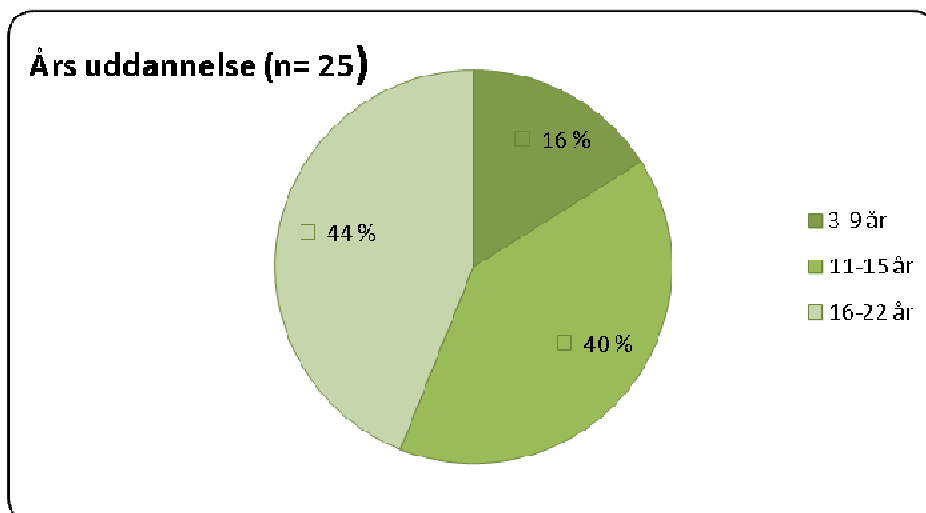
Figur 30 Procentvis fordeling i forhold til de pårørendes civilstand



Uddannelse og beskæftigelse

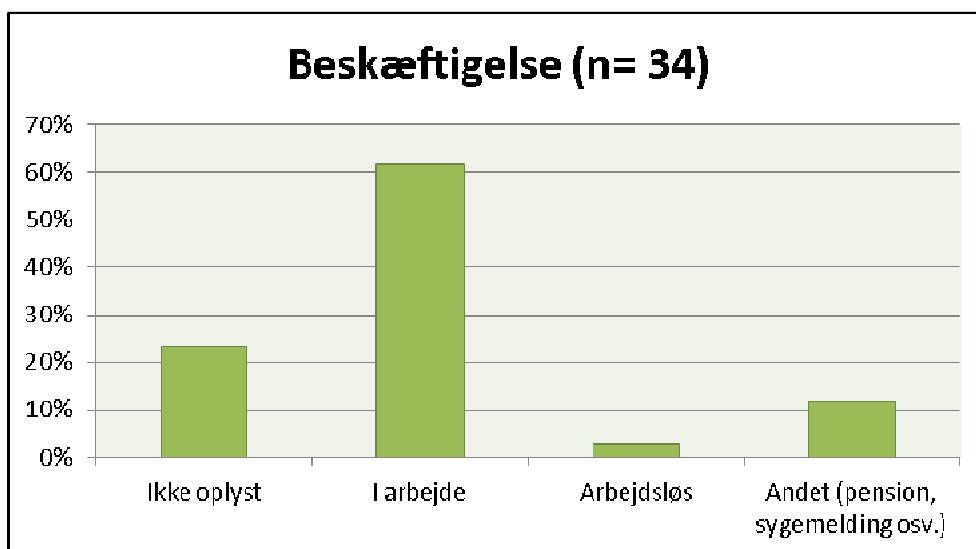
De pårørende har i gennemsnit 14,38 (SD= 4,09) års uddannelse, hvoraf den længste uddannelsesperiode er 22 år og den korteste er 3 år. Varigheden af de pårørendes uddannelse vises i **figur 31**.

Figur 31 Procentvis fordeling af uddannelsesvarighed



Størstedelen af de pårørende er i arbejde (n= 21; 62 %), mens kun 3 % (n= 1) er arbejdsløse. Herudover står 12 % (n= 4) af de pårørende ikke/eller kun delvist til rådighed for arbejdsmarkedet pga. eksempelvis førtidspension, langtidssygemelding, revalidering eller andet. **Figur 32** viser de pårørendes beskæftigelsesforhold.

