



---

Universitetet  
i Stavanger

---

***Korleis kan hjelp til sjølvhjelp  
bidra til at overgrepstutsette får eit betre liv?***

**Ei kvalitativ undersøking med fokus på overgrepstutsette  
sine erfaringar, meiningar og refleksjonar.**

**Hanne Egeland 30.05.2014**

Masteroppgåve i sosialfag.

Emnekode: MSOMAS\_1

## MASTERSTUDIUM I SOSIALFAG

### MASTEROPPGAVE

**SEMESTER:**           Haust 2013- Vår 2014  
(vår/høst - årstall)

**FORFATTER:** Hanne Egeland

**VEILEDER:** Leif Arne Helgesen

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:** *Korleis kan hjelp til sjølvhjelp bidra til at overgrepsette får eit betre liv?*

**Engelsk tittel:** *How can self-help contribute to a higher life-quality for survivors of sexual abuse?*

**EMNEORD/STIKKORD:** Seksuelle overgrep, sjølvhjelp, seinskader.

**ANTALL SIDER:** 101

**ANTALL ORD:** 32834

STAVANGER .....  
Dato/år

.....  
Kandidatens underskrift

## Samandrag:

Seksuelle overgrep gjev gjennomgripande og komplekse seinskader. Dette legg føringar for korleis ein skal møte menneske som har vore utsett for seksuelle overgrep og kva tilbod ein skal ha til denne gruppa. Dette er eit tema som eg ynskjer å bidra til å setje søkelys på.

Mi undersøking har fått tittelen:

### **” Korleis kan hjelp til sjølvhjelp bidra til at overgrepsutsette får eit betre liv?”**

Studia mi bygger på kvalitative intervju med 6 kvinner som har vore utsett for seksuelle overgrep, og som er brukarar av Senter mot seksuelle overgrep (SMSO).

SMSO arbeider etter ”hjelp til sjølvhjelp” som ideologi og metode. Kvinnene i denne undersøkinga har av den grunn erfaringar med sjølvhjelp som metode og kan belyse problemstillinga.

Deira forteljingar er viktige i høve til å belyse korleis ein på best mogleg måte kan møte denne gruppa mennesker, og deira erfaringar kan gje viktig innsikt og forståing i høve til problematikken kring seksuelle overgrep.

Resultata i denne undersøkinga syner at alvoret av seinskadane gjer at bearbeidingsprosessen og behandlinga tek lang tid, gjerne fleire år.

Kvinnene si forteljing syner ulike behov ut i frå ulike stadier i behandlingsprosessen. Dei gjev gode skildringar kring kva kvalifikasjonar som kjenneteiknar ein god hjelpar for dei. Her skil dei ikkje på profesjon eller arbeidsplass. Forteljingane deira syner kor viktig det er med motivasjon, kunnskap, fellesskap og eit breispektra tilbod for å få til eit endringsarbeid.

Sjølvhjelp kan vera å erkjenne at ein treng hjelp, ynskje ei endring, bli bevisst eigne ressursar, og ta i bruk desse for å oppnå endringar. Metodane ein nyttar, og vegen mot endring kan vera ulik frå person til person. Med eit slikt perspektiv på sjølvhjelp kan ein hevde at det ligg element av sjølvhjelp bak heile behandlingshistoria til alle kvinnene.

Kvinnene i denne studia fortel om store endringar, og ei tilsynelatande stor endring i livskvalitet. Dei framstår som sterke og modige, med god innsikt og refleksjonsevne i høve til eigen historie.

<b>SAMANDRAG:</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 INNLEIING</b> .....	<b>6</b>
1.1 BAKGRUNN: .....	6
1.2 PROBLEMSTILLING: .....	7
1.3 OPPBYGGING AV OPPGÅVA: .....	7
1.4 VAL AV LITTERATUR: .....	8
1.5 FØREKOMST AV SEKSUELLE OVERGREP:.....	8
1.6 PRESENTASJON AV SMSO, DEIRA BAKGRUNN, BRUKARAR OG MÅLSETTING:.....	10
1.7 SEKSUELLE OVERGREP: .....	11
1.7.1 Definisjonar: .....	12
<b>2.0 TRAUME</b> .....	<b>13</b>
2.1 DEFINISJONAR:.....	14
2.2 FØLGJER AV SEKSUELLE OVERGREP/ TRAUMER:.....	14
2.2.1 Emosjonelle følgjer:.....	15
2.2.2 Kognitive følgjer: .....	16
2.2.3 Kroppslege følgjer:.....	18
2.2.4 Sosiale følgjer: .....	20
2.2.5 Anna Luise Kirkengen si skildring av 7 fenomen som er karakteristiske hjå overgrepsutsette:.....	22
2.2.6 Angela Browne og David Finkelhor (1986) sin teori om følgjer og prosessar hjå born som er utsett for seksuelle overgrep:.....	25
<b>3.0 POST-TRAUMATISK TERAPI OG METODAR:</b> .....	<b>27</b>
3.1 PSYKOTERAPI: .....	28
3.2 EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR): .....	29
3.3 NARRATIV TERAPI: .....	29
<b>4.0 SJØLVHJELP:</b> .....	<b>29</b>
4.1 EMPOWERMENT:.....	31
4.2 BRUKARMEDVERKNAD .....	33
4.3 SJØLVHJELPSTEKNIKKAR: .....	34
4.4 SJØLVHJELPSGRUPPER: .....	36
<b>5.0 METODE:</b> .....	<b>36</b>
5.1 VITSKAPLEG TEORETISK RAMME: .....	37
5.2 FENOMENOLOGI: .....	38
5.3 HERMENEUTIKK: .....	38
5.3.1 Forforståing:.....	39
5.3.2 Nokon kritiske refleksjonar i høve til hermeneutikk:.....	40
5.4 VAL AV METODE: .....	41
5.5 PROBLEMSTILLING: .....	42
5.6 FØREBUING TIL UNDERSØKINGA: .....	42
5.7 UTVAL OG REKRUTTERING AV INFORMANTAR: .....	43
5.8 GJENNOMFØRING AV INTERVJUA: .....	44
5.9 BANDOPPTAK OG TRANSKRIBERING: .....	44
5.10 ANALYSE AV DEI TRANSKRIBERTE INTERVJUA:.....	45
5.11 VALIDITET, RELIABILITET OG GENERALISERING/ OVERFØRING: .....	46
5.11.1 Reliabilitet:.....	46
5.11.2 Validitet:.....	47
5.11.3 Generalisering/ overføring:.....	48

5.12 ETISKE VURDERINGAR:.....	48
<b>6.0 KVINNENE SI FORTELJING: - ANALYSE OG DRØFTING: .....</b>	<b>51</b>
6.1 SEINSKADAR OG UTFORDRINGAR:.....	52
6.1.1 Skuldkjensle og skam:.....	52
6.1.2 Vanskar med relasjonar:.....	53
6.1.3 Seksualitet og nærleik:.....	54
6.1.4 Sinne:.....	55
6.1.5 Frykt og angst:.....	55
6.1.6 Mareritt og flashbacks:.....	56
6.1.7 Depresjon og sjølv mordstankar:.....	56
6.1.8 Negativt sjølvbilde:.....	57
6.1.9 Spiseforstyrningar:.....	58
6.1.10 Dissosiering:.....	59
6.1.11 Bagatellisering:.....	59
6.1.12 Å komme inn i eit negativt mønster:.....	60
6.1.13 Fysiske plager:.....	61
6.1.14 Morsrolla og det å bli mor:.....	62
6.1.15 Konkrete utfordringar:.....	64
6.2 Å TA I MOT HJELP:.....	65
6.2.1 Avdekking av seksuelle overgrep:.....	66
6.2.2 Eit ynskje om- og eit behov for endring:.....	67
6.2.3 Fyrste møte med senteret:.....	69
6.2.4 Den gode hjelparen:.....	70
6.2.5 Temakveldar:.....	73
6.2.6 Psykomotorisk fysioterapi:.....	74
6.2.7 Kunnskap om ein sjølv og om temaet: "Seksuelle overgrep." :.....	75
6.2.8 Fellesskapet med andre som har vore utsatt for seksuelle overgrep:.....	76
6.2.9 Å hjelpe andre:.....	77
6.2.10 Hjelp til å finne orda, og trening i å snakke om overgrep:.....	78
6.2.11 Erfaringar med sjølvhjelpsgrupper:.....	79
6.2.12 Å nytte seg av fleire hjelparar:.....	82
6.2.13 Bruk av medikament:.....	82
6.2.14 Negative opplevingar med hjelparar:.....	83
6.3 OPPNÅDDE ENDRINGAR:.....	85
<b>7.0 AVSLUTNING OG OPPSUMMERING: .....</b>	<b>88</b>
7.1 SEINSKADANE SI KOMPLEKSITET:.....	88
7.2 BETYDINGA AV MOTIVASJON:.....	88
7.3 BETYDINGA AV HJELPAREN SINE KVALITETAR:.....	89
7.4 BEHOVET FOR EIT BREISPEKTRA TILBOD:.....	90
7.5 BETYDINGA AV KUNNSKAP:.....	90
7.6 BETYDINGA AV FELLESSKAPET:.....	91
7.7 AVSLUTTANDE REFLEKSJONAR:.....	91
<b>8.0 LITTERATURLISTE: .....</b>	<b>93</b>
8.1 ELEKTRONISKE KJELDER:.....	95
8.2 OVERSIKT OVER VEDLEGG:.....	96

## 1.0 Innleiing

### 1.1 Bakgrunn:

I denne oppgåva vil lesaren sjå at seksuelle overgrep gjev svært øydeleggande konsekvensar:

Det fører til omfattande, gjennomgripande og alvorlege seinskader hjå eit menneske.

Lars Weisæth (1993) viser til studiar som syner at det er ein svært høg prosentdel av dei som treng akutt psykiatrisk behandling som har vore utsatt for seksuelle overgrep. Det er med andre ord ei gruppe menneske med høg risiko for vanskar og ulike lidingar seinare i livet.

I mitt arbeid som saksbehandlar i den kommunale barnevernstenesta har eg lagt merke til at i svært mange av sakane med alvorleg omsorgssvikt, finn ein foreldre (som regel mor) som har vore utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Via arbeid med sakane kjem det ofte fram at dette er noko han eller ho aldri har oppsøkt hjelp for. Det er ofte heller ikkje avdekka, før barnevernstenesta til dømes set i gong ei sakkunnig utgreiing i samband med ei vurdering av mogleg omsorgsovertaking av barnet/ borna.

Når historia til foreldra vert presentert og barnevernstenesta vert informert om bakgrunnen med seksuelle overgrep, har eg teke meg sjølv i å tenke: ”Det forklarar svært mykje.”

Det forklarar til dømes rusmisbruket, personlegdomsforstyrringa eller alle åra med mange innleggingar i psykiatrien.

Eg har spurd meg sjølv korleis fungeringa til desse foreldra hadde vore om dei hadde fått rett hjelp til rett tid i høve til dei seksuelle overgrepa? Ville omsorgsevna deira vore annleis? Kunne ei omsorgsovertaking vore unngått? Kunne borna deira fått andre omsorgsvilkår og kanskje unngått traumer eller skeivutvikling som følgje av omsorga?

Det å skrive masteroppgåve om seksuelle overgrep var eit av dei mange moglegheitene eg vurderte ved oppstart av masterstudiane. Då Senter mot seksuelle overgrep (SMSO) presenterte eit ynskje om å få ein mastergradstudent til å skrive om seksuelle overgrep og deira arbeidsmåte: ”hjelp til sjølvhjelp”, kjende eg at dette var interessant og dette ville eg skrive om.

## 1.2 Problemstilling:

SMSO presenterte problemstillinga:

***”Kan hjelp til selvhjelp bidra til at overgrepsette får et bedre liv?”***

Denne endra eg til å lyde:

***”Korleis kan hjelp til selvhjelp bidra til at overgrepsette får eit betre liv?”***

Bakgrunnen for å endre ”kan” til ”korleis” var at eg ikkje var ute etter eit ja/nei svar, men meir erfaringar og meiningar kring dette temaet.

Meir om problemstillinga kjem i kapittelet som omhandlar metode.

## 1.3 Oppbygging av oppgåva:

Her følgjer ei framstilling av korleis eg har valt å byggje opp oppgåva.

Kapittel 1 er eit innleiande kapittel. I dette kapittelet gjer eg greie for bakgrunn for val av tema i høve til undersøkinga, problemstillinga mi, val av litteratur og korleis oppgåva er oppbygd. Vidare følgjer førekomst av seksuelle overgrep, presentasjon av SMSO med deira bakgrunn, målsetting og brukarar. Til slutt i dette kapittelet presenterer eg ulike definisjonar på seksuelle overgrep.

Kapittel 2 handlar om kva eit traume er, og kva type traume seksuelle overgrep er. Vidare skildrar eg følgjer av seksuelle overgrep/ traumer. I dette kapittelet presenterer eg òg Anna Louise Kirkengen sine 7 fenomen som er karakteristiske hjå overgrepsette samt Browne og Finkelhor sin teori om følgjer og prosessar hjå born som er utsatt for seksuelle overgrep. I kapittel 3 gjev eg ei kort skildring av ulike terapiformer og metoder i høve til seksuelle overgrep.

Kapittel 4 handlar om selvhjelp.

I dette kapittelet gjer eg greie for selvhjelp omgrepet. Vidare er empowerment og brukarmedverknad omgrepa satt i samanheng med selvhjelp omgrepet og gjort greie for. Til sist i kapittelet skildrar eg ulike selvhjelpsteknikkar og omtalar selvhjelpsgrupper.

Ein ser her at dei 4 fyrste kapitla skildrar teorien som ligg til grunn for denne undersøkinga.

Kapittel 5 handlar om metode. I dette kapittelet gjer eg greie for vitskapsteoretisk ramme i høve til undersøkinga. Vidare skildrar eg fenomenologi og hermeneutikk som omgrep.

Val av metode og problemstilling vert så forklart, før eg omtalar undersøkinga frå start til slutt: Førebuing, utval og rekruttering av informantar, gjennomføring av intervju, bandopptak, transkribering og analyse. Vidare omtalar eg validitet, reliabilitet og generalisering/

overføring. Til slutt i dette kapitlet gjer eg greie for mine etiske betraktningar i høve til denne undersøkinga.

Analysedel og drøfting vert presentert i kapittel 6: *Kvinnene si forteljing- analyse og drøfting*.

I dette kapitlet gjer eg greie for kategoriane i høve til analysen. Kategoriane med utval av kvinnene sine utsegn vert presentert. Under kvar kategori presenterer eg eventuell samanheng med litteraturen og tidlegare forskning. Eg har valgt å legge drøftinga mi i dette kapitlet. Det er av den grunn drøfting saman med presentasjon av analysen.

Kapittel 7 vert det avsluttande kapitlet. I dette kapitlet kjem eg til å summere opp resultatane frå undersøkinga. Eg vil trekkje fram momenta som eg meiner utpeikar seg som særleg viktige. Til slutt omtalar eg mine avsluttande refleksjonar som omhandlar blant anna problemstillinga.

#### **1.4 Val av litteratur:**

For å finne aktuell litteratur har eg nytta meg av universitetsbiblioteket sin søkjemotor. Eg har då nytta søkeord som ”seksuelle overgrep” ”sjølvhjelp” ”sexual abuse” ”incest” ”self-help” ”behandling etter seksuelle overgrep” ”seinskader etter seksuelle overgrep og behandling” og kombinasjonar av dette.

Vidare har eg funne litteratur ved å sjå på kjeldetilvisingar og i litteraturlista på bøker eg allereie har funne. På denne måten fann eg mykje litteratur både på norsk og engelsk.

I høve til metodelitteratur og litteratur som omhandlar vitskapsteori har eg nytta meg av litteratur på pensumlista frå metodefaget og vitskapsteori under studiet, samt litteratur som vart tilrådd i førellesningar i høve til kvalitativ metode og vitskapsteori.

#### **1.5 Førekost av seksuelle overgrep:**

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har nyleg laga ein rapport etter eit nasjonalt førekoststudie av vold i eit livsløpsperspektiv: **Vold og voldtekt i Norge** (NKVTS-rapport 1/2014).

Rapporten dokumenterer høge tal i høve til førekost i Noreg. Den syner og ei samanheng mellom det å verta utsatt for fleire former for vald og overgrep som born og det å verta utsatt for vald og overgrep som vaksen. Rapporten viser òg at born ofte opplever fleire former for overgrep.



Eg ynskjer å presentere ein del av resultatata som er presentert i rapporten:

**Konklusjoner:**

- *Alvorlig fysisk vold og grove seksuelle overgrep rammer en betydelig del av befolkningen i Norge, og starter for mange i tidlig barnealder.*
- *Kvinner er langt mer utsatt for seksuelle overgrep enn menn. Kvinner har også en større totalbelastning av vold og overgrep. Det er nesten utelukkende menn som utøver seksuelle overgrep.*
- *Barn opplever ofte flere typer overgrep.*
- *Personer som var utsatt for fysisk vold eller seksuelle overgrep i barndommen er i mye større grad utsatt for vold og overgrep også som voksen.*
- *Det var indikasjoner på at det har vært en reduksjon over tid av vold mot barn. Det var ingen indikasjoner på reduksjon av voldtekt av unge kvinner.*
- *Alvorlig vold og grove seksuelle overgrep varierer med sosioøkonomiske skillelinjer.*
- *Alvorlig vold og grove seksuelle overgrep henger sammen med psykiske helseproblemer og kan anses som et folkehelseproblem. Særlig gjelder dette for kvinners helse, fordi kvinner utsettes for flere typer volds- og overgrepshendelser enn menn.*
- *Særlig voldtekt, men også vold, er fremdeles skjult. Det innebærer at få oppsøker helsetjenester, få anmelder forholdene, og en del forteller aldri til noen andre hva de har vært utsatt for.*

( NKVTS-rapport 1/2014, s. 14-19)

Øyvind Kvello legg fram tal i høve til førekomst av seksuelle overgrep i si bok: *Barn i risiko* (2010).

Kvello viser til ei norsk studie som syner at 10 til 20 % av kvinnene og 5 til 10% av gutane har vore utsett for seksuelle overgrep før fylte 18 år. Ei anna norsk studie indikerer at 5% av kvinnene og 1 % av mennene har vore utsett for grove seksuelle overgrep før fylte 18 år.

Grove seksuelle overgrep omhandlar overgrep som inneber penetrering eller forsøk på penetrering vaginalt, oralt eller analt, med kjønnsorgan eller gjenstander.

Dette er etter mi meining svært høge tal. Undersøkingane synleggjer at gruppa med menneske som har seksuelle overgrep som del av sin bakgrunn er ei stor gruppe. Mi meining er at det er viktig å belyse dette temaet meir, og det er viktig å få god og rett hjelp til denne gruppa.

Seksuelle overgrep er, som NKVTS syner, eit folkehelseproblem. Av den grunn er det viktig å auke kompetanse og fokus i høve til dette temaet.

## 1.6 Presentasjon av SMSO, deira bakgrunn, brukarar og målsetting:

I dette avsnittet kjem eg til å presentere kva SMSO er, kven som er deira brukarar og kva dei arbeider med. Eg kjem òg til å presentere deira målsetting og formålsparagraf. Dette for å skildre kor mine informantar er henta frå, og kva tilbod desse informantane har og har hatt tilgjengeleg på senteret.

SMSO Rogaland er eit senter lokalisert i Sandnes. Dei er eit senter under paraplyorganisasjonen Fellesskap mot seksuelle overgrep (FMSO).

SMSO er ein frivillig organisasjon som vert driven med økonomisk støtte frå ulike kommunar i Rogaland, Helse Vest og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Senteret har òg motteke støtte frå Rogaland fylkeskommune, samt gåver frå andre organisasjonar og lag.

Formålsparagrafen deira er som følgjer: ” *Senterets formål er å gi hjelp til kvinner og menn som har vært incestutsatt/ utsatt for seksuelle overgrep som barn, og hjelp til utsattes pårørende. Støttesenteret skal aktivt drive forebyggende arbeid og opplysningsvirksomhet* ” (SMSO Rogaland, 2011. s. 4).

Senteret arbeider på to nivå: eit individuelt hjelpenivå og eit førebyggjande nivå. Dette vert skildra via deira to målsettingar:

1: *Arbeide for å gi incest- og overgepsutsatte kvinner og menn, samt foreldre til overgepsutsatte barn, støtte og veiledning. Via ulike aktiviteter på senteret, bidra til at brukere finner tilbake til sin egenverdi gjennom hjelp til selvhjelp* (ibid. s. 4).

Her kan ein sjå at senteret arbeider på eit behandlande individnivå: Ved å tilby støtte og rettleiing til brukarar, enten det er pårørende eller utsette kvinner og menn.

2: *Arbeide for å synleggjøre og motvirke et hvert forhold i samfunnet som opprettholder og skjuler incest og seksuelle overgrep* (ibid. s. 4).

Denne målsettinga skildrar det førebyggjande arbeidet som senteret driver.

### **Målgruppe:**

Målgruppa til senteret er primært kvinner og menn som har vert utsett for incest og seksuelle overgrep, deira pårørende og partnerar. (frå 16 år og oppover.)

Sekundært er yrkesgrupper, studentar og andre personar som kjem i kontakt med problematikken kring incest og seksuelle overgrep, og som har behov for rettleiing, undervisning og samarbeid (ibid. s. 4).

### **Tilboda ved SMSO:**

Senteret tilbyr ei rekke tilbod til brukarane sine:

- Støttetelefon.
- Individuelle samtalar.
- Sjølvhjelpsgrupper.
- Temakvelder om lag 1 gong per måned.
- Informasjon om rettigheter.
- Infoskriv til interesserte og brukarar med informasjon om senteret sine opningstider, kontakt informasjon og aktivitetar.
- Massasjestol.
- Felles lunsj ein gong i veka.
- Følgje til politi, advokat, lege eller andre offentlige kontor.
- Formidla kontakt med offentlig hjelpeapparat og andre instansar.
- Blåturar.
- Utadretta opplysningsverksemd.
- Føredrag og kurs.
- Ved behov vert det òg oppretta egne grupper for partnarar eller pårørande.

### **1.7 Seksuelle overgrep:**

I dette kapittelet kjem eg til å presentere ulike definisjonar av seksuelle overgrep.

Litteraturen byr på ulike definisjonar. Eg har valgt å ta med det juridiske perspektivet i høve til den norske straffelova, Verdens-helseorganisasjon (WHO) sin definisjon, samt Schecter og Roberge (1976) sin definisjon. Alle definisjonane omhandlar seksuelle handlingar, eller forsøk på seksuelle handlingar. WHO innlemmar bruk av tvang i sin definisjon, medan Schecter og Roberge (1976) legg vekt på at born og ungdom er utviklingsmessig umodne og avhengige i høve til vaksne og omsorgspersonar, og omhandlar av den grunn overgrep begått mot barn.

### 1.7.1 Definisjonar:

#### Det juridiske perspektivet:

Den norske strafflova definerer kva som er straffbare seksuelle handlingar. Dette er samla under kapittel 19: *Seksualforbrytelse* (Straffeloven av 22. Mai 1902 nr. 10).

Lova definerer kva handlingar som er straffbare og kva kriteriar som ligg til grunn for straff. Ifølge Søftestad (2005) konkretiserer straffelova seksuelle handlingar:

- *Seksuelt krenkande eller annan uanstendig åtferd* er seksuelle handlingar utan fysisk kontakt, til dømes blotting, kikking, syning av pornografisk materiale og krenkande verbale ytringar.
- *Seksuell handling* er når overgriparen tar på den utsette sine kjønnsorgan eller får denne til å ta på sine kjønnsorgan.
- *Seksuell omgang* er dei grovaste overgrepa: analt, vaginalt eller oralt samleie eller samleieliknande handlingar (til dømes bruk av gjenstandar i kroppssopningar)

I tillegg er det sentrale forhold i straffeloven i høve til å vurdere om handlingane er straffbare etter lovens definisjon:

- Relasjon mellom overgripar og offer
- Alderen til offeret
- Andre forhold. Til dømes bruk og grad av vold og tvang.

(Søftestad 2005, s. 39)

#### WHO sin definisjon:

Verdens helseorganisasjon (WHO) presenterer denne definisjonen:

*Enhver seksuell handling, forsøk på å oppnå seksuell handling, uønskede seksuelle kommentarer eller fremstøt, eller handlingar tilnyttet menneskehandel som trafficking, rettet mot en persons seksualitet ved bruk av tvang fra en annen person, uavhengig av personens relasjon til offeret, i en hvilken som helst setting, inkludert men ikke begrenset til, hjem og arbeid* (BLD, strategi 2014-2017, s. 46).

I WHO sin definisjon ser ein at tvang vert sett som eit kriterie for at det skal kallast eit seksuelt overgrep. I Noreg vert ikkje born under 16 år rekna som samtykkekompetente, difor stiller ein ikkje krav til bruk av tvang for å omtale det som eit overgrep mot eit barn under 16 år i Noreg (ibid.).

Gro Breidvik gjengir definisjonen til Schechter og Roberge (1976) i si bok *Misbrukte barn* (2003 s. 14) :

Med seksuelle overgrep eller seksuell utnyttning mener vi at avhengige og utviklingsmessig umodne barn og ungdommer trekkes inn i seksuelle handlinger de ikke helt forstår, som de ikke kan komme ut av, eller som de ikke har tilstrekkelig kunnskap eller erfaring til å gi sitt begrunnede samtykke til, eller som krenker familierollens sosiale tabuer.

Her ser ein at definisjonen omhandlar seksuelle overgrep mot barn. Definisjonen famnar om at barnet er utviklingsmessig umoden og avhengig i høve til vaksne og omsorgspersonar. Eg har valgt å ta med denne definisjonen då den omhandlar den avmakt det seksuelle overgrepet fører til, og den påfølgande utviklingsmessige skaden.

Her kan ein òg kommentere at føresetnadane av denne definisjonen er at om ikkje kriteria er oppfylt, er det ikkje eit seksuelt overgrep, -uansett alder.

## 2.0 Traume

I dette kapittelet kjem eg til å presentere kva eit traume er, korleis vi reagerer i ein traumatisk situasjon og kva skadeverknader traumer kan føre til. Eg har valgt å ikkje ha fokus på akutte eingongstraumer, slik som til dømes å vera med i ei bilulykke, eller å oppleve at ein nær omsorgsperson døyr brått. Mitt fokus er dei gjentakande trauma som seksuelle overgrep ofte er.

Å bli utsett for eit seksuelt overgrep er eit traume. Å bli utsett for gjentekne seksuelle overgrep vert gjentakande traumer. Litteraturen kallar dette for komplekse, kroniske eller gjentakande/ repeterande traumer.

Kvinnene i denne undersøkinga vart utsett for seksuelle overgrep som born. Mange av dei var svært unge og har opplevd dette gjennom store delar av oppveksta. Det er difor valgt teori som skildrar denne gruppa: Barna som opplever gjentakande traumer i oppveksten, den risikoen dette fører til i deira utvikling, og kva seinskader denne gruppa kan slite med som vaksne.

## 2.1 Definisjonar:

Omgrepet traume høyrer til medisinen og indikerer at det er ein skade. Trauma er eit gresk ord som tyder skade eller sår. I medisinen vert det til dømes forstått som eit beinbrot. Når ein snakkar om seksuelle overgrep snakkar ein om psykisk skade - eit traume (Raundalen & Schultz, 2006).

Atle Dyregrov (2010) definerer eit traume slik: Overveldande, ukontrollerbare hendingar som inneber ei ekstraordiner psykisk påkjenning. Seksuelle overgrep vert eit slikt traume som artar seg ved at det er nokså identiske hendingar som gjentek seg, utan at personen kan hindre dei.

Siri Søftestad (2005) kallar seksuelle overgrep komplekse, kroniske traume. Søftestad peikar på den ekstra belastninga det er at traumet er tabubelagt. Dette vil føre til at det er vanskelegare å snakke om hendingane, leve ut reaksjonen og på den måten bearbeide traumet. Risikoen for skadeverknadar vert då forsterka.

## 2.2 Følgjer av seksuelle overgrep/ traumer:

Reaksjonar og seinverknader etter seksuelle overgrep framstår som svært individuelt. Det er, slik eg ser det, ikkje mogleg å finne ein fasit eller ein mal som alle med overgrepserfaring passar inn i. Det ein veit med sikkerheit, er at seksuelle overgrep kan ha svært store og omfattande følgjer for offeret. Seksuelle overgrep kan påverke eit menneske si utvikling, og blant anna føre til personlegdomsforstyringar (Dyregrov, 2010).

