

MESTRING AV VIRKNINGER ETTER SEKSUELLE OVERGREP

Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag

Spesialfag: Forebyggende helsearbeid og helsepsykologi

Hildur Vea

April 2001

**Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet
Senter for etter- og videreutdanning
Universitetet i Bergen**

FORORD

Denne oppgaven forsøker å gi et helhetlig bilde av de forhold som virker inn på mestring av virkninger etter seksuelle overgrep hos voksne kvinner. Dette søkes belyst ved å trekke frem hva relevant faglitteratur sier om temaet.

Den opprinnelige prosjektideen var å se hva den norske faglitteraturen sa om dette tema. Men etter å ha samlet inn den norske faglitteraturen som var produsert i årene 1992 – 1999, så jeg at denne litteraturen ikke kunne gi svar på min problemstilling. Derfor endret jeg problemstilling og utvidet undersøkelsen til å innbefatte hva internasjonal faglitteraturen sa om mestring av virkninger etter seksuelle overgrep.

Det er i denne oppgaven vektlagt å forklare og eksemplifisere de virkninger som kan oppstå som en følge av seksuelle overgrep. Dette er kunnskap som sykepleiere må ha for å forstå hva den utsatte strever med, for å kunne hjelpe den utsattes i deres mestring. Derfor har forklaringer og eksempler vært viktige i oppgaven. Det er mange tema som kan være relevant å trekke inn i en slik undersøkelse, og til tross for at jeg har forsøkt å begrense omfanget, er oppgaven blitt 130 sider lang.

Hvert kapittel i oppgaven introdusere med et lite ordtak eller sitat. Disse små tekstene er tatt med, fordi de var viktige for meg under arbeidet med oppgaven, da de vekket både undring og ettertanke til det tema jeg arbeidet med.

Det er sagt om noen mennesker at de klarer å løse de oppgaver de stilles overfor hvis de har støtte fra en eneste person som formidler tro på vedkommende. For meg har denne personen vært min veileder Svein Mossige. Jeg er svært takknemlig for støtte og nyttige kommentarer underveis i arbeidet. En takk også til Halle Hjelle for korrekturlesing av oppgaven.

Haugesund April 2001

Hildur Veia

SAMMENDRAG

Dette er en litteraturoppgave om mestring av virkninger etter seksuelle overgrep hos voksne kvinner. Oppgaven presenterer og drøfter hva som fremmer en positiv mestring hos de utsatte, og hvordan utøvelse av sykepleie kan bidra til en økt positiv mestring. Oppgaven bygger på kilder som forskningsartikler og tidsskriftartikler, fagbøker, NOUer og offentlige kilder. De to første kapitlene avklarer begreper og forhold som blir et bakteppe for å forstå hva mestring av virkninger etter seksuelle overgrep dreier seg om. Teori om virkninger etter seksuelt misbruk baserer seg på flere kilder; 1) Finkelhor og Browne's teori om skadelige prosesser som oppstår hos barn som følge av seksuelt misbruk, 2) Ann Luise Kirkengen's beskrivelse av 7 fenomen som er karakteristiske hos voksne utsatte, og 3) En oversikt som viser hvilke sykdommer, diagnoser og problemområder som forekommer hyppigere hos seksuelt misbrukte personer enn i en normalbefolkning.

Begrepet mestring presenteres ut fra Lazarus & Folkman sin teori om mestring som prosess. De mest sentrale begrepene er mestringsressurser, mestringsstrategier og vurderinger. Det er laget en modell som viser hvordan disse begrepene virker i forhold til hverandre i en mestringsprosess.

Drøftingen er inndelt i fire kapitler. Gjenerindringsprosess og forhold som virker på denne tas opp i kapittel 5. Hvilke mestringsressurser og hvordan de innvirker på utsattes mestring tas opp i kapittel 6. Hvilke mestringsstrategier som gir en positiv mestring tas opp i kapittel 7. Hvordan sykepleie kan utøves for å fremme en positiv mestring hos utsatte, tas opp i kapittel 8. Det gis i oppgaven eksempler på forsvarlig og uforsvarlig sykepleie i møte med utsatte kvinner i noen av de sammenhenger som sykepleiere møter utsatte kvinner, eksempelvis psykisk helsevern, gynekologiske avdelinger og fødeavdelinger, helsestasjoner og barneavdelinger, og somatisk helsetjeneste.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0. INNLEDNING.....	1
1.1. Valg av tema, oppgavens formål, problemstilling og avgrensninger	1
1.2. Definisjoner og avklaring av sentrale begreper	3
1.2.1. Avklaring av begrepet seksuelle overgrep.....	3
1.2.2. Mestring.....	8
1.2.3. ”Motstandsdyktighet” (Resilience)	10
1.2.4. Sykepleieres funksjonsområde.....	10
1.2.5. Faglig forsvarlig sykepleie	12
1.3. Seksuelle overgrep i en historisk sammenheng.....	13
2.0. LAZARUS OG FOLKMAN SIN TEORI OM MESTRING	16
2.1. Sentrale begreper i teori om mestring som prosess	18
2.1.1. Personlige mestringsressurser.....	19
2.1.2. Mestringsressurser knyttet til omgivelser.....	21
2.2. Modellen ” mestring av seksuelle overgrep som prosess”	24
2.3. Basisprinsipper for den som skal hjelpe et individ til å mestre.....	26
2.4. Kritikk av Lazarus & Folkman sin teori om mestring.....	27
3.0. VIRKNINGER ETTER SEKSUELLE OVERGREP	28
3.1. Sykdommer, diagnoser og problemområder som forekommer hyppigere hos utsatte enn i en normalbefolkning.....	29
3.2. Finkelhor og Browne`s teori om skadelige forhold som oppstår etter seksuelt misbruk hos barn.....	32
3.2.1. Traumatisk seksualisering	33
3.2.2. Svik.....	33
3.2.3. Stigmatisering	34
3.2.4. Makteløshet	34
3.2.5. Finkelhor og Browne`s teori sett i forhold til begrepet livskvalitet.....	35
3.3. Kirkengen`s beskrivelse av 7 fenomen, som er karakteristiske for voksne personer som har opplevd seksuelle overgrep.....	37
3.3.1. Sanselige innprentninger	37
3.3.2. Usikker virkelighetsoppfatning.....	38
3.3.3. Uegnede tilpassningsreaksjoner.....	38
3.3.4. Anstrengte relasjoner.....	39
3.3.5. Gjenkjente minner.....	40
3.3.6. Ikke-hørte budskap.....	40
3.3.7. Reaktiverte erfaringer.....	41

3.4.	Finnes det en diagnose som kan beskrive virkninger etter seksuelle overgrep? ..	42
4.0.	METODE	45
4.1.	Utvelgelse og inndeling av kilder	46
4.2.	Kategorisering av kilder	48
4.3.	Opptellinger	51
4.4.	Oppgavens reliabilitet.....	52
5.0.	MESTRING VED GJENERINDRING AV SEKSUELLE OVERGREP	53
5.1.	Hukommelsessvikt og bruk av dissosiasjon som mestringsstrategi	53
5.1.1.	Fortrenging og dissosiasjon er vanlig reaksjon etter seksuelle overgrep	54
5.1.2.	Er en gjenoppleve traumet den beste behandlingsform for utsatte?	57
5.2.	Gjenerindringsprosessen	59
5.2.1.	Å gjenerindre seksuelle overgrep innebærer identitetsforandringer	60
5.2.2.	Oppnår utsatte bedre helse ved å gjennomgå en erindringsprosess?	61
5.2.3.	If it ain` t broke, don` t fix it	62
5.3.	Å gjenerindre seksuelle overgrep kan være svært ubehagelig	62
5.4.	Debatten om hukommelsessvikt ved traumer	63
5.5.	Råd sykepleiere kan gi til utsatte som er i en erindringsprosess.....	64
6.0.	MESTRINGSRESSURSER SOM INNVIRKER PÅ MESTRING AV VIRKNINGER ETTER SEKSUELLE OVERGREP	65
6.1.	”Motstandsdyktig” utsatte”	66
6.1.1.	Men, hvem er den ”motstandsdyktig” utsatte?	67
6.1.2.	Karakerttrekk som fremmer ”Motstandsdyktighet”	68
6.2.	Andre forhold som innvirker på mestring av seksuelt misbruk	70
6.2.1.	Utsatte som opplever sterk skyldfølelse	70
6.2.2.	En indre drivkraft for å oppnå makt	74
6.3.	Samhandlingsmønstre mellom utsatte og deres nettverk	75
6.3.1.	Støtte fra hjemmet øker muligheten for en positiv mestring	75
6.3.2.	Utsattes relasjoner til nettverket.....	78
7.0.	MESTRINGSSTRATEGIER VED SEKSUELT MISBRUK	81
7.1.	Mestringsstrategier benyttet av utsatte i kliniske utvalg.....	82
7.2.	Mestringsstrategier benyttet av utsatte i ikke klinisk utvalg	83

8.0. HVORDAN SYKEPLEIE KAN BIDRA TIL ØKT MESTRING HOS UTSATTE KVINNER	87
8.1. Sykepleieres forebyggende og helsefremmende funksjon i møte med utsatte kvinner	90
8.1.1. Aktuelle problemstillinger	90
8.1.2. Hvordan kan den utsattes sosiale støtte økes?	91
8.1.3. Undervisning til utsatte og deres pårørende	91
8.1.4. Incestgrupper	93
8.2. Sykepleie til utsatte ved psykisk helsevern.....	97
8.2.1. Aktuelle problemstillinger	97
8.2.2. Sykepleien skal styrke utsattes identitet og evne til relasjoner.....	98
8.2.3. Bygge opp et tillitsforhold	100
8.2.4. La den utsatte ha kontroll over samtalene	101
8.2.5. Tro det den utsatte forteller.....	102
8.2.6. Samtalene skal gjøre den utsatte stadig mer selvstendig.....	103
8.2.7. Identifiser handlingsmønstre som er lite gunstige for den utsatte	105
8.2.8. Samtalen skal være oppklarende for den utsatte.....	106
8.2.9. Anerkjenn utsattes mestringsforsøk	108
8.2.10. Å være en rollemodell	109
8.2.11. Dersom sykepleiere mangler kunnskaper og personlige egenskaper – er da sykepleien forsvarlig?.....	109
8.2.12. Dersom sykepleiere er i tvil hvorvidt pasienten har opplevd seksuelle overgrep eller ikke – hvordan kan sykepleiere da opptre?	110
8.3. Sykepleie til utsatte knyttet til gynekologi, svangerskap og fødsel.....	111
8.3.1. Aktuelle problemstillinger	111
8.3.2. Områder som er aktuelle for sykepleiere å ha kunnskaper om.....	113
8.4. Sykepleie til utsatte ved helsestasjoner og barneavdelinger	116
8.4.1. Aktuelle problemstillinger	116
8.4.2. Områder som er aktuelle for sykepleiere å ha kunnskaper om.....	117
8.5. Sykepleie til utsatte ved somatisk helsetjeneste	120
8.5.1. En aktuell problemstilling	120
9.0. KONKLUSJON.....	122
9.1. Forhold som fremmer den utsattes mestring av virkninger etter seksuelle overgrep	123
9.2. Ligger rammene til rette for at sykepleiere kan utøve en faglig forsvarlig sykepleie til utsatte?.....	127
9.3. Avslutning	129
REFERANSELISTE	131
VEDLEGG	

LISTE OVER TABELLER OG MODELLER

TABELLER

Tabell 1 –Sykdommer og problemområder som forekommer hyppigere hos utsatte enn i en	30
Tabell 2 – Post traumatisk Stress forstyrrelse versus Kompleks Posttraumatisk forstyrrelse	43
Tabell 3 – Viser på hvilket grunnlag drøftingskapitlene er skrevet	48
Tabell 4 - Vanlige attribusjoner hos seksuelt misbrukte barn	72
Tabell 5 – Utsattes relasjoner til far, mor, søsken og partner	78

MODELLER

Modell 1 - Forhold som skal mestres ved seksuelt misbruk hos barn og voksne	17
Modell 2 - Mestring av seksuelt misbruk som prosess	25
Modell 3. Mental health promotion: Self in relation framework	Vedlegg 6

Jeg vil tro på en rettferdig verden, sa hun høyt
til fotografiet av Hanna som stod i glass og ramme
på arbeidsbordet. Jeg trenger det, forstår du det!
Verden må være slik at det gode belønnes og det onde
Straffes. Slik at alt får en mening.
Herregud, så dumt!
Mye dummere enn å tro på den urettferdige Guden. Mye
grusommere også. Det er jo troen på rettferdigheten
som får oss til å gjøre ofrene delaktige i skylden.
I en rettferdig verden blir ikke småpiker voldtatt.
(Fredriksson, M 1998, s 194).

1.0. INNLEDNING

1.1. **Valg av tema, oppgavens formål, problemstilling og avgrensninger**

Mange barn som utsettes for seksuelt misbruk opplever skadelige virkninger som voksne. Som leder i en incestgruppe, har jeg lyttet til mange erfaringer fra seksuelt misbrukte kvinner (heretter kalt utsatte). Mitt første møte med utsatte var for 10 år siden, gjennom mitt daværende arbeid som psykiatrisk sykepleier. Jeg har siden, ofte tenkt på hvordan en som sykepleier, best kan hjelpe disse kvinnene til en bedre hverdag. For å lære mer om dette søkte jeg etter kunnskap bl.a. i lærebøker og tidsskrifter beregnet på sykepleiere. Her fant jeg bare noen få svar, og det undret meg at temaet seksuelle overgrep var så lite omtalt i den norske litteraturen. Jeg fant lite litteratur om hvordan voksne kvinner, skal mestre virkninger etter seksuelt misbruk i hverdagen. For å få svar på mine spørsmål, bestemte jeg meg for i denne hovedfagsoppgaven å se på temaet: *Mestring av virkninger etter seksuelle overgrep hos voksne kvinner.*

Mestring av virkninger etter seksuelle overgrep er et komplekst tema, da mange forhold virker inn på utfallet av mestringen. Ved å sette fokus på denne kompleksiteten, kan en identifisere de forhold som har betydning for positiv mestring hos utsatte kvinner. Med en positiv mestring menes i denne oppgaven den mestring som gir helse og livskvalitet.

Formålene med denne hovedfagsoppgaven er flere. I sin helhet er oppgaven et bidrag til å øke kunnskapen om seksuelle overgrep for helsearbeidere. Et viktig formål er å få kartlagt, systematisert og diskutert den forskning som allerede foreligger om mestring av seksuelle overgrep hos voksne kvinner. Viktige spørsmål er: Hva har forskningen primært vært opptatt av, og hva tyder resultatene på. Denne studien vil presentere og drøfte forhold som har

betydning for en positiv mestring hos utsatte kvinner. Forskingen om mestring av seksuelle overgrep viser at noen bevarer helsen og lever et "normalt" liv, mens andre får hverdagen styrt av skadelige virkninger. Som sykepleier er jeg opptatt av hvilke forhold som virker inn på de utsattes mestring, og hvordan en som sykepleier kan arbeide for å styrke deres mestring. Dette har ledet meg frem til følgende problemstillinger:

1. *Hvilke forhold fremmer en positiv mestring hos voksne utsatte kvinner som sliter med virkninger etter seksuelle overgrep i hverdagen?*
2. *Hvilken sykepleie kan bidra til positiv mestring hos voksne utsatte kvinner?*

Oppgaven er avgrenset til voksne kvinners mestring av seksuelle overgrep. Derfor er kilder der utvalget utelukkende består av barn, ungdommer eller menn utelatt. De kilder som denne oppgaven bygger på definerer overgriper som en mann eller som både mann og kvinne. Studier der overgriperen er en kvinne er utelatt fra oppgaven. Forskning om mestring av virkninger etter seksuelle overgrep er foretatt ut fra en rekke perspektiver. Ved oppgavens oppstart ble følgende perspektiver utelatt for å begrense oppgavens omfang: seksuell vold knyttet til krig /politikk, utsatte og HIV smitte, hvordan utsatte mestrer fengselsopphold, graviditet hos svært unge utsatte, utsatte og spiseforstyrrelser, og utsatte og rusproblemer.

Det kan være vanskelig å skille seksuelle overgrep fra andre former for overgrep mot barn. Barnemishandling deles inn i 5 områder. Disse er aktiv fysisk mishandling, passiv fysisk mishandling, aktiv psykisk mishandling, passiv psykisk mishandling og seksuelle overgrep (Kvaran, 1996; NOU 1982:26). Det at seksuelle overgrep ofte forekommer i hjem der det også foregår andre former for omsorgssvikt, gjør det vanskelig å si noe om hvilke virkninger som isolert kan knyttes til det seksuelle overgrepet (Spaccarelli, 1994). Et krav som stilles til kildene som denne oppgaven bygger på, er at respondentene har opplevd seksuelle overgrep i barndommen. Kilder som bygger på respondenter, som bare har opplevd de andre formene for overgrep, og hvor det seksuelle misbruket skjedde etter at de utsatte var 18 år, er utelatt fra denne oppgaven. Oppgaven kan allikevel være nyttig å lese for andre som arbeider med personer som har opplevd traumer i barndommen, da mestringsressurser, mestringstrategier og vurderinger knyttet til mestring er universelle fenomener, og da det ikke finnes noe særskilt incestsyndrom. Det vil si hittil har ingen funnet et mønster av symptomer, som *kun* kjennetegner skader etter seksuelle overgrep (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Kinzl & Biebl, 1992; Thakkar & McCanne, 2000).

Oppgaven er en fordypningsoppgave i faget Helsepsykologi – Helsefremmende arbeid. Innenfor helsepsykologi er en opptatt av sammenhengen mellom biologiske faktorer, psykologiske faktorer, sosiale forhold og helse, som for eksempel sammenhengen mellom stress, mestring og helse (Ogden, 1996). Faget helsepsykologi benyttes i denne oppgaven som grunnlagstenkning for å forklare de psykologiske prosesser som skjer hos utsatte, og som i denne oppgaven blir omtalt som virkninger etter seksuelle overgrep. Innenfor helsefremmende arbeid er en opptatt av hvilke faktorer som styrker individets helse og styrker individets kontroll over egen situasjon (Erben, 1993). I denne oppgaven benyttes helsefremmende arbeid som grunnlagstenkning for hvordan utsatte kan mestre virkninger etter traumet på en måte som gir helse og livskvalitet, og for hvordan sykepleiere kan bistå utsatte i denne mestringen.

1.2. Definisjoner og avklaring av sentrale begreper

1.2.1. Avklaring av begrepet seksuelle overgrep

Å gi en entydig definisjon av seksuelle overgrep er vanskelig, da det i samfunnet benyttes ulike sett av definisjoner. ”Disse definisjonene er i stor grad bestemt av en persons ståsted – eller hva hun eller han ønsker å undersøke” (Hennum, 1999 s 12). De ordene vi bruker når vi beskriver et fenomen, påvirker vår måte å tenke om dette fenomenet på. Derfor er det ikke likegyldig hvordan vi definerer seksuelle overgrep. Når ulike yrkesgrupper (som møter utsatte) benytter ulike definisjoner, kan dette gi ulik forståelse for hva seksuelle overgrep dreier seg om. Dette forholdet virker inn på den utsattes mestring. Derfor presenteres og kommenteres eksempler på juridiske definisjoner og psykologiske definisjoner.

De juridiske definisjoner av seksuelle overgrep vektlegger andre forhold enn psykologiske definisjoner. Juridiske definisjoner skiller mellom beskrivelser av de ulike handlinger som overgrepet består av, med de sier ikke noe om opplevelsen av overgrepet. Noen vil hevde at kun det som blir definert som et straffbart forhold er et seksuelt overgrep (Hennum, 1999). Juridiske definisjoner søker å gradere alvorligheten ved seksuelle overgrep ved å dele dem inn i utuktig omgang, utuktig handling og utuktig adferd (NOU 1997:23). Mange fagfolk er uenige i en vektlegging av denne formen for gradering av overgrep, da forskning viser at barnets opplevelse av krenkelse ikke automatisk samsvarer med denne graderingen (Holman & Silver, 1996; Sætre, 1997). På neste side vises eksempler på juridiske definisjoner.

Eksempel 1- Juridiske definisjoner på seksuelle overgrep

Utuktig omgang. Dette omfatter de mest alvorlige former for overgrep. Samleie og utuktig omgang, men også samleielignende handlinger (blottet kjønnsorgan mellom en annens lår eller mot vedkommendes mage eller seteparti, og det å føre en eller flere fingre/gjenstander inn i den annens skjede eller endetarmsåpning), surrogater for samleier, mastubering, oral kontakt med kjønnsorganer faller også inn under begrepet.

Utuktig handling. Utuktig handling defineres som seksuelle handlinger som er mindre grove enn utuktig omgang. Som eksempel kan nevnes beføling av kjønnsorganer eller bryster.

Utuktig adferd. Utuktig adferd er den minst alvorlige formen for overgrep. Den består i å krenke ærbarheten i handling eller ord. De vanligste eksempler på utuktig adferd er blotting, onanering, fremvising av pornografiske bilder, filmer og anstøtelige bevegelser og snakk.

Samleie. I rettspraksis foreligger samleie i strafferettslig forstand når det mannlige kjønnslem helt eller delvis føres inn i den indre del av kvinnens kjønnsorgan - vagina. Det er ikke nok at det mannlige kjønnslem er ført inn i skjedeåpningen - vulva. Innføring av penis i munnhulen (oralt samleie), anses ikke som samleie i strafferettslig forstand.

Incest. Incest betyr at man har utuktig omgang med slektninger i rett nedstigende linje. Det vil si mor eller far. Et utvidet incestbegrep omfatter ikke bare overgrep i rett nedstigende linje, men også overgrep fra omsorgspersoner som barnet har nære relasjoner til (NOU 1997:23 side 13).

I psykologiske definisjoner fremheves den utsattes opplevelse, og fokus er rettet mot hvordan overgrepet psykisk skader og undertrykker den utsatte. I flere av definisjonene vektlegges maktubalansen mellom overgriper og utsatt. De psykologiske definisjonene definerer *ikke* hva de seksuelle handlingene består i. I praktisk klinisk arbeid er dette en fordel, fordi terapien er rettet mot langt flere forhold enn den faktiske handlingen barnet har vært utsatt for (Poulsson, 1992). Nedenfor følger eksempler på psykologiske definisjoner. Den første definisjonen som er gitt av Kempe er en mye brukt definisjon.

