

**«Min fremtid er ikke ødelagt»
Unge voksnes erfaringer av å få hjelp med ettervirkninger fra
seksuelle overgrep i barndommen**



Universitetet
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet
Master i Rus- og psykisk helsearbeid
Masteroppgave (40 studiepoeng)**

**Student: Evy-Ann Delacour Henriksen
Veileder: Postdoktor Birgitta Haga Gripsrud**

31/05/2019

Vignett

Noe som har hjulpet meg veldig mye er at dersom du har opplevd seksuelle overgrep så betyr det ikke at du er ødelagt. En må jobbe seg gjennom det, men du er faktisk ikke ødelagt. Det er så mange som skriver i media og snakker om at folk som har opplevd overgrep er ødelagte og at hele fremtiden er ødelagt. Men min fremtid er ikke ødelagt. Jeg vet jeg kommer til å få utdanning. Jeg vet jeg kommer til å få meg jobb. Jeg vet at jeg kommer til å være i stand til å starte min egen familie. Jeg vet at jeg kommer til å bruke min historie. Det trodde jeg ikke på for så mange år siden. Men nå har jeg stor tro på disse tingene. Man er ikke annerledes, selv om en har en annen bagasje, så er en akkurat som alle andre. Jeg kommer til å leve et normalt liv, akkurat som alle andre.

(Sitat av informanten Josefine)

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært utfordrende, men samtidig en interessant læringsprosess. Det er mange som fortjener å vite hvor takknemlig jeg er for den hjelpen og støtten jeg har fått gjennom hele prosessen.

Først og fremst vil jeg gi en stor takk til veilederen min Birgitta. Hun har gitt meg gode råd, konstruktive tilbakemeldinger og vært en stor støttespiller gjennom hele utførelsen av studien. Jeg er veldig takknemlig for at jeg fikk en så engasjert og dyktig veileder.

Jeg vil også takke nærmeste familie og venner. Mamma og pappa har gitt meg nytt pågangsmot med oppmuntrende ord. Jeg vil også gi en spesiell takk til min venninne Merethe. Vi har samarbeidet tett sammen gjennom hele studiet. Hun har bidratt med faglig støtte og motivasjon i både tårer, frustrasjon, latter og glede.

Videre vil jeg takke ansatte ved Støttesenter mot incest og seksuelle overgrep for innspill i prosessen og rekruttering av informanter.

Ikke minst fortjener informantene mine å vite hvor takknemlig jeg er for at dere har deltatt. Studien min hadde aldri blitt den samme uten deres bidrag og eksplisitt ønske om å hjelpe andre.

Stavanger, Mai 2019

Evy-Ann D. Henriksen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	vi
Abstract	vii
1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for studien	2
1.2 Forforståelse	2
1.3 Studiens hensikt og overordnet formål	3
1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	3
1.5 Begrepsavklaringer	3
1.6 Avgrensning	4
1.7 Oppgavens struktur	5
2.0 KUNNSKAPSSTATUS	6
2.1 Litteratursøk og søkestrategier.....	6
2.2 Tidligere forskning på området.....	9
2.2.1 Seksuelle overgrep mot barn og unge	9
2.2.2 Ettervirkninger av seksuelle overgrep.....	10
2.2.3 Hjelp etter seksuelle overgrep	15
3.0 TEORETISK FUNDAMENT	18
3.1 Psykodynamisk teori	18
3.2 Tilknytningsteori	20
3.3 Studien i forhold til psykodynamisk teori og tilknytningsteori	22
4.0 METODE OG FREMGANGSMÅTE.....	23
4.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	23
4.2 Kvalitativt design	24
4.3 Studiens kontekst	24
4.4 Utvalg.....	25
4.5 Datainnsamling	28
4.6 Tematisk analyse	30
4.7 Forskningsetiske refleksjoner.....	33
4.8 Kvalitetskriterier i kvalitativ forskning.....	35
5.0 PRESENTASJON AV FUNN FRA DATANALYSEN	37
5.1 Ettervirkninger	37
5.1.1 Fysiske ettervirkninger	37
5.1.2 Psykiske ettervirkninger	38
5.1.3 Relasjonelle ettervirkninger	42
5.2 Relasjoner til hjelp	43

5.2.1 Private relasjoner til hjelp.....	44
5.2.2 Profesjonelle relasjoner	45
5.2.3 Kjennetegn på relasjoner til hjelp.....	47
5.3 Andre typer hjelp.....	49
5.3.1 Til hjelp	49
5.3.2 Ikke til hjelp.....	52
6.0 DISKUSJON AV DATANALYSE	55
6.1 Unge voksnes ettervirkninger etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen ..	55
6.1.1 Fysiske ettervirkninger	56
6.1.2 Psykiske ettervirkninger	56
6.1.3 Relasjonelle ettervirkninger	59
6.2 Unge voksnes erfaringer med relasjoner til hjelp	61
6.2.1 Private relasjoner til hjelp.....	62
6.2.2 Profesjonelle relasjoner til hjelp	63
6.2.3 Kjennetegn på hjelp i relasjoner	65
6.3 Unge voksnes erfaringer knyttet til andre typer hjelp	67
6.0 KONKLUSJON OG AVSLUTNING.....	67
7.0 REFERANSELISTE.....	71
Vedlegg 1: Godkjenning fra REK og NSD.....	79
Vedlegg 2: Informasjonsskriv REK og NSD	83
Vedlegg 3: Prosjektplakat	87
Vedlegg 4: Samtykkeskjema.....	88
Vedlegg 5: Intervjuguide	89

Sammendrag

Denne avhandlingen har tatt utgangspunkt i et kvalitativt intervjustudie av unge voksne som har blitt utsatt for seksuelle overgrep som barn. Fokuset både i intervjuene og i oppgaven har vært å identifisere faktorer som har vært til hjelp, samt relasjoners betydning for å håndtere ettervirkningene av overgrep. Studiens hensikt har vært å beskrive og drøfte disse funnene ut i fra relevant litteratur. Et overordnet mål med studien har også vært å bidra til økt empiri på området - slik at både profesjonelle og medmennesker kan yte bedre hjelp, støtte og omsorg til overgrepsutsatte. Studien har et kvalitativt design, med en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsteoretisk forankring. Ved bruk av fem informanter, rekruttert fra Støttesenter mot incest og seksuelle overgrep (SMISO), ble det innhentet data ved hjelp av semistrukturerte intervju. Dette ble videre analysert med en tematisk analyse. Resultatene presenteres i tre hovedtema (med undertema): 1. Ettervirkninger (fysiske, psykiske og relasjonelle). 2. Relasjoner til hjelp (private relasjoner, profesjonelle relasjoner, kjennetegn på relasjon til hjelp). 3. Andre typer hjelp (til hjelp og ikke til hjelp). Funnene i studien indikerer at unge voksne har ulike fysiske, psykiske og relasjonelle ettervirkninger av overgrep. Det varierer hvilke relasjoner (både private og profesjonelle) som har vært av betydning for å håndtere ettervirkningene. Informantene har mottatt hjelp fra behandlere, psykisk helsevern, barnevernstjenesten, politi og frivillige organisasjoner. En god relasjon som et grunnlag for menneskemøtet kom frem som en forutsetning for at hjelpen ble opplevd som god. De mest sentrale kjennetegnene på relasjoner som var til hjelp var: stabilitet, trygghet, tillit, forståelse og å bli sett og hørt.

Nøkkelord: Seksuelle overgrep, barn, unge voksne, ettervirkninger, hjelp, relasjoner, erfaringer.

Abstract

This thesis is based on qualitative research interviews with young adults who have been subjected to sexual abuse during childhood. The main idea behind the study was to identify factors that have proved helpful for the informant, with emphasis on their experience in receiving help, and the significance of relations in dealing with the aftermath of sexual abuse. The aim of the study has been to describe and discuss these findings in relation to relevant literature. In addition, the study aims to contribute to the research-based knowledge within this subject. With this, one hopes that professionals and fellowmen can provide better help, support and care to victims of sexual abuse in the future. The study has a qualitative design and has a phenomenological-hermeneutical scientific theoretical foundation. With the help of five informants recruited from a support center for victims of incest and sexual abuse, I have obtained data material using semi-structured interviews. The transcribed data from the interviews was further analyzed with thematic analysis. Through the analysis I developed the following main and sub-themes: 1. Effects (physical, psychological and relational), 2. Relations that help (private relations, professional relations, characteristics of relations that help) and 3. Other types of help (that help and do not help). The findings in this study indicate that young adults have physical, psychological and relational aftermath. It varies what relationships, both private and professional, have been of importance in terms of dealing with the aftermath of sexual abuse. Informants received help from therapists, psychiatric care, child protective services, police and other volunteer organizations. Good relations have been fundamental for the informants to categorize the help as good. The most frequent characteristics in successful relations were; stability, safety, trust, understanding, as well as being seen and heard.

Keywords: Sexual abuse, children, young adults, aftermath, help, relations, experience.

1.0 INNLEDNING

Røren, Lindberg, Eriksen (2019) har laget en artikkelserie som heter «De ødelagte». Denne viser til at barn og unge som har blitt utsatt for seksuelle overgrep er «ødelagte» (Røren, et al., 2019). Siri Søftestad (2018, s. 75) påpeker at seksuelle overgrep utgjør en alvorlig samfunns- og helseproblematikk.

Statistikk fra barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet (2017) anslår at omtrent 15% av norske kvinner og menn har blitt utsatt for seksuelle overgrep før fylte 18 år. Siri Søftestad (2018, s. 26) oppgir at én av fem norske kvinner, og én av ti menn rapporterer at de har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. På bakgrunn av antakelsen om store mørketall, er det likevel vanskelig å fastslå med sikkerhet hvordan den reelle forekomsten er i befolkningen (Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet, 2017).

Sammenhengen mellom det å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep og ulike ettervirkninger på kort- og langsikt er godt dokumentert (Mullen, Martin, Anderson, Roman, Herbison, 1996, s. 7). Ofte vil seksuelle overgrep påvirke barns fysiske- og psykiske helse og gi relasjonelle ettervirkninger (Browne & Finkelhor, 1986, s. 66). Mennesker som har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen har behov for hjelp til å bearbeide og håndtere ettervirkningene (Søftestad, 2018, s. 156)

Denne masteroppgaven er basert på en kvalitativ intervjustudie med unge voksne som har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Studien har et fokus på deres opplevelser av hjelp gjennom både private og profesjonelle relasjoner, som har vært av betydning for å håndtere ettervirkninger av seksuelle overgrep. De fem informantene ble rekruttert gjennom Støttesenter mot incest og seksuelle overgrep (SMISO). Ved hjelp av semistrukturerte intervju har informantene bidratt med deres erfaringer. Det ble brukt tematisk analyse for å analysere datamaterialet, og deretter diskuteres funnene i tråd med relevant teori.

1.1 Bakgrunn for studien

Som nevnt i innledningen utgjør seksuelle overgrep en alvorlig samfunns- og helseproblematikk (Søftestad, 2018, s. 75). Barn og unge som blir utsatt for seksuelle overgrep er for de fleste av oss tabubelagt og utfordrer oss følelsesmessig. Når en ser på statistikken av forekomsten av seksuelle overgrep, fordrer dette at hjelpeapparatet har kunnskapen, midlene, metodene og forståelsen for de komplekse ettervirkningene av overgrep. Relasjonen mellom hjelper og utsatt kan antas å være av betydning for om hjelpen oppleves som god (Olsø, Almvik & Norvoll, 2014, s. 122) På bakgrunn av dette er det behov for økt empirisk forskning og kunnskap om tematikken.

1.2 Forforståelse

Min utdanning som barnevernspedagog og arbeidserfaring fra miljøterapeutisk arbeid med barn og unge som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, har gjort at jeg ønsker å få økt kunnskap om tematikken. Det er ingen tvil om at det å møte utsatte barn og unge treffer meg følelsesmessig. Gjennom å ha vært med på å avdekke seksuelle overgrep hos barn og unge, har jeg observert hvordan seksuelle overgrep kan påvirke både i nåtid og videre i livets utvikling. I praksis har jeg observert en sammenheng mellom kjønnet som utøvde seksuelle overgrep og en unngåelsesreaksjon fra den utsatte på det spesifikke kjønnet. De utsatte har beskrevet overgrepene, og de ulike hjelpetilbudene de har blitt tilbudt eller har mottatt. Min tolkning er at ungdommene i større grad har mottatt hjelp fra personer de har hatt en god relasjon til.

Summen av disse erfaringene og følelsene kan være med på å påvirke studien. På den ene siden kan min forforståelse føre til at jeg ikke klarer å utforske temaet åpent nok på bakgrunn av bevisste og ubevisste antakelser. På den andre siden kan min forforståelse bidra til et kunnskapsgrunnlag som gjør meg bedre i stand til å være selektiv i hvilken informasjon som genereres. Dersom en veier dette opp mot hverandre anser jeg min forforståelse som en styrke i forskningsprosessen - samtidig som det er viktig å være bevisst på min rolle underveis.

1.3 Studiens hensikt og overordnet formål

Masteroppgaven skrives som en avsluttende oppgave i forbindelse med Master i Rus- og psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger. Studiens hensikt er å beskrive og fortolke unge voksnes erfaringer av hva som har vært til hjelp, og hvilke relasjoner som har vært til hjelp, for å håndtere ettervirkninger av seksuelle overgrep i barndommen. Et overordnet mål med studien er å bidra til forskningsbasert kunnskap om hva som kan være til hjelp, og hvilke relasjoner som er av betydning for å håndtere ettervirkninger av seksuelle overgrep. På denne måten kan profesjonelle og medmennesker gi bedre hjelp, støtte og omsorg til utsatte i fremtiden. I tillegg kan studien være en motivasjon til å oppsøke og motta hjelp for andre utsatte.

1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål

I denne studien har jeg kommet frem til følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

«Hvilke erfaringer av å få hjelp har unge voksne som lever med ettervirkninger av seksuelle overgrep i barndommen?»

- Hva opplever unge voksne overgrepsutsatte at har vært til god hjelp for å håndtere ettervirkninger av overgrepene?
- Hvilke relasjoner har vært av betydning for å få hjelp til å håndtere ettervirkninger av seksuelle overgrep, og hva kjennetegnet disse relasjonene?

1.5 Begrepsavklaringer

Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, 2017, vii) definerer seksuelle overgrep som:

The involvement of a child or an adolescent in sexual activity that he or she does not fully comprehend and is unable to give informed consent to, or for which the child or adolescent is not developmentally prepared and cannot give consent, or that violates the laws or social taboos of society. Children can be sexually abused by both adults and other children who are – by virtue of their age or stage of development – in a position of responsibility or trust or power over the victim. It includes incest which involves abuse by a family member or close relative. Sexual abuse involves the intent to gratify or satisfy the needs of the perpetrator or another third party including that of seeking power over the child. (World Health Organization, 2017, vii).

Relasjon betegnes av et følelsesmessig forhold mellom personer (Søftestad, 2018, s. 49).

Med *utsatt* menes personer som har blitt utsatt for seksuelle overgrep. Mens *overgriper* omtales om de personene som utøvde de seksuelle overgrepene (Søftestad, 2018, s. 28-29)

Denne oppgaven vil forholde seg til definisjon av barn som personer mellom 0 og 18 år. Informantene i denne studien tilhører derimot kategorien unge voksne mellom 18 og 30 år.

1.6 Avgrensning

Seksuelle overgrep mot barn og unge utgjør mange ulike dimensjoner, ettersom det eksisterer forskning knyttet til blant annet avdekking, ettervirkninger, hjelp og forebygging (Mullen, et al 1996, s. 7). For å avgrense studien har jeg derfor valgt å ta utgangspunkt i unge voksnes erfaringer av å bli utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Fokuset har vært på erfaringer av hjelp, og hvilke relasjoner som har vært til hjelp for å håndtere ettervirkninger.

Jeg har valgt å intervju unge voksne fremfor barn eller eldre voksne. Barn er under myndighetsalder, og kan være utfordrende å intervju i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 175). Det antas at barn kan mangle erfaring og ordforråd knyttet til det å uttrykke og beskrive sine opplevelser av det å motta hjelp. Med dette tatt i

betraktning kunne jeg valgt å ikke snevre inn informantene til kun unge voksne. Etersom det foreligger mindre forskning på unge voksne valgte jeg meg ut denne gruppen for å ha som informanter (Thoresen & Hjemdal, 2014, s.134).

Videre har jeg valgt å ta utgangspunkt i seksuelle overgrep i barndommen, ettersom barn er særlig sårbare og det er en kritisk tid i barns utvikling av personlighet, tilknytning og videre helse (Domhardt, Münzer, Fegert, Goldbeck, 2015, s. 477). SMISO er en organisasjon som hjelper utsatte av seksuelle overgrep (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2018), og dermed var organisasjonen høyst aktuell for å hjelpe å avgrense utvalget av informanter.

1.7 Oppgavens struktur

Oppgaven er strukturert som en monografisk avhandling og er med dette delt inn i syv ulike kapitler.

I dette kapitlet har jeg introdusert studien med å forklare bakgrunn, forforståelse, hensikt og formål, problemstilling, samt definert sentrale begreper og redegjort for avgrensning av studien.

I kapittel 2 vil jeg redegjøre for litteratursøk og søkestrategier. I tillegg vil jeg presentere tidligere forskning knyttet til seksuelle overgrep mot barn, ettervirkninger, og hjelp etter seksuelle overgrep.

Kapittel 3 omhandler teoretisk fundament med beskrivelse av psykodynamisk teori og tilknytningsteori.

Kapittel 4 dreier seg om metodologi og fremgangsmåte i studien. I dette kapitlet vil jeg redegjøre for valg av metode knyttet til kvalitativt design og vitenskapelig perspektiv. Videre vil utvalget og en kort presentasjon av informantene bli gitt. Deretter vil jeg beskrive datainnsamling ved hjelp av semistrukturert intervju, og

analyseprosessen med tematisk analyse. I tillegg vil jeg vise hvordan jeg har forholdt meg til forskningsetiske refleksjoner og vise til kvalitetskriterier i kvalitativ forskning.

I kapittel 5 vil jeg presentere funn fra den tematiske analysen i datamaterialet, mens jeg i kapittel 6 vil diskutere funnene i lys av tidligere empiri og teori.

Avslutningsvis i oppgaven vil jeg presentere en konklusjon i kapittel 7.

2.0 KUNNSKAPSSTATUS

I dette kapittelet har jeg først og fremst redegjort for litteratursøk og søkestrategiene i studien. Jeg vil vise til studier og undersøkelser som indikerer kunnskapshull og behov for ny forskning. Videre har jeg beskrevet tidligere forskning og empiri knyttet til seksuelle overgrep, i hovedsak rettet mot ettervirkninger og hjelp etter seksuelle overgrep.

2.1 Litteratursøk og søkestrategier

For å finne relevant litteratur knyttet til temaet seksuelle overgrep begynte jeg med litteratursøk april 2018, og fortsatte jevnlig frem mot mai 2019. Jeg har benyttet meg av databasene som biblioteket ved Universitetet i Stavanger anbefaler. Litteraturen er derfor i hovedsak funnet fra bibliotekets søkemotor www.oria.no, men jeg har også brukt andre søkemotorer som www.sciencedirect.com, www.idunn.no og www.google scholar.no.

Jeg startet med et usystematisk litteratursøk ved å søke bredt på seksuelle overgrep. Jeg brukte søkeordene «seksuelle overgrep» og «seksuelle overgrep barn», og deretter på «sexual abuse» og «sexual abuse children». Disse søkene ga et helhetlig innblikk i den eksisterende litteraturen. Informasjonsmengden og treffene var store og utfordrende å håndtere. Etter at jeg hadde oppdatert meg innenfor relevant litteratur fant jeg flere kunnskapshull, og begynte å utvikle en problemstilling. Deretter startet jeg med et systematisk litteratursøk – da med et mer planlagt og strategisk søk (Everett & Furueth,

2012, s. 73). På bakgrunn av dette benyttet jeg meg av følgende søkeord i ulike kombinasjoner; først på norsk i form av «seksuelle overgrep», «barn», «ung voksen» «ettervirkninger», «hjelp», «relasjon», og deretter på engelsk «sexual abuse», «children», «young adults», «experience», «aftermath», «help» og «relation». Tabell 1 illustrerer to eksempler på hvordan søkeprosessen foregikk. Jeg har benyttet meg av både norsk og internasjonal forskning. I den grad det er mulig har jeg brukt primærkilder, fremfor sekundærkilder som for eksempel John Bowlby til tilknytningsteori.

Tabell 1: Eksempel på søkestrategier og litteratursøk på norsk

Søkestrategi	Database	Søkeord	Treff	Relevant kilde som har blitt brukt i studien
Usystematisk	www.oria.no	«Seksuelle overgrep mot barn»	790	<i>Grunnbok i arbeid med seksuelle overgrep mot barn</i> , utgitt 2018, av Siri Søftestad.
Systematisk	www.oria.no	«Hjelp» «seksuelle overgrep» «opplevelse»	82	<i>Å få hjelp til det uhjelpelige. Hvordan unge mennesker opplevde hjelpen etter seksuelle overgrep</i> , utgitt 2017, av Kristin Johnsen.

Litteraturen jeg har funnet viser at det eksisterer mye kunnskap og empiri om seksuelle overgrep, spesielt med tanke på hva temaet seksuelle overgrep innebærer, avdekking, konsekvenser og forebygging (Browne & Finkelhor, 1986, s. 68; World Health Organization, 2017, s. 7). Til tross for at det er utført mye forskning, er det tydelig behov for økt kunnskap om seksuelle overgrep og implikasjoner for praksis.

Barneombudet (2018) utarbeidet en rapport om barns erfaringer etter å ha blitt utsatt for vold og overgrep. Rapporten belyser manglende handlingskompetanse hos ansatte som arbeider med barn som har blitt utsatt for overgrep, og vektlegger betydningen av økt kunnskap. Thoresen og Hjemdal (2014, s. 110 & 127) presenterte behov for kartlegging og nye studier av opplevelser hos utsatte, for å sikre tilpasset behandling med fokus på tiltak som fungerer og betydningen av sosial støtte.

Ullmann (1999, s. 348) belyste betydningen av sosial støtte som et ledd i hjelpen av den fysiske og psykiske helsen hos de utsatte. Videre skriver Ullmann (1999, s. 348) at sosial støtte tidligere kun har fremgått i større studier og undersøkelser, men da med hovedfokus på avdekking av seksuelle overgrep og behandlingsmetoder som hjelp etter overgrep. Hun indikerer at det er behov for økt forskning om den sosiale støtten (Ullmann, 1999, s. 348).

Olsø, et al (2014, s. 122) påpekte at det finnes få studier som beskriver hva som oppleves som «god hjelp». De forsket selv på relasjonens betydning for god hjelp hos brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, både fra et ansatt- og brukerperspektiv. Relasjon viste seg å være et vesentlig fundament for opplevelsen av god hjelp. De ettersøkte kunnskap om relasjonens betydning for god hjelp, også ved andre tematikker. Videre beskrev de behov for årsakene til hvorfor brukere opplever kvalitetene ved relasjonene som god hjelp (Olsø, et al, 2014, s. 122-123).

Litteratursøket avdekket to mastergradavhandlinger knyttet til seksuelle overgrep og erfaringer av hjelp. Østby (2012, s. 7) skrev om hva som hindrer overgrepsutsatte i å søke hjelp, og erfaringer med profesjonell hjelp, og fant ut at nettverket var av stor betydning i etterkant av seksuelle overgrep. Avhandlingen til Johnsen (2017, s. III) handler om avdekking av seksuelle overgrep, og om hvordan unge mennesker opplevde hjelpen i etterkant. Funnene hennes indikerte at sosial støtte og relasjoner er av betydning for opplevelsen av hjelp etter seksuelle overgrep. Derfor valgte jeg i min studie å bygge videre på Johnsen (2017) sine funn, ved å belyse opplevelsen av hjelp og relasjoners betydning for å håndtere ettervirkningene av seksuelle overgrep i barndommen.