Kva seinskader og følgjer eit individ opplever, heng saman med ulike faktorar. Kva form, grad og varighet overgrepa har, relasjon til overgriparen, individet sin situasjon då overgrepa fann stad, til dømes omsorgssituasjon, kvaliteten av støtte i nettverket og i familien. Medfødt sårbarhet og resiliens (Kvvello, 2010).

Nokre reaksjonar kjem med ein gong etter hendinga, andre opplever at reaksjonane fyrst gjer seg gjeldande i vaksen alder (Dyregrov, 2010).

For å gjere framstillinga av følgjer eller seinverknader av seksuelle overgrep meir oversiktleg, har eg valt å dele inn i kategoriar: -emosjonelle følgjer, -kognitive følgjer, -kroppslege følgjer, og -sosiale følgjer. Denne inndelinga er vanskeleg å gjere fullt ut, då kategoriane overlappar, påverkar og glir over i kvarandre.

Vidare kjem eg til å presentere Anna Louise Kirkengen (2001) si skildring av 7 fenomen som er karakteristiske hjå personar som har opplevd seksuelle overgrep, samt David Finkelhor og

Angela Browne (1986) sin teori om følgjer og prosessar hjå born som er utsett for seksuelle overgrep. Dette gjer eg for å synleggjere dei komplekse vanskanane som personar med overgrepserfaringar kan slite med.

### **2.2.1 Emosjonelle følgjer:**

Dette avsnittet kjem til å omhandle kva dei emosjonelle følgjene seksuelle overgrep kan føre til. Kva seksuelle overgrep gjer med utviklinga av kjenslelivet og evna til å regulere dette.

Personar som har opplevd seksuelle overgrep slit ofte med skuldkjensle og klandrar seg sjølv. Dette kan komme av ulike årsaker. Til dømes det at ein opplevde seksuell pirring eller fekk materielle goder knytt til overgrepa, kan føre til sterk skuldkjensle og skam (Dyregrov, 2010).

Mange som er utsett for seksuelle overgrep kjenner misstillit til andre menneske. Denne kjensla og låg sjølvkjensle fører til tilknytingsvanskar og følgjeleg utfordringar i relasjon til andre. Særleg kjenneteiknar dette personar som har opplevd seksuelle overgrep frå nære omsorgspersonar. Den personen dei var avhengig av, og som dei stolte på, bryt denne tillita og øydelegg tryggleiken og i staden er kjelde til fare og frykt. Dette kan få store konsekvensar for vidare evne til å kunne knytte gode, nære relasjonar, både på arbeidsplassen, i vennskap- og kjærleiksforhold (Søftestad, 2005).

I tida etter eit traume kan ein oppleve at den traumeutsette viser mykje sinne og vert lettare irritert. Dette forklarar Dyregrov (2010) ved at dei mentale prosessane for å bearbeide hendinga/hendingane er så utmattande. Dersom ein kombinerer dette med søvnforstyrningar, som ein òg kan sjå hjå denne gruppa menneske, kan dette føre til at ein vert lettare irritabel. Dette kan så føre til eit sinne, enten mot seg sjølv eller andre.

Tristhet eller nedstemthet er òg vanlege kjensler etter traumer. Dyregrov (2010) skriv at dette kjem av sagn og lengsel etter det trygge, det gode, det som er tapt på grunn av traumet eller overgrepet/ overgrepa.

Personar som har opplevd eit traume kan kjenna ei sterk frykt for at det verste skal skje igjen. Ved gjentekne seksuelle overgrep vert denne frykta bekrefte. Dette kan i følgje Dyregrov føre til personlegdomsendringar som vil prega dei resten av livet.

Ei dominerande kjensle kan òg vere pessimisme. Etter å ha levd med seksuelle overgrep kan ein oppleve at ein har lita evne til å påverke eigen situasjon. Dette kan føre til ei endring i korleis ein ser på livet. Dyregrov trekk fram katastrofeforventning og framtidspessimisme som eksempel på dette.

Pessimismen og kjensla av å ikkje kunne påverke sin eigen situasjon kan ein føre vidare til kva kjensler ein har i høve til seg sjølv. Mange som har opplevd seksuelle overgrep har ikkje gode kjensler i høve til seg sjølv som person. Dei kjenner seg ikkje elska, og forventar ikkje at nokon er glade i dei. Dette kan ein igjen føre vidare til at offer for seksuelle overgrep lett kan inngå i sjølvoppyllande profetiar (ibid.).

Seksuelle overgrep kan òg føre til at evna til å regulere kjensler vert forstyrra. Ein kan utvikle for sterke kjenslemessige avvergingsmekanismer (dissosiering) som forsvar mot sterke kjensler (ibid.).

### **2.2.2 Kognitive følgjer:**

Her kjem eg til å skildre dei kognitive følgjene av seksuelle overgrep: Kva seksuelle overgrep kan gjere med den kognitive utviklinga og følgjer av dette.

I ein traumatisk situasjon nyttar hjernen seg av tidlegare erfaringar. Alle sansar vert skjerpa og merksemda er heilt fokusert. Hjernen arbeider på høggr og bearbeidar informasjonen svært hurtig. Hjernen kan samstundes koble ut emosjonar, og på den måten til dømes stenge ute frykta. Slike mekanismar har mennesket utvikla over årtusenar, for å sikre menneska si overleving. Dette er eit instinkt som gjer seg gjeldande når menneske opplever farlege og truande situasjonar (ibid.).

I etterkant av den traumatiske hendinga kjem reaksjonane. Her har ein eit spekter av reaksjonar. Ein kan oppleve dissociative reaksjonar: Det vil sei at hendinga framstår som ein draum eller ein flukt i fantasien, -det var uverkeleg. Dyregrov (2010) skriv at born som opplever seksuelle overgrep kan teikne kroppen sin under ei sky, medan hovudet er over skya. Dette vert tolka som eit teikn på å koble vekk smerten og engstinga.

Sjølve handlinga, sanseintrykk og forståing av det som skjer, vert ikkje integrert som heile minner og inntrykk i barnets bevissthet (Søftestad, 2005).

Barnet kan difor ikkje hugse overgrepa, men inntrykka kan dukke opp seinare som ”flashbacks”. Søftestad (2005) skriv at dette kan gjere at vaksne menneske trur dei er ”gale”



og at dei vert usikre på kva som er fantasi og kva som er reelle minner, fordi dette var fortrengt og gløymd.

Personar som er utsett for seksuelle overgrep kan òg slite med konsentrasjonsvanskar, og kan oppstå som ein konsekvens av ubearbeida tankar og minner som kjem inn i bevisstheita og hindrar konsentrasjonen (Dyregrov 2010).

Konsentrasjonsvanskar vil kunne påverke læringsevne. Læringskapasiteten kan verta svekka av manglande merksemd og konsentrasjon. Mykje av den mentale energien går med i å handtere minner og det påverkar igjen merksemd og konsentrasjon (ibid.).

Dyregrov skriv vidare at posttraumatisk stresslidning (PTSD) ofte kan verta feildiagnostisert som ADHD (Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder, også kalla hyperaktivitet).

PTSD er ein diagnostisk kategori for å beskrive ei gruppering av posttraumatiske problem (ibid.).

PTSD er den alvorlegaste og mest nytta diagnosa innanfor belastningslidningane. Som igjen er betegninga på lidningar ein kan knytte direkte attende til ei sterkt stressande oppleving (Helgesen, 2011).

For å sette denne diagnosa må ein i ein periode på ein månad kunne identifisera tre hovudgrupper av reaksjonar: vedvarande gjennom-oppleving av hendinga, unngåingsåtfærd og vedvarande aktivering av nervesystemet (Raundalen & Schultz, 2006). Etterreaksjonane må vere av ei slik grad at det hindrar dei i å fungere sosialt eller på skulen/i arbeidslivet (Dyregrov, 2010).

Kvello (2010) skriv at PTSD er ein diagnose som ein ser relativt ofte hos barn og unge som er utsett for seksuelle overgrep. Kvello skriv vidare at personar med denne diagnosa ofte har andre lidningar i tillegg. 80% har diagnosar som depresjon, generalisert angstlidning eller rusmiddelmissbruk.

Regresjon er ein annan vanleg traumereaksjon, særleg hos born. Ein ser då at born går attende i alderstrinn og framstår som meir umogne enn alderen tilseier (Dyregrov, 2010).

Moralutviklinga er òg noko som kan verta påverka av seksuelle overgrep. Dyregrov (2010) skriv at personar som har erfart traumer kan oppleve ei forstyrra oppfatning av kva som er rett og gale, kva som betyr noko, og kva som er viktig i livet. Dette kan vera kortvarig, men kan òg bli den utsette sitt permanente verdigrunnlag og korleis ein ser på verda. Grensa for kva som er akseptert åferd kan verta utydeleg etter å ha opplevd gjentekne gonger at nære

personar overstig grensa for kva som er akseptert og lovleg åtferd. Dette kan òg føre til at grensa hjå ein sjølv vert utydeleg. Den skada moralutviklinga kan forklare kvifor ein person som har opplevd seksuelle overgrep kan gå inn i skadelege og negative relasjonar som vaksen. I yttarste konsekvens kan han/ho verta overgripingar sjølv (ibid.).

Dyregrov (2010) skriv at barn som er utsett for seksuelle overgrep er overdisponert for å utvikle psykiske problem, og ofte kan ha avvikande personlegdomstrekk. Det gjev auka risiko for psykiske lidingar. Til dømes kan utstrakt bruk av dissosiering for å beskytte seg mot gjentatte seksuelle overgrep, i vaksen alder føre til personlegdomsforstyringar.

### **2.2.3 Kroppslege følgjer:**

Gjentakande traumer som seksuelle overgrep kan få kroppslege følgjer for den som er utsett. Dette avsnittet freistar å skildre slike følgjer.

Mange personar med overgrepserfaringar opplever søvnevanskar i ettertid av seksuelle overgrep. Minner kjem ofte opp når ein legg seg for å sove. Der er ofte slik at ein tenkjer meir når ein skal finne ro til å sove. Dyregrov (2010) skriv at minna som dukkar opp vekker frykt, og dermed ein kroppsleg aktivering som gjer det vanskeleg å sovne. Personar som har opplevd seksuelle overgrep kan òg oppleve mareritt knytt til minner. Nokre opplever overgrepa om att i søvne. Dette vil og gjere det vanskeleg å kjenne seg trygg og avslappa nok til å få god søvn.

Dei umiddelbare reaksjonane som oppstår hjå barn og vaksne under ein traumatisk situasjon er mekanismar vi er utstyrt med frå naturen si side. Den fysiske reaksjonen på eit traume er aktivering av hjernen. Traumet er eit stress som utløyser denne aktiveringa. Det påverkar igjen kroppen sitt muskelapparat, ufrivillige nervesystem, hormonbalansen (Weisæth, 1993). Kroppen aukar blant anna produksjonen av stresshormonet kortisol. Adrenalinproduksjonen aukar for å gjere kroppen klar til å reagere raskt, og til å vera på vakt. Dette er kroppen sin reaksjon på fare, -kroppen er i alarmberedskap. Adrenalinet verkar smertedempande og kan òg blokkere smerter. Kortisol er med på å skjerpe merksemda vår og hjelper oss når vi skal følgje med på noko eller lære oss noko (Kvillo, 2010). Kroppen reduserer produksjonen av stresshormon når situasjonen er over eller utfordringa er løyst.

Ved vedvarande stress, slik som seksuelle overgrep er, kan produksjonen av stresshormon verta varig påverka. Kroppen mister sin naturlige evne til å regulere produksjonen. Ved vedvarande stor produksjon av stresshormon vert hjernen stadig aktivert, og det som stimuleras, vert utvikla. Dette kan i følgje Kvello (2010) leie til nevrobiologiske endringar som vedvarar i stabile mønster som igjen fører til personlegdomskaraktistika. Høg produksjon av stresshormon vert av den grunn knytt til utvikling av både åtferds- og emosjonelle vanskar. Han skriv vidare at kortisol påverkar immunforsvar, blodtrykk, vekst, metabolisme og ei rekke andre grunnleggjande prosessar i kroppen. Ei ubalanse i kortisolnivået i kroppen vil av den grunn føre til negative konsekvensar for allmenntilstanden til eit menneske. Negative konsekvensar av ubalanse i produksjon av stresshormona adrenalin og kortisol kan være: utmatting, raskare sliten, nedstemd/ depresjon, søvnevanskar, hukommelsesvanskar, redusert immunforsvar, vektaue, muskeltap, hudproblem, låg seksuallyst, insulinresistens, auka appetitt, sukkerhunger, leddsmerter og kronisk utmattingsyndrom (ME). Dette er mange av dei symptoma som inngår i diagnosekriteria for depresjon (ibid.).

Kvello (2010) viser vidare til at det er forskning som støtter opp under at høgt kortisolnivå er skadeleg for cellene. Det kan øydelegg hjernecellene, og har negative konsekvensar for vitale indre organ. Det kan òg påverke hukommelsen og ha innverknad på kor suggestibel ein person er.

Mange med overgrepserfaringar slit med kroppslege smerter i ettertid. Dette viser seg ved til dømes: vondt i magen, vondt i kroppen. Særleg kan ein ofte sjå vondt i bekken og korsrygg hjå personar, særleg kvinner, som har opplevd seksuelle overgrep (Dyregrov, 2010). Her kan ein òg knytte opp kroppslege symptom og smerter som ein ikkje finn medisinske årsakar til. Det kan være kroppslege minner frå overgrepssituasjonar eller psykosomatiske symptom (Iversen, 2010).

Kirkengen (2009) viser til at forskning syner auka førekomst av ryggplager, magesår, hjarte- og karlidningar, slag, kroniske luftvegslidingar, diabetes og kreft hjå personar som har opplevd alvorlege krenkingar i barndommen. Ho viser vidare til at samanhengen aukar ved fleire negative barndomshendingar.

Seksuelle overgrep kan òg føre til fysiske skader. Som regel er dette skader på kjønnsorgan, underliv og/eller analopning. Slike skader kan til dømes være rifter, klor, kutt eller arr.

Personar som er utsett for seksuelle overgrep kan bli smitta av seksuelt overførbare sjukdommar. Jenter/ kvinner kan oppleve å verta gravid med sin overgripar eller å abortere som resultat av ein graviditet.

Enkopreseproblem er òg ein kroppsleg konsekvens av seksuelle overgrep (Søftestad, 2005).

#### **2.2.4 Sosiale følgjer:**

Dette avsnittet handlar om dei utfordringane personar som har opplevd seksuelle overgrep kan ha i høve til fungering i sosiale settingar og mellommenneskelege relasjonar.

Sosial kontakt kan vere utfordrande etter å ha opplevd seksuelle overgrep. Dette kan vise seg ved til dømes: Tilbaketrekking, ei oppfatning av at ”ingen forstår”, ei kjensle av at ein skaper uro hjå andre ved å snakke om det og av den grunn unngår det.

Personar med overgrepserfaringar kan oppleve skam, tabu kjensler, og at det er vanskeleg å snakke om traumet. Dette kan igjen føre til at han eller ho vèl å trekke seg tilbake frå sosial kontakt (Dyregrov, 2010).

Det å bli utsett for seksuelle overgrep kan føre til ei varig endring i karakterutvikling og tillit til andre menneske. Dette kan føre til at ein person med overgrepserfaringar vert vaksam og har vanskar med å stole på andre. Mistilliten i høve til andre menneske kan føre til utfordringar i høve til relasjonar. Til dømes kan fysisk kontakt vekke kjensler og fysiske reaksjonar som stammer frå seksuelt missbruk som barn, samt kroppslege avvergingsmekanismer og ubehag. Dette vil følgeleg gi utfordringar i høve til kjærleiksforhold (ibid.).

Seksuelle overgrep kan òg skape ei rask mogning som på si side kan føre til distanse mellom vener på eigen alder. Dette kan igjen føre til vanskar med samspel som held fram opp over i alder og vidare utvikling. Det sosiale samspelet vert på den måten opplevd som noko vanskeleg og som ein ikkje heilt meistrar. På den måten kan vanskane med nære relasjonar vedvara. Ein kan oppleve sosial tilbaketrekking, og aversjon mot å inngå i nære relasjonar (ibid.).

Rolla som offer kan vera vanskeleg å bryte ut av, og mange vert verande i denne rolla eller vert plassert i offerrolla på nytt av omgjevnadane.

Somme utviklar normbrytande åtferd, som seksualisert åtferd. Dette kan gjere at andre tek avstand og ikkje ynskjer å inngå i relasjon med dei. Å skaffe seg eigne born og ein familie vert for nokon ein uoppnåeleg draum (Søftestad, 2005).

Etterverknadane etter seksuelle overgrep kan òg påverke korleis ein som vaksen meistarar å delta i arbeidslivet. I mange yrke arbeider ein tett på andre menneske, og relasjonar til arbeidskollegar er difor ein vesentleg del av dagen. Menneske som har vanskar med relasjonar kan raskt fungere dårlegare samanlikna med andre arbeidstakarar. Seinverknader som til dømes flashbacks kan òg påverke fungering i arbeidslivet (Dyregrov, 2010).

Familieforholda hjå personar som har opplevd seksuelle overgrep kan bli påverka i lang tid. Dersom overgriparen er ein slektning, opplever mange at familien vert splitta. Nokre kan oppleve å ikkje verta trudd av familiemedlemmane. Dei vert stempla som løgnarar og syndebukkar. Nokre misser kontakt med overgriparen sin del av slekta. Andre opplever å miste kontakt med familien sin grunna plassering i fosterheim eller på institusjon, som følgje av overgrep (Søftestad, 2005).

Utfordringane i høve til konsentrasjon kan òg få sosiale følgjer. Ved at læringsevne og konsentrasjon er nedsett, kan skule og utdanning bli problematisk. Mange meistarar ikkje å ta utdanning. Dette fører til lågt lønna arbeid, kanskje fell dei og ut av arbeidsmarknaden. Lågt lønna arbeid eller arbeidsledighet kan føre til dårleg økonomi, og følgjeleg lågare sosial status i samfunnet (ibid.).

Media publiserer artiklar og dekker overgrepssaker som havnar i rettssystemet. I små samfunn er det lett å kjenne att personane som vert omtalt.

Nokre opplever at privatpersonar og offentleg tilsette får kjennskap til overgrep gjennom barnevernstenesta sitt arbeid med å innhente opplysningar kring omsorgssituasjonen.

Ansvarsgrupper samansett av fagpersonar frå ulike etatar drøfter utsegn og åtferd.

Andre kan òg oppleve at ”bygde-sladder” går for fullt. Kvar av desse eksempla fører til at individet sitt privatliv og overgrepshistorie vert tilgjengeleg for ei rekke menneske utan at individet har noko moglegheit til å setje grenser for dette sjølv. Det kan i neste rekke føre til spørsmål ein ikkje var førebudd på, sympatierklæringar og liknande utan at dei sjølve har behov for, eller ynskjer denne merksemda (ibid.).

Omsorgsevne er òg noko som kan verta påverka av det å bli utsatt for seksuelle overgrep. Dyregrov (2010) beskriv at det er ein over-representasjon av foreldre som har vore utsett for seksuelle overgrep som sjølv utsett borna sine for slike mønster.

Studiar viser at 50 til 80% av kvinnelege overgripingar har sjølv vore utsett for seksuelle overgrep i barndommen. Dette gjeld òg ein stor andel av dei mannlege overgripingarane (Kvello, 2010).

Elles vil jo ein forelder si fungering verke inn på kva omsorgsevne og kva samspel det er mellom foreldre og barn. Til dømes vil depresjon påverke samspelet med eit småbarn svært negativt, og kan gje store følgjer i utviklinga hjå barnet (Dyregrov, 2010).

### **2.2.5 Anna Luise Kirkengen si skildring av 7 fenomen som er karakteristiske hjå overgrepsutsette:**

Kirkengen (2001) sine fenomen hjå overgrepsutsette er teke frå doktorgradsavhandlinga hennar: *Inscribed Bodies, Health Impact of Childhood Sexual Abuse*.

Ho gjennomførte ei studie basert på djubdeintervju og gjennomgong av pasientjournalar. Som eit resultat kom ho fram til 7 fenomen som er karakteristiske for overgrepsutsette kvinner og menn.

Kirkengen (2001) poengterer at det er viktig å sjå desse fenomenene i høve til både forståing av seinskader og korleis ein skal hjelpe overgrepsutsette til ein betre kvardag.

Dei 7 fenomenene er:

Sanseleg imprinting, usikker verkelegheitsforståing, ueigna tilpasningsreaksjonar, anstrengte relasjonar, gjenkjende minner, forsøk på å fortelje og reaktive erfaringar.

Vidare følgjer ei kort framstilling av dei 7 fenomenene:

#### **Lived meanings / Sanslege innprentingar:**

Innanfor dette fenomenet beskriv Kirkengen at når menneske vert utsett for erfaringar og hendingar som vekker sterke kjensler, som seksuelle overgrep, så vil desse hendingane og erfaringane feste seg som innprentingar i kroppen.

Bevisstheita kan gløyme hendinga, men kroppen vil hugse. Dette fører i følgje Kirkengen til ei lekamleggjering av situasjonen og kjenslene som kan komme til uttrykk på ulike måtar.

Slike utrykk kan til dømes vere: sjølvskading, panikkanfall og andre former for anfall, disosiering, psykosar, fobiar, hallusinasjonar, pusteproblem, vanskar med å slappe av, og unngåingsåtfærd.

*“Da Berit første gang ble voldtatt som åtteåring av morens samboer, satte han en kniv mot hennes halsside. Senere la han bare en finger dit for å kreve lydighet. Helt siden da får Berit panikkanfall når noe streifer hennes hals, og hun bruker aldri skjerf, smykker eller sjal”*  
(Kirkengen, 2000).

### **Confused judgements / Usikker verkelegheitsforståing:**

Dette fenomenet handlar om å mistolke eller blande saman ulike sanseintrykk. Ubehagelege sanseintrykk kan verta blanda saman med ein situasjon som skjer i notida.

Til dømes: fysisk kontakt frå ein kjærast i notid kan blandast saman med berøring frå ein overgripar i fortid.

Kirkengen (2001) skildrar vidare at slike samanblandingar av sanseintrykk kan føre til ei uvisse i høve til spørsmål kring val og ansvar: Kva er rett og galt? Kva er trygt og utrygt? Kirkengen knyter dette vidare opp i mot det faktum at overgripar kan vere både slem, og god. Overgripar gjev ofte komplimenter, gåver og merksemd, samstundes som overgrepa finn stad.

*“Veronika ble misbrukt av sin far fra hun var ti år. For ikke å måtte høre de obsceniteter far sa når han brukte hennes kropp eller munn, spaltet hun sin hørsel. Hun var nesten døv i ti år og måtte benytte høreapparat. Da hun flyttet fra foreldrene, ble hørselen normal”*  
(Kirkengen, 2000).

### **Maladaptive adoptions / Ueigna tilpasningsreaksjonar:**

Dette fenomenet omhandlar meistringsstrategiar som overgrepsutsette nyttar seg av i overgrepssituasjonen, og korleis denne meistringsstrategien vert vidareført til andre situasjonar. I nye kontekstar var den gamle meistringsstrategien ikkje eigna, og kunne verta oppfatta som eit sjukdomsteikn. (Kirkengen, 2001)

*“Nora ble misbrukt av sin far fra hun var sju år. Uforklarlig smerte i høyre hofte førte til en operasjon da hun var 13. Hun var et helt år på sykehuset. Faren rørte henne aldri siden. Som voksen søkte Nora gjentatte ganger et fristed fra volden i ekteskapet på sykehuset”*  
(Kirkengen, 2000).

### **Strained relationships /Anstrengte relasjonar:**

Fenomenet omhandlar relasjonar. Relasjonar knytt til nære personar som familie og venner kan opplevast som belastande og anstrengd i følgje Kirkengen (2001) si studie.

Kirkengen forklarar dette med at noko grunnleggjande i synet på relasjon til andre menneske er øydelagd. Svik frå ein person som ein stolte på set spor. Erfaringa tilseier at nærleik er farleg, og grensa mellom omsorg og utnytting vert uklår.

Dette vil i følgje Kirkengen påverke alle relasjonar, både nær familie, venner, slekt, egne barn, partner og nye bekjentskap.

*“11 år gammel ble Bjarne voldtatt av den voksne han hadde mest tillit til. Han følte seg deretter så verdiløs at han ikke torde søke ømhet hos sine nærmeste. Han flyktet fra virkeligheten og ensomheten inn i mørke kinoer. Der ble han funnet av pedofile menn”*  
(Kirkengen, 2000).

### **Recognized memories / Gjenkjente minner:**

Minne frå barndommen kan verta utydelige og uklåre. Dette fordi minna kan vera for sterke til å ta inn eller at bevisstheten har fortrent situasjonar som eit forsvar.

Situasjonar eller sanseintrykk kan vekke minna og få dei inn i samanheng (Kirkengen 2001).

*“Beate hadde fra hun var liten opplevd at faren skadet moren med kniver. Da hun som voksen en dag så sin yngste tenåringssønn sitte og leke med en kniv, gjenkjente hun farens håndgrep i guttens hender. Da skjønnte hun at hennes far hadde misbrukt hennes sønn”* (Kirkengen, 2000).



### **Unheard messages / Forsøk på å fortelje:**

Dette fenomenet omhandlar Kirkengen (2001) sitt funn av at alle i undersøkinga fortel om forsøk på å fortelje om seksuelle overgrep til personar i hjelpeapparatet. Vidare skriv ho at budskapet ikkje vart fanga opp eller møtt på den måten som dei overgrepsutsatte hadde behov for. Kirkengen skildrar at historier som omhandla overgrep blei overhøyrte og gjort ugyldige.

*“Line ble voldtatt av sin far da hun var åtte, 12 og 20 år. Etter den siste voldtekten søkte hun hjelp for søvnproblemer. Da legen spurte om grunnen, nevnte hun voldtekten. Som om han ikke hadde hørt, skrev legen en resept og advarte mot å blande tablettene med alkohol”* (Kirkengen, 2000).

### **Reactivated experiences /Reaktiverte erfaringar:**

Dette fenomenet omhandlar gjenopplevingar av sjølve overgrepet eller andre erfaringar knytt til den tida. Minna kan triggast av sanseintrykk, liknande eller identiske hendingar eller kjensler. Eit nytt traume utløyser eit gammalt traume, og ein får eit ”dobbeltraume” Fortid og notid opptrer på den måten samstundes (Kirkengen, 2001).

*“Da Fanny forstod at hennes datter var blitt misbrukt av en nabo, husket hun sitt eget misbruk gjennom en onkel. Hun anmeldte naboen, men ble selv dømt for falsk anklage siden medisinske bevis manglet. Fanny fikk en parese, og deretter ble hun arbeidsufør”* (Kirkengen, 2000).

### **2.2.6 Angela Browne og David Finkelhor (1986) sin teori om følgjer og prosessar hjå born som er utsett for seksuelle overgrep:**

Browne og Finkelhor (1986) har gjennomgått 27 undersøkingar av kvinner/ jenter som har opplevd seksuelle overgrep for å dokumentere skadeverknader av incest og seksuelle overgrep.

Dei skildrar 4 faktorar som gjer seg gjeldande og verkar saman: -svik, -maktesløyse, -stigmatisering, og -traumatisert seksualitet.

**Svik:**

Ei kjensle av svik kan prege minna, emosjonane og innstillingane til barnet. Dette oppstår då den barnet var avhengig av for tryggleik, eller som det stolte på, er den som påfører skade.

Barnet kan òg oppleve ei kjensle av svik i høve til familiemedlemmer som ikkje verna dei mot overgrep, eller som endrar åtferd i tida etter overgrepa. Svik kjensla kan oppstå allereie ved det fyrste overgrepet, men kan og komme fyrst etter fleire overgrep. Det er ikkje berre nærleiken i relasjonane som er avgjerande for denne kjensla, men og i kor stor grad han/ ho opplever at dei er svikne.

Browne og Finkelhor skriv vidare at barnet sitt uttrykk for svik kan uttrykkas gjennom depresjonar og sorgreaksjonar. Ein kan òg oppleve at barnet si manglande tryggleik gjev seg utslag i form av det vert klengete. Samstundes kan ein oppleve det motsatte, - barnet isolerer seg frå andre grunna mistillit.