Eksempel 2 - Psykologiske definisjoner på seksuelle overgrep

Seksuelle overgrep defineres som avhengige og utviklingsmessig umodne barn og ungdommer trekkes inn i seksuelle handlinger som de ikke helt forstår, som de ikke kan komme seg ut av, eller som de ikke har tilstrekkelig med kunnskap eller erfaring til å gi sitt begrunnede samtykke til, eller som krenker familierollens sosiale tabuer (Kempe, 1980 i Poulsson, 1992 s 13).

Seksuelle overgrep. « Seksuelle overgrep mot barn er når en voksen person utnytter barnets avhengighet av den voksne, og utnytter barnets manglende seksuelle erfaring og modning til (ved seksuelle handlinger) å tilfredsstille egne behov» (Michalsen 1992,s 31).

Seksuelle overgrep mot barn utføres alltid i en seksualisert maktrelasjon, der den som forgriper seg også har makt til å definere situasjonen (Lundgren, 1994 s 17).

Voldtekt. «Voldtekt oppleves som en voldelig, tvungen, degraderende, forvirrende og tvetydig form for seksuell interaksjon, som fratår kvinnen hennes rett ikke bare til egen kropp, men også retten til å eie egen seksualitet». (Dahl 1996 s 154).

Incest. “Any kind of exploitive sexual contact or attempted contact that occurred between relatives, no matter how distant the relationship before the victim turned 18 years old” Russel 1986 (Monahan, 1997).

Selv om barnets opplevelse vektlegges i psykologiske definisjoner, kan en ikke utelukkende bruke barnets opplevelse som kriterium på hva som er et seksuelle overgrep. Barnet kan

oppleve en situasjon som positiv, mens vi som voksne kan si at dette var en situasjon hvor den voksne bruker barnet til egen tilfredsstillelse og derfor defineres dette som et seksuelt overgrep.

Ved å ta utgangspunkt i Kempe sin definisjon, vil en se at seksuelle overgrep defineres som handlinger som barn/ungdom trekkes inn i og som de ikke forstå verken konsekvensene av eller klarer å komme seg ut av, uten at det trenger å foreligge aspekt av verken vold eller tvang. Dette betyr i praksis at det *blir* definert som et seksuelt overgrep når voksne har sex med barn. Det *kan* også bli definert som et seksuelle overgrep når voksne, som har en posisjon i en organisasjon (både religiøse og andre), har frivillig sex med en beruset ungdom, eller frivillig sex med umoden ungdom, selv om ungdommen er passert den seksuelle lavalder på 16 år, og selv om det ikke ble begått vold under overgrepet. Dette samsvarer med rettslige definisjoner på overgrep: da disse verken vektlegger barnets opplevelse eller om barnet samtykker (Hennum, 1999).

Vi benytter også begrepet seksuelle overgrep om ("frivillig") seksuell kontakt som oppstår i relasjoner mellom voksne hvor hensikten med relasjonen var noe helt annet enn seksuell kontakt, relasjonen innebærer et avhengighetsforhold og partene i relasjonen har ulikt makt i kraft av sine posisjoner. Eksempler på slike relasjoner kan være prest – konfident, lege – pasient, psykolog – klient, professor /lektor – student, og arbeidsgiver – arbeidstaker. Studier viser at personer som opplever seksuelt misbruk som barn har høyere risiko enn andre personer for å oppleve nye fysiske og seksuelle overgrep som voksne (Butterfield, Panzer & Forneris, 1999; Finkelhor & Browne, 1985; Fleming, Mullen, Sibthorpe & Bammer, 1999). Dette kan forklares med at en av virkningene etter seksuelle overgrep er at den utsatte tenker lave tanker om seg selv, slik at de kan tenke at jeg fortjener ikke å ha det godt, og derfor klarer de ikke å beskytte seg mot en ny offerrolle.

De ulike definisjoner av seksuelle overgrep er knyttet til ulik bruk av begrepet innenfor terapi og juss. Innenfor terapi er en opptatt av den utsattes opplevelse av hendelsen, og hvordan den utsatte kan gjenvinne kontrollen og styringen over eget liv. Fokus er å hjelpe den utsatte til en bedre hverdag, og da trengs ikke detaljkunnskap hvorvidt overgrepet innbefattet samleie eller ikke. Derfor benyttes psykologiske definisjoner innenfor helsevesenet. Innenfor rettsvesenet er hovedoppgaven å avgjøre skyldspørsmål og straffeutmåling. Her defineres hvilken type

seksuelle overgrep som har skjedd, og om den hendelse som har skjedd er i overensstemmelse med de definisjoner som rettsvesenet bruker.

Det er vanskelig å avgjøre skyldspørsmål ved seksuelle overgrep

I rettslokalet skal rettssikkerheten til begge parter ivaretas. Derfor må bevis foreligge på at seksuelle overgrep har skjedd, før noen kan dømmes for denne form for kriminalitet. Dersom tvil foreligger, kommer tvilen tiltalte til gode. Dette samsvarer med vanlig rettspraksis i Norge. Derfor kan personer som er anklaget for seksuelle overgrep, bli frifunnet, fordi det ikke kan bevises at seksuelle overgrep har skjedd. Å avgjøre skyldspørsmål om seksuelle overgrep er særs vanskelig, og nedenfor tas med en begrunnelse for hvorfor dette er så vanskelig.

”Undeutch (1989), trekker fram noen typiske kjennetegn ved seksuelle overgrep mot barn som viser at disse sakene er spesielt vanskelige i rettslig sammenheng: Seksuelle overgrep er vanligvis ikkevoldelige. Det blir sjelden brukt fysisk makt mot barn, noe som gjør at man vanligvis ikke finner spor etter fysiske skader. En finner videre sjelden spor etter sæd eller andre fysiske bevis på seksuell aktivitet. De fleste overgripere forsøker å holde sin aktivitet skjult, samtidig som en forbrytelse av en slik karakter vanskelig lar seg oppdage. Som konsekvens blir den kriminelle handling vanligvis ikke observert av ikke-involverte vitner. Dersom det er vitner tilstedet, er de sannsynligvis andre barn, som også kan være ofre. Tiltalte innrømmer nesten aldri overgrepene, med mindre de er overbevist om at andre vil tro barnet. Det er også vanlig at overgriper anvender trusler for at barnet ikke skal fortelle om overgrepene. Trusler kombineres ofte med belønninger i form av penger eller andre goder som barnet vil oppleve som positive. Ofte er det påstand mot påstand i slike saker, og de eneste bevis som foreligger, er barnets og den påståtte overgriperens vitneutsagn” (Myhren & Steinsbekk, 2000 side 14).

Forekomst av seksuelle overgrep

Innenfor forskning møter en på det problem, at studier om seksuelle overgrep blir sammenlignet, uten at det tas hensyn til at det ligger ulike definisjoner i bunnen (Hurley, 1991). Dette kommer tydelig frem under prevalensstudier om seksuelle overgrep. Prevalens er et mål på hvor stor del av befolkningen som har en bestemt sykdom eller problem på et gitt tidspunkt. Studier om prevalens ved seksuelle overgrep viser en variasjon fra 7-53% hos kvinner, og fra 3-29% hos menn (for eksempler på prevalensstudier se tabell 1 i vedlegg 1). Dette betyr at mellom 7 og 53 % av den kvinnelige befolkningen har opplevd seksuelle overgrep. I én studie som sammenlignet ulike prevalensundersøkelser, fant en at 5% av befolkningen har opplevd *alvorlige* seksuelle overgrep (Norman, Tambs & Magnus, 1992). For å få et perspektiv på hvor stort dette problemet er, så tilsvarende dette tallet en elev i hver klasse på 20 som er blitt, eller vil bli utsatt for seksuelle overgrep. Forklaringer til at

prevalensstudier og annen forskning om seksuelle overgrep gir motstridende resultater, er at studiene gjøres ut fra ulike kriterier som for eksempel: ulike definisjoner, ulike type utvalg og ulike metoder (Sætre, 1997; Wyatt, Loeb, Solis, Carmona & Romero, 1999). Som eksempel på hvordan ulike kriterier kan virke inn, vil jeg vise til folkehelsas undersøkelse (i Norge). Her fant en at 23% av befolkningen hadde opplevd seksuelle overgrep. Ved å legge 4 skjerpede krav på definisjonen, endres den delen av utvalget som har vært utsatt for seksuelle overgrep, og en får nye tall. Her kommer tilleggskriteriene og de nye tallene.

Tilleggskriterium:

1. Aldersforskjell mellom overgriper og offer må være mer enn 4 år – prevalens 18%
2. Offerets alder må være mindre enn 16 år – prevalens 16%
3. Offeret må ha opplevd overgrepet som svært ubehagelig – prevalens 5%
4. Det skjedde mer enn 1 overgrepsepisode – prevalens 1-2 % (Tambs, 1994).

Diskusjonen om omfanget av seksuelle overgrep foregår stadig i vårt samfunn. Det er vanskelig å trekke konklusjoner om prevalens ved seksuelt misbruk, da studiene som måler dette benytter ulike definisjoner. Noen mener prevalensstatistikk er underrapportert fordi mange utsatte ikke forteller om overgrepet(ne) (Wyatt et al, 1999). Andre mener statistikken er overrapportert fordi de metoder som benyttes skiller dårlig mellom: forsøk på overgrep og fullførte handlinger, og på om overgrepet var en enkelt hendelse eller gjentatte overgrep over tid (Holgerson & Sjögren, 1997).

Alvorlige overgrep

Alvorlige overgrep er de overgrep som gir størst skader. Av de som opplever skadelige virkninger etter seksuelle overgrep, er de psykologiske skadene størst ved langvarige overgrep, ved overgrep der overgriper har et nært og fortrolig forhold til offeret, og når overgrepet har medført samleie og/eller bruk av tvang før fylte 12 år (Binder, McNeil & Goldstone, 1996; Draucker, 1995; Holman & Silver, 1996; NOU 1999:13; Perrot, Morris Martin & Romans, 1998; Tremblay, Hébert & Piché, 1999).

Ikke alle forskere er enige i at de ovennevnte kriteriene, er de kriterier som kan brukes som indikator på hvilke former for overgrep som gir de største skadelige virkningene. De som er uenige mener at det som avgjør hvor skadelig seksuelt misbruk er, er ikke de handlinger som overgrepet består av, men den sosial kontekst som omgir overgrepet. Dette betyr at barnets situasjon før og etter overgrepet har betydning for i hvor stor grad barnet opplever virkninger

(Edwards & Alexander, 1992; Finkelhor og Browne, 1985; Gold, Milan, Mayall & Johnson, 1994; Holman & Silver, 1996; Liem, James, O'Toole & Boudewyn, 1997).

Studier om virkninger etter seksuelle overgrep

Til tross for den solide dokumentasjonen som foreligger om at seksuelle overgrep er skadelig, er det ikke alle utsatte som opplever skadelige virkninger. Dette får en til å undre på hvorfor. For å finne en forklaring har en studert utsatte som har "normal" helse, og forsøkt å identifisere faktorer og prosesser som virker "beskyttende" mot virkninger etter seksuelle overgrep. I denne oppgaven vil begrepet "motstandsdyktig" bli brukt om dette fenomenet.

Undersøkelser foretatt på barn viser at 21-54% ikke rapporterer om virkninger etter seksuelle overgrep (Eksempler på slike studier er vist i tabell B i vedlegg 1). Dette kan ha ulike forklaringer. En forklaring kan være vide definisjoner av seksuelle overgrep. For eksempel dersom en person har vært utsatt for blotting en gang før fylte 18 år, kan det tenkes at dette kan være sterkt traumatisk for noen, mens for andre er det en mindre traumatisk opplevelse. Dersom en i et utvalg har mange respondenter av dette siste slaget, kan det tenkes at en får tall som viser at relativt få personer har alvorlige virkninger etter overgrepet. En annen forklaring kan være at mange utsatte bruker dissosiasjon som mestringsstrategi (mer om dissosiasjon i kapittel 5.1.). Dissosiasjon vil si at en ikke husker hendelser og opplevelser helhetlig, bare deler av dem. I praksis kan individet glemme hele hendelsen, men den følelsesmessige siden ved opplevelsen blir ikke glemt (Christianson, 1996). Ut fra dette kan det tenkes at en respondent i en studie om virkninger etter seksuelle overgrep ikke setter sine nåværende problemer i sammenheng med et tidligere overgrep, eller det kan tenkes at respondenten rett og slett ikke husker selve overgrepet.

1.2.2. Mestring

Begrepet mestring brukes i vår dagligtale om situasjoner som vi har løst på en brukbar måte. Dette er i tråd med et syn på mestring som følger: "Mestring er en positiv forventning til resultatet av en bestemt handling" (Ursin, 1984 side 47). Denne definisjonen legger til grunn at en har mestret de situasjonene som får et positivt utfall. Denne måten å tenke på samsvarer med Strøm sin tenkning når han definerer helse. Strøm sier at de personer har helse, som mestrer påkjenninger uten å tape evnen til å utføre hverdagens oppgaver (Strøm, 1980). Når en snakker om mestring av en hendelse vil alltid best mulig helse og livskvalitet være målet.

Ursin sin definisjon på mestring blir utilstrekkelig når en snakker om mestring av seksuelle overgrep, fordi mange utsatte opplever skadelige virkninger etter overgrepet. Disse virkningene gjør at den utsatte kan ha vansker med å fungere tilfredstillende i hverdagen. Dersom en bare legger Ursin og Strøm sin tenkning til grunn, vil mange utsatte verken ha mestret traumet, eller ha helse. Derfor tas det også med en annen definisjon på mestring.

Lazarus & Folkman (1984 s 141) definerer mestring som: ” constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person”. I denne definisjonen viser begrepet mestring til situasjonen som skal mestres, og ikke utfallet av mestringen. Lazarus & Folkman sier videre at en benytter begrepet mestring om situasjoner som oppleves som en byrde og som overstiger personens ressurser, og ikke om situasjoner der vi tilpasser oss automatisk. Dette gir mulighet for at individer kan mestre like situasjoner på ulike måter, og at noen strategier (ved mestring) kan ses på som mer hensiktsmessige enn andre. Denne bruk av begrepet mestring inkluderer alle utsatte, da mestring her viser tilbake på traume, og ikke til hvorvidt den utsatte har helse eller ikke.

I denne oppgaven vil begge begrepene om mestring bli lagt til grunn. Ursin sin definisjon tas med fordi den peker mot det ønskede resultatet av mestringen, som i denne oppgaven er forhold som fremmer helse og livskvalitet. Lazarus og Folkman sin definisjon legges til grunn fordi kriterier for å bruke mestringsbegrepet flyttes fra individets helse til situasjonen som skal mestres, og fordi denne definisjonen tar med at mestring er noe som endrer seg i samsvar med indre/ytre krav og ressurser.

Den forskning som foreligger om mestring, har to ulike perspektiver. Det ene knytter begrepet mestring til karaktertrekk hos individer, mens det andre ser på mestring som en prosess. Forskjell på disse to perspektivene er følgende. Når en ser på mestring som prosess, har en fokus på individet i samspill med sitt miljø, mens når en ser på mestring som karaktertrekk, så er fokus bare individet som mestrer. Begge disse to perspektivene har sine fordeler og sine begrensninger, og et fullstendig bilde må innbefatte begge (Lazarus, 1993 A). Å bli utsatt for seksuelle overgrep, er en situasjon som innbefatter både et handlingsaspekt og et maktaspekt. Barnet som blir utsatt for overgrepet, ser verken handlingenes konsekvenser, eller hvordan det kan unnsnippe overgrepssituasjonen. En kan derfor si at hendelser som seksuelle overgrep er

situasjoner der de mestringsutsatte møter krav som overgår deres ressurser, og i den forstand må mestres.

1.2.3. "Motstandsdyktighet" (Resilience)

Begrepet "motstandsdyktighet" brukes om personer som opplever traumer, og som mestrer traumat på en måte som gjør at de opprettholder både helse og livskvalitet. Denne tenkningen er i samsvar med Ursin sin definisjon på mestring. Når en skal finne frem til personer som er "motstandsdyktig", benyttes to ulike sett kriterier. Noen studier benytter fravær av diagnoser som et kriterium: "Resilience was defined as having no diagnosis and not being on the borderline of reaching criteria for a diagnosis" (Kaplan, 1999). Andre studier ser på "motstandsdyktighet" som en personlig egenskap, som gjør at individet mestrer hendelser på en måte som gir helse. Et eksempel på en slik definisjon er: En "motstandsdyktig" person er en person som makter å tilpasse seg, opprettholde normale funksjoner, til tross for at han utsettes for store påkjenninger (Rutter, 1987 i Spaccarelli & Kim, 1995). Diskusjonen som foregår i fagmiljøet er hvorvidt "motstandsdyktighet" er selve utfallet av mestringen, dvs fravær av diagnoser, eller om det er årsaken til utfallet av mestringen (Kaplan, 1999). Derfor er det sentralt i identifisere hvilke forhold som fremmer motstandsdyktighet. Et slikt forhold som allerede er identifisert er familiesamspill i hjemmet. Familiesamspill som fremmer motstandsdyktighet er kjennetegnet av følgende:

- Foreldrene har forståelse for barnets behov og muligheter
- Foreldrene støtter barnets behov og muligheter
- Fleksibilitet hos barn/foreldre i problemløsning
- Evne til å ta opp det aktuelle problemet, og ikke dette gå utover andre sider hos barnet
- Gode forhold mellom foreldre og barn (Mrazek & Mrazek, 1987 i Lam & Grossman 1997; Demos, 1989 i Lam & Grossman 1997).

1.2.4. Sykepleieres funksjonsområde

I denne oppgaven søkes det svar på hvilken sykepleie som kan hjelpe den utsatte til bedre helse. Derfor blir begrepet sykepleie presentert (begrepet defineres i kapittel 8.0.). Målet for all sykepleie er å gi pasienter økt helse og livskvalitet. "Sykepleiekunnskapen skal sette mennesket i stand til å forebygge sykdom, mestre konsekvenser av sykdommen eller gjøre sykdomstilstanden til å leve med" (Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning av

7 januar 2000, side 17). Dersom pasientens ”sykdom” er virkninger etter seksuelle overgrep, vil målet for sykepleien være å forebygge helseproblemer. Dette kan gjøres ved å redusere alvorlighet og varighet av virkninger etter seksuelt misbruk og ved å øke utsattes tilgang på kunnskap, støtte og ressurser (Creedy et.al. 1998).

Det forventes at en nyutdannet sykepleier skal ha en handlingskompetanse innen 7 ulike funksjonsområder (se vedlegg 8), og det stilles krav til at sykepleiere skal være bevisst sin egen kompetanse. Kompetansebegrepet deles inn i formell kompetanse og realkompetanse (NOU 1997: 25). Med formell kompetanse menes den kompetanse som man får gjennom utdanninger, for eksempel sykepleierutdanningen. Med realkompetanse menes den kompetanse som individet reelt sett er i besittelse av, og som er utviklet både gjennom arbeidserfaring og utdanning. Minste mål på kompetanse for en nyutdannet sykepleier er satt til rammeplanens beskrivelse av sykepleieres handlingskompetanse. De funksjonsområder som er mest aktuelle for sykepleiere som skal hjelpe utsatte er: helsefremmende og forebyggende oppgaver, behandling, lindrende oppgaver, og undervisning og veiledning til pasienter og pårørende.

Jeg vil nå kort ta med hvordan disse områdene kan være aktuelle ved sykepleie til utsatte kvinner. I helsefremmende og forebyggende oppgaver er kunnskap om hvordan komplikasjoner kan forebygges og unngås sentral. Dette forutsetter at sykepleiere har kunnskaper om hva som er vanlige virkninger etter seksuelle overgrep, og hvordan disse kan møtes på en måte som fremmer den utsattes mestring, helse og livskvalitet. Sykepleieres behandlende funksjon til utsatte dreier seg om å gi hjelp til å bearbeide traumet, og å lære den utsatte og leve med virkninger etter traumet på en best mulig måte. Behandlingen forgår både som individuelle samtaler og som gruppesamtaler. Utsatte som er i en bearbeidingsfase kan ha kontakt med flere profesjonelle samtidig. Sykepleiere har da et medansvar for å samarbeide med den utsattes øvrige behandlere (psykolog, psykiater, lege). En vanlige virkning etter seksuelt misbruk er en psykiske smerte som oppstår som følge av tapt barndom, og som følge av at de utsatte og deres problemer ikke blir tatt på alvor. Sykepleiere kan lindre denne smerten ved å vise at hun *bryr seg*, og at hun *ser* og *tror* den utsatte. Da seksuelle overgrep er et tabuområde i samfunnet, er behovet for kunnskap om dette tema stor, både hos den utsatte og hennes pårørende. Det er ikke uvanlig at utsatte ”glemmer” overgrepet(ne), og at virkninger fra dette kan komme fram flere år senere. I de familier som opplever denne form for kriser, vil behovet for informasjon være stort.

1.2.5. Faglig forsvarlig sykepleie

Både lov om helsepersonell og rammeplan for sykepleiere sier at sykepleien skal være faglig forsvarlig. I helsepersonelloven forklares forsvarlighet på følgende måte:

§ 4. Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. (Lov om helsepersonell av 02.07.99., iverksatt 01.01.2001.)