Gjennom litteratursøket oppdaget jeg at det er behov for økt kunnskap og empiri om unge voksnes erfaringer av å få hjelp, etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep, i forbindelse med ettervirkninger og relasjoners betydning for opplevelsen av god hjelp.

2.2 Tidligere forskning på området

Videre vil jeg belyse forskning knyttet til seksuelle overgrep mot barn og unge, ettervirkninger og hjelp i etterkant.

2.2.1 Seksuelle overgrep mot barn og unge

I følge Siri Søftestad (2018, s. 22) er seksuelle overgrep mot barn en fellesbetegnelse på at barn involveres i alle typer seksuelle sammenhenger. Seksuelle overgrep mot barn krenker og utnytter barns integritet, i tillegg til at det bryter med sosiale tabuer, og er ulovlige straffbare handlinger (Søftestad, 2018, s. 23). Seksuelle overgrep skjer ut i fra overgriperens behov, og derfor står overgriperen ansvarlig for alle seksuelle handlingene uavhengig av barnets reaksjoner og oppførsel. Barn under seksuell lavalder (0-16 år) er verken modne, utviklingsmessig klare for, eller kan gi samtykke til seksuelle handlinger. Barn mangler forståelse og erfaringer i forhold til seksualitet som gjør det utfordrende å skille mellom hva som er normalt og unormalt (Søftestad, 2018, s. 42).

Søftestad (2018, s. 24) deler seksuelle overgrep inn i ulike typer:

- Seksuell atferd dreier seg om krenkende eller annen uanstendig atferd, som innebærer trusler, blotting, tilsnakk og oppfordringer uten fysisk kontakt.
- Seksuell handling involverer fysisk kontakt med overgriperen og den utsatte, som for eksempel berøring eller kyssing.
- Seksuell omgang omfatter direkte samleie og misbruk ved alle typer inntrenginger i kroppens hulrom. Det inkluderer også beføling og seksuelle bevegelser.

Barn og unge som blir utsatt for seksuelle overgrep blir oftest utsatt av en person de står i nær relasjon til. Det kan for eksempel være far, mor, besteforeldre, onkler/tanter, lærere, trenere eller andre bekjente. Det forekommer også tilfeller der barn blir utsatt for seksuelle overgrep av ukjente (Søftestad, 2018, s. 30).

Seksuelle overgrep kan forekomme én gang eller gjentatte ganger over tid. Dersom en har blitt utsatt for seksuelle overgrep er det forhøyet risiko for å bli utsatt for nye overgrep, noe som betegnes som reviktimisering (Honor, 2010, s. 361). Enkelte barn som blir utsatt for overgrep blir i tillegg utsatt for andre former for omsorgssvikt, som fysisk og psykisk vold, og vanskjøtsel (Mullen, et al., 1996, s. 8). Dette blir omtalt som polyviktimsing (Turner, Finkelhor, Ormrod, 2010, s. 323)

2.2.2 Eftervirkninger av seksuelle overgrep

Det er godt dokumentert sammenheng mellom seksuelle overgrep og ulike ettervirkninger, både på kort- og langsikt. Senskadene er ofte komplekse og har ulik alvorlighetsgrad. Flere studier indikerer både fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser (Browne & Finkelhor, 1986, s. 66 & 72; Mullen et al., 1996, s. 12). I tillegg vil enkelte som har blitt utsatt for seksuelle overgrep oppleve problemer knyttet til egen seksualitet samt intimitet med partnere (Finkelhor, 1986, s. 68; Mullen et al., 1996, s. 12).

Fysiske ettervirkninger

De umiddelbare fysiske konsekvensene etter å ha blitt utsatt for overgrep kan være åpne sår, rifter, svimerker, blødninger, arr i underlivet og analåpningen. Skader kan også forekomme etter å ha blitt holdt fast som for eksempel ved blåmerker. Tannleger kan også oppdage fysiske skader i munnhulen. I tillegg kan en konsekvens også være graviditet, særlig blant tenåringsjenter (Søftestad, 2018, s. 102; Browne & Finkelhor 1986, s. 68).

Traumatiske hendelser som seksuelle overgrep i barndommen kan føre til nedsatt helse på langsikt (Kirkengen & Næss, 2017, s. 165). Kirkengen & Næss (2017, s. 56) henviser til Adverse Childhood Experience (ACE) studien. Studien indikerer økt forekomst av hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer, magesår, leddsykdommer, kreft, sykdom i skjoldbruskkjertelen hos menn, artritt og brystkreft hos kvinnene. Risikoen for flere fysiske helseproblemer økte ved polyviktimsing (Kirkengen & Næss, 2017, s. 56 & 60). Kronisk smerter generelt i kropp, smerte i mage, underliv og bekkenregionen anses også å ha sammenheng med barn som har blitt utsatt for seksuelle

overgrep (Kirkengen & Næss, 2017, s. 173). Det kan også gi forstyrrelser i fysiologi, motorikk, sensoriske funksjoner knyttet til vekst, fordøyelse, temperaturregulering og manglende følelse av smerte (Søftestad, 2018, s. 93 & 100).

Kirkengen og Næss (2017, s. 56) antyder at årsaken til psykosomatiske langtidsvirkninger og diffuse helseplager senere i livet har sammenheng med traumatiske opplevelser. Etersom traumer overvelder en persons kapasitet til å integrere traumatiske hendelser, kan det utløse overlevelsereaksjoner i nervesystemet som kalles «fight or flight respons» (Dyregrov, 2010, s. 62). I følge Dyregrov (2010, s. 62) kan traumatiske hendelser og tilstander av frykt over tid føre til endringer og skjevutviklinger i hjernen, særlig hos små barn. Et eksempel er økt stimulering av hjernens alarmsentral amygdala, som igjen kan føre til at barnet opplever å være i konstant alarmberedskap (Søftestad, 2018, s. 79). Når mennesker har blitt utsatt for traumatiske hendelser kan det dermed føre til allostatisk overladning i hjernen, og komme til uttrykk gjennom hyperaktivitet i kortisonproduksjon. Dette kan føre til kronisk høyt blodtrykk og hjertefrekvens, økt følsomhet for smerte, flere betennelsesfremmende hormoner og signalstoffer, samt raskere aldring og dempet immunforsvar (Kirkengen & Næss, 2017, s. 56).

Psykiske ettervirkninger

Browne og Finkelhor (1986, s. 66) og Mullen et al. (1996, s. 12) hevder at de vanligste psykiske ettervirkningene av seksuelle overgrep er traumer, depresjon, angst, spiseforstyrrelser, selvmordsproblematikk og annen selvdestruktiv atferd. I tillegg fremkommer andre psykiske vansker som skyldfølelse, skam og dårlig selvfølelse (Chen, et al., 2010, s. 618).

Først og fremst er det godt dokumentert sammenheng mellom seksuelle overgrep og traumatiske ettervirkninger (Browne & Finkelhor, 1986, s. 66). Atle Dyregrov (2010, s. 14) beskriver traume som:

«Overveldende, ukontrollerbare hendelser som innebærer en ekstraordinær psykisk påkjenning for det barn eller den ungdom som utsettes for hendelsen. Vanligvis oppstår slike hendelser brått og uventet, men noen hendelser gjentar seg i mer eller mindre identisk form (mishandling,

seksuelt misbruk) uten av barnet kan hindre dem. Hendelsene fører ofte til at barnet føler seg hjelpeløst og sårbart» (Dyregrov, 2010, s. 14).

Dyregrov (2010, s. 14) viser til Lenore Terr (1991) som skiller mellom to typer traumer. Enkeltraumer utløses av en enkelthendelse som en alvorlig voldshendelse, mens komplekse traumer oppstår ved vedvarende og gjentatte traumatiske hendelser over tid. For eksempel det å bli utsatt for seksuelle overgrep flere ganger (Dyregrov, 2010, s. 14). Mange som har blitt utsatt for seksuelle overgrep kan også få relasjonstraumer, som kan forekomme dersom omsorgssvikt utøves av barnets omsorgspersoner eller en trygg tillitsperson (Søftestad, 2018, s. 76-77).

Mennesker som har blitt utsatt for seksuelle overgrep får ofte diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Honor, 2010, s. 360).

I følge ICD-10 er diagnosens kriterier følgende:

- En må ha opplevd en eller flere traumatiske hendelser
- Gjenopplevelser av den traumatiske hendelsen (flashbacks)
- Søvnvansker, spesielt ved mareritt og innsovning.
- «Vedvarende fornemmelse av nummenhet og følelsesmessig avflatning»
- Distansering fra menneskelige interaksjoner, unngåelse av aktivitet og situasjoner som minner om den traumatiske hendelsen
- Økt alarmberedskap ((World Health Organization & Sosial- og helsedirektoratet, 2005)

Flashbacks fremstår når hjernen registrerer en sammenheng mellom traumatiske hendelser slik at en gjenopplever, får følelsen av at det samme skjer på nytt, eller at deler av hendelsen oppstår i tankene. Dette kan oppstå ved lukt, syns- eller sanseinntrykk som minner om en tidligere traumatisk opplevelse (Dyregrov, 2010, s. 27).

Ofte vil søvnvansker være en del av traumatiske ettervirkninger etter å ha opplevd seksuelle overgrep ved at minner og gjenopplevelser kommer inn i drømmer og mareritt (Finkelhor & Browne, 1986, s. 70).

Anderson, Yassenik & Ross (1993, s. 677) presenterer sammenhengen mellom traumatiske hendelser i barndommen og dissosiasjon. Dissosiasjon er «delvis eller fullstendig tap av normal integrasjon mellom fortid, identitetsbevissthet, umiddelbare sanseintrykk og kontroll av kroppsbevegelser» (Direktoratet for e-helse, 2019). Dissosiasjon kan forekomme som fjernhet eller at en ikke er tilstede, slik at en ikke husker hva som har skjedd eller får følelsen av mangel på for eksempel kroppsdel. Anderson et al. (1993, s. 677) antyder at dissosiativ identitetslidelse, som innebærer at en veksler mellom to eller flere personligheter, er den mest alvorligste formen for dissosiasjon. Multitippel-personlighetsforstyrrelse forekommer dersom en person ikke klarer å integrere ulike sider av seg selv til en samlet identitet, en kan for eksempel bytte væremåte, stemme eller håndskrift (Anderson, et al. 1993, s. 677).

Depresjon blir karakterisert som senket og nedstemt stemningsleie, søvnevansker, tretthet og mangel på energi, redusert eller økt appetitt. Mange som har depresjon mister interessen for aktiviteter de tidligere har likt. I tillegg vil svekket selvfølelse, selvtillit og følelse av verdiløshet være fremtredende (World Health Organization & Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Angstlidelser er en samlebetegnelse på tilstander med irrasjonell frykt. Det er ofte forbundet med kroppslige symptomer som blant annet hjertebank, pustevansker, hodepine og følelsen av å besvime. Disse symptomene oppstår ofte ved visse situasjoner eller steder, for eksempel store folkemengder eller offentlig transport. Personer med angst unngår ofte disse situasjonene. Flere opplever også konsentrasjonsvansker, kvalme, søvnproblemer og tristhet. Det finnes ulike typer angst; eksempelvis generalisert angst, panikkanfall og fobier. Tvangslidelse er en angstlidelse som dreier seg om tvangstanker og tvangshandlinger. Disse handlingene er ofte forbundet med angst da gjennomføring av en tvangshandling vil redusere angsten (World Health Organization & Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Spiseforstyrrelse betegnes som et unormalt forhold til inntak av mat og kropp. Det innebærer overdrevet kontroll av kroppsvekt. Spiseforstyrrelse deles i hovedsak inn i anoreksi, som beskrives som stort vekttap og underernæring, og bulimi som viser til overspising og deretter oppkast eller bruk av avføringsmidler. Mennesker med lav selvfølelse og ønske om kontroll har en økt risiko for å utvikle spiseforstyrrelser (World Health Organization & Sosial- og helsedirektoratet, 2005)

Mange som har opplevd seksuelle overgrep har nedsatt selvfølelse, selvbilde og selvtillit. I tillegg er det flere som opplever skam- og skyldfølelse (Mullen et al 1996, s. 12). Browne og Finkelhor (1986, s. 69) beskriver at mange som har blitt utsatt for seksuelle overgrep er mer selvdestruktive. Det er økt forekomst på selvskading- og selvmordsproblematikk. I tillegg er det mange som inntar alkohol og rusmidler for å håndtere ettervirkningene (Browne & Finkelhor, 1986, s. 71).

Bearbeiding av overgrep og håndtering av ettervirkninger

Reaksjoner og ettervirkninger skjer på grunn av at det kognitive systemet trenger tid til å bearbeide hendelser (Dyregrov, 2010, s. 24). Erfaringer av seksuelle overgrep er dypt personlige, og vil derfor innebære ulike grader av ettervirkninger. Alvorlighetsgraden av overgrepene vil også påvirke forekomsten av ettervirkninger. Årsaken til at utvikling av konsekvenser avgjøres av ulike faktorer (Domhardt, et al., 2015, s. 477).

Stress-sårbarhetsmodellen kan belyse årsaken til at mennesker får ulike ettervirkninger av seksuelle overgrep. Modellen tyder på at alle mennesker har et biologisk genmateriale og et miljø rundt seg som påvirker om en psykisk lidelse utløses eller ikke (Falkum, 2008, s. 261). Personer som har en biologisk sårbarhet har økt risiko for å utvikle vansker, når påkjenningene i miljøet blir for utfordrende å håndtere. Dette skyldes samspill mellom biologiske, sosiale og psykologiske faktorer. Evnen til å håndtere stress- og krisesituasjoner vil derfor variere hos alle (Falkum, 2008, s. 261).

Resiliens forklarer at enkelte har en motstandskraft, og evne til å tilpasse seg til å håndtere belastninger (Domhardt, et al., 2015, s. 476). Resiliens beskriver hvordan enkelte mennesker klarer seg bra, til tross for skadelige oppvekstvilkår eller det å bli utsatt for livsutfordringer som seksuelle overgrep (Maples, Park, Nolen Rosén, 2014, s. 1002-1003). Personer som opplever samme omfang og alvorlighetsgrad av seksuelle overgrep kan derfor gi utslag i mindre eller større ettervirkninger (Domhardt, et al., 2015, s. 476-477).

Litteraturen viser at det eksisterer en rekke risiko- og beskyttelsesfaktorer som er avgjørende for utvikling av ettervirkninger (Dyregrov, 2010, s. 86). Noen beskyttelsesfaktorer er for eksempel ukjent overgriper, utsatt for ett overgrep (enkeltraume), tidlig avdekking, god tilknytning og støtte av familie og venner, og barn med normal og adekvat utviklings- og modningsnivå (Domhardt et al., 2015, s. 477). Derimot vil risikofaktorer være for eksempel kjent overgriper, gjentatte overgrep (komplekse traumer), og sen eller ingen avdekking (Domhardt et al., 2015, s. 477). Omsorgssvikt, omsorgspersoner med psykiske lidelser eller rusvansker, lite eller ingen støtte i nettverk antydes også å være risikofaktorer (Domhardt et al., 2015, s. 477).

2.2.3 Hjelp etter seksuelle overgrep

Barn har behov for hjelp i varierende grad knyttet til seksuelle overgrep. Barn som har blitt utsatt for seksuelle overgrep trenger å forstå, anerkjenne, bearbeide og lære seg å regulere de ulike følelsesreaksjonene som kommer i etterkant (Søftestad, 2018, s. 156).

Hjelpetilbud

I Norge eksisterer det flere hjelpetilbud for personer som har blitt utsatt for seksuelle overgrep. Barneombudets (2018, s. 42) rapport om barns erfaringer av hjelp etter å ha blitt utsatt for vold og overgrep illustrerte vesentlige forskjeller i opplevelsene - både positivt og negativt. De ulike instansene har egne hovedoppgaver som vil bli presentert videre:

Barnevernet har ansvar for undersøkelse, hjelpetiltak, fosterhjemsarbeid, plassering av barn utenfor hjemmet og forebyggende arbeid. Hjelpeinstansen skal sørge for at alle barn lever under gode omsorgsvilkår og eventuelt bistå med tiltak ved behov.

Barnevernet er avhengige av bekymringsmeldinger som kan føre til undersøkelsessaker og avdekking av overgrep. I situasjoner der et barn blir utsatt for overgrep av en omsorgsperson kan barnevernstjenesten for eksempel plassere barnet i fosterhjem, og

dermed bli beskyttet mot nye overgrep (Søftestad, 2018, s. 205-211).

Familievernkontoret kan også bistå med veiledning, samtaler og behandling ved utfordringer i familie (Søftestad, 2018, s. 215).

Politiet gjennomfører etterforskning dersom det er mistanke om seksuelle overgrep. Etterforskningen innebærer avhør, eventuelt rettsaker og straffereaksjon til personer som har begått overgrep (Søftestad, 2018, s. 148 & 212). I etterforskningsprosessen til politiet vil Statens barnehus involveres. Målet er å bedre barns rettsikkerhet. Statens barnehus har tilrettelagte avhør av barn dersom mistanke om at barnet har vært utsatt eller vært vitne for overgrep eller vold (Søftestad, 2018, s. 213). I slike saker forekommer også medisinske- og tannhelse undersøkelser av kvalifiserte leger og tannleger (Søftestad, 2018, s. 150).

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP) er spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern for barn og unge mellom 0-18 år. BUP tilbyr i hovedsak utredning, kartlegging og behandling av psykiske lidelser, samt samtaler eller veiledning til familier (Søftestad, 2018, s. 214). Mange som har blitt utsatt for seksuelle overgrep har behov for innleggelse på døgnpost. Det samme gjelder spesialisthelsetjeneste innenfor psykiatri for voksne over 18 år (Søftestad, 2018, s. 214). Psykologer og terapeuter som ikke er tilknyttet psykisk helsevern kan bistå med samtale, behandling og utredning (Søftestad, 2018, s. 214).

Det eksisterer også en rekke andre organisasjoner som arbeider med hjelp knyttet til seksuelle overgrep som støttetiltak, selvhjelpsgrupper, eller frivillige organisasjoner (Søftestad, 2018, s. 217).

Relasjonens betydning for psykisk helsearbeid

Tidligere var det økt fokus på behandlingsmetoder i terapeutiske settinger for å hjelpe mennesker i utfordrende situasjoner. I følge Duncan og Miller (2000, s. 171-175) spiller relasjonen 30% rolle for hjelp og utvikling, behandlingsmetoden bidrar med 15% og personen som mottar hjelp har 40% innvirkning på bedringsprosessen. Det viser seg i midlertid at metode og behandlingsarena ikke er avgjørende for hjelp. Relasjonen anses derfor å ha stor betydning for det psykiske helsearbeidet (Duncan & Miller, 2000, s. 171-175; Olsø et al., 2014, s. 122).

Geirdal (2017, s. 37-38) redegjør for at en terapeutisk relasjon består av tre komponenter: 1) Det reelle forholdet, betegnet som den grunnleggende relasjonen. 2) Arbeidsalliansen som dreier seg om felles mål og endring, avklaring av roller og relasjonens emosjonelle bånd. For eksempel om en opplever en god relasjon med en behandler eller ikke. 3) Motoverføring og overføring (beskrives nærmere i punkt 3.1). Disse komponentene påvirker hverandre, og fremkommer i samspillet mellom en terapeut og klient uavhengig av behandlingsmetode (Geirdal, 2017, s. 37-38).

En god utviklingsfremmende relasjon kan anses som noe av det mest vesentlige og fundamentale i arbeid med mennesker (Olsø, et al, 2014, s. 130). Søftestad (2018, s. 104) skriver at «når barnet inngår i sunne relasjoner får det mulighet til å bruke de nye relasjonene til å etablere trygghet, til å øke integrasjonsevnen og kapasiteten til å tåle effekter». Søftestad (2018, s. 90) beskriver at utviklingsfremmende relasjoner har fire kjennetegn: Tilknytning, gjensidighet, gradvis progresjon og balansering av makt.

Barneombudet (2018, s. 148-150) skrev en rapport basert på barn og unges erfaringer og fremstilte at en hjelper burde være forståelsesfull, omsorgsfull, snill, interessert og imøtekommende. Det var også sentralt med en relasjon basert på trygghet og tillit og at den voksne møtte barnet med respekt (Østby, 2012, s. 56). Videre kom det frem at det var av betydning med god tid, og at personen som hører det barnet sier tåler å høre det og tar barnet på alvor (Barneombudet, 2018, s. 150).

3.0 TEORETISK FUNDAMENT

Studien har psykodynamisk teori og tilknytningsteori som teoretisk fundament. Etter disse er beskrevet vil jeg kort redegjøre for teorienes relevans i forhold til studien.

3.1 Psykodynamisk teori

I følge Kernberg (2004, s. 3) har psykodynamisk teori sine røtter i psykodynamisk analyse av Sigmund Freud. Den psykoanalytiske forståelsen vektlegger erfaringer fra barndommens betydning for personlighet, og innvirkning på det senere livet (Kernberg, 2004, s. 3). Psykodynamisk teori inkluderer også undersøkelser og behandling av psykiske vansker (Kernberg, 2004, s. 3).

Det ble først antatt at mennesker har seksuelle og aggressive behov, omtalt som «drifter» (Bjerke, 2016). I senere tid har det blitt hevdet at mennesker har et tredje behov for relasjon, og mellommenneskelig interaksjon (Bjerke, 2016). Den klassiske psykoanalysen er en personlighetsteori som fokuserer på ubevisste kognitive prosesser. Freud utviklet strukturmodellen som viser til ulike deler av personligheten (Kernberg, 2004, s. 3). Strukturmodellen deles inn i ego - bevisst og handlende, superego - dels bevisst og ubevisst og id som representerer en utilgjengelige del av personligheten (Kernberg, 2004, s. 3).

Freud beskrev fortrenning som en forsvarsmekanisme, undertrykkelse og et forsvar mot indre konflikter der traumatiske minner er utilgjengelige for bevisstheten. Psykologisk forsvar antydes å være en beskyttelse- og overlevelsesstrategi når traumatiske hendelser har blitt for store til å håndtere. For eksempel kan dissosiasjon føre til en oppsplitting av en persons opplevelser av bevissthet, identitet og hukommelse (Spermon, Darlington & Gibney, 2010).

Spermon, et al. (2010) påpeker at psykodynamisk teori har bidratt til forståelse av traumer og bearbeiding av disse. I psykodynamisk perspektiv er hensikten ved traumebehandling å skape meningssammenheng og bevissthet om hendelser som er

fortrengt og som har skapt symptomer, altså å få hendelsene integrert i egoet (Spermon, et al., 2010; Kernberg, 2004, s. 5 & 46). Psykodynamisk teori og praksis sies å ha:

«Contributed substantially to the understanding and treatment of complex trauma disorders. They have enriched the field with multidimensional views of the personality, the psyche that lies within, and the intersubjective field underpinning therapeutic relationships». (Spermon et al., 2010).

Innen psykodynamisk teori er behovet for relasjoner og samspill et grunnleggende behov (Bjerke, 2016). Objekt-relasjonsteori beskriver hvordan følelsesmessig relasjoner blir etablert og utviklet (Kernberg, 2004, s. 30). Kernberg (2004, s. 30) forklarer at spedbarn blir påvirket i relasjoner og i mellommenneskelige interaksjoner til omsorgspersonene sine. Dette gir et utgangspunkt for utvikling av personlighet og det psykiske apparatet. Teorien vektlegger menneskers egne forståelser av selv-representasjon, altså indre forestillinger om selvet og selv-representasjon i forhold til objektet-representasjon (den andre). Disse forestillingene av seg selv og andre er med på å internalisere og danne ulike strukturer i personligheten (Kernberg (2004, s. 30).