Svik kan gi utslag i sinne, som kjem til uttrykk i form av lovbrøt og antisosial åtferd.

**Maktesløyse:**

Denne faktoren handlar om det at barnet si vilje, og sine ynskjer vert tråkka på som ein konsekvens av overgrepa. Barnet kan oppleve ei maktesløyse ved å ikkje bli trudd, eller ved å kjenna seg fanga. Dette kan gje utslag som mareritt, frykt, angst, fobiar, mistillit og fysiske smerter. Barnet si oppleving er at det ikkje har kontroll over det som hender.

Browne og Finkelhor skildrar at maktesløyse òg kan føre til lågare effektivitet og meistringsevne. Dette kan vidare sjåast i samband med lærevanskar og utfordringar i arbeidslivet, -omgjevnadane kan verta vanskelege å takle.

For å verne seg sjølv mot maktesløyse blir somme, særleg menn, opptatt av å dominere eller kontrollere andre.

**Stigmatisering:**

Overgriparen kan plassere skulda hjå barnet. Barnet internaliserer dette. Barnet meiner at overgrepa skjer fordi barnet fortener det. Barnet opplever å vera verdiløus, kjenner seg skitten og annleis enn andre born.

Browne og Finkelhor hevdar at familie og nettverk kan òg påføre barnet skamma og skuldkjenslene, via sine reaksjonar og haldningar i etterkant av overgrepa. Hemmelighald forsterkar stigmatisering. Born kan oppleve å ha vore aktivt deltakande i overgrepa, og av den grunn føler sterk skuldkjensle og ei stor motvilje mot å fortelje om overgrepa. Barnet kan

få si oppfatning av røyndommen forstyrra og stille spørsmål til kva som eigentleg hende og kva som var fantasi.

Einsamheit, oppsøking av sub-kulturar, rusmisbruk, og prostitusjon kan vera uttrykk for kjensla av stigmatisering. Sjølvskading og sjølvmondsforsøk er andre dømer på dette.

### **Traumatisert seksualitet:**

Denne skada oppstår ved alle former for seksuelle overgrep. Frå dei mest alvorlege av seksuelle overgrep til utuktig åtferd. Den seksuelle utviklingsprosessen blir skada, og fører til forvirrande kjensler og haldningar kring eigen seksualitet. Denne skaden i utviklinga kjem til uttrykk på ulike måtar, til dømes: prostitusjon og seksuell aggresjon. Problem med eigen seksualitet kan oppstå i ungdom og vaksensalder. Dette kan føre til vegring mot seksuell relasjon, vanskar med å oppnå ein likeverdig seksuell relasjon, og å gjennomføre seksuelle relasjonar. Mange kan gjenoppleve traumer gjennom sex. (ibid.).

## **3.0 Post-traumatisk terapi og metodar:**

I dette kapittelet følgjer ei framstilling av dei ulike behandlingmetodane som ein ofte nyttar i høve til overgrepsutsette. Lesaren har så langt fått innsikt i dei komplekse og gjennomgripande følgjene av seksuelle overgrep. Det er mi meining at seinskadane sitt alvor fordrar eit breispektra tilbod. Dette vert nærare omtalt i det avsluttande kapittelet.

I høve til eit perspektiv som fordrar eit slikt tilbod vert det viktig å presentere dei post-traumatiske terapiformane og metodane som vert nytta i høve til denne gruppa menneske. Eg har valt å omtala dei ulike metodane og terapiformene som er nemnt i den litteraturen eg har nytta. Dette fell òg saman med metodar som kvinnene fortel at dei har blitt tilbudd, eller har nytta seg av.

Magrethe Øglænd i Iversen (2010) påpeiker at faglitteratur viser at ein ikkje skal byrje med traumebehandling dersom pasienten har eit kaotisk vaksenliv med omfattande angst, og utageringsreaksjonar. Ei stabil og trygg notid vert framheva som viktig for å kunne bearbeide fortida.

Øglænd presiserer at dersom notida er for vanskeleg og kaotisk til å ta fatt på den krevjande og intense prosessen som traumebehandling er, så er det anbefalt å tenke faseorientert behandling.

Øglænd viser då til at ein skal tenkje behandling ut i frå eit faseperspektiv på kriseforløpet. Faseteorien vert nærare presentert på side 77 i denne oppgåva.

### **3.1 Psykoterapi:**

Kvello (2010) viser til at psykoterapi kan vere svært nyttig for dei som har opplevd seksuelle overgrep.

Jannike Engelstad Snoek og Knut Engedal (2004, s. 45) i boka ”Psykiatri” presenterer denne definisjonen på psykoterapi:

Psykoterapi kan defineres som enhver intervensjon som har til hensikt og redusere psykologisk ubehag, redusere uhensiktsmessig atferd eller fremme hensiktsmessig atferd gjennom veiledning, strukturert eller ustrukturert interaksjon, et treningsprogram eller en oppsatt behandlingsplan.

Kvello (2010) presiserer at nytteverdien av psykoterapi er avhengig av og fordrar at traumet er tilbakelagt, og at det ikkje pågår framleis. Han trekk fram at psykoterapi, både individuell behandling, gruppeterapi og familieterapi kan vere nyttig behandling for dei som har opplevd seksuelle overgrep.

#### **3.1.1 Kognitiv åtferdsterapi:**

Kognitiv åtferdsterapi er utvikla av Aaron T. Beck gjennom hans arbeid med terapi i høve til depresjon (Berge & Repål, 2000).

Terapeuten skal hjelpe pasienten til å bli bevisst, og så endre uhensiktsmessige tankar og åtferd (Gelder, Mayou & Geddes, 2005).

Sentralt i denne terapiforma er trening i ekspressive teknikkar, forståing av relasjonen mellom tankar, kjensler og åtferd, gradvis eksponering, kognitiv bearbeiding av hendingane, og informasjon kring psykologiske aspekt ved, i denne samanhengen, seksuelle overgrep (Dyregrov, 2010). Her kan ein sjå at denne terapiforma inneheld element av sjølvhjelp. Ved treningsoppgåver, auka forståing og informasjon kring ein sjølv og sine eigne reaksjonar, kan pasienten aktivt vere med å hjelpe seg sjølv.

Undersøkingar viser god dokumentert verknad på traumeområdet ved denne forma for behandling, særleg i høve til seksuelle overgrep. Det er blant anna dokumentert å redusere PTSD, depresjon og åtferdsproblem (ibid.).

### **3.2 Eye movement desensitization and Reprocessing (EMDR):**

Studiar viser gode erfaringar i høve til vaksne med PTSD samt aukande positive forskingsresultat også for born.

Metoden går ut på at personen henter fram bilete av den traumatiske hendinga eller hendingane, og fokuserer på dette samstundes som dei følgjer handa til terapeuten med auga. Handa vert bevega rytmisk fram og tilbake framfor auga.

Alternativt kan ein bruke alternerande taktil eller auditiv stimulering.

Metoden fordrar ein trygg terapeutisk relasjon og ein erfaren terapeut.

Undersøkingar viser snarleg effekt av metoden som inneber umiddelbar avslappningsrespons, simultan desensitivisering og kognitiv restrukturering av minne.

Studiane viser òg at augerørslene (eller dei andre stimuleringane) sannsynlegvis fremmar overføring mellom dei to hjernehalvdelane, samt kanskje mellom djupare områder av hjernen og neocortex (ibid.).

### **3.3 Narrativ terapi:**

Ved bruk av denne metoden skal pasienten fortelje si historie, som vert nedskreven av terapeuten. Målet med dette er å få på plass fragmenterte minner og skape ei samanhengande historie (ibid.).

Denne metoden skal bidra til å skape eit skilje mellom dei faktiske hendingane, og tolkingar eller perspektiv som pasienten har konstruert sjølv. På den måten skal ein skape ein realistisk og samanhengande forteljing som vert nytta i ei bevisstgjeringsprosess og gjer ordiner samtaleterapi mogleg (Follesø, 2003).

## **4.0 Sjølvhjelp:**

I dette kapittelet vil eg freiste å skildre kva sjølvhjelp er, både som ideologi og metode.

Sjølvhjelp er eit svært sentralt omgrep i denne oppgåva. Etter mi meining er sjølvhjelp eit litt utydeleg omgrep som kan romme svært mykje og som kan nyttast i svært ulike høve.

Eg vil ha fokus på sjølvhjelp som metode i samband med overgrepsutsette. Eg kjem òg til å trekkje inn omgrep som empowerment og brukarmedverknad, då dette er omgrep som er aktuelle i denne samanhengen, og er med å illustrere både ideologi og metode bak sjølvhjelp i høve til denne gruppa menneske.

## **Sjølvhjelp:**

*”Menneske med felles problem og behov kjem saman for å finne løysingar eller meistre utfordringar i fellesskap ” (Selvhjelp Norge, 2012).*

Dette kan omfatte svært ulike aktivitetar, alt frå mindre samtalegrupper til organisasjonar som arbeider utadretta for å endre samfunnsforhold eller hjelpeapparatet si fungering (ibid.).

“Sjølvhjelp” er eit forholdsvis nytt omgrep. Det er eit populært ord og eit omgrep som aukar i omfang og utbreiing. Sjølvhjelp vert nytta som teknikk i alt frå rusavhengighet til depresjon, angst og sjølvrealisering.

SMSO har sjølvhjelp som ideologi bak sitt arbeid med personar som er utsatt for seksuelle overgrep (SMSO, 2012). Ordet ideologi kan ein knytte til eit idèsystem, eit grunnsyn eller eit samfunnsyn (Store norske leksikon, s.a). Ein ideologi kan slik eg tolkar det vera ei felles oppfatning, eller ein samanhengande og omfattande visjon.

Det er utarbeidd fleire brosjyrar som omhandlar sjølvhjelp knytt til ulike utfordringar og tema. Det er òg oppretta eit nasjonalt kompetansesenter for sjølvorganisert sjølvhjelp: Selvhjelp Norge. Selvhjelp Norge har ei lett tilgjengeleg internettside med mykje info:  
[www.selvhjelp.no](http://www.selvhjelp.no)

Sosial og helsedirektoratet definerer sjølvhjelp i sin ***Nasjonal plan for selvhjelp***:

*"Selvhjelp er å ta tak i egne muligheter, finne frem til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt og selv styre det i den retning en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess, fra passiv mottaker til aktiv deltaker i eget liv"* (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Ein anna definisjon er:

*"Selvhjelp" er å ta utgangspunktet i opplevelsen av eget problem, gå inn i en prosess sammen med andre, for gjennom denne å erverve innsikt som aktiverer bruk av egne erfaringer for å oppnå forandring"* (Selvhjelp Norge, 2012).

Ut i frå Sosial- og helsedirektoratet og Selvhjelp Norge sine definisjonar ser ein at sjølvhjelp handlar om å erkjenne at ein har utfordringar og at ein treng hjelp, for så å nytta sine egne erfaringar til å mobilisera ibuande krefter til å få eit betre liv.

**Selvhjelp Norge** skriv på sine internettsider at sjølvhjelp som omgrep og ideologi handlar om å hente fram kunnskapar og erfaringar, samt andre ressursar som ein ikkje i utgangspunktet var klar over at ein hadde, for så å nytte desse. Dette inneber òg å våga å stole på seg sjølv, sine eigne evner og ressursar. På den måten kan ein endre på livskvaliteten sin.

Selvhjelp Norge skriv vidare at den fyrste prosessen er å våga å be om hjelp (ibid.).

**Norsk selvhjelpsforum** beskriv at sjølvhjelp er å ta eigne kjensler og opplevingar på alvor, erkjenne dei og ta dei i bruk i høve til eigne endringsprosessar (Norsk selvhjelpsforum, 2009).

Ein ser ut i frå dei ulike definisjonane at det er dei ibuande ressursane hjå mennesket som er i fokus. Det vert sett fokus på at det er aktive arbeidsprosessar der personane tar ansvar og eigarskap for eigne problem, og at ein tar tilbake myndighet over eget liv.

Sjølvhjelp kan føregå både på eit individuelt og eit kollektivt nivå. Selvhjelp Norge sin definisjon fordrar at ein går inn i ein prosess saman med andre, medan Sosial- og Helsedirektoratet sin definisjon omtalar sjølvhjelp på eit meir individuelt plan.

Sjølvhjelpsgrupper og ulike organisasjonar og foreiningar er sjølvhjelp på eit kollektivt nivå. På det individuelle nivået ligg bevisstgjeringsprosessen og aktiveringa av dei ibuande ressursane hjå kvar enkelt person.

Slik eg tolkar omgrepet er sjølvhjelp å erkjenne at ein har utfordringar, ynskja ei endring, verta bevisst eigne ressursar og ta i bruk desse for å oppnå endringar. Metodane ein nyttar og vegen mot endring kan være ulik frå person til person.

#### **4.1 Empowerment:**

Den grunnleggjande trua på eit individ sine ibuande ressursar og moglegheiter kan ein knytte opp mot empowermentomgrepet.

Empowerment har blitt eit populært ord. Det er brukt i mange organisasjonar som eit nøkkelord og vert brukt til å skildra verksemda, verdisynet og ideologien (Askheim & Starrin, 2007). Empowerment er eit ord som vanskeleg lar seg omsette til norsk. I litteraturen finn ein ei rekke forsøk på omsettingar, men dei fleste konkluderer med at omsettinga ikkje vert dekkande for det empowerment som omgrep famnar (ibid.).

Norsk selvhjelpsforum (2009) omsetter empowerment til egenkraftmobilisering og presenterer denne definisjonen:

*"Egenkraftmobilisering er den prosessen som er nødvendig for å styrke og aktivere menneskets egenkraft til å bli kjent med egne problemer, og erverve seg nødvendige ressurser for å kunne håndtere hverdagen".*

Det er mi meining at empowerment er eit ord folk flest kan ha positive assosiasjonar til. Ein snakkar om positive ideal som medbestemming, makt over eige liv og deltaking.

Empowerment er eit engelsk ord. I følgje ordbøker betyr *empower* å autorisere eller gi makt. Verdens helseorganisasjon (1998) definerer empowerment som ein prosess der folk oppnår større kontroll over avgjersler og handlingar som omhandlar helse.

Dette fordrar sjølvinnsikt og at individet er klar over sin eigen situasjon og korleis ein kan påverke omgjevnadane, utvikle eigen personleg kompetanse og at individet deltar i å definere sine behov og problem. Individet må vere aktiv i avgjersler som omhandlar eige liv (Tveiten, 2007).

Innanfor empowermentlitteraturen vert brukaren/ pasienten/ klienten ein deltakar i behandlinga. Pasienten si deltaking vert framheva og er eit nøkkelomgrep innanfor denne litteraturen (ibid.).

Empowerment-tenkinga vert framheva som ein "motsats" til den "tradisjonelle behandlingsforma" med den paternalistiske haldninga. Pasienten skal bort frå å vera mottakar av ei behandling og over til å vera ein deltakar i prosessen. Tveiten framhever at dette ikkje inneber at pasienten skal ha ansvaret. Ansvaret og myndigheten ligg framleis hjå behandlaren som er ein fagperson. Men pasienten skal ha informasjon, rett til å bli høyrd og medverke i prosessen

Tveiten skriv vidare at det er ei omfordeling av makt frå behandlar til pasient (ibid.).

I følgje Ole Petter Askheim (2007) uttrykker empowerment at personar eller grupper i ein avmaktsituasjon skal opparbeide seg kraft og styrke til å komme ut av avmakta. Ei mobilisering av kraft skal ligge til grunn for å få kjempe mot kreftene som held dei nede, og på den måten få kontroll, makt og styring over eige liv.

Det er mi meining at sjølv om ein er ekspert på seg sjølv, så er det ikkje alltid ein veit kva som er best for eiga helse. Det er ikkje mogleg å vere ekspert på alle fagområder. Noko veit



fagpersonar best. Til dømes kva type behandling som skal setjast i verk for ein bestemt type kreft. Det er vanskeleg for ein vanleg privatperson utan medisinstudium å vite kva som er best behandling. Her vert det då viktig å gi informasjon, og la pasienten til dømes velje behandlingsform ut i frå kva bivirkningar som pasienten føretrekk framfor andre. Det er noko pasienten er ”ekspert” på sjølv. Korleis ein pasient opplever noko, kan vere ulikt frå andre pasientar med same lidning. Det er etter mi meining her dei viktige nyansane innanfor empowerment-tenkinga kjem fram.

Askheim påpeiker at innanfor dei ulike empowermentposisjonane er det likevel noko grunnleggande felles: mennesket er eit aktivt og handlande subjekt. Det er eit grunnleggande positivt syn på mennesket og at alle kan og vil sitt beste om forholda ligg til rette for det (ibid.).

## **4.2 Brukarmedverknad**

Både sjølvhjelp og empowerment som omgrep famnar om det enkelte mennesket sitt eigarskap til eigne utfordringar, og si rett til å avgjere kva som er best for dei. Det er fokus på den enkelte sine ibuande ressursar, kunnskapar og erfaringar. Fokuset ligg på at personen med utfordringa eller problemet har eit eigarskap til dette. Det vert då naturleg å knytte inn omgrepet brukarmedverknad.

Tveiten (2007) framhevar at brukarmedverknad er ein føresetnad for å ivareta prinsippa i empowermenttenkinga. På denne måten knyt ho omgrepet brukarmedverknad saman med empowermentomgrepet. Brukarmedverknad blir eit grunnlag for empowerment-omgrepet.

Rolf Rønning (2007) påpeiker at brukarmedverknad og empowerment er svært like begrep som favnar om det samme. Han påpeiker at skilnaden vert at *brukar* i høve til brukarmedverknad, er definert av hjelpeapparatet og er som følge av det ein brukar av dette. Empowerment begrepet kan ein nytte i høve til alle deltakarar i samfunnet på eit meir allment plan.

### **Brukarmedverknad som omgrep:**

Brukarmedverknad fordrar dialog mellom fagperson og brukar/ pasient (Tveiten, 2007). Det fordrar at brukaren er med og påverkar både relasjon og forløpet av til dømes ei behandling.

Brukaren skal ha rett til og reell moglegheit for å være med å påverke avgjersler som blir tekne, og som vil påverke deira liv og behandling.

Reell brukarmedverknad fordrar at brukaren sjølv har rett til å vurdere om problemet eksisterer, kva problemet er, og å definere kva som eventuelt skal gjerast med problemet.

Brukaren skal òg kunne velje mellom kva tiltak som skal setjast i verk, kor lenge dei skal vare og når ein skal avslutte og eventuelt vidareføre tiltaka.

For å illustrere omgrepa empowerment og brukarmedverknad kan ein trekke fram det motsette av desse omgrepa: Paternalisme.

Dette omgrepet nyttar ein når fagpersonane går inn og definerer problemet, behovet for hjelp og kva hjelp ein skal tilby ut i frå sin kunnskap som fagpersonar (ibid.).

### 4.3 Sjølvhjelpsteknikkar:

Det er etter mi forståing glidande overgangar mellom terapeutiske metodar og sjølvhjelpsteknikkar. Til dømes kan det å vera aktivt deltakande mottakar av ein terapimetode sjåast på som sjølvhjelp. Mange av sjølvhjelpsteknikkane som vert omtalt i litteraturen kan òg nyttast innanfor post-traumatisk terapi og metodar. Litteraturen omtalar ei rekke ulike sjølvhjelpsteknikkar. Dette er metodar som den enkelte kan nytte seg av for å hjelpe seg sjølv til å meistre dei utfordringane ein sjølv kjenner ein slit med.

Dyregrov (2010) listar opp følgjande sjølvhjelpsteknikkar:

- **Førestillingsmetodar:** omhandlar det å til dømes førestille seg ein ”safe place” – ein trygg stad. Her nyttar ein gode minner og kjensler av tryggleik til å aktivt framkalle gode kjensler og minner når angst og vonde opplevingar trenger seg på. Eit anna døme er å assosiere til ein dvd film der ein kan stoppe, spole osv.
- **Motbetinging:** Omhandlar det å be pasienten om å tenke på gode minne og situasjonar. Fokusere på den gode kjensla medan ein trykker på eit punkt på kroppen, til dømes fingeren. Dette kan ein så nytte til å trykke på dette punktet når vonde minne, angst osv. trenger seg på for å framkalle dei gode kjenslene att.
- **Distraksjonsmetodar:** Omhandlar det å halde på med hobbyar, sjå på tv, lytte til musikk. Gjere noko som får tankane vekk frå det vonde og ubehagelege. Gummistrikk kring handledet er ei gammaldags metode innanfor dette. ”Gummistrikkmetoden” går ut på å ha ein gummistrikk kring handledet. Denne skal

ein dra i- og sleppe slik at den ”smell” mot huda dersom ein opplever til dømes angst. Målet er at ubehaget frå gummistrikken skal distrahere tankane vekk frå det angsta. Vert òg nytta og i samband med at ein aktivt tenker på hendinga/ hendingane i avgrensa tidsperiodar. Tilfredsstiller hjernen sitt behov for å tenke på dette, og kan tenke på andre ting resten av dagen.

Viktig at ein ikkje berre bruker slik form for metode. Det kan føre til at traumatisk materiale ikkje vert bearbeida.

- **Tankestyringsmetodar:** Terapeuten stoppar tanken, og tanken skal erstattast med ein positiv tanke. Dette blir gjennomført fleire gonger. Pasienten skal òg sjølv gjere dette, som krevjar viljestyrke frå pasienten. Dyregrov (2010) hevdar dette skal vere nyttig mot tvangsprega tankar.
- **Sjølvinstruksjonar:** Omhandlar det å instruere seg sjølv. Eit døme på dette er Albert Åberg i møte med si frykt: ”Spøkelse, spøkelse gå din vei, du finnes ikke men det gjør jeg!”
- **Eksponering:** Gradvis eksponere seg sjølv i høve til det som framkallar frykt og engsting, vonde minner osv.
- **Skriving:** Skrive ned det som hende, skrive brev til nokon, enten sende eller ikkje. Fortelje om tankar, kjensler osv. Skrive brev til overgripar. Få sagt det ein skulle sei. Terapeutisk effekt ved å få ut undertrykte tankar og kjensler. Hovudårsaka til liding etter eit traume kan skuldast undertrykking av desse kjenslene og tankane. Skrivinga vil på den måten bidra til å strukturere og skape samanheng og på den måte føre til ei betring.  
Dette kan òg nyttast i høve til søvnproblem og/ eller mareritt. Ein kan då skrive ned draumane og erstatte endinga i mareritta.
- **Religiøse ritual:** Dersom ein er religiøs kan ein finne terapeutiske verkander ved å utrykke seg i bøn eller gjenta religiøse ritual. Her kan ein truande finne trøyst og styrke.
- **Avslappingsmetodar:** målet er å dempe økt aktivering av kroppen, inneber til dømes pustemetodar.
- **Fysisk aktivitet og fysisk kontakt:** Menneske som har vore utsett for seksuelle overgrep har ofte eit anstrengt forhold til fysisk kontakt og eit anstrengt forhold til sin eigen kropp. For dei kan positive opplevingar med berøring ha stor nytte. Til dømes massasje, fysisk aktivitet osv.

#### **4.4 Sjølvhjelpsgrupper:**

Sjølvhjelp kan ein òg, som tidlegare omtalt, vere fleire om å nytte i fellesskap. Ein kan då danne sjølvhjelpsgrupper.

Sjølvhjelpsgrupper er ein mykje nytta aktivitet innanfor sjølvhjelp som ideologi og metode. Her er det grupper som er samansett med menneske med dei same utfordringane og behova. Dei har felles erfaringar og målet vert at dei saman skal få til endring i livet deira. Dette skal gjerast ved at gruppa skal ta nytte av erfaringane til kvarandre og på den måten skape felles kunnskap (Sjølvhjelp Norge, 2012).

Astrid Steen Johansen (s.a.) beskriv at den felles kunnskapen som gruppa tileignar seg skal verta ei ”rettesnor” for den vidare erfaringsutvekslinga mot målet eller endringa som enkelt individet ynskjer i sitt liv. På den måten vert den enkelte si sjølvhjelps-prosess realisert i ein relasjonell kontekst.

Helsedirektoratet (2004) trekk fram at sjølvhjelpsgrupper skal bygge på brukarerfaring, og både fagleg og forskingsbasert kunnskap, som blant anna kan knyttast opp mot relasjonsbygging.

#### **5.0 Metode:**

I dette kapittelet kjem eg til å gjere greie for korleis undersøkinga vart gjennomført, og kva vitskapleg teoretisk ramme denne undersøkinga famnar kring.

Val og formulering av problemstilling vert òg gjort greie for her.

Metodeval vert begrunna i vitskapleg teoretisk ramme og problemstilling.

Vidare vert førebuingar i høve til undersøkinga gjort greie for. Deretter kjem ei utgreiing om rekrutteringa, utval av informantar og prosessen med å skaffe informantar. Samt førebuing til intervju, gjennomføring, transkribering og analyse av dei ferdig transkriberte intervju. Til slutt gjer eg greia for validitet, relabilitet og etiske refleksjonar.

## 5.1 Vitskapleg teoretisk ramme:

Den vitskapleg teoretiske ramma fortel kva synspunkt forskaren har til kva som er kunnskap, den seier noko om kva som er forskaren sitt standpunkt til korleis verda er, og menneske sitt forhold og sin påverknad til det samfunnet vi lever i. Den vert og styrande for kva det er forskaren ynskjer å undersøke (Thagaard, 2009).

Forskaren si forståing av data materialet vert utvikla gjennom heile forskingsprosessen, og må sjåast i samheng med den forforståinga forskaren har med seg inn i prosjektet (ibid.).

Det er menneskelege erfaringar som er fokuset i denne undersøkinga. Det er dei subjektive opplevingane eg ynskjer å få fram. Med omsyn til at erfaring er subjektivt og at menneske forstår og tolkar sine erfaringar basert på si forforståing, på same måte som forskaren si forforståing vil påverke undersøkinga, vert resultatet av undersøkinga, empirien, til i eit samspel mellom informant og intervjuar (Kvale & Brinkmann, 2012).

På bakgrunn av tanken om at det er dette samspelet som skaper empirien, vert undersøkinga til innanfor ei sosialkonstruktivistisk vitskapsteoretisk ramme.

Sosialkonstruksjonisme har bakgrunn i ei vending bort frå vektlegginga av skildringar og forklaringar innanfor empirismen og den logiske positivismen. I følge sosialkonstruksjonismen vert verda konstituert på grunnlag av det folk snakkar om, argumenterer og skriv om verda (Kvarv, 2010). Mennesket konstruerer teoriar, oppfatningar kring verkelegheita og kategorisering av objekt. Dette er ikkje noko som kjem automatisk. Det er menneskeleg interaksjon og felles forståing som fordrar dette (Godfery-Smith, 2003). Ein kan ut frå dette seie at kunnskap om den sosiale verkelegheita kontinuerleg produserer denne verkelegheita, og verkelegheita er skapt av individa i fellesskap.

Føremålet med denne undersøkinga er å få fram stemma til kvinnene i undersøkinga. Det er deira vurderingar av si eiga historie og erfaring som skal fram. Her kan ein trekkje samanlikningar til sjølvhjelp, empowerment og brukarmedverknad som omgrep og av den grunn argumentere for at det er ei sosialkonstruktivistisk vitskapsteoretisk ramme kring undersøkinga.

## 5.2 Fenomenologi:

Fenomenologien fordrar eit utgangspunkt i den subjektive opplevinga og søker ei forståing av den djupare meininga i enkeltindivid si erfaring (Thaagard, 2009).

Fenomenologien inneber at forskaren er opptatt av fenomenverda slik informanten opplever den. Den ytre verda kjem i bakgrunnen.

Edmund G.A. Husserl (1970), som ein reknar for å være fenomenologien sin far, innførte omgrepet ”å sette i parentes”. Forskaren må sette til side sine eigen fordommar , ferdige kategoriar og teoriar for å kunne studere verda slik som den opplevast for den enkelte. Det vert følgjeleg viktig å verta bevisst si eiga forforståing og korleis dette kan påverke arbeidet med undersøkinga. Forforståing vert nærare omtalt seinare i dette kapittelet.