Faglig forsvarlighet er et krav som er rettet mot både den enkelte sykepleier og mot virksomheter som produserer helsetjenester. Med faglig forsvarlighet menes en minstestandard for den sykepleien som utøves (Ot. Prp.nr 13, 1998/1999). ”Hovedhensynet bak kravet om forsvarlighet er å beskytte pasienten mot handlinger og unnlaterer som innebærer ”unødvendig” skaderisiko” (Befring & Ohnstad, 2000 s 32). Derfor er det uforsvarlig sykepleie dersom sykepleieres handlinger eller unnlaterer påfører den utsatte skade. Sykepleiere har plikt til å yte sykepleie i samsvar med sin kompetanse da, ”Forsvarlighet stiller krav til å ikke overskride egne faglige kvalifikasjoner og bidra til at pasienten får et forsvarlig helsetilbud” (Befring & Ohnstad, 2000 s 37). Hvilke forventninger som kan stilles til forsvarlig sykepleie vil stå i forhold til sykepleieres kvalifikasjoner, faglige tilhørighet, personlig erfaring og kompetanse (Ot. Prp.nr 13, 1998/1999). Men også sykepleieres mulighet til å utføre en oppgave, som tilgjengelige faglige og økonomiske ressurser tas med i vurderingen av hva som er forsvarlig i den enkelte situasjon. Dette betyr at det vanligvis ikke er det ideelle som er målestokken for det forsvarlige, men hva som er realistisk å foreta seg i øyeblikket. Hvilke rammer sykepleiere har for å gjøre en faglig forsvarlig jobb tas med i vurderingen. Etter hvert som sykepleiere får mer erfaring og derved økt faglig kompetanse, så endres også forventningene til sykepleiere. Sykepleiere har plikt til å holde seg faglig à jour for å kunne utføre de oppgaver som forventes av henne i den stilling hun har. Og arbeidsgiver har plikt for å legge tilrette for at sykepleiere får mulighet for faglig oppdatering. Dette betyr at sykepleien må bygge på anerkjent kunnskap for å være forsvarlig. Da det er opp til profesjonen selv å gi forsvarlighetsbegrepet et tidsmessig innhold, vil både faglige normer og etiske normer være viktige kriterier for å vurdere om yrkesutøvelsen er forsvarlig (Befring & Ohnstad, 2000).

Viktige spørsmål for sykepleiere og arbeidsgivere (faglig ansvarlige) er derfor hva innebærer faglig forsvarlig praksis i møte med utsatte kvinner?, og ligger rammene til rette for at sykepleiere kan gi en forsvarlig sykepleie til disse kvinnene? En litteraturoppgave om mestring av virkninger etter seksuelle overgrep, kan være med å gi flere nyanser i de debatter som pågår om dette temaet, og tydeliggjøre hva som er faglig forsvarlig i noen av de områder som sykepleiere arbeider innenfor. Eksempler på hva som kan være forsvarlig og uforsvarlig sykepleie i møte med utsatte blir derfor tatt opp i oppgaven.

1.3. Seksuelle overgrep i en historisk sammenheng

I samfunnet har kunnskap om seksuelle overgrep periodisk dukket frem, for så å bli undertrykket igjen. Seksuelle handlinger mellom barn og voksne har pågått og pågår i mange land. Historisk kjenner en til at handlinger, som vi i dag kaller seksuelle overgrep, fant sted i Antikkens Hellas, og i Firenze på 1300 tallet (Bjerke, 1999). At dette kunne være skadelige for barn, sa ingen høyt før på slutten av 1800 tallet. Da studerte Pierre Janet, Sigmund Freud & Joseph Breuer, hver for seg, årsaken til hysteri hos kvinner (Astbury, 1996; Hall & Kondora, 1997). En av de første artiklene om seksuelle overgrep kom på trykk i 1896, da Freud publiserte artikkelen ”The Aetiology of Hysteria”. Her hevder han at hysteri skyldes seksuelle overgrep mot barn begått av fremmede, barnepassere eller søsken. Fedre ble først oppgitt som mulige overgripere i 1920. Argumentasjonen til Freud var følgende: selv om noen kvinner utsatt for seksuelle overgrep ikke får hysteri, har *alle med* hysteri opplevd seksuelle overgrep i barndommen. Dette er samme argumentasjon som en finner i legevitenskapen: selv om mange blir utsatt for influensavirus uten å bli syke, har alle med influensa har vært utsatt for influensaviruset (Astbury, 1996). I 1905 måtte Freud trekke sin teori tilbake etter press fra kollegaer. Hans nye versjon ble at kvinnene fantaserte seksuelle overgrep, de husket ikke (Hall & Kondora, 1997).

På den tiden mente man i tråd med Freud`s forføringsteori at barnet lokket og forførte den voksne. Faktisk langt inn i neste århundre ble barn sett på som like skyldige som overgriperen. Først 1967, ble det i Danmark lovfestet, at barn ikke kunne dømmes for incest (Nielsen,1991 i Toverud, 1998). En holdningsendring i samfunnet kom først på 1970 tallet. Når kvinnebevegelsene kom ble tausheten om vold og overgrep begått mot kvinner og barn brutt. De kvinnelige forskerne var opptatt av nye tema og perspektiver. Bl.a. begynte en å forske på seksuelle overgrep. I Norge begynte fagfolk å publisere litteratur om seksuelle

overgrep på begynnelsen av 1980 tallet, og på midten av 1980 tallet skjøt publiseringen fart. Internasjonalt steg også interessen for studier om seksuelle overgrep fra 1985 og utover (Kendall-Tackett et.al.1993). Fram til 1990 årene var det forsket mest i utvalg bestående av kvinner. Tema det ble forsket i var mulige sammenhenger mellom seksuelle overgrep og mentale lidelser, somatiske lidelser, smertesyndromer og gynekologiske lidelser (Kirkengen, 1997). Lite forskning ble foretatt i utvalg bestående av menn (Eide-Midsand, 1997). Fenomenet kvinnelig overgriper ble det ikke forsket noe i før på 1990 tallet (Bell, 1999; Hetherington, 1999; Saradjiani, 1996).

I samfunnet og fagmiljøer har debatten om hvorvidt det er mulig å ”glemme” traumatiske opplevelser for en periode, for så å gjenerindre disse, pågått med jevne mellomrom i over 100 år. Fagfolk som mener dette er mulig, forklarer det med begrepet dissosiasjon (mer om dissosiasjon i kapittel 5.1.). Anderson, Yassenik & Ross (1993), fant at 88% av utsatte personer brukte dissosiasjon som forsvarsmekanisme. Andre som, den amerikanske organisasjonen: ”False Memory Syndrom Foundation (FMSF), hevder at det er feilaktig når voksne hevder å huske seksuelle overgrep begått mot dem i barndommen. Derfor stiller de krav om juridisk bevisførsel til det ”som huskes”. FMFS forklarer alle anklager om seksuelle overgrep ved å hevde at terapeutene ”planter” overgrephistorier i hodene på sine klienter, for å tjene penger på å behandle dem (Hall & Kondora, 1997). Bevegelsen FMSF er lite aktiv i Norge. Men de holdninger og meninger som denne bevegelsen uttrykker har mange utsatte opplevd å få rettet mot seg, spesielt fra den som er anklaget for overgrepet. Dette er også et forhold ved seksuelt misbruk som utsatte må mestre. En underlige side med diskusjonen om hvorvidt det er mulig å glemme traumatiske opplevelser for så å gjenerindre dem senere i livet, er at ingen stilte dette spørsmålet da soldater med ”krigsnevoser” hadde ”glemt” hva de hadde vært med på. Tvilen oppstod først da kvinnelige utsatte gikk rettens veg for å få straffet de som hadde utsatt dem for overgrep. Synspunkter på amnesi og gjenerindring ble da ikke lenger spørsmål om vitenskap og erkjennelse, men om politikk (Benum & Boe, 1997 s 89-90).

Men holdningene fra fortiden er fortsatt tilstedet i samfunnet. Også i dag blir utsatte møtt med holdninger som: Seksuelle overgrep er løgnaktige påstander, og de utsatte har selv skyld i at overgrep blir begått mot dem. Dersom den utsatte er beruset eller har på seg klær som av menn kan tolkes som utfordrende, kan dette trekkes fram som et argument til forsvar for den handling overgriperen har begått.

Kunnskapen om seksuelle overgrep er et tabubelagt område i vårt samfunn (Toverud, 1998). Dette har konsekvenser både på familienivå og i terapeutiske miljøer. Fortielsen av fenomenet seksuelle overgrep starter med relasjonen overgriper - offer. Mange ofre trues til fortielse, og når overgrep avdekkes, blir det ofte holdt innenfor husets fire vegger. I særlig grad gjelder dette hvis overgriper er et familiemedlem. På samfunnsplan kan vi i dag lettere akseptere at seksuelle overgrep finner sted på et generelt plan, men en er tilbøyelig til å stille spørsmål i en konkret sak, ved utsagn eller handlinger fra barn som kan være tegn på at de har vært utsatt for overgrep (Mellberg, 1994; Mossige, 1998). Kjente feminister stiller ubehagelige spørsmål som: ”Hva er det i nuet som gjør at våre blikk tilsløres og vi vegrer oss for å se?” (Lundgren, 94 side 15). Kan en forklaring på dette være i tråd med det som Marianne Fredriksson hevder i sitatet i innledningen av kapitlet? Klarer vi ikke å se at seksuelle overgrep blir begått mot barn, fordi vi har forestillinger om at verden er rettferdig, og i en rettferdig verden foregår ikke seksuelle overgrep mot barn?

Fortielsen av seksuelle overgrep skjer også i terapeutiske miljøer. Å inneha kunnskaper om seksuelle overgrep fører til at en blir stigmatisert og faglig isolert. Dette opplevde Freud da han presenterte sin forførelsesteori (Mossige, 2000). Det samme opplever forskere og terapeuter som arbeider med seksuelle overgrep i dag. Mange terapeuter opplever arbeidet med saker med seksuelle overgrep som mer belastende enn andre saker (Toverud, 1998 s 42 og 204). Dersom det er slik at seksuelle overgrep er tabubelagt i fagmiljøer, kan dette medføre at fagmiljøene mangler kompetanse på området. Dette vil i så fall være en rammefaktor som svekker sykepleieres mulighet for å gi en forsvarlig sykepleie. Et av kjerneproblemene ved seksuelle overgrep er at dette er et tabuisert tema (Leira, 1990 del 1).

” Det som ikke er, er vanskelig å navngi. Hvordan skal en bearbeide noe som ikke finnes? Ved erkjente kriser som død f. eksempel, så har kulturen kollektive ritualer som hjelper de etterlatte i å bearbeide og komme seg videre i livet. For tabubelagte traumer derimot, har kulturen ingen ritualer for hjelp” (Leira, 1990 del 1 s 18).

På samme måte som kulturen kan mangle ritualer for bearbeiding av seksuelle overgrep, kan fagmiljøer mangle rutiner, kunnskap og kompetanse på pasienter som forteller de har opplevd seksuelle overgrep. Som følge av tabuisering kan en forstå en kunnskapsmangel, da det blir en selvmotsigelse å søke kunnskap om noe som ikke er.

Coping is what you did to survive
the trauma of being sexually abused.
Often one behaviour will have both
healthy and destructive aspects.
(Bass, E & Davis, L, 1994 s 45).

2.0. LAZARUS OG FOLKMAN SIN TEORI OM MESTRING

Forskning om mestring er gjort ut fra to fokus – mestring som prosess og mestring som karaktertrekk. En begrensning ved å se på mestring som prosess, er at en ikke kan forutsi utfallet av mestringen (Lazarus, 1993 A). Dette er det derimot mulig å måle dersom en ser på mestring som karaktertrekk. Når en beskriver mestring som karaktertrekk, beskrives egenskaper hos personen som påvirker mestringen. Karaktertrekkene vil være tilstedet i ulik grad, noe som forklarer hvorfor utfallet av mestringen er ulik. Studier om mestring som karaktertrekk er ofte kvantitative studier. Det undersøkes hvilken betydning karaktertrekket har for individets mestring av en gitt situasjon. Overført til oppgavens tema kan et eksempel på en slik undersøkelse være: i hvor stor grad skyldfølelse har betydning for helsen og livskvaliteten til utsatte.

Det er tre forhold som skiller tenkningen om mestring som prosess, fra tenkningen om mestring som karaktertrekk. Det første er at en her er opptatt av hva personen som mestrer faktisk har gjort og tenkt, og ikke hvordan personen vanligvis tenker og handler, da dette viser til karaktertrekk. Det andre er at personens handlinger og tanker blir analysert innenfor en bestemt kontekst. For å kunne forstå den som mestrer, må vi kjenne til hvilke forhold personen skal mestre. Jo bedre en kjenner konteksten, jo lettere er det å forstå både handling og tenkning til den som mestrer. Det tredje punktet som skiller er at når en snakker om mestring som prosess, snakker en om en *endring* i tanker og handlinger etter hvert som personen mestrer den utløsende hendelsen. Dette betyr at personen kan benytte nye mestringsstrategier i nye kontekster (Lazarus & Folkman, 1984).

I denne oppgaven blir mestring sett på både som prosess og karaktertrekk. Karaktertrekkene blir innbakt i modellen mestring som prosess under tittelen mestringsressurser. For en person som ikke har opplevd seksuelle overgrep kan det være lett å tenke at det bare er omstendigheter rundt selve overgrepet som avgjør hvordan personen mestrer hendelsen. Et viktig poeng med å se på mestring som prosess, er at denne tenkningen tydeliggjør at personer mestrer ulikt i ulike livsfaser og i ulike kontekster, og at nettverkets reaksjoner

kontinuerlig påvirker den mestringutsattes vurderinger. Dette illustreres med historien om jente A og jente B. Eksempelet viser hvordan to barn, som ytre sett opplever samme overgrep, mestrer hendelsen ulikt. Dette skjer både fordi barna er ulike av natur (karaktertrekk), og fordi barna vokser opp under ulike forhold i hjemmet, noe som medvirker til at de får ulike tilbakemeldinger fra foreldrene.

Eksempel 3- Historien om jente A og jente B

Vi tenker oss at to jenter, begge 10 år, opplever tilsvarende overgrep med samme overgriper (nabo) med to dagers mellomrom. Jente A kommer fra en ressurssterk familie preget av trygghet, omsorg, stabilitet og klare grenser. Jente B derimot kommer fra en familie med ulike konflikter og problemer. Foreldrene krangler mye og faren opptrer dominerende. Barna må selv ordne opp i en del ting og grensene i familien er utydelige.

Etter overgrepet går jente A rett hjem og forteller om hendelsen. Hun blir trodd og foreldrene tar affære for å forhindre gjentakelse. Jente A og hennes familie oppsøker hjelpeapparatet og både jenta og foreldrene får hjelp til å bearbeide traumat.

Jente B forteller ikke hjemme om hendelsen før etter 2 måneder. Da opplever hun at foreldrene ikke tror at det hun forteller kan være sant. Foreldrene spør jenta ut om hva overgrepet har dreid seg om, og hvorfor hun gikk dit. Da det er avklart at overgrepet ikke innbefattet samleie, blir det ikke snakket mer om dette i denne familien.

Som voksne opplevde jente A få virkninger etter overgrepet (hun ble trodd, fikk raskt hjelp og hun fikk støtte hjemme). Jente B derimot opplever hverdagen vanskelig som voksen (hun opplevde at familien ikke gjorde noe da de fikk vite om overgrepet, og opplevde siden andre former for omsorgssvikt).

Mestring av seksuelle overgrep innebærer flere forhold som må mestres hos voksne, enn det gjør hos barn. Dette illustreres i en tabell:

Modell 1 - Forhold som skal mestres ved seksuelt misbruk hos barn og voksne

Hos barn				
<i>Hendelse som skal mestres</i>	→	<i>Mestringsstrategier</i>	→	<i>Resultat</i>
1. Seksuelt misbruk		Emosjonelle eller Problemorienterte Strategier		Virkninger etter overgrepet/ Grader av helse/livskvalitet
Hos voksne				
<i>Hendelse som skal mestres</i>	→	<i>Mestringsstrategier</i>	→	<i>Resultat</i>
1. Seksuelt misbruk		Emosjonelle eller Problemorienterte strategier		Grader av helse/livskvalitet
2. Gjenerindringsprosess				
3. Virkninger etter overgrepet				

Tabellen viser at mestring av seksuelle overgrep hos voksne omfatter både selve overgrepet og virkningene etter dette. Begge forholdene må ses i en sammenheng, da mestring av seksuelle overgrep er en prosess som går over tid. Mestringen beskrives som prosess fordi både egne vurderinger og tilbakemeldinger fra omgivelsene, kan føre til revurderinger av eksempelvis hva som skjedde, hvilken betydning dette har, og hvordan situasjonen nå kan løses (Lazarus & Folkman, 1984).

2.1. Sentrale begreper i teori om mestring som prosess

Det er tre begreper fra Lazarus og Folkman (1984) sin mestringsteori som er sentrale når en ser på mestring som prosess. Disse er vurderinger, mestringsstrategier og mestringsressurser. Når en skal analysere og forstå hvordan et individ mestrer, er det nødvendig å kjenne til hvordan personen tenker både om hendelsen og om hvilke løsninger som finnes. Den *vurdering* som den mestringsutsatte gjør blir derfor viktig. Vurderingen gjør personen på bakgrunn av sine erfaringer og sine mestringsressurser. I møte med voksne utsatte blir det viktig å skille mellom de vurderinger og årsaksforklaringer (attribusjoner) den utsatte gjorde som barn, og de vurderingen og årsaksforklaringer hun gjør som voksen. Begrepet *mestringsressurser* er viktig i denne modellen. Derfor vil dette begrepet bli utdypet i kapittel 2.1.1. og 2.1.2. Mestringsressurser dreier seg om personlige ressurser og ressurser knyttet til omgivelsene. Med personlige mestringsressurser menes både evner og karaktertrekk som individet har. Med ressurser knyttet til omgivelser menes opplevd støtte på familienivå, nettverksnivå og samfunnsnivå. Jo flere mestringsressurser som er tilgjengelig for den utsatte, jo bedre mulighet har den utsatte til en positiv mestring. Det er den utsattes vurderinger og mestringsressurser som danner grunnlag for *mestringsstrategiene*. Mestringsstrategier deles inn i to grupper: problemorienterte og emosjonellorienterte (Lazarus & Folkman, 1984). Problemorienterte strategiene forsøker å løse problemet ved konkrete handlinger. De emosjonelt orienterte strategiene løser problemet ved å endre på tanker og følelser knyttet til overgrepet. Noen forfattere deler mestringsstrategier inn i tre ved at de har en egen kategori for kognitive strategier (Ogden, 1996). I Lazarus og Folkman sin teori er de kognitive strategiene plassert sammen med de emosjonelle. Jeg velger her å skille mellom emosjonelle og kognitive strategier, da disse igjen kan inndeles i åpne og unngående strategier (Roth & Newman, 1993). Nedenfor følger eksempler på de ulike strategier som utsatte kan benytte ved seksuelle overgrep:

Eksempel 4 - Eksempler på mestringsstrategier ved seksuelt misbruk

Problemorienterte åpne strategier: Konfrontere overgriper med hva som har skjedd, og søke sosial støtte.

Problemorientert unngående strategi: Gjemme seg for overgriper,

Åpen emosjonell strategi: Å forholde seg til de vanskelige følelsene

Unngående emosjonell strategi: Å "glemme" overgrepet, og late som om det aldri har skjedd, ruse seg, sove, overspise.

Åpen kognitiv strategi: Å søke bekreftelse på om minner fra overgrepet er ekte eller fantasi.

Unngående kognitiv strategi: Å bevare kontrollen ved å ikke snakke om overgrepet, eller å tenke at noen har det verre: "jeg overlevde!"

Begrepene mestringsstrategier og mestringsressurser henger tett sammen, og er vanskelige å skille fra hverandre. Et eksempel som viser dette er sosial støtte. Å motta sosial støtte blir sett på som en ressurs, mens å søke sosial støtte er en strategi. Studier viser at utsatte som mottok sosial støtte opplevde mindre stress (Ullman, 1996 tekst A og B), mens utsatte som søkte sosial støtte fant ingen stressreduksjon (Leitenberg, Greenwald & Cado, 1992). For å få med et helhetlig bilde av forhold som påvirker utsattes mestring blir det derfor like viktig å se på mestringsressurser som på mestringsstrategier. Nedenfor kommer en presentasjon av de 6 mestringsressurser som Lazarus og Folkman (1984) har definert som sentrale ved mestring.

2.1.1. Personlige mestringsressurser

Helse og energi

Å være frisk og ha helse er en mestringsressurs, da den som er syk vil ha mindre krefter til å mestre. Studier viser at utsatte oftere rammes av sykdom enn andre (jamfør tabell 1 i kapittel 3.1.). Da virkninger etter seksuelle overgrep ikke er noen sykdom i seg selv, bruker vi ikke betegnelsen syk om personer som har opplevd dette. Skadelige virkninger etter seksuelle overgrep kan komme til uttrykk på mange måter, både fysisk og psykisk, og det er de psykiske skadene som oppfattes som de vanskeligste og mest dominerende (Bang, 1992). De fysiske skadene som omtales som virkninger etter overgrepet, kan være smerter i de kroppsdeler som har vært berørt av overgrepet. Alle former for skadelige virkninger etter seksuelle overgrep tapper krefter, og utsatte som opplever virkninger kan derfor ha mindre overskudd til å møte hverdagen. Å være i en erindrings- og bearbeidingsprosess kan ofte være en energikrevende periode.

Positivt selvbegrep som et karaktertrekk

En person med et positivt selvbegrep er en person som ser positivt på seg selv, som tror på en indre kontroll over de hendelser som skjer (internal locus of control), og som tenker positive tanker i forhold til egen mestring. Lazarus og Folkman (1984) forklarer denne ressursen ved hjelp av begrepene mestringsforventning, og attribusjoner.

En person med *mestringsforventning* har ”tro på egne evner til å organisere og utføre de handlinger som er nødvendige for å håndtere fremtidige situasjoner” (Bandura, 95 s 2). Å kjenne til en persons mestringsforventning er viktig, fordi denne kan fortelle mer om fremtidige prestasjoner, enn det vi har prestert før (Natvig, 1998). Det å ha tiltro til egne evner

er derfor en viktig ressurs. For utsatte kan en tro på at de klarer å jobbe seg gjennom krenkelsen, være avgjørende i forhold til resultatet av mestringen.

Attribusjonsteori ser på hvordan mennesker danner seg forklaringer og årsaker til det som skjer. Disse forklaringene er grunnleggende for et menneskets handlinger. Man kan attribuere på 4 forskjellige måter:

- i) Indre versus ytre forklaring/årsak til hendelse (indre: det er min feil at ...)
- ii) Stabil versus ustabil forklaring/årsak til hendelse (stabil: slik er det alltid...)
- iii) Global versus spesifikk forklaring/årsak til hendelse (global: på alle områder i livet mitt...)
- iv) Kontrollerbar versus ikke kontrollerbar (kontrollerbar: jeg kan selv gjøre noe for å ...) (Ogden, 1996 s 16).