Figur 32 Procentfordeling af pårørendes beskæftigelsesforhold



Kendskab til overgrebet

Klienterne har i gennemsnit ventet 8,16 måneder (SD= 11,15; rækkevidde= 0-48) med at fortælle deres pårørende om overgrebet. Mange voldtægts ofre er tilbageholdende med at fortælle om overgrebet grundet følelserne af skyld og skam, og de frygter derfor, hvordan omgivelserne vil reagere. De pårørende får derfor ofte først besked om overgrebet, når klientens posttraumatiske reaktioner er så invaliderende, at vedkommende ikke længere kan skjule dem for sine omgivelser. Dette kan fostre frustration og (selv)bebrejdelser hos de pårørende, idet de kan have svært ved at forstå, hvorfor ofret ikke har fortalt om overgrebet på et tidligere tidspunkt.

Tidligere traumer

De pårørende har i gennemsnit oplevet 1,52 (SD= 1,37; rækkevidde= 0-5) tidligere traumer.

Tabel 24 viser fordelingen af de pårørendes traumer. Det fremgår, at lige knap halvdelen (48 %) af de pårørende har mistet en nærtstående, og at 22 % af dem har været vidne til, at en

anden person har været i livsfare eller er blevet livsfarligt kvæstet. Herudover har 19 % af de pårørende været udsat for en ulykke, ligesom godt hver tiende af dem har været udsat for omsorgssvigt (11 %) eller mobning (11 %). Bemærk også at 7 % af de pårørende selv har været udsat for en voldtægt. Sammenlignes antallet af klienternes traumer med de pårørendes, ses det, at klienterne i gennemsnit har været udsat for flere traumer end de pårørende (2,13 versus 1,52). Herudover ses det, at ingen af de pårørende har været udsat for mere en fem traumer i alt, hvorimod 9 % af klienterne har oplevet seks eller flere traumer, hvorfor klienterne umiddelbart synes mere belastet af tidligere traumer end deres forældre.

Tabel 24 Procent- og frekvensfordeling af pårørendes tidligere traumer

Pårørendes tidligere traumer (n= 27)			
	Procent	Antal traumer	
Ulykke	19 %	0	26 %
Mistet en nærtstående	48 %	1	30 %
Livstruende sygdom	4 %	2	26 %
Naturkatastrofe	0 %	3	7 %
Trusler med våben	0 %	4	7 %
Chok pga. nærtstående var i livsfare	15 %	5	4 %
Omsorgssvigt	11 %		
Overfald/vold	4 %		
Seksuelt misbrug som barn	0 %		
Vidne til livsfare/livsfarlig kvæstelse	22 %		
Fysisk mishandling	0 %		
Krig	4 %		
Brand	4 %		
Voldtægt	7 %		
Mobning	11 %		
Andre traumer	4 %		

Opsamling

Størstedelen af de pårørende, der har været i kontakt med STEPS-programmet, er kvinder midt i 40'erne, hvoraf de fleste af dem er STEPS-klienternes biologiske mødre. De pårørende er

herudover overvejende gift og i arbejde, og de har i gennemsnit gennemgået knap 15 års uddannelse. I forhold til de pårørendes oplevelser med tidligere traumer, har de i gennemsnit været udsat for 1,52 traumer i deres liv, hvoraf de mest almindelige omhandler at miste en nærtstående person, være vidne til livsfare/livsfarlig kvæstelse eller have været udsat for en ulykke. Knap 8 % af de pårørende har tidligere selv været udsat for voldtægt. En sammenligning af antallet af oplevede traumer hos henholdsvis klienter og pårørende viser, at klienterne, trods deres unge alder, har oplevet flere traumatiske begivenheder i deres liv, end deres forældre. Endelig er der i gennemsnit gået lidt over otte måneder inden klienterne fortæller deres pårørende om overgrebet.