Det er informantane si oppleving av situasjonen som er viktig. Fokus er retta mot det som vert tatt for gitt innanfor ein kultur. Fenomenologien byggjer på ei grunnleggjande oppfatning om at verkelegheita er slik som folk oppfattar den. Dette opnar for forskning med daglegspråk og den dagleg opplevde erfaringa er i fokus.

Forskaren kan ved å setje seg inn i informantane si erfaring, setje ord på dei, og bruke eit språk som formidlar konkrete erfaringar, bidra med at erfaringsbasert kunnskap vert meir synleg og eksplisitt (ibid.).

## 5.3 Hermeneutikk:

Omgrepet Hermeneutikk nyttar ein om sjølve handlinga der ein fortolkar ein tekst. I denne oppgåva vert den aktuelle teksten dei transkriberte intervju. Teksten vert tolka for å skape meining ut av teksten. Dette vert og kalla forståingskunst eller fortolkingslære (Gilje & Grimen, 1993).

Hermeneutikk kjem av det greske ordet *hermeneuein* som tydar *tolke* eller *fortolke* (Thomassen, 2006). Omgrepet kan ein vidare knytte opp mot den greske guden Hermes. Han var gudane sin budbringer. Han uttrykte, fortolka og forklarte budskapet frå gudane (Thornquist, 2003). Når ein snakkar om hermeneutikk snakkar ein ikkje om ein metode, men om ein teori om det å forstå og å fortolke. Ein søker ikkje årsaksforklaringar, men forståinga av dei menneska ein forskar på. Ein ser på mål, motiv og hensikt bak handlingane til menneska og fordrar å tolke dei meiningane som ligg bak ytringar (ibid.).

Den tyske filosofen, historikaren, psykologen og sosiologen Wilhelm Dilthey påstår at hermeneutikken er grunnlaget for alle humanvitenskapene, då hermeneutikken si oppgåve er å gjere greie for kva forståing er. ”*Naturen forklarar vi, mennesket fortolkar vi*” er eit kjend sitat frå Dilthey (Thomassen, 2006). På denne måten syner ein at hermeneutikken ligg tett knytt opp mot den kvalitative undersøkinga ved at ein søker forklaringar og tolkar det informantene seier for å finne meiningar og svara på kvifor og korleis. Forskaren må tolke det som informantene seier slik at det gjev meining for han.

### **5.3.1 Forforståing:**

Som hermeneutisk innstilt forskar, nærmar vi oss det vi skal fortolke med vår eiga forforståing (Dalland, 2002).

Thornquist (2008) viser til Gadamer sin filosofiske hermeneutikk og seier at forståinga aldri er umiddelbar og utan føresetnader. Det inneber at våre tolkingar av omverda og oss sjølve, alltid er fordra av ei rekke forhold som vi aldri heilt vil kunne ha full oversikt over.

Forforståinga mi er dei tankar, erfaringar, inntrykk, kjensler og kunnskapar eg har kring emnet. Dette er noko eg ikkje kan leggje frå meg. Det vil alltid være med meg og påverke korleis eg legg meining i noko, –korleis eg fortolkar noko. I følgje den hermeneutiske tenkinga er forforståinga ei ressurs. Det er eit verktøy eg nyttar i mi analyse (Dalland, 2002). Forforståinga kan òg vere eit hinder. Den kan leggje føringar for korleis eg oppfattar eit utsegn og korleis eg tolkar dette.

For å unngå at forforståinga vert eit hinder må forskaren ”setje seg sjølv i parentes” i følgje Husserl (1970). Dette inneber å bli bevisst mi forforståing. Eg må reflektere over kva det er eg har i min ”ryggsekk” og korleis dette påverkar mi oppfatning og tolking. På den måten kan eg freiste å sette det til side i undersøkingsfasen, men samstundes nytte allereie tileigna erfaringar og kunnskapar i til dømes intervjusituasjon, der uttrykk og felles meiningar vert tekne for gitt.

Mine kunnskapar og erfaringar i høve til seksuelle overgrep kjem frå utdanninga mi som barnevernspedagog samt fleire år som tilsett ved den kommunale barnevernstenesta.

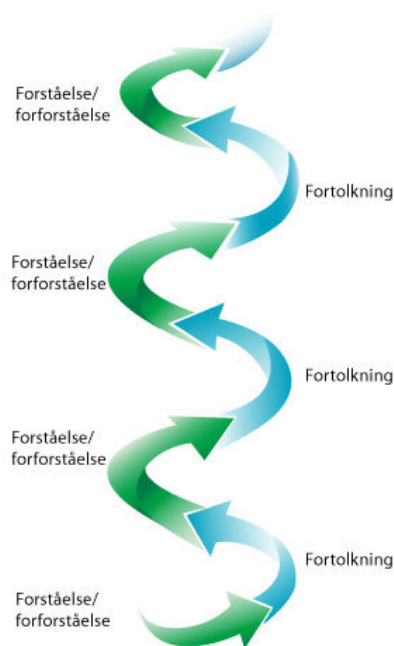
Som sakshandsamar i barnevernstenesta får ein mykje trening i å snakke med menneske, både vaksne og born, i ein vanskeleg livssituasjon om vanskelege tema.

Eg hadde nok førestillingar om ei gruppe som var svakare og meir prega enn det eg møtte. Eg vart imponert over deira styrke og evne til å skape endring for seg sjølve.

Den forforståinga eg hadde ved undersøkinga si byrjing vart med andre ord svært raskt utvikla.

Innanfor hermeneutikken finn ein den hermeneutiske spiralen. Den illustrerer det fortolkingsmessige prinsipp som viser til at vi forstår ”Delene ut fra helheten og helheten ut fra delene” (Thornquist, 2003, s. 142). Ein kan sjå på samanhenga mellom fortolkinga og forståelsen/ forforståinga til forskaren som ein spiral. Fortolking dannar grunnlag for forståelse som og vil føre til endring av forforståinga, som på si side legg føringar for ny fortolkning. Dette vert som ein evig spiral.

Den hermeneutiske spiralen kan illustrerast på denne måten:



Denne illustrasjonen er henta frå [www.forskning.no](http://www.forskning.no)

### **5.3.2 Nokon kritiske refleksjonar i høve til hermeneutikk:**

Innafor all forskning vil det vera feilkjelder og svakheter.

Den hermeneutiske og fortolkande posisjonen med det kvalitative intervjuet kan kritiserast for blant anna å ha ein sjølvoppfyllande profeti. Forskar og informant påverkar kvarandre.

Forskaren har med seg si forforståing inn i intervjuet. Det kan hende at han spør etter det han ynskjer å høyra for å få bekrefte sine hypotesar og si forforståing. Informanten oppfattar signala som forskaren sender ut og ynskjer å leve opp til dette.

På same måte som forskar er påverka av forforståinga er informanten òg det. Informanten har òg si forforståing med seg inn i intervjusituasjonen (Gilje & Grimen, 1993).



Ein kan òg spørje seg kven resultata til forskaren har meining for. Er det forskaren eller informanten?

Noko av kritikken mot hermeneutikken, fortolkinga og kvalitative intervju som metode er at for at ei undersøking skal ha verdi må det vera mogleg for andre forskarar å etterprøva resultata. På den måten veit ein at det er rett kunnskap (ibid.).

I ein fortolkingsprosess vil forskarar alltid kunne komme fram til ulike tolkingar (Thornquist, 2003). Det er den som tolkar og det som vert tolka som er avgjerande for kva som vert den endelege tolkinga.

Naturvitskapen framheld at påstandar må kunna falsifiserast (Godfrey-Smith, 2003).

Kritikken mot hermeneutikken og fortolkinga vert då: Korleis kan ein falsifisere eit menneskje si oppleving av til dømes eit behandlingssopplegg? På bakgrunn av slik kritikk har det utvikla seg fortolkningsreglar. Det er utvikla ulike analysemetodar som skal sikre kvalitet og gi best mogleg skydd mot feiltolking (Kvale & Brinkmann, 2012).

#### **5.4 Val av metode:**

***”Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?”***

(Kvale & Brinkmann, 2012, s. 19).

Mitt føremål med undersøkinga var å belyse problemstillinga ved hjelp av informantane sine egne erfaringar, deira historie, deira tankar, kjensler og opplevingar. For å få fram dette meiner eg den kvalitative metoden er best eigna. Det kvalitative forskingsintervjuet fordrar å forstå verda sett frå intervjupersonane si side (ibid.). Den kvalitative metoden søker djubda og betydinga medan den kvantitative metoden legg vekt på antal og utbreiing. Prosessar og meiningar kan ikkje målast i kvantitet eller frekvensar (Thagaard, 2009).

Ved ei problemstilling som byrjar med ”korleis” fordrar ein eit utfyllande og forklarande svar. ”ja” eller ”nei” svar vert ikkje dekkande for å få fram den type empiri som var mitt føremål med denne studien. Det vert heller ikkje dekkjande med å finne utbreiing eller antal. Målet vert å hente inn *skildringar* om livsverda til informanten og deira oppleving av å jobbe med sine utfordringar etter overgrep, for så å kunne fortolke meininga av dette (Kvale & Brinkmann, 2012). Det kvalitative intervjuet fordrar å finne svar på *kvifor* og *korleis* menneskje opplever verkelegheita eller dei fenomena som vert undersøkt. Det er i den

kvalitative undersøkinga at ein kan finne svar på korleis noko vert opplevd og kva som ligg bak til dømes menneskelig åtferd. Dette lar seg vanskelig svare på med kvantitative undersøkingar.

### **5.5 Problemstilling:**

Problemstilling skal vera eit spørsmål som blir stilt med eit bestemt føremål og på ein så presis måte at det lar seg svarast på ved hjelp av samfunnsvitskaplege metodar (Dalland, 2002).

Då SMSO presenterte sitt ynskje om at det vart gjennomført ei undersøking i høve til sjølvhjelp var deira ”bestilling” ei ferdig formulert problemstilling: ”Kan hjelp til sjølvhjelp bidra til at overgrepsette får eit betre liv?”. Denne problemstillinga endra eg til å lyde:

#### **Korleis kan ”hjelp til sjølvhjelp” føre til at overgrepsette får eit betre liv?**

Bakgrunnen for det var at ved å bytte ut eit ja/ nei- spørsmål med ”Korleis” ville ein kunne sjå på overgrepsette sine erfaringar med denne type hjelp og kva dei meiner er viktig i høve til det å få hjelp til å bearbeide overgrep.

Ved å bytte ut ”kan” med ”korleis” får undersøkinga eit induktivt utgangspunkt. Det vil sei at teoriar vert utvikla på bakgrunn av innsamla data. Som motsats vil ein ha ei deduktiv tilnærming. Ved å svare på ”kan” må ein ha ei hypotese eller allereie ferdig teori som ein testar (deduserer) for å svare på problemstillinga (Gilje & Grimen, 1993).

Samstundes meiner eg at det vert viktig å påpeike at ”korleis” fordrar at ein går ut i frå at ”hjelp til sjølvhjelp” faktisk kan føre til eit betre liv for overgrepsette. Det er viktig å ta høgde for at det motsette òg kan vera tilfelle.

### **5.6 Førebuing til undersøkinga:**

Eg hadde fleire samtalar med leiar for SMSO i forkant av undersøkinga. Der fekk eg informasjon om tilbodet og organisering hjå SMSO.

Eg gjorde fleire forsøk på å finne tidlegare forskning på ”Hjelp til sjølvhjelp” blant overgrepsette, utan hell. Mitt inntrykk er at dette er eit tema som det er gjort lite forskning på.

Det vart sendt søknad om godkjenning hjå Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (Godkjenning frå NSD ligg som vedlegg 3).

I samband med det, vart det utarbeida eit informasjonsskriv som fungerte som førespurnad om å delta i undersøkinga (Vedlegg 1). Dette informasjonsskrivet vart formidla til brukarar av SMSO av dei tilsette ved senteret. Det vart og utarbeida ei intervjuguide (Vedlegg 2).

Informasjonsskrivet hadde som føremål å gi potensielle informantar utfyllande informasjon kring undersøkinga, kva eg ville spørje om og korleis informasjonen skulle innhentast, oppbevarast og brukast.

Intervjuguiden var min ”hugselapp” Den var for å hjelpe meg å halde meg på rett spor og for å sikre meg at alle tema var omtalt. Min intervjuguide var svært kort. Føremålet mitt var å få fram ei så fri historie som mogleg kring dei tema eg ville ha fokus på, og ikkje avgrense deira historie. Difor hadde eg ikkje ei rekke med ferdig formulerte spørsmål.

### **5.7 Utval og rekruttering av informantar:**

Eg var i tvil om at eg ville få tak i informantar som ville stille opp og fortelje meg om deira opplevingar kring overgrep og behandling i ettertid. Det viste seg å ta svært kort tid.

I løpet av to veker etter at SMSO hadde mottatt mitt informasjonsskriv kunne SMSO fortelje at eg hadde 6 intervjuavtalar.

Ved å nytte informantar som er brukar av senteret, fyller informantane dei krava eg stilte:

- Dei måtte ha opplevd overgrep
- Dei måtte ha nytta seg av ”hjelp til sjølvhjelp”

Eg har valgt å ikkje gå inn på overgrepshistorie. Det er mi meining at det vert ikkje vesentleg å sette kriterier i høve til alvorret ved overgrepa, alder då det skjedde/ byrja, varighet eller relasjon til overgriparen. Det er ikkje opp til meg å setje skilje for kva som er meir alvorleg enn noko anna. Min forståing er at det er så mange faktorar som speler inn på kor skadeleg eit overgrep er, og at behovet for hjelp i tida etter, er svært individuelt og avhengig av mange faktorar.

Alder, kjønn osv. er heller ikkje faktorar eg tenkjer har noko å seie for undersøkinga.

Det var avtalt med SMSO at intervjuavtalar vart gjort mellom dei tilsette ved senteret og brukarane. Eg fekk beskjed om når eg skulle møte opp. På den måten fekk eg verken vite namn, alder eller andre personidentifiserande opplysningar.

Eg møtte 6 kvinner i tilsynelatande varierende alder, med ulike bakgrunnar og historier. Felles for dei alle var at dei har arbeida med å bearbeide overgrep i fleire år.

### **5.8 Gjennomføring av intervju:**

Alle intervju vart gjennomført i lokala til SMSO. Intervju vart som tidlegare skildra, avtalt med dei tilsette ved SMSO.

Eg fekk låne eit kontor ved senteret til halvparten av intervju. Dei andre intervju vart gjennomført i daglegstova på senteret.

På førehand hadde eg ei førestilling om at det kom til å verta vanskeleg å få informantane til å snakke om dette temaet. Det er eit vanskeleg, sårt og tungt tema å sitje å fortelje ein framand om. Dette gjekk svært bra. Eg opplevde at fleire av dei var førebudde. Nokre hadde skrive ned stikkord som dei ville få fram. Dei forklarte dette med at dei ville fortelje si oppleving, og at deira håp var at andre kunne ta nytte av deira erfaringar. Samtlege sa at dette var viktig å stille opp på, og at deira inntrykk var at det var alt for lite kunnskap om dette temaet blant både fagfolk, politikarar og andre.

Intervju vart gjennomført utan avbrot og forstyrringar. Alle intervju varte i om lag ein time.

### **5.9 Bandopptak og transkribering:**

Intervju vart tatt opp med digital opptakar. Dette gjorde at lyd kvaliteten var svært god og det var uproblematisk å høyre kva som vart sagt.

Umiddelbart etter kvart intervju vart lydopptaket overført til min private datamaskin som er passordbeskytta. Opptaka vart så sletta frå opptakaren.

Kvart intervju vart transkribert ord for ord. Dette var ein svært omfattande og tidkrevjande prosess.

Opptaka vart høyrd fleire gonger for å sikre at eg hadde fått med meg alt. Til slutt enda eg opp med i underkant av 100 sider med transkriberte intervju.

Dalland (2002) påpeiker at det er viktig å ta omsyn til at ved å overføre tale til tekst, som vi gjer når vi transkriberer, så mister vi informasjon. Vi mister mimikk i ansikt, kroppsspråk og nyansar i stemma. Det klarar vi ikkje å få ned på papiret.

## 5.10 Analyse av dei transkriberte intervjua:

Analysen skal hjelpe oss til å finne ut av kva intervjuet eigentleg har å fortelje (ibid.).

Kvale og Brinkmann (2012) skriv at å *analysere* tyder å dele noko opp i deler eller element.

Ved mange sider med data er det vesentleg å dele det opp i mindre deler for å få ei betre oversikt over kva datamaterialet fortel oss.

Kvale og Brinkmann skriv vidare at ei av dei vanlegaste formene for dataanalyse i dag er kategorisering, eller koding (ibid.).

Kodane skal vera umiddelbare og korte og definerer den handling eller oppleving som skildrast av intervjupersonen.

Formålet er å utvikle kategoriar som gjev ei oversikt og skildring av det som vert undersøkt.

Ein samanliknar materialet medan ein ser etter likskapar og ulikskaper.

Eg valde å nytte meg av denne analysemetoden.

Alle sidene med transkribert materiale vart lest gjennom, mange gonger.

Eg tok for meg intervju etter intervju og noterte tema som dukka opp etter kvart i intervjuet.

Ved fyrste gjennomlesing var eg på jakt etter tema som eg hadde i min intervjuguide. Den var svært kort og open. Dette var for å få mest mogleg deira eigen historie, og ikkje at mine førehandsutvalde tema skulle avgrense noko. Dette førte til at eg ikkje fekk tilstrekkeleg oversikt ved å dele inn i tema etter intervjuguiden. Eg måtte dele inn i fleire kategoriar som kom under hovudtema frå intervjuguiden.

Sjølve kategoriseringa av intervju synest eg var ein utfordrande prosess. Eg byrja på nytt mange gonger og vart utfordra i å stole på mi eiga tolking av teksten.

### **Eg enda opp med 3 hovudkategoriar, med underkategoriar under dei to fyrste:**

#### 1. Seinskadar:

- Skuldkjensle og skam.
- Vanskar med relasjonar.
- Seksualitet og nærleik.
- Sinne.
- Frykt og angst.
- Mareritt og flashbacks.
- Depresjon og sjølv mordstankar.

- Negativt sjølvbilete.
  - Spiseforstyrningar.
  - Dissosiering.
  - Bagatellisering.
  - Å komma inn i eit negativt mønster.
  - Fyskiske plager.
  - Morsrolla og det å verta mor.
  - Konkrete utfordringar.
2. Å ta i mot hjelp:
- Avdekking av seksuelle overgrep.
  - Eit ynskje om- og eit behov for endring.
  - Fyrste møte med senteret.
  - Den gode hjelparen.
  - Temakveldar.
  - Psykomotorisk terapi.
  - Kunnskap om ein sjølv og om temaet ”seksuelle overgrep”.
  - Å hjelpe andre.
  - Hjelp til å finne orda og trening i å snakke om overgrep.
  - Erfaringar med sjølvhjelpsgrupper.
  - Å nytte seg av fleire hjelpearar.
  - Bruk av medikament.
  - Negative opplevingar med hjelpearar.
3. Oppnådde endringar:
- Her kjem kvinnene sine skildringar om kva endringar dei har oppnådd.

## **5.11 Validitet, reliabilitet og generalisering/ overføring:**

### **5.11.1 Reliabilitet:**

Reliabilitet er eit omgrep vi nyttar når vi skal stille spørsmål om undersøkinga er påliteleg.

Kan vi stole på det som forskaren presenterer? Er det samsvar mellom det som vert presentert i oppgåva, og informantane si oppleving av kva dei har svart?

Vil ein annan forskar komme fram til dei same svara med dei same informantane?

Kvale og Brinkmann (2012) trekk fram leiande spørsmål som døme på dette. Leiande spørsmål i intervju kan føre til at same person vil svare ulikt ut i frå korleis spørsmålet vert stilt.

I høve til undersøkinga denne oppgåva omhandlar, har mitt mål vore å få så ”frie” historier som mogleg. Eg har vore bevisst å unngå leiande spørsmål, samt og prøvd å fordra informanten til å fortelje så mykje som mogleg på eiga hand. Difor har eg unngått å nytta ferdig formulerte spørsmål.

Transkriberinga har som tidlegare skildra vore gjort ord for ord. Det var god kvalitet på lydopptaka, så eg kjenner meg ganske sikker på at det som var sagt er transkribert. Ingen av informantane ønska å lese transkriberinga for å kontrollere etterpå. Det var heller eit ynskje om å få lese det ferdige produktet.

Ei gjennomgang av transkriberinga av informantane sjølv, hadde sjølvsgatt vore ei god kvalitetssikring.

Kvale og Brinkmann (2012) beskriv at det er ønskeleg med ei høg reliabilitet av intervjufunna for å motverke vilkårleg subjektivitet, men at eit for sterkt fokus på reliabilitet også kan motverke kreativ tenking og variasjon.

### **5.11.2 Validitet:**

Validitet er omgrepet vi nyttar når vi skal stille spørsmål om undersøkinga er gyldig og relevant. Er utvalet mitt rett til å gi svar på problemstillinga mi? Er metoden rett for å undersøke denne problemstillinga? Er svara som er gitt i intervjuet, dekkande til å finne svar på problemstillinga?

I høve til undersøkinga presentert i denne oppgåva meiner eg at utvalet av informantar er rett til å belyse problemstillinga. Utvalet består av kvinner som alle ha vore utsatt for seksuelle overgrep. Dei har ei lang behandlingshistorie og har prøvd ulike tilbod. Dei vil følgeleg kunne bidra med erfaringsbasert kunnskap i høve til problemstillinga.

Eit kvalitativt intervju er det som er best egna til å få svar på korleis kvinnene sjølv opplever hjelpa dei har motteke. Jamfør avsnittet om val av metode. Det er kvinnene si oppleving og

mening som er det sentrale. Det er kvinnene som best kan fortelja kva dei opplever har vore til hjelp, og korleis det har hjulpe. Ut av det vert det gjeve svar på problemstillinga.

### **5.11.3 Generalisering/ overføring:**

Dersom ein vurderer at resultatata av ei undersøking er rimeleg pålitelige og gyldige, kan ein stille spørsmålet om dette resultatet kan overførast til andre personar eller situasjonar (ibid.).

Kan resultatata av undersøkinga gjelde for alle som har vore utsatt for seksuelle overgrep?

Det er vanskeleg å hevde at 6 kvinner sine historier gjeld for alle. Ein kan likevel hevde at det er rimeleg å anta at det kan vere mykje nyttig å hente ut i frå det som kvinnene fortel. Deira opplevingar med hjelpeapparatet har mykje felles og mange av synspunkta går att i dei enkelte intervju.

### **5.12 Ethiske vurderingar:**

Dette er ei undersøking med eit svært personleg og vanskeleg tema. Seksuelle overgrep er grove og alvorlege traume som gjev dei utsette store utfordringar og seinskader som dei kan slite med i lang tid.

Difor meiner eg at det vert svært viktig å ta omsut til dei som var villige til å stille opp i denne undersøkinga.

*Forskingsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi* (2006) er publisert av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). I denne vert det skildra viktige krav til korleis forskaren skal opptre i høve til denne type forskning. Punkt 5 seier at det må stillast eit krav om respekt for menneskeverdet. I høve til val av tema, dei som skal undersøkast, og ved formidling av forskingsresultat.

På førehand av undersøkinga vart det viktig å tryggje informantane på at deira anonymitet vart ivaretatt. Dette for å sikre dei på at det skulle vere mogleg å snakke med meg utan å bli identifisert i ettertid. Informantane var kjend med at eg ikkje kjende til verken namn, alder eller bustad. Den informasjonen eg hadde om dei var at dei var brukarar av SMSO og at dei var villige til å stille opp på undersøkinga. Dette samsvarar med dei forskingsetiske retningslinjene (2006) punkt 13: ”*Krav om respekt for individers privatliv og nære relasjonar*” og punkt 14: ”*Krav om konfidensialitet*”.



Forskingsetiske retningslinjer (2006) punkt 8: ”*Krav om å informere dem som utforskes.*” og punkt 9: ”*Krav om informert og fritt samtykke.*” skildrar at informanten skal få den informasjon som han/ ho treng for å få forståing av forskingsområdet, følgjene av deltaking, hensikta bak forskingsprosjektet og kven som eventuelt betalar for forskinga. Informanten skal og få informasjon nok til å kunne gi eit informert samtykke. Det inneber at informanten skal informerast om høvet til å trekke seg uavhengig av tidspunkt og at det ikkje vil få negative konsekvensar for informanten.

I informasjonen til informantane på førehand vart tema for intervjuet presentert. Dette for å gje informantane moglegheit til å vurdere om dette var noko dei ville klare å bli intervjuet om, og for at dei mentalt skulle få moglegheit til å førebu seg på å snakke om dette. Hensikta mi var å gje informantane ei kjensle av forutsigbarheit. Tema var gitt på førehand. Dette gav ei ramme som skulle synleggjer kva dei sa ja til å snakke om. På den måten kunne dei kjenne seg trygge på å ikkje få spørsmål som dei ikkje var førebudde på, og som dei ikkje kjende seg komfortable med å svare på.

Intervjua vart gjennomført i lokala til SMSO. Det var lokalar der informantane var kjende og kanskje kunne kjenne seg trygge. Det var og tilsette ved senteret tilstades i andre rom. På den måten hadde informantane moglegheit til å få samtale med kjende hjelparar rett etter intervjuet om det skulle vera behov for det. Det var avtalt med senteret og informantane var kjend med dette tilbodet.

I denne undersøkinga bad eg informantane å fortelje om deira behandlingshistorie. Dette inneber å gå tilbake i tid og fortelje om vonde tilbakelagte periodar der ting kanskje var svært vanskelege. Det kan jo vere svært belastande og få fram minner og kjensler som ein treng å få snakke med ein trygg hjelpar om i etterkant.

Dette samsvarar med Forskingsetiske retningslinjer punkt 7: ”*Krav om å unngå skade og alvorlige belastningar.*” Punktet legg òg føringar for at informantane bør ha høve til å bearbeide opplevingar som følgje av deltakinga i prosjektet.

Bandopptakaren var eit svært nyttig virkemiddel i intervjusettingane. Det å nytte lydopptak gjorde at eg ikkje måtte sitte å sjå så mykje ned i ei blokk og notere. Det gav moglegheit for å kunne vera meir aktivt lyttande i intervjusituasjonen og nytte meir blikkontakt.

Røkenes og Hansen (2002) skildrar kor viktig den analoge kommunikasjonen er i ein samtale. Den analoge kommunikasjonen er eit omgrep ein knyt til blikk, tonefall, kroppsspråk, mimikk

osb. Dette er med på å forsterke den digitale kommunikasjonen, som er det vi faktisk verbalt seier. Til dømes: ”Eg kan lage middag i dag.”

Det å nytte bandopptakar i intervjusituasjonen gav moglegheit til lettare å fange opp den analoge kommunikasjonen mellom intervjuar og informant. Det førte og til at mi notering ikkje ville komme i vegen for at eg kunne nytte kroppsspråk, blikk osb, for å vise at eg var aktivt lyttande.

2 av informantane påpeika etter intervjuet at det var positivt at eg ikkje satt og noterte og såg ned i skriveboka mi under intervjuet.

Samstundes er det viktig å påpeike at lydopptak set store krav til oppbevaring og handtering av materialet. For å sikre anonymitet skal ikkje lydopptak av intervjusituasjonen på avveie og materialet skal ikkje synast til utanforståande.

Etter intervjuet var det viktig for meg å høyre korleis dei opplevde intervjuet. På den måten kunne eg sjølv ta lærdom av mi framferd og utføring, slik at eg kunne utvikle meg. Det var og viktig å få tak i deira oppleving av å fortelje, og om dei eventuelt hadde behov for å ha samtale med dei tilsette ved SMSO.

Tove Thagaard synar til Bourdieu (1996) som hevdar at forskaren sine fortolkingar kan gi grunnlag for symbolsk vald. Dette vert grunna i påstanda om at forskaren kan utøve vald på sjølvkjensla til informantane: Når svake grupper intervjuast om sin situasjon, kan dei skildre problematiske situasjonar for ein forskar som – i høve til dei som intervjuast- representerer ei vinnargruppe i samfunnet. Dei perspektiva som kan knytast opp i mot forskaren si posisjon, kan bidra til ei kjensle av nederlag hjå informantane og på den måten utøve vald på sjølvkjensla (Thagaard, 2012. s. 212). Mi erfaring i dette høvet var at kvinnene som eg intervjuar framstod som sterke kvinner. Deira forteljing bar ikkje preg av å vera ei forteljing av nederlag. Det bar heller preg av å vera ei forteljing om styrke og meistring av sine opplevingar.