Mennesker som *tror* at de har kontroll over de hendelser som skjer, kalles indrestyrt, mens de som tenker at hendelser skjer uavhengig av deres innflytelse, kalles ytrestyrt. Noen undersøkelser viser at indrestyrte personer oftere søker den informasjon de trenger for å mestre, og de er mer problemorienterte i sin mestringsstrategi. Andre undersøkelser viser ingen sammenheng mellom tro på indre eller ytre kontroll av hendelser og valg av mestringsstrategi. (Lazarus & Folkman, 1984). Kunnskap om attribusjoner er viktig når en skal forstå utsatte som sliter med skyldfølelse og skamfølelse, da disse kan gi både en svekket selvfølelse og et svekket selvilde (mer om dette i kapittel 6.2.1.).

Problemløsningsevnen

Vår evne til problemløsning dannes gjennom erfaringer, kunnskaper, evner og selvkontroll. Selv om prosessen foregår hele livet legges grunnlaget for denne evnen i barneårene. Vi lærer hvordan vi skal tenke og løse problemer fra de personer som står oss nær. En person med problemløsningsevne oppsøker informasjon, analyserer situasjoner for å identifisere problemet, og vurdere ulike handlingsalternativer (Lazarus & Folkman, 1984). Evne til problemløsning er nært forbundet med en persons mestringsforventning og attribusjoner, da en tro på at en skal klare å løse et problem og en tro på at problemløsningen avhenger av egen innsats, vil medvirke til at personen arbeider for å finne en løsning.

Sosial kompetanse

Relasjoner til andre er grunnleggende og viktige i våre liv, fordi de påvirker både vår identitet og vår mestringsevne. Å kunne omgås andre mennesker på en grei måte, og det å ha gode relasjoner til andre, ses derfor på som en sosial kompetanse. Sosial kompetanse er evnen til å kommunisere passende og effektivt, å kunne oppnå samarbeid og få sosial støtte, å ha kontroll over sosiale samhandlinger (Lazarus & Folkman, 1984). Dette innebærer evnen til å delta i samtaler, og å tolke kroppsuttrykk og gester. En person med sosial kompetanse er i stand til å ta initiativ, fortsette, tilpasse seg, endre og avslutte samhandling som er *gjensidig* tilfredstillende for alle parter (Lamer, 1998).

Evnen til sosial kompetanse kan bli svekket hos utsatte av to grunner. Det ene er at utsatte som en følge av overgrepene føler seg stigmatisert, noe som kan medvirke til at de har vansker med å lytte til og ivareta egne behov. Den utsatte kan derfor sette andre sine behov foran sine egne, noe som kan gi relasjoner som ikke er gjensidige (Kirkengen, 1997; NOU 1999:13). Det andre er at utsatte som følge av overgrepene opplever svik, noe som kan medvirke til at de mister evnen til å stole på andre (Finkelhor og Browne, 1985). Jeg kan vanskelig se at en person som ikke stoler på andre, vil kunne kommunisere effektivt, og oppnå et fruktbart samarbeid.

2.1.2. Mestringsressurser knyttet til omgivelser

Sosial støtte

Sosial støtte er en særs viktig ressurs for utsatte, da den gir støtte på flere dimensjoner i livet. Det virker positivt på helsen når sosial støtte gis som emosjonell støtte, praktisk/konkret hjelp eller informasjon/veiledning. For å eksemplifisere hva sosial støtte innebærer har jeg tatt med teori fra Bø (1993 side 161). Han deler begrepet inn i følgende støttefunksjoner:

Eksempel 5 – Komponenter i begrepet sosial støtte når sosial støtte er noe som gis til andre

- i. ”Emosjonell støtte – det å bli vist sympati, bli vist at man er verdsatt
- ii. Instrumentell støtte – det å kunne regne med praktisk hjelp, kunne låne....
- iii. Informativ støtte – det å bli tilført kunnskap, innsikt og ferdigheter
- iv. Vurderingsmessig støtte - det å motta vurderinger av egen hjelp og hjelp til å løse og vurdere problemsituasjoner
- v. Materiell støtte – det å motta signaler at man er økonomisk trygg”.

Disse støttefunksjonene samsvarer med de områder som Lazarus & Folkman legger i begrepet sosial støtte. De tas med i oppgaven som et supplement, fordi de forklarer innholdet i begrepet

sosial støtte på en mer konkret måte. En lite betydningsfull forskjell er at Bøe definerer materiell støtte inn under sosial støtte, mens Lazarus & Folkman (1984), ser på dette som en egen ressurs. Andre forfattere legger mer vekt på hva *vi vinner* i relasjonen med andre når de definerer begrepet sosial støtte. I følge Weiss (1974 i Christensen, 2000) er det 6 områder som er viktige for at vi skal *oppleve* sosial støtte. Disse områdene er:

Eksempel 6 – Komponenter i begrepet sosial støtte når sosial støtte er noe som oppleves

- i. Tilknytning - relasjonen er kjennetegnet av at en føler trygghet og romslighet.
- ii. Sosial integrasjon - relasjoner hvor deltakerne har felles interesser
- iii. Mulighet for å gi omsorg - relasjonen gir følelse av at noen har bruk for dem
- iv. Bekreftelse av egenverdi
- v. Følelse av å ha noen å stole på
- vi. Å ha noen en kan få råd og veiledning hos (side 72-74).

Slik jeg ser det er forskjellen mellom Lazarus & Folkman og Weiss sin avklaringer av begrepet sosial støtte, at Lazarus og Folkman benytter begrepet sosial støtte om noe som gis til en annen person, mens Weiss benytter begrepet knyttet til en opplevelse av en gjensidig relasjoner, hvor begge parter får og gir.

Sosial støtte er det motsatte av sosiale krav . Det virker positivt på helsen å motta sosial støtte, men ikke alle sosiale relasjoner er ressurser. Dersom de sosiale relasjonene er konfliktfylte, vil stresset og uhelsen øke. Å motta sosial støtte er ekstra viktig når mennesker skal klare store påkjenninger, dvs påkjenninger som må mestres.

Materielle ressurser

Denne ressursen handler om penger, eiendeler og tjenester som kan kjøpes for penger. De som har penger, og evne til å benytte disse på en fornuftig måte klarer seg bedre i livet. (Folkman & Lazarus, 1984). Mange utsatte har dårlig økonomi. Utsatte kan ha dårlig økonomi som følge av overgrepene, fordi skadelige virkninger har medført at de ikke har vært i stand til verken å ta utdanning eller å gå i vanlig arbeid. Som for utsatte, som for andre som står i en vanskelig livssituasjon, vil økonomiske bekymringer svekke både livskvaliteten og mestringsevnen. Da ingen av kildene som denne oppgaven bygger på har sett på sammenhengen mellom utsattes økonomi og deres evne til mestring, vil dette tema utelates i oppgaven.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven er jeg blitt mer oppmerksom på to forhold i samfunnet, som har betydning for mestring av seksuelt misbruk, men som er lite omtalt i litteraturen. Derfor har jeg tatt med to ressurser knyttet til omgivelser, som både direkte og indirekte påvirker individets vurderinger og handlinger. Disse er rettsikkerheten i samfunnet der overgrep skjer, og kunnskapen om seksuelt misbruk hos helsepersonell.

Har kvinner og barn rettsikkerhet i sedelighetssaker i Norge i dag?

Det kan stilles spørsmål til hvorvidt rettssikkerheten er ivaretatt for kvinner og barn i sedelighetssaker. Nedenfor presenteres noen funn som berettiger et så viktig spørsmål. En undersøkelse utført av Texmo & Aarvik, 1998, avdekker mangelfull og feilaktig rettsbehandling. Undersøkelsen ble foretatt i Norges 3 nordligste fylker, og var en gjennomgang av alle sedelighetssaker i perioden 1993- 1997. Noen av funnene dreier seg om høy henleggelsesprosent: for voldtekt 77%, for utuktig omgang med barn under 14 år 58%, og for gjentatt utuktig omgang med barn under 10 år 80%. Fem av 11 politidistrikt hadde henlagt samtlige saker i denne kategorien over hele 5års perioden. Et annet funn var at barn risikerte å bli fratatt muligheten for terapeutisk krisehjelp av redsel for å påvirke etterforskning og rettssak. Tallene er alarmerende høye, og tendensen fra denne undersøkelsen blir bekreftet med tall fra statistisk sentralbyrå, presentert i Dagbladet den 20.02.01 (Grøntoft, 2001). Tallene som er hentet fra perioden 1991 – 1999 viser: antall anmeldte voldtekter var 3715, antall etterforskede voldtekter var 3183 (532 saker ble aldri etterforsket), antall tiltaler var 692, og antall dømte var 431. Dette tilsvarer en henleggelsesprosent på 81% for anmeldte voldtektsaker for perioden 1991 - 1999. Selv om disse tallene må ses i sammenheng med hvorfor det er så vanskelig å avgjøre skyldspørsmål ved seksuelle overgrep (jamfør kapittel 1.2.1.), kan det stilles spørsmål om hvorvidt det finnes rettssikkerhet for kvinner og barn i vårt samfunn.

Da denne oppgaven har en bred innfallsvinkel til mestring av seksuelle overgrep, kunne det passet inn at mestring av forhold rundt anmeldelse og rettssak, ble en del av oppgaven. Jeg har valgt å utelate dette fordi ingen av mine kilder tar opp dette tema. Hvilken betydning de ovennevnte forhold har for utsattes mestring av seksuelle overgrep er derfor uklart. Studier som ser på utsattes mestring av forhold rundt anmeldelse og rettssak, og hvilke konsekvenser dette har for utsattes helse og livskvalitet kan derfor være viktige brikker i et helhetsbilde av mestring av seksuelt misbruk. Sykepleieres rolle i forhold til anmeldelse og rettssak er å hjelpe den utsatte ved å klargjøre konsekvenser av de ulike valgalternativer som den utsatte

møter på. På denne måten kan en styrke den utsatte til å ta de valg som den utsatte mener er de beste.

Kunnskap om seksuelle overgrep hos helsepersonell

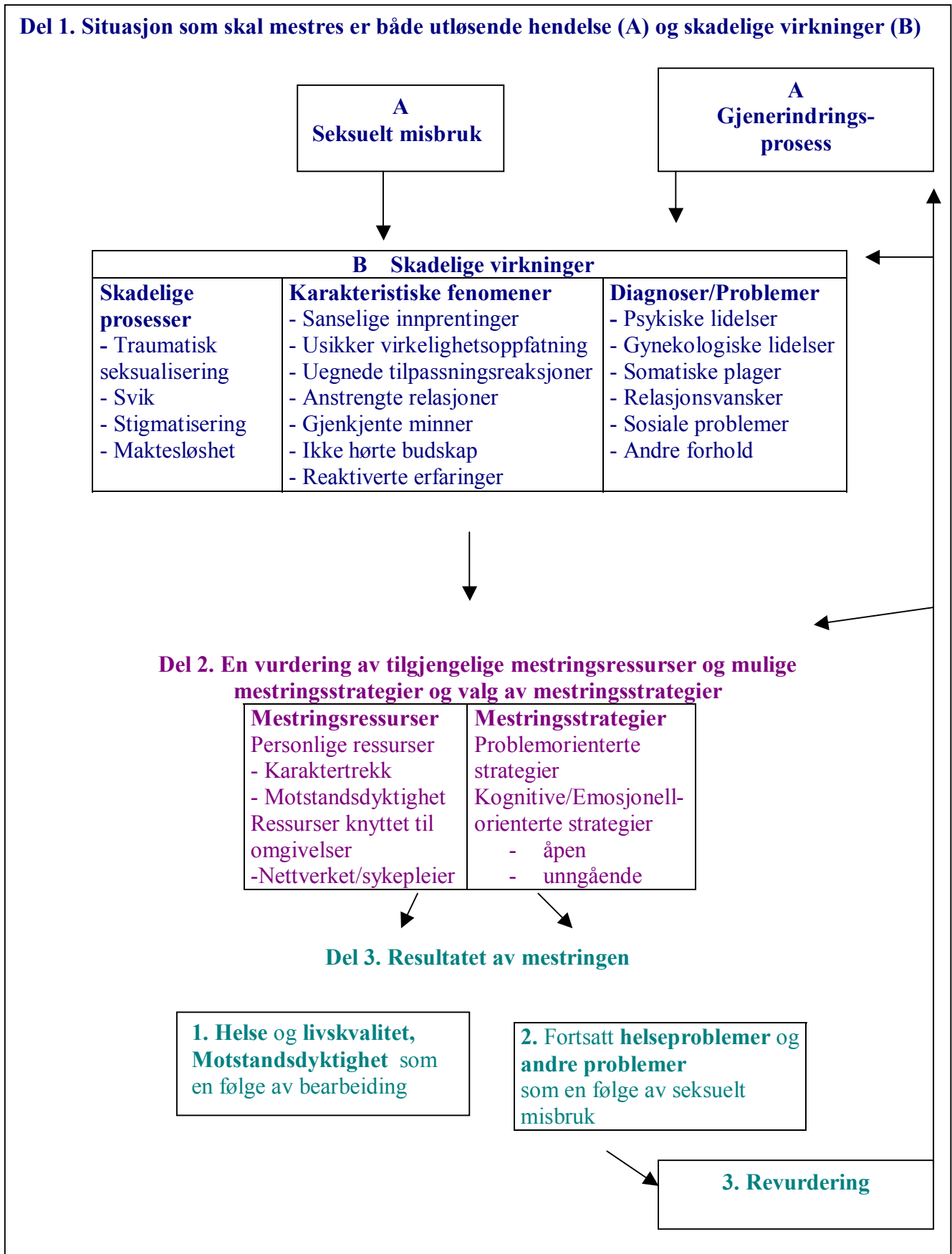
Når utsatte som søker profesjonell hjelp blir møtt av personer som har kunnskaper om seksuelle overgrep, er dette helt klart en mestringsressurs for den utsatte. Dette er viktig fordi seksuelt misbruk gir skader hos individet, som kan forveksles med andre lidelser, noe som kan medføre både mangelfull behandling og feilbehandling (mer om dette i kapittel 3.0). Betydningen av kunnskaper om tema hos helsepersonell ble politisk understreket allerede i 1992: ”For ofrene er det helt avgjørende at de møter mennesker i alle ledd i systemet som forstår deres situasjon og kan gi dem den hjelp de trenger (daværende Justisminister Gjesby, K og sosialminister Veierød, T i Bang & Hydle, 1992). Til tross for den klare oppfordringen om å øke kompetansen hos bl.a. helsepersonell i 1992, avdekker tre store undersøkelser av nyere dato i Norge, mangelfull forståelse og kunnskaper hos leger, barnevernsarbeidere og psykologer (Kirkengen 1997; Mossige, 1998; Toverud, 1998). En undersøkelse blant norske jordmødre viste at hele 59.4% (N=71) ikke hadde fått undervisning om temaet seksuelle overgrep mens de gikk på jordmorskolen (Bysting, 1998).

2.2. Modellen ” mestring av seksuelle overgrep som prosess”

Jeg har utarbeidet en modell på bakgrunn av Lazarus og Folkman (1984) sine begreper: hendelse som utløser mestring, mestringsressurser, mestringsstrategier, vurderinger og revurdering. Modellen viser hvordan disse begrepene er plassert i forhold til hverandre. Modellen er delt i tre deler.

Del 1 viser hva den utsatte må mestre. Den primære hendelse som utløser mestringsbehovet er i denne sammenhengen seksuelle overgrep. En stor gruppe utsatte barn mestrer denne hendelsen uten noen bearbeiding. Når de som voksne kommer de i en situasjon som ligner, kan dette utløse en gjenerindringsprosess. Å oppleve seksuelt misbruk fører for mange med seg en rekke skadelige virkninger. Disse er en del av den situasjonen som den utsatte skal mestre.

Modell 2 - Mestring av seksuelt misbruk som prosess



Del 2 dreier seg om kontinuerlige vurderinger som påvirker mestringen. De begreper som er nevnt her er vurderinger, mestringsressurser og mestringsstrategier. Hvordan disse virker inn på utsattes mestring tas opp i denne oppgaven. Den utsatte *vurderer* hvilke ressurser som hun har til rådighet, og hvilke strategier som kan være de best egnede. Lazarus og Folkman (1984) sier at denne vurderingen foregår kontinuerlig, fordi den utsatte får direkte og indirekte tilbakemeldinger fra andre. Eksempler på en indirekte tilbakemelding kan være taushet fra den som lytter når en utsatt avslører at hun har opplevd seksuelle overgrep, eller en sykepleiers holdninger i møte med en utsatt person. Eksempler på direkte tilbakemelding kan være råd fra en sykepleier. Også egen evaluering av mestringsstrategier kan utløse revurdering. I praksis er derfor modellen mer sirkelformet enn rettlinjet .

Del 3 viser til resultatet av mestringen. Resultatet av den utsattes mestring kan være både helse og helseproblemer. I denne oppgaven er målet å finne frem til de vurderinger, mestringsressurser og mestringsstrategier som danner grunnlag for en positiv mestring. Dette vil si en mestring som gir økt ”motstandsdyktighet”, helse og livskvalitet. Som sitatet i innledningen av kapittelet viser kan den form for mestring som den utsatte benytter gi både helse og uhelse. Et eksempel på dette kan være at en som barn ”velger” å ikke tenke på erfaringer fra overgrepet. Når denne strategien benyttes av utsatte barn, er dette en måte å ”overleve” på. Men dersom samme mestringsstrategi benyttes av voksne utsatte, kan dette gi uhelse, fordi en bearbeiding av traumer er nødvendig før en kan legge traumet bort og leve videre.

2.3. Basisprinsipper for den som skal hjelpe et individ til å mestre

Når en skal hjelpe individer med å mestre, er det noen basisprinsipper som må legges til grunn for denne hjelpen (Lazarus, 1993 B). Her kommer en presentasjon av 6 basisprinsipper som Lazarus mener en slik hjelp må bygge på.

- i. De forebyggende og terapeutiske strategier som benyttes i forhold til mestring må samsvare med klientens aktuelle problemer, personlig dagsorden og karaktertrekk.
- ii. Dette forutsetter at en ”diagnostiserer” hva som gikk galt, både klientens vurderinger og mestringsstrategier
- iii. For å kunne endre klienten, må de forebyggende og terapeutiske tiltak bringe inn ny forståelse. Dette samsvarer med en forståelse av emosjoner som både kognitive og relasjonelle

- iv. Kognitive endringer er nødvendige, men ikke tilstrekkelig alene, til å få frem terapeutiske endringer eller øke de psykologiske ressurser. Den nye kunnskapen må bli integrert slik at de er en del av motivasjonen og emosjonelle mønstre, noe som gir endret atferd rettet mot omgivelsene. Dette blir definert som emosjonell innsikt til forskjell fra kognitiv innsikt.
- v. De som arbeider forebyggende eller helsefremmende må være varsom overfor en ”tiltrekningskraft mot sykdomslære, der emosjonelt ubehag og lidelse automatisk blir sett på som sykdom, fremfor en aktiv tilpassningskamp hos en person som under stress prøver å mestre på en best mulig måte.
- vi. De som arbeider forebyggende eller helsefremmende kan ”kjempe på to fronter”:
 - a. De kan arbeide i de omgivelser som personen møter
 - b. De kan styrke personens kompetanse til mestring

Det vil i kapittel 8 bli eksemplifisert hvordan disse prinsippene kan anvendes i praksis.

2.4. Kritikk av Lazarus & Folkman sin teori om mestring

Lazarus & Folkman sin teori om mestring vektlegger den prosess som hele tiden foregår mellom individer og omgivelsene. Den kritikk som Lazarus selv retter mot å se mestring som prosess, er at en her ikke kan predikere utfallet av mestringen (Lazarus, 1993B). Andre kritiserer modellen fordi den vektlegger for lite forhold utenfor individet (Gjærum, Grøholt & Sommerschild, 1998), og fordi den ikke har med maktaspektet mellom individer (Morrow & Smith, 1995). Jeg samtykker i denne kritikken, da også min egen kritikk mot modellen er rettet mot et for snevert syn på omgivelsenes betydning for mestring. Lazarus & Folkman (1984) sier det ikke er mulig å navngi alle de mestringsressurser som hjelper et menneske til å mestre. Dette er jeg enig i, men både rettssikkerheten i landet, og kunnskapsnivået hos fagfolkene, er ressurser som er sentrale i langt flere forhold enn ved seksuelle overgrep. Som for eksempel andre helseproblemer (spiseforstyrrelser) og spørsmål vedrørende sosialtjeneste (rusmisbruk), barnevern (omsorgssvikt), skolevesen (elever med særskilte behov), med mer.

The long term effect of child sexual abuse can be so pervasive that it's sometimes hard to pinpoint exactly how the abuse effected you. It permeates everything: your sense of self, Your intimate relationships, your sexuality, your parenting, your work, life even your sanity. Everywhere you look, you see it's effects.
(Bass & Davis, 1994 s 37)

3.0. VIRKNINGER ETTER SEKSUELLE OVERGREP

I dette kapittel presenteres skadelige virkninger etter seksuelle overgrep. Med virkninger menes her symptomer eller seinskader, og opplevde negative effekter på kort og på lang sikt. Som sitatet i innledningen av kapitlet viser kan virkninger etter seksuelt misbruk påvirke så mange forhold i hverdagen til den utsatte, at uansett hva den utsatte tenker eller gjør (eller ikke gjør), så kan det oppleves å ha en sammenheng med virkninger etter seksuelle overgrep. Virkninger etter seksuelle overgrep kan derved bli noe som ”styrer” hverdagen til den utsatte. Dersom virkningene oppleves som en byrde i hverdagen, kan en si at utsatte må *mestre* virkningene (jmfør kapittel 1.2.2.).

Virkninger av seksuelle overgrep blir av flere forfattere sett på som en mestringsstrategi (Axelsen, 1996; Kirkengen, 1997; Schachter, Stalker & Teram, 1999). Dette forklares på følgende måte. Mange utsatte opplever seg som svake og uten påvirkningsmulighet. ”Gjennom å utvikle psykiske symptomer blir personen sterk i å beskytte seg mot å bli styrt og påvirket av andre”(Axelsen, 1996 s 59). Det å utvikle fysisk og psykisk sykdom blir en måte å unnsnippe overgrepene (Kirkengen, 1997). Derfor kan psykiske lidelser og reaksjoner ses på som en mestringsreaksjon (Axelsen, 1996). Denne måten å mestre overgrepet på, er nødvendig i en fase etter overgrepet, men på sikt er denne strategien uheldig (Schachter et.al, 1999; Kirkengen, 1997).