Reaktioner efter overgrebet

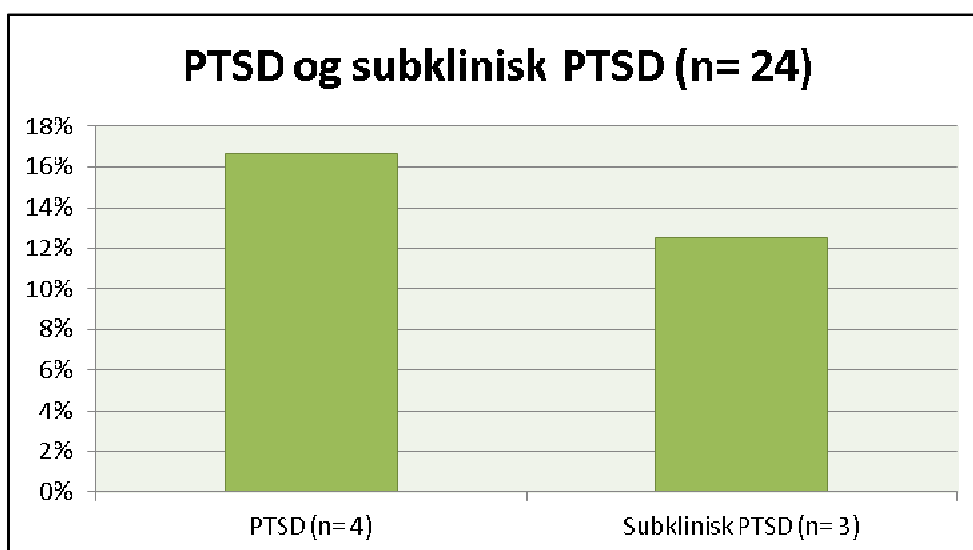
De fremgår af **tabel 25**, at de pårørende efter overgrebet i gennemsnit oplever at have ca. ét PTSD-symptom fra hver symptomklynge. Dette varierer dog meget fra person til person, hvilket procenttallene for antallet af symptomer også indikerer.

Tabel 25 Gennemsnit og procentvise fordeling af antal traumer fordelt på symptomklynger

Pårørendes PTSD-symptomer (n= 24)			
PTSD-symptomklynger	Gennemsnit (SD)	Antal symptomer	
Invaderende symptomer (n= 27)	1,05 (0,85)	0	26 %
		1	52 %
		2	15 %
		3	7 %
Undgåelsessymptomer (n= 25)	0,88 (1,36)	0	60 %
		1	16 %
		2	8 %
		3	12 %
		5	4 %
Vagtsomhedsymptomer (n= 26)	1,19 (1,23)	0	39 %
		1	23 %
		2	27 %
		3	4 %
		4	8 %

Størstedelen af de pårørende lider ikke af hverken PTSD eller subklinisk PTSD, idet flere symptomer skal være til stede for at kvalificere disse diagnoser. Dog påviser resultaterne, at 17 % af de pårørende opfylder de diagnostiske kriterier for PTSD, og yderligere 13 % af dem lider af subklinisk PTSD. Det vil sige at knap 30 % (n= 7) af de pårørende er så plagede af posttraumatiske reaktioner, at de kvalificerer sig til en egentlig diagnose. Antallet af pårørende med PTSD i nærværende undersøgelse matcher det symptomniveau, som CfV tidligere har påvist hos en gruppe af deres pårørende. I **figur 33** ses procentfordelingen af pårørende med henholdsvis PTSD og subklinisk PTSD.

