

Seksuelle overgrep, gjenvunnet hukommelse og multippel personlighetsforstyrrelse

Seksuelle overgrep forekommer og er nok hyppigere enn mange har trodd. At en del kan få varige psykiske skader etter seksuelle overgrep kan ikke diskuteres, men åpenbart har skadevirkningene vært overdrevet av fagfolk. I kjølvannet av oppmerksomheten om seksuelle overgrep har man, særlig i USA, fått en «recovered memory»-bevegelse, der pasienter etter terapi angivelig har vært i stand til å huske overgrep, som kan ha vært glemt i opptil 20–30 år. I ettertid er det blitt klart at mange av disse gjenvunne erindringer er falske. Parallelt med denne bevegelsen fikk man særlig i USA en epidemi av nye tilfeller av multippel personlighetsforstyrrelse. Mange fagfolk vil hevde at disse lidelsene er av iatrogen natur.

Når erindringer om seksuelle overgrep blir gjenvunnet etter lange perioder med amnesi, er det svært sannsynlig at disse minnene er falske, dvs. hendinger forekom ikke. Det er liten vitenskapelig empiri som støtter eksistensen av fortrenning eller dissosiasjon. Hendinger blir konstant glemt og husket daglig. Det er bevis for at hukommelsen kan forstyrres og falske minner kan forekomme. Minnefremkallende teknikker bedrer ikke kvaliteten på hukommelsen.

I en del saker er man i et dilemma når både påtalemyndighet, sakkyndige og jury får problemer med hvem man skal tro på. Mange kvinner, men også menn, er blitt misbrukt seksuelt som barn, og det er ille hvis deres historie ikke blir trodd. Men det er også ille hvis uskyldige blir dømt. Det pålegger leger og psykologer å vise varsomhet og ikke gå utover sin kompetanse på dette felt. Vi har dessverre nok av saker der såkalte eksperter mer har villedet enn veiledet retten.

The older I get, the more vivid is my recollection of things that never happened.
Mark Twain (1835–1910)

I 1970–80-årene ble det erkjent i den vestlige verden at seksuelle overgrep mot barn var langt mer alminnelig enn det man til da hadde antatt. I kjølvannet av denne erkjennelsen utviklet det seg særlig i USA en terapi

Einar Kringlen

Psykiatrisk institutt
Postboks 85 Vinderen
0319 Oslo

for gjenvinning av minner om seksuelle overgrep. Det ble hevdet at det var mulig å gjenvinne glemte erindringer om seksuelle overgrep, selv etter lange perioder med amnesi. Samtidig fikk man også en epidemi av multippel personlighetsforstyrrelse, der årsaken ble tilskrevet seksuelle overgrep. I 1990-årene satte motkreftene inn. Kritikere hevdet at gjenkalling av erindringer om traumatiske barndomsopplevelser ofte var falsk og at multippel personlighetsforstyrrelse var en iatrogen betinget sykdom. Én god ting er kommet ut av disse «epidemiene», nemlig ny interesse for fenomenet fortrenning og økt forskning om hukommelse og ubevisste prosesser.

I 1992 ble Bjugn, en bygd med 2 000 innbyggere, ikke langt fra Trondheim, skueplass for en rettsskandale av store dimensjoner, alt på grunn av noen skjebnesvangre ord fra en femåring. Skandalen ble en skamplet på flere profesjoner – leger, psykologer, jurister og andre. Flere ble arrestert, til og med lensmannen i bygden. Det verserte utrolige fantasier om en liga av pedofile som skulle stå bak overgrepene. Over 60 barn ble transportert til Regionsykehuset i Trondheim, og i 23 tilfeller fant legene unormale genitale forhold, som senere viste seg å være normale variasjoner. Psykologer og andre trodde på barnas beretninger, og en rekke barn fikk behandling på temmelig usikre premisser. Hovedanklagede ble i 1994 frikjent, selv om lagmannen nærmest oppfordret retten til å dømme ham. Saken fikk også sitt eiendommelige etterspill ved at 33 barn ble bevilget voldsoffererstatning i størrelsesorden 30 000 – 90 000 kroner (1).

For en tid tilbake var jeg sakkyndig i en rettsak der datteren i familien hadde anklaget både far, bror og mor for seksuelle overgrep. Overgrepene skulle faktisk ha skjedd fra ½-årsalderen. Dette var kommet til hennes erindring først i 30-årsalderen. Det var påfallende at anklagene mot far og bror kom etter at disse begge var døde. Retten godtok ikke «pasientens» forklaringer, og moren vant rettsaken. Det som forundret meg i denne saken var ikke bare «pasientens» fantastiske historie, men hva «sakkyndige» kan få seg til å si i retten. Min medsakkyndige,

en psykolog, godtok uten kritikk pasientens utrolige historie, og en psykiater som hadde behandlet pasienten, stod frem i retten og hevdet at det var mulig å huske overgrep helt ned til ½-årsalderen.

I en oversiktsartikkel i Tidsskriftet i 2001 redegjorde Heskestad (2) for debatten i den internasjonale litteratur om gjenvinning av minner om seksuelle overgrep. Artikkelen ble kommentert av Andersen (3), som særlig drøftet påliteligheten av vår hukommelse. I denne artikkelen er perspektivet noe utvidet idet jeg også omtaler skadevirkninger av seksuelle overgrep, fortrenning og dissosiasjonsforstyrrelser. Gjennomgående er jeg vel også mer kritisk til gjenvunne minner enn Heskestad er.

Historikk

Seksuelle overgrep mot barn er ikke noe nytt fenomen og var sannsynligvis relativt hyppig i overbefolkede strøk i de store byene etter den industrielle revolusjon. Den senere så kjente arbeiderpartipolitiker Beatrice Webb, som hadde vært sosialarbeider i London ved århundreskiftet, forteller i sine upubliserte notater om hvor hyppig incest var i fattige, ofte alkoholiserende arbeiderfamilier.

I 1896 la Sigmund Freud i Wiens nevrologiske selskap frem et vitenskapelig arbeid basert på 18 tilfeller av hysterisk nevrose. Alle kvinnene hadde ifølge Freud vært utsatt for seksuelle overgrep eller «forføring», som han kalte det. Foredraget skal ha blitt møtt med en isende taushet. I løpet av de neste par år la imidlertid Freud forføringsteorien på hyllen og erstattet den med teorien om ødipuskomplekset, som postulerte at pasientens erindringer om «forføring» ikke bygde på virkelighet, men fantasi. Beretningene om seksuelle overgrep måtte være uttrykk for ønsketenkning fra pasientens side, mente Freud. Teorien om ødipuskompleksets betydning for utvikling av nevrose er egentlig en utrolig teori, men helt frem til våre dager har dette vært god latin innen psykoanalytiske kretser. Det er derfor grunn til å tro at mange pasienter som faktisk hadde opplevd seksuelle overgrep som barn, ofte ble avvist av sine psykoanalytiske terapeuter, idet overgrepet ble sett på som uttrykk for pasientens ødipusfantasier.