Det tas med tre framstillinger om virkninger etter seksuelt misbruk i denne oppgaven, da disse utfyller hverandre. Den første framstillingen tar utgangspunkt i studier som bekrefter høyere forekomst av ulike sykdommer og problemområder hos voksne personer som har opplevd seksuelle overgrep, enn i en normalbefolkning. Denne delen vil bli presentert som en tabell. Den andre framstillingen presenteres ut fra Finkelhor og Browne`s (1985) teori om 4 skadelige prosesser som kan oppstå hos barn som opplever seksuelle overgrep. Den tredje

framstillingen presenteres ut fra Kirkengen's teori om 7 karakteristiske fenomen som er tilstedet hos voksne som har opplevd seksuelt misbruk i barndommen.

3.1. Sykdommer, diagnoser og problemområder som forekommer hyppigere hos utsatte enn i en normalbefolkning.

Den første framstillingen presenteres i form av en tabell som viser en sammenheng mellom seksuelle overgrep og helseskadelige virkninger etter dette. Tabellen viser til studier som bekrefter en høyere forekomst av ulike sykdommer, diagnoser og problemområder hos voksne utsatte, enn i en normal populasjon. Tabellen er laget ut fra de artiklene som er gjennomgått under arbeidet med denne hovedfagsoppgaven. I faglitteratur om seksuelle overgrep, er en opplisting av mulige virkninger etter seksuelt misbruk den mest vanlige framstillingsformen. Derfor presenteres denne formen først.

Noen forfattere er kritiske til denne form for lister, da de sykdommer som er nevnt her, også oppstår hos personer som aldri har opplevd seksuelle overgrep. Derfor er denne form for lister lite egnet til å sannsynliggjøre at seksuelle overgrep har funnet sted (Sandmo, 1993). Denne kritikk er jeg er enig i, da det vil bli en uforsvarlig praksis dersom en ut fra medisinske diagnoser skal sannsynliggjøre overgrep. På den annen side kan det også bli en uforsvarlig praksis, dersom sykepleiere (og andre) overser kunnskap om sammenhenger mellom virkninger etter seksuelt misbruk og de reaksjoner og symptomer som utsatte kan streve med i hverdagen, eksempelvis kunnskap om at psykiske reaksjoner kan være en måte å beskytte seg mot maktesløshet på (Axelsen, 1996; Finkelhor & Browne, 1985).

Et annet argument mot å "sette diagnose på" seksuelle overgrep, er at dette i seg selv virker stigmatiserende på den utsatte. Å kalle den utsatte for syk eller et offer, viser til en svakhet hos den utsatte (Schachter et.al., 1999), samtidig som en gjør den utsatte til "eier" av problemet. Derved kan det faktum forsvinne "i tåken", at *andre* har begått overgrep mot dem. I engelsk/amerikansk litteratur kalles den utsatte for survivor, som betyr en som overlever. Dette begrepet viser til styrke på tross av motgang. Vårt norske begrep: offer for seksuelle overgrep eller utsatte, viser derimot ikke til den samme styrken.

En forklaring til tabellen som følger kommer etter tabellen.

Tabell 1 –Sykdommer og problemområder som forekommer hyppigere hos utsatte enn i en Normalbefolkning

Målbar kategori/diagnose	Studie
Psykiske lidelser	7, 5, 15,19, 22
- Dissosiasjon	7, 9, 11, 13, 14, 15, 24 , (27 fant ikke dette) 41
- Personlighetsforstyrrelser	7, 10, 42, 43
- Stressforstyrrelse	10, 22
- Forvirring - psykoser	7, 16,24, 26
- Depresjon	2, 5, 6, 7, 8,9, 10, 11, 16, 17, 19, 25, 26, 28, 30, 34, 38, 41,42,
- Angst	2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16,18,19,22,25, 26, 28, 30, 41
- Lav selvfølelse, lav seksuell selvfølelse	2, 3, 5, 8, 9, 11, 13, 19, 23,24, 27,28, 38, 41
- Selvskadende atferd og suicidalitet	2, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 26, 30, 40, 41,44
- Spiseforstyrrelser	2, 3, 7, 15, 16,19, 41
- Post Traumatisk Stress Forstyrrelse	2, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 28, 41
- Skyldfølelse	6, 41,44
- hjelpeløshet, maktesløshet	7, 41, 44
Gynekologiske lidelser	1
- Bekkensmerter	1,2, 22, 37, 41
- Problemer i forhold til reproduksjon /smerter ved samleie	1,2, 7
- Seksuelle vansker	2, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 19, 23,28, 41, 44
- flere kirurgiske inngrep i et livsløp	22
Somatiske plager	8, 9, 10, 15,18,22, 25,26, 27, 28, 41
- Kroniske sykdommer, ryggsmertor	1, 37, 41,
- Fordøyelsvansker	1,2, 18,22, 37, 41
- Hodepine	1,2, 22, 37, 41,
- Astma	1, 21
- Overvekt	1
- Hjerte- lungeproblemer, medisinske problemer	1, 37, 41
- Nevrologiske problemer	1, 7
- Urinveislidelser	2, 37
- Søvnvansker	2, 3, 11, 15, 16,28
- Tretthet	22
- Hukommelsessvikt	31, 32, 33, 34, 35
Relasjonsvansker	2, 5, 6, 11, 12, 13, 19, 41,42, 44, 45
Vansker å være foreldre	
- Stoler ikke på andre	2, 6, 26, 39
- Frykt for motsatt kjønn /nærhet	3, 34, 41,44
- Isolasjon	3, 9, 11,28, 34, 39
- fiendtlighet	25,26, 44
Sosiale problemer	
- Alkohol og Stoffmisbruk	2, 3, 7, 10, 11, 13, 16,19, 23, 29, 38, 40, 41, 44, 45
- Prostitusjon, lovovertrdelser	3, 13, 23, 40, 44
- Gjentatt offerrolle	2, 5, 11, 19, (23 fant ikke dette)
Andre forhold	
Søker oftere medisinsk hjelp	1, 10, 22, 27, 42
Legene kjenner ikke til at pasientene har opplevd seksuelle overgrep i barndommen	22,

1. Thakkar & McCanne, 2000 (S)
2. Seng & Petersen, 1995 (S)
3. Rodriguez-Srednicki & Twaite, 1999 (S)
4. Reynolds, 1997 (S)
5. Perrot, Morris, Martin & Romans, 1998 (S)
6. Orbuch, Harvey, Davis & Merbach, 1994 (S)
7. Kinzl & Biebl, 1992 (S og P)
8. Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993 (gjelder barn) (S)
9. Holman & Silver, 1996 (S)
10. Gore-Felton, Arnow, Koopman, Thoresen & Spiegel, 1999 (S)
11. Gold, Sinclair & Bagle, 1999 (S)
12. Draucker, 1995 (S)
13. Cohen, 1995 (S)
14. Anderson, Yassenik, & Ross, 1993 (P)
15. Young, L. (1992 Review) (S)
16. Turell & Armsworth, 2000 (S og P)
17. Benedict, Paine, Paine, Brandt & Stallings (gravide) (P)
18. Bass, Bond, Gill & Sharpe (P)
19. Fleming, Mullen, Sibthorpe, Bammer. 1999. (P)
20. Weiss, Longhurst, Mazure. 1999. review (P)
21. Freedman, Rosenberg, Schmaling, 1991. (P)
22. Leserman, Drossman, Zhiming, Toomey, Nachman & Glogau, 1996 (P)
23. Finkelhor, 1984, (S) og (P)
24. Sacco & Farber, 1999. (P)
25. Porter & Long, 1999 (P)
26. Tobin & Griffing, 1995 (P) (utvalg pasienter med spiseforstyrrelser)
27. Romans, Martin, Morris & Herbison, 1999 (P)
28. Tremblay, Herbert, Pichè, 1999, (S) (P)
29. Hurley, 1991, review, (S)
30. Armsworth & Stronck, 1999 (P)
31. Morrow & Smith, 1995 (P)
32. Banyard & Williams 1999 (P)
33. Dorado, 1999 (P)
34. Sheiman, 1999 (P)
35. Perrot, Morris, Martin & Romans, 1998 (P)
36. Roth, & Newman, 1993 (S)
37. Førsvoll, 1999. (P) NB. Denne studien er upublisert!
38. Liem, James, O'Toole & Boudewyn 1997 (P)
39. Gibson & Hartshorne 1996, (S)
40. Shapiro & Levendosky, 1999 (S)
41. Schachter, Stalker & Teram. 1999. (S)
42. Morris, Martin, & Romans 1998 (P).
43. Butterfield, Panzer & Forneris, 1999 review. (S)
44. Pearson, 1994 (S)
45. James, Liem & O'Toole, 1997 (P)

Merknad: studien til Perrot, Morris, Martin og Romans, 1998 er oppført 2 ganger, som nr 5 hvor det henvises til sekundærkilder, og som nr 35 hvor funn fra deres egen studie er tatt med. Nr 37 er en upublisert studie!

Her er en forklaring til tabellen. Det er benyttet både primærkilder og sekundærkilder i denne listen. For å tydeliggjøre dette skillet er det i tabellen benyttet fet skrift når kilden er en primærkilde, og normal skrift når kilden er en sekundærkilde. Dette er også merket i referanselisten som følger like etter tabellen, her er primærkilder er merket med (P) og sekundærkilder er merket med (S). Den oppmerksomme leser vil se at noen diagnoser og problemområder har mange kildehenvisninger, mens andre har svært få. Dette kan forstås på

flere måter. Det kan like gjerne fortelle oss hvilke sykdommer, diagnoser og problemområder som er mest vanlig hos utsatte, som det kan fortelle oss hvilke tema forskere har vært opptatt av å studere.

Denne listen er laget ut fra studier utført i flere land. Få av studiene er utført i Norge. Noen av områdene som er tatt med er bare bekreftet i få studier. På disse områdene trenger vi flere studier for å få bekreftet eller avkreftet en sammenheng mellom seksuelt misbruk og virkningen etter dette. Som listen viser så finnes det en del dokumentasjon på virkninger etter seksuelle overgrep. Det vi derimot trenger flere studier på er hvordan virkninger etter seksuelle overgrep kan behandles og mestres på en måte som gir helse og livskvalitet ved norske forhold, fordi mestringen påvirkes av det samfunnet som den utsatte lever i (jamfør kapittel 2.1.2. og 6.0.).

Det som skiller denne framstillingen fra de to neste, er at både Finkelhor & Browne, og Kirkengen`s teori *både forklarer og presenterer* hvordan virkninger etter seksuelle overgrep kan komme til uttrykk. Denne måten å tenke og framstille et problem på, er i tråd med en tenkning innenfor faget helsepsykologi. Innenfor dette fagområdet ser en på hvordan flere forhold samlet kan gi medisinske problemer, eksempelvis forholdet mellom kroppens biologiske system, personens psykologiske system (tanker, følelser og handlinger) og personens sosiale system. En forsøker herved å overstige skillet mellom kropp og sjel, og en forsøker å se problemene ut fra pasientens ståsted (Ogden, 1996). Å overstige skillet mellom kropp og sjel er viktig i møte med utsatte fordi mange av de virkninger etter seksuelle overgrep som nå presenteres i kapittel 3.2. og 3.3. er legemliggjorte erfaringer (Mer om legemliggjorte erfaringer i kapittel 6.2.1.).

3.2. Finkelhor og Browne`s teori om skadelige forhold som oppstår etter seksuelt misbruk hos barn.

Finkelhor og Browne`s (1985) teori er basert på et review (begrepet forklares i kapittel 4.0) over studier om virkninger etter seksuelle overgrep mot barn. De ønsket med sin modell å vise hvordan seksuelle overgrep gav skadelige virkninger. Denne modellen er anerkjent og mye anvendt i faglitteratur som beskriver virkninger etter om seksuelle overgrep. Finkelhor og Browne kom frem til 4 forhold ved seksuelle overgrep, som var særs skadelig for barn å bli utsatt for, og som kan føre til ulike virkninger eller symptomer. Disse er: traumatisk seksualisering, svik, maktesløshet og stigmatisering. Finkelhor og Browne beskriver først hva

de fire forholdene dreier seg om, og deretter forsøker de å beskrive hvilke symptomer som disse forholdene kunne gi grunnlag for. Her kommer en presentasjon av de fire prosessene, og de skader som de kan medføre. I min framstilling har jeg tatt med eksempler hentet både fra Poulsson (1992) og fra Finkelhor og Browne (1985).

3.2.1. Traumatisk seksualisering

Denne skaden oppstår som følge av *alle former* for seksuelle overgrep, fra utuktig omgang til utuktig adferd. Det som skades er den seksuelle utviklingsprosess, og det utsatte barnet kan bli forvirret omkring egne seksuelle følelser, og holdninger knyttet til seksuell aktivitet. Traumatisk seksualisering kan komme til uttrykk på flere måter, her er noen eksempler: masturbering, seksuell aggresjon, prostitusjon. Videre kan den utsatte oppleve seksuelle problemer som voksen, at en også blir seksuelt misbrukt som voksne, forvirring om egen seksualitet. Som voksen kan den utsatte blande sammen seksuelle følelser med negative erfaringer som frykt, sinne og maktesløshet (Finkelhor & Browne, 1985).

Eksempel 8 - Betingelser for og konsekvenser av traumatisk seksualisering

Betingelse: Barnet lærer en adferd voksne oppfatter som seksualisert. Denne adferd brukes som strategi for å få fylt andre behov. Da barnet blir belønnet for de seksuelle overgrep de blir utsatt for, oppstår en forvirring om hva som er normal seksuell adferd. Konsekvens: Barna får stor oppmerksomhet knyttet til de kroppsdelene som voksne reagerer seksuelt på, slik at de mister sitt naturlige forhold til disse. Den utsatte kan senere seksualisere forholdet til andre mennesker.

Betingelse: Den seksuelle aktiviteten foregår samtidig som barnet opplever andre følelser som frykt, angst, kvalme, vemmelse. Konsekvens: Dette gjør at den utsatte kan blande sammen kjærlighet og nærhet med seksualitet, svik og aggresjon, og de kan få problemer med å gi egne barn vanlig omsorg.

Betingelse: Barnet kan under overgrepet har vært utsatt for avvikende seksualitet. Konsekvens: den utsatte kan senere overføre disse forestillingene om seksuell adferd (Poulsson, 1992; Finkelhor og Browne, 1985).

3.2.2. Svik

Barn føler seg sviktet og forrådt, når de opplever at noen som de er avhengige av eller stoler på, gjør dem vondt. Barn kan også oppleve svik fra familiemedlemmer som ikke klarte å beskytte dem, eller som endrer holdning til dem etter overgrepene. Hvor stor grad av svik som barnet opplever, vil avhenge av barnets nærhet til overgriper, hvorvidt barnet var mistenksom til handlingene når de skjedde, og hvordan familien reagerte da overgrepene ble avdekket. Å oppleve svik gir barnet skader som uttrykkes gjennom sorgreaksjoner og depresjoner. Videre kan barnets uttrykk gi utslag som klengete adferd. Andre reagerer stikk motsatt: de klarer ikke å stole på andre, og får en isolerende adferd. Denne mistenksomheten mot andre gir mange ekteskapsproblemer. Det svik som barnet opplever kan også gi seg utslag i sinne, som

igjen kan ses på som et forsvar mot nye svik. Dette sinnet kan også komme til uttrykk gjennom antisosial adferd og lovovrettelser (Finkelhor & Browne, 1985).

Eksempel 9 - Betingelser for og konsekvenser av svik

Betingelse: Barnets opplevelse av svik blir forsterket av at andre voksne ikke er i stand til å beskytte det, eller tror på det når de forteller om overgrepene. **Konsekvens:** Den utsatte kan miste evnen til å finne ut hvem som er til å stole på, og få mistillit til andre mennesker. De (utsatte) mister dømmekraften slik at de i ”normale” nære relasjoner har de en tendens til å avbryte. I intime relasjoner er det en tendens til å føle ubehag. Noen utsatte utvikler avhengighet av andre, andre sliter med sorgreaksjoner (Poulsson, 1992; Finkelhor og Browne, 1985).

3.2.3. Stigmatisering

Barnet kan oppleve at overgrepene er omgitt av følelsene skam, skyld og noe fælt. Disse følelsene kan bli en del av barnets selvbilde. Følelsene blir *gitt til* barnet, både av overgriper og av familien eller andre i omgivelsene. Det å holde overgrepene hemmelig øker stigmatiseringen. Stigmatiseringen kan vise seg hos utsatte ved at de er ensomme, og at de kan søke sammen med mindre grupper i samfunnet, som involverer seg i kriminell adferd, rus- og stoffmisbruk, og prostitusjon. Stigmatiseringen kan også vise seg som selvskadende adferd og suicidalforsøk. Følelser som er nært knyttet sammen med stigmatiseringen er skyld- og skamfølelse og lav selvfølelse. Den utsatte kan tro at bare de har opplevd overgrep, og at andre ville avvist overgriperne (Finkelhor & Browne, 1985).

Eksempel 10 - Betingelser for og konsekvenser av stigmatisering

Betingelse: Det er vanskelig for små barn å tro at voksne gjør noe galt. Og dersom overgriperne sier direkte at overgrepet er barnets feil, fordi barnet har lokket eller fristet dem, eller overgrepene var straff for noe, eller noe de hadde ”fortjent” vil barnet tro dette. **Konsekvens:** Den utsatte vil når noe føles galt eller vondt, tro at dette skyldes at de har gjort noe galt selv, og de kan tro de ikke fortjener å ha det godt.

Betingelse: Overgrepene skjer som regel under omstendigheter der barna forstår at de ikke må si noe til noen, selv om overgriper ikke nødvendigvis sier dette til barnet. Etter hvert som barnet forstår det sosiale tabuet som gjelder for seksuelle overgrep, øker stigmatiseringen. **Konsekvens:** De stigmatiserte barna vil føle seg annerledes enn andre, de vil føle at noe er galt med dem, de utvikler et negativt selvbilde, eventuelt med selvforrakt og selvdestruktivitet (Poulsson, 1992; Finkelhor og Browne, 1985).

3.2.4. Maktesløshet

Dette handler om prosessen der barnets vilje, ønsker og ”kraft” blir overtrådt. Barnet kan oppleve maktesløshet når det ikke blir trodd eller når det føler seg fanget. De virkninger som kan ses hos utsatte som har sammenheng med opplevelsen av maktesløshet er: frykt og angst, mareritt om natten, fobier, overårvåkenhet, og somatiske plager. Dette oppstår fordi en ikke har kontroll over skadelige hendelser (en opplever ingen indre kontroll jamfør kapittel 2.1.1.). En annen effekt er at personens effektivitet og mestringsevne blir svakere, noe som kan vise

seg som lærevansker, eller problemer i arbeidslivet, eller personer som ”stikker fra” det de står oppe i. Den utsatte kan streve med å takle omgivelsene. For å beskytte seg mot maktesløsheten blir noen, spesielt menn, opptatt av å kontrollere og dominere andre (Finkelhor & Browne, 1985).

Eksempel 11 - Betingelser for og konsekvenser av maktesløshet

Betingelse: Barnets ønsker, vilje, følelser blir overkjørt, og barnet kan oppleve at det er blitt lurt. Videre kan barnet være ute av stand til å få andre til å tro på sin historie. **Konsekvens:** Følelse av manglende mestring av egen tilværelse og en er sårbar overfor å bli offer på ny. Følelsen av maktesløshet fører også til problemer i skolegang og arbeidslivet.

Betingelse: Barnet kan oppleve at kroppen er invadert, og at det har ingen mulighet til å beskytte seg. Disse skadene kan ha lang latenstid før de viser seg. Dette fordi fortrenning og avspalting av det barnet har vært utsatt for ofte brukes på en ”vellykket” måte som mestrings- og overlevningsstrategi, av de som har vært utsatt for seksuelle overgrep. **Konsekvens:** Den utsatte kan ha mareritt om natten, eller fobier, eller utvikle somatiske plager. Seksuelle overgrep kan ødelegge selve livskvaliteten og livskraften (Poulsson, 1992; Finkelhor og Browne, 1985).

3.2.5. Finkelhor og Browne`s teori sett i forhold til begrepet livskvalitet

Det har undret meg at svært få av forfatterne som skriver om mestring av virkninger etter seksuelle overgrep, ser dette i sammenheng med utsattes livskvalitet. Et unntak er Poulsson som sier: ”Seksuelle overgrep kan ødelegge selve livskraften og livskvaliteten”(1992 s 42). Livskvalitet er et begrep som virker inn på flere forhold i livet. Her kommer Siri Næss sin definisjon:

”En person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen

1. er aktiv,
2. har samhörighet,
3. selvfølelse og
4. en grunnstemning av glede” (Næss, 1986, side 19)

1) er aktiv, dvs har appetitt og livslust, interesserer seg for, engasjerer seg i noe utenfor seg selv som oppleves som meningsfylt: har energi og overskudd til å sette sine interesser ut i livet, ikke føler seg trett og utslitt: har frihet til å velge og opplever selv kontroll over egne handlinger, er selvrealisert, dvs har fått utviklet og bruker sine evner og muligheter:

2) har gode interpersonlige forhold: har et nært, varmt og gjensidig forhold til minst ett annet menneske: har kontakt, vennskap, lojalitet: har fellesskapsfølelse og tilhörighet i en gruppe (for eksempel venner, naboer, arbeidskamerater, partigruppe):

3) har selvfølelse: dvs selvsikkerhet, føler seg vel som menneske, sikker på egne evner og dyktighet, følelse av å mestre, av å være nyttig, tilfreds med egen innsats: aksepterer seg selv, opplever fravær av skyld- og skamfølelse, lever opp til egne standarder:

4) har rike og intense opplevelser av skjønnhet, av innsikt i eller av samfølelse med natur, er åpen og mottakelig, ikke avstengt for den ytre verden: har en grunnstemning av trygghet, harmoni, fravær av uro, bekymring, angst, rastløshet: har en grunnstemning av glede, lyst og velvære, av at livet er rikt og givende, fravær av tomhetsfølelse, nedstemthet ubehag og smerte” (Næss, 1986, side 21).

