

Faktorer som henger sammen med økt risiko for arbeidsuførhet blant personer utsatt for seksuelle overgrep i barndommen

Det er fortsatt mye vi ikke vet om sammenhengen mellom seksuelle overgrep i barndommen og senere arbeidsuførhet. Denne studien ser på om forhold ved overgrepet og overgriperen kan øke sannsynligheten for arbeidsuførhet.

TEKST

Iris M. Steine

Bjørn Bjorvatn

Dagfinn Winje

Janne Grønli

Inger Hilde Nordhus

Anne Marita Milde

Ståle Pallesen

PUBLISERT 3. mai 2020

ABSTRACT:

Factors related to an increased risk for work disability among childhood sexual abuse survivors

Background: Childhood sexual abuse (CSA) predicts adult work disability. However, little is known about predictors of individual differences in this outcome among CSA-survivors.

Methods: In a sample of 502 adult CSA-survivors (95 % women, 5 % men) recruited from support centers for sexual abuse survivors in Norway, we examined whether specific characteristics of the abuse and perpetrator predicted the likelihood of work disability.

Results: The likelihood of work disability was higher for those reporting abuse involving the use of physical violence (OR = 2.98, $p = .004$), threats (OR = 2.33, $p = .018$) or manipulation (OR = 3.13, $p = .007$) by the perpetrator, and for those reporting that the perpetrator was a trusted person (OR = 3.09, $p = .005$).

Conclusions: The findings indicate that specific characteristics of the abuse and perpetrators, and thus may represent factors contributing to individual differences in work functioning among CSA-survivors.

Keywords: *Childhood sexual abuse, sexual assault, work disability, adult survivors of childhood sexual abuse*

Både internasjonale og norske studier viser at å bli utsatt for seksuelle overgrep i barndommen øker risikoen for senere arbeidsuførhet. For eksempel har studier basert på befolkningsutvalg i USA, Irland og Norge rapportert en sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen og henholdsvis lavere deltagelse i arbeidslivet (Lee & Tolman, 2006) og økt risiko for syke- og uføretrygd (Barrett, Kamiya, & Sullivan, 2014; Pinto Pereira, Li, & Power, 2016; Steine et al., 2020)

Selv om sammenhengen mellom seksuelle overgrep i barndommen og arbeidsuførhet i voksen alder har blitt funnet på tvers av ulike utvalg og landegrenser, viser disse studiene samtidig at flertallet av overgrepsutsatte ikke er arbeidsuføre. For eksempel viste en nylig studie i et norsk befolkningsutvalg at hele 83,9 % av dem som rapporterte at de hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep (definert som før den seksuelle lavalderen på 16 år), ikke var arbeidsuføre (Steine et al., 2020). For å øke grunnforståelsen for individuelle forskjeller i arbeidsuførhet blant overgrepsutsatte er det relevant å identifisere faktorer knyttet til overgrepene, overgriper og den utsatte som er assosiert med ulik risiko for arbeidsuførhet. Dette er imidlertid lite studert. En rekke studier har derimot undersøkt betydningen av spesifikke forhold ved overgrepene og overgriperen for individuelle forskjeller i alvorlighetsgraden av symptomer blant overgrepsutsatte (for eksempel sannsynligheten for posttraumatisk stresslidelse, depresjon, angst, rusmisbruk, og selvmordsforsøk). Disse studiene har funnet mer alvorlige symptomer på lang sikt når overgrepene involverte penetrering (vaginal, anal, oral), når overgriperen var en person den utsatte hadde en nær relasjon til (spesielt biologiske foreldre), og når man ble utsatt for fysisk vold og trusler fra overgriperen (Beichtman, Zucker, Hood, DaCosta, & Akman, 1991; Beichtman et al., 1992; Feehan, Nada-Raja, Martin, & Langley, 2001; Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013; Hulme & Agrawal, 2004; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Kendler et al., 2000; Leserman, 2005; Nelson, Heath, Madden, & et al., 2002; Tremblay, Hébert, & Piché, 1999; Trickett, Reiffman, Horowitz, & Putnam, 1997; Tyler, 2002). Det kan derfor tenkes at disse forholdene også vil være knyttet til individuelle forskjeller i arbeidsuførhet blant overgrepsutsatte, ettersom arbeidsuførhet blant overgrepsutsatte delvis kan forklares av økte mentale helseproblemer (Lee & Tolman, 2006).

«Studien bidrar til økt forståelse for forhold ved overgrepene og overgriperen som er knyttet til individuelle forskjeller i

arbeidsuførhet blant overgrepsoffer»

Kun én tidligere empirisk studie har undersøkt betydningen av spesifikke forhold ved overgrepene som risikofaktor for arbeidsuførhet blant overgrepsoffer. I den studien, som er en mer enn trettiårig longitudinell studie av en fødselskohort i New Zealand, fant Fergusson og kolleger (2013) at kvinner og menn som hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, signifikant oftere var mottagere av trygdeordninger som voksne (inkludert arbeidsledighets-, syke-, og uføretrygd) sammenlignet med dem som ikke hadde blitt utsatt for overgrep. Videre var denne sammenhengen sterkest for dem som hadde opplevd overgrep som involverte penetrering (Fergusson et al., 2013). Ingen andre forhold ved overgrepene eller overgriper ble undersøkt i denne studien, noe som understreker behovet for flere studier som kan belyse hva som bidrar til individuelle forskjeller i arbeidsuførhet blant overgrepsoffer.