Det var ikke minst kvinnebevegelsen som i 1970–80-årene gjorde oss oppmerksom på hvor utbredt seksuelle overgrep er. Samtidig ble psykoanalysen angrepet for å ha bagatellisert seksuelle overgrep. Ødipuskompleksteorien ble avvist, og det ble hevdet at det var Freuds første opprinnelige teori som re-

presenterte sannheten. Historisk interesserte forskere blandet seg i koret og forsøkte å forklare hvorfor Freud hadde gått fra sin første teori. Noen hevdet at Freuds tilbaketog skyldtes intellektuell feighet (4). Andre har påpekt at han kom i tvil om teoriens universelle karakter ut fra det faktum at han selv var nevrotiker, men han hadde ikke opplevd overgrep av foreldrene. Dessuten var nevroser så utbredt at det var urimelig å tro at så mange skulle ha vært seksuelt misbrukt som barn.

Oppmerksomheten om seksuelle overgrep førte i USA til en slags incesthysteri. Flere terapeuter stod frem og annonserte at de kunne hjelpe sine pasienter til å huske fortrenge minner fra barndommen, særlig seksuelle overgrep. Slike overgrep ble dessuten satt i forbindelse med spiseforstyrrelser, depresjon, stoffmisbruk, borderlinetilstander og multippel personlighetsforstyrrelse. Som så ofte i USA utartet det hele seg til en bevegelse, som medførte et stort antall anklager mot fedre og andre familiemedlemmer. Mange ble dømt til lange fengselsstraffer på svake premisser (5).

Terapeuter av ymse slag stod frem i retten og uttalte at deres kliniske erfaring tilsa en helt klar sammenheng mellom overgrep og bestemte psykiske symptomer. Og rettsapparatet trodde i alminnelighet på «ekspertene». Særlig ille ble situasjonen etter publisering av *The courage to heal: a guide for women survivors* av feministene Ellen Bass & Laura Davis (6) i slutten av 1970-årene. Et sitat fra boken viser mange av deres fantastiske påstander: «Many women who were abused, don't have memories, and some never gets any. This does not mean they were not abused, and if you think you were abused and your life shows the symptoms, then you were.» Boken ble en bibel for mange terapeuter og pasienter og solgte i nesten en million eksemplarer, godt hjulpet frem av amerikansk fjernsyn. Bass & Davis hevdet på tynt vitenskapelig grunnlag at én av tre jenter og én av sju gutter hadde vært seksuelt misbrukt før 18 års alder i USA. I 1992 kom boken *Trauma and recovery* av psykologen Judith Herman (7), der hun hevdet at psykiske symptomer som man ser hos voldtatte kvinner og incestofre, er identiske med det syndromet som man finner hos overlevende etter kriger. Sammen med sin Harvard-kollega van der Kolk reintroduserte Herman dissosiasjonsteorien fra Janet og Freud. Hun hevdet at hysteriske symptomer egentlig var posttraumatiske syndromer som kunne forårsakes av fortrenge minner om seksuelle overgrep, ofte av incestiøs karakter, som pasienten kunne bli i stand til å huske under intensiv terapi.

Oftre dreide det seg om kvinner i krise som oppsøkte terapeuter, ikke alltid med de beste kvalifikasjoner. Terapeutene hadde gjerne den oppfatningen at fortrenge minner om seksuelle overgrep kunne være årsaken til pasientens aktuelle problemer. Pasienten ble

i terapien fortalt at bakgrunnen for hennes problemer var fortrenge minner om seksuelle overgrep. Hun ble oppfordret til å lese om temaet, konfrontere den antatte overgriper, men ikke gi ham anledning til å avvise beskyldningene. Videre burde hun bryte all kontakt med dem som tvilte på hennes historie. Gradvis ble det så bygd opp et nytt og negativt bilde av barndommen. «Recovered memory» er altså hukommelse om seksuelle overgrep i barndommen som man ikke har visst noe om før. Det typiske var at disse opptrådte hos 30–40-åringene.

Terapeuter og pasienter har spurt seg selv hvorfor noen skulle ønske å komme opp med slike historier hvis de ikke var sanne. Det er flere mulige svar. Noen ligger i terapiens struktur, med kombinasjonen av suggesjon og bevisst systematisk påvirkning. Andre ganger kan man som pasient ha behov for en knagg å henge sine symptomer på. Noen kan vel også ha interesse av å lyve bevisst for å oppnå erstatning eller for å straffe bestemte personer.

I løpet av 1990-årene kom det en kraftig reaksjon mot «recovered memory»-bevegelsen. I 1992 ble False Memory Syndrome Foundation stiftet i USA. Året etter kom British False Memory Society. I 1995 hadde over 1 000 personer i USA, de fleste kvinner, trukket tilbake sine tidligere anklager. Dette har ført til at rettsvesenet i USA er blitt langt mer kritiske til slike anklager. Gudjonsson & Howard (8) fant ved en spørreundersøkelse av medlemmer av den britiske foreningen at 87% av anklagerne var kvinner. Bare 3% av anklagene gjaldt stefedre, mens 50% gjaldt biologiske fedre, noe som stod i sterk kontrast til det vanlige mønster der stefedre oftere anklages. Gudjonsson & Howard fant også at gjenvunnet hukommelse ble rapportert å forekomme på et tidligere tidspunkt enn ikke-glemte overgrep, som typisk nok forekommer hos 10–16-åringene. Anklagene var vanligvis uspesifikke og hadde som regel oppstått i terapi. Depresjon og spiseforstyrrelser var de hyppigste grunnene til at ofrene søkte behandling.

Seksuelle overgrep, hyppighet og psykiske skader

Seksuelle overgrep defineres noe forskjellig. En vid definisjon omfatter alt fra faren som gjentatte ganger voldtar sin fem år gamle datter til 14-åringen som frivillig innlater seg med en voksen utenfor familien. Selve overgrepene kan omfatte invitasjon til seksuell aktivitet, blotting, berøring av kjønnsorganer, masturbasjon, munnsex, forsøk på eller fullført samleie. Overgrepene kan ledsages av fysisk vold og/eller psykiske trusler.

Selv i dag vet vi lite eksakt om forekomsten av fysisk og seksuell vold mot barn og unge. Den tilsynelatende økte forekomsten av seksuelle overgrep de siste år skyldes sannsynligvis økt rapportering. Tidligere kom slike overgrep bare for dagen hvis det

var sterk mistanke. I Norge var således antallet etterforskede tilfeller av seksuelle overgrep mot barn færre enn 100 per år frem til 1980. Innen 1993 var tallet femdoblet, og antall incesttilfeller ble tidoblet i samme periode. Undersøkelser fra psykiatriske utvalg er ofte upålitelige, men mye tyder på at forekomsten av uetterrettelighet er langt høyere der enn i den vanlige befolkning.