Alle informantane var interesserte i korleis undersøkinga skulle nyttast seinare, og dei fleste ynskjer å lese den ferdige oppgåva. I høve til dette var det viktig for meg å prøve å gi eit så realistisk bilete som mogleg om nytteverdi og ferdig resultat. Særleg med tanke på at fleire av kvinnene fortalde at dei ynskja å bidra til undersøkinga med håp om at det kunne hjelpe andre med overgrepserfaring.

Alle informantane vart takka for deltaking i undersøkinga. Det er etter mi meining svært viktig å anerkjenne deira deltaking. Det krev mot og styrke for å delta i ei slik undersøking. Det var svært viktig for meg å formidle det til deltakarane.

## **6.0 Kvinnene si forteljing: - analyse og drøfting:**

Dette kapittelet omhandlar empirien i undersøkinga. Det vil seie kvinnene sine utsegn. Utsegna er tekne frå kategoriane som eg kom fram til i mi analyse av data. Kategoriane er presentert på side 45.

Kvinnene har fått fiktive namn. Dette har eg valt å gjere for å få bevare anonymiteten, men samstundes behalde det menneskelege.

Eg har valgt å leggje drøftinga saman med presentasjonen av empirien. Det er av den grunn ein drøftingsdel saman med presentasjonen av kvar kategori. Drøftingsmomenta vil lesaren kjenne att frå teoridelen. Når det gjeld den fyrste kategorien som omhandlar seinskadar, ser eg det ikkje som naturleg å drøfte noko særleg. Det som eg ser som viktig og relevant å presentere er samanhengen mellom det som kvinnene fortel, og det som litteraturen eller tidlegare forskning syner i høve til seinskader, samt syne kor omfattande seinskadene er. Seinskadar eller langtidsverknader etter seksuelle overgrep er etter mi meining eit område som er godt dokumentert og som det finnes ein god del litteratur i høve til.

Som tidlegare presentert på side 45, har eg i mi analyse av data, kome fram til 3 hovudkategoriar med underkategoriar. Dei 3 hovudkategoriane stammar frå intervjuguiden og er ein måte å strukturere historia til kvinnene: *Seinskader, behandling/hjelp og oppnådde endringar*.

Målet med denne undersøkinga var å få fram overgrepsutsette sine erfaringar med ”Hjelp til sjølvhjelp hjå overgrepsutsette.”

Kategorien ”Seinskadar” skildrar kva utfordringar og kva skader denne gruppa har. Kva gjer det med deg som menneske å verta utsett for seksuelle overgrep? Kva utfordringar har desse kvinnene som påverkar deira fungering og kvardag?

Kategorien ”Å ta i mot hjelp” omhandlar den hjelpa kvinnene har nytta seg av. Her kjem ulike behandlingstilbod, møte med ulike ”hjelparar” og erfaringar knytt til dette. Under denne kategorien vil det òg verta naturleg å presentere behovet og ynskja om endring hjå kvinnene.

Kategorien ”Oppnådde endringar” omhandlar dei konkrete oppnådde endringane. Kva har endra seg for kvinnene? Korleis har dei det i dag? Kva har dei fått til?

## **6.1 Seinskadar og utfordringar:**

Eg ser ein samanheng gjennom teori, tidlegare forskning og forteljingane til kvinnene i mi undersøking. Å vera utsett for seksuelle overgrep er eit svært alvorleg traume. Mange har i fleire år opplevd slike gjentakande traume, og det set djupe spor. Dette viser både teori, tidlegare forskning og forteljingane til kvinnene i mi undersøking.

### **6.1.1 Skuldkjensle og skam:**

Svært mange som er utsatt for seksuelle overgrep kjenner på skam og skuldkjensle. Dette er eit svært tabubelagt tema, og skamma og skuldkjensla kan gjere det vanskeligare å snakke om det. For kvinnene i denne undersøkinga er det ikkje annleis. 4 av kvinnene fortel om sterk skuldkjensle og skam:

Mari: *”Eg fekk alltid kjeft fordi eg var så hoven. Eg gjekk og kikka ned i skoa mine. Eg turde ikkje sjå folk i auga”.*

Heidi: *”Eg tenkte at det er meg det er noko gale med, det er min feil, det er meg. Alt er min feil”.*

Gry Stålsett Follesø (2003) beskriv at skam og skuld er sterke følgetilstander hjå personar som har opplevd alvorlege krenkingar. Overgrep frå foreldre eller andre omsorgspersonar grip inn i personlegdomsutviklinga. Dette fører til at skamproblematikk i stor grad kan prege identiteten, samstundes som forståinga av skuld er forstyrra.

Trine sitt utsegn støtter opp om det: *”Eg følte alle såg det på meg! Eg gjekk med ein klistrelapp i panna der det stod: ”Jeg har ligget med min far!” alle såg den ”.*

Skuld kan ein sjå på som frykt for indre fordømming medan skam er frykt for fordømming frå den ytre verda (ibid.).

Skamma er den kjensla som invaderer identiteten. Ein er redd for fordømming frå den ytre verda. Offera kan bli verande i offerrolla og ein må arbeide med skamma før ein kan ta fatt på skuldkjensla. Dette for å unngå at pasienten avsluttar behandling utan at dei underliggende og svært negativt styrande mekanismene i skamma er handtert og endra. Skam kan føre til at ein trekk seg unna relasjonar (ibid.).

Også Finkelhor og Browne (1986) skildrar utfordringar i høve til skam og skuld i sin teori om følgjer og prosessar hos barn som er utsett for seksuelle overgrep. Faktoren som dei har kalla *stigmatisering* handlar blant anna om skuldkjensle og skam. Browne og Finkelhor sin teori er presentert på side 25.

Reimunn Førsvoll (2003) skildrar skam og skuldkjensle som eit grunnlag i høve til alle seinverknadane etter seksuelle overgrep. Han hevdar at desse kjenslene kan vere gjeldande eit heilt liv, sjølv om overgrepa blir bearbeidd.

### **6.1.2 Vanskar med relasjonar:**

5 av kvinnene fortel om brotne relasjonar og vanskar med å gå inn i nære relasjonar.

Tonje fortel at korleis ho møter andre menneske er prega av hennar sjølvbilete som utsatt for overgrep: ”*Alle eg møter, møter eg på ein viss måte på grunn av dette mønsteret.*”

Særleg opplever kvinnene vanskar i høve til familierelasjonar der overgripar er ein del av familien. Trine fortel:

*Det er eg som trekk meg vekk i store familiedagar i staden for han som har gjort det. Eg møter ikkje alle i familien lengre, på ein gong. Det er vondt, det er sårt. Det går ut over forholdet til nevøane mine, ungane hans. Ungane mine sitt forhold til hans born. Det er så mange... foreldra mine, syskena mine. Det er så vanskeleg alle dei banda der. Det er vanskeleg for borna mine og.*

Dette samsvarar med det ein finn i mykje av litteraturen. Til dømes Søftestad (2005) skildrar korleis familieforholda hjå den overgrepsutsette kan påverkast i lang tid. Dette er omtalt på side 21.

Mistillit til andre menneske og låg sjølvkjensle fører, som presentert på side 15, til tilknytningsvanskar og følgjeleg utfordringar i relasjon til andre. Særleg kjenneteiknar dette personar som har opplevd seksuelle overgrep frå nære omsorgspersonar. Den personen dei var avhengig av for tryggleik og som dei stolte på, bryt denne tillita, og øydelegg tryggleiken, og er kjelde til fare og frykt. Dette kan få store konsekvensar for vidare evne til å kunne knytte gode nære relasjonar. Både på arbeidsplassen, i vennskap- og kjærleiksforhold. (ibid.).

Dyregrov (2010) skildrar at sosial kontakt kan vere utfordrande etter å ha opplevd traume. Dette er presentert på side 20. Tilbaketrekking, ei oppfatting av at ”ingen forstår”, ei kjensle av at ein skaper uro hjå andre ved å snakke om det og av den grunn unngår det, skam, tabu kjensler, vanskar med å snakke om temaet, utfordringar i kjærleiksforhold grunna aversjon mot fysisk kontakt, er dømer på utfordringar knytt til relasjonar og sosial kontakt.

Dyregrov skildrar òg at seksuelle overgrep kan skape ei rask modning som kan føre til vanskar i høve til vener, både for barn og ungdommar. Dette kan vare lenge, og føre til sosial tilbaketrekking og aversjon mot å inngå i nære relasjonar. Dette er nærare omtalt på side 20.

Førsvoll (2003) skriv òg at overgrepsutsette kan ha store utfordringar med nære relasjonar. Han skildrar at einsamheit kan vere ei sterk kjensle hos overgrepsutsette og at det ligg mykje skam og skuldkjensle bak dei sosiale vanskane.

### **6.1.3 Seksualitet og nærleik:**

4 av kvinnene fortel om utfordringar i høve til seksualitet og nærleik.

Liv fortel at det dukka opp vanskelege kjensler, tankar og bileter då ho fekk sin fyrste kjærast. Fleire fortel om utfordringar i høve til å ha eit seksualliv og i høve til å være i eit forhold med nærleik. Dei skildrar utfordringar med å ”sleppe seg laus” i høve til seksualitet og at dette pregar seksuallivet med partnerar.

Heidi fortel om å gifte seg med mannen til sine barn: *”Eg har likevel aldri følt nærleik og at eg har klart å gå skikkelig inn i det (forholdet)”*.

Trine fortel: *”Det er ei sorg i høve til mannen min ved at eg ikkje klarer å være nærare”*.

Dette fell saman med det Browne og Finkelhor (1986) kallar *Traumatisert seksualitet* i sin teori om 4 følgjer etter seksuelle overgrep. Dette er nærare omtalt på side 27.

Førsvoll (2003) skriv at seksuelle overgrep fører til vanskar i samliv og seksualliv. Han skildrar utfordringar med fysisk kontakt, utroskap, sjalusi, seksuell utnytting, prostitusjon, og samlivsbrot. Førsvoll skildrar vidare at sjølvforakt og dei store vanskane med å meistre nærleik, er medverkande årsaker til dette. Dette samsvarar med det kvinnene i undersøkinga fortel.

#### 6.1.4 Sinne:

Ein normal reaksjon på eit traume eller ei krise, er sinne. Dette vert trekt fram som ein del av kriseforløpet og som ein normal forsvarsreaksjon.

*”Det var ei tid då eg var så sint at eg gjekk rundt og sa det til heile slekta. Alle skulle vite kor dum han var.”* fortel Liv.

Dette finn ein òg att i litteraturen. Dyregrov (2010) skriv, som tidlegare nemnd, at i tida etter eit traume kan ein oppleve at den traumeutsette viser mykje sinne og vert lettare irritert. Førsvoll (2003) skriv at mange offer for seksuelle overgrep blir sinte eller bitre. Han skriv vidare at det er viktig at sinnet får komme ut. Dette sinnet blei ”stua” vekk under overgrepa og i tida etterpå, og må få lov å komme ut, slik at den utsette ikkje vert ”tæra opp” innvendig.

#### 6.1.5 Frykt og angst:

Angst og frykt er noko alle 6 kvinnene fortel mykje om.

Denne angsten og frykta var så sterk at den prega dei svært mykje og gjekk ut over deira daglege fungering og meisting av kvardagen. Daglege gjeremål og oppgåver kunne bli påverka.

Fleire av kvinnene fortel om at angst og frykt hindra dei i å delta på blant anna aktivitetar med borna og andre sosiale aktivitetar.

Kvinnene fortel at dei var anspent, skvetne, sjenerte, og trakk seg tilbake.

Marte: *”Eg har hatt mykje frykt. Frykt er det som har prega meg. Eg har hatt mykje redsel for at noko skulle skje meg eller borna mine.”*

Mari: *”Eg kan hugse at mannen min måtte setje opp kamera utanfor huset vårt for eg var så redd for at han (overgripar) skulle komme opp til huset vårt. Når borna var små var eg så redd for at han skulle komme og drepe oss alle.”*

Mortensen (1993) skildrar at frykt er ein av primærkjenslene, i samme gruppe som glede, sinne og sorg. Frykta oppstår på grunnlag av sanseintrykk, eventuelt kombinert med indre fantasiar og tankar.

Dyregrov (2010) skildrar frykt og angst som ein av etterverknadane etter traumer. Dyregrov skriv at traumeutsatte kan verta overopptekne av sikkerhet, som å låse dører, verta redd for

framande og redd for å gå ute i mørket. Vidare skriv Dyregrov at traumeutsette kan ha eit overaktivert og overbelasta nervesystem: -kroppen går i alarmberedskap, og produserer mykje stresshormon som kortisol og adrenalin.

Dette kan, ved vedvarande traumatisering, føre til ei varig forstyrning av kroppen si produksjon av desse hormona (Kvelling, 2010). Dette er nærare presentert tidlegare på side 19. Dyregrov (2010) beskriv, som nemnd på side 15, at frykta for at det verste skal skje igjen ofte er tilstades. Ved gjentatte seksuelle overgrep vert denne frykta stadfesta. Dette kan i følge Dyregrov føre til personlegdomsendringar som vil prega dei resten av livet.

#### **6.1.6 Mareritt og flashbacks:**

5 av kvinnene fortel om tilbakevendande mareritt og flashbacks.

Dei fortel at det kan utløysast av ulike ting: til dømes saker i media.

Mediedekninga av hendingane 22. Juli 2011, var noko fleire fortel utløyste slike reaksjonar hos dei.

*”Det går i periodar. Nokre gonger kjem dei kraftig tilbake. Det kan vere ting som skjer, og så kjem det opp igjen.”* seier Tonje.

*”Det er gjerne slik at om ein opplever ein traumatisk ting, så kjem det opp andre traumatiske ting som ligger lengre tilbake.”* fortel Trine.

Flashbacks omhandlar korte og plutselige sanseintrykk som stammar frå tidlegare hendingar (Kirkengen, 2009). Desse samseintrykka kjem frå tidlegare smertefulle og alvorlege erfaringar som har etterlatt seg ”avtrykk” i medvitnet. Særleg er flashbacks eit sentralt symptom i høve til PTSD (Raundalen & Schultz, 2006).

Litteraturen omtalar flashbacks som ein vanleg utfordring hjå overgrepsutsette. Det fell saman med at 5 av 6 kvinner i denne undersøkinga fortel om flashbacks.

#### **6.1.7 Depresjon og sjølv mordstankar:**

5 av kvinnene i undersøkinga har opplevd å vera deprimert og ha sjølv mordstankar.

Trine fortel blant anna: *” Eg var så langt nede eg kunne komme.. eg var på kanten til å gjere slutt.”*



Tonje: ”Eg fekk ein slik periode der eg berre grein og grein og grein, eg visste ikkje kvifor eg berre grein.”

Kvinnene fortel om tilbakevendande depresjonar og sjølvordstankar.

Dette vert òg støtta opp av litteraturen og tidlegare undersøkingar:

Browne og Finkelhor (1986) hevdar at depresjon både ein av initialeffektane, og ein av langtidseffektane som dei har identifisert.

Også Borchgrevink og Christie (1991) oppsummerer med at ei rekke studiar stadfestar at det er auka førekomst av alvorlege depressive lidningar og sjølvordsforsøk blant psykiatriske pasientar som har vore utsett for seksuelle overgrep.

Lars Mehlum (1993) skriv at personar som har opplevd gjentakande krenkingar slik som seksuelle overgrep er, utviklar eit negativt sjølvbilete eller sjølvforakt. Vidare opplever dei ei stadfesting av ei negativ situasjonsforståing og har eit negativt syn på framtida. Dette er faktorar som aukar risiko for sjølvord. Han skriv vidare at personane utviklar ei fortvila desperasjon der livet framstår som umulig utan ei forandring. Det er ikkje det å dø som er motivasjonen, men dei held ikkje ut livet slik det artar seg for dei.

Mehlum knyt den auka førekomsten av sjølvord blant dei som har opplevd seksuelle overgrep opp mot alvorlege forstyrringar i personlegdomsutviklinga (ibid.).

Kvillo (2010) skriv, som nemnd tidlegare, at ustabilitet i produksjon av stresshormon, særleg kortisol, kan føre til vedvarande overproduksjon. Høgt kortisolnivå har ei rekke negative konsekvensar som fører til symptom der svært mange av dei ligg under diagnosekriteria for depresjon.

### **6.1.8 Negativt sjølvbilde:**

Alvorlege traumer og gjentakande traumatisering kan rokke ved korleis ein oppfattar seg sjølv (Ruppert, 2013).

Alle kvinnene i denne undersøkinga fortel om eit dårleg sjølvbilde og ei negativ oppfatning av seg sjølv.

Liv fortel: ”Eg hadde dårleg sjølvbilde, eg hadde ikkje tru på meg sjølv. Eg kjende meg ganske unormal og åleine i verda.”

Tonje fortel: *”Viss eg gjer sånn og sånn, så vert det bra. Det er vel slik det er å vera misbrukt. Du går inn i den der ”pleaserollen”. Om eg berre endrar meg, endrar **det** seg.”*

Vidare fortel dei om å ha svært lite tru på seg sjølv. Dei fortel at dei hadde liten verdi som menneske, pressa seg sjølv for hardt, og stilte store krav til seg sjølv for å kompensere.

Trine fortel om si sjølvoppfatting: *”Mi meining var å være på denne jorda for å bli missbrukt. Det var det som var meininga med mitt liv. Det har liksom stått i panna på meg: Misbruk meg!”*

Her viser Trine at ho dannar eit bilete av kven ho er i denne verda og kva som er hensikt med hennar tilvære. Det er hennar bilete av seg sjølv.

Kvinnene sine skildringar samsvarar med det ein finn i litteraturen.

Dr. Franz Ruppert (2013) skriv at barn som vert misbrukt får sjølvverdien sin systematisk undergrava. Dei blir språkause og kjenner seg verdilause og uskikka.

Dyregrov (2010) skriv at traumeutsette kan oppleve svekka sjølvtilitt, slik som skildra under *emosjonelle følgjer* på side 15. Den svekka sjølvtilitten kan vise seg ved til dømes: låg sjølvverdi, endra syn på seg sjølv, forventar ikkje å bli elska og ”ingen er glade i meg.”

Dermed er dei eit lett offer for sjølvoppfyllande profetiar.

Han skriv vidare at mestringssevna hjå traumeutsette både kan styrkast og svekkast. Å komme gjennom ei traumatisk hending kan føre til at du får ei auka sjølvtilitt i høve til kva du meistarar, men det kan òg føre til at den traumeutsette opplever å ikkje meistre situasjonen, og vidarefører den til andre situasjonar (ibid.).

### **6.1.9 Spiseforstyrningar:**

Eit negativt sjølvbilete kan utvikle spiseforstyrring. 2 av kvinnene i denne undersøkinga fortel at dei har hatt utfordringar i høve til dette.

*”Eg kjende at kroppen min ikkje var god nok, fin nok og tynn nok.”* fortel Heidi.

Kirkengen (2009) viser til ei rekke studier, samt sine egne studier der det er ei stor førekomst av sjølvdestruktive lidningar som til dømes spiseforstyrningar hjå overgrepsutsette. Den

sjølvdestruktive handlinga kan vere eit uttrykk for den smertefulle erfaringa eit menneske ber på, og som ikkje kan forteljast om.

Førsvoll (2003) skildrar at anorexia og utfordringar i høve til mat, kan vere eit uttrykk for kontrollbehovet hos menneske som er utsett for seksuelle overgrep. Mat kan brukast som strategi for å oppnå kontroll, og til å få stadfesta det kroppsbiletet ein har. Ved å nekte kroppen mat, kan ein slanke seg, og kanskje få tilbake den kroppen ein hadde før overgrepa starta. Ved å ete for mykje kan ein gjere kroppen ”feit og stygg”, slik at den passar til det bilete ein har av sin eigen kropp.

#### **6.1.10 Dissosiering:**

Dette er òg ein hyppig forsvarsmekanisme og reaksjon etter traume.

4 av kvinnene skildrar at dei drøymde seg bort, prøvde å forsvinne, og prøvde å fortrenge minner:

*”Eg rømde litt vekk. Eg var fjern”* fortel Marte.

Dissosiative reaksjonar vert omtalt i litteraturen og er tidlegare gjort greia for på side 16.

Weisæth og Dahl (1993) skriv at det kan være glidande overgangar mellom den positive og hensiktsmessige funksjonen med dissosiering, og dei ekstreme psykologiske meistringsforsøka som dissosiering kan være. I ytterste konsekvens lærer ein aldri å modulere smertefulle kjensler. Dissosiasjon vert følgjeleg ei løysing på alle problem. Her kan ein då bli avhengig av ytre spenningsregulerande teknikkar som utagering, alkohol og narkotika.

Dissosieringa er ein beskyttande reaksjon mot traumet, men vedvarande dissosiering kan føre til manglande evne til å bearbeide vonde opplevingar. Weisæth (1993) hevdar at det er sterke samanhengar mellom mishandling i barneåra og seinare vaksenpsykiatriske sjukdommar. Han trekk fram eit døme der 95% av pasientane i ei studie av multippel-personlegdomsforstyrning hadde vore utsett for seksuelle overgrep- eller fysisk mishandling som born.

Dette vert støtta opp av Kvello (2010): Han skildrar at omfattande bruk av dissosiering som forsvarsmekanisme gjev store konsekvensar: Dissosiativ identitetsliding, emosjonelt ustabil personlegdomsforstyrning, og kroniske smerter som ikkje kan forklarast somatisk.

#### **6.1.11 Bagatellisering:**

Å bagatellisere noko som har skjedd, er ei forsvarsmekanisme for å redusere alvoret i det som har skjedd. På den måten kan ein unngå å ta inn over seg alvoret og kanskje litt av smerten.

Det er ein måte å unngå å tenke og kjenne på det som har skjedd. Ved at ein gjer det mindre viktig vert det kanskje ikkje så farleg. Dette kan blant anna forklare kvifor 3 av kvinnene fortel at dei ikkje var klar over at dei hadde opplevd seksuelle overgrep før dei var vaksne.

Trine fortel at ho tenkte på overgrepa som ein lek. Då ho vart klar over at dette ikkje var ein lek, kunne ho framleis bagatellisere ved å tenke at det var ikkje så ille det som ho hadde opplevd. ”*Det gjer det litt mindre viktig*” seier ho.

Heidi seier òg noko om å bagatellisere: ”*Det var jo så fjernt. Det gjaldt ikkje meg... eg bagatelliserte. Eg har bagatellisert mykje av mine kjensler opp i gjennom tidene.*”

Å bagatellisere kjensler kan minne om fortrenging, som er rekna som den sterkaste av menneske sine forsvarsmekanismar (Evenshaug & Hallen, 2001). I staden for å gløyme det, eller la vere å ta inn over seg at det har skjedd, så inntek ein den haldninga at det ikkje var så viktig eller alvorleg. Verknaden av bagatelliseringa kan bli det same: ein tillèt ikkje smerta å ta plass.

Å bagatellisere kjenslene sine kan òg bety at ein verdsett seg sjølv lågt. Ved å tenke at det er ikkje så ille det eg har opplevd, reduserer ein sin eigen rett til å ha erfart vanskelege og smertefulle hendingar. Det dårlege sjølvbiletet og den låge sjølvverdien er noko som går igjen i litteraturen kring overgrepsutsette, og i historia til kvinnene i denne undersøkinga.

### **6.1.12 Å komme inn i eit negativt mønster:**

Å bli utsett for seksuelle overgrep kan slik Dyregrov (2010) skriv, rokke ved heile oppfatninga av ein sjølv. Dette kan føre til at ein kjem inn i eit mønster der ein til dømes går frå ein valdeleg partner, og inn i eit nytt forhold med ein ny valdeleg partner.

2 av kvinnene i denne undersøkinga skildrar dette. Marte skildrar det på denne måten:

*Det er ein sårbarhet i at det kan skje på nytt. Ein tillært sårbarhet hjå meg i at det eg har opplevd kan skje på nytt. Eg har slitt mykje med at eg har gått inn i eit mønster som det er vanskeleg å bryte ut av. Eg har lært meg å leve i dette mønsteret. Mønsteret gjentok seg igjen og igjen. Dette mønsteret tok lang tid å bli kvitt*

Dyregrov (2010) skriv, som tidlegare omtalt på side 17, at traumer kan påverke synet på kva som er rett og galt. Det kan forklare kvifor ein person som har opplevd seksuelle overgrep kan gå inn i skadelege og negative relasjonar som vaksne. I ytterpunktta kan dei bli overgripingar sjølve (ibid.).

Nils Retterstøl (1993) skriv at det er ei auka risiko for stoffmisbruk blant menneske som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen. Dette heng saman med det som traumet gjer blant anna med utviklinga av sjølvbilde, fråveret av de trygge relasjonane, få gleder og oppmuntringar.

Førsvoll (2003) omtalar òg det at eit negativt mønster ser ut til å gjenta seg hos mange overgrepsutsette. Han forklarar dette blant anna med det han kallar *hypnose-effekten*. Det vil seie at den utsette vert handlingslamma og dissosierer og difor ikkje klarar å hindre at nye overgrep skjer. Ei anna forklaring som han presenterer er at den utsette vert styrt av *falsk skuldkjense*, og spør seg sjølv, ”kva gjorde eg gale no?” etter å ha blitt utsett for nye seksuelle overgrep.

*Rullegardinseffekten* nyttar han til å forklare kvifor ein person som er oppvaksen i ein alkoholisert heim, finn ein alkoholisert partner. Førsvoll forklarar at rullegardinseffekten går ut på å ”dra ned rullegardina” for å sleppe å forholde seg til erfaringar eller symptom om ein kjenner att frå før.

### **6.1.13 Fysiske plager:**

5 av kvinnene fortel om fysiske plager og kroppslege smerter.

Trine fortel: ”*Eg hugse veldig lite eg, men kroppen har nok hugsa meir enn eg har hugsa.*”

Samtlege av kvinnene fortel om at dei alltid var ”sjuke” og hadde ”vondter” i kroppen.

Liv oppsummerer det slik: ”*Eg hadde vondter i kroppen. Eg var sjuk, sjuk, sjuk... eg var alltid sjuk!*”

Mange overgrepsutsette, særleg born, viser generelle smertesymptom knytt til hovud, mage, skrittet eller til avføring (Søftestad, 2005).

Her kan ein òg knytte opp kroppslege symptom og smerter som ein ikkje finn medisinske årsakar til. Det kan vere kroppslege minner frå overgrepssituasjonar eller psykosomatiske symptom (Iversen, 2010).

Også Kvello (2010) skriv at sjølv om hukommelsen ikkje klarar å gjenkalle minner om seksuelle overgrep, så kan erfaringane sitje att i kroppen og i det ubevisste.

Kirkengen (2007) viser, som nemnd på side 19, til at forskning viser samanheng mellom lidingar i hjarte, lunge og lever, samt diabetes, slag og kreft, og negative opplevingar i barndommen, blant anna seksuelle overgrep.

Follesø (2003) skriv at skamkjensla kan opplevast som ein fysisk smerte. Dette er ofte ikkje-erkjend skam. Det kan opplevast som eit forbigåande kroppsleg ubehag som kan komme i form av anfall, og ei kjensle av å ikkje halde ut meir. Dette kan forvekslas med at ein er fysisk sjuk og føre til oppsøking av legehjelp, sjukemeldingar osv. For mange blir denne emosjonelle smerta ei smerte som ein ikkje erkjenner årsaka til, eller klarer å setja namn på.

#### **6.1.14 Morsrolla og det å bli mor:**

5 av kvinnene fortel at det å bli mor, og å inneha rolla som mor, har mange utfordringar knytt til det å vere utsatt for seksuelle overgrep.

*”Eg kan hugse når eg fekk ein son. Eg fekk panikk, for eg visste ikkje korleis eg skulle ta i han. Når han var liten og fekk ereksjon, noko som er heilt normalt hjå guttebabyar, fekk eg heilt panikk. Eg var sikker på at no hadde eg gjort noko gale”* fortel Tonje.

Heidi fortel om sorga ved at ho ikkje klarte å vere den mora ho hadde eit ynskje om å vere: *”Borna vart overlatt til seg sjølve. Skulle dei på noko, måtte dei gå åleine for eg turde ikkje vere med. Det var veldig vondt eigentleg i den tida. At du ikkje klarte å følgje opp. Det er kanskje det vanskelegaste å sjå tilbake på”*.