Med dette som bakgrunn var hensikten med denne studien å undersøke om spesifikke overgrepsofferrelaterte faktorer var assosiert med individuelle forskjeller i arbeidsuførhet i et utvalg av voksne personer som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Spesifikt undersøkte vi om forhold ved både overgrepene (om overgrepene involverte penetrering, om man ble utsatt for fysisk vold, trusler eller manipulering fra overgriper) og overgriperen (om overgriperen var en forelder eller en tillitsperson) predikerte sannsynlighet for arbeidsuførhet, etter å ha kontrollert for proximale risikofaktorer for arbeidsuførhet, som alder og et bredt spekter av mentale helseproblemer. Basert på den ene tidligere studien som rapporterte en sterkere sammenheng med arbeidsuførhet for overgrep som involverte penetrering (Fergusson et al., 2013), var hypotesen at overgrep som involverte penetrering (voldtekt), ville være assosiert med økt sannsynlighet for arbeidsuførhet. Basert på de ovennevnte studiene som fant mer alvorlige symptomer blant overgrepsoffer som ble utsatt for vold og trusler, og for dem som hadde hatt en nær relasjon til overgriperen, var hypotesen at også disse forholdene ville være assosiert med økt sannsynlighet for arbeidsuførhet. Ingen spesifikk hypotese ble formulert vedrørende variabelen manipulering, på grunn av manglende tidligere studier som spesifikt har undersøkt sammenhengen mellom denne variabelen og arbeidsevne eller senskader.

Materiale og metode

Utvalg

Studiens utvalg kom fra prosjektet Longitudinal Investigation of Sexual Abuse (LISA-undersøkelsen). LISA-undersøkelsen var et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Bergen og de fire største støttesentrene mot incest og seksuelle overgrep i Norge (støttesentrene i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger). I 2009 fikk alle brukerne ved disse sentrene tilbud om å delta i LISA-undersøkelsen gjennom å få tilsendt et informasjonsskriv og et spørreskjema som blant annet inkluderte detaljerte spørsmål om de seksuelle overgrepene de hadde blitt utsatt for (for eksempel alder ved første

overgrep, hvem overgriper var, hvorvidt overgrepene involverte vold/trusler/manipulering fra overgriper, og andre overgrepsrelaterte variabler identifisert som relevante av fagpersoner med ekspertise i feltet), i tillegg til yrkesstatus. For å ivareta brukernes anonymitet ble utsendingene gjort av ansatte ved sentrene. I 2011 gjorde vi en supplerende datainnsamlingsrunde med den hensikt å øke utvalgets størrelse, der nye senterbrukere fra 2009 til 2011 ble invitert til å delta i studien.

Etikk

Studien ble godkjent av Skattedirektoratet, Personvernombudet for forskning, Helsedirektoratet og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (prosjektnummer 264.08).

Variabler

Karakteristika ved overgrep/overgriper. Vi lagde dikotome variabler (1 = ja, 0 = nei) basert på om overgrepene hadde involvert penetrering, om man ble utsatt for fysisk vold, trusler eller manipulering fra overgriper, og om overgriperen var en forelder eller en tillitsperson. For en oversikt over hvilke spørsmål som inngikk i hver av disse kategoriske variablene, se tabell 1.

TABELL 1 Hvordan forhold ved overgrepene og overgriperen ble definert.

Penetrering	Inntrengning med kjønnsorgan i munn, vagina eller endetarm Inntrengning med gjenstand i vagina eller endetarm Inntrengning med fingre i vagina eller endetarm
Trusler	«Jeg ble truet med å bli avvist/sendt på barnehjem» «Det ble truet med å skade meg dersom jeg sa ifra» «Det ble truet med å skade noe eller noen jeg var glad i dersom jeg sa ifra»
Fysisk vold	«Jeg ble holdt fast, jeg ble overfalt, det ble utøvd vold»
Manipulering	«Jeg ble manipulert slik at jeg opplevde at overgrepene var min feil» «Jeg ble manipulert ved at jeg syntes synd på den som krenket meg» «Jeg ble lur, som barn gjør man som den voksne sier, overgriper lot som det var normalt»
Tillit	«Jeg hadde tillit til den som krenket meg»
Overgriper var en forelder	Biologisk forelder Steforelder Fosterforelder

Arbeidsuførhet. Respondentene oppgav sin yrkesstatus i en avkrysningsliste. Alternativene var fulltidsansatt, deltidsansatt, arbeidsledig, student, hjemmевærende, pensjonist og uføretrygdet/under attføring (attføring tilsvarende dagens arbeidsavklaringspenger). Vi lagde en dikotom variabel der respondentene ble klassifisert som enten uføretrygdet/under attføring (kodet som «1») eller ikke (alle andre, kodet som «0»).

Kontrollvariabler. Kontrollvariabler inkluderte posttraumatiske stresssymptomer (målt gjennom Impact of Event Scale-Revised; Weiss & Marmar, 1997), angst- og depresjonssymptomer (målt gjennom Hospital Anxiety and Depression Scale; Zigmond & Snaith, 1983), selvskadning (målt gjennom Self-Harm Inventory; Sansone, Wiederman, & Sansone, 1998), insomni (målt gjennom Bergen Insomnia Scale; Pallesen et al., 2008), marerittrelatert ubehag (målt gjennom Nightmare Distress Questionnaire; Belicki,

1992), fysiske og emosjonelle smerter (målt gjennom Short-form McGill Pain Questionnaire; Melzack, 1987), spiseforstyrrelser (målt gjennom Eating Disorder Examination Self Report Questionnaire; Luce & Crowther, 1999; Mond, Hay, Rodgers, Owen, & Beumont, 2004), dissosiative symptomer (målt gjennom Dissociative Experiences Scale Taxon; Bernstein & Putnam, 1986), opplevd støtte fra familie/venner/andre mennesker (målt gjennom Multidimensional Scale of Perceived Social Support; Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988), og relasjonelle vansker (målt gjennom en skala konstruert spesifikt for LISA-undersøkelsen, som kartla 1) vansker med å stole på andre, 2) vansker med å knytte seg til andre, 3) vansker med å inngå i varige forhold til andre, 4) vansker med å bli glad i andre, og 5) vansker med å tro at andre liker/er i glad i en selv (for en detaljert beskrivelse av måleinstrumentene underliggende disse variablene, se Steine, Winje, Krystal, et al., 2017)