Figur 33 Procentvise fordeling af pårørende med PTSD og subklinisk PTSD



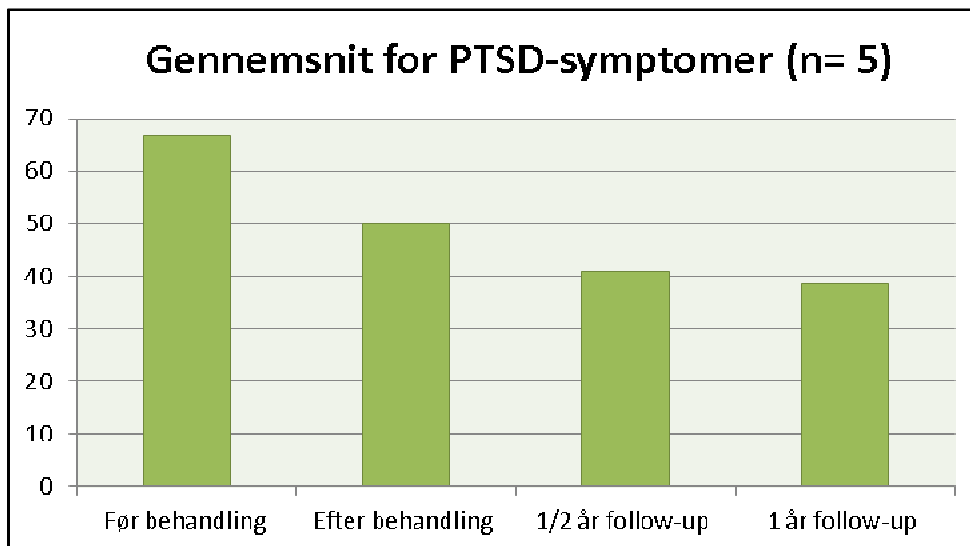
Udvikling i PTSD-symptomer

Ganske få forældre (n= 5) har udfyldt spørgeskemaer vedrørende deres PTSD-symptomer i løbet af det forældre-gruppeforløb, som de har modtaget i STEPS-programmet. Det er derfor muligt at undersøge, om disse forældres symptomniveau har ændret sig undervejs i STEPS-forløbet, men antallet af respondenter er så få, at det ikke er muligt at påvise, om eventuelle ændringer skyldes STEPS-behandlingen eller andre faktorer. Resultaterne viser, at der sker en markant nedgang i forældrenes samlede PTSD-symptomer fra før til efter behandling.

Forældrenes gennemsnit er før behandlingen på 66,67 (SD= 10,79), hvorefter gennemsnittet falder til 50 (SD= 15,56) efter behandling. Denne udvikling fortsætter frem til den halvårslige opfølgingsamtale, hvor gennemsnittet er faldet til 41 (3,61) og igen frem til den årlige opfølgning, hvor gennemsnittet nu er 38,5 (SD= 4,95). **Figur 34** viser udviklingen i

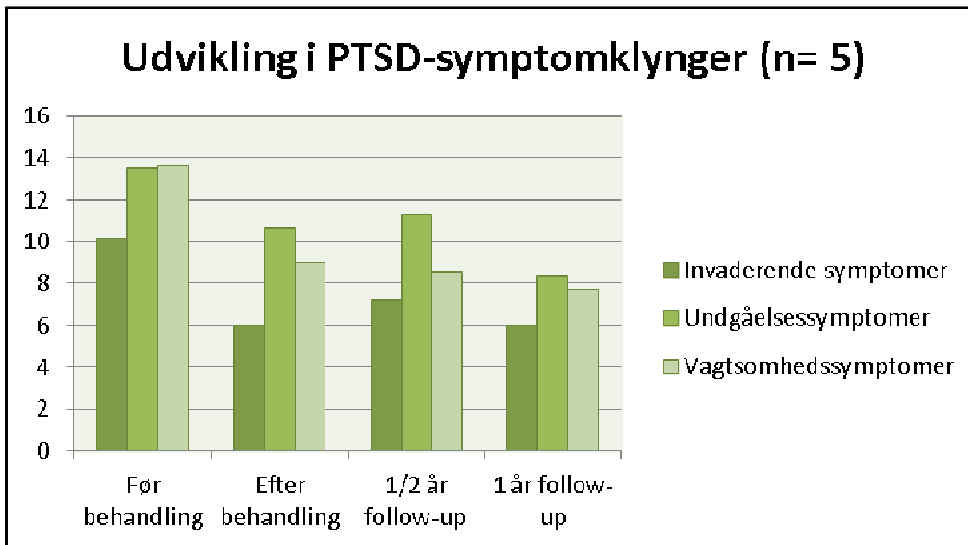
gruppedeltagernes PTSD-symptomer over tid. Resultaterne kan tyde på, at STEPS-behandlingen også virker i forhold til at reducere pårørendes PTSD-symptomer, men resultaterne skal tolkes med stor forsigtig grundet det meget lave antal af respondenter.