Kernberg (2004, s. 30) påpeker at en god objektrelasjon karakteriseres av forståelse og erkjennelse ved at andre mennesker både kan ha gode og dårlige sider, og en god selvrepresentasjon. Dette fører ofte til et godt psykisk apparat. En dårlig objektrelasjon derimot, betegnes som splittede tanker – at en person enten er god eller ond. Slike splittede internaliseringer kan vanskeliggjøre relasjoner til andre mennesker (Kernberg, 2004, s. 30).

Alle objektrelasjon-teorier fokuserer på internaliserte objektrelasjoner i overføring «transference» og motoverføring «counter-transference» (Kernberg, 2004, s. 30). Overføring brukes for å forklare klientens perspektiv, og hvordan tidligere erfaringer fra relasjoner og mellommenneskelige interaksjoner påvirker nye møter med mennesker og dannelsen av relasjoner (Kernberg, 2004, s. 15; Geirdal, 2017, s. 39). I en behandlingssetting vil klienten ofte uttrykke intrapsykiske konflikter og sin ubevisste personlighet (Kernberg, 2004, s. 45). Motoverføring tar utgangspunkt i terapeutens perspektiv. Terapeuten blir påvirket av følelsene og væremåten til klienten og deres relasjon. Freud mente at terapeuten også har ubevisste følelser og handlingsmønstre.

Motoverføring kan vise seg som en emosjonell reaksjon, både indre og ytre, dersom terapeuten ikke er bevisst på påvirkningen fra klienten og er preget av tidligere erfaringer som for eksempel ved egne følelsesmessige bevisste og ubevisste konflikter (Kernberg, 2004, s.15; Geirdal, s. 40-41). Både overføring og motoverføring er derfor med på å påvirke relasjonen og kan anses som avgjørende i relasjon og samspillet mellom en terapeut og klient (Kernberg, 2004, s. 13).

3.2 Tilknytningsteori

Den sentrale tilknytningsteorien mellom barnet og omsorgsperson ble utviklet av grunnleggeren John Bowlby på 1970 tallet (Ainsworth, et al., 1978, s. 3).

Tilknytningsteori beskriver barnets avhengighet av andre for overlevelse og de prosessene som fører til at barnet knytter seg til primære omsorgspersoner (Bowlby, 1969, s. 371-374). Bowlby (1969, s. 296) hevdet at alle mennesker har en biologisk medfødt tilbøyelighet for å kunne knytte følelsesmessige bånd til bestemte individer. Barn er født sosiale og kommuniserende, og et sentralt behov er at barnet er i samspill med andre mennesker (Bowlby, 1969, s. 296). Bowlby (1969, s. 378) hevdet at tilknytning og interaksjoner med andre mennesker er med på å påvirke personlighetsstrukturer hos barn (Bowlby, 1969, s. 371-374).

Tilknytning viser til graden av trygghet og kvaliteten på det emosjonelle båndet mellom barnet og omsorgspersonen det står i følelsesmessig relasjon til (Bowlby, 1969, s. 376; Ainsworth et al., 1978, s. 17). Tilknytningsatferd dreier seg om kvaliteten og formen på atferden som barnet viser til omsorgspersonene (Bowlby, 1969, s. 371). Mary Ainsworth gjennomførte en empirisk undersøkelse som dokumenterte individuelle forskjeller i barns tilknytningsmønstre. Hun fant ut at barn har tre ulike tilknytningsmønstre, og utviklet med dette ABC-modellen (Ainsworth, 2015, 304; Bowlby, 1969, s. 337-339). Videre undersøkelser ble gjort av Mary Main og Judith Solomon som indikerte at enkelte barn ikke passet inn i de andre tilknytningsatferdene. På grunnlag av dette ble bokstaven D utviklet som en del av barns tilknytningmønstre (Ainsworth et al., 2015, s. xxvi-xxxi).

- A. Unnvikende tilknytning: Barna utforsker, men håndterer følelsene sine uten hjelp fra omsorgspersonene. Omsorgspersonene responderer generelt lite på barnets følelser, noe som medfører at barna unngår emosjonell nærhet. (Ainsworth et al., 2015, s. 308- 313).
- B. Trygg tilknytning: Karakterers av normalfungering. Barnet blir akseptert av omsorgspersoner og opplever å bli møtt med tilgjengelighet og respons når behovene oppstår (Ainsworth et al., 2015, s. 304-306). Trygg tilknytning er sentralt for barnets sosiale, emosjonelle og atferdsmessige utvikling (Bowlby, 1969, s. 378).
- C. Ambivalent tilknytning: Barnet har varierende form for tilknytning. Omsorgspersonene er periodevis emosjonelt tilgjengelig og utilgjengelig. Barnet veksler mellom å søke kontakt og å være avvisende (Ainsworth et al., 2015, s. 307-308).
- D. Desorganisert tilknytning: Ved desorganisert tilknytning har barna ofte en uklar strategi eller et lite hensiktsmessig mønster for å oppnå kontakt. Ved dette har barn ofte vansker med tillit til andre, mistenksomhet i relasjoner, frykt til nærhet, mellommenneskelige vansker og sosial tilbaketrukkethet (Søftestad, 2018, s. 49 & 105). Omsorgspersonene kan opptre emosjonelt utilgjengelig, fremtre/være psykisk ustabil, ruset, voldelig, virker skremmende og krenkende ovenfor barnet. (Ainsworth et al., 2015, s. xxxi; Dyregrov, 2010, s. 63).

Bowlby (1969, s. 80) presenterte indre arbeidsmodeller «internal working models». Indre arbeidsmodeller forklarer at barnet danner mentale representasjoner, kognitive skjema. Disse prosessene bidrar til å danne indre strukturer som er grunnleggende for barnets utvikling og relasjoner og samspill med andre mennesker (Bowlby, 1969, s. 373). Slik utvikler barnet en forventning til seg selv og andre. Barna tenker og gjør antakelser om virkeligheten basert på tidligere erfaringer, forutser hendelser og planlegger atferden sin deretter (George, 1996, s. 412). På grunnlag av at indre arbeidsmodeller involverer defensive prosesser kan en ved nye erfaringer i sosiale interaksjoner danne nye indre arbeidsmodeller (Bowlby 1969, s. 80 & 373; George, 1996, s. 412).

3.3 Studien i forhold til psykodynamisk teori og tilknytningsteori

Både psykodynamisk teori og tilknytningsteori er teoretiske fundament med fokus på personlighetsutvikling og behovet for sosiale interaksjoner (George, 1996, s. 412; Bowlby, 1969, s. 3; Kernberg, 2004, s. 3). Teoriene kan gi innblikk og forståelse i overgrepsutsattes opplevelser, psykologiske og sosiale betingelser.

Psykodynamisk teori kan blant annet rette fokuset mot psykiske ettervirkninger av seksuelle overgrep knyttet til fortrenning, slik at hendelsen ikke blir integrert i den bevisste delen av personligheten, men fremstår som psykiske intrapersonlige konflikter (Spermon, 2010). Videre har psykodynamisk teori fokus på objektrelasjonsteori og motoverføring og overføring, spesielt rettet mot en terapeutsetting, noe som kan vise til behovet for og opplevelsene i ulike relasjoner.

Tilknytningsteori kan for eksempel ses i sammenheng med innvirkning på overgrepsutsattes ulike tilknytningsmønstre og indre arbeidsmodeller (Ainsworth, et al., 1978, s. 17). Dette kan belyse relasjonelle utfordringer hos informantene og på dannelsen av nye relasjoner særlig knyttet opp mot opplevelsen av hjelp unge voksne av seksuelle overgrep i barndommen.

4.0 METODE OG FREMGANGSMÅTE

I dette kapitlet har jeg presentert valg og fremgangsmåte i metodeprosessen. Studien har fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteoretisk perspektiv med et kvalitativt design. Jeg har rekruttert fem informanter og gjennomført semistrukturert intervju. Videre har jeg analysert datamaterialet ved hjelp av tematisk analyse. Jeg vil også vise hvordan studien forholder seg til forskningsetiske retningslinjer, samt vurdere kvalitetskriterier i forbindelse med studien.

4.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Vitenskapsteoretiske perspektiv gir forståelsesrammer som er avgjørende for hvilken kunnskap som generes i studien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 30; Braun & Clark, 2013, s. 29). I min studie, som er erfaringsnær, vil et fenomenologisk perspektiv være sentralt fordi jeg har søkt å beskrive deltakernes livsverden. Fenomenologi forsøker å forstå sosiale fenomener ut fra beskrivelser fra hvert individ sitt perspektiv og hvordan mennesker oppfatter verden (deres fenomenologiske livsverden). Det dreier seg om å belyse essensen i ulike fenomener og gi beskrivelse i dybden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45). Et annet perspektiv som bidrar til min forståelsesramme er hermeneutikken. Hermeneutikken dreier seg om hvordan en kan fortolke og forstå tekst og meningsdannelse, og hvilke tolkninger som er gyldige (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73-74). Ved å bruke disse to perspektivene i kombinasjon med kvalitativt design har studien bidratt til forståelse av overgrepsoffers livsverden ved hjelp av fenomenologi, mens ved hermeneutikken kan en fortolke, forklare og gi mening i datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45 & 73). Dette har med andre ord gitt innblikk og forståelse gjennom tolkning av opplevelsene ved å motta hjelp etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep.

4.2 Kvalitativt design

I denne studien har jeg valgt å bruke kvalitativt design, som innebærer at en utforsker og undersøker et fenomen på en relativ åpen måte (Braun & Clark, 2013, s. 4). I følge Kvale og Brinkmann (2015, s. 20) egner kvalitativ design seg godt til å fange opp personlige erfaringer, noe som er sentralt i min studie om opplevelser knyttet til hjelp og relasjoner av seksuelle overgrep. Utvikling fra empiri til teori omtales i kvalitativt design som induktiv studie (Braun & Clark, 2013, s. 4). Dette er i tråd med hensikten i studien, da jeg søker å identifisere mønstre og angi eventuelle forklaringer utfra et åpent blikk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 224). En utfordring med kvalitativt intervju er at datamaterialet kan bli vidt og gi ulike svar, da menneskers erfaringer er ulike. Samtidig gir det en mulighet til å gå i dybden på de individuelle intervjuene. Dermed kan jeg observere og undersøke informantenes mening i dybden og samle inn data i tekstform, slik at jeg får innblikk i informantenes erfaringer (Braun & Clark, 2013, s. 4 & 20).

4.3 Studiens kontekst

I følge Braun & Clark (2013, s. 21) setter kvalitativt design søkelyset på å produsere data og kunnskap samlet i en kontekst, slik at en kan forstå et fenomen i en konkret sammenheng (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 114-115). I denne studien er informantene rekruttert fra Støttesenter mot incest og seksuelle overgrep (SMISO) og utgjør med dette konteksten for studien.

I følge Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2018) eksisterer det 24 sentre i Norge. I 2017 var det 2579 personer som hadde oppsøkt og mottatt hjelp fra de ulike sentrene, der de fleste var kvinner, men også noen menn.

SMISO er en organisasjon med lavterskel-tilbud for utsatte som har opplevd seksuelle overgrep og deres pårørende. Formålet med organisasjonen er å tilby støtte, samtaler, selvhjelp, fellesskap og sosiale aktiviteter, hvor bearbeidelse av overgrep og ettervirkninger står sentralt. SMISO driver i tillegg med både formidling og innhenting

av kunnskap, kurs og forebyggende arbeid ved seksuelle overgrep (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2018).

De ansatte som arbeider på SMISO har en helse- og sosialfaglig utdanning som for eksempel barnevernspedagog, sosionom eller psykolog (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2018).

4.4 Utvalg

I følge Braun & Clark (2013, s. 55) er det nødvendig å redegjøre for hvor mye informasjon en trenger, hvordan en selekterer ut deltakere og hvordan disse blir rekruttert. Generelt er det behov for et utvalg som egner seg til forskningsspørsmålet og de teoretiske målene for studien, slik at en får adekvat data for å klare å analysere tematikken i studien (Braun & Clark, 2013, s. 55). Hvem og hvor mange som skal intervjues er avhengig av forskningen som skal gjennomføres (Everett & Furuseth, 2012, s. 133).

Informantene i studien ble valgt ut fra strategisk utvalg, fordi jeg anså det nødvendig å velge informanter med bestemte kjennetegn eller egenskaper for å kunne besvare studien (Braun & Clark, 2013, s. 57). Med tanke på at informantene er med på å belyse forskningsspørsmålet, må først og fremst inklusjon- og eksklusjonskriterier bli satt (Braun & Clark, 2013, s. 59). Inklusjonskriteriene i denne studien var først og fremst unge voksne mellom 18-30 år som har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Informantene er eller har vært i tilknytning til SMISO. Av hensyn til etiske avveininger har jeg valgt å rekruttere personer over myndighetsalder. Informantene måtte også være forberedt på å fortelle om erfaringer ved å motta hjelp, hvilke relasjoner som har vært av betydning og spesielt knyttet til håndtering av ettervirkninger. Eksklusjonskriteriene i studien min var personer med alvorlig psykisk lidelse, som for eksempel psykose eller suicidalitet.

Ved hjelp av fem informanter rekruttert fra SMISO gjennomførte jeg semistrukturerte intervju. Først satt de ansatte opp prosjektplakat på informasjonstavle og la den ut på

deres facebook-side (se vedlegg 3). De ansatte informerte også brukere av senteret muntlig, og oppmuntret aktuelle deltakere til å ta kontakt med meg. De to første informantene tok kontakt på eget initiativ etter å ha sett prosjektplakaten, mens de tre siste ble spurt direkte av ansatte, da de tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Dette bidro til å strategisk velge ut deltakere til studien som kunne belyse deres erfaringer knyttet til hjelp etter seksuelle overgrep.

Jeg hadde et ønske om å rekruttere både kvinner og menn, helst tre av begge kjønn. Ettersom kvinner oftere er utsatt for seksuelle overgrep og menn sjeldnere oppsøker hjelp (Napier-Hermy, 2008, s. 7), antok jeg på forhånd at dette kunne bli en utfordring. Det var ingen menn som ønsket å delta i studien. På grunnlag av dette har jeg gått glipp av menns erfaringer knyttet til hjelp etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Derfor belyser denne studien kun kvinners erfaringer.

Planen var å rekruttere seks informanter, men det var kun fem som deltok. Av hensyn til oppgavens fremdrift og tidsavgrensning for studien, ble jeg nødt til å sette stopp, da det tok for lang tid å rekruttere siste deltaker. Jeg opplevde likevel at jeg oppnådde en viss metning «saturation» ettersom like mønstre kom frem i datainnsamlingen, og at datamaterialet til en viss grad sluttet å genere ny informasjon (Braun & Clark, 2013, s. 55; Malterud, Siersma & Guassora, 2016, s. 1758). Malterud et al (2016, s. 1753) påpeker at det ikke eksisterer en fast mal for utvalgsstørrelse i en studie. Utvalget trenger nødvendigvis ikke være stort dersom en har et teoretisk rammeverk, da slike rammer kan være med på å forklare ulike aspekter av empiriske data. I tillegg er informasjonen som fremkommer ofte mer vesentlig enn antall deltakere (Malterud, et al 2016, s. 1755 & 1759).

Informantene i studien er anonymisert i tråd med forskningsetiske retningslinjer (beskrevet i punkt 4.7). Anonymisering av data betyr å endre informasjon som kan identifisere informanten (Braun & Clark, 2013, s. 169). I studien har jeg valgt å gi fiktive navn til informantene, slik at lesere får et personlig forhold til de ulike deltakerne i studien. For å anonymisere mest mulig har jeg også valgt å unngå å beskrive informantenes konkrete erfaringer av overgrepene. Som for eksempel hvem som var overgriperen, hvor mange ganger informanten ble utsatt for overgrep, og andre generelle kjennetegn. På grunnlag av dette har jeg gitt en oppsummering av de ulike

deltakerne i tabell 2, men beskrevet informantenes opplevelser hver for seg i presentasjon av funn.

Tabell 2: Kort oversikt over informantene

Fiktivt navn	Kjønn	Alder	Tilknytning til
Amalie	Kvinne	25 - 30	SMISO
Josefine	Kvinne	18 - 24	SMISO
Camilla	Kvinne	25 - 30	SMISO
Mathea	Kvinne	18 - 24	SMISO
Stine	Kvinne	18 - 24	SMISO

Alle informantene er kvinner mellom 18-30 år som rapporterte å ha blitt utsatt for et eller flere seksuelle overgrep i barndommen. Informantene er eller har vært i kontakt med SMISO. Noen ble utsatt av personer i kjente relasjoner som familie (far, mor, søsken og besteforeldre), mens andre ble utsatt av ukjente overgripere. Enkelte av informantene har opplevd omsorgssvikt i tillegg til de seksuelle overgrepene. Informantene har både fysiske ettervirkninger som bekkenplager, kronisk smerte, tunnelsyn og oppkast. Videre oppga informantene psykiske ettervirkninger som traumer, depresjon, angst, spiseforstyrrelser. Informantene har mottatt hjelp fra ulike personer. Dette inkluderer familie, venner, kjæreste, men også profesjonelle som for eksempel behandlere. Flere av informantene har erfaring fra hjelpetilbud som psykisk helsevern, barnevernstjenesten, politiet og organisasjonen SMISO. I tillegg har informantene opplevd andre typer hjelp i form av for eksempel trening, reising, bøker og lignende.

4.5 Datainnsamling

I følge Kvale og Brinkmann (2015, s. 356) er semistrukturert livsverden intervju en planlagt og fleksibel samtale. Målet er å innhente beskrivelser av informantens livsverden og fortolke meningene av de ulike fenomenene som blir beskrevet. Intervjuene konstruerer kunnskap i samspill og interaksjon mellom intervjuer og deltaker (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20-22).

Jeg benyttet meg av semistrukturert intervju fordi det egner seg til å besvare problemstillingen og hensikten i studien min. Ved hjelp av semistrukturert intervju har jeg dermed fått et mellommenneskelig innblikk i informantenes opplevelser og erfaring av seksuelle overgrep i barndommen. Det har vært økt fokus på hjelp og relasjoner som har vært av betydning for å håndtere ettervirkningene av de seksuelle overgrepene. Jeg har dermed fått muligheten til å fange opp ulike personers individuelle erfaringer, men også identifisere fellesnevnerne på tvers av informantene.

På bakgrunn av dette ble det utviklet en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg 5) med konkrete spørsmål. Dette ble gjort for å gi et utgangspunkt i intervjusamtalen, og for å sikre at informantene var innen ønskede temaer for å belyse problemstillingen i studien. Jeg forsøkte å formulere spørsmål i intervjuguiden, slik at jeg kunne få utdypende svar. For eksempel «Kan du fortelle meg om ...», fremfor lukkede (ja/nei) spørsmål som «Har du ...» som kan risikere korte svar. Et sentralt mål ved kvalitativ metode og semistrukturert intervju er å utforske, og dermed er det sentralt at informanten kan svare åpent og komme med innspill utfra spørsmålene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 165-166).

Etter intervjuguiden ble laget gjennomførte jeg et prøveintervju med en medstudent. Jeg testet ut intervjuguiden og fikk erfaring i å stille spontane oppfølgingsspørsmål. På grunnlag av at noen av spørsmålene var like og ga korte svar, ble intervjuguiden endret i etterkant. Jeg ble også bevisst på fysiske plasseringer og eget kroppsspråk. Ved

prøveintervju fikk jeg konstruktive tilbakemeldinger fra medstudenten, som medførte at jeg ble bevisst på min rolle som intervjuer før intervjuene ble gjennomført.

Det ble gjennomført fem semistrukturerte intervju. Intervjuene varte mellom 50 til 90 minutter og ble tatt opp på lydopptaker. Planen var å gjennomføre alle de fem intervjuene på et møterom på SMISO. Jeg antok på forhånd at dette kunne oppleves som en trygg plass for informantene, da alle er kjent med organisasjonen. To av intervjuene ble gjennomført på et møterom på SMISO, to fant sted hjemme hos informantene, mens det siste hjemme hos meg. Grunnet informantenes reisetid, mitt ønske om å tilpasse meg etter informantene og at åpningstidene til SMISO ikke passet for begge parter, ble noen av intervjuene derfor gjennomført andre plasser.

Før intervjuene startet satt jeg meg på tvers ovenfor informanten og forsøkte å ha et åpent kroppsspråk. Deretter ga jeg generell informasjon om studien og innhentet samtykke skjema (beskrevet i punkt 4.7). Det ble naturlig både før og etter intervjuene at jeg ble litt kjent med informantene, og at de fikk bli kjent med meg. Egne erfaringer knyttet til seksuelle overgrep er personlig og kan for mange være vanskelig å snakke om. Jeg ønsket at informantene skulle oppleve seg trygge med meg som intervjuer. På grunn av temaets sårbarhet og informantenes potensielle utfordringer forsikret jeg informantene om at de kunne ta kontakt med meg eller ansatte på SMISO i etterkant av intervjuet ved behov.

Underveis i intervjuene forsøkte jeg å vise jevnlig blikk-kontakt, og ha et åpent kroppsspråk. Det ble ikke skrevet notater under intervjuene da jeg var spesielt opptatt av å vise forståelse og interesse, og brukte derfor aktiv lytting i form av bekræftende kommentarer og nikking underveis. Jeg var bevisst på risikoen for å komme i en terapeutisk rolle ovenfor informantene, da intervjuet gikk ut på innhenting av materialet til studien, og ikke terapeutisk behandling. Etersom jeg valgte semistrukturerte intervju forsøkte jeg å ha en kombinasjon mellom å la informantene styre samtalen, samtidig som jeg vendte samtalen tilbake til spørsmålene. På denne måten fikk jeg informasjon som var relevant og hensiktsmessig for oppgavens problemstilling. I motsetning til strukturert intervju da jeg kunne gått glipp av sentral informasjon, ettersom det lukker for innspill fra informanten eller ved strukturert intervju som kunne gitt kompleks data som er utfordrende i videre analyseprosess. Semistrukturert intervju

ga meg som ny intervjuer rammer å forholde meg til, samtidig som jeg fikk en fleksibilitet til å forfølge tema underveis (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162). Ved dette fikk jeg også muligheten til å være åpen for innspill, og stille spørsmål slik at informantene kunne utdype sine erfaringer.

Etter intervjuene takket jeg for deltakelsen. Alle informantene uttrykte eksplisitt at de ønsket å bidra med sine erfaringer, slik at medmennesker og profesjonelle kan møte utsatte på en god måte i fremtiden.

4.6 Tematisk analyse

Studien har benyttet tematisk analyse av Braun & Clark (2013). I følge Braun & Clark (2013, s. 337) er «Thematic analysis: A form of analysis which has the Theme as its unit of analysis, and which looks across data from many different sources to identify themes». Tematisk analyse identifiserer og analyserer temaer som har sammenheng med problemstillingen og fokuserer på informantenes synspunkt og opplevelse av verden. Det er også sentralt å belyse hvordan ulike temaer blir konstruert og omtalt av informantene (Braun & Clark, 2013, s. 175).

Jeg har valgt tematisk analyse ettersom det er en fleksibel analysemetode som kan besvare ulike problemstillinger. På en måte gir dette frihet og mulighet til å få en bred forståelse av datamaterialet, mens på en annen måte kan dette by på utfordringer, da metoden har få retningslinjer. Til tross for dette er den anbefalt for nybegynnere, og kan brukes i studier med og uten teoretisk rammeverk (Braun & Clark, 2013, s. 178). Tematisk analyse kan derfor brukes for å beskrive et fenomen, bringe frem informantenes erfaringer og opplevelser som videre kan fortolkes. Dette er sentralt knyttet til kombinasjonen av studiens fenomenologiske og hermeneutisk vitenskapelige forankring.