Statistiske analyser

Punkt-biseriale korrelasjonsanalyser. Vi gjorde preliminære punkt-biseriale korrelasjonsanalyser for å identifisere variabler som korrelerte med variabelen uføretrygd/under attføring, slik at vi kunne kontrollere for disse variablene i regresjonsanalysen. Analysene viste statistisk signifikante korrelasjoner med nåværende alder ($r_{pb}=.240$, $p<.001$), symptomer på posttraumatisk stresslidelse ($r_{pb}=.218$, $p<.001$), angst ($r_{pb}=.221$, $p<.001$), depresjon ($r_{pb}=.313$, $p<.001$), selvskading ($r_{pb}=.250$, $p<.001$), insomni ($r_{pb}=.212$, $p<.001$), marerittrelatert ubehag ($r_{pb}=.193$, $p<.001$), fysiske smerter ($r_{pb}=.363$, $p<.001$), emosjonelle smerter ($r_{pb}=.322$, $p<.001$), relasjonelle vansker ($r_{pb}=.269$, $p<.001$), og opplevd støtte fra familie/venner/andre mennesker ($r_{pb}=-.273$, $p<.001$).

Hierarkisk binær logistisk regresjon. For å undersøke sammenhengen mellom overgrepsrelaterte variabler og sannsynligheten for å være uføretrygd/under attføring gjorde vi hierarkisk binær logistisk regresjon med uføretrygd/under attføring som avhengig variabel. Hierarkisk regresjon ble gjort for å undersøke om de overgrepsrelaterte prediktorvariablene bidro til forklart varians i variabelen uføretrygd/under attføring etter å ha kontrollert for alle de andre variablene som viste statistisk signifikant sammenheng med uføretrygd/under attføring i de punkt-biseriale korrelasjonsanalysene. Trinn 1 inkluderte derfor alle kontrollvariablene, mens de overgrepsrelaterte variablene ble satt inn i trinn 2.

Resultater

Respondenter

TABELL 2 Alder, yrkesstatus og utdanning i utvalget.

		M	SD	Spennvidde
	Alder, kvinner (år)	39,6	12,1	18–73
	Alder, menn (år)	37,9	12,6	18–58
	Alder ved første overgrep (år)	6,3	3,5	0–15
	Alder ved siste overgrep (år)	16,8	8,0	3–51
		%		
Yrkesstatus	Uføretrygdet/under attføring	45,9 %		
	Heltidsansatt	24,8 %		
	Deltidsansatt	11,9 %		
	Student	10,5 %		
	Arbeidsledig	3,8 %		
	Hjemmeværende	1,6 %		
	Pensjonist	1,4 %		
Høyeste fullførte utdanning	Universitet/høyskole, høyere grad	17,5 %		
	Universitet/høyskole, lavere grad	29,2 %		
	Videregående skole	24,3 %		
	Faglig yrkesutdanning	13,3 %		
	Grunnskole	14,7 %		
	Ikke avsluttet grunnskole	1,0 %		

Notat: M = Gjennomsnitt, SD = Standardavvik

TABELL 3 Overgrepshandlinger relaterte variabler.

Overgrepene involverte penetrering	77,9 %
Man ble manipulert av overgriper	75,7 %
Overgriper var en tillitsperson	71,1 %
Overgriper utøvde fysisk vold	49,0 %
Overgriper var en forelder	47,6 %
Utsatt for trusler fra overgriper	40,0 %

Totalt 537 personer besvarte LISA-undersøkelsen. 458 i 2009, og 79 i 2011. Svarprosenten i 2009 var 33 %. Svarprosenten fra supplerende rekruttering i 2011 er ukjent, på grunn av begrensninger i registreringsrutinene i denne datainnsamlingsrunden. Av disse oppgav 502 personer (95 % kvinner, 5 % menn) at de var under 16 år første gang de ble utsatt for overgrep. Alle respondentene rapporterte overgrepshandlinger som omfattes av straffelovens kategorier seksuelt krenkende handlinger (for eksempel, beføling av kjønnsorgan) og omgang (for eksempel penetrering med penis/gjenstand i vagina/anus/munn) (straffeloven, 2005).

Regresjonsanalyser

Resultatene fra regresjonsanalysen listet i tabell 4. Etter å ha kontrollert for variablene i trinn 1-3, var det signifikant økt sannsynlighet for å være uføretrygdet/under attføring for variablene trusler (OR=2,33, p=.018), manipulering (OR=3,13, p=.007), tillit til overgriper (OR=3,09, p=.005), og fysisk vold (OR=2,98, p=.004). Det ble ikke funnet signifikante sammenhenger for variablene foreldreovergriper (OR=1,25, p=.480) og penetrering (OR=0,44, p=.064).

TABELL 4 Sammenhengen mellom prediktorvariabler og arbeidsuførhet i regresjonsanalysene.