Ved seksuelle overgrep kan alle de 4 områder som Siri Næss definerer bli berørt. Jeg tar med noen eksempler for å vise hvor ødeleggende seksuelle overgrep kan være for livskvaliteten. En person med høy grad av livskvalitet føler seg ikke trett og utslitt, men har frihet til å velge, og opplever selv kontroll over egne handlinger (Næss, 1986). Denne evnen kan bli svekket hos utsatte som en følge av maktesløshet. Denne prosessen gjør at utsatte strever med å takle omgivelsene, og de kan oppleve at hverdagen er preget av frykt og somatiske plager (Finkelhor og Browne, 1985). Derved mangler de både energi og kontroll over egen hverdag (jamfør kapittel 2.1.1.).

Livskvalitet handler om å oppleve samhørighet, det å ha et varmt og gjensidig forhold til et annet menneske (Næss, 1986). Mange utsatte klarer ikke å stole på andre, og de ”velger” derfor å isolere seg (jamfør kapittel 3.2.2.). Personer som ikke klarer å stole på andre og isolerer seg vil ha vanskelig for å kunne oppleve samhørighet og varme gjensidige relasjoner, og i følge Næss, har disse en svekket livskvalitet. I følge Lazarus og Folkman (1984) vil de også ha en svekket sosial kompetanse (Jamfør kapittel 2.1.1.).

Det tredje området som Næss tar opp i sitt begrep livskvalitet er å ha en selvfølelse. I dette begrepet legger hun blant annet evnen til å mestre, og fravær av skyld og skamfølelse (Næss, 1986). Også denne opplevelsen blir svekket som en følge av seksuelle overgrep. Prosessen om ”maktesløshet” kan gi utslag som lærevansker og problemer i arbeidslivet. Derved svekkes evnen til å mestre. Og prosessen om ”stigmatisering” gjør at den utsatte opplever skyld og skamfølelse som en del av sitt selvbildet (Finkelhor og Brown, 1985).

Det siste tema som Næss vektlegger i sin definisjon av livskvalitet er å ha en grunnstemning av glede, og fravær av tomhet, ubehag og smerte (Næss, 1986). En av grunnen til at også denne evnen er svekket hos utsatte, er skader de får knyttet til et normalt seksualliv. Som følge av traumatisk seksualisering oppstår forvirring om egen seksuell identitet, og seksuelle problemer som voksen (Finkelhor og Browne, 1985). For mange utsatte oppleves seksuallivet som en belastning, da dette kan gi minner om overgrepet. Det å ikke ha et seksualliv kan gi problemer i forhold til partneren. En hverdag dominert av problemer som: seksuelle

problemer, problemer med partneren, skyld og skamfølelse og somatiske plager vil neppe kunne oppleves som en grunnstemning av glede.

3.3. Kirkengen`s beskrivelse av 7 fenomen, som er karakteristiske for voksne personer som har opplevd seksuelle overgrep

Kirkengen`s framstilling bygger på hennes doktorgradavhandling, som ble publisert i 1997.

Ved bruk av dybdeintervjuer og studering av pasientjournaler kom Kirkengen fram til 7 fenomen som er karakteristiske for utsatte kvinner og menn. Poenget til Kirkengen er at en må se disse fenomenene i forhold til de overgrep som har funnet sted, både når en skal forstå hva virkninger etter seksuelle overgrep dreier seg om, og når en skal hjelpe utsatte til en bedre hverdag. De syv fenomenene er: Sanselige innprentninger, Usikker virkelighetsoppfatning, Uegnede tilpassningsreaksjoner, Anstrengte relasjoner, Gjenkjente minner, Ikke-hørte budskap, og Reaktiverte erfaringer. Disse syv områdene blir nå kort presentert. Jeg har tatt med noen eksempler, i en tekstboks, til hvert tema.

3.3.1. Sanselige innprentninger

Fenomenet ”sanselige innprentninger” beskriver situasjoner der personer utsettes for opplevelser som vekker sterke følelser. I slike situasjoner vil følelsene feste seg som innprentninger i kroppen. Selv om personen (bevisstheten) glemmer hendelsen, vil erfaringen bli husket i kroppen. En kan si at personens kropp husker erfaringen, selv om personens tanker eller bevissthet ikke gjør det. Dette gir en legemliggjøring av situasjonen og følelsene, som kan komme til uttrykk på ulike måter. De områder på skadelig legemliggjøring som Kirkengen (1997) fant i sin undersøkelse er: pusteproblemer, evnen til å slappe av og føle seg fri, selvskading, ting og steder man unngår, ting man ikke tåler, panikk, eksotisk oppførsel, ulike former for anfall, dissosiasjon, psykosier, fobier og hallusinasjoner.

Eksempel 12 - Eksempler på sanselige innprentninger

1. Sanselig innprentning Berit ble første gang ble voldtatt som åtteåring (av morens samboer), Overgriperen satte da en kniv mot hennes halsside. Senere la han bare en finger dit for å kreve lydighet. Virkning: Helt siden da får Berit panikkanfall når noe streifer hennes hals, og hun bruker aldri skjerf, smykker eller sjal.
2. Sanselig innprentning: Kirkengen trekker også fram flere eksempler på legemliggjøring av erfaringer etter oralt misbruk. Virkning: Dette medfører innvirkninger på evnen til å smake, spise, svelge, evnen til å nyte mat og fordøyelsen. Mange av disse vil senere unngå hvite melkaktige ting (yoghurt), kokte ting, og ha vansker med å gå til tannlegen (Kirkengen, 1997; Kirkengen, 2000).

3.3.2. Usikker virkelighetsoppfatning

Dette fenomenet handler om ”misforstå” eller blande sammen, eller rote til ulike sanseintrykk. Ofte er det et ubehagelig sanseintrykk fra overgrepet i fortid, som blir blandet sammen med en nåværende situasjon. Eksempler på sammenblandinger kan være synsinntrykk og lukter, eller at en ikke skiller mellom mennesker, steder, tider og anledninger. Ved spørsmål om valg og ansvar, kan den utsatte oppleve en tåke/slør, da de kan være usikre på: Hva er rett? Hva er galt? Hva er trygt? Hva er usikkert? Forvirringen kan skyldes at overgriper er god og slem samtidig, eksempelvis overgriper er den som gir offeret mest oppmerksomhet, skryt, gaver, og kjærlighet, samtidig som han forgriper seg.

Eksempel 13 - Eksempler på sammenblandinger som følge av usikker virkelighetsoppfatning

1. Mary opplevde en sammenblanding under fødsel. Hun hørte faren (som hadde misbrukt henne som barn) snakke til henne, og så at han var tilstedet i rommet, selv om hun viste at det var jordmoren hun hadde rundt seg. Mary opplevde en sammenblanding av smerten ved overgrepet, og smerten ved en fødselen. Den smerten hun kjenner i kroppen ved fødselen oppleves som den smerten hun kjente ved overgrepet, og fører til at hun under fødselen blander sammen ”faren” og ”barnet”.
2. Tanja ble utsatt for overgrep av sin onkel i onkelens seng. Dette førte til at alle senger ble utrygge for Tanja, og hun sov ikke trygt i noen senger, men sov trygt i kroker og på gulv. Tanja opplevde overgriperen som både var voldelig og hengiven. Dette førte til at hun senere blandet sammen rett og galt, fint og stygt, trygt og utrygt.
3. Sammenblanding av kjærtegn fra mannen og kjærtegn fra overgriper: En kvinne har redsel for nærkontakt, hun slår og sparker når kjæresten vil omfavne henne. Senere kommer det fram at overgriper startet overgrepene med å kjærtegne for å forsøke å forføre, derfor klarer hun senere ikke å ta imot kjærtegn fra mannen.
4. ”Veronika ble misbrukt av sin far fra hun var 10 år. For ikke å måtte høre de obscøniteter far sa når han brukte hennes kropp eller munn, spaltet hun sin hørsel. Hun var nesten døv i 10 år og måtte benytte høreapparat. Da hun flyttet fra foreldrene ble hørselen normal” (Kirkengen, 1997 ; Kirkengen, 2000).

3.3.3. Uegnede tilpassningsreaksjoner

I alle intervjuene snakket informantene til Kirkengen om hvordan de hadde ”mestret” overgrepet(ne). Disse strategiene ble skapt i situasjonen, med utgangspunkt i barnets opplevelse av situasjonen, barnets tenkning, og de muligheter til løsninger som barnet så for hvordan det kunne beskytte seg. Når barnet senere i livet kom opp i andre situasjoner (andre kontekster), benytter det samme mestringsstrategi av gammel vane. Barnet erfarte at i den nye konteksten, var den gamle mestringsstrategien mer uhensiktsmessig enn hjelpende. For menneskene som stod den utsatte nær, kunne mestringsstrategiene bli oppfattet som tegn på svikt ved mental eller somatisk helse.

Eksempel 14 - Eksempler på uegnede tilpassningsreaksjoner

1. Veronika som nesten sluttet å snakke etter oralt misbruk, (hun kunne ikke snakke uten å fortelle om overgrepet). Som voksen utviklet hun det som heter lang latenstid, dvs det går flere minutter fra en stiller et spørsmål til hun svarer. Hennes munn ble den gang så godt lukket, at hun senere ikke klarte å bruke stemmen for å ivareta egne og barnets interesser. Hun ble sett på som tilbakestående, og barnet ble tatt fra henne.
2. ”Nora ble misbrukt av sin far fra hun var 7 år. Hun fikk en uforklarlig smerte i høyre hofta som førte til en operasjon da hun var 13 år. Hun var et helt år på sykehuset. Faren rørte henne aldri siden. Som voksen søkte Nora gjentatte ganger sykehuset som et fristed fra volden i ekteskapet” (Kirkengen, 1997; Kirkengen, 2000).

3.3.4. Anstrengte relasjoner

Det fjerde fenomenet handler om forhold til betydningsfulle medmennesker. Alle utsatte tok opp at forhold til foreldre og søsken, slektninger og venner, ble som en følge av misbruket opplevd som belastende eller anstrengt. De utsatte opplevde at noe grunnleggende i forholdet til andre mennesker var ødelagt. De hadde erfart å bli sviktet av dem de stolte på, og at nærhet er farlig. De var forvirret vedrørende viktigheten av forskjellige forhold, og de opplevde uklare grenser mellom omsorg og utnytting.

Eksempel 15 - Eksempler på anstrengte relasjoner

1. Til foreldrene: Tanja ble misbrukt av en onkel. Tanja opplever seg lurt av moren, som verken støtter eller beskytter henne, ved å hindre kontakt med Tanja og hennes overgriper. Tanja er rasende sint på moren, og har sagt til henne at hun hater henne, samtidig ser Tanja at moren er den som på en måte har støttet henne etter at overgrepet ble kjent. Tanja har 2 ganger reist søksmål, uten å få den anklagede dømt. Tanjas far tror ikke på beskyldninger om overgrep. Tanjas far tror bare på historier om anklager om seksuelle overgrep dersom anklagene kan bevises, selv om det er hans eneste datter som fremsetter disse anklagene.
2. Ikke gode relasjoner til noen: Oda var mye syk som barn. Hun ble ofte passet på av en onkel som misbrakte henne. Onkelen brukte aldri makt, og han fortalte Oda at *det* han gjorde ville helbrede hennes sykdom. Oda er som voksen opptatt av å forstå andre sin situasjon. Andres behov kommer først. Hvis noe går galt, så tar Oda på seg skylden for dette. Oda sier hun har lært å holde sine reaksjoner tilbake. Hun tillater at mennesker utnytter henne uten å kreve noe igjen.
3. Til egne barn: Annika ble misbrukt av en eldre bror fra hun var 11 til 17 år. Misbruket opphørte da Annika innledet et forhold til en mann som fortsatte å misbruke henne seksuelt. Annika fikk 2 barn, forlot mannen, og når hun senere begynte i terapi oppdaget hun at barna hennes led på grunn av hennes oppførsel. Annika sier at når jeg har det bra psykisk og fysisk, merker jeg at ungene har det roligere, er mer harmoniske. Annika har konstant dårlig samvittighet fordi hun ikke klarer å ta seg skikkelig av barna.
4. Til ektemannen: Synnøve opplevde overgrep fra en stefar. Når Synnøve senere ble gift og hennes mann tok på henne tenkte hun: ikke kjenn hvordan dette er, fordi det var slik hun tenkte under overgrepene.
5. Til sine nærmeste: ”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, 1997; Kirkengen, 2000)

3.3.5. Gjenkjente minner

Alle informantene til Kirkengen (1997) snakket om minner fra barndommen med en dyp usikkerhet. Noen ganger ble minnene vekket av ”fenomen” som lignet på den opplevelsen som var skilt vekk fra hukommelsen: «When a phenomenon which is too similar seems to come too close to a dissociated experience, the embodiment and this experience become topic as well» (Kirkengen,1997 s 251). Årsaken til at de utsatte ”tvilte” på sine erfaringer var flere. Noen minner var for smertefulle å huske, noen minner var glemt kognitivt, bare kroppen husket dem (jamfør sanselige innprentninger), noen minner var for sterke til å bli integrert, og noen minner ble husket i grader av bevissthet, og ikke som historier en skulle finne tilbake til (mer om dissosiasjon i kapittel 5.1.). Utsatte tvilte også på sine minner fordi de fremstod løsrevet. Informantene forstod ikke hva de husket, da de manglet konteksten. Gjennom samtaler med personer som stod nær dem i den perioden overgrepene skjedde, fikk de utsatte bekreftet sine minner. De fikk plassert minnene i riktig kontekst.

Eksempel 16 - eksempler på gjenkjente minner

1. Hanna fikk bekreftelse på sine minner ved å konfrontere overgriperen.
2. Beates minner om eget misbruk ble vekket da hun oppdaget at henne sønn var seksuelt misbrukt.
3. Fredrik begynte å huske da hans kone konfronterte han med at hun gjenkjente trekk fra han som var typiske for personer som var blitt seksuelt misbrukt.
4. ”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 skjønte hun at hennes far hadde misbrukt hennes sønn” (Kirkengen, 1997 ; Kirkengen, 2000).

3.3.6. Ikke-hørte budskap

Alle utsatte fortalte om erfaringer, der de prøvde å fortelle leger og annet helsepersonell om de seksuelle overgrepene. De utsattes erfaringer inneholdt et vidt spektrum av tilbakemeldinger fra de profesjonelle. Disse tilbakemeldingene møtte ikke behovene til de utsatte, slik de utsatte definerte sine behov. De profesjonelle sitt fokus var mer på andre og synlige forklaringer. Noen profesjonelle unngikk tema helt. Å gå til leger som ikke ”forstod” ble opplevd som et svik. Christine sier: ”jeg håper at veldig snart vil folk bli mer dyktig til å gjenkjenne signalene, at noe konkret og veldig galt er tilstedet hos barn som opplever mye sykdom” (Kirkengen, 1997 s 263).

Eksempel 17 - eksempler på ikke hørte budskap

1. "Line ble voldtatt av sin far da hun var 12 og 20 år. Etter den sistevoldtekten 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"
2. Ruth som gikk i behandling hos psykiater pga psykiske vansker som voksen. Hun forsøker å si at hun tror hennes problemer har sammenheng med at hun ble seksuelt misbrukt som barn. Hun opplever da at psykiateren forsvarer mannen, og hun sitter igjen som den som det er noe merkelig med... Ruth forteller samme psykiater at hun har problemer med intimt samvær med ektefellen. Psykiateren svarer da: "And what if I tried?"
2. Bjarne ble misbrukt som barn og går som voksen til lege med psykiske problemer. Legene gir han medisiner mot angst og depresjon i en rekke år. I konteksten mann med livsproblemer og seksuell tvetydighet, spør ingen lege om mulige seksuelle overgrep som en forklaring til hans lidelse. Bjarne opplevde bare bli stilt noen få spørsmål, for så å få resept og oppfølging på medisiner. (Kirkengen, 1997; Kirkengen, 2000).

3.3.7. Reaktiverte erfaringer

Dette fenomenet handler om erfaringer som utløser gjenopplevelse av selve overgrepet eller gjenopplevelse av andre erfaringer fra denne tiden. Minnene kan bli utløst ved sanseintrykk (persepsjoner), følelser, eller situasjoner som ligner mye, eller er identiske med de opprinnelige minnene fra misbruket. Når det nye traumet utløser et gammelt, så vil det doble traumet være usynlig, for alle andre enn den som har legemliggjort traumet. Legemliggjøring av traumet vil si at minnene fester seg som erfaringer i kroppen (jamfør sanselige innprentninger). På denne måten opptrer både fortid og nåtid samtidig.

Eksempel 18 - eksempler på reaktiverte erfaringer

1. Karla har vært misbrukt fra hun var 6-7 år. Hun har opplevd 8 overgripere. Som voksen skal hun til en gastroskopi undersøkelse. Da legen gikk i gang med undersøkelsen så skjedde dette for brått for Karla. « He just starts, but I hadn't settled yet». Hun fikk panikk, trakk sonden raskt ut og skjelte ut legen. Etterpå fikk Karla selv føre ned sonden, da hadde hun full kontroll, og alt gikk greit.
2. Grete ble misbrukt fra hun var 11 til hun var 14 år av en voksen slektning. Som voksen opplever hun å bli «stiv» (av skrekk) når hennes arbeidsgiver kommer for nært innpå henne. Hun føler seg aldri truet av arbeidsgiveren, men orker hans nærhet så dårlig at hun gjentatte ganger har vært sykmeldt (Kirkengen, 1997; Kirkengen, 2000).

Slik jeg forstår det har fenomenet reaktiverte erfaringer mye til felles med begrepet overdeterminert krise:

På samme måte kan krenkelser bli overdeterminerte på grunn av bestemte personlighetstrekk og tidligere (ofte glemte) opplevelser. Et menneske som ytre sett fungerer bra, blir da plutselig slått overende av krisen og tvunget til å møte de indre problemer han til nå har kunnet se bort fra (Cullberg, 1999 s 48).

En overdeterminert krise er en psykisk reaksjon hvor reaksjonsstyrken ikke samsvarer med den utløsende årsak til krisen, og en sier derfor at krisen bestemmes (determineres) av andre forhold, gjerne tidligere vonde opplevelser. En forskjell på disse to begrepene kan være at fenomenet reaktiverte erfaringer beskriver krisesituasjoner som er kortvarige, og som utløser

vanskelige følelser for den utsatte, mens overdeterminert krise er en betegnelse som dekker et mer langvarig kriseforløp.

Kirkengen forsøker å forklare hvordan den utsattes erfaringer fra overgrepet kan gi utslag i ulike symptomer og reaksjoner. Disse symptomene og reaksjonen er ofte identiske med de symptomer og kjennetegn som brukes i vanlige diagnosekriterier. En kan derfor si at Kirkengen`s forsøker å gi helsevesenet alternative forklaringer til disse diagnosene. Slik sett blir dette to ulike måter å forklare de samme symptomer på. Forskjeller er at innenfor vanlig medisinsk tenkning bygger en opp diagnoser ut fra bestemte kriterier som er tilstedet hos pasienten i nåtid. I Kirkengen`s framstilling ses symptomene i nåtid i sammenheng med overgrepet i fortid. Kirkengen sier at pasientens sykehistorie må ses i et annet lys enn det som leger vanligvis gjør innenfor den biomedisinske tenkningen. Legens leting etter nåværende objektive tegn på sykdom, blir en annen verden, enn pasientens subjektive opplevelse av to erfaringer samtidig. De kroppslige innprentninger som informantene til Kirkengen fortalte om, kunne ikke tolkes med det medisinske blikket, noe som kunne gi utslag i en uforsvarlig praksis: ” Diagnostisk feilvurdering fulgte med høy sannsynlighet, og medisinsk feilbehandling ble en hyppig og logisk konsekvens” (Kirkengen, 2000 side 1521).

Også Herman (1995) stiller seg kritisk til medisinenes håndtering av personer som opplever seksuelle overgrep. Herman angriper medisinenes bruk av diagnose, men på en litt annen måte.

3.4. Finnes det en diagnose som kan beskrive virkninger etter seksuelle overgrep?

I litteraturen om virkninger etter seksuelle overgrep brukes noen ganger diagnosen *Post Traumatisk Stress Forstyrrelse* (P.T.S.F.) på utsatte. Herman (1985) er kritisk til dette. Hun sier at denne diagnosen passer på personer som opplever *ett* stort traume, men ikke på personer som opplever gjentatte traumer over tid. Derfor passer diagnosen ikke på utsatte. Ved behandling av utsatte må en ta utgangspunkt i det traumet de har opplevd og de virkninger som dette gir. Gjentatt og vedvarende traumatisering gir et ytterligere komplekst symptom bildet med både personlighetsforandringer, relasjonsforstyrrelser og identitetsforstyrrelser. Derfor foreslår Herman å heller kalle dette problemsbildet for *Kompleks Posttraumatisk Forstyrrelse*, for på denne måten å dekke et spektrum av tilstander fremfor en enkeltstående psykisk forstyrrelse (Herman, 1995). Nedenfor presenteres en tabell

som viser hovedinnholdet i de to diagnosene (i vedlegg 2 presenteres diagnosekriterier for begge diagnosene).

Tabell 2 – Post traumatisk Stress forstyrrelse versus Kompleks Posttraumatisk forstyrrelse

Post Traumatisk Stress Forstyrrelse	Kompleks Posttraumatisk Forstyrrelse
Kjennetegnes av følgende: - den traumatiske hendelsen gjenopplevs stadig - personen unngår stimuli forbundet med traumet - personen har symptomer på økt aktivering (indre uro) - varighet av symptomer er over 1 mnd - lidelsen gir betydelig klinisk ubehag og funksjonssvikt sosialt, arbeidsmessig og på andre områder	Kjennetegnes av følgende: - Endringer i affektregulering - Endringer i bevissthet - Endringer i selvoppfattelse - Endringer i oppfattelse av gjerningsmannen - Endringer i forholdet til andre - Endringer i betydningssystemer

Jeg samtykker med Herman i at diagnosen Kompleks Posttraumatisk Forstyrrelse passer bedre til utsatte, fordi denne diagnosen gir en klarere beskrivelse av de virkninger etter seksuelle overgrep som utsatte kan oppleve. Slik jeg ser det er diagnosen Kompleks Posttraumatisk Forstyrrelse mindre stigmatiserende, da denne diagnosen bygger på føringer som følgende: som følge av gjentatte traumer oppstår det endringer i en rekke forhold i livet. Diagnosen Post Traumatisk Stress forstyrrelse forstår jeg derimot slik at denne kan virke mer stigmatiserende, da denne diagnosen bygger på føringer som følgende: som følge av traume i livet opplever personen gjentatte ubehag og problemer.