Vidare fortel kvinnene om redsel for at borna skal verta utsett for noko. At deira angst òg omfattar borna deira.

Marte fortel om vrangførestellingar i graviditeten i høve til kva som kjem ut av magen. Ho skildrar at det var vanskelig å handtere.

Trine fortel: *”Då eg fekk born fekk eg ein ting til: konstant dårleg samvit. Det er vanskeleg av og til å kjenne seg som ei god nok mor”*.

2 av kvinnene fortel at fødsel har vore traumatiske opplevingar for dei. Dette set dei sjølv i samanheng med det å vera utsatt for seksuelle overgrep. Kirkengen (2001) fann i si studie av 30 kvinner som har opplevd seksuelle overgrep at fleire av kvinnene hadde erfart vanskelege fødselar. Under ein fødsel er kvinner sårbare og avhengige av tryggleik. Fødselen kan til dømes aktivere flashbacks frå overgrepa, og på den måten gjere fødselen til ein svært vanskeleg oppleving, der kvinna kan få vanskar med å skilje mellom notid og fortid (ibid.).

Hjå Tonje var det ei så vanskeleg oppleving at då ho vart gravid på nytt, prøvde ho å fortrenge det, og oppsøkte ikkje lege eller jordmor før ho var i slutten av svangerskapet: *”Eg visste det jo, men eg ville ikkje forholde meg til det”* seier ho.

Liv fortel: *”Eg har nok vore overbeskyttande og følt at verda var for skummel til at dei kan komma ut der utan at eg passa på”*.

Litteraturen òg seier ein del om omsorgsrolla etter å ha opplevd seksuelle overgrep. Kvello (2010) beskriv at det er fleire risikofaktorar knytt til foreldre som har opplevd seksuelle overgrep som born. Han beskriv at det er ein auka fare for overføring av den dårlege omsorga mellom generasjonane. Dersom foreldra er klar over sine eigne opplevingar og traume, men ikkje har bearbeidd desse, kan dette føre til at foreldra er lite emosjonelt tilgjengelege for borna sine grunna deira eigne utfordringar knytt til opplevingane. Foreldra vil då nytte mykje energi på å dekke sine eigne emosjonelle behov, og barnet sine behov kjem i anna rekke.

Foreldre som ikkje er klar over sine eigne erfaringar og smertefulle opplevingar vil kanskje heller ikkje være i stand til å bryte ut av eit skadeleg mønster. På den måten vil dei gje omsorg som har likskapar ved den omsorga dei sjølve har fått.

Nokre foreldre kan òg vera medvitne om opplevingane, men er ikkje i stand til å sjå korleis deira opplevingar og erfaringar formar dei som omsorgsperson. Slike foreldre vil i følgje Kvello (2010) kunne undervurdere risikoen for å vidareføre dårleg omsorg og vise teikn til liten sjølvinnstekt. Kvello (2010) skriv vidare at det er ein beskyttelsesfaktor at foreldra har bearbeidd opplevingane, og er i stand til å sjå korleis deira opplevingar og barndom påverkar deira evne til å gje omsorg og dei som personar.

Dyregrov (2010) skriv, som nemnd på side 18, at det er ein overrepresentasjon av foreldre som sjølv har vore utsett for seksuelle overgrep som sjølv utsett barna sine for slike mønster.

Studier syner at 50 til 80% av kvinnelege overgriparar sjølv har vore utsett for seksuelle overgrep i barndommen. Dette gjeld òg ein stor del av dei mannlege overgriparane (Kvello, 2010).

### 6.1.15 Konkrete utfordringar:

Dette er utfordringar som kvinnene fortel at dei har vanskar med i dag, og som hemmar deira daglege fungering. Dette er det dei fortel at dei framleis har att å arbeide med, og som dei ynskjer endring i høve til.

Trine seier dette om å tenke tilbake:

*Det er nok kanskje de grovaste overgrepa som sit best fast i minnet. Dei har brent seg fast. Det som kanskje frustrerer meg mest i ettertid, er jo at eg hugsar **det**, og at eg ikkje klarar å hugse det som er positivt i barndommen.*

Tonje fortel om to ting som framleis er vanskeleg for henne:

*Det er nok to ting som eg slit med framleis. Den eine er verre enn det andre. Det eine er å gå til tannlegen. Eg klarar ikkje å gå til tannlegen. Eg klarar ikkje å få noko stort i munnen. Eg klarar ikkje å tygge tyggis blant anna. Det er eit stort problem for meg framleis. Og det å setje grenser for meg sjølv. Å sei i frå når det er noko.*

Mari fortel: ”Makt i kroppsspråk og blikk kan vera eit problem for meg. Eg er ikkje flink nok enno, det henger mykje i enno som eg ikkje.. det blir planta veldig godt dei der tinga”.

Liv fortel: ”Eg taklar ikkje press. Då dett eg heilt ut. Ikkje press meg, då føler eg at eg må yte noko eg ikkje klarar”.

Heidi fortel om behovet for kontroll:

*Kontroll er noko eg har veldig behov for. Det er noko som sitter att. Eg må ha oversikt over kva som skjer neste veke. Dersom noko som ikkje er planlagd dukkar opp, mistar eg kontrollen. Eg taklar det ikkje, byrjar å grine, og eg ser det tydeleg. Eg synest jo*



*det er heilt teit. Det er flaut. Eg ser det jo sjølv. Men slike ting, eg må ha oversikt over livet mitt og kva som skjer. Då taklar eg det.*

Marte fortel om hennar vanskar med å få besøk heime:

*Det som er eit problem det er å ha folk heime hjå meg. Eg er livredd når det ringer på døra og folk kjem inn. Eg kjenner meg veldig fanga og då kjenner eg meg litt tilbake att. Nett som då han pressa seg inn i meg. Då vil eg berre vekk. Dei kan vere i huset, men eg vil vekk. Det er klart ei sorg å ikkje kunne ha besøk heime. Så eigentleg har det gått veldig ut over det eg skulle ønske aller mest at eg klarte.*

Trine: *”Eg søv dårleg og må ha noko å sove på. Eg har mykje uro i kroppen og mykje stress”.*

Heidi: *”Eg har blitt diagnostisert med PTSD og det inneber jo veldig mykje”.*

Kvello (2010) skriv at PTSD er ei diagnose som ein ser relativt hyppig hjå barn og unge som er utsett for seksuelle overgrep. PTSD er omtalt tidlegare, på side 17.

## **6.2 Å ta i mot hjelp:**

Kva hjelp som er tilgjengeleg og kva tilbod som finns, er for mange svært uoversiktleg. Dette er mitt intrykk etter å ha sett igjennom tidlegare forskning og teorien knytt til dette temaet.

Kvinnene i denne undersøkinga fortel at det er ganske tilfeldig kva hjelp som er tilbydd. Det som er felles for dei alle er at dei har nytta seg av SMSO i Rogaland. Samtlege av kvinnene har nytta seg av ulike formar for hjelp gjennom åra. Her vert blant anna fastlege, psykolog, psykiater og prestar fortald om.

Dette avsnittet omhandlar kva kvinnene fortel om den hjelpa dei har nytta seg av. Korleis overgrepa vart avdekka, behovet for endring, korleis deira fyrste møte med senteret var, kva som kjenneteikna ein god hjelpar, ulike formar for tilbod kvinnene har nytta seg av, deira

erfaringar med kva som var viktig og nyttig for dei, erfaringar med å nytte seg av fleire tilbod samstundes og kva som var negative erfaringar for kvinnene.

### **6.2.1 Avdekking av seksuelle overgrep:**

5 av kvinnene var vaksne då overgrepa vart avdekka. Dette var kanskje fyrste gongen dei våga å fortelje om det, eller det var fyrst i vaksen alder at dei vart klar over kva dei var utsett for.

Trine fortel at mannen hennar visste om det, men ingen andre. Det var ein lege som konfronterte henne med det til slutt.

Tonje fortel at ho i samtale med ei venninne som var utsett for overgrep hadde fortald at ho hadde opplevd noko liknande sjølv. Då ho fortalde historia til venninna si, kunne venninna slå fast at Tonje og var utsatt for seksuelle overgrep.

Liv seier at det var ei sak i media som gjorde at ho forsto at ho hadde vore utsatt for seksuelle overgrep. Ho opplevde flashbacks og minner kom strøymande i samband med denne saka i media.

Heidi fortel om å vera involvert i ei ulykke. Dette førte til at overgrepa òg dukka opp i medvitet hennar.

Marte fortel at det var ein psykolog ho hadde kontakt med i samband med eit av borna sine som konfronterte henne med ordbruk og kva ho var redd for. Han spurde henne om overgrep, og avdekka på den måten det som var skjedd.

Det er påfallande at så mange av kvinnene i denne undersøkinga var vaksne då overgrepsproblematikken vart aktualisert. Kvello (2010) forklarar at forsvarsmekanismen dissosiering (som fleire av kvinnene skildrar) kan føre til svekka hukommelse og difor vanskar med å huske overgrepa som vart begått i barndommen. Det kan ein nytte til å forstå kvifor så mange fortel om å være godt vaksne då dei fortalde om seksuelle overgrep for fyrste gong.

Ruppert (2013) skriv at hans erfaring er at mange i starten av terapi ikkje er klar over sine egne erfaringar med seksuelle overgrep. Det er fyrst gjennom forsøket på å arbeide med sine

mange psykiske eller kroppslege symptom, eller vanskar med relasjonar, at det er mogleg å huske kva dei er utsett for. Vidare skriv han at det er ein sterk indre motstand mot å sjå på seg sjølv som utsett for seksuelle overgrep.

### **6.2.2 Eit ynskje om- og eit behov for endring:**

Alle kvinnene seier at det til slutt kom til eit punkt der ei endring var naudsynt. Det kunne skuldast ei sak i media, eit dødsfall i familien, eller at dei kjende at livssituasjonen deira ikkje fungerte lenger, -noko måtte gjerast.

Mari seier det slik:

*Det var eit eller anna som skjedde oppe i hovudet mitt. Vil du verkeleg ha det slik i livet ditt? Og det er berre du som kan gjere noko med det sjølv. Og det var nok egentleg då det byrja å snu litt. Du må tørre å ta litt sjansar rett og slett. Eg kom til at eg ikkje ynskjer å sitte her og kikke meg rundt før eg tør å opne døra for å springe ut og hente posten.*

Marte seier det slik:

*Eg kjende at eg trong ei endring. Det stod fast alt. Eg kom ikkje vidare i livet. Eg måtte forstå meg sjølv. Eg måtte forstå kjenslene mine for å kunne gå vidare i eit forhold: - for å kunne fungere i eit forhold.*

Det Mari og Marte seier kan ein hevde tydar på *emosjonell beredskap* hos dei. Emosjonell beredskap er ein av føresetnadane som Albert Bandura legg til grunn for å oppnå *mestringsforventning* (Helgesen, 2011).

Mestringsforventning er den norske oversettinga av Bandura sitt omgrep *self-efficacy*.

Leif A. Helgesen (2011) skildrar at omgrepet omhandlar den evna ein person har til å setje seg konkrete handlingsmål kombinert med ei sterk forventning til seg sjølv om å meistre dei konkrete måla.

Helgesen skildrar vidare Bandura sine føresetnader for at hjelpeapparatet skal lykkast med å gi denne rettleiinga og støtta som skal til for at menneskjer oppnår mestringsforventning: Relevante erfaringar, observasjon, verbal oppmuntring og emosjonell beredskap vert omtalt som føresetnader for at ein person skal kunne oppnå mestringsforventning.

Ein kan nytte omgrepet meistringsforventning som ein teori i høve til motivasjon for å forklare kva som skal til for at menneske vel å byrje på ein behandling- eller bearbeidingsprosess.

Motivasjon handlar om ei drivkraft, ei vilje og eit ynskje om å oppnå eit mål eller ei endring. Slik eg tolkar omgrepet meistringsforventning og føresetnadane for å oppnå dette, ligg det ulike faktorar til grunn for at motivasjon skal inntre. Det er svært individuelle skilnader. Kva som er relevante erfaringar for ein person, treng ikkje være det for ein annan. Vidare vil observasjon av andre vera knytt til relevant observasjon for akkurat det den personen ynskjer å lykkast med. Her kan ein til dømes trekke inn fellesskapet ved SMSO. Fellesskapet ved senteret kan tilby møte med andre som har komme lengre i ein endringsprosess, og av den grunn gi grunnlag for motivasjon.

Den verbale oppmuntringa kan ein knytte til både hjelparar, men og venner og nettverk. Det kan til dømes vere verbal oppmuntring frå ein psykolog, tilsette ved SMSO, andre brukarar av SMSO eller ein fastlege. Den siste føresetnaden til Bandura er emosjonell beredskap. Dette omhandlar personen si evne til å ha tru på seg sjølv og si eiga evne til mestring. Dette kan ein vidare knytte til hjelparen si evne til å skape denne forventninga.

Ruppert (2013) skildrar at det er viktig at den enkelte som oppsøker behandling er motivert til å gå inn i den endringsprosessen som krevst. Det er tungt og krevjande å bearbeide traumatiske hendingar. Dette krev viljestyrke, støtte frå nettverket, samt ein tolmodig, årvåken og erfaren terapeut. For å oppnå endring er det viktig at den enkelte ynskjer å gå denne tunge vegen og erkjenner at vegen til betre psykisk helse er å møte dei vanskelege kjenslene.

Det er svært naturleg å tenkje seg at motivasjon og eit ønske om endring må være til stades for å ta fatt på ein så omfattande og vanskeleg prosess som det kvinnene i undersøkinga skildrar. Ein kan tenkje seg at dersom ein byrjar i eit behandlingsopplegg og ikkje er klar for å ta i mot den hjelpa ein får tilbod om, så vil ein heller ikkje klare å nyttegjere seg av den.

Her kan ein òg trekke inn sjølvhjelpstenkinga, samt omgrepa empowerment og brukarmedverknad. Det er opp til brukaren sjølv å avgjere at no er tida inne for å arbeide med dei utfordringane ein har.

Psykolog Margrethe Øglænd beskriv at det kan vere nyttelaust å prøve terapi for å bearbeide seksuelle overgrep dersom livssituasjonen til den utsette er kaotisk. Med dette meiner ho at den overgrepsutsette sitt liv er prega av sterke symptom, saman med til dømes rusmisbruk (Iversen, 2010). Ein kan då tenkje seg at det er formålsteneleg å fokusere enkeltvis på dei

aktuelle symptoma som pregar kvardagen og fungeringa, for på den måten å komme til det utgangspunktet at ein kan nytte seg av psykoterapi og anna hjelp.

### 6.2.3 Fyrste møte med senteret:

Kvinnene i denne undersøkinga opplevde det som svært vanskelig å oppsøke senteret fyrste gongen. Dei fortel om førestellingar om korleis ei gruppe med menneske utsett for seksuelle overgrep ser ut, og at dei vart positivt overraska over at det var jo ”vanlege folk”.

*”Du ser for deg eit bilde av menneske som er heil på botn ” fortel Liv.*

Samtlege fortel om å bli møtt med opne armar, og at ein såg at ein ikkje var åleine med denne erfaringa.

Korleis dei kom i kontakt med senteret framstår som tilfeldig. Nokre hørde om det gjennom venninner, andre fann ei annonse, medan andre vart tipsa av fastlegen.

Trine fortel om sitt fyrste møte med senteret:

*Eg hadde høyrte det var senter andre plasser. Eg leita i telefonkatalogen. Då var det jo eit her òg. Det heitte incestsenteret den gongen. Men eg ringde ein gong eller to og berre la på. Så hadde eg bestemt meg for at no må eg finne ut kvar dei held til. Eg fekk med meg syster mi og me gjekk på ein slik temakveld. Eg følte at eg vart tatt i mot med opne armar. Eg kjende at dei forstod og at dei forstod kva eg sleit med. Her var det andre som hadde vore utsett, og eg var ikkje så åleine som eg følte. Det var eigentleg ganske tilfeldig at eg tok kontakt.*

Kvinnene sine negative førestillingar om brukarar av SMSO gjenspeglar deira dårlege sjølvbilde og låge sjølvverdi. Kanskje såg dei for seg ei gruppe med menneske som var slik som dei såg på seg sjøve? Kvinnene fortel at dette biletet vart korrigert nærast med ein gong. Det var ”vanlege folk”, og dei vart tatt i mot med opne armar. Ein kan her tolke at dette fyrste møtet var med på å korrigere litt av kjensla av å være åleine med dette og at brukarar av senteret/ dei sjøve, ikkje er avvikarar, men ”vanlege folk”.

#### 6.3.4 Den gode hjelparen:

Alle kvinnene i undersøkinga seier noko om kva som var viktig i deira relasjon til ein hjelpar. Det å ha tid, stille dei rette spørsmåla og vere støttande er noko som kvinnene fortel om. Samt tilgjengelegheit og det å ”tole å ta i mot” det som kvinnene fortel om.

Marte har prøvd ut fleire psykologar, den fjerde ho prøvde var den som gjorde endring for henne. Marte fortel kvifor det var rett med nett denne psykologen:

*Han hadde utruleg snille auge, gode auge. Det har eg alltid hengt meg opp i på folk eg treff- auga deira. Og så var det den rolege måten han var på. Og han lot meg få lov å fortelja. Han spurde dei rette spørsmåla. Han tok seg tid. Om det gjekk over ein time så gjorde ikkje det noko, av og til. Eg hadde gonger der eg var så provosert og sint at eg gjerne sprang av garde. Eg venta jo at han skulle komme etter meg. Og det gjorde han. Eg fekk lov å reagere på ein måte. Det trur eg er veldig sjeldan du får lov til når du er hjå ein psykolog. Han var liksom med heile vegen. Det var nok hans måte å vere på, og auga hans. Han var ein ok fyr.*

Måten Marte beskriv denne psykologen vitnar om at han var tolmodig. Det er tydeleg at Marte kjende seg trygg med han, og at han var til å stole på. Dette kan vitne om at denne psykologen var ein erfaren terapeut og at han innehar dei kvalifikasjonane som Ruppert hevdar er viktige kvalifikasjonar hjå ein terapeut som skal vere med på vegen mot bearbeiding (Ruppert, 2013). Han hevdar at gode terapeutar er tolmodige, årvakne, kunnskapsrike og forsøker å forstå samanhengar og konstallasjonar i menneskeleg psyke.

Det Marte fortel samsvarar med det Heidi fortel:

*Eg trur nok kjemien mellom pasient og behandlar er veldig viktig i denne samanhengen her. Ein er så vår. Det er viktig med ein behandlar som ser ein skikkelig og lar ein få lov til å ta den tida ein treng. Det trur eg er viktig.*

Både Heidi og Marte seier noko om forholdet mellom ein hjelpar og den som treng hjelp. Det å verta sett skikkeleg, lar ein få den tida ein treng, spør dei rette spørsmåla, og at ”kjemien” er rett.

Den danske teologen og filosofen Søren Kierkegaard seier dette om korleis eit slikt forhold bør vere:

At man, naar det i Sandhet, skal lykkes En at føre et menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor Han er, og begynde der.

Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Inbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhet at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Meere-Forstaaen ham slet ikke. Vil jeg alligevel gjøre min Mer-Forstaaen gjældende, saa er det, fordi jeg er forfængelig eller stolt, saa jeg i Grunden istedetfor at gavne ham egentligen vil beundres af ham. Men al sand Hjælpen begynder med en Ydmykelse; Hjælperen maa først ydmyge sig under Den, han vil hjælpe, og herved forstaae, at det at hjælpe er ikke at herske, men det at tjene, at det at hjælpe ikke er at være den Herskesykeste men den Taalmodigste, at det at hjælpe er Villighed til indtil videre at finde sig i at have Uret, og i ikke at forstaae hvad den Anden forstaaer (Kierkegaard, 1982. s. 96-97).

Det kjende sitatet frå Kierkegaard skildrar at hjelparen må freiste å *forstå* den andre sitt synspunkt. Hjelparen må finne den som treng hjelp, der han eller ho, *er* i sin bearbeidingsprosess, eller oppleving av sin eigen situasjon. Dersom hjelparen ikkje meistrar dette, er han heller ikkje i stand til å hjelpe.

Det er mi meining at kvinnene sine utsegn samsvarar med Kirkegaard si skildring av forholdet mellom hjelparen og den som treng hjelp.

Fleire av kvinnene fortel om kor viktig det er med stabilitet. At den personen er tilgjengeleg for deg over fleire år om det er ønskeleg. Dette gir ein tryggleik seier fleire av dei.

”*Eg har alltid han*” seier Heidi.

”*Han er alltid der for meg*” seier Tonje.

Med dei omfattande seinskadane som seksuelle overgrep fører til, er det heilt klart at det å bearbeide seksuelle overgrep kan ta fleire år. Det å ha ein god hjelpar som følgjer ein gjennom heile vegen er klart ein ressurs. Nokre fortel at SMSO har vore denne hjelparen, andre fortel om ein fastlege, psykolog eller psykiater. Profesjonen eller arbeidsstaden til denne hjelparen framstår ikkje som viktig. Det viktige vert stabiliteten og tilgjengelegheita. Det er lett å setje seg inn i at det å ha ein trygg, stabil og tilgjengeleg hjelpar som du stoler på er viktig i den prosessen det er å bearbeide seksuelle overgrep. Dersom ein har det, vil ein

sleppe å fortelje historia si på nytt til den nye hjelparen, og kanskje på den måten måtte ”byrje litt på nytt” i prosessen.

Det er mi meining at å bygge relasjonar alltid krev ei innleiande fase der ein nyttar tid på verta kjend og til gjensidig å lære kvarande å kjenne. Det vil klart vera utfordrande og kanskje demotiverande å måtte gå gjennom dette fleire gonger med stadig nye hjelparar. Det er òg eit viktig moment at ein vanleg utfordring hjå overgrepsutsette er vanskar i høve til relasjonar.

Trine fortel: ” *Han lot meg på ein måte få vera i det. Han hadde kontrollen. Det var tryggleik.* ”

Det Trine fortel kan tolkast som om ho fann tryggleik i at hjelparen var tydeleg i at han eller ho hadde kontrollen. Kanskje kjende ho at ho mista kontrollen og at hjelparen var tilstades og hadde kontrollen for henne.

Kirsten Benum (2003) beskriv at hennar erfaring er at ”*Grounding-teknikker*” kan vere gode hjelpemiddel for å hjelpe i situasjonar der ein klient slit med angst og minner frå fortida, til å finne tilbake til notida. ”*Grounding –teknikker*” kan ein knytte opp mot sjølvhjelpsteknikkane som er omtalt på side 34. Dette er teknikkar som kan nyttast i ein terapeutisk relasjon, men og som eigenarbeid. Dersom ein hjelpar til dømes nyttar seg av slike teknikkar, kan erfaringa til den utsette vere at hjelparen hadde kontroll og hjalp til med å ta tilbake kontrollen.

Dette kan ein knytte opp mot det som Marte òg fortel:

”*Han merka kor redd eg var. Og kva uro det var hjå meg. Han sette seg ned og snakka med meg... han gjorde meg trygg*”

Liv skildrar opplevinga av å være trygg i samtalar med ein god hjelpar på denne måten:

”*Eg fekk lov på ein måte... komma når eg hadde behov for det, sjølv om eg ikkje sa så mykje. Eg kunne sitta her og eg kunne bestemma sjølv. Eg kunne berre vera.*”

Liv fortel at det var ein tryggleik i det å føle at ein kunne komme når ein sjølv kjende behovet for det. Det å ikkje alltid måtte fortelje så mykje, men at det likevel var greitt å oppsøke hjelparen.

Dette er i tråd med tilbodet til SMSO: Ein plass som ein kan komme til. Brukaren avgjer sjølv kva tid han eller ho ynskjerå komme. Det er ikkje naudsynt å fortelje kvifor ein kjende behov for å komme.



Fleire av kvinnene fortel at det å treffe hjelparar som viste at dei hadde kunnskap om temaet seksuelle overgrep gav tryggleik og tiltru:

Mari fortel: ”*Det er trygt at han veit kva han snakkar om. Det gjer at eg kan kjenne meg tryggare.*”

Heidi fortel:

*Eigentleg for fyrste gong så var det nokon som lytta og høyrde på historia mi . Eg merka at dei forstod kva eg snakka om. Og at dei stilte dei rette spørsmåla. Det at nokon hadde slik peiling. Det gjorde at eg kjende det var rette plassen å vera, og at eg kjende at etter kvar time var eg litt meir på plass.*

Mari og Heidi fortel her om tryggleiken som hjelparen si kunnskap om seksuelle overgrep skapte. Dersom ein oppsøker hjelp i høve til eit problem er det tryggleik i at den du oppsøker innehar mykje kunnskapar i høve til dette problemet. Til dømes er det tryggjande å verta behandla av ein hjartespesialist dersom ein har ei hjarterelatert lidning. Det vert på same måte som om ein ringer til ein elektriskar dersom det elektriske anlegget i huset sviktar. Ein ringjer ikkje til ein røyrleggjar.

Ein kan nytte det Mari fortel til å oppsummere:

*”Det som er viktig er å skape tillit, og tryggleik. Den andre personen må òg tole å høyre. Det er noko med å tole å ta i mot. Og å høyre det.”*

### **6.2.5 Temakveldar:**

Temakveldane er kveldar der brukarar av senteret kjem og får informasjon kring temaet seksuelle overgrep. Det kan være kveldar med fokus på til dømes handtering av angst. Alle kvinnene i denne undersøkinga fortel om stort utbytte av slike temakveldar. Dette er eit tilbod som alle kvinnene har nytta seg av i stor grad.

Mari fortel: ”*Dei har veldig gode fagfolk på temakveldane her. Sidan ein er ei lita gruppe kan ein stille spørsmål og. Det er veldig nyttig. Me treng oppdatering på alt..*”

Eit viktig moment innanfor sjølvhjelp er å bli klar over eigne ressursar og nytte dette i vegen mot ein betre kvardag. For å kunne nyttegjere seg dette treng ein kunnskap. Temakveldane kan bidra til at brukarane av senteret vert meir klar over sine eigne utfordringar og kva som ligg bak. Til dømes kan ein temakveld om angst gje informasjon til brukarane av senteret om nyttige sjølvhjelpsteknikkar i høve til å meistre angsten, og korleis ein sjølv skal klare å fungere betre i kvardagen med angst.

### **6.2.6 Psykomotorisk fysioterapi:**

3 av kvinnene fortel at dei har nytta seg av psykomotorisk fysioterapi, og har gode erfaringar med det. Kvinnene fortel om øvingar der ein lærer å komme i kontakt med kroppen sin att.

*”Det var konkrete råd og eg lærte mykje om kva kroppen forteljer meg. Eg lærte mykje om dette med kroppsspråk, og om korleis ein er open og lukka med kroppsspråk”* fortel Marte.

Psykomotorisk fysioterapi handlar om å arbeide ut i frå at emosjonelle belastningar gjev utslag i muskulaturen, respirasjonen og i nervesystemet. Psykomotorisk fysioterapi har som føremål å hjelpe med kroppshaldning og pustemønster, samt påverke spenningsnivå i kroppen. Pasienten skal lære å oppleve kroppen, å oppleve via kroppen, og å utrykke seg gjennom kroppen. Pasienten skal verta vår for, og identifisere kroppen sine signal og reaksjonsmåtar, og å gje pasienten ei oppleving av samanheng mellom kropp og kjensler (Norsk Helseinformatikk, 2013).

Utstrakt bruk av forsvarsmekanismar for å verga seg sjølv mot psykisk og fysisk smerte kan med stor sannsynlegheit føre til at ein vert litt ”avskilt” frå eigen kropp. Det kan vere vanskeleg å knytte kroppslege smerter opp mot dei emosjonelle smertene. Å finne tilbake til denne ”koplinga” mellom kropp og kjensler kan vere vanskeleg, og mange treng hjelp for å få dette til.

Seinskader i form av anspentheit og kroppslege smerter er svært vanlege hjå utsette for seksuelle overgrep (Kirkengen, 2007).

Slik eg ser det vert psykomotorisk fysioterapi eit tiltak som skal arbeide med utfordringane i høve til musklatur, anspentheit og kroppslege reaksjonar som overgrepsutsatte kan slite med. 3 av kvinnene i denne undersøkinga fortel at det var positivt og nyttig for dei.