		Ujusterte analyser			Justerte analyser		
		OR	95 % KI OR	p	OR	95 % KI OR	p
Trinn 1 (kontroll- variabler)	Alder (nåværende)	1,04	1,03 – 1,06	<0,001*	11,05	1,02 – 1,09	0,001*
	Depresjonssymptomer	1,17	1,12 – 1,23	<0,001*	1,13	1,02 – 1,25	0,017*
	Angstsymptomer	1,11	1,01 – 1,16	<0,001*	0,98	0,89 – 1,09	0,768
	Insomnisymptomer	1,04	1,03 – 1,06	<0,001*	0,97	0,95 – 1,03	0,483
	Selvskadingsatferd	1,13	1,08 – 1,19	<0,001*	1,02	0,93 – 1,12	0,685
	Posttraumatiske stress-symptomer	1,03	1,01 – 1,04	<0,001*	0,99	0,96 – 1,01	0,297
	Smerter (fysiske og emosjonelle)	1,09	1,06 – 1,11	<0,001*	1,11	1,06 – 1,16	<0,001*
	Marerittrelatert ubehag	1,04	1,02 – 1,06	<0,001*	0,98	0,93 – 1,01	0,248
	Relasjonelle vansker	1,15	1,10 – 1,20	<0,001*	1,12	1,01 – 1,23	0,024*
	Opplevd støtte fra venner/familie/ andre	0,961	0,948 – 0,974	<0,001*	1,00	0,98 – 1,03	0,853
Trinn 2 (aspekter ved overgrep/ overgriper)	Trusler	1,89	1,31 – 2,71	0,001*	2,33	1,15 – 4,70	0,018*
	Manipulering	1,35	0,089 – 2,03	0,160	3,13	1,37 – 7,14	0,007*
	Overgriper tillitsperson	0,989	0,672 – 0,1,46	0,957	3,09	1,41 – 6,78	0,005*
	Fysisk vold	2,50	1,74 – 3,58	<0,001*	2,98	1,42 – 6,23	0,004*
	Overgriper en forelder	1,48	1,04 – 2,10	0,030*	1,25	0,67 – 2,34	0,480
	Penetrering	1,73	1,12 – 2,67	0,013*	0,44	0,17 – 1,05	0,064

Notat: OR= Odds Ratio. 95 % KI OR= 95 % Konfidensintervall for OR.

Variablene i trinn 1 er kontinuerlige variabler. Variablene i trinn 2 er dikotome variabler.

*Indikerer statistisk signifikans på p < .05-nivå

Kontrollvariablene i trinn 1 forklarte mellom 26,7 % (Cox & Snell R²) og 36,0 % (Nagelkerke R²) av variansen i arbeidsuførhet. Variablene i trinn 2 førte til en økning i forklart varians til mellom 34,6 % (Cox & Snell R²) og 46,5 % (Nagelkerke R²).

Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke om spesifikke forhold ved overgrepene og overgriper var assosiert med sannsynligheten for arbeidsuførhet i et utvalg personer utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Funnene viste at det var økt sannsynlighet for arbeidsuførhet for dem som hadde blitt utsatt for trusler, manipulering eller vold fra overgriper, og blant dem som hadde hatt en tillitsrelasjon til overgriper. Disse faktorene predikerte sannsynligheten for uføretrygd selv etter at vi kontrollerte for andre risikofaktorer knyttet til psykiske vansker, og som hadde sammenheng med arbeidsuførhet i utvalget.

I de fullt justerte analysene hadde respondenter som hadde blitt utsatt for vold, trusler og manipulering, og som hadde hatt en tillitsrelasjon til overgriper, to til tre ganger så høy sannsynlighet for å være arbeidsuføre sammenlignet med dem som ikke

rapporterte disse forholdene ved overgrepene og overgriperen. Dette indikerer at disse forholdene kan være utslagsgivende for hvorvidt utsatte blir arbeidsuføre i voksen alder.

«Det var økt sannsynlighet for arbeidsuførhet for dem som hadde blitt utsatt for trusler, manipulering eller vold fra overgriper, og blant dem som hadde hatt en tillitsrelasjon til overgriper»

Studien gir imidlertid ikke svar på hvordan disse forholdene har bidratt til redusert arbeidsfungering. Det å bli utsatt for seksuelle overgrep i barndommen fra en overgriper som er en tillitsperson, eller som truer, manipulerer eller utfører vold, kan være knyttet til mer alvorlige psykososiale senskader for den utsatte, noe som igjen kan manifesteres som økt arbeidsuførhet. For eksempel kan det å ha blitt manipulert av overgriperen til å tro at overgrepene er ens egen feil (dette var et av spørsmålene som inngikk i denne variabelen), føre til mer langvarige og komplekse reaksjoner i form av skam- og skyldfølelse, som igjen er funnet å henge sammen med mer alvorlige mentale helseproblemer, inkludert depresjon, angst, selvskading, PTSD og kompleks PTSD (Cunha, Matos, Faria, & Zagalo, 2012; Dorahy et al., 2013; Kim, Thibodeau, & Jorgensen, 2011; Sheehy et al., 2019; Taylor, 2015; Tilghman-Osborne, Cole, Felton, & Ciesla, 2008).

Det kan også tenkes at å ha blitt utsatt for trusler og vold fra overgriperen fører til mer langvarige frykt- og stressreaksjoner, noe som igjen kan føre til større funksjonsfall. I tråd med en slik tolkning viser tidligere studier i samme utvalg at vold og trusler var knyttet til mer alvorlige symptomforløp av posttraumatisk stress (Steine, Winje, Skogen, et al., 2017) og insomni (Steine et al., 2019), som begge har blitt assosiert med økt arbeidsuførhet i andre studier (Kessler, 2000; Sivertsen et al., 2006).

Studien vår viser imidlertid at disse forholdene ved overgrepene og overgriperen predikerte sannsynligheten for arbeidsuførhet selv når vi kontrollerte for et bredt spekter av mentale helseproblemer, inkludert både posttraumatisk stress og insomni. Dette indikerer at sammenhengen ikke kan forklares av høyere skårer på de inkluderte symptommålene alene. For å øke den faglige forståelsen for hvordan disse forholdene ved overgrepene og overgriperen bidrar til redusert arbeidsfungering, bør sammenhengen undersøkes nærmere i kvalitative studier.