I analyseprosessen har jeg tatt utgangspunkt i fremgangsmåten til Braun & Clark (2013, s. 202-203). Den består av åtte ulike faser:

Fase 1: Transkribering innebærer i denne studien å skrive lydopptaket fra datainnsamlingen så likt som mulig fra muntlig form til skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 210). Kvale og Brinkmann (2015, s. 206) presenterer at transkribering legger grunnlaget for videre analyse av datamaterialet. Etter at intervjuene ble gjennomført hørte jeg først gjennom lydopptaket en gang før jeg transkriberte lydopptakene av intervjuene. Et bevisst valg jeg tok var at alle intervjuene foregikk på ulike dager. Intervjuene ble transkribert så fort som mulig etterpå, slik Braun & Clark (2013, s. 164) anbefaler. Da kunne jeg huske informantens kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Braun & Clark (2013, s. 163) forklarer at det er avgjørende å skrive ned nøyaktig hva som blir sagt og gjort, ellers kan meningsinnholdet i datainnsamlingen endres. Transkriberingen ble skrevet på bokmål, med unntak av enkelte uttrykk eller ved bruk av slengord. En utfordring med transkribering er at en kan gå glipp av informantens følelser. Derfor påpeker Kawabata og Gastaldo (2015, s. 6) at det er sentralt å skrive ned informantens følelsesuttrykk, da følelser ofte kan beskrive mer enn ord. I transkriberingen skrev jeg ned når informanten lo, snufset, hostet, smilte, så lei seg ut og lignende. Dette gjaldt også verbale uttrykk som for eksempel «hm», «mhm». I tillegg skrev jeg punktum ved pauser, for eksempel [...] ved tre sekunders pause (Braun & Clark, 2013, s. 165). Pauser er vesentlige å inkludere i transkriberingen, da informanten kanskje tenker, er usikker, eller har vansker med å sette ord på noe (Kawabata & Gastaldo, 2015, s. 6). Etter at jeg hadde transkribert hørte jeg gjennom lydopptaket igjen, for å kvalitetssikre at alle ord, setninger og pauser ble inkludert i transkriberingen.

Fase 2: Målet i andre fase var å få kjennskap til det innhentede datamaterialet. Jeg leste gjennom datamaterialet flere ganger for å få oversikt og skrev notater underveis. Dette gjorde at jeg la merke til innholdet i materialet som kunne tolkes som relevant for studien (Braun & Clark, 2013, s. 204).

Fase 3: I neste fase startet jeg å kode og systematisere datamaterialet. Koding er å identifisere ulike aspekter i datamaterialet som kan relateres til problemstillingen

(Braun & Clark, 2013, s. 206).

Fase 4: I fjerde fase begynte jeg å sette søkelyset på ulike tema basert på kodingen. Jeg identifiserte mønster og forskjeller i datamaterialet og i tråd med koding (Braun & Clark, 2013, s. 225).

Fase 5: I fase fem gjennomgikk jeg hovedtema, og begynte å tenke ut undertema som kunne ha sammenheng med kodingen (Braun & Clark, 2013, s. 231).

Fase 6: I fase seks begynte jeg å definere og navngi temaer som fremsto i studien og var i tråd med problemstilling og formål (Braun & Clark, 2013, s. 249 & 258). Jeg kom derfor frem til følgende hovedtema (undertema):

- Ettervirkninger (fysiske ettervirkninger, psykiske ettervirkninger, relasjonelle ettervirkninger)
- Relasjoner til hjelp (private relasjoner til hjelp, profesjonelle relasjoner til hjelp og kjennetegn på hjelp)
- Andre typer hjelp (til hjelp og ikke til hjelp).

Fase 7 og 8: Deretter presenterte jeg funn og resultatene ved hjelp av de ulike temaene som ble valgt ut. Den siste fasen besto av å presentere oppgaven (Braun & Clark, 2013, s. 204).

Ved hjelp av Braun & Clark (2013, s. 202-203) sin fremgangsmåte og inspirasjon på oppsett av Gripsrud, Sjøiland & Lode (2014, s. 50) analyserte jeg derfor datamaterialet illustrert i tabell 3.

Tabell 3: Eksempel på tematisk analyseprosess

Illustrerende utsagt (Naturlig enhet)	Meningsbærende enhet (Meningskondensering, deskriptiv koding)	Overordnet tema (Tolkende koding)

«Jeg har blitt sett og hørt. Det er to kjempeviktige ting»	Bli hørt Bli sett	
«Det har hjulpet å ha noen stabile folk rundt meg som støtter meg»	Støtte i relasjon Stabil relasjon	Hjelp i relasjoner
«Å snakke, det hjalp å bare si ting høyt. Kunne si ting i mitt tempo og vite at hun tålte å høre det»	Hjelp i å snakke Eget tempo Tåle å høre det	

4.7 Forskningsetiske refleksjoner

I alle empiriske forskningsprosjekter er det etiske utfordringer og betraktninger som må tas hensyn til. Forskningsetikk må være sentralt underveis i hele prosessen i en studie (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97). Som forsker har jeg i samråd med veileder hatt et ansvar for å sørge for at beslutningene jeg har truffet er gunstige, og ikke til skade for informantene mine. Å delta i studien min innebærer å dele personlige utfordringer og erfaringer. Alle informantene i studien har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen og lever med ettervirkninger. Derfor ble det foretatt noen særlige etiske avveininger. Til tross for at informantene mine kan anses som sårbare (faglig sett, men ikke forskningsetisk eller juridisk sett), er det viktig å få økt kunnskap om de utfordringene utsatte står overfor. Det ble vurdert slik at godene ved økt kunnskap om seksuelle overgrep overveide de potensielle skadene som studien kunne forårsake for deltakerne. Jeg var tydelig på at dersom informantene hadde behov for samtale eller oppfølging i ettertid, kunne de ta kontakt med meg eller ansatte fra SMISO. Av forskningsetiske grunner har jeg også valgt å ha fokus på *hva som er til hjelp for utsatte*, fremfor å fokusere på opplevelsen av seksuelle overgrep i seg selv. Under intervjuene

kunne informantene velge selv hvor mye de ønsket å fortelle om overgrepene, ettervirkninger og opplevelsen av hjelp. Jeg forsøkte å romme deres erfaringer ved å bruke begrepet seksuelle overgrep. En annen forskningsetisk beslutning som ble tatt var knyttet til informantenes alder. Informantene er unge voksne over myndighetsalder (mellom 18 – 30 år) og var derfor samtykkekompetente.

For å oppfylle krav til en forsvarlig studie har jeg fulgt forskningsetiske retningslinjer for forskningsprosjekt innen samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2016, s. 5). Studien er derfor gjennomført i tråd med følgende forskningsetiske retningslinjer:

Formelt sett ble studien meldt til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD) (se vedlegg 2). REK ba om å få se prosjektplakaten (se vedlegg 3) som deretter ble satt opp på informasjonstavle på SMISO. Både REK og NSD godkjente studien (se vedlegg 1).

Som forsker har det vært min plikt å sørge for at informantene var inneforstått med informasjon og gjeldende retningslinjer før de deltok i studien. Før intervjuet startet var det sentralt å gi informasjon til informantene om studiens hensikt og tematikk. Videre informerte jeg om hva det innebar å delta. Det var spesielt vesentlig å informere om at informantene kunne trekke seg når som helst både før, underveis og etter intervjuet. Det ble også informert om taushetsplikt, og innhentet skriftlig informert samtykke ved hjelp av skriftlig kontrakt (se vedlegg 4) (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). I tillegg sørget jeg for at informantene fikk informasjon og var inneforstått med deltakelsen i studien og deres anonymitet og konfidensialitet under utarbeiding og fremtidig publisering av studien (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 106).

I studien er informantene anonymisert ved å bytte ut navn og gjenkjennbare trekk slik at personene ikke kan identifiseres. Lydopptakene ble flyttet inn på en kryptert mappe på Veracrypt rett etter intervjuet, slik Universitet i Stavanger anbefalte. Dette for å sikre at informantenes personvern ble håndtert i tråd med forskningsetiske retningslinjer. Data og identifiserbare opplysninger ble ikke oppbevart sammen (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2016, s. 13-16; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104-106).

4.8 Kvalitetskriterier i kvalitativ forskning

Det er omdiskutert hvorvidt det er mulig å vurdere kvaliteten i en kvalitativ studie, da en er interessert i å belyse individuelle erfaringer og bruker konteksten for å belyse problemstillingen (Braun & Clark, 2013, s. 279). Kvalitetsvurderinger er i hovedsak anerkjent innen kvantitativ forskning ut fra positivistisk vitenskapsteoretisk perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Til tross for dette påpeker både Kvale, Brinkmann (2015, s. 276), Braun og Clark (2013, s. 278) at det likevel er nødvendig å være kritisk gjennom hele forskningsprosessen og vise til kvalitetsvurderinger i studien.

Først og fremst er kvalitative studier person- og kontekstavhengig. Som forsker har jeg vært en aktiv aktør. Min subjektive forforståelse kan ha påvirket studien (belyst i punkt 1.2) (Braun & Clark, 2013, s. 279). Forforståelsen kan særlig påvirke datainnsamlingen og analyseprosessen, da en fortolker på forhånd og kan overføre bevisste og ubevisste antakelser. Tufford og Newman (2010, s. 81) referer til begrepet «Bracketing» som vektlegger betydningen av at forskeren forsøker å legge antakelser til side. Dette reduserer risikoen for at forskningen blir formet av forforståelse til forskeren (Braun & Clark, 2013, s. 9). Konteksten (SMISO) har også hatt innflytelse for informasjonen som har fremstått i studien. Begge deler gjør det utfordrende for andre å reprodusere en helt lik studie.

Jeg har likevel forsøkt å reflektere og være bevisst på min egen forforståelse, min profesjonelle rolle som forsker og at konteksten skulle få minst mulig innvirkning i studiens prosess. Spesielt rettet mot påvirkning av datainnsamlingen og analyseprosessen. Underveis i studien har jeg forsøkt å ha et kritisk blikk på mine egne fortolkninger. Bevissthet rundt dette kan føre til en tillitsvekkende studie (Braun & Clark, 2013, s. 9 & 287).

For å belyse kvalitetsvurderinger i studien anses det nødvendig å bruke begrepene validitet, generalisering og reliabilitet, spesielt i forhold til datainnsamling, transkribering, analyse og videre i oppgavens presentasjon.

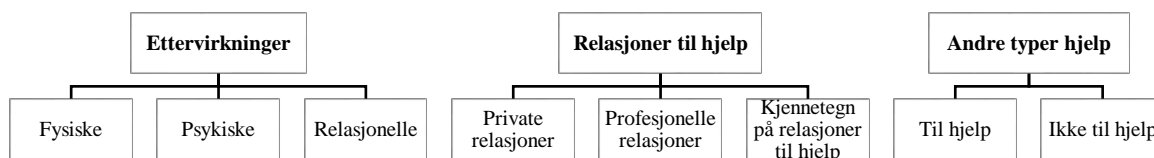
Validitet representerer først og fremst hvilken grad studien belyser problemstillingen, og om studien kan generaliseres til en bredere konstruksjon (øvrig befolkning) (Braun & Clark, 2013, s. 280). Basert på informantenes uttalelser og relevant teori har studien belyst problemstillingen ved informantenes erfaringer knyttet til hjelp etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep. Ettersom studien har et lite utvalg på fem informanter, er det utfordrende å generalisere funnene, men på en annen side er det gjort en grundig analyse og tolkning av datamaterialet og dermed er den enkeltes opplevelse belyst. Det kan tenkes at disse erfaringene kan brukes i andre sammenhenger. En annen vesentlig indikasjon på at studien fyller kvalitetskriteriene innenfor kvalitativ forskning er om datamaterialet kan gjenspeiles i tidligere empirisk forskning. Resultatene ble tolket og sett i sammenheng med teori. Dette styrker både kvaliteten i denne studien og andres tidligere resultater (Braun & Clark, 2013, s. 280).

Reliabilitet viser påliteligheten og troverdigheten i en studie (Braun & Clark, 2013, s. 279). Det dreier seg om datainnsamlingen og dataanalysen er til å stole på eller ikke. Reliabilitet kan bedømmes utfra om forskningen er gjennomført på en tillitsvekkende måte eller ikke. For å styrke oppgavens kvalitet har jeg beskrevet forskningsprosessen underveis i studien og forklart hvilke vurderinger som har blitt foretatt. Dette skaper en god sammenheng mellom planen og utførelsen (Braun & Clark, 2013, s. 287). Underveis i studien har jeg forsøkt å ha et kritisk blikk i forhold til forskningsprosessen. For eksempel i datainnsamlingen har jeg vært bevisst på at intervju spørsmålene ikke var preget av ledende spørsmål som kunne påvirke deltakernes svar (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276).

Braun & Clark (2013, s. 287) presenterer kvalitetskriterier for å styrke kvalitativ forskning i tematisk analyse. I tråd med disse kriteriene har intervjuene blitt transkribert detaljert, og dobbeltsjekket at muntlig utsagn fremstilles i skriftlig tekst. Videre har jeg kodet datamaterialet og dannet tema. I tillegg dobbeltsjekket jeg at det det kodede datamaterialet kunne tilbakeføres til original data, slik at kodingen og temaene samsvarte med hverandre (Braun & Clark, 2013, s. 287).

5.0 PRESENTASJON AV FUNN FRA DATANALYSEN

I dette kapitlet vil jeg presentere funn fra dataanalysen, som avledet følgende tema og undertema fremstilt i figur 1.



Figur 1: Oversikt over hovedtema og undertema

5.1 Ettervirkninger

Dette temaet belyser informantenes fysiske, psykiske og relasjonelle ettervirkninger etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen.

5.1.1 Fysiske ettervirkninger

To av informantene fortalte om direkte fysiske ettervirkninger. Amalie ser sammenhengen mellom hennes kroniske bekkenplager og de seksuelle overgrepene hun ble utsatt for i barndommen. Josefine beskrev også fysiske plager, ved at kroppen minnes smertene fra overgrep:

I de tre årene jeg har gått til traumebehandling så begynte det med at jeg hadde tunnelsyn. Jeg så bare 40 % eh [...] hadde intens hodeverk. Så jeg var på sykehuset for å undersøke. De fant ingenting, så da begynte jeg i traumebehandling [...] Nettopp fordi jeg er fosterbarn, kan det ligge ting i bakhodet som jobber og som trenger å komme frem. Bare to uker etter så begynte minnene å dukke opp. Så har jeg hatt konstant smerte i kroppen. Veldig anspent kropp [...] eh jeg hadde og i lange perioder oppkast flere ganger til dagen med masse blod.

Ingen av de andre tre informantene nevnte fysiske ettervirkninger.

5.1.2 Psykiske ettervirkninger

Informantene har opplevd psykiske ettervirkninger, hvor mange opplever utfordringer i hverdagen. Mathea uttrykte at hun tidligere har hatt ettervirkninger, men at ingen av disse utfordringene påvirker henne lengre.

Først og fremst beskrev alle informantene ulike traumatiske ettervirkninger - blant annet posttraumatisk stresslidelse, flashbacks, søvnproblemer eller dissosiasjon. Fire av de fem informantene har fått påvist en PTSD diagnose. Camilla forklarte diagnosen slik:

Jeg har posttraumatisk stresslidelse, som innebærer flashback eh [...] og mareritt, søvnproblemer. Ja, egentlig å være i sånn alarmberedskap, nesten alltid.

Alle informantene har opplevd flashbacks. Stine fortalte at flashbacks kan komme dersom hun ser voksne menn med mye hår, eller menn som berører henne. Dette minner henne om de seksuelle overgrepene hun ble utsatt for i barndommen. Josefine uttrykte:

Akkurat nå er jeg i en periode der jeg prøver å bearbeide, så jeg går og kjenner hele tiden på kroppen det som skjer. Jeg kan sitte på skolen og kjenne på at jeg blir voldtatt, kjenne at jeg blir banket opp eh [...] men jeg kommer meg jo gjennom skoledagen, jeg får med meg informasjonen, men det er krevende.

Camilla beskrev det slik:

Jeg kan ikke gå på do uten å gjenoppleve overgrep. Jeg kan ikke dusje uten å gjenoppleve overgrep. Jeg klarer ikke å ha daglig tannhygiene eller drikke noe [...] Jeg visste ikke at jeg hadde så mange senvirkninger. Jeg trodde bare at jeg var sånn, at det var noe galt med meg. Men det er en grunn for at de har kommet. Det er jo ikke slik at jeg ikke gidder å dusje eller er idiot fordi jeg er redd for å gå på do.

Flere av informantene fortalte om deres opplevelser med søvnvansker. Josefine påpekte utfordringer med å sove alene. Mens Amalie uttrykte at mannen hennes ofte må vekke henne opp på grunn av mareritt knyttet til barndommens overgrepserfaringer.

Mathea beskrev søvnvansker knyttet til mareritt slik:

Jeg har hatt veldig virkelighetsnære mareritt. Jeg kunne våkne med blåmerker på armene, eller at jeg har dratt ut tuster av håret, fordi det på en måte har skjedd på nytt igjen. Den ene gangen jeg ble utsatt for overgrep så holdt og dro personen av håret mitt. Så jeg må ha gjort det i søvne. Jeg bare våknet opp med hår i hånden og at det gjorde vondt i hode [...] og jeg kan ikke legge meg igjen etterpå, fordi da går det tilbake til marerittet. Så det har gått utover alt annet også, fordi en blir så sliten når en ikke får sove eh.

To av informantene beskrev sine erfaringer med dissosiasjon på to ulike måter. Amalie uttrykte:

Dissosiering, som de sier så fint, at jeg faller ut av og til. Sånn det viser seg for meg når jeg er hjemme har jeg visst gjort ting jeg ikke husker selv. Eller hvis jeg har gått på tur, så husker jeg bare litt av turen [...] Det er jo en sånn teknikk fra da jeg var liten under overgrepene. Da hadde jeg en klovnefamilie som jeg lekte med. Med to voksne og to unger som en perfekt familie. De var bare snille og gode, og jeg forsvant til den klovnefamilien og lekte med dem under overgrepene, slik at jeg egentlig ikke var tilstede.

Mens Camilla forklarte det slik:

Eh jeg har noe som heter blandet dissociativ lidelse. Det betyr egentlig at jeg ikke er hel inni meg. Jeg er splittet opp mellom følelser, tanker og minner. Alt er fragmentert [...] Men det er vanskelig, for det å dissosiere [...] Det er en hvile. Du får ikke med deg noe. Du føler ingenting. Du tenker ingenting. Og du husker ingenting etterpå heller. Jeg dissosierer stort sett hele dagen i ulike grader.

Flere av informantene beskrev depresjon og angst som ettervirkninger etter de seksuelle overgrepene de ble utsatt for i barndommen. Amalie sa:

Eh jeg har jo hatt angst, jeg er stresset uten at det er noen grunn og hvis det er noe som minner meg om noen ting så begynner hjertet mitt å slå. Jeg begynner å svette. Jeg får hjertebank, blir kvalm og prøver å gå vekk fra situasjonen. Fryser sånn helt [...]. Jeg har jo hatt angst og tilbakevendende depresjoner eh så jeg har hatt problemer med å fullføre skole på grunn av konsentrasjonsproblemer. Jeg tror det er et tegn på at en har vært utsatt for traumer og at kroppen vil fortelle deg noe.

Camilla fortalte at hun har fobisk angst og opplever sosiale arenaer som butikk, buss og arrangementer som utfordrende. Mathea opplevde flere panikkanfall en periode.

En av informantene beskrev tvangshandlinger. Stine fortalte at overgriperen pleide å se gjennom nøkkelhullet på badet for å se hva hun holdt på med. Hun forklarte at hun alltid må legge morgenkåpen over nøkkelhullet og på bunnen av døren. Hun prøver å venne seg av trangen, men opplever det vanskelig.

Tre av informantene beskrev spiseforstyrrelser på ulike måter. Amalie følte seg overvektig spydde opp maten hun spiste, til tross for at hun var tynn. Camilla opplevde det på en annen måte ved at hun så sammenhengen mellom det å overspise for å unngå å bli tynn, slik at hun ikke blir utsatt for overgrep igjen. Josefine fortalte at hun tidligere har hatt et anspent forhold til mat og oppkast, men at hun ikke har hatt spiseforstyrrelser. Stine forklarte det slik:

Jeg hadde jo spiseforstyrrelser eh det jeg har funnet ut i ettertid [...] er at jeg telte aldri kalorier eller trente veldig mye, jeg bare spiste ikke [...]. Jeg holdt på en måte på med selvskading da, sultet for å straffe meg selv og var selvdestruktiv. Han [overgriperen] sa alltid at han likte damer med former. Og jeg fant ut at hvis jeg går ned i vekt så blir jeg ikke sånn som han liker [...] En dag var vi på kjøpesenter også sa han: Så tynn du er, du må ikke miste femininiteten din. Og da tenkte jeg YES, nå syntes han ikke jeg var noe fin. Da ville jeg jo bare gå enda mer ned i vekt. Jeg syntes det er fint med former, men på meg så føler jeg ikke at jeg kan tillate meg det, det med at jeg heller vil være undervektig framfor å ha former, fordi da husker jeg det han [overgriperen] min sa.

Fire av de fem informantene uttrykte at de hadde fortrenget overgrepene inntil ung voksen alder. Josefine begynte å huske overgrepene etter at hun startet med traumebehandling, mens Camilla fikk tilbake minnene da hun deltok på et foredrag om seksuelle overgrep. Mathea husket det første overgrepet etter hun ble utsatt for et nytt overgrep i ettertid. Amalie begynte derimot å få tilbake minnene etter at hun fikk barn og forklarte det slik:

Jeg prøvde å stenge det vekk, tenkt at det er sykt, det er ikke sant liksom. Men jeg tenker jo at hvis jeg hadde husket alt, da hadde jeg jo tatt livet mitt. Jeg tror det er kroppen sin måte at en skal beskytte seg selv, at derfor kommer ikke sanne ting før en er i stand til å klare å takle de.

Flere informanter beskrev lav selvfølelse og selvtillit som en direkte følge av de seksuelle overgrepene. Mathea fortalte at «selvtilliten knakk jo helt», mens Josefine sa:

[...] Jeg har alltid tenkt at alt jeg gjør er feil, ikke bra nok [...] Når du får prentet det inn som barn at du ikke er bra nok, du er stygg, du er feit, selv om du er underernært så sitter det så igjen. Når du blir voldtatt som barn er det ikke et kompliment, da er det negativt å være snill, det er negativt å være søt. Jeg merker jo det med selvbilde, det er ikke ødelagt, det er bare skadet. Det er jo enda ting som jeg ikke er ferdig med å jobbe med.

Informantene fremhevet også følelser knyttet til skam og skyld i sammenheng med overgrepene. Josefine fortalte at det tok lang tid før hun begynte å tenke at det var overgriperen sin feil, og sliter fortsatt med skam og skyldfølelse. Camilla har opplevd skam til senvirkningene hennes. Stine opplevde det slik:

Jeg har slitt med skyldfølelse og skam. Hele veien. Det gjør jeg enda. Jeg burde gjort noe før. Jeg burde sagt noe før. Jeg burde slått jeg burde spent. Jeg burde [...] forsvart meg mye mer [...] Burde gjerne ikke hatt akkurat de klærne på meg.