I en norsk undersøkelse av Sætre og medarbeidere (9) fant man at 27% av kvinnene og 9% av mennene hadde vært utsatt for seksuelle overgrep, ikke ulikt amerikanske tall på 27% for kvinner og 16% for menn (10). I begge disse undersøkelsene ble det anvendt svært vide kriterier for seksuelle overgrep. I det norske utvalget var gjennomsnittsalderen knapt ti år både for jenter og gutter. 20% hadde opplevd overgrepene før åtteårsalderen, og de fleste bare én gang. Bare en liten gruppe på 10% hadde erfart overgrepene flere ganger over en lengre periode. I begynnelsen av 1990-årene utførte Statens institutt for folkehelse en spørreundersøkelse om seksuelle overgrep (11). Bare 37% av utvalget på 5 000 i alderen 18–60 år svarte, noe som kan ha medført at andelen som har vært utsatt for overgrep egentlig er lavere enn oppgitt. 5% av kvinnene hadde opplevd alvorlige overgrep før 16 års alder. Tallet for menn var 0,7%. Overgrep er definert som berøring av kjønnsorganene, og personen må ha opplevd hendelsen som «svært ubehagelig». 6–7% av overgrepene ble begått av foreldre, oftest faren. Ifølge denne undersøkelsen er det altså «andre kjente», utenfor nærmeste familie som står for de fleste overgrep.

Seksuelle overgrep har fra 1980 fått betydelig oppmerksomhet både fra psykiatrien, rettsvesenet og mediene. Fagfolk og mediene har skapt et bilde av at seksuelle overgrep hos barn alltid har ført til svært negative langtidsvirkninger. Psykoterapeuter av ulik kvalitet har stått frem med påstander om at seksuelle overgrep fører til spesifikke forstyrrelser i voksen alder, som for eksempel depresjon, multippel personlighetsforstyrrelse, ustabil personlighetsforstyrrelse, stoffmisbruk og spiseforstyrrelser. I mange vitenskapelige arbeider har man også forsøkt å forklare psykopatologiske forhold hos voksne som en konsekvens av seksuelle overgrep. Ikke minst har posttraumatisk stressforstyrrelse vært koblet til seksuelle overgrep.

Seksuelle overgrep kan åpenbart ha alvorlige langtidsskadevirkninger, men langt fra alle misbrukte barn blir skadet for livet (12, 13). Langtidsvirkningene er i hovedsak uspesifikke. Det foreligger med andre ord ingen patognomoniske tegn på overgrep. Seksuelle overgrep i barndommen er åpenbart en sårbarhetsfaktor, men ikke for noen spesiell lidelse (14). Man kan altså ikke hevde, som enkelte klinikere har gjort, at ustabil emosjonell personlighetsforstyrrelse (borderlinetilstand), depresjon, spiseforstyrrelse

eller stoffmisbruk tyder på seksuelle overgrep i sykehistorien.

Flere tidligere oversiktsartikler har konkludert med at det er en årsaksmessig sammenheng mellom overgrep og senere forstyrrelser, at forstyrrelsene er alvorlige og ofte kroniske og at menn og kvinner rammes omtrent like alvorlig. Andre har konkludert med at skader er sjeldne og oftest forbigående, men at kvinner rammes hardere enn menn. Typisk for denne litteraturen er imidlertid at den er basert på personer som søker hjelp i helsevesenet eller utvalg fra politistatistikk, og disse er ikke representative for alle som har vært utsatt for overgrep i barndom og ungdom. Nyere oversiktsartikler fra tiden etter 1995, med bedre vitenskapelig metodikk, har vist at påstanden om omfattende skadevirkninger av seksuelle overgrep er overdrevet. De nyere analysene indikerer nokså overraskende at det bare er en svak sammenheng mellom opplevd overgrep og senere psykiske problemer. Andre familiebelastninger enn seksuelle overgrep kan ofte bedre forklare vanskene i voksen alder. Ved gjennomgang av 59 studier basert på amerikanske collegeutvalg fant Rind og medarbeidere (13) at studenter som rapporterte om seksuelle overgrep var noe mindre sosialt tilpasset enn kontrollpersoner. Men denne dårligere tilpasningen kunne ikke uten videre tilskrives seksuelle overgrep. Selvrapporterte reaksjoner og virkningen av seksuelt misbruk som barn antydte at de negative virkningene verken var omfattende eller intense, og menn reagerte langt mindre negativt enn kvinner. Collegeobservasjonene var i overensstemmelse med data fra de nasjonale utvalg. Denne analysen er viktig fordi seksuelle overgrep kunne sammenliknes med ikke-seksuelle belastninger som vold og forsømmelse, konflikter og oppløste familieforhold, rusmisbruk og psykisk sykdom. Man fant at gjennomsnittlig 27% av kvinnene og 14% av mennene rapporterte seksuelle overgrep. Men bare 1% av variasjonen i psykiske problemer kunne «forklares» av seksuelle overgrep. 99% av variasjonen kunne altså skyldes andre forhold som medfødt sårbarhet og andre påkjenninger i barndom og ungdom. Dessuten vil selv sagt en mindre del av variasjonen bero på målefeil. Det var ingen spesiell sammenheng mellom spesifikke symptomer og seksuelle overgrep. Overraskende fant man ingen klar sammenheng mellom alvorlighetsgraden av de seksuelle overgrepene og senere problemer. For eksempel var bruk av tvang og gjentatte overgrep ikke generelt forbundet med mer alvorlige senfølger. Samleie var ikke forbundet med mer senskader enn andre former for overgrep. Derimot var overgrep fra nære familiemedlemmer assosiert med noe mer senproblemer enn overgrep fra fremmede personer. Det virker også som om både umiddelbare og senere negative følger er sterkere for kvinner enn for menn. 72% av kvinnene svarte at over-

grepene den gang de fant sted ble opplevd som negative, mens bare 33% av mennene hadde opplevd det slik. Både kvinner og menn som hadde vært utsatt for overgrep, kom gjennomgående fra noe mer problembelastede hjem enn dem som ikke hadde slike erfaringer. Analysen beviser ikke at seksuelle overgrep ikke kan føre til senskader, men observasjonene støtter ikke påstanden om at seksuelle overgrep vanligvis forårsaker senskader, eller at disse ofte er av alvorlig natur. Studien har feilkilder, som upålitelige data og målefeil, for små enkeltstudier og skjeve utvalg, men det rokker neppe ved hovedkonklusjonene. Personlig sårbarhet og familiebelastninger av ikke-seksuell art er trolig langt mer sannsynlige forklaringer på psykiske problemer i voksen alder enn seksuelle overgrep i barndom og ungdom.

Blir overgrep lett glemt eller fortregnt?