Å bli utsatt for overgrep fra en tillitsperson kan tenkes å føre til vansker med å stole på andre mennesker, noe som igjen kan gjøre det vanskeligere å bygge gode, nære relasjoner sammenlignet med når overgriperen er en fremmed person eller en person den utsatte ikke hadde tillit til. Dette kan resultere i at man får færre støttende relasjoner videre i livet. I lys av den velkjente betydningen av støttende relasjoner for

både fysisk og mental helse generelt (Cohen & Wills, 1985; Rueger, Malecki, Pyun, Aycock, & Coyle, 2016; Uchino, 2006; Umberson & Montez, 2010), og for å takle stress og traumatiske hendelser spesifikt (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Cohen, 2004; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2008), kan dette igjen resultere i større vansker med å håndtere stress og motgang, med påfølgende større funksjonsfall.

Når overgriperen er en tillitsperson, kan også forvirringen og usikkerheten som overgrepsutsatte ofte føler, bli ytterligere forsterket, fordi relasjonen til en overgriper da også består av positive forhold (for eksempel kjærlighet, ivaretagelse, deltagelse i hobbyer, fritidsaktiviteter, reiser, sosial tilhørighet, støtte, og så videre). I tråd med dette har det å ha hatt en tillitsperson som overgriper blitt identifisert som en viktig faktor som hindrer overgrepsutsatte i å fortelle noen om overgrepene (McElvaney, 2015; Morrison, Bruce, & Wilson, 2018; Steine et al., 2016), noe som sannsynligvis fører til at det går lengre tid før man søker hjelp til bearbeiding.

Depresjonssymptomer, smerter og relasjonelle vansker var de eneste av kontrollvariablene som forble statistisk signifikant assosiert med arbeidsuførhet etter at forhold ved overgrepene og overgriperen ble lagt til i den fullt justerte regresjonsanalysen. Depresjon og smertetilstander er fra før av identifisert som ledende årsaker til sykdomsbyrde og arbeidsuførhet (Theis, Roblin, Helmick, & Luo, 2018; Vos et al., 2012). Våre resultater er dermed konsistent med eksisterende kunnskap. Vi kjenner ikke til tidligere forskning som direkte har undersøkt relasjonelle vansker som risikofaktor for arbeidsuførhet. At relasjonelle vansker kan spille en rolle i arbeidsuførhet, støttes imidlertid av en tidligere norsk studie av unge personer i risikogruppen for å bli uføretrygdet. Her ble det funnet at relasjonelle vansker var den forklaringen respondentene selv hyppigst attribuerte som årsake til deres sykdom/lidelse som lå bak vanskene med å fungere i arbeid (Sveinsdottir, Eriksen, Baste, Hetland, & Reme, 2018).

Relasjonelle vansker i seg selv kan gjøre det vanskelig å fungere i arbeid, gjennom direkte vansker med å forholde seg til kolleger og andre mennesker, eller indirekte gjennom vansker i privatlivet, som dernest kommer til uttrykk som vansker med å konsentrere seg om arbeidsoppgaver. Det kan også tenkes at målet på relasjonelle vansker fanger opp andre symptomer eller lidelser som er knyttet til arbeidsuførhet, men som ikke ble målt direkte i denne studien. For eksempel er det fra før av kjent at seksuelle overgrep i barndommen øker risikoen for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (de Aquino Ferreira, Queiroz Pereira, Neri Benevides, & Aguiar Melo, 2018; Stepp, Lazarus, & Byrd, 2016), som i seg selv er assosiert med både relasjonelle vansker (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004) og arbeidsuførhet (Ansell, Sanislow, McGlashan, & Grilo, 2007; Zanarini, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2010).

Gjennom å måle relasjonelle vansker kan vi også ha fanget opp kompleks PTSD, som i ICD-11 har relasjonelle vansker blant de diagnostiske kriteriene (World Health Organization, 2018). Kompleks PTSD er mer utbredt enn PTSD blant personer utsatt for vedvarende vold og seksuelle overgrep i barndommen, og er også knyttet til større

funksjonsfall (Karatzias et al., 2017). PTSD-symptomer, som var knyttet til en statistisk signifikant økt sannsynlighet for arbeidsuførhet i den ujusterte regresjonsanalysen, mistet den statistiske signifikansen i de justerte analysene. Dette kan indikere at de relasjonelle vanskene i seg selv, eller eventuelle andre symptomgrupper de relasjonelle vanskene reflekterer, i større grad er utslagsgivende for arbeidsevne sammenlignet med andre PTSD-kjernesymptomer. Dataene fra LISA-undersøkelsen kan imidlertid ikke gi svar på dette, ettersom undersøkelsen ikke inkluderte mål på kompleks PTSD. Sammenhengen mellom kompleks PTSD og arbeidsuførhet bør undersøkes i fremtidige studier, i takt med fremveksten av standardiserte måleinstrumenter av denne nylig innførte diagnosekategorien (Litvin, Kaminski, & Riggs, 2017).

Overgrep som involverte penetrering, var ikke statistisk signifikant assosiert med arbeidsuførhet i vår studie. Dette er inkonsistent med den eneste tidligere studien som har undersøkt denne mulige assosiasjonen (Fergusson et al., 2013). Metodologiske forskjeller kan kanskje forklare de to ulike funnene. Studien til Fergusson og kolleger inkluderte både overgrepsutsatte og ikke-overgrepsutsatte. De fant økt sannsynlighet for arbeidsuførhet blant personer utsatt for seksuelle overgrep før fylte 16 år, sammenlignet med ikke-overgrepsutsatte. Sammenhengen var sterkere for dem som hadde opplevd overgrep som involverte penetrering, noe som gjaldt 6,3 % av utvalget. Utvalget i den studien hadde dermed større variasjon i de overgrepsrelaterte variablene sammenlignet med LISA-undersøkelsen, der alle respondentene var overgrepsutsatte. Videre var 502 av respondentene i LISA-undersøkelsen under 16 år da overgrepene startet, og 80 % hadde vært utsatt for overgrep som involverte penetrering. Siden begrenset variasjon i prediktorvariabler reduserer evnen til å fange opp statistiske effekter på grunn av den begrensede variasjonen i utvalget som dette medfører, kan LISA-undersøkelsen dermed ha en begrensning her. Dermed kan vi ikke konkludere med at den manglende sammenhengen i vår studie nødvendigvis er substansiell. Sammenhengen mellom overgrep som involverte penetrering, og sannsynlighet for arbeidsuførhet bør derfor undersøkes i utvalg som viser større variasjon i denne variabelen. En annen metodologisk forskjell mellom studien til Fergusson og kolleger og vår studie er utvalgenes størrelse. LISA-utvalget var betydelig mindre (N = 502) enn utvalget i Fergusson og kollegers studie (N = 987), noe som også kan ha redusert sannsynligheten for å fange opp eventuelle statistiske effekter i LISA-undersøkelsen.