Figur 34 Gennemsnit for totale niveau af PTSD-symptomer på fire måletidspunkter i STEPS-programmet



Der ses også en nedgang for hver enkelt gruppe af symptomer for de pårørende i STEPS-forløbet. De pårørendes invaderende symptomer falder således fra et gennemsnit på 10,14 (SD= 2,54) før behandling til 6 (1) ved den etårige opfølgningssamtale. Det samme gør sig gældende for de pårørendes undgåelsessymptomer, der falder fra 13,50 (SD= 1,85) til 8,33 (SD= 1,15) fra før behandling til et år efter behandling. Endelig sker der en reduktion i deres vagtsomhedssymptomer fra 13,63 (SD= 1,41) til 7,75 (SD= 3,10) i perioden fra før behandlingsopstart til programmets afslutning et år efter. Udviklingen i symptomgrupperne ses i **figur 35**.

Figur 35 Gennemsnit for PTSD-symptomklynger på fire måletidspunkter i STEPS-programmet



Opsamling

Det er påvist, at en væsentlig del af de pårørende lider af enten PTSD eller subklinisk PTSD efter overgrebet, hvilket matcher det symptomniveau, som CfV tidligere har fundet hos pårørende til voldtægts ofre. Gennemsnitligt oplever de pårørende at have ca. ét symptom fra hver symptomklynge under PTSD-diagnosen. Der er ligeledes påvist et fald i de pårørendes PTSD-symptomer i løbet af den periode, hvor de modtager hjælp i STEPS-programmet, men det er ikke muligt at verificere, om faldet skyldes selve behandlingen eller andre faktorer. Reduktionen ses både i forhold til det totale symptomniveau men også i forhold til de enkelte grupper af symptomer. Valideringen af STEPS-behandlingens effektivitet i forhold til at reducere pårørendes posttraumatiske reaktioner efter voldtægt skal ske ved hjælp af fremtidige undersøgelser med et langt større antal af respondenter.

Sammenfatning af rapporten

Formålet med denne rapport har været at evaluere STEPS-programmets virkning i forhold til at reducere PTSD-symptomer og andre psykologiske reaktioner hos unge voldtægts ofre og deres pårørende. STEPS-behandlingen er blevet udbudt i et behandlingsprojekt foretaget af CfV, hvor formålet har været at tilpasse STEPS-behandlingen til CfV's målgruppe.

Undersøgelsens resultater tegner et billede af en sårbar klientgruppe, hvor ofrene er unge mennesker, som ikke blot er belastede af det seksuelle overgreb men også tidligere traumer, belastende opvækstvilkår og psykologiske vanskeligheder. For mange af klienterne er STEPS-behandlingen langt fra første gang de er i kontakt med professionel psykologisk hjælp, og nogle af dem modtager flere former for hjælp bl.a. fra socialforvaltning, mentorordninger mm. Hertil kommer, at de fleste af klienterne er midt i den løsrivnings- og identitetsdannelsesproces, der kendetegner ungdomsårene, hvilket også bevirker, at de psykologisk set er sårbare.

Netop klienternes sårbarhed har vist sig at være en udfordring i forhold til dannelsen af de gruppeterapeutiske forløb, som STEPS-programmet oprindeligt bygger på. CfV har haft svært ved at rekruttere klienter til grupperne, da en sådan deltagelse kræver en del ressourcer og kapaciteter, hvilket mange af STEPS-klienterne ikke har. Dette har medført, at CfV i de fleste tilfælde har tilbudt STEPS-behandlingen som et individuelt forløb til klienterne, hvilket resultatmæssigt til gengæld har været en stor succes.