Få synes å huske ting som skjedde før treårsalderen, og de fleste har begrenset hukommelse om det som skjedde før 5–6 års alder (15). Denne infantile amnesi skyldes forsinket modning av hjernen. Langtidshukommelsen blir lagret i hippocampus og dens forbindelser som ikke begynner å fungere før i 3–4-årsalderen.

Det er vanlig at hukommelsen endres med tiden. Den tilsløres av ny informasjon som knyttes til de opprinnelige hendelser. Ikke minst selvbiografier viser dette. Hukommelsen er sårbar overfor suggesjoner. Implantede falske historier kan huskes som om de virkelig hendte. Gjentatt utspørring over tid øker også suggestibiliteten, og denne øker med lengden av tid mellom hendelse og senere forsøk på å huske. Barndomsopplevelser er særlig sårbar for suggesjoner og forvrengninger. Barns hukommelse er svært ustabil, og gjentatte utspørringer av barn vil ha lett for å føre til historier som barnet tror tilfredsstillende intervjueren. Eksperimenter har også vist at forventning og tro kan farge folks hukommelse slik at hull i hukommelsen automatisk fylles for å skape en harmonisk tilfredsstillende fortelling (16).

Psykologer skiller gjerne mellom episodisk og implisitt hukommelse. *Episodisk* hukommelse er karakterisert av evnen til å assosiere tidligere ikke-sammenknyttede begivenheter og utvikles etter fireårsalderen. *Episodisk* hukommelse gjelder f.eks. selvbiografiske opplevelser. *Implisitt* hukommelse derimot omfatter mer faktisk informasjon (kunnskap) om verden.

Flere studier av barns hukommelse har vist at traumatiske begivenheter huskes relativt godt om enn ikke alltid helt nøyaktig, og er gjerne etterfulgt av inntrengende minner i en eller annen form (16, 17). Ifølge psykoanalytisk teori har det vært vanlig å anta at vonde opplevelser lett glemmes (fortregnes). Men problemet ved mange traumer er tvert imot at man ikke er i stand å glemme, selv om man gjerne ville. Amnesi for vold-

somme, angstskapende hendelser er faktisk sjelden. Malmquist (18) fant at ingen barn som hadde sett sine foreldre bli drept i Afrika glemte dette. Psykogen amnesi etter psykiske traumer hos voksne er gjerne knyttet til plutselig begynnelse, temporært tap av hukommelse om seg selv og vanligvis total amnesi for traumat. I kontrast til såkalt fortregnt eller dissosiert hukommelse er pasienter med denne form for amnesi klar over gapet i hukommelsen.

Noen har antatt at minner om gjentatte seksuelle overgrep er spesielle og blir lagret i hjernen gjennom en prosess som ikke forekommer ved andre former for traumer med totalt tap av erindring om traumat (19, 20). Disse forfatterne argumenterer for at den emosjonelle komponenten av en traumatisk begivenhet kan lagres som implisitt hukommelse, selv om angsten for begivenheten hindrer at begivenheten blir husket som eksplisitt hukommelse. Disse minnene kan så vende tilbake via det sensorisk-motoriske system, som kontekstfrie, meningsløse, kinestetiske sensasjoner i form av lukt-, smaks- eller synsinntrykk, ofte ledsaget av intense følelser. Denne usannsynlige hypotesen har gitt opphav til begrepet kroppsminner (body-memories). Tilhengere av et slikt syn hevder at hukommelsen er lagret i DNA. Selv om sjelen glemmer, vil altså kroppen huske. Men hvorfor skulle hukommelsen om seksuelle traumer oppføre seg på en spesiell måte? At seksuelle traumer for en pubertetsungdom med usikker kjønnsidentitet skulle kunne ha en spesiell virkning kan forstås, men for barn vil man tro at seksuelle traumer ikke står i noen særstilling sammenliknet med andre alvorlige påkjenninger.

Selv om man har diskutert betydningen av fortregnte minner i nesten 100 år, er det fortsatt ingen enighet om hvilken rolle såkalt fortregning spiller i psykopatologien. Ifølge psykoanalytisk teori er fortregning en psykisk forsvarsmekanisme som tar sikte på å beskytte jeget mot overveldende angst. Man har mange slike forsvarsmekanismer som for eksempel benekting, projeksjon, forskyvning, rasjonalisering og reaksjonsdannelse. Man regner at fortregningen er særlig virksom i barndommen. Ved fortregning holdes altså tanker eller impulser borte fra bevisstheten. Det fortregnte blir altså feid under teppet – til det ubevisste – hvor det kan leve sitt eget liv og manifestere seg i drømmer, forsnakkelser eller symptomer.

Traumeteorien postulerer at glemte traumatiske opplevelser ligger bak voksen psykopatologi og må huskes for at helbredelse skal skje. Denne teorien går tilbake til Joseph Breuer, Sigmund Freud og Pierre Janet, som postulerte en splittelse i psyken hvorved traumatiske minner ble dissosiert eller frakoblet den normale bevissthet.

Pierre Janet skapte begrepet dissosiasjon og oppfattet dissosiasjon som en mangel på psykologisk integrasjon, produsert av et psykisk traume. Freud, på den annen side,

anvendte begrepet fortrenning, som han betraktet som et produkt av konflikt. Historisk er imidlertid fortrenning og dissosiasjon blitt benyttet om de samme fenomener, for eksempel manglende evne til å huske en traumatisk begivenhet. Noen forfatterer ser på fortrenning som en forsvarsmekanisme for å lette eller få bort indre trykk eller angst, mens dissosiering oppfattes som en endring i bevisstheten, for å dempe den overveldende virkningen av et pågående traume.

I nyere tid er begrepet *robust fortrenning* blitt brukt i forbindelse med seksuelle overgrep. Det antas at minner om gjentatte episoder med seksuelle overgrep kan fjernes fra hukommelsen umiddelbart. Hver traumatisk episode blir dermed glemt, og nye overgrep oppleves som om det var første gang. Denne fortrenningsevnen skulle gi barnet mulighet til å presentere en upåfallende fasade. Først senere under terapi kan de traumatiske minnene dukke opp. Denne teorien står fjernt fra den tradisjonelle psykoanalytiske forståelsen av fortrenning, men enkelte amerikanske psykoanalytikere har akseptert den, for eksempel Herman (7) og Davis & Frawley (21). Dissosiasjon er mekanismen som skal forklare denne usannsynlige teorien. Robust fortrenning angis å forklare gjenvinning av minner når det gjelder rituelle, sataniske overgrep, kannibalisme, rituelle mord og andre voldssomme episoder. I USA er 18% av gjenvunnet hukommelse som er kjent av False Memory Syndrome Foundation av denne typen, i England 8%. Men omfattende undersøkelser av politiet både i USA og England har ikke klart å finne grunnlag for slik praksis (sataniske overgrep).