Det var heller ikke en sammenheng mellom å ha hatt en forelder som overgriper og sannsynligheten for uføretrygd i den justerte regresjonsanalysen. Siden dette så vidt oss bekjent er den første studien som undersøker denne sammenhengen, kan vi ikke vise til annen empirisk evidens som støtter, eller motsier, våre funn. Funnet kan fremstå som overraskende, ettersom det å ha hatt en forelder som overgriper kan forventes å korrelere med det å ha hatt tillitt til overgriper, og siden det å ha hatt en tillitsperson som overgriper var assosiert med arbeidsuførhet. Imidlertid opptrer ikke disse forholdene nødvendigvis alltid sammen. For eksempel kan man mangle tillit til en forelder som utsetter en for overgrep, men ha tillit til en ikke-forelder som begår overgrep (venn, annet familiemedlem, aktivitetsleder, religiøs leder, osv.). Dette

gjenspeiles også i LISA-utvalget, der en relativt høy andel av dem som hadde hatt en forelder som overgriper, oppgav at de ikke hadde hatt tillit til overgriperen (28 %), og en høy andel av dem som ikke hadde hatt foreldre som overgriper, oppgav at overgriperen var en tillitsperson (71 %). Å ha hatt en forelder som overgriper var assosiert med arbeidsuførhet i de ikke-justerte analysene, noe som ikke ble funnet for variabelen 'tillitsperson'. I de justerte analysene fant vi derimot at variabelen 'tillitsperson' hang sammen med arbeidsuførhet, men ikke variabelen 'forelder'. Dette kan tyde på at det spesielt er tillitsaspektet ved å ha blitt utsatt for overgrep fra en forelder som er det mest utslagsgivende forholdet for senere arbeidsfungering.

«Studien gir imidlertid ikke svar på hvordan disse forholdene har bidratt til redusert arbeidsfungering»

Selv om studien vår har besvart noen spørsmål om forhold ved overgrepene, overgriper og den utsatte som kan påvirke individuelle forskjeller i arbeidsuførhet blant overgrepsutsatte, reiser den også en rekke spørsmål knyttet til hvordan disse forholdene forårsaker den økte risikoen. Disse spørsmålene kan best besvares gjennom kvalitative intervjuer av overgrepsutsatte, og i longitudinelle studier som følger overgrepsutsatte fra barndom til voksen alder, og som inkluderer bredere mål på psykopatologi i tillegg til arbeidsuførhet.

Begrensninger og styrker

Begrensninger ved studien inkluderer den relativt lave svarprosenten i LISA-undersøkelsen. Dette gjør det usikkert hvor representativt utvalget er for befolkningen for øvrig, og dermed om funnene vil kunne generaliseres til befolkningen for øvrig. Videre bestod utvalget nesten utelukkende av kvinner. Det er derfor usikkert om resultatene kan generaliseres til overgrepsutsatte menn. En annen begrensning er at utvalget utelukkende bestod av brukere av støttesentre, og det er uvisst om brukere av slike sentre er representative for populasjonen av overgrepsutsatte som helhet. Det kan tenkes at overgrepsutsatte som oppsøker slike sentre, er mer ressurssterke, opplever mindre sosial støtte i privatlivet, har opplevd mer alvorlige overgrep (for eksempel hadde majoriteten av utvalget opplevd svært grove overgrep som startet i svært ung alder, varte over mange år, fra en overgriper som var en forelder eller en annen tillitsperson), eller har mer alvorlige senskader. For eksempel var symptomskårene i utvalget gjennomgående høyt, og en svært høy andel av utvalget arbeidsuføre, noe som tyder på et mer alvorlig symptombylde. Det kan imidlertid også tenkes at utvalget innenfor enkelte symptomgrupper var selv-selektert for mindre alvorlige symptomer. Spesifikt var nivået av depresjon svært lavt i utvalget, noe som kan indikere at personer med mer depresjon i større grad lot være å besvare undersøkelsen. En annen begrensning er studiens tverrsnittsdesign, som innebærer at alle variablene benyttet i studien ble målt på ett og samme tidspunkt, og at respondentene ble rekruttert i voksen

alder. Følgelig bør funnene replikeres i longitudinelle, prospektive studier der utvalget består av både kvinnelige og mannlige overgrepsutsatte, rekruttert fra den representative befolkningen.

Styrker ved studien inkluderer det store utvalget av overgrepsutsatte og den omfattende kartleggingen av både overgrepsrelaterte variabler og mentale helseproblemer, noe som bidrar til ny kunnskap om et tidligere svært lite studert tema.

Kliniske implikasjoner

Seksuelle overgrep mot barn er utbredt i den generelle befolkningen og utgjør en sterk, generell risikofaktor for livslange helseproblemer, noe som gjør det til et samfunns- og folkehelseproblem. Tidligere studier har også vist at seksuelle overgrep i barndommen er en risikofaktor for arbeidsuførhet som voksen, og at risikoen er større når overgrepene skjer tidlig i livet. Denne studien bidrar til ny kunnskap gjennom å belyse sammenhengen mellom ulike forhold ved overgrep og overgriper og individuelle forskjeller i sannsynligheten for senere arbeidsuførhet.