Det som både Herman (1995) og Kirkengen (1997) setter søkelyset på er de ulike grunnsyn som råder innenfor psykisk helsevesen. Det er i dag 4 grunnsyn som omhandler hvordan psykiske lidelser forklares og behandles. Disse fire er Biomedisin, Psykodynamisk psykiatri, Humanistisk psykologi og Relasjonsperspektivet (Haugsgjerd, Jensen & Karlsson, 1998; Hummelvoll, 1997). Det blir utenfor denne oppgavens problemstilling og omfang å presentere disse fire grunnsynene, derfor henvises interesserte til å lese Haugsgjerd et.al. 1998 og Axelsen 1996. Utsatte som møter til behandling innenfor norsk psykisk helsevesen vil møte på helsepersonell som praktiserer i samsvar med ulike grunnsyn, noe som kan gi svært ulik forståelse for hva seksuelt misbruk dreier seg om og hvordan det skal behandles.

Kirkengen har gjennom sin doktorgradsavhandling avdekket flere eksempler på mangelfull helsehjelp. I et intervju med Uhre gir Kirkengen klare spark mot norsk psykiatri:

”psykiatrien forfalsker ting ut ifra en forforståelse om at dette er en sinnslidelse og tegn på irrasjonell adferd fordi det handler om spor av noe som offisielt aldri har hendt og som er overlevelsesmekanismer i forhold til noe som du ikke kan snakke om. – Tenk den belastningen å være stemplet sinnsyk og selv tro det. Disse kvinnene har jo vært i psykiatriske avdelinger og fått psykiatriske diagnoser. Hva gjør ikke det med dem!? En psykotisk kvinne blir etter fødselen tatt hånd om av psykiatrien og skilt fra sitt barn. I tillegg til at hun har hatt problemer med å tenke seg gravid, problemer med å gå inn i fødselen problemer med å tenke seg hvordan det er å bli mor, *-så blir hun skilt fra sitt barn.*” (Uhre, 1994 s 18).

Kirkengen gir her et eksempel på at ”behandling” av en utsatt blir et nytt overgrep – og en uforsvarlig praksis? Jeg finner at Kirkengen`s kritikk samsvarer med Lazarus sitt prinsipp nr 5 (jamfør kapittel 2.3.), hvor han sier at normale stressreaksjoner ikke må bli sett på som sykdom og diagnostiseres. En annen ulempe med å sette diagnose på virkninger etter seksuelt misbruk, er at diagnosene peker på den utsattes svakhet istedenfor å styrke henne (Blume i Schachter et.al. 1999), og derved kan den utsatte føle seg ytterligere stigmatisert. Dersom virkeligheten er slik som Kirkengen beskriver den, trenger vi en debatt om hva som er forsvarlig praksis i møte med utsatte pasienter innenfor psykisk helsevern.

Det grunnsyn som sykepleiere har i møte med utsatte pasienter vil være styrende for hvordan de forstår pasientens problemer, og hvilke tiltak de iverksetter. Som Kirkengen beskriver vil utsattes reaksjoner kunne forstås på flere måter. Dersom sykepleiere tolker utsattes psykiske reaksjoner som *normale reaksjoner på en unormal hendelse*, vil sykepleieres tilnærming til problemet være annerledes enn dersom hun tolker symptombildet som angst og depresjon. Fordi når en ser på utsattes symptombilde som angst og depresjon kan selve problemet (virkninger etter seksuelle overgrep) bli tåkelagt, og dermed kan dette vanskeliggjøre en effektiv og forsvarlig behandling. For psykiatriske sykepleiere vil kravet om å være bevisst sin kompetanse innebære at de er bevisst hvilket grunnsyn de selv er forankret i, og hva dette innebærer for den sykepleie som utøves.

Ingen av kildene som skriver om behandling og mestring av seksuelle overgrep har tatt utgangspunkt i medisinske diagnoser. Den presentasjon av sykepleie til utsatte som følger i kapittel 8, tar derfor utgangspunkt i at de problemer som utsatte har er de virkninger som beskrevet i kapittel 3.2. og 3.3. Dette vil si at de reaksjoner og problemer som utsatte strever med i sin hverdag, kan forstås når en ser disse i sammenheng med de overgrep som utsatte har opplevd.

Hvis du er glad i målinger
Så kan du måle neser
Den er litt lang på svensker
Og kort på en kineser
Men vil du prøve målinger
På gleden i et sinn
Så får du ikke gjort det
For du slipper ikke inn
Du kan nok komme uten mål
For det kan hjertet tåle
Men når du slik har bedt deg inn
Så kan du ikke måle
Sommerschild, 1999s 42

4.0. METODE

Det finnes ulike definisjoner på hva som er forskning. En definisjon som vektlegger det metodiske er følgende: ”Forskning består i søken etter viden og en formidling av denne viden til et fælleskap, som vurderer den” (Andersen, 1996 side 168). En metode er en beskrivelse av den framgangsmåte en har benyttet for å finne svar på problemstillingen. Som en ser av sitatet øverst på siden vil ulike metoder gi ulik kunnskap. I denne oppgaven er problemstillingene besvart ved å presentere hva forskning og annen litteratur sier om voksne kvinners mestring av virkninger etter seksuelt misbruk. Ved å kartlegge, systematisere og diskutert den faglitteratur som allerede foreligger, kan en finne frem til:

- Hva litteraturen sier om mestring av seksuelle overgrep hos voksne kvinner?
- På hvilken bakgrunn den sier dette?
- Hvilke tema har forskningen primært vært opptatt av?
- Hva tyder resultatene på?
- Er noen tema utelatt fra forskningen?

Ved å besvare disse spørsmålene lager man et beskrivende review.

Et beskrivende review

Et review betyr en overblikksstudie. Fink (1998) deler litteratur reviews inn i to grupper: beskrivende reviews og meta-analyser. Meta-analyse nyttes som metode når en har mange studier om samme tema, og en for eksempel skal finne frem til hvilken behandlingsform som er den beste. Etter innsamling av kilder om mestring av virkninger etter seksuelle overgrep fant jeg at disse kildene var svært forskjellige, og det var få kilder som var så like at en metaanalyse ville være mulig. Derfor passer et beskrivende review best til mine kilder.

Den type kunnskap som kommer frem gjennom litteraturgjennomganger er mer en oppsummering av nåværende kunnskap, enn ny kunnskap i seg selv. Det å bruke kilder som andre har publisert som ”egne data”, gir en mulighet til å ta tema opp på en bredere måte.

En beskrivende review gjøres av flere grunner:

- Den gjøres for å skaffe dokumentasjon om et bestemt tema.
- Den gjøres for å finne fram til hva det foreligger kunnskap om, og hvilken kunnskap som mangler om et tema.
- Den kan beskrive og forklare nåværende kunnskap som en guide til praksis.
- Den kan nyttes for å identifisere ressurspersoner som kan mye om et tema.
- Den gjøres for å få tilfredstilt personlig nysgjerrighet (Fink, 1998).

Mine motiver er i samsvar med de ovennevnte punkter. Jeg ønsker å skaffe dokumentasjon på hva som hjelper utsatte til å mestre virkninger etter seksuelle overgrep, og hvordan sykepleiere kan hjelpe den utsatte i denne prosessen. Jeg ønsker også å finne fram til hvilken kunnskap som foreligger og hvilken kunnskap som mangler om dette tema. Videre ønsker jeg å framstille teksten i en slik form at den kan være et redskap for praksis, og ikke minst ønsker jeg å få tilfredstilt min personlige nysgjerrighet.

4.1. Utvelgelse og inndeling av kilder

Kildene som er benyttet er hentet fra følgende databaser: *BIBSYS*, *Medline*, og *Psyc.lit*, samt noen kilder er hentet fra referanselister til sentrale kilder. Kun noen få kilder er hentet fra databasene *Child Abuse & Neglect* og *Eric*, da det har vært vanskelig å få tak i artikler fra disse databasene. De søkeordene som er mest benyttet er *sexual abuse* og *incest* i kombinasjon med *women*, *adult*, *coping*, *nursing*, *resilience*, *treatment*, *health psychology*, *coping strategies*, *coping resources*, *friend/family relationship*, *powerlessness*, *sense of guilt*, med mere”. Kildene ble for det meste samlet inn i perioden februar til juni 2000. Innsamling av kilder ble avsluttet mars 2001.

Primær- og sekundærkilder

Det er viktig å skille mellom primærkilder og sekundærkilder i en litteraturoppgave.

”Primærkilde er første kjente versjon av en kilde som forskeren har tilgang til” (Kjeldstadli, 1997 s 212). Sekundærkilder er de kilder som er bygget på primærkilder. ”Poenget med å

sjekke om noe er sekundær kilde, er at avskriftet aldri kan brukes som et argument på at primærkilden er riktig” (Kjeldstadli, 1997 s 212). Kilder som bygger på egen forskning er eksempler på primærkilder. Kilder som belyser et teoretisk tema ved å bygge på andre sin forskning er eksempler på sekundærkilder. Review er kilder som bygger på andre sin forskning. Derfor vil det materialet som beskrives fra andre forskere kunne ses på som en sekundærkilde, mens presentasjonen av den sammenfatning og analyse som gjøres av forskeren kan ses på som et resultat av forskning, og det kan derfor ses på som en primærkilde. På denne bakgrunn ses også beskrivende reviews på som forskning.

Kildenes troverdighet

I en litterær oppgave må kildene være relevante og troverdige. Fastlegging av brukbarhet er derfor sentralt, og dette gjøres ved en indre og ytre analyse av troverdighet. En indre analyse ser om kildene representerer kunnskap som gir svar på problemstillingen. Denne analysen har til hensikt å ekskludere de kilder som ikke har tilstrekkelig relevans og kvalitet. I denne oppgaven er kilder der utvalget består av barn, ungdom og menn blitt sett på som mindre relevant når oppgaven skal gi svar på spørsmål knyttet til voksne utsatte kvinner. En ytre analyse ser om det er mulig å overføre funnene til andre utvalg. Det optimale er når en har flere kilder som er innbyrdes uavhengige, detaljerte og i samsvar med hverandre, og som er forfattet av kompetente, nøytrale personer eller av personer som er motsatt engasjerte. Noen ganger har en bare en eller to kilder om et tema. *En* kilde vil være et utilstrekkelig grunnlag for å trekke slutninger, men dersom det som framkommer, passer med den større sammenhengen, og vi gjør oppmerksom på usikkerheten som gjelder, vil også opplysningen fra en kilde kunne nyttes (Kjeldstadli, 1997).

Kildens mening og kildens betydning.

De kilder som belyser problemstillingen kan ses på som en enhet, da de både enkeltvis og samlet er tekster-i-funksjon. Dette betyr at når en leser en tekst, så skjer det noe med leseren. For å forklare dette benyttes begrepene *tekstens mening* og *betydning*. Begrepene *tekstens mening* og *tekstens betydning* brukes i litteraturen på ulike måter. I denne oppgaven vil de bli brukt på følgende måte. *Tekstens mening* er det samme som *tekstens innholdsstruktur*, og en kan derfor si at en tekst alltid bare har en mening. *Tekstens betydning* skapes ved en sammensmeltning av *tekstens mening* og leserens ”verden”. Dette skjer når *tekstens mening* tilegnes av en leser. En tekst vil derfor bare ha en mening, men den kan ha flere betydninger (Nissen, 1989).

4.2. Kategorisering av kilder

For å styrke oppgavens troverdighet og faglighet er det viktig at kildene og oppgavens innhold blir presentert og kategorisert. Å kategorisere kilder vil si å dele kildene inn i ulike grupper der en samler informasjon om det samme tema (Thagaard, 1998). Det er i denne oppgaven benyttet rundt 180 kilder, hvorav rundt 60 er empiriske studier som ser på forhold som har betydning for utsattes mestring (se tabell C i vedlegg 3). I min gjennomgang av faglitteratur fant jeg få empiriske studier om hvordan sykepleiere kan lindre virkninger, og øke utsattes mestring av virkninger etter seksuelle overgrep. Derfor bygger oppgaven også på faglitteratur skrevet av og for psykologer/psykiatere, og på faglitteratur som beskriver sykepleie uten å knytte denne opp mot seksuelle overgrep. Foruten forskningsartikler er det benyttet reviews, fagbøker, fagartikler, og offentlige dokumenter som NOUer, rammeplaner for utdanninger, en Ot.prp., og en lov. Hvert kapittel innledes med et lite sitat, og disse er hentet både fra fagartikler og fra ikke faglige kilder.

Ved å dele inn kildene på ulike måter kan en hente fram informasjon som gir perspektiver til oppgaven. Et perspektiv som er vanlig å ta med i litteraturoppgaver er en presentasjon av kildenes forfattere. Da denne oppgaven bygger på kilder mange forfattere, vil en slik presentasjon vil bli som en hovedfagsoppgave i seg selv. Det kan derimot være interessant for leseren å vite hvilke kilder denne oppgaven er satt sammen av. Derfor er det laget en tabell (tabell 3) som viser på hvilket grunnlag kapittel 5,6,7 og 8 er skrevet. Da ulike typer studier gir ulik type kunnskap er det viktig å kjenne til hvilken type studier som kapitlene bygger på. Videre kan det tenkes at studier basert på kliniske utvalg kan ha andre funn enn studier basert på ikke kliniske utvalg, og at det av den grunn er interessant å kjenne til hvilket utvalg som er benyttet (både hvilken type utvalg studien er utført på og hvor mange informanter som er benyttet). Hvorvidt dette dreier seg om 3, 30 eller 300 informanter vil fortelle leseren noe om funnenes overførbarhet (jamfør ytre analyse av troverdighet).

Tabell 3 – Viser på hvilket grunnlag drøftingskapitlene er skrevet

Kapittel nr	Erfaringer fra utsatte i klinisk Utvalg Antall:	Erfaringer fra utsatte i klinisk og ikke klinisk utvalg Antall:	Erfaringer fra utsatte i ikke klinisk utvalg Antall:	Intervju Studier Antall:	Survey Studier Antall:	Andre kilder Antall:
Kapittel 5	98	273	731	7	12	19
Kapittel 6	40	628	870	9	18	18
Kapittel 7	161	335	547	9	12	6
Kapittel 8	519	489	645	5	15	32

En ser ut fra denne tabellen det er en overvekt av studier som benytter ikke klinisk utvalg. Det kan derfor tenkes at de erfaringer til utsatte som hyppigst beskrives i denne oppgaven, er erfaringer fra utsatte som på tross av virkninger etter seksuelle overgrep mestrer hverdagen uten fast oppfølging fra en behandler. Det kan og tenkes at de studier som denne oppgaven i hovedsak bygger på, benytter informanter som er utsatte som har bearbeidet sitt traume ferdig, og derfor ikke er tilknyttet noen fast behandler. Min egen undring og usikkerhet er derfor spørsmålet om hvorvidt de funn og erfaringer som presenteres her, kan overføres til utsatte som har så store problemer i hverdagen at de hyppig søker psykiatrisk behandling? Eksempelvis utsatte som har virkninger etter overgrepene som gir spiseforstyrrelser, rusproblemer, prostitusjon, dissosiative lidelser, alvorlig selvskading og sterke suicidale tanker.

Tabellen viser videre at survey som metode er hyppigst benyttet i studier som ser på mestring av seksuelle overgrep hos utsatte kvinner. Totalt sett så finner jeg at det har vært gjort relativt få studier som ser på hvilke prosesser som fremmer mestring hos utsatte. Derfor ønskes mer forskning velkommen. En annen fordel med å kategorisere kilder på denne måten er at dette gjør det mulig å sammenligne kilder, for eksempel ulike typer utvalg i kilder som beskriver et bestemt tema (se tabell C i vedlegg 3).

Kildenes mening kan også kategoriseres på andre måter. For eksempel kan en dele inn kildene slik at de gir en oversikt over hvilke studier som er utført om de ulike temaer, og hvilken type utvalg det er forsket i, hvem forfatteren av kilden er, hvilket land studien er utført i, med mer. Dette vil lette leserens mulighet til å danne seg et eget bildet av kildenes mening, og derved får leseren bedre mulighet til å følge den framstilling av kildens betydning som presenteres.

En kan også dele inn kildene til drøftingskapitlene ved å se på hvem forfatteren er, når kildene er produsert, hvilken type studie som er benyttet, hvor utvalgene er hentet fra, og fra hvilket land kilden er produsert (jamfør tabell D i vedlegg 3). Her kommer en informasjon som er basert på denne formen for kategorisering:

- Den typiske forfatter var en kvinne: 164 var kvinner og 41 var menn.
- De fleste kildene var produsert sent på 1990 tallet:
 - 2000 – 1996 62 kilder
 - 1995 – 1990 37 kilder
 - 1989 – 1980 2 kilder.

- Den typiske kilde er en survey studie. Av 100 kilder var hele 42 survey studie basert på utsatte utvalg, 21 var intervjustudier basert på utsatte utvalg . De resterende 41 kilder var faglitteratur og offentlige kilder.
- Informantene var hentet fra forskjellige populasjoner og hentet ut på forskjellige måter:
 - 14 kilder benyttet studenter
 - 13 kilder benyttet utsatte i (eller i påvente av) terapi for CSA (child sexual abuse = seksuelt misbrukt som barn).
 - 11 kilder benyttet avisannonse / flyveblader
 - 8 kilder hentet utvalg fra incestsentre eller ikke klinisk CSA
 - 7 kilder hentet utvalg fra andre helseinstitusjoner
 - 6 kilder benyttet randomiserte utvalg
 - 4 kilder benyttet egne pasienter/ konfidenter
 - 1 kilde oppgav ikke hvor utvalget var hentet fra.
- Av 100 kilder var 66 produsert i USA, 12 fra Norge, resten var fra England, New Zealand, Canada, Østerrike, Israel, Nederland og Australia.

Det var svært overraskende å ikke finne noen kilder basert på studier publisert i de øvrige Skandinaviske land, og at så få var produsert i Europa. Da jeg i utgangspunktet ikke hadde begrensninger i form av antall kilder, var det overraskende å finne så få kilder som omhandler tema. Det er derimot en gledelig tendens at interessen for å forske i tema er økende.

Den siste inndelingen som presenteres er en sammenligning av noen studier der de utsatte sier de har god helse, med studier basert på kliniske utvalg. Denne inndelingen ble viktig under arbeidet med oppgaven fordi jeg fikk ikke til å sette kunnskapen i system før denne inndelingen var gjort. Jeg ble forvirret av begrepet ”motstandsdyktig” utsatte, da dette begrepet ble benyttet på flere måter. Jeg ble også forvirret fordi flere studier definerte sitt utvalg som velfungerende, og disse studiene hadde funn som i stor grad samsvarte med funn fra studier som definerte sine utvalg som ”motstandsdyktig”. Jeg valgte derfor å se etter likhetstrekk og tendenser i de kilder bygger på utvalg der de utsatte sier de er velfungerende og ”motstandsdyktige”, og sammenligne disse med studier basert på kliniske utvalg. Dette ble gjort ved å sette opp tabell E og F (se vedlegg 3). Jeg fant da følgende likhetstrekk og tendenser i studier der de utsatte var velfungerende til forskjell fra studier i kliniske utvalg:

Utvalg. Alle studier med velfungerende var utført i ikke-kliniske utvalg. Dette forklares greit ved at når en skal se etter kunnskap hos utsatte som klarer seg bra, da går en ut og spør denne gruppen. Dette samsvarer med definisjoner av ”motstandsdyktighet” som tar utgangspunkt i sluttproduktet, og ikke som karaktertrekk. Det var ingen studier der utsatte mestret på en positiv måte hentet fra kliniske utvalg blant mine kilder.

Overgriper. En annen tendens var at studier med klinisk utvalg hadde en overvekt av utsatte som hadde opplevd at overgriper var far eller stefar, og at disse oftere hadde opplevd overgrep som innebærer samleie. Funnet samsvarer med kilder som finner flere skadelige virkninger og vanskeligere for incestofre å mestre, enn for utsatte med ikke familiær overgriper (Holman & Silver, 1996, Orbuch et.al., 1994), og derfor kan det stilles spørsmål om de velfungerende utsatte må mestre ”det samme” som utsatte i studier fra kliniske utvalg?

Omfang og alvorlighet. Videre viste tabellen at gjennomsnittlig 40% av informantene i studier som definerte sitt utvalg som velfungerende/motstandsdyktige (tabell C i vedlegg 3) har opplevd overgrep som innebar samleie, mens gjennomsnittlig 68% av informantene i kliniske utvalg (tabell D i vedlegg 3) har opplevd overgrep som innebar samleie. En ser herved en tendens til at klinisk utvalg har opplevd alvorligere overgrep, men mine tall bygger på svært få studier, og tallene trenger derfor ikke å være representative. Funnet tegner ikke noe klart bilde av utvalget. Dette samsvarer med funn fra studier som sier at det er liten sammenheng mellom overgrepets alvorlighetsgrad og senere senskader (jamfør alvorlige overgrep i kapittel 1.2.1.).

For å kunne gi et fullstendig bilde av hvem de ”motstandsdyktig” utsatte kvinner er, savnes studier om dette fenomenet hentet fra utvalg der de utsatte befinner seg i en gjenerindrings- eller bearbeidingsprosess. Dette trenger ikke bety at den beskrivelse som gis av den ”motstandsdyktig” utsatte i kapittel 6, trenger å være feil, men vi trenger flere studier som kan belyse dette tema før vi kan trekke slutninger.

4.3. Opptellinger

Det er foretatt to opptellinger under arbeidet med oppgaven. Som forarbeide til oppgaven ble det laget en oversikt over hvor mye norsk fagstoff det er skrevet om seksuelt misbruk for sykepleiere. Denne opptellingen er presentert i vedlegg 4. Den andre opptellingen viser hvor mange timer undervisning og hvor mange sider pensum som sykepleierhøyskolene har om tema seksuelle overgrep. Denne opptellingen presenteres i vedlegg 5. Disse overnevnte opptellingene presenteres som en oppsummering uten drøfting, da hensikten med dem er å underbygge en drøfting om hvorvidt rammene ligger til rette for at sykepleiere kan utøve faglig forsvarlig sykepleie til utsatte.