Med udgangspunkt i STEPS-klienternes datamateriale er det muligt at konkludere, at STEPS-behandlingen generelt er en effektiv behandlingsmetode i forhold til at reducere post-traumatiske reaktioner og symptomer hos klientgruppen. Undersøgelsens resultater viser, at de klienter der har modtaget STEPS-behandlingen har signifikant færre PTSD-symptomer, angst- og depressionssymptomer samt andre psykologiske reaktioner efter forløbets afslutning end inden de startede behandlingen. Et godt eksempel på dette er den procentvise andel af klienter med PTSD, som lå på 74 % ved behandlingsopstart, og som efter behandling var faldet drastisk til 32 %. Ligeledes kunne 99 % af klienterne diagnosticeres med PTSD eller subklinisk PTSD ved behandlingsopstart, og denne andel var faldet til 58 % ved behandlingsafslutning. For PTSD alene gælder det desuden, at den procentvise andel af klienter med PTSD yderligere var faldet til 11 % ved den årlige opfølgningssamtale. Denne fortsatte udvikling ses i relation til de fleste af klienternes symptommål, hvor symptomerne enten fortsætter med at falde i det

første halve til hele år efter STEPS-behandlingens afslutning eller forbliver på det samme niveau som ved behandlingsafslutning. Det er således også dokumenteret, at STEPS-programmet har en vedblivende effekt på klienternes symptomniveau.

Flere klienter giver også selv udtryk for, at STEPS-forløbet har været en direkte årsag til, at de har fået det bedre i relation til overgrebet. Der er således både kvalitative og kvantitative beviser for STEPS-behandlingens succesfulde effekt.

Det er dog også påvist, at ikke alle klienter har gavn af STEPS-forløbet. Det er kommet til udtryk ved, at en stor gruppe af klienter er blevet afvist i den indledende screeningsproces, ligesom en vis andel af klienterne er faldet fra undervejs i STEPS-forløbet. Årsagerne til frafaldene er mange, men nogle af de mest almindelige er tilstedeværelse eller mistanke om alvorlig psykisk lidelse samt andre alvorlige systemproblematikker, der gør det svært for klienten at passe sin behandling. STEPS-behandlingen virker derfor i mange, men ikke alle tilfælde. Det er bl.a. årsagen til, at CfV, på nuværende tidspunkt, arbejder på at udvikle et klargøringsprogram til klienter, som umiddelbart er for sårbare til at modtage STEPS-behandlingen, men som på sigt ville kunne profitere af den, såfremt de hjælpes lidt på vej.

STEPS-programmet inkluderer i sin oprindelse også et gruppeforløb til pårørende, der løber sideløbende med klienternes gruppeterapeutiske forløb. Grundet det meget lave antal af gruppedeltagere i klientgruppen har det kun været muligt at gennemføre ét gruppeforløb med pårørende. De resterende pårørende har enten ikke modtaget noget egentligt forløb i STEPS udover en visitationssamtale, eller har modtaget et varierende antal af støttende samtaler med fokus på psykoedukation.

De pårørende er typisk klienternes biologiske mødre, de er i midten af 40'erne, gift, har en mellemlang uddannelse og er i arbejde. Gruppen af pårørende har umiddelbart været udsat for færre traumer end deres børn, men næsten 8 % af dem har selv været udsat for voldtægt på et tidligere tidspunkt i deres liv. Resultaterne viser, at 16,7 % af de pårørende har PTSD og 12,5 % af dem har subklinisk PTSD, og dette stemmer overens med tal fra en tidligere undersøgelse af pårørende i kontakt med CfV.

Grundet det meget lave antal af pårørende, der har gennemført et gruppeforløb i STEPS, har det ikke været muligt at evaluere behandlingseffekten af STEPS i forhold til de pårørende. Dog viser præliminære, men ikke validerede resultater, at de pårørendes PTSD-symptomer mindskes i løbet af STEPS-behandlingen. Flere undersøgelser med et større antal af

respondenter behøves for at kunne validere effekten af STEPS-behandlingen i forhold til pårørende.