### 6.2.7 Kunnskap om ein sjølv og om temaet: ”Seksuelle overgrep.” :

Alle kvinnene snakkar om at det å ha kunnskap om seg sjølv og om det å vera utsatt for seksuelle overgrep, har vore med å hjelpe dei å bearbeide opplevingar og å fungere betre i kvardagen.

Kvinnene fortel at ei auka forståing og bevisstgjerjing gjorde at dei kunne kjenne seg sjølv att, og at dei til dømes kunne forstå betre kvifor dei reagerte på den måten dei gjorde.

*”Eg leste mykje bøker om overgrep, seksualitet. Det hjalp veldig å ha kunnskapar om teamet. Det var mi sjølvhjelp”. Fortel Trine.*

*”Eg tar litt og litt studiepoeng, men tar ikkje eksamen. Men eg lærer det eg treng om det å bli misbrukt, og om psykologien. Det gjer at eg forstår, og at eg får orda. Det å ta fag for fag, og å forstå, og lære, det har vore veldig hjelpsam” fortel Tonje.*

Det å ha kunnskap om teamet seksuelle overgrep, og kunnskap om seg sjølv og sine reaksjonar og seinskader er i tråd med det som sjølvhjelp omhandlar. Kunnskapar om seg sjølv og temaet ”seksuelle overgrep” kan bidra til ei bevisstgjerjing som vidare kan føre til at brukarane kan gjere nytte av dei nye kunnskapane.

Dette finn ein òg att i høve til omgrepa empowerment- og brukarmedverknad.

Som nemnd tidlegare betyr *empower* å autorisere, gje makt. Eit kjend ordtak seier at ”kunnskap gjev makt.”

WHO (1998) definerer empowerment som ein prosess der folk oppnår større kontroll over avgjersler og handlingar som omhandlar helse.

Dette fordrar kunnskap om ein sjølv, og at individet er klar over sin eigen situasjon og korleis ein kan påverke omgivnadane. Ein må utvikle eigen personleg kompetanse, og delta i å definere sine behov og problem. Individet må vere aktiv i avgjersler som handlar om eige liv (Tveiten, 2007).

Reell brukarmedverknad fordrar at brukaren sjølv har rett til å vurdere om problemet eksisterer, kva problemet er, og å definere kva som evt. skal gjerast med problemet. Ein må velje mellom kva tiltak som skal setjast i verk, kor lenge dei skal vare, og når ein skal avslutte og evt. vedlikehalde tiltaka. For å oppnå dette må brukaren ha kunnskapar om seg sjølv, sine utfordringar og kva tiltak som er tilgjengelege.

Det å få kunnskapar om seg sjølv og sin situasjon er òg eit viktig element i *Psykoedukativ behandling*. Pasienten skal få informasjon om problema sine og på den måten auka si

bevissthet og forståing for eigen situasjon og reaksjonar (Grøholdt, Sommerschild & Garløv, 2001). Her ser ein igjen at dette samanfell med sjølvhjelp-, empowerment- og brukarmedverknad omgrepa.

### **6.2.8 Fellesskapet med andre som har vore utsatt for seksuelle overgrep:**

Alle kvinnene snakkar varmt om det å kunne komme på senteret og treffe menneske som har opplevd det same som dei sjølve. Dei beskriv at det er godt å snakke med andre som forstår og som har dei same kjenslene som dei sjølve. Liv skildrar det slik:

*Det å vera open liksom, og sjå og høyre at andre har opplevd liknande ting. Og sjå at dei har komme ut av det. Dei har klart å leve med det. Det var veldig positivt for meg. Det er viktig å treffe andre som òg har vore utsatt, og sjå at det faktisk er heilt vanlege folk. Det kan skje med kven som helst. Før tenkte eg at det skjer jo berre taparar. For du sett slike merkelappar på deg sjølv. Fellesskapet på senteret var veldig viktig. Eg hadde ein plass å gå der eg visste at eg var trygg, og der eg visste at eg kunne reagere og vere meg sjølv. Sjølv om du har ein dårleg dag så kan du komma. Du veit at du vert tatt i mot liksom. Du kan le, du kan grina, vera sint og slike ting. Du kan snakka om det liksom.*

Kvinnene seier at fellesskapet med andre utsette opnar for at ein kan vera seg sjølv og at ein får lov å vise dei kjenslene ein har på ein trygg plass. Kvinnene fortel om forståing, støtte, og ei kjensle av å bli trudd på det dei fortel.

Fellesskapet med andre som har vore utsatt for seksuelle overgrep kan vera med på å ta vekk noko av einsamheita som personar med slike utfordringar kan slite med. Det å vera fleire saman, med same utfordringar og opplevingar gjev eit fellesskap, som igjen fører til tryggleik. Det å stå saman om utfordringar gjev styrke. Ein kan støtte kvarandre, gje kvarandre råd og ”heie” kvarandre fram.

Vidare fortel kvinnene at det òg er eit kjekt sosialt fellesskap. Det er ikkje berre fokus på overgrep og vonde ting.

*”I byrjinga når eg gjekk, så hadde eg nok meir behov for å snakke med andre som hadde opplevd det same. No har eg ikkje behov for det. Eg har kommen så langt at eg har meir behov for å finne plassar å kople ut, jobbe med litt pust, og ha gode opplevingar”* fortel Trine.

Trine seier her noko om det å komme vidare. Å bearbeide traumatiske hendingar er ein prosess, -ein kan samanlikne det med eit kriseforløp. Tradisjonelt sett har ein tenkt at bearbeiding av kriser skjer via stadier.

Johan Cullberg presenterer i sin faseteori 4 fasar:

**1 Sjokkfasa:** Kortvarig og inntreff umiddelbart etter hendinga, blir kjenneteikna av kaotiske kjensler som overmannar, ofte med eit irrasjonelt preg.

**2. Reaksjonsfasa:** Individet erkjenner at hendinga ikkje kan benektast, -smerta og fortvilninga vert gjeldande.

**3. Bearbeidingsfasa:** Her skal individet jobbe seg fram mot eit nytt ståsted i tilveret. Dei emosjonelle reaksjonane er meir avdempa, og ei erkjenning av det som har skjedd og konsekvensane det inneber er på plass. Veggen mot ei ny meining og framtidstru byrjar.

**4. Nyorienteringsfasa:** Individet erkjenner at livet har meining på tross av hendinga. Dei vonde erfaringane kan snuast mot noko ein kan lere av og vekse på (Helgesen, 2011).

Faseteorien møter kritikk ved at ein ser at det ikkje alltid viser seg at eit kriseforløp framtonar seg slik for dei fleste. Mange vekslar mellom kvar ein er i forløpet, ein vekslar mellom fortid og notid. Ein vekslar mellom å vere prega av dei erfaringane ein har hatt og det å orientere seg framover. Dette vert kalla tosporsmodellen (ibid.).

Ein kan då tenkje seg at det er naturleg at deltakarane i dette fellesskapet ikkje er i same "fase", eller har dei same behova til ein kvar tid. Det som då blir eit viktig poeng er at fellesskapet må skape rom for alle sine behov for at det skal bli eit godt fellesskap for alle. Til dømes må det vere rom for at Trine, som snakkar om at behovet for å snakke med andre om det dei har opplevd ikkje lenger er tilstades, får høve til å gjere det som ho seier ho har behov for. Fellesskapet vert ikkje eit godt fellesskap for henne om ho ikkje får dekkja sine behov, og framleis må snakke med dei andre om erfaringar kring overgrepa. Fellesskapet kan då heller føra til at Trine vert "halden tilbake" i sin prosess, enn å leggje til rette for utvikling.

### **6.2.9 Å hjelpe andre:**

To av kvinnene i denne undersøkinga har erfaring som hjelpar ved SMSO. For dei har det vore svært godt å kunne inneha den rolla. Dei snakkar om dette med å kunne nytte sine egne erfaringar til å hjelpe andre og til å erkjenne at dei har komme så langt i sine egne prosessar at dei er i stand til å være til nytte for andre og være sterk nok til å stå i den rolla:

*”Det å kunne jobbe med dette her, og utvikle meg vidare, det har vore heilt fantastisk! Det å vere med å hjelpe andre til å sjå at det går an å komme vidare. Det har hjelpe meg, det å vise brukaren som er langt nede at det faktisk går an”* fortel Tonje.

Det å nytte seg sjølv og sine erfaringar til å hjelpe andre kan etter mi meining vera svært oppbyggande for sjølvtiliten. Ein kan tenkje seg at det gjev meistring og stadfesting av eigne oppnådde mål at det ein sjølv har erfart og meistra kan nyttast vidare til å hjelpe andre med å oppnå det same.

Eg kan tenkje meg at ”fara” ved dette er at ein kan risikere å ”møte seg sjølv i døra.” ein kan risikere å treffe ein person med svært lik bakgrunn og historie og på den måte bli minna så mykje om seg sjølv at det vert vanskeleg å takla. Kanskje vil dette kunne føre til at ein vert ”sett tilbake” i eigen prosess? Å oppleve at erfaringar ein trudde ein hadde tilbakelagt dukkar opp, fordi ein skal hjelpe andre med å oppleve same framgong som seg sjølv, kan føra til eit nederlag som vil krevje mykje tid og energi på å bearbeide.

På ei anna side kan det kanskje vera nyttig for nokon å gå dei same ”rundane” med litt avstand. På den måten får ein repetert og kanskje fell endå litt meir på plass i prosessen.

#### **6.2.10 Hjelp til å finne orda, og trening i å snakke om overgrep:**

Alle kvinnene fortel om at det er vanskeleg å snakke om overgrepa. Dei fortel at det tok lang tid før dei kjende seg trygg på å fortelje om kva dei hadde opplevd. Fleire av kvinnene fortel at det var godt å komme på senteret og bli trygg på å seie dei ”ekle” orda før ein kunne nytte seg av til dømes psykolog. Trine fortel:

*Eg hugsar at det var godt å gå på senteret fyrst for å bli trygg på å snakke om det før eg skulle til psykologen. Eg hadde fått trena meg i å seie alle dei ekle orda. Korleis det var å setje ord på det som han hadde gjort og det eg måtte gjere. I trygge omgivnader. Det hadde eg aldri tord å fortelje om eg ikkje hadde gått her fyrst. Og det til ein stor svær mann som eg ikkje kjende eingong. Det at eg gjekk her på senteret, gjorde at eg klarte å nytte meg av psykologen på ein måte.*

Seksuelle overgrep er heilt klart eit tabubelagt og vanskeleg tema å snakke om. Ein kan tenkje seg at ved å setje ord på erfaringar, gjer ein dei òg verkelege. Dette i seg sjølv kan være svært vanskeleg å handtere.

Kvinnene i undersøkinga har fortald at det å ”tole å ta i mot” er viktig i høve til ein god hjelpar. Fleire av kvinnene fortel om erfaringar der dei forstod at deira historier var for tunge for mottakaren å høyre. Det er tydeleg at kvinnene opplever at ved SMSO møter dei samtalepartnarar som maktar å ta i mot historiene deira og som er trygge på å nytte dei ”ekle” orda, som kvinnene sjølv seier.

Det å kunne nytte seg av psykoterapi inneber slik eg ser det at ein beherskar språket. Orda er viktige for å kunne komme vidare i behandling. Trening i å fortelje sin historie, og trening i å nytte orda og omgrepa som trengs for å forklare i detalj, var for mange tilsynelatande naudsynt for å kunne nytte seg samtalar med andre hjelparar som til dømes psykolog eller psykiater.

### **6.2.11 Erfaringar med sjølvhjelpsgrupper:**

Erfaringane til kvinnene i høve til det å gå i sjølvhjelpsgrupper er delte. Tre av kvinnene skildrar det som svært hjelpsam å gå i ”sjølvhjelpsgruppe”, medan dei andre tre er meir negative til denne type tiltak.

Liv seier:

*Der kan ein finne venner for livet, som har same bakgrunn og som kan hjelpe kvarandre. Det er det viktig å sette fokus på. Det kan vere tøft, men det kan hjelpe dei som ikkje snakkar så mykje, til å fortelje, og til å snakke om det dei har opplevd. Mi erfaring er at dette er veldig positivt. Ein lærar seg til å kjenne seg trygg i ei gruppe, i det sosiale. Får andre synspunkt. Det er ei god trening i det sosiale, og til å snakke på ein trygg plass. Ein må ta i mot oppbakking og støtte frå dei andre. Det er viktig å føle tilhøyrighet i ei gruppe. Eg har veldig tru på at det er positivt.*

Liv fortel her om det positive ved å tilhøyra denne gruppa. Liv opplevde nok at sjølvhjelpsgruppa var til støtte, både i høve til å fortelje sin historie, og som rådgjevarar i høve til å bearbeide erfaringane med seksuelle overgrep. Liv opplevde støtte i høve til å føle eit fellesskap og ei tilhøyrighet i denne gruppa. Ho fortel at ho kjende seg trygg i den sosiale settinga og at ein kan finne venner for livet. For Liv fungerte nok sjølvhjelpsgruppa slik som grunntanken bak sjølvhjelpsgruppene er formulert.

Tonje formulerer det slik:

*Du får høyre andre fortelje. Ta dette med skam for eksempel. Det er jo ein stor ting. Du får høyre andre fortelje om dette. I den gruppa eg gjekk fekk eg nok opna litt på den skamma. Andre følte like stor skam, og når eg såg det utanfor så ser eg at det er jo ikkje deira skam, det er jo overgriparen sin skam.*

Tonje gjev her eit døme på korleis ei sjølvhjelpsgruppe kan bidra til at fellesskapet fører til endring. Ho fortel at hennar syn på skam vart endra etter å ha delteke i sjølvhjelpsgruppe. Ved å høyre andre setje ord på dette med skam, kunne ho til slutt reflektere over at det ikkje er den utsette si skam, det er overgriparen si skam.

Tonje og Liv var positive til sjølvhjelpsgrupper og fann stor nytte av det. Andre var heller negative til denne type tiltak:

Marte seier:

*Eg synest det var slitsamt å høyre andre si historie. Nokon kan synest det gjer godt, men for meg vart det veldig tungt. For meg er det betre å jobbe med min historie. Fleire i den gruppa eg var i hadde behov for å snakke om kva som skjedde, korleis det var i rommet, kva dei følte, og korleis overgriparen gjorde ting. Eg kjende at dette har eg ikkje lyst til å høyre om, og at eg ikkje har behov for dette sjølv. Eigentleg var det nok litt feil gruppe for meg. Eg hadde hatt meir behov for å vere i ei gruppe der ein snakkar om kva ein gjer no. For å få eit betre liv etter at dette har skjedd. I staden for å vera i det.*

Marte fortel at det var tungt å høyre andre sin historie. Ein kan tenke seg at det kan vere belastande å måtte ta inn over seg andre sine historier, særleg av slik karakter som det er når ein snakkar om seksuelle overgrep. Kanskje kan ynskje om å sleppe å høyre andre fortelje om overgrep vera eit skydd mot re-traumatisering?

Etter mi tolking seier Marte noko om det å ha ulike behov i gruppa. Ho seier ho hadde behov for å snakke om vegen vidare, medan dei andre i gruppa hadde behov for å snakke om sjølve overgrepssituasjonen. Dette viser kor viktig gruppesamansetjinga er. For at ei slik sjølvhjelpsgruppe skal vere til nytte, er det viktig at fellesskapet dekkjer dei behova ein har. Ei



gruppe inneheld fleire ulike personar med individuelle, og kanskje svært ulike behov. Kven som er deltakar i gruppa, og korleis gruppa er satt saman, blir av den grunn svært viktig.

Også Trine seier noko om samansetjinga av gruppa:

*Det som er viktig med sjølvhjelpsgrupper er at det er så viktig kven som er i dei. Det er så avhengig av kva personar det er, kven deltar, og kven leiar gruppa. Det kan raskt bli ei sutregruppe. -der ein ikkje vil vidare. Dei vil berre syte og ha det vondt. Det er ikkje konkrete råd om kva du skal gjere for å komme vidare. Vi kan vere på ulike nivå, og då er det ikkje lett å få til ei slik gruppe. Når skal vi gå vidare liksom? Det er det eg saknar. Det avheng av dynamikken, og den som leiar gruppa, om vi kjem vidare.*

Heidi deler òg dette synspunktet:

*Det kan bli litt mykje å berre gå her og treffa folk som har vert utsett. Det kan bli litt mykje. Det kan bli litt sutreklubb. Ein må jo på ein måte bygge kvarandre opp, og ikkje sitje og snakke om kven som har det verst, og kven som har den verste historia. Det gjer det berre verre for alle.*

Både Heidi og Trine seier noko om det å bli verande på ein plass i prosessen. Slik eg tolkar det uttrykker dei frustrasjon over at sjølvhjelpsgruppa kan bli eit forum der ein ”heng fast” i å snakke om overgrepssituasjonane og ikkje kjem vidare. Dersom ei sjølvhjelpsgruppe har denne funksjonen, vil gruppa etter mi meining heller ha ei negativ innverknad på bearbeidingsprosessen, enn å vere det støttande fellesskapet som saman arbeider seg gjennom utfordringar på vegen mot eit betre liv.

Det er tydeleg at ei sjølvhjelpsgruppe kan vera eit svært positivt og nyttig tiltak for overgrepsette, dersom samansetjinga av gruppa er nøye gjennomtenkt og planlagd. Dette fordrar etter mi meining at leiar av gruppa har danna seg eit bilete av kven gruppedeltakarane er på førehand, og kva som er deira behov. Dersom gruppa skal ha ein støttande funksjon, krev det erfarne leiarar som er klar over denne utfordringa.

### **6.2.12 Å nytte seg av fleire hjelparar:**

Fleire av kvinnene i denne undersøkinga har nytta seg av ulike tilbod. Dei har hatt fleire hjelparar i sine liv og i sine vegar mot å bearbeide overgrep og få til ei endring.

Kvinnene forklarar dette med å få ulike perspektiv på ting. At det var fokus på ulike tema hjå dei ulike hjelparane. Og at ein kunne komme på senteret og snakke om korleis det gjekk hjå psykologen til dømes.

Marte seier det slik: *”Det har vore 3 forskjellige plassar eg har gått. Og når eg har fått satt alt dette saman, så har det blitt den beste løysinga. Det å bli forstått ut i frå 3 forskjellige synspunkt. Det blir ikkje så einspora”.*

Kvinnene si forteljing om ressursen ved å nytte seg av fleire hjelparar på ein gong kan brukast til å understreke kor omfattande og alvorlege seinskader seksuelle overgrep kan føre til.

Tilbodet til denne gruppa bør difor vere både variert og kunnskapsrikt.

Eg meiner kvinnene si forteljing vitnar om at det har vore naudsynt å nytte seg av til dømes både SMSO, samt psykolog og fastlege for å dekke alle behova dei hadde i denne prosessen.

Kvinnene fortel at det var ulikt fokus hjå dei ulike hjelparane. Dette kan tyde på at det ikkje var nok med berre til dømes psykologen eller SMSO. For å få breidda i behandlingstilbodet må ein kanskje kombinere tilbod? På den måten kan ein få det tilbodet med den breidda og kompetansen som denne gruppa treng.

### **6.2.13 Bruk av medikament:**

5 av kvinnene i undersøkinga har nytta seg av medikament i sin behandlingsprosess. Dei 5 har nytta antidepressiva, og 2 fortel at dei har òg nytta seg av medikament for å få sove.

Fleire av desse kvinnene seier at dei opplever at det kan være naudsynt med medikament ei stund, når ting er som verst. Hos fleire av kvinnene var det i samband med innlegging grunna sjølv mordstankar.

Mehlum og Weisæth (1993) skriv at medikament kan gjere det mogleg for at ein person å ta i mot behandling. Her vert det då knytt opp mot å dempe symptom i høve til hyperaktivering av hjernen etter eit traume. Ved å nytte angstdempende medikament som benzodiazepiner eller søvninduserande medikament kan ein dempe symptoma, og på den måten gjere personen i stand til å nytte seg av andre former for behandling.

Fleire av kvinnene seier òg at det er viktigare å arbeide seg gjennom det vanskelege i staden for å ”medisinere det bort”.

Ruppert (2013) skriv at hans erfaring frå sin praksis er at psykofarmaka ofte gjer brukarane kjenslemessig avstumpa. Dermed blir det terapeutiske arbeidet vanskeligare ved at psykofarmaen blokkerer klientens emosjonelle tilgang til seg sjølv.

Dette samsvarar med det Tonje skildrar:

Tonje fortel at ho vart ”flat” og ”kjende ingenting” av antidepressiva. Det var ikkje til hjelp for henne i hennar bearbeiding av det ho hadde opplevd. Ho snakkar om at det er viktig å ”kjenne etter på smertene” og at ”det er på den måten ein kan komme vidare og at ein kan klare å jobbe seg gjennom det ein har opplevd.”

Trine deler Tonje sitt syn:

*”Det er ein krisereaksjon og eg tenkjer at den må eg berre komma igjennom. Det vert ikkje betre ved å gje masse medisinar mot noko eg konkret veit kva er.”*

Kvinnene i denne undersøkinga beskriv ulike erfaringar kring medisinering. Eg tolkar det dei fortel slik at dersom dei har alvorlege psykiske symptom, til dømes sjølvordstankar, treng dei psykofarmaka for å kunna ta i mot anna behandling, til dømes samtaleterapi. Er det derimot snakk om å medisinere ein moderat depresjon, bør det vurderast nøye.

Medikament kan etter mi meining ha både ha ein nyttig funksjon og sine ulemper. Ein kan tenkjer seg at det er ulike behov for medisinering i høve til kvar ein er i bearbeidingsprosessen. Medikament kan som nemnd gjere ein i stand til å byrje på ein behandlingsprosess, medan det og kan vera med å stengje av for kjensler i ein seinare del av prosessen.

#### **6.2.14 Negative opplevingar med hjelparar:**

Samtlege av kvinnene fortel om det dei opplever som nyttelaust. Dei fortel om negative opplevingar med hjelparar.

Fleire har opplevd å ikkje få den rette kjemien med ein behandlar.

Dei har opplevd å ikkje bli trudd når dei fortalde, og dei har opplevd at hjelparar ikkje toler å ta i mot. Dei klarer ikkje å høyre på det som pasienten/ brukaren fortel dei. Dette har fleire av kvinnene uttalt som vanskeleg å møte.

Tonje seier at ho synest det var svært vanskeleg å bli møtt med stillhet og usikkerhet når ho fortalde sin psykolog om overgrep. Dette førte til at ho slutta å gå til den psykologen.

Dette kan ein samanlikne med kvinnene som fortel om ”den gode hjelparen”

Heidi fortel at det var frustrerende å måtte bytte behandlar ofte. Behandlaren kunne vere i eit vikariat, eller den tildelte tida ho hadde fått var oppbrukt. Vidare fortel ho at ho opplevde å ikkje få behandling når ho kjende at det var naudsynt. Ho fortel om å bli avvist på legevakta ved to tilfelle. Den eine gongen vart ho til slutt henta av politiet.

Heidi sin historie om det å bli henta av politiet då ho vart avvist av legevakta er sterk. Ho skildrar det som ”eit traume etter traumaet” Det er ikkje vanskeleg å forstå at kjensla av å verta avvist når du ber om hjelp er svært vanskeleg, for så i tillegg verta henta av politiet. Det framstår som ei svært tydeleg avvising frå legevakta og kan for Heidi tolkast som om hennar vurdering kring sine eigen behov vart fullstendig avvist.

Liv seier at ho fekk ikkje lov å snakke om overgrepa. Ho var i behandling for anorexia og opplevde å ikkje få snakke om det som ho kjende ho hadde behov for å snakke om:

*Eg vart møtt med at eg var så skjør og sårbar, at eg ikkje kunne snakke om overgrepa, for då ville eg gå heilt i knas, og då ville dei ikkje klare å fikse meg. Eg opplevde at det gjorde det tusen gonger verre. Eg måtte jo få det ut. Dei meinte eg måtte komme opp i normalvekt, og få i meg nok mat, før eg var i stand til å snakke om overgrep. Det var eg heilt ueinig i. Eg meinte at om eg fekk snakke om overgrepa, så ville dette med mat komme meir og meir på plass. Det vart ein slik kamp.*

Liv si forteljing handlar òg om det å ikkje bli møtt på eigen vurdering av kva behov ein har. Her kan ein på nytt trekke inn det som sjølvhjelpsideologien, samt omgrepa empowerment og brukarmedverknad seier om det å ha rett til å ta avgjersler kring eigne behov og behandling. Ein kan hevde at det Liv fortel om å ikkje få lov til å snakke om overgrepa, vert ein motsats til det sjølvhjelp, empowerment og brukarmedverknad omhandlar. For Liv var dette klart vanskeleg. Ho hadde behov for å få fortelje, og fekk ikkje lov. Det vert ei avvising av hennar kompetanse til å vurdere kva som er best for henne, og kva ho har behov for i si behandling.

*”Av og til når du forteljar, og du opplever at den du fortel til får det verre enn deg, då tenker du at nei, dette skulle eg ikkje ha gjort. Og då har du ikkje lyst å fortsette å fortelje”* seier Marte.

Marte seier noko her om det å vera i stand til å tole å ta i mot historia som vert fortald. Dette kan ein knyte opp mot det kvinnene fortel i høve til ”den gode hjelparen”

### 6.3 Oppnådde endringar:

Denne kategorien omhandlar dei konkrete endringane som kvinnene fortel om i sitt liv og i sin situasjon.

Forteljningane er eit vitnesbyrd om den vegen dei har gått og den styrken dei viser.

Kvinnene si forteljing syner at endring er mogleg og at det er verdt å ta fatt på det krevjande arbeidet det er å bearbeide.

Det er vanskeleg å peike på kva det var som førte til dei oppnådde endringane hjå kvinnene, om det var arbeidet på senteret, hjå psykologen, fastlegen osv, eller om endringane hadde komme heilt eller delvis av seg sjølv.

Eg har valt å la utsegna til kvinnene stå for seg sjølv. Deira skildringar er informative og gjer seg, etter mi meining, bra åleine- utan drøfting eller teori.

Alle kvinnene fortel om store endringar. Dei skildrar positive sjølvbilete, tru på seg sjølv, tryggleik og at dei er blitt flinkare til å setje grenser for seg sjølve.