«Recovered memory»-behandling er ingen spesifikk terapi, men en merkelapp knyttet til en bestemt praksis. Terapeutene hevder gjerne at de aktuelle symptomer som depresjon, spiseforstyrrelse eller stoffmisbruk er forårsaket av tidligere seksuelle overgrep. Minnet om disse hendelsene har gått tapt for bevisstheten. Men dette fortrente materialet kan bringes frem igjen, noe som er viktig for bedringen. Ingen av disse hypotesene er blitt bekreftet. Undersøkelser av medlemmer av False Memory Syndrome Foundation og British False Memory Society har vist at en stor del av diskuterte og sannsynligvis falske anklager kommer etter behandling utført av alminnelige helsearbeidere, altså psykiatere og psykologer, og åpenbart kan oppstå under enhver form for psykoterapi, fra langtidspsykoterapi til kortere biologisk baserte intervensjoner. Videre kan TV-programmer, populære selvhjelpsbøker, foredrag om fortrente minner og seksuelle overgrep utløse slike falske minner.

I *Secret survivors* av Blume (22) fra 1990 angis at seksuelle overgrep kan føre til alt fra depresjon, fobier, spiseforstyrrelse, lav selvrespekt, mørkeredsel, nattlige mareritt og hodepine, til gastrointestinale forstyrrelser,

gynekologiske problemer, stoff- eller alkoholmisbruk eller totalavhold, seksuell aversjon eller seksuell promiskuitet. Bradshaw (23) gir følgende råd: «If you identify 5 or more symptoms, yet have no memories of incest, you might try an exercise. Accept the theory that you were abused. Irve consciously with the idea for 6 months, in context with the awareness of the trace you acknowledge, and see whether any memories come to you.»

Under den første verdenskrig observerte noen leger at avreagering under hypnose var effektivt for å fjerne symptomer etter traumatiske kamppplevelser. Senere ble barbiturater anvendt. Hypnose er helt upålitelig til å få frem glemte hendelser fra fortiden. Aldersregresjon blir av og til brukt for å få tak i glemte minner. Pasienten blir oppfordret til å regrediere til den alderen da overgrepet fant sted. Men det er ingen bevis for at denne teknikken er pålitelig eller virker. Heller ikke er det vist at drømmer etter kongeveien til den historiske nøyaktighet. Ikke sjelden ser man at pasientens drømmer passer med terapeutens teorier, noe som heller ikke er urimelig siden drømmer vanligvis består av brokker av dagens hendelser. Det er altså ingen vitenskapelig støtte for det syn at slike teknikker virkelig fremmer hukommelsen. Tvert imot kan de være farlige overtalelsermetoder. Mange av erindringerne som er gjenvunnet, henviser til hendelser i de første måneder etter fødselen, altså innenfor den infantile amnesi-periode og må betraktes som helt usannsynlige av denne grunn.

Hukommelse og fortrenning – faglig uenighet

Hukommelsen er ikke som et bibliotek der man kan ta ut lagret stoff, men mer som klart vann som med tiden blandes med melk og derfor blir mer og mer uklart. Ikke minst vitnepsykologien har klargjort hvor unøyaktig hukommelsen kan være, selv etter kort tid. Som nevnt tidligere er det på grunn av hjernens utvikling sjelden at noen husker noe fra før treårsalderen. Undersøkelser tyder på at etter ti års alder har de fleste vanskelig for å huske noe særlig av det som skjedde før fireårsalderen. Både hos barn og voksne kan man implantere falske minner, og når disse først er akseptert av individet, forsvares de gjerne med styrke. Eksperimenter har vist at når man lar barn oppleve forskjellige ting for senere å be barnet gjenfortelle det de har opplevd, samtidig som en voksen person legger noe til, vil barnet senere ha bygd inn i sin fortelling det den voksne fortalte (24).

En del psykoterapeuter vil hevde at opptil 50% av de pasientene som har rapportert seksuelle overgrep mener at det var perioder, ofte flere år, da de ikke kunne huske overgrepene. Slik sett finner man klinisk støtte til hypotesen om glemsel av traumer. Men noe grunnlag for å si at traumet var fortrent har man ikke. Det som taler for at disse åpenbart glemte minner ikke er falske,

skyldes at man kan finne det samme også ved andre store traumatiske opplevelser, der gjenvunnet hukommelse ikke kunne ha forekommet på grunn av suggesjon. I tillegg har man eksempler med vitneprov og fra rettsaker. Men alle disse studiene har sine svakheter. Heller ikke vet man hvordan gjentatte traumer kan glemmes fullstendig.

Freud mente at når et ønske eller en erindring føles ubehagelig eller skamfull eller er i konflikt med andre ønsker, er det en mekanisme i vår psyke som arbeider for å gjøre det ubehagelige ubevisst. Dette er egentlig en merkkelig idé. For det første er det ganske enkelt ikke sant at ubehagelige ønsker og minner oftest blir glemt. De fleste av oss har smertefulle erindringer og skamfulle ønsker som vi er oss bevisst. Hvorfor blir noen minner «fortrent» og andre ikke? Tilstedeværelsen av negativ affekt kan ikke være forklaringen. Fortrenning som skissert av Freud, strider vel også mot vanlig erfaring. Det er vel få som har opplevd at de har hatt en ubehagelig erindring, som siden forsvant. Kan det være slik at hele den freudske fortrenning er en myte på samme vis som det freudske ubevisste, siden det er definert som summen av det som er blitt fortrent?

Freud trodde det var en spesiell instans som stod bak fortrenningen – en instans han kalte «sensoren» – som oppdager hvilke begjær man skal fortrenge og hvilke man skal tillate seg å ha bevissthet om. Men hvordan kan sensoren gjøre dette uten selv å være bevisst ønskene som fortrennes? Man kan ikke fortrenge noe hvis eksistens ikke er kjent. Men hvis man erkjenner eksistensen, da er det ikke ubevisst. Og hvis sensor må være klar over innholdet av det ubevisste, hva er da poenget ved å fortrenge? Var det ikke meningen å blokkere en slik oppmerksomhet, eller inneholder sensoren selv en fortrenningsmekanisme for å beskytte mot ønsker den fortrenner? Men da vil det samme spørsmål reise seg igjen – om denne sensoren innenfor en sensor. Fortrenning og sex går hånd i hånd ifølge Freud. Teorien om seksuell utvikling er basert på hypotesen om barnet som et seksuelt vesen som ved foreldrenes påvirkning må fortrenge sin seksualitet.

På tross av vanlig klinisk antakelse foreligger det ikke klare vitenskapelige bevis for at fortrenning eller dissosiasjon forekommer. Tre ofte siterte studier gir tilsynelatende en viss støtte til teorien om fortrenning av minner om tidlig seksuelt misbruk (25–27). Men disse studiene er blitt alvorlig kritisert, blant annet av Pendergrast (28) og Pope & Hudson (29). For å demonstrere eksistensen av fortrenning på dette feltet må man først ha en sikker bekreftelse på at seksuelle overgrep har funnet sted, dessuten må individet virkelig ha utviklet amnesi utover vanlig glemsel. Amnesi på grunn av hjerne-skade og forgiftning må selvsagt også ekskluderes.