Mens Mathea uttrykte:

Venninnen min ble veldig sint, fordi jeg lenge tenkte at det var min skyld. Hun spurte meg hvis det skjedde med meg eller datteren min. Hva hadde du sagt da? Hva hadde du tenkt da? Sett deg i samme situasjon. Og det er så merkelig, fordi jeg hadde jo aldri sagt det til dem. Men når det gjelder seg selv, så skylder en på seg selv [...] Jeg blir oppgitt, for jeg har jo skjønt det nå. Det er ikke min feil, det var ikke greit det de gjorde.

Flere av informantene har drevet med selvskading og hatt selvmordstanker. Noen av deltakerne har også forsøkt og ta sitt eget liv. Camilla beskrev det slik:

Jeg har vært suicidal siden jeg var tre år. Det er veldig tidlig. Da gikk det ikke på jeg skal ta livet mitt. Det var mer sånn kjære gud send noen til å drepe meg. Fordi det var sånn jeg visste at enten dør du fordi du er gammel eller så dør du fordi du ble drept [...] Ja. Så lenge jeg kan huske. [...] Det var det jeg ble innlagt for da jeg var 15

Tre av informantene fortalte at de har drukket mye alkohol for å håndtere ettervirkningene. Mathea nevnte at det var en periode hun festet ekstremt mye. Stine

fortalte at hun prøvde å unngå å drikke alkohol, da hun kan bli selvdestruktiv og skade seg selv. Amalie beskrev at hun inntok store mengder alkohol i ungdomstiden. Ettersom hun ikke hadde det bra, drakk hun seg «helseløs» slik at hun stadig fikk blackout.

Informantene har opplevd ulike psykiske ettervirkninger knyttet til blant annet traumer, depresjon, angst, spiseforstyrrelser og fortrenget overgrepserfaringene.

5.1.3 Relasjonelle ettervirkninger

Tre av informantene beskrev at relasjoner og møter med andre mennesker har vært utfordrende, og ser dette i sammenheng med overgrepene fra barndommen. Mathea fortalte at hun opplevde vansker sosialt en periode, i forbindelse med etterforskning av et av de seksuelle overgrepene. Camilla forklarte at hun hadde utfordringer med å begynne å stole på og bli kjent med andre mennesker, da hun lenge tenkte at alle mennesker er farlige. Av den grunn isolerte hun seg tidligere og er fremdeles litt sosial tilbaketrukket. Amalie uttrykte at hun en periode var ustabil, noe som medførte at hun ødela relasjonene rundt seg. I tillegg sa hun at hun tar hardt på avvísninger og fortalte om en situasjon der behandlingen ble avsluttet:

Vi hadde en god relasjon hele tiden, men på grunn av at hun såret og avviste meg den siste timen så avviste jeg hun. En får jo tillitsproblemer til folk. At hvis de sårer meg en gang så blir det ikke flere sjanser. At jeg føler meg ble feil behandlet. Jeg har ikke noe ellers problem sosialt, så jeg har [...] Nei, jeg har nok litt relasjonsproblemer, at jeg kanskje lettere tar meg nær av ting.

Fire av informantene påpekte vansker i samspill med overgriperens kjønn. Camilla fortalte at hun enda ikke føler seg trygg på menn, men at det stadig forbedrer seg. Stine får en ekkel følelse av berøring av menn, samtidig som hun opplever at intimitet med kjæresten oppleves trygt. Josefine forklarte at hun forsøker å unngå menn så mye som mulig, da hun er redd for å bli utsatt for nye overgrep eller få flashback. Til tross for dette opplever likevel Josefine seg trygg på sin mannlige behandler, men oppgir utfordringer ved å snakke detaljert om overgrepene. Josefine fortalte også om forholdet til fosterfaren:

Han skjønner jo hva jeg går gjennom, men nettopp på grunn av mine opplevelser syntes jeg det er vanskelig å få klem av min egen pappa [...] og det var det ikke før. Etter jeg begynte å huske overgrepene har det vært veldig skummelt. For meg er han en av de beste i verden, men når jeg jobber mellom fortid og samtidig skal forholde meg til trygge pappa og har i tankene at jeg har blitt voldtatt av min biologiske far, da blir det litt krasj.

Noen av informantene opplevde også flere former for omsorgssvikt, i tillegg til de seksuelle overgrepene. Amalie beskrev en dysfunksjonell morsrelasjon:

Jeg tror det hadde vært lettere for meg om jeg hadde hatt ei mor som var snill [...] men jeg har hatt mye fysisk og psykisk mishandling fra moren min [...] eh hun er nok sånn dissosiativ, hun er en psykopat, ja har ikke empati for andre folk, så hun har aldri vært en kjærlig mor. Det har tatt mange år å innse og akseptere [...] jeg kan ikke tenke at hun er en god mor, hun kommer jo ikke til å endre seg.

I lys av informasjon presentert av informantene, har alle opplevd relasjonelle ettervirkninger – spesielt med tanke på sosialt liv og i møte med overgriperens kjønn.

5.2 Relasjoner til hjelp

På et overordnet plan påpekte alle informantene at samtaler og sosialt samspill med andre mennesker har vært av betydning. Mathea beskrev:

Jeg hadde bestemt meg for at jeg skulle klare alt selv og ikke snakke med noen. Men når jeg så på nettet så står det så tydelig: Snakk med noen [...] Også tenkte jeg, det skal jeg aldri gjøre. Men det var faktisk det som var det riktig å gjøre. Det hjalp å bare si ting høyt. Det var kanskje det jeg trengte, men ikke skjønnte at jeg trengte.

Videre vil informantenes opplevelser beskrives ved hjelp av undertemaene private og profesjonelle relasjoner til hjelp, i tillegg til kjennetegn på relasjoner til hjelp.

5.2.1 Private relasjoner til hjelp

Informantene har først og fremst opplevd at ulike personer i familien har vært av forskjellig betydning. Stine fortalte at moren har hjulpet henne ved at hun alltid har vært der. For eksempel har hun kjørt henne til psykiatrisk avdeling, besøkt og hentet henne. Josefine beskrev betydningen av familie og spesielt moren slik:

Hadde jeg ikke hatt de så hadde jeg faktisk ikke klart å fullføre behandlingen [...] Jeg hadde ikke klart og begynt på skole igjen. Jeg hadde faktisk enten tatt livet av meg, eller bare kastet vekk hele livet på å ikke fylle det med noe. Så for meg så er de relasjonene sykt viktige, selv om det ikke er så mange [...] eh og spesielt hadde det ikke vært for mamma. Hadde jeg ikke hatt mamma, jeg skjønner ikke hvordan jeg skulle klart å komme meg gjennom det. Hun er den eneste jeg kan snakke med detaljene om. Og hvis ikke hun, hvem skulle jeg da snakket med? Hvem skulle pushet meg gjennom dagen?

For Amalie og Camilla har egne barn vært til hjelp. Amalie sa at barna hjelper mye, ved at de gir glede og at hun har noe å se frem til. Camilla beskrev det slik:

Hun [datteren min] er grunnen til at jeg fortsatt jobber med meg selv. Hun er grunnen til at jeg ikke syntes det er godt nok om 20 år å fortsatt ha flashbacks [...] Det enkleste hadde vært og sagt: Sånn er situasjonen min, livet er dritt, jeg trenger ikke jobbe med meg selv. Men jeg velger heller å holde meg tilstede i stedet for å dissosiere, fordi jeg tenker at det ikke er godt nok. Det skjer sånn [knipser] når hun kommer, så er jeg tilstede. Mammadelen av meg er ikke skadet. Hun er absolutt grunnen til at jeg går gjennom behandling og står i det.

Amalie har opplevd støttende søsken, men også søsken som benekter at overgrepene har funnet sted. Stine har forsøkt å snakke med broren sin. Hun har opplevd manglende støttende respons og lite anerkjennelse, som har medført at Stine ikke snakker om overgrepene med han. For Amalie og Josefine har også tanten vært til hjelp. Amalie fortalte at hun bodde hos tanten noen måneder og fikk hjelp til å håndtere spiseforstyrrelsene hennes. Josefine uttrykte at tanten har bidratt med galgenhumor for å mestre uhåndterbare følelser.

Alle informantene opplever at venner har vært til hjelp. For Mathea har venninnen vært av størst betydning. Mathea begynte først å sitte barnevakt for venninnes barn, og i senere tid åpnet hun seg om overgrepene. I ettertid har de holdt kontakten og blitt

bestevenner. Venninnen var for eksempel med henne i avhør. Camilla snakket om ei venninne som også har sine egne problemer. Hun har en opplevelse av at venninnen derfor vet hva angst er, og har forståelse for om Camilla må avlyse avtaler. Camilla beskrev også mennesker fra kirken som god hjelp, da hun føler på en tilhørighet som hun ikke har opplevd tidligere. Josefine uttrykte at hun har ei venninne som vet at hun går gjennom traumebehandling, men at hun ikke vet om overgrepserfaringene hennes. Det mest sentrale var å finne på positive aktiviteter, som for eksempel å gå ut å spise, dra på kino eller reise på ferie. Stine uttrykte:

De har jo vært der for meg, men det er ikke alle vennene mine jeg kan snakke med det om. Men jeg har [...] to bestevenninner som hjelper meg en del. De tørr å være der og høre på meg [...] Også har de for eksempel sagt at faren min var drit. Og han var jo det. At de har sagt litt dritt om han, har gjort at jeg har følt meg litt bedre. Ja egentlig, komme på besøk [...] invitert meg på jentekveld, kino, ta et glass vin, mimre, gøye ting [...]

Amalie beskrev også betydningen av at vennene snakker negativt om overgriperen. I tillegg fortalte hun:

Vennene mine kan komme og jeg ikke trenger å gjøre noen ting som helst. Eh, jeg kan bare sitte å hyl grine i pysjamasen og at det ikke gjør noen ting. De støtter meg uansett hvordan jeg er i form, og hjelper meg oppover og videre.

Stine har opplevd at kjæresten har vært til stor hjelp, spesielt med tanke på å få henne til å føle seg bra, holde rundt henne og være tilstede når hun har det vanskelig. Amalie fortalte at hun opplever at kjæresten hennes er til hjelp ved at han tilpasser seg i forhold til for eksempel barnas behov, og særlig når hun er sliten på grunn av manglende nattesøvn.

Informantene har opplevd å få hjelp av familie, venner og kjæreste.

5.2.2 Profesjonelle relasjoner

For Amalie, Josefine og Camilla har behandler vært til hjelp. De fleste har byttet behandlere gjentatte ganger. Behandlere har bidratt til samtaler, aktivitet og håndtering

av ettervirkninger etter de seksuelle overgrepene de ble utsatt for i barndommen.

Camilla nevnte at behandleren kjøpte inn en dyne, ettersom hun følte seg utrygg, slik at hun skulle føle seg beskyttet når hun snakket om overgrepserfaringene. Hun sier også at nåværende behandleren har gitt henne nyttige strategier, både for å håndtere, men også akseptere ettervirkningene.

Camilla beskrev også en negativ opplevelse med en behandler:

For eksempel når jeg skulle si at broren min er jo en av de som utsatte meg for overgrep og vi skulle gå [...] og bake julebakst hos han. Jeg sa jeg må jo gå, det er jo broren min [...] En behandler skal sitte rolig og prøve å få meg til å forstå at det er mitt valg. Men isteden ble hun rasende og skjelte meg ut. Truet med [...] barnevernet og [...] klikket rett og slett i vinkel og satt nesten og skrek til meg [...] Ja, hjelpepersoner har mye. Det er vonde ting en hører. Hjelperen plukker veldig ofte opp følelser. De blir traumatisert av det de hører. Kanskje de [hjelperen] ikke har hatt en veileder å snakke med det om. Så ha noen du kan fortelle ting til, hva det gjør med deg. Ehm [...]

For to av informantene har også psykiatrisk sykepleier vært til hjelp. Amalie fortalte om en psykiatrisk sykepleier som foretok utredning på henne da hun var ungdom, som hun har ringt hver gang det har vært krise. For eksempel ble vedkommende med til fastlegen da Amalie skulle fortelle om de seksuelle overgrepene hun ble utsatt for. De har fremdeles kontakt. Camilla opplevde hjelp fra psykiatrisk sykepleier slik:

Det var på ungdoms psyk der jeg hadde en primærkontakt [...] Hun pensjonerte seg midt i oppholdet mitt der. Hun valgte å komme til meg to ganger i uken, etter hun var blitt pensjonist. Hun tok meg med ut, selv om jeg ikke hadde lov til å gå ut. Tok meg med på svømming, sykkel tur og sånt. Og hun skulle stå inne for konsekvensene. Men at hun gjorde det, uten at hun fikk ikke lønn for det [...] ja, også valgte hun å gjøre det likevel.

Amalie oppsøkte helsesykepleier i barndommen, på bakgrunn av at hun ønsket omsorg fra noen. De snakket om overfladiske problemer, men ikke om de seksuelle overgrepene eller omsorgssvikten i familien hennes.

Alle informantene opplevde at ansatte fra SMISO har vært til hjelp. Mathea uttrykte at det å fortelle om følelsene sine og få ryddet i tankene har opplevdes som god hjelp.

Alle informantene har mottatt hjelp fra profesjonelle relasjoner. Fra behandler, psykiatrisk sykepleier, helsesykepleier, men også ansatte fra SMISO.

5.2.3 Kjennetegn på relasjoner til hjelp

Informantene belyste ulike kjennetegn som opplevdes viktige i relasjoner.

Amalie beskrev kjennetegn på relasjon til hjelp slik:

Det var i prinsippet det at jeg fikk støtte og tillit til at jeg klarte å åpne meg, fordi når jeg vokste opp så hadde jeg ikke noen rundt meg jeg kunne åpne meg til. Eller jeg prøvde jo, men det gikk jo ikke [...] Ja, du kan ikke si alt på en gang, så en må bruke god tid før en klarer å åpne opp og si ting etterhvert [...] Nei, de bare viser omsorg, støtter deg, tror på deg, de er der uansett og er til å stole på [...] Det er det som har vært det viktigste, for da har jeg klart å kunne ta tak i ting. Hvis ikke jeg hadde hatt det stabilt, ikke hadde hatt et nettverk rundt meg, så hadde det ikke vært rom for å åpne opp og gått gjennom denne prosessen.

For Josefine har det å bli sett og hørt vært to sentrale kjennetegn på hjelp i relasjon. Josefine fortalte at det er av betydning med tillit at andre mennesker bryr seg om henne. I tillegg fortalte hun at det hjelper når behandleren viser forståelse, lytter og er interessert i at hun skal ha det bra. Josefine sa videre:

Det er jo det med at hvis du føler deg trygg så klarer du å åpne deg opp om det som er vondt og vanskelig [...] eh jeg har jo vært heldig som bare har hatt trygge forhold rundt meg. Hvis en ikke føler seg trygg så er det vanskeligere å jobbe seg gjennom tingene, og bearbeide overgrep er jo forferdelig grusomt [...] Noen vil kanskje ikke klare å komme seg videre fordi de ikke har noen. Hvordan skal en da komme seg videre hvis man ikke har noen som kan holde motet oppe? Jeg hadde ikke klart meg hvis det ikke var for de folkene [...] og spesielt ikke hadde det ikke vært for mamma. Med mamma har det alltid vært den tryggheten [...] Hun har vist meg at hun tåler å høre de verste tingene. Ting som jeg har vært redd for å fortelle, for tenk hvis mamma ikke tåler det, hvem skal jeg snakke med da? Hun har vist meg gang på gang at hun tåler det. Hun har ikke sittet og grenet mange ganger [...]

Camilla beskrev at det å ta seg god tid er mest sentralt i relasjoner. Hun sa at det tok lang tid før hun begynte å stole på behandleren, og at behandleren har latt henne være skeptisk lenge før hun begynte å snakke om overgrepene. Camilla uttrykte også:

Jeg har egentlig ikke noen følelser, jeg er ikke knyttet til noe av det, men hun reagerer på det. Sånn hvis jeg forteller om eh [...] den omsorgssvikten som det har vært i familien min. Når jeg forteller om traumene, omsorgssvikt eller overgrepene så reagerer hun med å si, det er ikke greit eller sier nå blir jeg provosert. Så tenker jeg kanskje ikke det var greit da [...]

Camilla fortalte at relasjoner har vært til hjelp for å «forstå at ikke alle mennesker er farlige [...] eh vist meg hva omsorg egentlig er, omsorg er ikke overgrep».

For Mathea har det vært viktig med åpenhet og at andre mennesker bryr seg. Hun fortalte også om venninnen som har vært mest til hjelp:

Hun hadde mye tid å bruke på mine tanker. Jeg tok det i mitt tempo. Hun var alltid tilgjengelig. Da følte jeg at noen passer på. Så det hjalp veldig mye. Jeg har tenkt spesielt siden hun har egne barn, at jeg har vært redd for å føle meg til bry. Men når hun har ringt meg av og til og hører hvordan det går eller finne på noe, så har hun vist meg at det går to veier, jeg er ikke bare en sånn veldedighetssak, hun gjør det fordi hun bryr seg [...] Jeg kan bli veldig sint, men jeg viser det ikke. Men hun har blitt veldig sint for enkelte ting, da har jeg sett at hun bryr seg da.

Stine fortalte at det som var viktigst for henne i hennes hjelperelasjoner var det å bli hørt og møtt med forståelse og respekt. Hun fremhevet også at det er svært viktig at mennesker en snakker med om overgrepene tåler å høre det. Hun uttrykte også at det var av betydning at en kan si nøyaktig det en vil. For eksempel hvis en er sint, så burde det være åpenhet for å kunne banne. Videre hjalp det å vite at en ikke er alene. For eksempel har moren hennes blitt utsatt for traumatiske hendelser, og dette har medført at hun kan gi Stine god forståelse for overgrepene hun ble utsatt for. Stine opplevde at det har vært til god hjelp når andre mennesker har sett på henne som et helt menneske. Hun har derimot ikke opplevd hjelpen som god når hun har blitt sett på som en utsatt, eller med økt fokus på diagnoser og medisiner. Stine beskrev derfor at hun opplevde at det var av betydning at ansatte fra SMISO verken skrev notater underveis eller ga diagnoser og medisiner.

Kjennetegn på gode relasjoner som gjentok seg var: Stabilitet, støtte, omsorg, trygghet, tillit, tid, forståelse, reaksjoner, gjensidig kontakt samt at personen en snakker med tåler å høre om overgrepene.

5.3 Andre typer hjelp

Med andre typer hjelp menes hjelp i tilknytning til hjelpetilbud og aktiviteter. Informantene har vekslende erfaringer knyttet til andre typer hjelp, både hva som har vært til hjelp og hva som ikke har vært til hjelp.

5.3.1 Til hjelp

Amalie, Camilla og Stine har i kortere eller lengre perioder blitt innlagt i psykisk helsevern. Camilla fortalte at de har avverget selvmordsforsøk. Stine sa at det har hjulpet å bli innlagt ved at hun har fått vært for seg selv, senket skuldrende og landet litt.

Noen av informantene har også mottatt hjelp fra barnevernstjenesten. Josefine flyttet i fosterhjem da hun var fem år, og dette førte til at overgrepene sluttet. Camilla mottok først hjelp fra barnevernet da hun var ungdom og ble flyttet i fosterhjem, og deretter i senere tid på vegne av sin datter, for å føle seg trygg i morsrollen.

Amalie, Mathea og Stine har anmeldt de seksuelle overgrepene, noe som har gitt dem kontakt med politi i etterforsknings sakene. Stine møtte en politibetjent som trodde på henne, noe hun erfarte var til god hjelp. Mathea opplevde hjelpen slik:

Jeg fikk en veldig ansvarsfølelse for nye utsatte [...]. Jeg anmeldte han. Jeg klagde. Nå går det ikke ann å klage mer, men jeg har gjort mitt. På en måte så er det frustrerende, blir veldig sint at systemet er så dårlig. Men likevel så tror jeg at det er undervurdert at det hjelper å ha gjort det. For min egen del. Så det er en veldig god følelse på at jeg har gjort mitt. Og jo flere som anmelder, jo mer presser man systemet. Håper jeg da.

Alle informantene i studien hadde positive opplevelser fra hjelpen de hadde mottatt fra SMISO. Både støttesamtaler, aktiviteter og selvhjelpsgrupper. Informantene opplevde at tilbudet var tilgjengelig ettersom det er et lavterskeltilbud. Noen av informantene fremhevet betydningen av selvhjelpsgrupper for å håndtere ettervirkningene etter seksuelle overgrep. Josefine sa:

Gjennom SMISO møtte jeg andre som har vært gjennom lignende ting [...] Vi snakket og delte historiene våre [...] og da følte jeg meg ikke så alene lengre. Og da ble ting litt lettere følte jeg. Blir lettere å dele sin historie og lære av andre og.

Informantene fortalte at det å møte andre privatpersoner som har blitt utsatt for traumatiske hendelser har vært avgjørende for forståelse, følelsen av å ikke være alene og normalisering av senvirkninger.

Amalie fortalte at mindfulness har hjulpet for henne da hun lærte mange teknikker for å håndtere ettervirkningene, i tillegg til å møte andre mennesker i utfordrende livssituasjoner. Camilla påpekte at musikkterapi har vært fantastisk. Ved hjelp av musikkterapi har hun funnet stemmen. Tidligere hevet hun skuldrene og snakket lavt, nå har hun lært seg å snakke høyere. Josefine sa at grounding har vært til hjelp ved å fokusere på detaljer rundt seg og for å unngå flashbacks.

Noen av informantene opplevde også at dyr har vært til hjelp. Camilla beskrev at hun har vært på rideterapi i forbindelse med innleggelse, noe hun opplevde befriende. Josefine fortalte at hunden har vært som «min medisin». Hun kjenner på kjærlighet og hengivenhet fra hunden. For eksempel ved flashback på nettene så stryker hun på pelsen til hunden og legger seg igjen. Stine sa:

Jeg tar med hunden min og går også er det ingen som kan skade meg, det er terapi for meg. Hunden min er jo glad uansett. Uansett hvor drit jeg føler meg. Uansett om jeg går uten sminke eller nettopp har stått opp er hun dritglad. Når jeg er lei meg så kommer hun og legger seg oppå låret mitt og [...] hvis jeg har det vanskelig med tanker og flashback så har jeg tatt med henne inn i senga og klemte på henne.

Nesten alle informantene beskrev at fysisk aktivitet, spesielt tur og det å være ute i frisk luft har bidratt til å håndtere ettervirkningene. Stine beskrev trening som hjelp:

Trening har hjulpet ganske mye. Utfordre meg selv. Med å få ut litt sinne. Løfte litt tungt [...] Det var en periode jeg kjøpte meg boksepute [ler og smiler] som jeg hang opp i garasjen. Så pleide jeg å høre på Heavy metal musikk og så for meg trynet til faren min hang der.

Josefine fortalte at reising har hjulpet. Mathea beskrev betydningen av å reise slik:

Det er til å finne meg selv [...] Gi en utfordring. Se andre kulturer, møte nye folk. Jeg får mer energi av å reise og det hjelper jo. Det har blitt en avkobling, pustet ut, komme seg litt vekk fra hjemlandet. Jeg tror kanskje jeg møter andre folk som faktisk bryr seg [...]

Mathea og Josefine opplever at skriving har hjulpet for å få ut følelser. De fortalte også at lesing av bøker har vært til hjelp ved at en glemmer nåtiden og blir dratt inn i en annen verden. Bøker bidro til at de følte seg mindre alene og fikk andre måter å uttrykke seg på gjennom økt ordforråd.

For flere var informantene har det å utfordre seg selv vært til hjelp. Mathea fortalte at hun har slitt med å gå på jobb, men at hun aldri har latt frykten ta overhånd. Hun tenker at det er sentralt å utfordre seg selv, slik at en ufarliggjør det som oppleves skummelt.