Dersom funnene fra denne studien replikeres i andre studier, kan denne økte grunnforståelsen for faktorer som bidrar til individuelle forskjeller i arbeidsuførhet blant overgrepsutsatte, brukes av helsepersonell og andre yrkesgrupper i møte med overgrepsutsatte. For eksempel kan kunnskapen inngå i psykoedukasjon og kunnskapsformidling, og dermed komme overgrepsutsatte til gode gjennom økt forståelse for egne symptomer og fungeringsgrad.

Konklusjoner

I et stort utvalg av hovedsakelig kvinnelige overgrepsutsatte personer viste denne studien at det var økt sannsynlighet for arbeidsuførhet i voksen alder blant respondenter som oppgav å ha blitt utsatt for fysisk vold, trusler eller manipulering fra overgriper, og der overgriperen var en person man hadde hatt tillit til. Studien bidrar til økt forståelse for forhold ved overgrepene og overgriperen som er knyttet til individuelle forskjeller i arbeidsuførhet blant overgrepsutsatte.

Prosjektet er støttet av Rådet for psykisk helse og Stiftelsen Dam. Forfatterne ønsker å takke støttesentrene mot seksuelle overgrep i Oslo, Bergen, Sør-Trøndelag og Rogaland, og Kristine Gilje, Marianne Skår-Teigen, Tale Boland, Rune Selle, Siri Strømsøy og Ine Jensen Sætre for deres verdifulle bidrag i utarbeidingen av denne artikkelen.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 5, 2020, side 348-359

TEKST

Iris M. Steine, Gjesteforsker, UC Berkeley, California, USA; Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen,

KONTAKT: iris.steine@uib.no

Bjørn Bjorvatn, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen; Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer, Haukeland universitetssjukehus, Bergen

Dagfinn Winje, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

Janne Grønli, Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen

Inger Hilde Nordhus, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen; Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo

Anne Marita Milde, Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen; Regionalt kunnskapscenter for barn og unge, RKBU Vest, NORCE Health

Ståle Pallesen, Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen; Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer, Haukeland universitetssjukehus, Bergen

+ Vis referanser

Ansell, E.B., Sanislow, C.A., McGlashan, T.H., & Grilo, C.M. (2007). Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 329-336. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.02.001>

Barrett, A., Kamiya, Y., & Sullivan, V.O. (2014). Childhood sexual abuse and later-life economic consequences. *Journal of Behavioral and Experimental Economics*, 53, 10-16. <https://doi.org/10.1016/j.socec.2014.07.001>

Beichtman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., DaCosta, G.A., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15, 537-556. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(91\)90038-F](https://doi.org/10.1016/0145-2134(91)90038-F)

Beichtman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., DaCosta, G.A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, 101-118. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90011-F](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90011-F)

Belicki, K. (1992). The relationship of nightmare frequency to nightmare suffering with implications for treatment research. *Dreaming*, 2, 143-148. <https://doi.org/10.1037/h0094355>

Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727-735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>

Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>

Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59, 676-684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>

Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Cunha, M., Matos, M., Faria, D., & Zagalo, S. (2012). Shame memories and psychopathology in adolescence: The mediator effect of shame. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(2), 203-218. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56023336006>

de Aquino Ferreira, L.F., Queiroz Pereira, F.H., Neri Benevides, A.M.L., & Aguiar Melo, M.C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*, 262, 70-77. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043>

Dorahy, M.J., Corry, M., Shannon, M., Webb, K., McDermott, B., Ryan, M., & Dyer, K.F. (2013). Complex trauma and intimate relationships: the impact of shame, guilt and dissociation. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 72-79. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.010>

- Feehan, M., Nada-Raja, S., Martin, J.A., & Langley, J.D. (2001). The Prevalence and Correlates of Psychological Distress Following Physical and Sexual Assault in a Young Adult Cohort. *Violence and Victims, 16*(1), 49-63. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.16.1.49>
- Fergusson, D.M., McLeod, G.F.H., & Horwood, L.J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect, 37*(9), 664-674. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>
- Hulme, P.A., & Agrawal, S. (2004). Patterns of childhood sexual abuse characteristics and their relationships to other childhood abuse and adult health. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(4), 389-405. <https://doi.org/10.1177/0886260503262079>
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., . . . Brewin, C.R. (2017). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European journal of psychotraumatology, 8*(sup7), 1418103. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418103>
- Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of Sexual Abuse on Children: A Review and Synthesis of Recent Empirical Studies. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>
- Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silberg, J., Hettema, J.M., Myers, J., & Prescott, C.A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry, 57*(10), 953-959. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.953>
- Kessler, R.C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry, 61 Suppl 5*, 4-12; discussion 13-14. <https://doi.org/10761674>
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R.S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review, *Psychological Bulletin, 137*, 68-96. <https://doi.org/10.1037/a0021466>
- Lee, S.J., & Tolman, R.M. (2006). Childhood Sexual Abuse and Adult Work Outcomes. *Social Work Research, 30*(2), 83-92. <https://doi.org/10.1093/swr/30.2.83>
- Leserman, J. (2005). Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosomatic Medicine, 67*(6), 906-915. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000188405.54425.20>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet, 364*(9432), 453-461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Litvin, J.M., Kaminski, P.L., & Riggs, S.A. (2017). The Complex Trauma Inventory: A Self-Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress, 30*(6), 602-613. <https://doi.org/10.1002/jts.22231>
- Luce, K.H., & Crowther, J.H. (1999). The reliability of the Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders, 25*(3), 349-351. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199904\)25:3<349::AID-EAT15>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199904)25:3<349::AID-EAT15>3.0.CO;2-M)
- McElvaney, R. (2015). Disclosure of Child Sexual Abuse: Delays, Non-disclosure and Partial Disclosure. What the Research Tells Us and Implications for Practice. *Child Abuse Review, 24*(3), 159-169. <https://doi.org/10.1002/car.2280>
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain, 30*(2), 191-197. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(87\)91074-8](https://doi.org/10.1016/0304-3959(87)91074-8)
- Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P.J. (2004). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy, 42*(5), 551-567. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00161-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00161-X)
- Morrison, S.E., Bruce, C., & Wilson, S. (2018). Children's Disclosure of Sexual Abuse: A Systematic Review of Qualitative Research Exploring Barriers and Facilitators. *Journal of Child Sexual Abuse, 27*(2), 176-194. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1425943>