Herman & Schatzow (25) behandlet i et

korttidsprogram for incestofre 53 kvinner som man trodde hadde vært misbrukt, i den hensikt å få frem minner om overgrep. Før de deltok i gruppen hadde alle rapportert at de hadde vært utsatt for et seksuelt overgrep av en slektning eller de hadde en sterk mistanke om overgrep uten å huske noe. Antatt overgrep omfattet alt fra uanstendig eksponering og forslag om sex til samleie. Kvinnene ble delt i tre grupper på grunnlag av type amnesi. Alvorlig amnesi omfattet ingen minner om overgrep før terapien. Ved partiell amnesi hadde personen en viss hukommelse som ble bedre under terapien. Ingen amnesi omfattet dem som alltid hadde husket hva som hadde skjedd og som ikke hadde fått nye erindringer under terapien. Av dem med alvorlig amnesi rapporterte 60 % minner om tidlige og voldsomme overgrep. Forfatterne hevder at dette representerer tilfeller med massiv fortrenning. Jo mer alvorlig traumatet var, desto mer fullstendig var hukommelsestapet. Imidlertid var gjennomsnittsalderen for overgrep 4,9 år, og hos mange av kvinnene forekom overgrepet i perioden med normal infantil amnesi, da gjenvinning av minner er usannsynlig.

Briere & Conte (26) gav et spørreskjema til et utvalg av pasienter som rapporterte at de hadde vært seksuelt misbrukt som barn. 59 % av 450 individer rapporterte perioder med amnesi for overgrepet før 18-årsalderen. Det er ikke klart hvor mange av de antatte overgrep som ble bekreftet, men viktigere er det at amnesien er vurdert bare på grunnlag av ett eneste spørsmål. «During the period of time between when the first forced sexual experience happened and your 18th birthday, was there ever a time when you could not remember the forced sexual experience?» Individene ble ikke spurt ut videre for å skille mellom dem som ikke hadde noen tanker om overgrep og dem som forsøkte å redusere eller minimalisere hendelsen og dem som hadde glemt den. Heller ikke er det sikkert hvor mange pasienter som rapporterte tilstrekkelige alvorlige overgrep til at de kunne forventes å huske det. Alle disse individer var i behandling hos terapeuter som dannet et nettverk for henvisninger.

Williams (27) intervjuet 129 kvinner som alle ifølge rettsvesenet hadde opplevd seksuelle overgrep som barn, fra kroppslig berøring til samleie 17 år tidligere. Tre måtte ekskluderes fordi de innrømmet at overgrepet var en bløff. Overgrepet skulle ha forekommet i alderen fra ti måneder til 12 år, og ved intervjuet var de i alderen 18–31 år. I et omfattende intervju, der det ble stilt detaljerte spørsmål om deres seksualitet, var det 38 % som ikke kunne rapportere noe overgrep. Williams konkluderte med at disse måtte ha fortrenget hendelsen, siden man hadde objektive data som fastslo at overgrep hadde funnet sted. Men en annen undersøkelse av Femina og medarbeidere (30) antyder en annen forklaring. Forskerne her intervjuet voksne med en gjennomsnittsalder

på 24 år med en dokumentert historie om seksuelle overgrep i tenårene. 18 individer, eller 38 %, rapporterte ikke noen slik hendelse, altså samme andel som i den forrige studien. Det ble nå gjort et nytt intervju med åtte fra denne gruppen, som ble fortalt at ifølge politidokumenter var de blitt seksuelt misbrukt som barn. Alle åtte innrømmet nå at de hadde husket hendelsen, men hadde holdt tilbake informasjonen, noen fordi de følte skam, noen fordi de ønsket å glemme fortiden, noen for å beskytte sine foreldre, noen fordi de ikke hadde tillit til intervjueren.

I en rekke andre studier har man forsøkt å se på glemsel og gjenvinning av minner om seksuelle overgrep, men ingen av disse fyller Pope & Hudsons (29) strenge kriterier for en akseptabel studie. De fleste stoler på pasientens egen opplysning eller uverifiserte rapporter fra andre, som for eksempel at en pasient forteller terapeuten at hennes søster har ment at overgrepet forekom.

Individer husker vanligvis ikke begivenheter langt tilbake, men det betyr ikke nødvendigvis at fortrenning har forekommet. Noen har nøyaktige minner om aktuelle hendelser, men ofte er erindringene omdannet på grunn av andres tilleggsinformasjon. Det er mulig at minner om hendelser som er assosiert med angst eller ubehag er undertrykt, men tilgjengelige. Noen pinefulle traumer blir aldri glemt, men individet er i stand til å unngå å tenke på det og snakke om det. Noen gjenvunnet minner kan være erindring om virkelige hendelser som ikke har noe med overgrep å gjøre. Andre er glemt hvis de ikke blir oppfattet som misbruk og kan gjenvinnes når deres betydning er erkjent. Vi har ingen data som beviser at omfattende glemsel av gjentatte overgrep forekommer, heller ikke av enkeltepisoder av brutalitet eller sadisme, hvis barnet er over den normale perioden med infantil amnesi. Falske minner kan oppstå og gjør det. Noen er så utrolige at de fleste klinikere vil betrakte dem som åpenbart falske. Vi har heller ikke noe bevis for fortrenning og gjenvinning av verifiserte alvorlige traumatiske begivenheter, og deres rolle i symptomutviklingen er uklare. Det er også et slående fravær i litteraturen av veldokumenterte tilfeller der fortrenge minner er blitt bevisst i psykoterapi. Gitt forekomsten av overgrep i barndommen, burde det være et stort antall av slike tilfeller.

Mens psykoanalytisk orienterte psykoterapeuter vil mene at det er åpenbart at fortrenning forekommer, vil andre psykiatere og psykologer hevde at begrepet ikke er blitt validert, og teorien som skal forklare begrepet er langt fra overbevisende. Det er riktignok mange kliniske beretninger som kan støtte troen på at avreagering og verbalisering av pinefulle traumatiske hendelser er av helsemessig verdi. Det virker som enkelte pasienter blir mer tillitsfulle, mindre isolerte og hjelpeløse og erstatter forvirring med klarhet etter avreagering etter krigs- og na-

turkatastrofer. Disse studiene er ofte sitert som bevis for fortrenning. Loftus (31) gjennomgikk 30 tilfeller, tilfeldig utvalgt av 670 som var i Washington Victims Compensation Programme. 26 av disse hadde gjenvunnet hukommelsen om overgrep gjennom terapi. Alle 30 var imidlertid fortsatt i terapi etter tre år, 18 hadde vært det i mer enn fem år. Etter behandling var 20 suicidale, mot tre før behandlingen begynte, 11 var hospitalisert mot to før behandlingen, åtte engasjert i selvmutilering mens en før, og oppløsning av ekteskapet forekom hos praktisk talt alle. Denne undersøkelsen kunne tyde på at behandlingen faktisk hadde flere alvorlige negative enn positive virkninger.