Amalie fortalte:

Det er vel og at en må utfordre seg selv litt [...] Mange ganger så vil jeg ikke være sosial eller gå ut døren. Men hun første psykiatriske sykepleieren pleide å si: Hva er det verste som kan skje? Og er det egentlig så ille? Da er det kanskje bedre å gå ut, og tenke at en ikke alltid trenger være helt perfekt [...]

Informantene beskrev at tankegang og håp og tro på at det kommer til å gå bra er sentralt. Nesten alle informantene påpekte at de ikke er ødelagte av eget initiativ, og at det er mulig å skape et godt liv. Mathea uttrykte:

Jeg fikk inntrykk når jeg leste på nettet, du kommer aldri til å få et godt og normalt liv [...] slik jeg fikk inntrykk av så var det alltid så tøft og vanskelig. Men det trenger ikke være sånn. Og det var kanskje den tankegangen som hjalp meg. Jeg har det bra. Jeg har et godt liv nå. En kan hvis en vil, det er så viktig. Det skulle jeg ønske at noen sa til meg. En trenger å se lyspunktet da. Men en må kjempe, gjøre en innsats for det. Så det er vel at jeg har funnet ut at jeg har ansvar selv for å få det bra. Og det vil jeg jo.

Camilla fortalte:

[...] Håp er veldig viktig. Bare fordi samfunnet kaller deg ødelagt og du selv føler deg ødelagt betyr ikke at du er det. Det kan gå [...] veldig greit.

Informantene opplevde at psykisk helsevern, barnevernstjenesten, selvhjelpsgrupper på SMISO, musikkterapi, grounding, mindfulness, dyr, bøker, skriving, reising, fysisk aktivitet, utfordringer og positiv tankegang har vært til hjelp.

5.3.2 Ikke til hjelp

Informantene belyste også deres erfaringer knyttet til hva som ikke har vært til hjelp.

Amalie fortalte om hennes opplevelser av hjelpesystemet:

Jeg føler det er litt sånn i behandlingssystemet at hvis ikke jeg forteller hvor galt det er, så blir en ikke tatt alvorlig. Eller si at jeg virker grei utad, at jeg har tatt utdanning og vært i jobb. Hvis en ikke er rett før du tar livet ditt, så får du ikke hjelp. Jeg skulle ønske en kunne fått hjelp på et tidligere tidspunkt, sånn at en kunne eh hjulpet og ikke trengte så mye behandling [...]

Tre av informantene som hadde blitt innlagt, hadde negative opplevelser fra psykisk helsevern. Stine fortalte at hun opplever psykiatrien som lite hjelp, da det har vært stort fokus på medisiner og diagnoser. Camilla har opplevd at alle plassene hun har mottatt hjelp har vært et dårlig hjelpetilbud, utenom behandleren hun har nå. Camilla opplevde at det var stort fokus på å få pasienter fortrest mulig ut, og sa videre følgende om psykiatrien:

De hadde ikke kunnskap om [...] ettervirkninger av seksuelle overgrep og de traumene de faktisk påførte meg, i sitt ønske om å hjelpe meg. eh men i det så har de brukt tvang, så de har

retraumatisert meg og i samme slengen skapt flere traumer. Forhåpentligvis blir det mindre tvang i psykiatrien [...]

Både Amalie, Camilla og Stine har forsøkt medisiner. De oppga at medisiner har gitt store bivirkninger og stort sett vært til lite hjelp. Den eneste medisinen som har fungert er sovemedisin. Camilla uttrykte at det er bedre å lære seg mestringsstrategier da medisiner kun kamuflerer symptomene. Stine opplevde det slik:

Etter en episode jeg hadde med medisiner, var jeg plutselig oppe i 900 milligram og folk pleier gjerne å gå på 50 milligram. Den medisinen førte til at jeg var walking dead. Jeg hadde ikke oppturer, jeg hadde ikke nedturer. Jeg var bare helt kald. Nå går jeg på en medisin, og det føler jeg hjelper. Det er så liten dose, bare 10 milligram og det gjør at jeg ikke får de skikkelige dype depresjonene. Jeg har jo enda perioder der jeg blir nedfor, men før så kom jeg alltid til det punktet at jeg fikk selvmordstanker, det har jeg ikke så mye nå.

De samme informantene fortalte om opplevelsen av feildiagnostisering. Amalie og Camilla nevnte at de fikk diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, men at det i ettertid ble erkjent at dette var feil diagnose, ettersom hjelpere ikke kjente til de traumatiske hendelsene de ble utsatt for i barndommen. Stine uttrykte følgende:

Jeg fikk diagnosen bipolar lidelse. Den følte jeg at jeg aldri hadde. Jeg følte det sto bipolar i pannen og at hvis jeg en dag var høyt oppe så var det sånn du har jo bipolar så [...] Ehm men i fjor så fant vi ut, da jeg fikk ny psykolog at jeg ikke har bipolar og at de satt den fordi de ikke visste hva annet de skulle sette. Så det vi fant ut var at jeg hadde PTSD. Det gir så mye mer mening, jeg kjenner meg mye mer igjen.

Tre av informantene har negative erfaringer med hjelp fra barnevernet. Camilla flyttet i fosterhjem, men husker lite da hun dissosierte stort sett hele perioden. Fosterforeldrene var ikke klar over hvilke utfordringer hun hadde noe som medførte at hun ble innlagt i psykiatrien over en lengre periode i etterkant. Amalie flyttet ut og fikk tilbud om tilsynsfører. Tilsynsføreren ga henne manglende oppfølging. Amalie mottok også hjelp fra barnevernet da hun var yngre:

Det største problemet var at moren min var med på kontoret, så da turte vi ikke å si noe [...] Hun preppet oss fulle hele bilturen, eh fordi hun skulle ha kontroll over hva vi eventuelt sa eller ikke. Så vi var jo veldig redde, allerede når vi kom for hva vi skulle si. Og når storesøsteren min ikke

sa noe, så turte jeg ikke å si noe. Da tenkte jeg at hun hadde vurdert situasjonen som at det ikke var trygt. Så egentlig burde vi snakket hver for oss. For jeg hadde nok sagt noe.

Informantene som anmeldte overgrepene og opplevde etterforskningsprosessen som krevende. Sakene deres ble henlagt. Stine opplevde det slik:

Når jeg var i avhør så måtte jeg ut å spy. De spurte meg så direkte, opp i trynet mitt [...] Og faren min, det eneste han klarte å innrømme var at han hadde dusjet med meg en gang jeg var liten.

Jeg hadde ikke nok fysiske bevis, jeg følte bare at det var en skikkelig nedtur. Det ble jo henlagt.

Informantene illustrerte flere hjelpetilbud, relasjoner og hendelser som ikke har vært til hjelp. Her blant annet fra barnevernet, behandler, politi, psykisk helsevern og ved medisiner og feildiagnostisering.

6.0 DISKUSJON AV DATANALYSE

I dette kapittelet vil jeg diskutere funn i lys av andre studier og teori.

6.1 Unge voksnes ettervirkninger etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen

Felles for alle de fem informantene er at alle har erfaringer med ulike fysiske, psykiske eller relasjonelle ettervirkninger. Informantene ga uttrykk for at de i større eller mindre grad opplever ulike ettervirkninger, og har blitt påvirket av de seksuelle overgrepene på ulike måter. I følge Domhardt et al. (2015, s. 446) varierer det hvordan mennesker håndterer og bearbeider ettervirkninger av seksuelle overgrep. Det varierer ut fra omfang, alvorlighetsgrad og risiko- og beskyttelsesfaktorer som beskrevet i punkt 2.2.2.

Et par av informantene har blitt utsatt for reviktimisering. Både Honor (2010, s. 361) og Finkelhor (1986, s. 70) indikerer økt risiko for reviktimisering. Noen av informantene har også blitt utsatt for andre former for omsorgssvikt, i tillegg til de seksuelle overgrepene. ACE studien fra USA indikerte at det er 66% høyere risiko for å bli utsatt for polyviktisering, dersom en blir utsatt for en type omsorgssvikt (Turner, et al., 2010, s. 323). Studien viser at reviktimisering og polyviktisering fører til risikofaktorer til flere ettervirkninger og senere fysisk og psykiske helsevansker (Kirkengen & Næss, 2017, s. 56; Turner, et al, 2010, s. 327).

Flere av informantenes ettervirkningene påvirker hverdagen deres i stor grad. Stress-sårbarhetsmodellen kan belyse forskjellene på informantenes ettervirkninger ved at informantene som har større konsekvenser har en økt biologisk sårbarhet i kombinasjon med belastende miljø som for eksempel ved seksuelle overgrep (Falkum, 2008, s. 261).

På en annen side har særlig én av informantene oppgitt få ettervirkninger i hverdagen. Dette kan ses i sammenheng med resiliens og evnen til å håndtere livsutfordringer. Det kan tenkes at informanten har beskyttelsesfaktorer (Domhardt et al., 2015, s. 477) som kan bidra til bedring av den fysiske og psykiske helsen eller har mottatt god hjelp

(Honor, 2010, s. 358) til å håndtere og bearbeide ettervirkningene av seksuelle overgrep, i motsetning til noen av de andre informantene.

6.1.1 Fysiske ettervirkninger

To av informantene belyste kroniske smerter, oppkast, tunnelsyn og bekkenplager som fysiske ettervirkninger av de seksuelle overgrepene de ble utsatt for. Disse psykosomatiske lidelsene gjenspeiles i ACE studien som dokumenterte sammenheng mellom seksuelle overgrep, og påvirkning på den fysiske helsen (Kirkengen & Næss 2017, s. 56). På en side kan det tenkes at det eksisterer andre biologiske forklaringer, mens på en annen side beskriver Nelson, Baldwin og Taylor (2012, s. 211) forbindelsen mellom høyere risiko for fysiske helsevansker uten årsaksforklaring.

6.1.2 Psykiske ettervirkninger

Alle informantene rapporterte psykiske ettervirkninger av de seksuelle overgrepene de ble utsatt for i barndommen. Både Finkelhor og Browne (1986, s. 66), Mullen, et al (1996, s. 12), Turner, Finkelhor, Ormrod (2006, s. 13) og Honor (2010, s. 360) viser til studier som dokumenterer sammenhengen mellom seksuelle overgrep og psykiske lidelser eller vansker i ettertid.

Alle informantene har blitt utsatt for seksuelle overgrep, noe som kan betraktes som traumatiske opplevelser i følge Finkelhor, Browne (1985, s. 530) og Honor (2010, s. 360) som belyser stor sammenheng mellom seksuelle overgrep og traumatiske ettervirkninger. Alle informantene har blitt utsatt for gjentatte overgrep, noe Dyregrov (2010, s. 14) forbinder med komplekse traumer. Dersom en forholder seg til Finkelhor og Browne (1985, s. 530) sin korrelasjon kan mer omfattende seksuelle overgrep føre til mer omfattende traumatiske ettervirkninger.

Alle informantene, unntatt én har fått diagnosen PTSD. Informanten som ikke har fått påvist PTSD har trolig fylt kriteriene tidligere, som for eksempel flashbacks og

søvnproblemer. I følge (Honor, 2010, s. 360) er PTSD den vanligste diagnosen etter seksuelle overgrep. Dette kan ses i sammenheng med denne studien, da flest antall informanter oppfylte kriteriene til PTSD, sammenlignet med de andre psykiske lidelsene som ble oppdaget i studien.

Flere av informantene fortrenget overgrepserfaringene inntil ung voksen alder. Dette kan ses i sammenheng med psykodynamisk teori som hevder at fortrenging er en forsvarsmekanisme som benyttes når hjernekapasiteten ikke klarer å håndtere, og integrere de traumatiske hendelsene på en sammenhengende måte (Spermon, et al, 2010). Hendelsene blir derfor undertrykt i strukturene superego eller id for å beskytte oss mot traumatiske hendelser som kan true selvoppfatningen, og kan deretter skape intrapsykisk-konflikt (Kernberg, 2004, s. 46).

På en annen side har to av informantene beskrevet deres erfaringer med dissosiasjon, som kan tyde på at underbevisstheten, likevel ikke har fortrenget hendelsene i like stor grad som de selv antok. For eksempel sa den ene informanten at hun under overgrepene ikke var psykisk tilstede, men hos en klovnefamilie. Informanten rapporterer en bevisst bruk av klovnefamilien som en forsvarsmekanisme. En slik forsvarsmekanisme forklarer Spermon et al (2010) som dissosiasjon. Den andre informanten opplevde fragmenterte følelser. Anderson et al (1993, s. 677) gjennomførte en studie som indikerte at 88.2% av 51 kvinner hadde en dissosiativ lidelsesform etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep.

Noen av informantene nevnte også depresjon som følge av de seksuelle overgrepene de ble utsatt for. Chapman et al (2004, s. 217) indikerte i en undersøkelse at belastninger i barndommen gir 23% økt sjanse for depresjon. Et par av informantene beskrev også deres erfaringer med angst og frykt. Browne, Finkelhor (1986, s. 69) og Chapman et al (2004, s. 218) viser at depresjon og angst er ettervirkninger som ofte fremkommer etter seksuelle overgrep.

Det kan stilles spørsmål knyttet til resten av informantene som ikke opplyste om depresjon og angst. På en side kan det tyde på at informantene er resiliens eller for eksempel har mottatt god hjelp i etterkant av overgrepene. På en annen side belyste

nesten alle informantene PTSD og mange av symptomene, som kan involvere symptomer på angst og depresjon.

Tre av informantene har slitt med spiseforstyrrelser. Mullen et al (1996, s. 12) og Kirkengen & Næss (2017, s. 11) viser til sammenhengen mellom seksuelle overgrep og økt forekomst av spiseforstyrrelser, både i form av anoreksi og bulimi. En av informantene sa at det å spise mat oralt er utfordrende på grunn av fremtredende flashbacks. Søftestad (2018, s. 93) forklarer at område rundt munn kan være en utfordring for personer som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, da en gjenopplever hendelsene.

Basert på informantens uttalelser virket det som alle har hatt lav selvtillit og selvfølelse. Informantene har også slitt med skam- og skyldfølelse etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep. Dette fremkommer også i tidligere forskning hos Mullen et al (1996, s. 12), Browne og Finkelhor (1986, s. 68-70). Chapman et al (2004, s. 223) antyder at for eksempel depresjon og spiseforstyrrelser assosieres med lav selvfølelse. Derfor er det ikke overraskende at informantene opplever slike følelser etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep.

For å håndtere ettervirkningene av seksuelle overgrep har informantene inntatt alkohol. Browne & Finkelhor (1986, s. 71) viste til flere studier som indikerte økt forekomst av rusmiddelbruk etter seksuelle overgrep i barndommen. En av studiene de henviste til var S. Peters (1984) som hevdet at 17% av kvinnene som hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep misbrukte alkohol, sammenlignet med 4% som ikke hadde blitt utsatt for overgrep. Ingen av informantene rapporterte inntak av ulovlige rusmidler. Dette skiller seg fra studien til S. Peters (1984), som viser at 27% av kvinnene som hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep i større grad inntok rusmidler, i motsetning til 12% av kvinnene som ikke ble utsatt for seksuelle overgrep (Browne & Finkelhor, 1986, s. 72).

Tre av fem informanter har hatt selvmordstanker eller forsøkt å begå selvmord. Mullen et al (1996, s. 12) indikerer at personer som har blitt utsatt for seksuelle overgrep har 26,4% høyere risiko for selvmordsproblematikk. Browne & Finkelhor (1986, s. 69) viser økt risiko for selvdestruktiv atferd i forbindelse med seksuelle overgrep. Noen av

informantene har også vært selvdestruktive ved å selvskade eller slå i veggen for å håndtere ettervirkningene etter seksuelle overgrep.

6.1.3 Relasjonelle ettervirkninger

Flere av informantene beskrev relasjonsvansker knyttet til sosiale interaksjoner og møter med mennesker. Noen hadde også utfordringer med å skape nye relasjoner og beholde dem. Manglende trygghet og tillit, sosial tilbaketrukkethet og isolasjon fremtrådte også som relasjonsvansker. Browne & Finkelhor (1986, s. 70) indikerte at mange som har blitt utsatt for seksuelle overgrep har vansker i relasjoner.

Relasjonsvansker som ettervirkning av seksuelle overgrep kan på en måte ses i lys av Bowlbys teori om indre arbeidsmodeller (Bowlby, 1969, s. 373). Som nevnt i punkt 3.2 kan barn som har blitt utsatt for seksuelle overgrep basere sine kognitive skjema etter overgrepene, da dette også har vært en hendelse med menneskelig interaksjon.

Kernberg (2004, s. 30) påpeker gjennom objektrelasjonsteori at barn konstruerer et bilde av seg selv og andre på grunnlag av overgrepene. Dette kan føre til en feilaktig oppfattelse av seg selv, andre og seg selv i forhold til andre.

Sett under ett vil både Bowlby (1969, s. 80) og Kernberg (2004, s. 30) forfekte at dersom barnet opplever interaksjoner som er positive, pro-sosiale og relasjonsstøttende som en motvekt til overgrepene, vil barnet kunne danne nye indre arbeidsmodeller og objektrelasjoner. Samtidig vil barnet ha med seg begge disse teoriene på bakgrunn av at overgrepene har funnet sted (George, 1996, s. 412; Kernberg, 2004, s. 30).

Nesten alle informantene ble utsatt for seksuelle overgrep fra personer i nære relasjoner. Ettersom overgrepene var integrert i hverdagen i barndommen, kan det ha medført relasjonstraumer slik at en har vansker i fremtidige trygghet og tillit til andre mennesker (Søftestad, 2018, s. 49).

Det kan tenkes at enkelte som har blitt utsatt for seksuelle overgrep opplever at relasjoner kan være utfordrende. Dette kan gjenspeiles i særlig én av informantene som har isolert seg fra andre mennesker i stor grad. I og med at personlighetsutvikling og det

psykiske apparatet blir etablert i følelsesmessige relasjoner og interaksjoner kan det tenkes at gode relasjoner med mennesker er av stor betydning (Bjerke, 2016). På en annen måte oppga én av informantene økt behov for omsorg fra andre mennesker. Psykodynamisk teori viser til behovet for interaksjoner og sosiale relasjoner. Ut fra dette kan det tenkes at informantens relasjonsdrift ikke var tilfredsstillt, og at informanten dermed søkte dette fra andre plasser enn omsorgspersoner.

Tre av informantene rapporterte at de har vokste opp i dysfunksjonelle familieforhold med lite støttende foreldre. Det kan tenkes at informantene har en utrygge tilknytningsmønstre, ettersom overgrep forekommer i relasjoner. Dyregrov (2010, s. 57) bekrefter at barn som har blitt utsatt for seksuelle overgrep ofte har en utrygg tilknytningsstil (A, C, og/eller D). Desorganisert tilknytning er særlig forbundet med seksuelle overgrep. Risikoen ved utrygge tilknytningsmønstre er forverret fysisk og psykisk helse. I tillegg kan det medføre utrygg tilknytning samt vansker i senere relasjoner (George, 1996, s. 41). På den andre siden har to av informantene nevnt trygg tilknytning til mor og fosterforeldre. Trygg tilknytning kan redusere alvorlighetsgraden av ettervirkninger av seksuelle overgrep (Domhardt, et al., 2015, s. 477).

Noen av informantene opplevde frykt og utfordringer i møte med, eller i nære relasjoner med, personer som hadde samme kjønn som overgriperen. Dette kan først og fremst tolkes i sammenheng med objektrelasjonsteori, ved at overgrepsutsatte kan plassere mennesker med samme kjønn i en kategori. For eksempel kan den utsatte kategorisere alle menn som onde og utøvere av seksuelle overgrep. Likevel opplevde en av informantene et trygt forhold med kjæresten. Hun sa at hun følte seg trygg, selv om vedkommende har samme kjønn som overgriperen. Dette skiller seg fra Brown og Finkelhor (1986, s. 71) og Johnsen (2017, s. 67) som fremhever at mange overgrepsutsatte har vansker i forhold, seksualitet og intimitet etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep.

Noen av informantene belyste også vansker i relasjoner til behandlere. En av informantene beskrev et trygt forhold til behandleren, selv om vedkommende har samme kjønn som overgriperen og informanten har en frykt for andre menn. Det eneste som opplevdes utfordrende var det å snakke om detaljer rundt overgrepene. Med tanke på indre arbeidsmodeller og objektrelasjonsteori kan det tenkes at overgrepsutsatte kan

oppleve det utfordrende å motta omsorg og behandling fra personer med samme kjønn som overgriperen. Dette kan medføre et negativt syn eller forestilling på andre menneskers hjelp, støtte eller omsorg. Østby (2012, s. 52-53) skrev i sin masteroppgave at noen av hennes informanter hadde gode erfaring med behandlere av samme kjønn som overgriperen og at dette ikke var av betydning for hjelpen som ble gitt. På en annen side uttrykte noen av de andre informantene at en forutsetning for god hjelp var at behandleren var av samme kjønn som dem selv (Østby 2012, s. 74).

I følge Østby (2012, s. 49) hadde personene som ikke mottok hjelp negative forventninger og tillitsvansker til helseapparatet. Golding et al (2000, s. 187-188) viser at overgrep i barndommen kan begrense utviklingen av relasjoner, og føre til at en i mindre grad tar i mot støtte og hjelp fra andre mennesker. Relasjonelle ettervirkninger kan dermed gi begrensninger knyttet til å oppsøke og motta hjelp. På en annen side vil trolig behovet for omsorg være stort, men at relasjoner til andre mennesker fremdeles oppleves for utfordrende.

6.2 Unge voksnes erfaringer med relasjoner til hjelp

Alle informantene har hatt behov for å snakke med både private- og profesjonelle personer om overgrepene. Søftestad (2018, s. 165) påpeker at utsatte har følelsesmessige behov for å skape mening i det uforståelige, og integrere de seksuelle overgrepserfaringene slik at de ikke blir ubevisste eller desintegrert. Dette kan ses i lys av psykodynamisk teori som anser at mennesker er sentrale for å hjelpe til å integrere traumatiske hendelser ved å skape meningssammenheng, og bevissthet om fortrente hendelser (Spermon, et al., 2010). Aron Antonovsky (1996, s.15) belyser også nettopp dette ved å vise til betydningen av mening, forståelse, og håndterbarhet for mestring og bearbeidelse av utfordrende situasjoner. Dette kan tyde på samtale og menneskers hjelp kan være av betydning for å håndtere ettervirkninger av seksuelle overgrep.

Basert på informantenes uttalelser har andre mennesker vært avgjørende for bearbeidning og håndtering av ettervirkninger etter seksuelle overgrep. Både Ullmann (1999, s. 346),

og Johnsen (2017, s. 76) indikerer at andre mennesker er av betydning etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep.

6.2.1 Private relasjoner til hjelp

For noen av informantene har familie vært til hjelp. To av informantene opplevde at moren har vært til hjelp ved støtte og oppfølging, mens kun en av informantene har opplevd støtte fra faren. Informantene som vokste opp med polyviktisering opplevde ikke at foreldrene var til hjelp, men illustrerer at de kunne vært det. Johnsen (2017, s. 42-43) skrev om erfaring av hjelp i etterkant av seksuelle overgrep og fant ut at foreldre generelt hadde vært til lite hjelp, men at mødrene var til større støtte enn fedre, i likhet med denne studien.

Videre hadde informantene vekslende opplevelser av hjelp fra søsken. Søsken var til hjelp ved anerkjennelse, støtte og samtaler. Dersom søsknene benektet at overgrepene hadde skjedd var de derimot ikke til hjelp, noe Johnsen (2017, s. 69) støttet opp om. To av informantene har egne barn og rapporterte at barna motiverer dem til å fortsette å jobbe for å ha det bedre og ha et ønske om å leve.