Styrker og svagheder ved STEPS

En af de største styrker ved STEPS-programmet er, at det er standardiseret og manualbaseret, således at deltagerne sikres en ensartet behandling. Det gør det også væsentlig nemmere at validere effekten af behandlingen, idet det mindsker risikoen for at andre faktorer influerer på behandlingsresultatet. Undersøgelsens resultater havde imidlertid stået endnu stærkere, hvis man havde valgt at inkludere en kontrolgruppe, der kunne medvirke til at udelukke andre faktorer som årsag til klienternes bedring.

Der er imidlertid nogle etiske overvejelser forbundet med anvendelsen af en kontrolgruppe i relation til voldtægts ofre. Den vigtigste overvejelse er, at ofrene ofte har det meget dårligt, når de henvender sig til CfV, og de har derfor et akut behov for behandling, som de ikke ville modtage, hvis de skulle være en del af en kontrolgruppe.

Grundet klienternes udtalte sårbarhed har CfV tilbudt støttende samtaler til STEPS-klienterne efter behov, hvilke lå udenfor STEPS-programmets egentlige ramme. Dette er først og fremmest en sympatisk tilgang, der sikrer at klienterne er i stand til at gennemføre STEPS-behandlingen, men det besværliggør også muligheden for at udelukke andre faktorerens betydning for undersøgelsens resultater.

Ligeledes tyder resultaterne på, at pårørende-delen også er en styrke ved STEPS-programmet, idet de pårørende ser ud til at profitere af behandlingen, selvom disse resultater ikke er videnskabeligt validerede. Det er nødvendigt at indsamle data fra flere pårørende, der gennemgår gruppeforløbet i STEPS, for at kunne validere effekten af behandlingen i forhold til denne gruppe.

Det er ligeledes en styrke, at CfV har udviklet STEPS-programmet, så at det nu rummer et manualbaseret individuelt forløb og et manualbaseret gruppeforløb til klienterne. På denne måde er det muligt at matche klienterne med det forløb, som de antageligt profiterer bedst af vurderet ud fra klientens ressourcer og kapaciteter. Udviklingen af et klargøringsforløb til STEPS kan yderligere styrke selve behandlingen, idet der muligvis vil være et lavere frafald

blandt klienterne samt et mindre behov for ekstra støttende samtaler undervejs i behandlingsforløbet.

Det traumepsykologiske område er i disse år i udvikling, og der er i dag en langt større offentlig opmærksomhed på PTSD end tidligere. Den nyeste forskning peger på identificeringen af specifikke traumeprofiler (Armour, Karstoft, & Richardson, 2014; Shevlin, Hylander & Elklit, in press), hvor karakteren af PTSD varierer fra traumeoffer til traumeoffer frem for at have et ens udtryk hos alle. Behovet for evidensbaseret og specialiseret behandling til traumeofre vokser derfor, og det er CfV's målsætning at bidrage til udviklingen af effektiv traumefokuseret behandling til voldtægts ofre. CfV fortsætter derfor med at justere og validere STEPS-programmet, ligesom centret også anvender andre evidensbaserede metoder såsom *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) i behandlingsarbejdet. Det er forhåbningen, at CfV med tiden kan tilbyde forskellige evidensbaserede behandlingspakker, der er udvalgt på baggrund af det enkelte offers specifikke behov.