Trine fortel:

*No er eg jo mykje tryggare i meg sjølv. Sjølvklart har eg litt i dag og , eg mister litt trua på meg sjølv innimellom. Det trur eg er heilt normalt. Dei aller fleste mister litt trua på seg sjølv av og til, og har litt oppturar og nedturar. Så eg trur egentlig eg føler meg ganske normal i dag. Men i dag trur eg at eg ser på meg sjølv som ein ganske så oppegåande person.*

*Heilt ufattelig endring egentleg. Dei som beskreiv meg på den tida...*

*Det å vere den som sit med pilleglasset framfor seg, og som ikkje ser noko løysing på livet i det heile tatt. Til å være der eg er i dag.*

*Eg føler vel egentleg at sjølv om eg har dei tinga som er vonde og vanskelege, så har eg ein annan kontroll no. Eg har det betre. Eg føler at eg har det bra. Eg er ikkje så redd og nervøs lenger. Eg har ikkje så mye skyld og skam lengre. Eg har klart å leggja det som skjedde på dei som gjorde det, enn å ta det på meg sjølv. Så eg føler vel egentleg at eg har det bra. Det som har skjedd, har skjedd. Eg aksepterer at det har*

*skjedd og eg har problem med det. Det hadde andre og hatt, og ferdig med det! Eg kan på ein måte styre kvardagen min.*

Tonje fortel:

*Eg ser meg sjølv på ein anna måte. Eg er meir bevisst meg sjølv, mine egne kjensler og tankar. Eg er blitt mykje flinkare til å setta grenser, og å sjå kva tid eg går for langt. Men eg kan framleis bli forvirra. Du veit den der midten: enten strekkja deg for langt, eller bli for streng. Den midten er vanskeleg å finna. Det høyrer eg mange som slit med. Å finna midten. Den normale biten. Der du skal vera.*

*Eg har det eigentleg bra. Det er det som er den viktigaste budskapen. Du kan faktisk få det bra, om du berre får hjelp. Om du har dårlege dagar i periodar, så blir gjerne dagen i morgon litt betre.*

*No er det litt slik at eg ynskjer å komme tilbake i jobb. Eg tenker vel at eg ikkje vil klare 100%, men så er det heller ikkje lengre eit mål. Eg har akseptert det. Eg har heller som mål at eg vil ut i jobb igjen, og vere ein del av det. Eg har lært at ting forandrar seg. Ingen veit kva som hender om 4 år, 10 år. Ting er i endring.*

Liv fortel:

*Å setja grenser, med å seie at så mykje finn eg meg i, og så mykje finn eg meg ikkje i! Å stå på det eg meiner, eller det eg har krav på. Eg veit at eg har rettigheter. Tørre å ta meir plass. Det har eg blitt flinkare til. Å Tru på mine kjensler: -stole på mine kjensler. Det har garantert forandra seg. Det kjenner eg, det meiner eg, og det kjenner eg.*

*Det å kunne setje ord på frykta mi. Eg kan no lokalisere frykta og lage eit bilete på den. Eg kan ta den ut av meg og leggje den vekk.*

*Eg kan identifisere den og forstå kvifor den kjem. Eg kan sjå på frykta som noko eg treng og. Den er jo ein del av overlevingsinstinktet mitt.*

*Frykta kjem framleis, men eg taklar den. Eg taklar den betre no. Eg taklar den bra.*

Heidi fortel:

*Eg har blitt meir open. Meir tru på at eg kan ting. Eg er verdt noko som den eg er. Eg våga å gjere det eg kjende at eg hadde lyst å gjere. Eg var ikkje dum og teit, -eg fekk meir tru på meg sjølv.*

*Det blei berre positivt. Eg kan ikkje hugse at eg har fått negative tilbakemeldingar. Familie og vener la jo òg merke til at eg opna meg. At eg våga meir kanskje? Eg var ikkje så redd lenger. Eigentleg berre positivt. Utdanning har eg tatt etter kvart. Eg fekk mann og born etter kvart. Det hadde eg ikkje trudd var mogleg. Det har eigentleg berre vert positivt å jobbe seg gjennom.*

Mari fortel:

*Det er eigentleg ganske merkeleg å sjå tilbake. Men sjølvklart går det litt opp og ned no òg . Alt er jo ikkje rosenrødt. Men eg har lært meg å leve med det. Eg veit kva eg skal gjere om eg kjem ned i dumpa att. Eg veit kva eg skal gjer, og eg veit korleis eg skal takle det på ein måte. Eg har liksom kommen ut på den andre sida på ein måte. Slik føler eg det.*

*Det at eg har blitt trudd. Det at eg har klart å jobbe meg gjennom det, og fått eit relativt godt liv på tross av det som ein forvente.*

*Det at eg er her. At eg lever!*

*Det har skjedd mykje på denne tida sidan eg byrja her ved senteret.*

*Eg kan kjenne på at her er mi grense. Eg klarer å beskytte meg sjølv.*

*I møte med visse menneske kan eg framleis ha ei tendens til å tilpasse meg til dei, for då blir alt bra. Eg veit då at eg er på veg inn i mønsteret igjen. Eg tilpassar meg misbruket. Men eg er flinkare til å sjå det no. Eg er flinkare til å setje grenser for meg sjølv og andre.*

*Sjølvbiletet mitt er mykje betre. Eg er vakker, eg fortener det beste. Eg fortener å behandle meg sjølv bra. Eg fortener å ha det bra og gjere ting eg likar. Eg fortener å ha det godt.*

Marte fortel:

*Eg gjer mykje ting som gjer godt for meg. Det synest eg er bra! Det å gå turar, symje, gå på konsertar, liggje på hotell, gå på besøk til folk, og alt slikt. Fordi eg har ei veldig innstilling på at eg vil ha det bra no. Eg klarer å ta til meg gode opplevingar, og eg er veldig glad for alt eg klarer. Eg kan reise kvar eg vil utan å ha angst for fly, for rom, eller for nokon ting. Eg synest det er godt å vere i kroppen min no. Eg beveg meg friare og eg tenkjer mindre på korleis eg ser ut. No tenker eg at der er greitt å være meg.*

## **7.0 Avslutning og oppsummering:**

I dette siste avsnittet vil eg freiste å oppsummere og å trekkje fram det som eg meiner er viktige moment i høve til kvinnene si forteljing. Eg ynskjer å peike på det som eg meiner det er naudsynt å ta lærdom av.

Kvinnene si historie er gripande. Deira forteljingar inneheld erfaringar som det er viktig å synleggjere.

Eg ynskjer å trekkje fram seinskadane si kompleksitet, betydinga av motivasjon, hjelparen sine kvalitetar, behovet for eit breispektra tilbod, betydinga av kunnskap og fellesskapet si betyding. Dette er moment som har utpeika seg for meg gjennom arbeidet med denne undersøkinga.

### **7.1 Seinskadane si kompleksitet:**

Det kvinnene fortel om utfordringar og seinskader i ettertid av dei seksuelle overgrepa viser oss kor kompleks og alvorleg denne problematikken er. Seinskadane rammer fungering på så mange av utviklingsområda og påverkar heile fungeringa i kvardagen. Familieliv, sjølvbilete, psykisk helse og relasjonar er dømer på dette. Eg tenkjer då på at seinskadane påverkar kroppsleg, kognitiv, mental, emosjonell og sosial fungering.

Ei av kvinnene i undersøkinga er diagnostisert med PTSD, men ut frå det fleire av kvinnene fortel om angst, frykt, flashbacks osv, er det ikkje usannsynleg å tenkje at fleire av desse kvinnene vil kvalifisere for denne diagnosa. Dette er som eg tidlegare har skildra ei svært alvorleg lidning. Det å leve med PTSD må vere svært vanskeleg, og utfordrande å behandle. Kompleksiteten og alvorlet av seinskadane som kvinnene fortel om, og som litteraturen viser, synleggjer at denne gruppa med menneske vil ha behov for omfattande hjelp og oppfølging. Det er av den grunn ikkje rart at kvinnene i undersøkinga fortel om ein lang, tung veg som dei har nytta fleire år på å fullføre. Mange har framleis eit stykke å gå. Det viser det avsnittet der kvinnene fortel om kva som gjenstår å arbeide med, kva dei ennå slit med og som påverkar deira fungering og livskvalitet.

### **7.2 Betydinga av motivasjon:**

Kvinnene si forteljing i høve til eit ønske om-, og eit behov for endring, er eit anna moment som eg ynskjer å trekkje særskild fram. Kvinnene fortel at dei kom til eit ”vegskilje” Litteraturen viser at motivasjonen er naudsynt når det gjeld å fullføre og lukkast med behandling.



Både seinskadane i høve til seksuelle overgrep og kvinnene si forteljing om den langvarige prosessen dei har vore gjennom, og som dei framleis arbeider med, vitnar om at dette er tungt og tidkrevjande arbeid. Det krev motivasjon og eit ynskje og initiativ frå den utsette sjølv. Albert Bandura og hans omgrep *self-efficacy* eller *mestringsforventning*, som er omtalt på side 67, omhandlar den evna som ein person har til å setje seg konkrete handlingsmål kombinert med ei sterk forventning til seg sjølv om å meistre dei konkrete måla. Dette kan ein nytte til å forklare kva det er som gjev ein person motivasjon eller eit ynskje om å oppnå ei endring i livet sitt. Det vert etter mi meining viktig å at omsyn til dei individuelle skilnadane. Det som er utslagsgjevande i høve til motivasjon eller mestringsforventning for ein person treng ikkje vera det for ein annan. Det kan vere ulike faktorar og skilnader som er med i påverknaden. Slik eg tolkar omgrepet motivasjon handlar det om ei drivkraft, ei vilje og eit ynskje, om å oppnå eit mål eller ei endring. Det er mi meining at ein kan ikkje ”gi” nokon motivasjon, men at ein kan leggje til rette for å skape det. Dersom ein nyttar Bandura og hans mestringsforventning, seier han noko om at det er visse føresetnader som må vera til stades: Relevante erfaringar, observasjon, verbal oppmuntring og emosjonell beredskap. Til dømes kan SMSO tilby relevante erfaringar og observasjon gjennom fellesskapet med dei andre brukarane på senteret. Der kan ein komme og til dømes oppleve at andre har meistra noko ein ynskjer å meistre. Den verbale oppmuntringa kan stamme frå fastlegen, psykologen, tilsette ved SMSO eller vener og nettverk. Til slutt må personen ha tru på seg sjølv og si eiga mestring: emosjonell beredskap.

### **7.3 Betydinga av hjelparen sine kvalitetar:**

Kvinnene fortel viktige moment kring kva dei opplevde som ”ein god hjelpar.” Her trekk dei fram stabilitet, tolmod, kunnskap, tid, og menneskelighet som viktige stikkord. Kvinnene skil tilsynelatande ikkje mellom profesjon, arbeidstilhøgrighet eller funksjon hjå hjelparen. Det som framstår som avgjerande er tilliten til denne hjelparen. Denne tilliten ser ut til å bli bygd opp ved hjelp av tolmod, kunnskap om seksuelle overgrep, seinskader og korleis ein skal møte denne gruppa på best mogleg måte.

Eg vil framheve *tid* som eit viktig døme i høve til korleis hjelparen kan byggje opp tillit. Det framstår som viktig å bli møtt av ein hjelpar som har tid til deg. Å møte ein hjelpar som har satt av nok tid, kan opplevast som ei verdsetting og ei anerkjenning av betydninga av samtalen eller konsultasjonen.

Eg synest det er svært viktig å ta lærdom av det kvinnene fortel om kva som kjenneteiknar ein god hjelpar. Å utvikle oss som fagpersonar i hjelpeapparatet er noko vi alle kan ha behov for.

Dette tenkjer eg gjeld uansett kva profesjon eller arbeidsplass ein innehar. Det viktige er å ta til seg det brukarar av hjelpeapparatet seier, og tilstrebe endring deretter.

#### **7.4 Behovet for eit breispektra tilbod:**

Alvoret og kompleksiteten i høve til seinskadane etter seksuelle overgrep legg føringar for eit tilbod som kan famne om alle behov hjå denne gruppa menneske.

Ut i frå kvinnene si forteljing og det litteraturen viser, er det vanskeleg å sjå for seg at det kan finnast ei ”oppskrift” som kan hjelpe alle til å få eit betre liv. Det er meir sannsynleg å tenkje at det er behov for eit breispektra tilbod til denne gruppa. Mi meining er at kvinnene si forteljing synleggjer at dei har nytta seg av fleire ulike tilbod. Kvinnene i denne undersøkinga har komme svært langt. Deira behandlingshistorie er lang, og det er tydeleg at endringa i kvinnene si livskvalitet er store.

Etter mi meining er det vanskeleg å peike på kva tilbod som var mest eller minst nyttig i deira behandlingshistorie. Ein kan tenkje seg at det er ulike behov knytt til ulike stadier eller fasar av ein behandlingsprosess og at det synleggjer eit behov for eit eller feire tilbod som kan famne om alle dei ulike behova. Ein kan som eit døme tenkje seg at om ein vert utsatt for ei bilulykke så har ein behov for fleire ulike hjelparar, -ein har ulike behov som må dekkjast. Ein treng til dømes anestesilege, sjukepleiar, ortoped, indremedisinar og nevrokirurg. Behova endrar seg etter den akutte situasjonen er over. Ein vil ha andre behov i ei rehabiliteringsfase. Til dømes fysioterapeut, fastlege og ergoterapeut.

#### **7.5 Betydinga av kunnskap:**

Eit anna viktig moment i kvinnene si forteljing er det dei seier om betydninga av kunnskap. Kunnskap om seg sjølv, om temaet seksuelle overgrep, og at personane dei treff i hjelpeapparatet innehar tilstrekkeleg kunnskap om dette.

Alle kvinnene fortel at det har vore svært nyttig for dei å tileigne seg kunnskap. Dette har dei nytta til å forstå seg sjølv betre, forstå sine egne reaksjonar, og til å handtere symptom som har vore utfordrande for dei. Dette har vore kunnskapar om alt frå seinskader, traumereaksjonar til sjølvhjelpsteknikkar og rettar innanfor lovverket. Kunnskapane har dei tileigna seg gjennom temakveldar, utdanning, litteratur kring emnet seksuelle overgrep, og gjennom behandling og samtalar med ulike hjelparar.

Kunnskap hjå hjelparar har vore avgjerande for tryggleik og tillit. Det at ein hjelpar framstod som kunnskapsrik i høve til seksuelle overgrep gav kvinnene ein tryggleik, og førte til at kvinnene hadde tiltru til dei.

## 7.6 Betydinga av fellesskapet:

Kvinnene fortel varmt om fellesskapet si viktige betydning i deira historier. Det å treffe andre med same bakgrunn og historie har vore svært viktig. Det vert trekt fram som eit viktig poeng at dei andre deltakarane i fellesskapet forstår og kjenner att kjensler, reaksjonar og erfaringar. Fellesskapet har vore viktig for sjølvbildet ved at kvinnene har erfart at det var ”vanlege folk” som var brukarar av senteret, ikkje den gruppa menneskje som dei hadde sett føre seg på førehand,- den gruppa dei identifiserte seg med, og samanlikna seg med.

Kjensla av å verta forstått, trudd og møtt med opne armar framstår som svært verdifull for kvinnene.

Særleg tenkjer eg at det er viktig å poengtere det kvinnene seier om sjølvhjelpsgruppene og samansetjinga av dei. Bodskaen, slik eg ser det, vert at gruppeleiar må ta seg tid til å tileigne seg kunnskap om deltakarane sine behov, for så å tenkje på det i høve til gruppesamansetjing.

Etter mi meining vert dette eit viktig bodskap til SMSO. Kvinnene fortel kva betydning fellesskapet som senteret tilbyr har og har hatt for kvinnene, samstundes som kvinnene trekk fram konkrete erfaringar kring sjølvhjelpsgruppene, både negative og positive.

## 7.7 Avsluttande refleksjonar:

Utgangspunktet for denne undersøkinga var sjølvhjelp i høve til offer for seksuelle overgrep. Problemstillinga vart formulert slik:

***”Korleis kan hjelp til sjølvhjelp bidra til at overgrepsutsette får eit betre liv?”***

Det er tydeleg at den hjelpa som kvinnene i denne undersøkinga har nytta seg av er breispektra og variert. Kvinnene fortel om mange ulike tiltak som var til nytte. Det er ikkje mogleg å konkludere med at eit tiltak er betre eller meir nyttig enn eit anna.

Mi meining er at det er viktigare å rette fokuset på behovet for eit mangfaldig tilbod, og at dei individuelle behova kan vere svært ulike.

Sjølvhjelp kan altså bidra til ”eit betre liv” ved at sjølvhjelp er med og oppfyller nokon av dei mange behova som den enkelte har i sin bearbeidingsprosess.

Sjølvhjelp kan vere forskjellige aktivitetar. Det kan vere alt i frå eigenarbeid, via individuelle samtalar til gruppeaktivitetar. Det sentrale vert vurderinga av eigne behov og utfordringar, samt ynskje om ei endring.

Ein kan hevde at det er sjølvhjelp som ligg til grunn i alle kvinnene si behandlingshistorie. Til dømes kan det å oppsøke fastlegen sin for å få henvisning til vidare hjelp, vere sjølvhjelp i praksis. Det er eit bevisst val å oppsøke legen. Til grunn for denne handlinga ligg ei vurdering av behov, og eit ynskje om endring.

Kvinnene si historie fortel ikkje utelukkande om sjølvhjelp. Kvinnene har òg hatt andre formar for hjelp parallelt med ”hjelp til sjølvhjelp” tilbodet ved SMSO. Eg meiner at kvinnene si historie viser at dei har hatt svært mykje nytte av dei tilboda som SMSO tilbyr, men at det for mange er behov for noko meir – særleg i svært vanskelege periodar.

Kvinnene i denne undersøkinga fortel om svært store endringar. I frå å vera så langt nede at ein ynskjer å ta livet av seg, til å ha sjølvtrillit, kunne setje grenser for seg sjølv og ha fokus på at ein fortener å ha det bra med seg sjølv, og i livet sitt.

Kvinnene fortel at dei no har kunnskapar til å vite kva dei skal gjere for å ha det best mogleg. Dei har lært seg teknikkar, og tatt til seg råd for å kunne fungere betre i kvardagen, og for å ha det bra.

Det eg vonar denne framstillinga vil bidra til er at kvinnene sine erfaringar kjem tydeleg fram. At deira skildringar av kva som var viktig og nyttig for dei vert tydeleg, samt at det dei har erfart ikkje var nyttig, og som til og med gjorde vondt verre, òg vert tydeleg.

Kvinnene i denne undersøkinga framstår som svært sterke. Dei har gått ein lang veg og endringane i deira liv er store. Det fortener dei respekt og anerkjenning for.

## 8.0 Litteraturliste:

- Askheim, O.P. (2007). Empowerment – ulike tilnærminger. I O.P. Askheim & B. Starrin (Red.). *Empowerment i teori og praksis* (s. 21- 33). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O.P. & Starrin, B. (2007). Empowerment- et moteord? I O.P. Askheim & B. Starrin (Red.). *Empowerment i teori og praksis* (s. 34- 47). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2013). *Barndommen kommer ikke i reprise, strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)*. Oslo: Departementet.
- Benum, K. (2003). Møte med den som er alene og redd. I T. Anstorp, B.H. Indrebø & E. Torp (Red.). *Fra skam til verdighet, teologisk og psykologisk arbeid med vold og seksuelle overgrep* (s. 135-160). Oslo: Universitetsforlaget.
- Berge, T., & Repål, A. (2000). *Den indre samtalen- innføring i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Borchgrevink, T.S. & Christie, H.J.(1991). Definisjon, forekomst og skadevirkninger, I T.S. Borchgrevink & H.J. Christie (Red.). *Incest: Psykologisk forståelse og behandling* (s. 14-22). Oslo: Universitetsforlaget.
- Breidvik, G. (2003). *Misbrukte barn*. Bergen: Sigma forlag AS.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77.
- Dalland, O. (2002). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Evenshaug, O., & Hallen, D. (2001). *Barne- og ungdomspsykologi*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Follesø, G.S. (2003). Skam og skyld. I T. Anstorp, B.H. Indrebø & E. Torp (Red.). *Fra skam til verdighet, teologisk og psykologisk arbeid med vold og seksuelle overgrep* (s. 101-134). Oslo: Universitetsforlaget.
- Førsvoll, R. (2003). *Fra synd, fra sorg, fra fare -seksuelle overgrep i kirke og samfunn*. Oslo: Verbum.
- Gilje, N., & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger: Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Godfery-Smith, P. (2003). *Theory and reality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Grøholdt, B., Sommerschild, H., & Garløv, I. (2001). *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Helgesen, L.A. (2011). *Menneskets dimensjoner*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Iversen, E. (2010). *Skambitt, Senvirkning og behandling av kvinner som har opplevd seksuelle overgrep*. Nesttun: Folio forlag.
- Kierkegaard, S. (1982). *Samlede værker – Bind 18*. København: Gyldendal.
- Kirkengen, A.L. (2001). *Inscribed Bodies*. London: Kluwer Academic Publishers.
- Kirkengen, A.L. (2007). *Forstyrret barn- forstyrret liv*. Oslo: Emilia Press AS.
- Kirkengen, A.L. (2009). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Kvarv, S. (2010). *Vitenskapsteori*. Oslo: Novus forlag.
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i Risiko*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Mehlum, L. (1993). Såret som ikke ville gro. Om selvmord i et traumeperspektiv. I L. Weisæth & L. Mehlum (Red.). *Mennesker, traumer og kriser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mehlum, L., & Weisæth, L. (1993). Det psykiske traume. Forståelse og intervensjon. I L. Weisæth & L. Mehlum (Red.). *Mennesker, Traumer og Kriser* (s. 238- 249). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mortensen, M.S. (1993). Hverdagsfrykt i TV-alderen. I L. Weisæth & L. Mehlum (Red.). *Mennesker, Traumer og Kriser* (s. 151-161). Oslo: Universitetsforlaget.
- Raundalen, M., & Schultz, J.H. (2006) *Krisepedagogikk*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Retterstøl, N. (1993). Traumer som årsak til og virkninger av stoffmisbruk. I L. Weisæth & L. Mehlum (Red.). *Mennesker, Traumer og Kriser* (s. 210-218). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruppert, F. (2013). *Traumer, frykt og kjærlighet*. Oslo: Hellinger instituttet i Norge.
- Røkenes, O.H., & Hanssen, P.H. (2002). *Bære eller breste, Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønning, R. (2007). Brukrmedvirkning og empowerment – gammel vin på nye flasker? I O.P. Askheim & B. Starrin (Red.). *Empowerment i teori og praksis* (s. 34- 47). Oslo: Gyldendal akademisk.
- SMSO Rogaland (2012). *Årsrapport 2011*. Sandnes.
- Snoek, J.E., & Engedal, K. (2004). *Psykisatri, kunnskap, forståelse, utfordringer*. Oslo: Akribe forlag.
- Søftestad, S. (2005). *Seksuelle overgrep, Fra privat avmakt til tverretatlig handlekraft*. Oslo: Universtetsforlaget.

- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse, En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Weisæth, L. (1993). Traumatiseringsprosessen og de psykiatriske følgetilstander. I L. Weisæth & L.Mehlum (Red.). *Mennesker, Traumer og Kriser* (s. 54- 75). Oslo: Universitetsforlaget.
- Weisæth, L., & Dahl, S. (1993). Vold. I L. Weisæth & L. Mehlum (Red.). *Mennesker, Traumer og Kriser* (s. 143-150). Oslo: Universitetsforlaget.

## 8.1 Elektroniske kjelder:

- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi*. Tilgjengeleg frå <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/> (Henta: 02.05.2014)
- Ideologi. (s.a.). I *Store norske leksikon*. Tilgjengeleg frå <http://snl.no/ideologi> (Henta 10.04.2014)
- Illustrasjon av den hermeneutiske spiralen. Tilgjengeleg frå <http://www.forskning.no/artikler/2012/februar/314145> (Henta: 10.04.2014)
- Johansen, A.S. (s.a). *Styrking + mestring = empowerment*. Tilgjengeleg frå <http://www.selvhjelp.no/filestore/LINKStyrkingmestringempowermentdoc.pdf> (Henta: 15.12.2013)
- Kirkengen, A.L. (2000). Innskrevet i kroppen, *Tidsskrift for Den norske legeforening* (2000/13) Tilgjengeleg frå <http://tidsskriftet.no/article/58804/> (Henta 10.05.2014)
- Norsk helseinformatikk (2013). *Psykomotorisk fysioterapi*, Tilgjengeleg frå <http://nhi.no/sykdommer/muskel-skjelett/diverse/psykomotorisk-fysioterapi-12485.html?page=all> (henta 20.02.2014)
- Norsk kunnskapssenter for vold og traumatisert stress (NKVTS) (Rapport 1/2014). *Vold og voldtekt i Norge*. Tilgjengeleg frå

[http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/Vold\\_og\\_voldtekt\\_i\\_Norge](http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/Vold_og_voldtekt_i_Norge). (Henta: 15.03.2014)

Norsk selvhjelpsforum (2009). *Selvhjelp –en innføring*. Tilgjengeleg frå

<http://www.selhjelp.no/no/Materiell/Hefte%3A+Selvhjelp+-+en+innf%C3%B8ring.9UFRvU5U.ips> (Henta 15.12.2013)

Selvhjelp Norge, Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp (2012).

*Selvorganisert selvhjelp –en mulighet for deg*. Tilgjengeleg

frå: [http://www.selhjelp.no/no/Tematisert/Selvhjelp\\_for\\_deg/](http://www.selhjelp.no/no/Tematisert/Selvhjelp_for_deg/) (Henta 15.12.2013)

Sosial- og Helsedirektoratet (2004). *Nasjonal plan for selvhjelp IS-1212*. Tilgjengeleg frå:

[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00003/IS-1212\\_3743a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00003/IS-1212_3743a.pdf)  
(Henta 15.12.2013)

Straffelova, LOV-1902-05-22-10. (2014). Tilgjengeleg frå <http://www.lovdatabasen.no> (Henta 20.01.2014)

## **8.2 Oversikt over vedlegg:**

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet.

Vedlegg 2: Intervjuguide.

Vedlegg 3: Kvittering frå NSD



## Vedlegg 1:

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## **”Kan hjelp til selvhjelp bidra til at overgrepstatsatte får et bedre liv?”**

### **Bakgrunn og formål**

Mitt navn er Hanne Egeland. Jeg er mastergradsstudent ved universitetet i Stavanger. Dette innebærer at jeg skal skrive en masteroppgave. Jeg har valgt å skrive om seksuelle overgrep og hjelp til selvhjelp. I forbindelse med det ønsker jeg å snakke med personer som har opplevd seksuelle overgrep og som har benyttet seg av hjelp til selvhjelp som metode for å få et bedre liv. Formålet er å få fram individuelle erfaringer med denne metoden og på den måten ta stilling til om det hjelper.

Denne forespørselen vert delt ut til brukere av Senter mot seksuelle overgrep i Rogaland. Brukere av senteret har erfaring med hjelp til selvhjelp som metode og er de som kan fortelle om sine erfaringer.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Dersom du ønsker å delta i studien innebærer det et intervju. I intervjuet vil omhandle: Hva har overgrepene ført til hos deg? Hvilke vansker og utfordringer har du som forringer din livskvalitet og påvirker din hverdag og fungering?

Kan du fortelle om din behandlingshistorie? Hva hjelp har du blitt tilbudt/ oppsøkt? Og hva er dine opplevelser med dette? Hva var positivt og negativt? Hva var nyttig? Hva var ikke til hjelp?

Hvordan har ditt liv evt. endret seg etter gjennomført behandling/ hjelp?  
Hva ser du evt. bedring på? Hva er evt. uendra?

Intervjuet vil ta ca en time. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet. Intervjuet vil i etterkant bli transkribert og lydopptaket slettet.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Eventuelle intervjuavtaler blir avtalt gjennom senteret. På den måten får ikke verken jeg som student eller min veileder ved universitetet tilgang på personidentifiserende opplysninger. Lydopptaket blir lagret på en passord beskyttet Iphone fram til det er transkribert, så blir det slettet.

De transkriberte intervjuene vil jeg som student og min veileder ha tilgang til. Her skal det ikke fremkomme navn, alder, bosted eller andre personidentifiserende opplysninger.

Deltakere vil ikke kunne identifiseres i oppgaven. Det blir ikke brukt navn, bosted, alder osv. Det som blir brukt er dine erfaringer og meninger rundt behandling av overgrepstatsatte, med fokus på hjelp til selvhjelp.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 1 juni 2014.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med

Student:

Hanne Egeland

Hanne\_haland@hotmail.com

47277132

Veilder ved UiS

Leif Arne Helgesen

51 22 51 22

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Vedlegg 2:

## Intervjuguide

Kva har overgrepa ført til hjå deg? Kva vanskar og utfordringar har du som forringar din livskvalitet og påverkar din kvardag og fungering?

Kan du fortelje om din behandlingshistorie? Kva hjelp har du blitt tilbydt/ oppsøkt? Og kva er dine opplevingar med dette? Kva var positivt og negativt? Kva var nyttig? Kva var ikkje til hjelp?

Korleis har ditt liv evt. endra seg etter gjennomført behandling/ hjelp? Kva ser du betring på? Kva er uendra?

## Vedlegg 3:

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Leif A. Helgesen  
Institutt for sosialfag Universitetet i Stavanger  
Ullandhaug  
4036 STAVANGER

Vår dato: 07.11.2013

Vår ref: 35956 / 2 / MB

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.10.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>35956</i>	<i>Kan hjelp til sjølvhjelp bidra til at overgrepsofsatte får eit betre liv?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Leif A. Helgesen</i>
<i>Student</i>	<i>Hanne Egeland</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marianne Bøe

Kontaktperson: Marianne Bøe tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hanne Egeland [hanne\\_haland@hotmail.com](mailto:hanne_haland@hotmail.com)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@svu.uit.no](mailto:nsdmaa@svu.uit.no)*

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 35956

Det innhentes muntlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet. Revidert informasjonsskriv mottatt 05.11.2013 er tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, samt om seksuelle forhold jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c) og d).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc og på iphone. Personvernombudet legger til grunn at student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc og iphone til oppbevaring av personidentifiserende data.

Forventet prosjektslutt er 30.12.2014. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger fremgår. Epostadresse, telefonnummer, og lydopptak slettes. Indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller kategoriseres tilstrekkelig slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.