Dissosiative forstyrrelser

Dissosiative forstyrrelser er knyttet til begrepene fortrenning (Freud) og dissosiasjon (Janet). Den mest interessante lidelsen her er multipl personlighetsforstyrrelse. Multiple personligheter har vært beskrevet i den medisinske litteratur i over 100 år, også under navn som dobbelt bevissthet eller alternerende personlighet. Men helt frem til 1970-årene var det færre enn 50 tilfeller som var rapportert i litteraturen. Men i 1980-årene ble diagnosen multipl personlighetsforstyrrelse nærmest epidemisk i USA. De dissosiative forstyrrelsene inndeles i dag etter ICD-10 i amnesi, fugue, dissosiativ identitetsforstyrrelse, depersonalisering og transeforstyrrelse. Dissosiativ amnesi har stor rettspsykiatrisk interesse. Men klinisk er det særlig dissosiativ identitetsforstyrrelse (multipl personlighetsforstyrrelse) som har påkalt oppmerksomheten.

Dissosiativ amnesi er karakterisert av amnesi for viktige personlige opplevelser som ikke kan forklares ut fra ordinær glemsel eller på grunn av en organisk tilstand. Amnesien er knyttet til alvorlige traumer som krig, naturkatastrofe, drap eller vold. Dissosiativ amnesi omfatter vanligvis tap av eksplisitt hukommelse, altså tap av hukommelse av tidligere personlige opplevelser. Mens implisitt hukommelse, altså alminnelig faktakunnskap vanligvis er bevart. Amnesien kan være lokalisert, det vil si at det er visse ting av et hendelsesforløp man ikke husker.

En psykisk umoden soldat ble funnet i et badrom på en flyplass med dyp generalisert amnesi. I flere dager var han ute av stand til å huske hvem han var. Selv etter at mesteparten av amnesien, angstsymptomene og stammingen var borte etter noen få dager, var han ikke i stand til å huske hva som hadde hendt i badrommet (det var ikke noe tegn til seksuelle overgrep eller en organisk tilstand). Heller ikke fem måneder senere kunne han huske hva som hadde skjedd. Den eneste åpenbare ytre hendelse for amnesien var at man planla å selge hans barndomshjem, som syntes å ha en større personlig betydning for ham enn for de fleste andre.

Dissosiativ fugue eller flukt kjennetegnes ved plutselig vandring bort fra hjem eller arbeidssted. Pasienten har amnesi for fortiden og er forvirret om sin personlige identitet.

Allerede William James beskrev et slikt tilfelle med pastor Ansel Bourne, som forlot sitt hjemsted, tok et nytt navn og yrke, og våknet senere opp til bevissthet om sin tidligere identitet. James så fuguetilstanden som en lengrevarende transe. Andre har definert tilstanden som en endret eller innsnevret bevissthet med impuls til å vandre.

En kvinne var kommet hjem og fant døren til huset åpen. Hun tenkte umiddelbart at datteren var blitt voldtatt, noe som ikke var tilfellet. Hun ble plutselig forvirret og begynte å vandre til byen. Da psykiatere undersøkte henne, hadde hun bare et svakt minne om turen.

Depersonalisering er pågående eller gjentatte følelser av å være atskilt fra ens egen psyke eller kropp uten at det foreligger direkte realitetstap. Fire trekk er vanlige: en utløsende faktor, for eksempel en ulykke, endret selvfølelse (kroppen tilhører ikke meg), en følelse av å være i en drømmeliknende tilstand, samtidig som det er sensoriske endringer, for eksempel synes fargene mindre klare eller stemmene virker rare. Isolerte tilfeller av depersonaliseringssymptomer finnes hos mange psykiatriske pasienter.

Dissosiative transeforstyrrelser er tempo- rært tap av personlig identitet og full bevissthet om omgivelsene. I noen tilfeller handler individet som om det er styrt av en ånd eller kraft utenfor en selv.

Dissosiativ identitetsforstyrrelse eller multipel personlighetsforstyrrelse er den mest kontroversielle av alle dissosiative forstyrrelser. Den mulighet at to eller flere forskjellige personligheter kan eksistere innenfor samme person har opptatt både William James, Morton Prince, Pierre Janet og andre klinikere. Tilstanden ble sett på som en eksotisk og ekstremt sjelden kuriositet like til 1980-årene, da man som tidligere nevnt fikk en epidemi av slike tilfeller i USA knyttet til seksuelle overgrep (5).

Multipel personlighetsforstyrrelse hadde ingen plass i det amerikanske diagnose-systemet for 1980, men etter kraftig lobby- ing av interesserte terapeuter kom diagnosen med i den nye DSM-III. I slutten av 1980-årene fikk man egne tidsskrifter og lærebøker om multipel personlighetsforstyrrelse. Det ble slått fast at traumer, vanligvis seksuelle overgrep, var årsaken til disse forstyrrelsene. I 1990 var mer enn 20 000 tilfeller diagnostisert i USA. Men etter hvert begynte kritikken å komme. Psykiateren Harold Merskey hevdet at sykdommen egentlig var skapt av terapeutene selv (32). Tilstanden oppstår aldri spontant hos voksne. Det er suggesjon, forventningspress og belønning i form av oppmerksomhet som produserer sykdommen, hevdet han. Og han fikk følge av andre psykiatere. Men allerede i 1969 hadde Mayer-Gross og medarbeidere (33) hevdet i sin lærebok «It seems that these multiple personalities are always artificial productions, the product of medical attention that they arouse.»

Det som skjedde i USA var at enkelte pasienter stod frem i retten og berettet om de mest fantastiske usannsynlige hendelser – seksuelle overgrep, ja endatil satanistiske rituelle seanser, kannibalisme og kidnapping. Prototypen på en slik pasient er kvinnen som oppsøker terapeut på grunn av depresjon eller bulimi. Behandleren forteller henne at hun har symptomer som likner symptomene hos dem som har vært utsatt for seksuelle overgrep, og hun blir bedt om å lese bøker om incest og delta i grupper med incestofre. Etter hvert begynner pasienten å få vage minner om overgrep og sågar drap av barn og drikking av blod. I ettertid kan man spørre hvorfor så mange opplyste mennesker trodde på disse bisarre historiene (5).