Grevenstein, Bluemke, Schweitzer og Aguilar-Raab (2019, s. 1) indikerte at gode familieforhold er assosiert med bedre fysisk og psykisk helse. Dette kan tyde på at familie kan være til hjelp i etterkant av seksuelle overgrep, med en forutsetning at familien støtter og bidrar til å håndtere ettervirkningene.

For alle informantene har venner vært til stor hjelp. Noen av informantene påpekte betydningen av samtale, mens andre opplevde at aktivisering og følelsen av fellesskap og tilhørighet har vært til hjelp. For informantene som hadde kjæreste var vedkommende til hjelp for å få stabilitet, trygghet og hjelp. Johnsen (2017, s. 48) viste at venner og kjæresten var til hjelp med forutsetning av at de ga støtte, i likhet med denne studien.

De fleste informantene fortalte om overgrepene til private relasjoner. Ullmann (1999, s. 346) påpeker at de fleste som har blitt utsatt for seksuelle overgrep forteller det til venner eller private nettverk. Utsatte som forteller om overgrepene til private relasjoner,

mottar i mindre grad hjelp fra offentlige hjelpeinstanser (Ullmann, 1999, s. 346). Østby (2012, s. 74) skriver at private relasjoner kan bidra med støtte og oppmuntre til å oppsøke profesjonell hjelp. På motsatt side kan også privatpersoner fraråde den utsatte til å oppsøke hjelp (Østby, 2012, s. 74).

Informantene i denne studien opplevde at private relasjoner har vært til hjelp. Det ser ut til å variere hvilke personer som har hjulpet med å håndtere ettervirkningene av seksuelle overgrep. Østby (2012, s. 42) påpeker at private nettverk kan ha stor betydning for utsatte i etterkant av overgrep. Grevstein, et al (2019, s. 1 & 6) viser til betydningen av sosiale relasjoner for god helse, velvære og livskvalitet. Det er godt dokumentert at gode relasjoner kan være en beskyttelsesfaktor i forhold til resiliens, noe som videre fører til bedre fysisk og psykisk helse (Domhardt, et al, 2015, s. 477; Grevstein, et al, 2019, s. 2). Det kan derfor tenkes at private nettverk kan være til hjelp etter seksuelle overgrep, forutsatt at relasjonene er gode. På motsatt side kan dårlige relasjoner være til hinder og forverre den fysiske og psykiske helsen. Dyb et al (2011, s. 365) indikerte i sin studie om traumatiske ettervirkninger at omsorg og støtte er av vesentlig betydning fra privatpersoner, og at hjelp etter traumatiske hendelser ikke bare bør være en profesjonell oppgave.

6.2.2 Profesjonelle relasjoner til hjelp

Noen av informantene fikk hjelp fra psykiatrisk sykepleier som arbeidet på BUP på døgnpost. Informantene mente at vedkommende var til hjelp fordi de strakk seg ekstra langt med oppfølging i ettertid. Mens helsesykepleier ansatt på skolen var til hjelp ved samtale, men ikke med tanke på overgrepene. Både Johnsen (2017, s.III) og Barneombudet (2017, s. 27) viser at helsesykepleiere kan oppleves både tilgjengelige og utilgjengelige når barn har behov for hjelp.

Fire av de fem informantene har mottatt hjelp fra profesjonell behandler. Behandlerne som hadde vært til hjelp bidro med samtale, kunnskap, råd og mestringsstrategier for å håndtere ettervirkninger etter seksuelle overgrep. På en annen måte rapporterte tre av fem informanter misnøye ved å bytte behandler, enten på bakgrunn av eget valg eller ved at behandler byttet jobb. Dette har medført til at informantene opplevde brutte

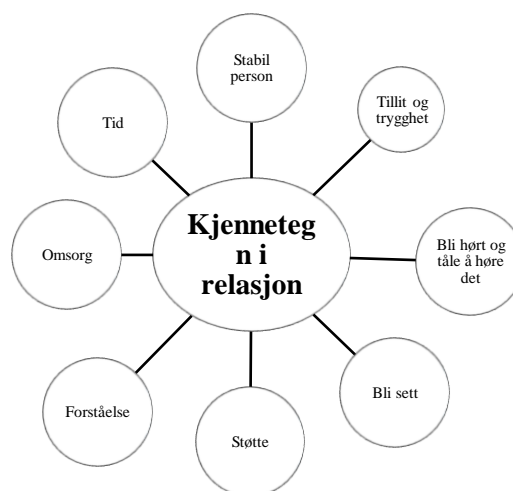
relasjoner, og måtte bytte til nye behandlere og bygge ny tillit. Barneombudet (2018, s. 20) undersøkte barn og unges erfaringer av å få hjelp etter seksuelle overgrep, og indikerte at mange har opplevd å bytte behandlere. Dette har ført til mistillit til profesjonelle ansatte eller ulike hjelpeinstanser, slik Johnsen (2017, s. 59) også viste til.

En av informantene opplevde at en profesjonell behandler hadde egne belastninger og var traumatisert etter arbeid med utsatte som har blitt utsatt for seksuelle overgrep (se punkt 5.3.2). I følge Figly (1995, s. 1-2) kan mennesker som arbeider med seksuelle overgrep risikere å bli sekundærtraumatisert. Bjørstad (2019, s. 48) påpekte i sin avhandling at barnevernspedagoger som arbeider med seksuelle overgrep kan kjenne på følelses aspekter som blant annet sinne, frustrasjon, aggresjon og maktesløshet. Videre opplevde noen av de ansatte manglende veiledning knyttet til håndtering av egne belastninger (Bjørstad, 2019, s. 56). Dette kan tolkes i sammenheng med overføring og motoverføring innenfor psykodynamisk teori. Saunders (2012, s. 175) viser at seksuelle overgrep ofte fører til økt motoverføring fra profesjonelle, enn andre traumatiske hendelser. Det kan derfor tenkes at det er av betydning at den profesjonelle er bevisst på overføringen fra den utsatte, samtidig som en får hjelp til å håndtere egne følelser og reaksjoner.

Alle informantene har mottatt hjelp i en terapeut- klient relasjon. Punkt 2.2.3 understreker betydningen av en god relasjon mellom en profesjonell og klient i en terapeutisk setting. Den terapeutiske relasjonen antydes å spille 30 % rolle for utviklingsfremmende arbeid. Opplevelsen av god hjelp kan derfor antydes å spille av stor rolle for reduksjon av psykiske vansker (Olsø, et al, 2014, s. 130). Fremfor blant annet behandlingsmetode, som kun er 15 % av betydning. Opplevelsen av en «dårlig» relasjon kan føre til lite fremgang. Unge voksne som har blitt utsatt for seksuelle overgrep har behov for hjelp, og da kan det tenkes at gode relasjoner antydes å være av stor betydning for reduksjon av psykiske vansker (Olsø, et al, 2014, s. 130).

Den profesjonelle kan bidra til å danne nye relasjonserfaringer sammen med den utsatte. I arbeid med mennesker er det sentralt å hjelpe utsatte til å forstå seg selv i en relasjon til andre gjennom å etablere en god objektreasjon. Dette innebærer at en kan «reparere» en dårlig objektreasjon fra barndommen ved nye positive erfaringer i interaksjon med andre mennesker (Kernberg, 2004, s. 45). Dette fører til et velfungerende psykisk

apparat, mens dårlig objektreasjoner med splittede internaliseringer kan vanskeliggjøre relasjonene til andre mennesker (Kernberg, 2004, s. 31 & 42).



6.2.3 Kjennetegn på hjelp i relasjoner

Informantene har forskjellige kjennetegn på det de har opplevd at har vært til hjelp. Det var likevel noen kjennetegn som gjentok seg i datanalysen (gjengitt i figur 2)

Figur 2: Oversikt over kjennetegn på relasjon

Først og fremst var det av betydning med stabilitet og en stabil person. Dette kan ses i sammenheng med Søftestad (2018, s. 218) som viser til betydningen av å ha en person som kan oppleves som trygg, som følger opp litt ekstra og som kan støtte når ettervirkningene blir vanskelig å håndtere. De fleste av informantene rapporterte at det å bli sett og hørt hadde stor betydning for hvor god hjelpen de mottok var.

For alle informantene var det vesentlig med en relasjon basert på trygghet og tillit. I tillegg var disse faktorene viktig for å i det hele tatt kunne åpne seg om overgrepene. I Dyregrov (2009) sin studie om unge som mottar hjelp fra psykologer at Deltakerne sluttet i behandling dersom de merket at tilliten var brutt eller krenket, - behandleren viste manglende omsorg og forståelse. Flere av informantene belyste at omsorg og forståelse var vesentlig i gode relasjoner. Informantene opplevde særlig

omsorg ved at andre mennesker viste at de brydde seg, og det å få forståelse fra særlig privatpersoner, som også har blitt utsatt for traumatiske hendelser. Dette viser også Johnsen (2017, s. 55-56) til i sin studie at er av betydning. For å tørre å fortelle om overgrepene var det også sentralt å bli hørt, men også at den private eller profesjonelle tålte å høre det. Informantene opplevde det utfordrende å snakke om detaljer rundt overgrepene. Det var derfor av betydning at mennesker tok seg tid til å lytte i situasjon, fremfor å presse frem svar. Johnsen (2017, s. 45) understreker den samme betydningen i hennes funn.

Informantene opplevde også at å bli trodd på og tatt på alvor som sentralt. Dersom andre mennesker ikke trodde på at informantene hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep ble det opplevd som lite hjelp. For eksempel belyste opplevde en av informantene i denne studien (selv om saken ble henlagt) at politibetjenten trodde på henne og at politiet kunne oppleves som god hjelp på grunnlag av å bli trodd. Dersom andre mennesker ikke trodde på at informantene hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep, ble det opplevd som lite hjelp. I studien til Østby (2017, s. 53) hadde flere av hennes informanter opplevd det å ikke bli trodd på og opplevde det som en hindring mot å oppsøke videre hjelp.

Reaksjoner og respons av betydning både fra private og profesjonelle relasjoner. For eksempel når privatpersoner hadde kjennskap til overgriperen, og snakket nedlatende om vedkommende. Dette mente de førte til anerkjennelse av krenkelsene. Ullmann (1999, s. 346) gjennomførte en studie som indikerte at mange som har opplevd seksuelle overgrep erfarer manglende støttende reaksjoner og heller har fått negativ respons. Følelsesmessig støtte, respons og reaksjoner er spesielt avgjørende fra private nettverk, da deres reaksjoner oftere betyr mer enn reaksjoner fra hjelpere (Ullmann, 1999, s. 346).

Informantene opplevde å bli møtt med respekt som viktig. En informant mente at å bli sett på som et helhetlig menneske, fremfor en som har blitt utsatt for overgrep, som hadde diagnoser og trengte medisiner. Dette kan ses i sammenheng med Østby (2012, s. 74) som skriver at personer som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, ikke ønsker å bli sett på som en utsatt. Informantene oppga også at livet deres ikke er «ødelagt» og at det oppleves som lite hjelp ved økt fokus på deres negative ettervirkninger. Det kan tenkes

at dersom det er økt fokus på for eksempel diagnose, kan dette være til hinder for gode relasjoner. Blir en derimot sett på som et helt på menneske kan det tenkes at relasjonen oppleves god. Dette kan ses i forbindelse med salutogenese som vektlegger menneskers ressurser og fokus på det «friske» for å fremme helse (Antonovsky, 1996, s. 11).

Alle informantene belyste at støtte i en relasjon var et sentralt kjennetegn på hjelp til å håndtere ettervirkningene av seksuelle overgrep. Det er godt dokumentert at god støtte fra andre mennesker er sentralt i etterkant av seksuelle overgrep (Ullmann, 2000, s. 344). Golding et al (2000, s. 187-188) og Ullmann (1999, s. 344) hevder at støttende forhold er assosiert med bedre fysisk og psykisk helse. Sosial støtte er en av de viktigste faktorene for god helseutvikling i etterkant av store belastninger (Honor, 2010, s. 359).

6.3 Unge voksnes erfaringer knyttet til andre typer hjelp

Informantene i denne studien har både positive og negative erfaringer knyttet til andre typer hjelp. Noen av informantene har mottatt hjelp fra psykisk helsevern. På en side har psykiatrien bidratt til å avverge selvmordsforsøk og hjulpet med stabilisering. Konkret oppga tre av informantene at mindfulness, grounding og musikkterapi var til hjelp. På den andre siden rapporterer noen av informantene at innleggelsene har ført til retraumatisering på grunn av bruk av tvang. I tillegg opplevde informantene økt fokus på utredning og diagnostisering og manglende helhetsforståelse av mennesket (beskrevet i punkt 6.2.3). Informantene opplevde manglende hjelp til ettervirkningene av de seksuelle overgrepene og oppga dette som hovedårsaken til selvmordsforsøk, og de psykiske plagene.

Alle uttalelsene til informantene samsvarer med Barneombudet sine funn (2018, s. 28-33) som uttrykker at behandlingstilbudet ved psykisk helsevern er lite tilgjengelig og ikke tilpasser seg etter den enkelte som har behov for hjelp. Barneombudet (2018, s. 28) påpekte at det eksisterer få tilgjengelige hjelpetilbud, og at utfordringene må være svært alvorlig før en får hjelp. Barneombudet (2018, s. 25) skriver videre at mennesker er mer fornøyd med frivillige organisasjoner, enn offentlige hjelpetilbud da disse ofte er mer tilgjengelige og fleksible. Informantene opplevde også SMISO som et tilgjengelig tilbud, i motsetning til hjelp fra offentlige instanser.

Informantene opplevde at SMISO var til hjelp ved samtaler, aktiviteter og selvhjelpsgrupper. Noen av informantene fremhevet selvhjelpsgrupper som god hjelp for å håndtere ettervirkningene etter seksuelle overgrep. Det var av betydning å møte andre som hadde blitt utsatt for traumatiske hendelser og for normalisering av senvirkninger, forståelse og mindre følelse av å være alene, samt dempe skam og god følelse av å delta i fellesskap. Dette peker også Østby (2012, s. 74-75) og Thoits (2011) på. Likevel kan det tenkes at det å høre på andre kan være utfordrende og belastende.

Tre av informantene har mottatt hjelp fra barnevernstjenesten. En av informantene opplevde flytting til fosterhjem som god hjelp. En informant opplevde lite hjelp knyttet til fosterhjem, der årsaken var at fosterfamilien ikke var klar over utfordringene hennes. En annen informant opplevde lite oppfølging. En annen informant har i senere tid fått god hjelp og veiledning i egen foreldrerolle av barnevernstjenesten. Barneombudet (2018, s. 22) bekrefter funnene ved at informantene hadde positive og negative opplevelser knyttet til barnevernstjenesten ved fosterfamilie og oppfølging.

Informantene som anmeldte overgriperne hadde forskjellige opplevelser av hjelp fra politi i forbindelse med etterforskningen. Informantene som opplevde å bli møtt med respekt, forståelse og ble trodd på var til god hjelp. Den ene informanten ville være en rollemodell slik at andre anmelder overgrep. Johnsen (2017, s. 41) antyder at informantene hennes opplevde hjelpen fra politi som god når de ble møtt med omsorg og forståelse, mens resten opplevde det som lite til hjelp. På en annen side opplevde informantene at det var en belastende prosess, i tillegg til at de kjente på skuffelse da sakene ble henlagt. I likhet med denne studien viste Barneombudet (2018, s. 32) til at etterforskningen og avhørene er krevende.

I forbindelse med psykisk helsevern, barnevernet og politiet kan det tenkes at hjelpetilbudene informantene opplevde en god relasjon i, også ble sett på som god hjelp. Betydningen av å bli møtt på en god måte var av betydningen for å håndtere ettervirkningene etter de seksuelle overgrepene de ble utsatt for i barndommen.

Flere informanter beskrev fysisk aktivitet som hjelpsomt til å håndtere ettervirkningene etter seksuelle overgrep. Halliday, Kern og Turnbull (2019, s. 9) viste til at fysisk

aktivitet spiller en stor rolle når det kommer til bedring av psykisk helse. Noen av informantene opplevde også at dyr har vært til hjelp. Både ved å komme seg ut i frisk luft, men også til å ha en aktivitet og noe sosialt. Reising, bøker og det å skrive har ført til økt ordforråd, men også nye perspektiver. Det kan tenkes at utviklingsfremmende aktiviteter er av stor betydning for å håndtere ettervirkninger, da det kan lede til økt livskvalitet og dermed bedre psykisk helse (Borg, 2009).

En annen ting informantene opplevde til hjelp var utfordringer og positiv tankegang. Til tross for at informantene belyste deres ettervirkninger, var de likevel opptatt av en positiv tankegang. Nesten alle informantene sa at de ikke har blitt ødelagte, og at det er mulig å skape et godt liv. Betydningen av håp og tanken på å få et godt liv virket som en motivasjon til å håndtere ettervirkninger etter seksuelle overgrep. Verdien av håp ble også belyst i forbindelse psykisk helsearbeid, og kan dermed anses at er relevant for andre type grupper også (Holm, Steindal, Foss & Dihle, 2018).

6.0 KONKLUSJON OG AVSLUTNING

Denne oppgavens kvalitative intervjustudie har fokusert på unge voksnes erfaringer av å få hjelp, og relasjoner som har vært av betydning for å håndtere ettervirkninger av seksuelle overgrep. Målet har vært å bidra til forskningsbasert kunnskap som kan bidra til at profesjonelle og medmennesker kan gi bedre hjelp, støtte og omsorg til overgrepsutsatte i fremtiden.

Funnene i studien indikerer at unge voksne har ulike utfordringer og ettervirkninger etter seksuelle overgrep i barndommen. De fysiske ettervirkningene som fremkom i studien var bekkenplager, kroniske smerter og oppkast. Informantene belyste at de psykiske ettervirkningene var posttraumatisk stresslidelse, spesielt ved flashbacks og søvnproblemer, depresjon, angst, spiseforstyrrelser, selvdestruktiv atferd, selvmordsproblematikk, skam- og skyldfølelse og lav selvfølelse. Mangelen på trygghet og tillit i relasjoner og interaksjoner med andre mennesker var de mest fremtredende relasjonelle ettervirkningene hos informantene. Dette gjenspeiles også i relevant teori om seksuelle overgrep mot barn, psykodynamisk teori og tilknytningsteori som belyst i drøftingsdelen.

Studiens funn indikerer også at relasjoner og hjelp fra andre mennesker er av betydning for å håndtere ettervirkningene av seksuelle overgrep. Mødre, søsken, tanter, egne barn, venner og kjæreste ble nevnt som å være til hjelp i de private relasjonene. I de profesjonelle relasjonene har behandlere, psykiatrisk sykepleier, helsesykepleier og ansatte bidratt med god hjelp. Kjennetegnene som gjentok seg i relasjoner som var til hjelp var: stabilitet, trygghet, tillit, tid, og det å bli sett og hørt.

Studien tyder på at informantene både har positive og negative erfaringer knyttet til hjelp fra ulike hjelpetilbud. Igjen trakk informantene frem at de hjelpetilbudene som opplevdes å være til hjelp, var preget av gode relasjoner. I tillegg opplevde informantene at grounding, mindfulness, musikkterapi, reising, skriving, lesing, dyr og fysisk aktivitet har bidratt til å kunne håndtere ettervirkningene av seksuelle overgrep.

Gjennom arbeidet med studien har det blitt tydelig at seksuelle overgrep mot barn er et sammensatt og komplekst tema. Informantene har ulike opplevelser og erfaringer av hva som er «god hjelp». Likevel anses gode relasjoner som en forutsetning for opplevelsen av god hjelp hos alle informantene. Til tross for at informantene lever med ettervirkninger i ulik grad, påpeker noen av informantene at fremtiden deres ikke er ødelagt, og at det er mulig å skape et godt liv. Nettopp derfor er det behov for gode hjelpetilbud som kan møte mennesker på en hjelpsom måte - og at relasjoner til både medmennesker og profesjonelle blir sett på som viktig å etablere og opprettholde - for å gi et bedre hjelpetilbud videre.

7.0 REFERANSELISTE

Ainsworth, M, S., Blehar, M, C., Waters, E., & Wall, S, N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Ainsworth, M, S., Blehar, M, C., Waters, E., & Wall, S, N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York: Psychology Press.

Anderson, G., Yassenik, L., & Ross., & C, A. (1993). Dissociative experiences and disorders among woman who identify themselves as sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 17(5), 677-686. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8221221>

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18. Great Britain: Oxford University Press

- Barneombudet (2018). *Hadde vi fått hjelp tidligere, hadde alt vært annerledes. Barneombudets rapport om barn og unge utsatt for vold og overgrep*. Hentet fra: [http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2018/03/Barn og unge vold og overgrep.pdf](http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2018/03/Barn_og_unge_vold_og_overgrep.pdf)
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2018, 22 juni). *Statistikk for sentrene mot incest og seksuelle overgrep*. Hentet fra: [https://www.bufdir.no/Statistikk og analyse/Vold og overgrep tall og statistikk/Incestsentrene/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Vold_og_overgrep_tall_og_statistikk/Incestsentrene/)
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2017, 28 desember). *Seksuelle overgrep mot barn*. Hentet fra: [https://www.bufdir.no/Statistikk og analyse/Oppvekst/Vold og overgrep mot barn/Seksuelle overgrep mot barn/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Vold_og_overgrep_mot_barn/Seksuelle_overgrep_mot_barn/)
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: 1: Attachment: Volume 1*. New York: Basic Books.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(5), 452-459. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/05/bedringsprosesser-slik-de-leves-i-hverdagslivet-brukererfaringer-ved-alvorlige?redirected=1>
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse. A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77. Hentet fra: <https://psycnet.apa.org/record/1986-14683-001>
- Bjerke, E. (2016). Relasjonens betydning i psykoterapi. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 136(22), 1908-1910. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2016/12/kronikk/relasjonens-betydning-i-psykoterapi>
- Bjørstad, M. (2019). *Å arbeide med barn og unge som blir utsatt for seksuelle overgrep*.

En intervjustudie om barnevernspedagogers emosjonelle utfordringer og belastninger og hvordan disse håndteres. (Mastergradsavhandling). Universitet i Stavanger, Stavanger.

Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J.M., & Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 476-493. Hentet fra: https://www.researchgate.net/publication/268232044_Resilience_in_Survivors_of_Child_Sexual_Abuse

Falkum, E. (2008). Den biopsykososiale modellen. *Det norske medisinske Selskab*. (255-263). Hentet fra: <http://www.michaeljournal.no/i/2008/09/Den-biopsykososiale-modellen>

George, C. (1996). A Representational Perspective of Child Abuse and Prevention: Internal Working Models of Attachment and Caregiving. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 20(5), 411-24. Hentet fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0145213496000166>

Grevenstein, Bluemke, Schweitzer, & Aguilar-Raab. (2019). Better family relationships—higher well-being: The connection between relationship quality and health related resources. *Mental Health & Prevention*, 14(16), 1-8. Hentet fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212657017301204>

Chapman, D., Whitfield, C., Felitti, V., Dube, S., Edwards, V., & Anda, R. (2004) Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2). 217-225. Hentet fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503270400028X?via%3Dihub>

- Chen, L., Murad, M., Paras, M., Colbenson, K., Sattler, A., Goranson, E., & Zirakzadeh, A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618-629. Hentet fra: <https://search-proquest-com.ezproxy.uis.no/docview/521081493/fulltextPDF/2A212E738F5B4C09PQ/1?accountid=136945>
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2016, 27 april). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-juss-og-humaniora/>
- Duncan, B., & Miller, L. (2000). The Client's Theory of Change: Consulting the Client in the Integrative Process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 169-187. Hentet fra: https://www.researchgate.net/publication/263561200_The_Client%27s_Theory_of_Change_Consulting_the_Client_in_the_Integrative_Process
- Dyb, G., Jensen, T., Nygaard, E., Ekeberg, O., Diseth, T., Wentzel-Larsen, T., & Thoresen, S. (2014). Post-traumatic stress reactions in survivors of the 2011 massacre on Utoya Island, Norway. *British Journal Of Psychiatry*, 204(5), 361-367. Hentet fra: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/posttraumatic-stress-reactions-in-survivors-of-the-2011-massacre-on-utoya-island-norway/8E932BC57BC009E6880195CEE5C6192A>
- Dyregrov, K. (2009). How do young suicide survivors with to be met by psychologists? A user study. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 59(3) 221-238. Hentet fra: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/OM.59.3.c>
- Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer. En håndbok for foreldre og hjelpere*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Everett, E. L., & Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven – Hvordan begynne og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Figly, C. R (1995). *Compassion fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Routledge
- Halliday, Kern, & Turnbull. (2019). Can physical activity help explain the gender gap in adolescent mental health? A cross-sectional exploration. *Mental Health and Physical Activity*, 16, 8-18. Hentet fra:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755296618301017>
- Geirdal, Ø, A. (2017). Den terapeutiske relasjonens tre deler. I Varvin, A, C, & Varvin, S. (Red.). *Relasjoner i psykisk helsearbeid*. (2017, 36-43). Oslo: Universitetsforlaget
- Golding, J., Wilsnack, S., & Cooper, M. (2002). Sexual assault history and social support: Six general population studies. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 187-197. Hentet fra: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.uis.no/doi/epdf/10.1023/A%3A1015247110020>
- Gripsrud, B. H., Søliland, H., & Lode, K. (2015). Ekspressiv skriving som egenerapeutisk verktøy ett år etter brystkreftdiagnosen - resultater fra en norsk pilotstudie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10(2), 45-61.
- Honor, G. (2010). Child Sexual Abuse: Consequences and Implications. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(6), 358-364. Hentet fra:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20971410>
- Holm, C.C., Steindal, S. A., Foss, B., Dihle., A. (2018). En empirisk studie av fenomenet håp i recoveryprosesser innen psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (01), pp.16–26. Hentet fra:
<https://www.idunn.no/tph/2018/01/en-empirisk-studie-av-fenomenet-haap-i-recoveryprosesser-inn>

- Johnsen, K. (2017). *Å få hjelp til det uhjelpelige – Hvordan unge mennesker opplevde hjelpen etter seksuelle overgrep* (Mastergradsavhandling). Tromsø: Universitetet i Tromsø. Hentet fra:
<https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/12014/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Kawabata, M., & Gastaldo, D. (2015). The Less Said, the Better: Interpreting Silence in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 14(4), International Journal of Qualitative Methods, 20 November 2015, Vol.14(4). Hentet fra: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1609406915618123>
- Kernberg, O. F (2004). *Contemporary controversies in psychoanalytic theory techniques, and their applications*. New Haven, Connecticut: Yale University Press. Hentet fra:
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/uisbib/detail.action?docID=3419965>
- Kirkengen, A. L, & Næss, B, A. (2015). *Hvordan krenkende barn blir syke voksne* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S, & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K., Siersma, V., & Guassora, A. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. Hentet fra:
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1049732315617444>
- Mullen, P.E., Martin, J. L., Anderson, J.C., Romans, S. E, & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*. 20(1), 7-21. Hentet fra:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0145213495001123>
- Napier-Hermy, J .(2008). When Males have been sexually Abused as Children. A Guide

for men. *Sexual abuse Information Series*. Hentet fra:

http://www.ksacc.ca/docs/when_males_have_been_sexually_abused_as_children.pdf?LanguageID=EN-US

Nelson, S., Baldwin, N., & Taylor, J. (2012). Mental health problems and medically unexplained physical symptoms in adult survivors of childhood sexual abuse: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(3), 211-220. Hentet fra:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2850.2011.01772.x>

Olsø, T.M., Almvik, A., Norvoll, R. (2014) Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10(2), (121-131). Hentet fra:

<https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3327/3200>

Røren, I., Lindberg, P., & Eriksen, G, A. (2019, 10 januar). Ødelagt av overgrep. *Bergens tidende*. Hentet fra:

<https://www.bt.no/nyheter/innenriks/i/zLBmWr/Odelagt-av-overgrep>

Saunders, B.E. (2012). Determining Best Practice for Treating Sexually Victimized Children. I Goodyear-Brown, P (Red.). *Handbook of Child Sexual Abuse: Identification, Assessment and Treatment* (2011, 173-194). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Spermon, D., Darlington, Y, & Gibney, P. (2010). Psychodynamic psychotherapy for complex trauma: Targets, focus, applications, and outcomes. *Psychology Research and Behavior Management*, 3, 119-127. Hentet fra:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3218759/>

Søftestad, S. (2018). *Grunnbok i arbeid med seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Thoresen, S & Hjemdal, O.K (Red). (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra: <https://www.nkvts.no/rapport/vold-og-voldtekt-i-norge-en-nasjonal-forekomststudie-av-vold-i-et-livsløpsperspektiv/>
- Turner, H, A., Finkelhor, D., Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine*, 62 (1), 13-27. Hentet fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953605002534>
- Turner, H, A., Finkelhor, D., Ormrod, R. (2010). Poly-Victimization in a National Sample of Children and Youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 323-330. Hentet fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379709008538?via%3DiHub>
- Ullmann, S.E. (1999). Social support and recovery from sexual assault: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 4(3), 343-358. Hentet fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178998000068?via%3DiHub>
- World health organization (2017). *Responding to children and adolescents who have been sexually abused*. Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf;jsessionid=2B6848DA3BFD03F3FF484E4551389080?sequence=1>
- World Health Organization, & Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *ICD-10 : Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer : Systematisk del, alfabetisk indeks, opplæring* (10. revisjon, norsk utg., 4. [rev.] oppl. ed.). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Østby, L (2012). *Hva hindrer utsatte for seksuelle overgrep i å søke hjelp?* (Mastergradsavhandling). Rapport 2012/6. Diakonhjemmet Høgskole, Oslo. Hentet fra:

Kandidatnummer: 4567

https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/bitstream/handle/11250/98627/LeneOstby-Rapport%206_2012_oppdatert.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vedlegg 1: Godkjenning fra REK og NSD



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord			28.01.2019	2018/2543/REK nord
			Deres dato:	Deres referanse:
			11.12.2018	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Birgitta Haga Gripsrud
Det helsevitenskapelige fakultet

2018/2543 Unge voksnes erfaringer av å få hjelp med ettervirkninger etter seksuelle overgrep i barndommen

Forskningsansvarlig: Universitetet i Stavanger
Prosjektleder: Birgitta Haga Gripsrud

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord) i møtet 10.01.2019. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hforsknl) § 10.

Prosjektleders prosjekttale

Det anslås at om lag 1 av 10 barn blir utsatt for seksuelle overgrep. Seksuelle overgrep i barndommen kan føre til traumatiske ettervirkninger for den utsatte senere i livet. Noen av disse ettervirkningene kan være flashback, mareritt, dissosiasjon eller posttraumatisk stresslidelse. Slike ettervirkninger vil erfares ulikt av ulike personer. Seksuelle overgrep utgjør samtidig en alvorlig samfunnsutfordring, på grunn av eksisterende sosiale tabu. Studiens hensikt er å beskrive unge voksnes erfaringer av hva som har vært til hjelp, og hvilke relasjoner som har vært til hjelp, for å takle ettervirkninger etter seksuelle overgrep i barndommen. Et overordnet mål med studien er å bidra til forskningsbasert kunnskap om hva som kan være til hjelp for å takle ettervirkninger av seksuelle overgrep i barndommen, slik at profesjonelle kan gi bedre hjelp, støtte og omsorg til overgrepsutsatte. Studien har et kvalitativt design, med bruk av livsverden-intervju som metode for datainnsamling.

Vurdering

Rekruttering

Det opplyses at man vil henge opp informasjonsskriv om prosjektet på oppslagstavler etc., hvor potensielle deltakere bes ta kontakt med prosjektmedarbeider.

REK ber om å få seg forelagt annonseteksten før oppslag publiseres.

Vedtak

REK har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider og godkjenner det med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Dette må forankres i egen institusjon.

Før prosjektet kan igangsettes må annonsen forelegges REK. Skrivet sendes som vedlegg i e-post til post@helseforskning.etikk.no.

Besøksadresse:
MH-bygget UIT Norges arktiske
universitet 9037 Tromsø

Telefon: 77646140
E-post: rek-nord@asp.uit.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
nord og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
nord, not to individual staff

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK nord på eget skjema senest 01.12.2019, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK nord dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Kopi til: kristin.akerjordet@uis.no; postmottak@uio.no

NSD sin vurdering

 Skriv ut

Prosjektittel

Unge voksnes erfaringer av å få hjelp med ettervirkninger etter seksuelle overgrep i barndommen – En kvalitativ intervjustudie

Referansenummer

261741

Registrert

29.10.2018 av Evy-Ann Delacour Henriksen - ED.Henriksen@stud.uis.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig

Birgitta Haga Gripsrud, birgitta.h.gripsrud@uis.no, tlf: 51831000

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Student

Evy-Ann Delacour Henriksen, Evhe@hotmail.no, tlf: 47479550

Prosjektperiode

31.10.2018 - 31.05.2019

Status

29.01.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

29.01.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MERKNADER

Prosjektet er godkjent av REK med hjemmel i Helseforskningsloven § 10.

NSD anbefaler ikke at opplysninger av sensitiv karakter behandles på private enheter. Studenten er informert om dette, og det er student og veileders ansvar å sørge for at behandlingen skjer i tråd med UiS sine bestemmelser om behandling av sensitive personopplysninger. Dokumentet som redegjør for UiS sine rutiner omtaler ikke sensitive personopplysninger eksplisitt. Personvernulempen vil være svært høy dersom sensitive opplysninger (som inngår i dette prosjektet) kommer på avveie, i motsetning til prosjekter som ikke behandler sensitive personopplysninger.

Prosjektet er kortvarig og opplysningene vil krypteres, derfor vil risikoen for at opplysninger komme på avveie være relativt liten. Vi anbefaler likevel at dere undersøker på nytt om det er andre rutiner for behandling av sensitive data, og at disse følges.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om (helse og seksuelle forhold) og alminnelige personopplysninger frem til 31.05.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv REK og NSD

Unge voksnes erfaringer av å få hjelp med ettervirkninger etter seksuelle overgrep i barndommen – En kvalitativ intervjustudie. 10.12.2018 v1



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

Unge voksnes erfaringer av å få hjelp med ettervirkninger etter seksuelle overgrep i barndommen – En kvalitativ intervjustudie

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å beskrive og fortolke unge voksnes erfaringer av hva som har vært til hjelp, og hvilke relasjoner som har vært til hjelp, for å takle ettervirkninger etter seksuelle overgrep i barndommen. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målet for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Et overordnet mål med studien er å bidra til forskningsbasert kunnskap om hva som kan være til hjelp, og hvilke relasjoner som kan være til hjelp, for å takle ettervirkninger av seksuelle overgrep i barndommen, slik at profesjonelle kan gi bedre hjelp, støtte og omsorg til overgrepsutsatte i fremtiden.

I dette prosjektet vil vi rekruttere unge voksne brukere som har oppsøkt Støttesenter for incest og seksuelle overgrep (SMISO) i Sandnes kommune. Disse deltakerne vil være i aldersgruppen mellom 18-30 år. Grunnen til at vi spør deg om å delta i denne studien, er at vi tenker at du har viktig kunnskap å bidra med, knyttet til hva du har erfart at har vært til hjelp i forhold til å takle ettervirkninger fra seksuelle overgrep i barndommen.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Dersom du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du samtykker til å være med på et intervju. Intervjuet består av en samtale som vil vare i ca. 1-1^{1/2} time. Det vil bli tatt lydopptak og notater fra intervjuet. Lydfilen vil deretter bli transkribert til tekst og danner utgangspunkt for dataanalysen. Datamaterialet vil bli gjengitt i en masteroppgave på en måte som ikke kan føres tilbake til personer. Når studien er ferdig vil lydfilene bli slettet. Transkriberte data fra lydfilene vil bli anonymisert, og oppbevart på kryptert minnepinne underveis og etter at prosjektet er avsluttet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelse i studien innebærer ikke i utgangspunktet noen risiko eller ulemper. Prosjektleder/veileder (Birgitta Haga Gripsrud) og prosjektmedarbeider/masterstudent (Evy-Ann D. Henriksen) vil gjøre sitt ytterste for å ivareta deltakerne underveis i prosjektet. Dersom deltakelse i studien/intervju skulle medføre eller utløse ubehag eller vansker, vil vi tilrettelegge for kontakt med behandlere knyttet til SMISO eller BUP.

Deltakelse i studien vil ikke ha noen innvirkning på ditt behandlingstilbud på SMISO. Studien har ikke til hensikt å evaluere det tilbudet SMISO gir til overgrepsutsatte.

Fordeler ved å delta i prosjektet kan være at det kan oppleves godt eller nyttig å samtale om egne erfaringer med å få hjelp til å takle ettervirkninger av seksuelle overgrep.

Unge voksnes erfaringer av å få hjelp med ettervirkninger etter seksuelle overgrep i barndommen – En kvalitativ intervjustudie. 10.12.2018 v1

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektmedarbeider/masterstudent Evy-Ann Henriksen E-post: Evhe@hotmail.no. Telefonnummer: 46479550 eller prosjektleder/veileder Birgitta Haga Gripsrud e-post: birgitta.h.gripsrud@uis.no Tlf: 41018686

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten fullt navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektmedarbeider Evy-Ann D. Henriksen og prosjektleder/veileder Birgitta Haga Gripsrud som har tilgang til denne listen. Kodelisten vil bli oppbevart separat fra lydfiler og transkriberte data, i et låst skap, på låst kontor ved Universitetet i Stavanger.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet senest etter prosjektslutt, som er estimert til 1. juni 2019.

GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning [2018/2543]

Etter ny personopplysningslov har dataansvarlig personvernombud ved Universitetet i Stavanger, Kjetil Dalseth og prosjektleder, Birgitta Haga Gripsrud, et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6a og artikkel 9 nr. 2 og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

- Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med prosjektmedarbeider/masterstudent Evy-Ann D. Henriksen. E-post: Evhe@hotmail.no. Telefonnummer: 46479550 eller prosjektleder/veileder Birgitta Haga Gripsrud på epost (birgitta.h.gripsrud@uis.no).
- Personvernombud ved Universitetet i Stavanger er Kjetil Dalseth, epost personvernombud@uis.no

**Vil du delta i forskningsprosjektet
«Unge voksnes erfaringer av å få hjelp med ettervirkninger etter seksuelle overgrep i
barndommen»?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å beskrive og fortolke unge voksnes erfaringer av hva som har vært til hjelp, og hvilke relasjoner som har vært til hjelp, for å takle ettervirkninger etter seksuelle overgrep i barndommen. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målet for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Et overordnet mål med studien er å bidra til forskningsbasert kunnskap om hva som kan være til hjelp, og hvilke relasjoner som kan være til hjelp, for å takle ettervirkninger av seksuelle overgrep i barndommen, slik at profesjonelle kan gi bedre hjelp, støtte og omsorg til overgrepsutsatte.

Forskningsspørsmålet i studien er: «Hvilke erfaringer av å få hjelp har unge voksne som lever med ettervirkninger av seksuelle overgrep i barndommen?»

- Hva opplever unge voksne overgrepsutsatte at har vært til god hjelp for å takle ettervirkninger av overgrepene?
- Hvilke relasjoner har vært av betydning for å få hjelp til å takle ettervirkninger etter overgrepene, og hva kjennetegner disse relasjonene?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I dette prosjektet vil vi rekruttere seks unge voksne brukere som har oppsøkt Støttesenter for incest og seksuelle overgrep (SMISO) i Sandnes kommune. Disse deltakerne vil være i aldersgruppen mellom 18-30 år. Grunnen til at vi spør deg om å delta som informant i denne studien, er at vi tenker at du har viktig kunnskap å bidra med knyttet til dine erfaringer av å få hjelp med ettervirkninger fra seksuelle overgrep i barndommen. Deltakelsen i studien vil ikke påvirke støtten du får eller har fått fra SMISO, da studien ikke har til hensikt å evaluere SMISO sitt tilbud.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du er med på et intervju. Intervjuet vil vare i ca. 1-1^{1/2} time. Det vil bli tatt lydopptak og notater fra intervjuet. Lydfilen vil deretter bli transkribert til tekst og danner utgangspunkt for dataanalysen. Datamaterialet vil bli anonymisert og gjengitt i en Masteroppgave på en måte som ikke kan føres tilbake til personer. Når studien er ferdig vil lydfilene bli slettet. Transkriberte data vil bli anonymisert, og oppbevart på kryptert minnepinne underveis og etter at prosjektet er avsluttet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg fra studien.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun masterstudent Evy-Ann D. Henriksen, veileder Birgitta Haga Gripsrud og forskningsgrupeleder Ellen Ramvi som vil ha tilgang til dine opplysninger.
- Navnet ditt og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Masterstudent Evy-Ann D. Henriksen gjennomfører datainnsamlingen (intervjuene). Lydfilene fra intervjuene vil lagres på en kryptert minnepinne, med kodelås. Henriksen vil også transkribere lydopptakene til tekst. Denne transkriberte teksten vil være anonymisert og vil ikke kunne spores tilbake til din person. Det samme gjelder bruk av anonymisert, transkribert materiale i masteroppgaven og eventuelt senere publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal avsluttes 31.05.19. Lydfiler og personopplysninger vil da bli slettet. Anonymiserte transkripsjoner av lydopptak vil etter dette kunne bli lagret på en trygg og passord beskyttet måte ved Universitetet i Stavanger, med tanke på framtidig forskningsutnyttelse. Det er kun jeg og veileder som vil ha tilgang til disse dataene etter prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- Å få rettet personopplysninger om deg,
- Få slettet personopplysninger om deg,
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Veileder/prosjektansvarlig Birgitta Haga Gripsrud på epost (birgitta.h.gripsrud@uis.no), ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger.
- Masterstudent Evy-Ann D. Henriksen. E-post: Evhe@hotmail.no. Telefonnummer: 46479550.
- Vårt personvernombud ved Universitetet i Stavanger er Kjetil Dalseth, epost personvernombud@uis.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Birgitta Haga Gripsrud, PHD
Prosjektansvarlig/veileder

Evy-Ann D. Henriksen
Masterstudent

Vedlegg 3: Prosjektplakat

INFORMANTER SØKES



Har du vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen? Vi jobber med et forskningsprosjekt om hva som er til hjelp, og hvilke relasjoner som er til hjelp, for å håndtere ettervirkninger etter seksuelle overgrep i barndommen. Vi vil svært gjerne høre om erfaringene dine av hva og hvem som har vært til hjelp for deg.

Kort om prosjektet

Dette er et masterprosjekt som fokuserer på unge voksne som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Vi er særlige interesserte i å få kunnskap om hva som oppleves som viktig for å håndtere ettervirkningene etter overgrep.

Grunnen til at vi søker ny kunnskap om hva som har vært til hjelp er at vi ønsker å bidra til bedre behandlings- og støttetilbud for overgrepsutsatte i fremtiden.

Vi søker informanter for å lære mer om hva som er til hjelp

Vi søker deg som er mellom 18-30 år og som er villig til å fortelle om dine erfaringer i et forskningsintervju, som er en samtale med varighet på ca 1-1 ½ time.

Deltakelse er frivillig og vil ikke ha noen innvirkning på det tilbudet du eventuelt benytter deg av på Senter mot incest og seksuelle overgrep (SMISO). Studien har ikke til hensikt å evaluere det tilbudet SMISO gir til overgrepsutsatte.

Resultatene av prosjektet vil bli sammenfattet i en masteroppgave. Denne fremstillingen blir helt anonymisert.

Kontaktinformasjon

Dersom du kunne tenke deg å dele dine erfaringer med oss, har spørsmål til prosjektet eller ønsker mer informasjon, kan du ta kontakt med masterstudent Evy-Ann Henriksen på Epost: ED.Henriksen@stud.uis.no eller mobil: 46479550.

Masterprosjektet «*Unge voksnes erfaringer av å få hjelp med ettervirkninger etter seksuelle overgrep i barndommen*» er forankret ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger.

Veileder for masterprosjektet er Birgitta Haga Gripsrud, PhD. E-post: birgitta.h.gripsrud@uis.no



Universitetet
i Stavanger

Vedlegg 4: Samtykkeskjema

Unge voksnes erfaringer av å få hjelp med ettervirkninger etter seksuelle overgrep i barndommen – En kvalitativ intervjustudie. 10.12.2018 v1

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER OG BRUKES SLIK DET ER BESKREVET I INFORMASJONSSKRIVET

Sted og dato

Deltakers signatur

.....
Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

.....
Sted og dato

.....
Signatur

.....
Rolle i prosjektet

Vedlegg 5: Intervjuguide

Introduksjon

- Introduksjon
- Hensikt og formål med studien
- Hva studien skal brukes til, anonymitet og lydopptak
- Taushetsplikt og anonymitet
- Har du spørsmål til informasjonsskrivet?
- Er det noe uklart om hva det innebærer å delta i studien?
- Skriftlig samtykke
- Dersom det er noen spørsmål du ikke vil svare på, er det helt greit.

Navn

Alder

18-20 21-23 24-26 27-30

Kjønn

Kvinne Mann

Introduksjonsspørsmål

- Innledning: Jeg tenkte vi kunne starte med at du forteller meg om hva som gjør at du er blitt bruker av SMISO sitt tilbud?

Oppfølgingsspørsmål:

- Hvor lenge siden du tok kontakt?
- Hvor lenge de har vært brukere av SMISO
- Har du hørt om eller vurdert andre hjelpetilbud? Har du oppsøkt hjelp andre plasser tidligere, isåfall hvor?

Ettervirkninger

- (Så jeg forstår at du har ...) Kan du fortelle meg mer om dette?
- Kan du forteller meg om hvilke plager du har hatt som kan være knyttet til de seksuelle overgrepene du har opplevd i barndommen?
- Er dette utfordringer/plager du har strevet med lenge eller er det noe som har oppstått nylig?

Hjelp

- Kan du fortelle hvilke behov for hjelp du har hatt (i barndommen, i voksen alder)?
- Hva opplever du at har vært til god hjelp for å håndtere ettervirkningene?
- Er det noe annet, som vi ikke har vært inne på, som du opplever at har bidratt til å hjelpe deg med ettervirkningene?

Relasjoner

- Vil du si at andre mennesker har vært til hjelp for deg?
- Hvem har du opplevd at har vært til mest hjelp for deg for å håndtere ettervirkningene?
- Kan du fortelle meg mer om en person som har vært særlig viktig for deg? (Eventuelt flere?)
- Hva vil du si kjennetegnet denne/disse relasjonene?

- Kan du fortelle hva som gjorde at du følte at akkurat denne/disse relasjonene var til hjelp?

Avslutning

- Dersom du selv skulle gitt råd/hjelp til noen som har opplevd overgrep, hva ville du sagt/gjort da?
- Avsluttende kommentarer eller spørsmål? Er det noe vi ikke har vært inne på til nå, men som du tenker er viktig for deg å si?

Oppfølgingsspørsmål knyttet til disse spørsmålene er for eksempel:

- Hva mener du når du sier ...
- Vil det si at ...
- Forstår jeg deg riktig når ...
- Kan du utdype?