- Nelson, E.C., Heath, A.C., Madden, P.F., & et al. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 139-145. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.2.139>
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 3-36. <https://doi.org/10.1037/1942-9681.5.1.3>
- Pallesen, S., Bjorvatn, B., Nordhus, I.H., Sivertsen, B., Hjørnevik, M., & Morin, C.M. (2008). A new scale for measuring insomnia: The Bergen Insomnia Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 107, 691-706. <https://doi.org/10.2466/pms.107.3.691-706>
- Pinto Pereira, S.M., Li, L., & Power, C. (2016). Child Maltreatment and Adult Living Standards at 50 Years. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1595>
- Rueger, S.Y., Malecki, C.K., Pyun, Y., Aycock, C., & Coyle, S. (2016). A Meta-Analytic Review of the Association Between Perceived Social Support and Depression in Childhood and Adolescence. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/bul0000058>
- Sansone, R.A., Wiederman, M.W., & Sansone, L.A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 973-983. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199811\)54:7<973::AID-JCLP11>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:7<973::AID-JCLP11>3.0.CO;2-H)
- Sheehy, K., Noureen, A., Khaliq, A., Dhingra, K., Husain, N., Pontin, E.E., . . . Taylor, P.J. (2019). An examination of the relationship between shame, guilt and self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 73, 101779. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101779>
- Sivertsen, B., Overland, S., Neckelmann, D., Glozier, N., Krokstad, S., Pallesen, S., . . . Mykletun, A. (2006). The long-term effect of insomnia on work disability: the HUNT-2 historical cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 163(11), 1018-1024. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj145>
- Steine, I.M., Bjorvatn, B., Winje, D., Grønli, J., Nordhus, I.H., Milde, A.M., & Pallesen, S. (2020). Seksuelle overgrep i barndommen og arbeidsuførhet i voksen alder: Funn fra et norsk befolkningsutvalg. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 4, 258-269.
- Steine, I.M., Skogen, J.C., Krystal, J.H., Winje, D., Milde, A.M., Grønli, J., . . . Pallesen, S. (2019). Insomnia symptom trajectories among adult survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 93, 263-276. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.05.009>
- Steine, I.M., Winje, D., Krystal, J.H., Bjorvatn, B., Milde, A.M., Grønli, J., . . . Pallesen, S. (2017). Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: Findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 65, 99-111. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.008>
- Steine, I.M., Winje, D., Nordhus, I.H., Milde, A.M., Bjorvatn, B., Grønli, J., & Pallesen, S. (2016). Langvarig taushet om seksuelle overgrep. Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn. («Delayed disclosure of sexual abuse: Predictors and correlates in a sample of adult survivors of childhood sexual abuse»). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53, 888-899.
- Steine, I.M., Winje, D., Skogen, J.C., Krystal, J.H., Milde, A.M., Bjorvatn, B., . . . Pallesen, S. (2017). Posttraumatic symptom profiles among adult survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 67, 280-293. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.002>
- Stepp, S.D., Lazarus, S.A., & Byrd, A.L. (2016). A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personality disorders*, 7(4), 316-323. <https://doi.org/10.1037/per0000186>
- Lov om straff av 20.5.2005, kapittel 26, 26 C.F.R. (2005).
- Sveinsdottir, V., Eriksen, H.R., Baste, V., Hetland, J., & Reme, S.E. (2018). Young adults at risk of early work disability: who are they? *BMC Public Health*, 18(1), 1176-1176. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6095-0>
- Taylor, T.F. (2015). The influence of shame on posttrauma disorders: have we failed to see the obvious? *European journal of psychotraumatology*, 6, 28847-28847.

<https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28847>

Theis, K.A., Roblin, D.W., Helmick, C.G., & Luo, R. (2018). Prevalence and causes of work disability among working-age U.S. adults, 2011-2013, NHIS. *Disability and Health Journal*, 11(1), 108-115. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.04.010>

Tilghman-Osborne, C., Cole, D.A., Felton, J.W., & Ciesla, J.A. (2008). Relation of guilt, shame, behavioral and characterological self-blame to depressive symptoms in adolescents over time. *Journal of social and clinical psychology*, 27(8), 809-842. <https://doi.org/10.1521/jscp.2008.27.8.809>

Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 929. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00056-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00056-3)

Trickett, P.K., Reiffman, A., Horowitz, L.A., & Putnam, F.W. (1997). Characteristics of sexual abuse trauma and the prediction of developmental outcomes. In D. Cicchetti & S.L. Toth (red.), *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention*. (Vol. 8). New York: University of Rochester Press.

Tyler, K. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and violent behavior*, 7, 567-589. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00047-7](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00047-7)

Uchino, B.N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>

Umberson, D., & Montez, J.K. (2010). Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *Journal of health and social behavior*, 51(Suppl.), 54-66. <https://doi.org/10.1177/0022146510383501>

Vos, T., Flaxman, A.D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., . . . Murray, C.J.L. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2163-2196. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2)

Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. I J.P. Wilson & T.M. Keane (red.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. (Vol. 2). New York The Guilford Press. <https://doi.org/10.1037/t12199-000>

World Health Organization. (2018). International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision). Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fent...>

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., & Fitzmaurice, G. (2010). The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 122(2), 103-109. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01543.x>

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. . *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality assessment*, 52, 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2