Ved inngangen til 1990-årene begynte multipel personlighetsforstyrrelse-bevegelsen å møte angrep fra flere kanter. Viktigst var kanskje False Memory Syndrome Foundation, som ble stiftet i USA i 1992 og i England i 1993. Det kom en rekke avslørende bøker om multipel personlighetsforstyrrelse, gjenvunnet hukommelse og sataniske rituelle overgrep. Fjernsynskanaler som hadde berettet ukritisk om den nye sykdommen, produserte nå hårreisende programmer om multipel personlighetsforstyrrelse og sataniske overgrep. I 1995 slo den amerikanske høyesteretten fast at ekspertvitner måtte bygge på vitenskapelige metoder, og påstander på dette felt måtte støttes av vanlige vitneutsagn. De siste år har multipel personlighetsforstyrrelse-bevegelsen vært døende. Historien om utviklingen av denne epidemien er en pinlig affære for amerikansk psykiatri.

Sluttord

Vi har diskutert et vanskelig spørsmål, der både fagfolk og legfolk har sterke følelser. Det er selvsagt moralsk forkastelig å utnytte barn seksuelt. Seksuelle overgrep fra foreldre eller andre voksne er en alvorlig krenkelse av et barn som forventer beskyttelse og omsorg. Seksuelle overgrep kan åpenbart gi alvorlige psykiske skadevirkninger, men den gode nyhet er at langt fra alle skades for livet. Det er som med andre store psykiske påkjenninger, at bare en viss andel av de skadelidte utvikler posttraumatiske lidelser. I forbindelse med den store oppmerksomhet som seksuelle overgrep har fått, særlig i USA, i 1980–90-årene, har man fått en polarisert diskusjon om hvorvidt erindringer om seksuelle overgrep kan glemmes eller fortrennes og gjenvinnes mange år senere. En rekke fagfolk vil hevde at slike minner alltid er falske, mens andre synes å akseptere at traumatiske hendelser kan glemmes for så å huskes igjen, selv mange år etterpå, og at disse minnene til og med kan være nokså korrekte. I den forbindelse har man igjen fått en diskusjon om begrepet fortrenning, der siste ord åpenbart ikke er sagt ennå.

For ikke å bli misforstått la meg presisere at ved de fleste tilfeller av seksuelle over-

grep er det liten grunn til å tvile på offerets utsagn. Tvilen kommer inn der det i ettertid dukker opp erindringer om seksuelle overgrep som aldri er blitt husket tidligere. Slike erindringer er nok som oftest falske.

Som terapeuter er vi lite opptatt av om det pasienten forteller er objektivt riktig. Vi aksepterer stort sett pasientens historie, selv om det kan reises tvil om sannhetsgehalten. Som rettspsykiater eller ved utferdigelse av erklæringer til offentlig myndighet stiller saken seg annerledes. Sannhetsproblemet blir viktig, og vi kan ikke som leger akseptere pasientens fremstilling kritikkøst.

Som jeg har forsøkt å vise er vi på usikker grunn både når det gjelder forekomst og følgetilstander etter seksuelle overgrep. Spørsmålet om gjenvunnet hukommelse og falske minner er heller ikke avklart, og det sentrale begrep fortrenning er igjen kommet i brennpunktet (34). Det tilsier at vi som sakkyndige leger viser ydmykhet og foreløpig unngår bastante konklusjoner (35).

Litteratur

1. Kringstad H. Bjugnformelen. Oslo: Tiden, 1997.
2. Heskestad S. Mistet og funnet – minner om seksuelle overgrep i barndommen. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2386–9
3. Andersen P. ...med en ufeilbarlig hukommelse? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2361.
4. Masson JM. The assault on truth: Freud's suppression of the seduction theory. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1984.
5. Kringlen E. Psykiatriens samtidshistorie. Oslo: Universitetsforlaget, 2001.
6. Bass E, Davis L. The courage to heal: a guide for women survivors of child sexual abuse. New York: Harper and Row, 1988.
7. Herman JL. Trauma and recovery. New York: Basic Books, 1992.
8. Gudjonsson G, Howard L. Forensic psychology. London: Routledge, 1998.
9. Sætre M, Holter H, Jebsen E. Tvang til seksualitet: en undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn. Oslo: Cappelen, 1986.
10. Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics and risk factors. Child Abuse Negl 1990; 14: 19–28.
11. Tamsb K. Undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1994.
12. Kendall-Tachett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. Psychological Bull 1993; 113: 164–80.
13. Rind B, Tromovitch P, Bauserman R. A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. Psychol Bull 1998; 124: 22–53.
14. Romans SE, Martin JL, Anderson JC, O'Shea ML, Mullen PE. Factors that mediate between child sexual abuse and adult psychological outcome. Psychol Med 1995; 25: 127–42.
15. Morton J. The development of event memory. The Psychologist 1990; 1: 3–10.
16. Loftus EF. The reality of repressed memories. Am Psychologist 1993; 48: 517–37.
17. Pynoos RS, Nader K. Children's memory and proximity to violence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989; 28: 236–41.
18. Malmquist CP. Children who witness parental murder. Post-traumatic aspects. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1986; 25: 320–5.
19. Van der Kolk BA, Fischer R. Dissociation →

→

- and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *Br J Psychotherapy* 1995; 12: 352–66.
20. Van der Kolk BA. The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of post-traumatic stress. *Harvard Rev Psychiatry* 1994; 1: 253–65.
21. Davies MG, Frawley JM. Testing the adult survivors of childhood sexual abuse. New York: Basic Books, 1994.
22. Blume SE. Secret survivors. New York: Ballantine, 1990.
23. Bradshaw J. Homecoming. New York: Bantam Books, 1990.
24. Loftus EF, Hoffman H. Misinformation and memory: the creation of new memories. *J Exp Psychology* 1989; 118: 100–4.
25. Herman JL, Schatzow E. Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanal Psychol* 1987; 4: 1–14.
26. Briere J, Conte J. Self reported amnesia for abuse in adults molested as children. *J Traum Stress* 1993; 6: 21–31.
27. Williams LM. Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychology* 1994; 62: 1177–81.
28. Pendergrast M. Victims of memory: incest accusations and shattered lives. London: Harper Collins, 1996.
29. Pope HG, Hudson JI. Can memories of childhood sexual abuse be repressed? *Psychol Med* 1995; 25: 121–6.
30. Femina DD, Yeager CA, Lewis DO. Child abuse: adolescent records vs adult recall. *Child Abuse Negl* 1990; 14: 227–31.
31. Loftus EF. Repressed memory accusations: devastated families and devastated patients. *App Cogn Psychology* 1997; 11: 25–30.
32. Merskey H. Multiple personality disorder and the false memory syndrome. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 281–3.
33. Mayer-Gross, Slater E, Roth M. Clinical psychiatry. 3 utg. London: Bailliere, 1969.
34. Brandon S, Boakes J, Glaser D, Green R. Recovered memories of childhood sexual abuse. Implications for clinical practice. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 294–307.
35. Dawes RM. House of cards. Psychology and psychotherapy built on myth. New York: Free Press, 1994.

○

Annonsse