Litteraturliste

- Abrahams, N., Jewkes, R., & Mathews, S. (2013). Depressive symptoms after a sexual assault among women: Understanding victim-perpetrator relationships and the role of social perception. *African Journal of Psychiatry*, 4, 288-293.
- American Psychiatric Association (2009). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association
- Armour, C., Karstoft, Kl., & Richardson, J. D. (2014). The co-occurrence of PTSD and dissociation: differentiating severe PTSD from dissociative-PTSD. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi: 10.1007/s00127-014-0819-y
- Balvig, F. & Kyvsgaard, B. (2009). Udsathed for vold og andre former for kriminalitet: Offerundersøgelserne 2005-2008. *Københavns Universitet, Justitsministeriet, Det kriminalpræventive råd, Rigspolitichefen*.
- Bicanic, I. (2014). *Psychobiological Correlates of Rape in Female Adolescents*. Enschede: Ipskamp Drukkers B. V.
- Canty-Mitchell, J. & Zimet, G.D. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 28, 391-400.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Elklit, A., & Christiansen, D. M. (2010). ASD and PTSD in rape victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 1470-1488.
- Elklit, A., Christensen, D. M., & Bak, R. (2012). Secondary victims of rape. *Violence and Victims*, 27, 246-262.
- Elklit, A., & Shevlin, M. (2013). Sexual Victimization and Anxiety and Mood Disorders: A Case-Control Study Based on the Danish Registry System. *Irish Journal of Psychology*, 30, 119-124.
- Elwood, L. S., Smith, D. W., Resnick, H. S., Gudmundsdottir, B., Amstadter, A. B., Hanson, R. F., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2011). Predictors of rape: Findings from the National Survey of Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 166-173. doi: 10.1002/jts.20624
- Foa, E. B. (1997). Trauma and women: Cause, predictors, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 15, 25-28.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Helweg-Larsen, K., Schütt, N. M., & Larsen, H. B. (2009). Unges trivsel år 2008: En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb og vold i barndom og tidlig ungdom. 2009. København: Statens Institut for Folkesundhed; SDU.
- Jensen, M. P., & Karoly, P. (2001). Self-Report Scales and Procedures for Assessing Pain in Adults. I D. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of Pain Assessment* (2 ed.). New York: The Guilford Press.
- Laursen, B., Balvig, F., Madsen, K. S., Martinussen, MB. E., & Sidenius, K. (2009). Voldtægt der anmeldes - Del IV: Mændene. 2009. Glostrup: Det Kriminalpræventive Råd.

- Murphy, S., Shevlin, M., Armour, C., Elklit, A., & Christoffersen, M. N. Childhood adversity and PTSD experiences: Testing a Multiple Mediator Model. *Traumatology*. in press.
- Nettelbladt, P., Hansson, L., Stefansson, C.-G., Borgquist, L., & Nordström, G. (1993). Test characteristics of The Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) in Sweden, using The Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *28*, 130-133.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *1*, 52-73. doi: 10.1037/0033-2909.129.1.52
- Parloff, M. B., Kelman, H. C., & Frank, J. D. (1954). Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria for improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *3*, 343-351.
- Rees, S., Silove, D., Chey, T., Ivancic, L., Steele, Z. et al. (2011). *Journal of the American Medical Association*, *5*, 513-521.
- Rickels K, Garcia C-R, Lipman RS et al (1976) The Hopkins Symptom Checklist: assessing emotional distress in obstetric-gynaecological practice. *Prim Care* 3: 751-764.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, *20*, 455-475.
- Schmidt, L. L., Parding, S., & Kvistgaard, S. S. (2013). *Årsrapport 2012, Center for Voldtægtsofre* (annual report). Retrieved from Center for Victims of Rape, Aarhus website: www.voldtaegt.dk
- Schütt, N. M., Frederiksen, M. L., & Helweg-Larsen, K. (2008). Unge og kærestevold i Danmark. En landsdækkende undersøgelse af omfang, karakter og følger af vold blandt 16-24 årige med fokus på kærestevold. 2008. København: Statens Institut for Folkesundhed; SDU.
- Shevlin, M., Hyland, P. & Elklit, A.: Different Profiles of Acute Stress Disorder Differentially Predict Posttraumatic Stress Disorder in a Large Sample of Female Victims of Sexual Trauma. *Personality Assessment*. in press.
- Siedler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 1-8. doi: 10.1017/S0033291706007963
- Vickerman, K.A. & Margolin, G. (2009). Rape treatment outcome research: Empirical findings and state of the literature. *Clinical Psychology Review*, *29*, 431-448
- Zinzow, H. M., Resnick, H. M., McCauley, J. L., Amstadter, A. B., Ruggiero, K. J., & Kilpatrick, D. G. (2012). Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: results from a national survey of women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*, 893-902. doi: 10.1007/s00127-011-0397-1.

ISBN: 978-87-93192-15-7

EAN: 9788793192157