4.4. Oppgavens reliabilitet

Oppgavens reliabilitet er et mål på oppgavens pålitelighet. Når en måler pålitelighet spør en hvorvidt en annen forfatter med samme problemstilling og samme kilder, ville kommet fram til samme resultat. Det er ikke mulig å måle reliabilitet ved litteraturstudier på samme måte som ved kvantitative surveystudier, da litteraturstudier bygger på personlig fortolkninger av kildens mening. Ved lesing av tekster eller kilder vil leseren alltid ha forventninger, som påvirker tolkningen av det en leser. Samtidig vil forståelsen være i stadig endring og utvikling: ” Under lesingen af bogen/teksten ændres vor forestillingshorisont til stadighet, takket være den fornyelse, som teksten bringer” (Nissen, 1989 s 293). Denne oppgaven presenterer *min forståelse* av hva kildene formidler, som er tolket på bakgrunn *min forforståelse* (som er dannet gjennom utdanning, yrkeserfaring og møter med utsatte kvinner i incestgrupper). Litteraturoppgaver er et resultat av et fortolkningsarbeid, og ingen ”nøytral” framstilling. En fare ved den personlige fortolkningsprosessen er at kunnskap som ikke passer inn med ens forforståelse ikke blir registrert, og viktig kunnskap kan derfor bli oversett.

Jeg har forsøkt å øke reliabiliteten i denne oppgaven ved å gi detaljerte beskrivelser av de kilder som oppgaven bygger på (jamfør vedlegg 3). I arbeidet med å hente ut kunnskap fra kildene har jeg nedtegnet notater til de ulike kilder. I første omgang ble disse notatene benyttet for å systematisere hvilke tema kildene omhandlet. Mine notater bestod (med få unntak) av ordrette sitater på originalspråket av:

- Det innhold som var tekstens budskap (tekstens betydning).
- Det innhold som jeg opplevde var viktig da det gav svar på problemstillingen.
- Det innhold som overrasket meg som, eksempelvis hvordan forhold utenfor selve overgrepene hadde betydning for hvorvidt barnet som voksen ville oppleve skadelige virkninger etter seksuelt misbruk eller ikke.

En eventuell oversettelse i notatskrivingen så jeg som en fare, da jeg derved kunne gi notatene en annen betydning enn primærkildens mening. Når jeg skulle presentere et tema i drøftingsdelen, benyttet jeg både kilden og notatene. Jeg beholdt direkte sitater i teksten og engelske ord i parentes et godt stykke ut i skriveprosessen, for derved å øke oppmerksomheten på det budskap som primærkilden hadde. Jeg opplevde det å skrive av sitater fra kildene som viktig, da denne prosessen økte tankevirksomheten, og igangsatte mange undringer. Derved oppdaget jeg flere sammenhenger og flere betydninger av tekstens mening, eksempelvis om tema ”motstandsdyktighet”.

“I felt nothing. I had to do everything from my head. It wasn't until I gained the ability to feel that any of this began to make sense”
(Armstrong & Stronck, 1999 s 309).

5.0. MESTRING VED GJENERINDRING AV SEKSUELLE OVERGREP

Dette kapitlet tar opp forhold som påvirker mestring av den krise, som utsatte kan oppleve når de minnes at de ble seksuelt misbrukt i barndommen. Det kjennes ikke til noen studier om gjenerindringsprosess hos voksne utsatte kvinner utført i Norge. En kan anta at norske studier kan finne tilsvarende funn som studier fra andre land har vist, men overføringsverdien blir ikke helt sikker før en også har gjort studier basert på norske utvalg.

Ved gjenerindring av seksuelle overgrep vil den utsatte både gå gjennom en gjenerindringsprosess og en bearbeidingsprosess. Erindringsprosessen handler om hvordan personer som har ”glemt” overgrepet, gradvis husker mer og mer. Målet med en erindringsprosess kan være å huske hva som faktisk har skjedd. Bearbeidingsprosessen handler om tre forhold: å forstå hva som har skjedd og hvordan dette påvirker hverdagen, å håndtere og mestre situasjonen det vil si å oppnå kontroll over egen livssituasjon og å øke selvfølelsen, gjerne ved å sammenligne seg med andre (Ogden, 1996; Taylor, 1983). En kan derfor si at bearbeidingsprosessen handler om hvordan en integrerer sine erfaringer. Disse to prosessene forløper i praksis parallelt, og det er umulig å skille dem helt fra hverandre. Allikevel er det gjenerindringsprosessen som er hovedfokus i dette kapitlet.

5.1. Hukommelsessvikt og bruk av dissosiasjon som mestringsstrategi

Utsatte husker i ulik grad de overgrep de har vært utsatt for. Vi kan plassere hvor mye utsatte husker langs et kontinuum, fra de som husker alt detaljert, inkludert følelsene knyttet til overgrepet, til de som kun opplever sanselige fornemmelser, som oppleves meningsløse. Mange befinner seg på mellomstadier. Noen har opplevd flere overgrep og husker disse hendelsene i ulik grad. Noen husker hendelsene, uten å knytte følelser eller andre aspekt til disse. Derfor kan de snakke om dette like ”naturlig” som en snakker om maten på bordet, eller om været. Dette skjer i situasjoner der den utsatte setter til side (dissosierer) noen aspekt ved

overgrepet. Som for eksempel hvilken betydning overgrepet har, eller følelsene av hjelpeløshet og maktesløshet som var tilstedet under overgrepet (Dorado, 1999).

Gjenerindring av seksuelle overgrep kan starte brått. De kan være utløst av en utviklingsfase i livet, som det å få barn eller starte et samliv (Maltas & Shay, 1995).

5.1.1. Fortrenging og dissosiasjon er vanlig reaksjon etter seksuelle overgrep

Hukommelsessvikt i forhold til traumatiske hendelser, kan forklares teoretisk ut fra Freuds begrep *fortrenging* og ut fra Janet's begrep *dissosiasjon*. Mange bruker disse to begrepene om hverandre, mens andre skiller dem ved å si at fortrenning er en aktiv ekskludering av truende temaer, mens dissosiasjon er et uttrykk for at det er blitt umulig å integrere bestemte opplevelser som en del av individets historie og erfaringsbakgrunn. Omstendighetene for at det skjer en fortrenning og en dissosiasjon er forskjellig: Fortrenning utløses ved langvarige konflikter, mens dissosiasjon utløses ved traumatiske hendelser (Spiegel i Benum & Boe, 1997). Sigmund Freuds barnebarn, Sophie Freud hevder at det er dissosiasjonsbegrepet og ikke fortrenningsbegrepet som passer best til vår nåværende kunnskap om hukommelsesnettverk (Freud, 1997 i Benum & Boe 1997). Dissosiasjonsbegrepet er sentralt når det gjelder forståelse av mestring av seksuelle overgrep. Derfor blir det utdypet innledningsvis i dette kapitlet.

Janet mente at dissosiasjon var en oppsplitting av tanker, følelser og persepsjoner knyttet til en spesiell hendelse. Denne oppsplittingen gjør at en for eksempel bare husker stemningen, eller bare husker hva som ble sagt uten å knytte følelser til dette, eller en husker noe som en ikke helt forstår. Hendelsen blir ikke integrert som en del av personens erfaring, og innhold i hendelsen kan derfor ikke gjenfortelles når det er ønskelig (Benum & Boe, 1997). Når en person bruker dissosiasjon som mestringsstrategi, vil han ha vansker med å huske helheten i episoder, fordi konteksten mangler – dissosiasjon dreier seg blant annet om å trekke hendelser ut av sin sammenheng. En konsekvens eller virkning av dissosiasjon er at det som huskes fra traume, har den utsatte ingen kontroll over. Minnene framstår som usammenhengende og uforståelige. Når den utsatte kommer i situasjoner som minner om det opprinnelige traume (for eksempel besøke samme type rom som overgrepet skjedde i), kan dette utløse kroppslige reaksjoner og sterke følelser (for eksempel oppleve angst)(jamfør kapittel 3.3.5.). Dette fører til at personen istedenfor å oppleve det ufarlige i nåtid, gjenopplever angsten fra fortiden. En kan derfor si at nye opplevelser *ikke* blir integrert på en naturlig måte.

Barn som opplever *ett* traume, glemmer sjelden det de har opplevd. Faktisk kan små barn huske flere detaljer, enn voksne som var tilstedet under samme traume. Men for barn som opplever gjentatte traumer er hukommelsessvikt vanlig, og forsvarsreaksjoner hos disse barna er sterk fortrenning og benekting, dissosiasjon, identifisering med overgriper og aggresjon rettet mot seg selv (Terr, 1991). Barn som opplever gjentatte traumer glemmer mye og ofte. Det er vanlig at barn har problemer med å huske hva som skjedde før de var tre år, og barn som opplever gjentatte traumer kan ha problemer med å huske hva som skjedde frem til de var 9 år. Barn som opplever gjentatte traumer skiller dårlig mellom ulike smerteopplevelser, de mangler følelser og de unngår nærhet (Terr, 1991). Dissosiasjon er en vanlig mestringsstrategi ved seksuelle traumer. Undersøkelser viser at dissosiasjon benyttes i økende grad i de tilfeller der barnet var svært ungt da overgrepene skjedde, når overgriper var voldelig, når overgriper var en ”nær” person for barnet og når overgrepene skjedde over lang tid (Dorado, 1999; Sheiman, 1999). Dette vil si at det oftere forekommer hukommelsessvikt hos de personer som har opplevd de alvorligste overgrepene, og hvor overgriper har vært far, stefar eller fosterfar (jmfør kapittel 1.2.1). Hvordan kan vi forklare dette? Forhold som må tas med i en forklaring er de begrensede muligheter for å unnsnippe eller bringe overgrepene til opphør. Når overgriper bor i samme hus, har den utsatte færre muligheter til å slippe unna overgrepene. Barnet står i et avhengighetsforhold, og de oppholder seg i de samme fysiske omgivelser. Da barnet har færre muligheter til å slippe unna, kan dissosiasjon bli ”redningen”. Denne strategien har både fordeler og ulemper. Fordelen er at den utsatte slipper å ta et oppgjør med overgrepet når det skjer. Å ”glemme” er en mestringsstrategi for barn som gjør det mulig å fortsatt ha et forhold til overgriper, på tross av overgrepene. ”Overgriper er en viktig kilde både til glede og smerte, og hukommelsessvikt gjør det mulig for barnet å akseptere kjærligheten og *glemme* misbruket”(Sheiman, 1999 s 140). En undersøkelse som støtter en slik argumentasjon ble utført av DiLillo, Long & Russell, 1994. De så på hvilken betydning ”nærhet” til overgriper hadde i forhold til valg av mestringsstrategier. Resultatene viste ulik bruk av mestringsstrategier hos incestofre versus ofre for ikke-familiær overgriper. Incestofre brukte *flere* både emosjonelt og problemorienterte metoder, da de hadde færre muligheter til å få stoppet overgrepene. Denne undersøkelsen bekrefter at utsatte barn forsøker å slippe unna overgrepene med de mestringsressurser som *de* ser som tilgjengelige. Ulempen med bruk av dissosiasjon som mestringsstrategi, er at denne løsningen virker som en bumerang. Dersom den utsatte setter til side de følelser som oppstod på grunn av overgrepet (ne), kan den utsatte flere år senere oppleve at disse tidligere følelsene og reaksjonene

kommer tilbake. Både for den utsatte og hennes nærmeste kan det i slike tilfeller være vanskelig å se en sammenheng mellom nåværende reaksjoner og utløsende hendelse, da misbruket kan ha skjedd flere år tilbake. (jamfør overdeterminert krise i kapittel 3.3.7.). En annen ulempe med bruk av dissosiasjon som mestringsstrategi er at denne strategien danner et mønster for problemløsning, som også brukes i situasjoner der dette ikke er nødvendig. Dette fenomenet benevnes i litteraturen som gjentatte handlingsmønstre (Tyson & Goodman, 1996), som uegnede tilpassningsreaksjoner (Kirkengen, 1997), og som overføring (Cullberg, 1999). Det er begrepet overføring som er mest vanlig. Begrepet overføring blir utdypet og eksemplifisert i kapittel 8.2.2.

Bruk av dissosiasjon som mestringsstrategi har sine kostnader. Den uønskede virkningen ved å ”glemme” overgrepet, er at en også glemmer mye annet (Sacco & Farber, 1999). Andre uønskede virkninger ved dissosiasjon blir beskrevet hos Kirkengen (1997). Flere av fenomenene hun beskriver kan forklares ut fra teori om dissosiasjon. For den utsatte kan dette fortone seg slik at de har en ”merkelig” handling eller adferd knyttet til bestemte personer, situasjoner eller steder. Som f. eks. Berit som ikke liker å gå med smykker, eller kvinnen som slår kjæresten når han vil omfavne henne, eller Tanja som sover best i en krok på gulvet (Kirkengen, 1997). Disse kvinnene føler seg annerledes, og de føler noe er galt med dem, fordi de har sine ”merkelige vaner” som verken de selv eller deres nærmeste forstår. Disse merkelige handlingene kan forstås som et resultat av dissosiasjon brukt som mestringsstrategi. Handlinger som oppleves som merkelige eller meningsløse (som for eksempel at hodet blir ”fullt av bomull” når en går inn på en låve), blir forståelige, når detaljer i pasientens traumatiske forhistorie blir avdekket (for eksempel at hodet vanligvis var ”fullt av bomull” under overgrep på låven) (Benum & Boe, 1997). Da minner om traumatiske hendelser ikke lagres som andre minner, men spaltes og fragmenteres, blir det viktig å sette delene sammen til en historie med begynnelse og slutt. Gjennom rekonstruksjonen av hendelsen, kommer den personlige tolkningen fram. Dette åpner opp for at hendelsen kan ses i et nytt lys eller forstås på en annen måte (Dahl, 1996; Harvey, Orbuch, Chwalisz & Garwood, 1991; Orbuch, et.al. 1994). Dette forklarer hvorfor en rekonstruksjon kan være viktig hos noen utsatte ved bearbeiding av traume.

En annen pris som utsatte som dissosierer kanskje må betale, er i form av somatisk sykdom. I studier som har sammenlignet utsatte som husker med utsatte som ikke husker overgrepene, fant at utsatte som ikke husker, opplevde psykologisk stress som fysiske symptomer, og de

dissosierte offere (Sheiman, 1999). Sammenhengen mellom dissosiasjon og somatiske lidelser finner også støtte i en undersøkelse utført av Anderson, et.al.1993. Bruk av dissosiasjon som mestringsstrategi kan muligens være *en forklaring* på hvorfor utsatte opplever en rekke fysiske sykdommer (jamfør tabell 1 i kapittel 3.1.). Vi kan tenke oss at de som dissosierer ”må betale for dette” med kroppslige symptomer som de, pga dissosieringen ikke har noen forklaringer på, og som de heller ikke får gjort noe med.

I en bearbeidingsfase etter seksuelt misbruk kan det være nyttig for den utsatte å gå gjennom den traumatiske hendelsen flere ganger. Dahl begrunner dette på følgende måte; ” Du kan legge det bort og glemme det når du vet at du tåler og huske det. Da vil ikke minnet lenger være en trussel” (Dahl, 1996 s 162). Utsatte som går i individuell terapi hos psykolog eller psykiater *kan* derfor ha nytte av å gjenfortelle deler av historien til noen som lytter empatisk, eksempelvis til en sykepleiere eller til en incestgruppe. Det er i slike situasjoner viktig at sykepleiere ivaretar utsattes grenser slik at utsatte selv helt og fullt ut bestemmer hva hun vil dele. Dersom den utsatte er i tvil hvorvidt hun skal dele deler av sin historie, bør hun oppfordres til å la være (Leira, 1990 del 2). Som følge av virkninger etter seksuelle overgrep kan den utsatte være usikker til hvordan hun skal håndtere ulike situasjoner (jamfør kapittel 3.3.2.) og hun kan sette andre sine behov foran sine egne (jamfør kapittel 2.1.2.). Derfor kan også noen utsatte fortelle mer enn de egentlig ønsker dersom de blir oppfordret til dette. En forsvarlig sykepleie blir derfor at sykepleieren er oppmerksom og spør den utsatte, om hun er sikker på at det hun nå skal fortelle, er noe hun vil dele med sykepleieren eller incestgruppen.

5.1.2. Er en gjenoppleve traumet den beste behandlingsform for utsatte?

Det er i dag en diskusjon hvorvidt terapi med utsatte må innebære en gjenopplevelse av traumet. I en behandlingssituasjon kan en rekonstruksjon av traumet være viktig fordi den:

”kan si noe om den personlige tolkningen av hendelsen, og hvordan den blir forstått. Det er gjennom en rekonstruksjon at hendelsen også kan sees i et nytt lys eller forstås på en ny måte. Rekonstruksjon er viktig fordi den putter bitene sammen. Hendelsen blir et minne hvor atferd, tanker og følelser henger sammen, et minne som har en begynnelse og fremfor alt en slutt” (Dahl, 1996 s 156).

For mange utsatte er en rekonstruksjon av traumet viktig i en erindrings- og bearbeidingsprosess. En upublisert studie utført av Førsvoll (1999) stilte utsatte kvinner (N = 109) følgende spørsmål: Hvilket råd vil du gi til andre som skal starte bearbeiding av seksuelle overgrep når det gjelder å hente fram detaljer og følelser fra selve overgrepene?

Svaralternativene var gradert slik: det vil jeg sterkt anbefale, det vil jeg anbefale, det vil jeg fraråde- til det vil jeg sterkt fraråde, og en vet ikke svarmulighet. 57% svarte da at dette ville de sterkt anbefale og 33% svarte at dette ville de anbefale. 5,5% svarte at de ville fraråde andre dette eller vet ikke. Førsvoll tolker funnet slik: ” De utsatte har erfart at selv om det er en tøff prosess å gå inn i det som skjedde, er det den eneste veien de ser for å få tilbake så mye som mulig av kontrollen i sitt liv” (1999 s 18).

To nederlandske forfattere (Miltenburg & Singer, 1997) stiller en rekke kritiske spørsmål til den praksis som bygger på en tro på at gjenopplevelser er nødvendig for at den utsatte skal kunne legge traumet bak seg. Artikkelen innledes med et spørsmål som en utsatt stiller sin behandler: Hvorfor må det grusomme gjenoppleves, når det føles som å bli misbrukt på ny? Miltenburg og Singer (1997) spør hvorfor gjenopplevelser er så viktig i terapi:

- Når alle terapeuter som arbeider med avdekking av fortiden vet at dette er en prosess som er svært smertefull for den utsatte?
- Når denne terapiformen forutsetter at den utsatte må møte, det de hele livet har forsøkt å unngå, nemlig den traumatiske hendelsen?
- Når profesjonelle ikke klarer å se og høre om historier med vold mot barn uten å få symptomer, hvordan kan vi forvente at voksne som en gang har vært dette barnet skal klare dette?
- Når forskning viser at terapi med utsatte hjelper, men svært få studier beskriver hva terapien gikk ut på. Finnes det dokumentasjon på at gjenopplevelser er viktig i terapi med utsatte?
- Når terapeuter sier at det er vanlig at utsatte i en gjenopplevelsesprosess trenger innleggelse ved en psykiatrisk avdeling.
- Når mange utsatte søker terapi nettopp fordi de ikke klarer å glemme det de har opplevd.

Som et alternativ til å tenke at gjenopplevelse er nødvendig for en vellykket behandling, sier Miltenburg og Singer (1997) at behandlingen må fokusere på hvordan en kan lære utsatte nye mestringsstrategier fremfor behandle patologisk mestring. Den som opptrer som behandler for en utsatt må hele tiden stille seg følgende spørsmål: vil en bestemt behandlingsform hindre eller hjelpe den utsatte i å nå sine mål?

Sykepleieres ansvarsområde i skiller seg fra de andre yrkesgrupper som behandler utsatte, ved at sykepleie er knyttet til nåtiden problemer og fremtidens muligheter. Psykologer og

psykiater har også dette fokus, med i tillegg leder de den utsatte gjennom en rekonstruksjon av traumat. Sykepleiere blir ikke gjennom vanlig sykepleierutdanning opplært til å foreta rekonstruksjoner av traumehistorier hos utsatte. Selv om sykepleiere ikke deltar aktivt i rekonstruksjon, kan likevel samtalen dreie seg om overgrepet og fortiden. Jeg tar med et selvlaget eksempel for å illustrere dette. Temaet som eksempelet tar opp kan være relevant i forhold til utsatte som har lav selvfølelse.

Eksempel 19 – Eksempel på en samtale som kan dreie seg om utsattes fortid uten at dette trenger å være en rekonstruksjon

Mange utsatte sier at de *ikke kan kle seg som andre*, og at de aldri føler seg fiks og fjong! Noen foretrekker derfor vide klær som de kan skjule seg i.

Sykepleiere kan gjennom samtale med den utsatte avdekke attribusjoner som den utsatte tenkte som barn: for eksempel: ”dersom jeg skjuler kroppen min, vil muligens overgriper overse meg, og la meg være i fred”. Slike tanker er naturlig for et barn som ikke vet hvordan det kan unnsnippe overgrepene.

Når den utsatte oppdager sammenhengen mellom de tankene hun tenkte som barn og den måten hun kler seg som voksen, kan hun legge vekk den adferden som hun ikke ønsker å ha – her i dette eksempelet: de ufikse klærne!

Når den utsatte ser sammenhenger mellom dagens handlinger og fortidens traume, kan problemet endre seg. Det er denne form for innsikt som Lazarus (1993,B) kaller for emosjonell innsikt. Lazarus sier at kognitive endringer må gjenspeile seg i endret adferd, før en har oppnådd emosjonell innsikt. Sykepleie som bistår utsatte i deres mestring av virkninger etter seksuelle overgrep har som mål å fremme emosjonell innsikt. Med emosjonell innsikt menes at den utsatte oppnår ny kunnskap som gjør en *forskjell*, og denne forskjellen gjør at utsattes atferd endrer seg.

5.2. Gjenerindringsprosessen

Gjenerindring av seksuelle overgrep kan beskrives som en prosess, selv om trinnene i virkeligheten kan komme både samtidig og i ulik rekkefølge. Gjenerindringen kan starte med *forløpere*, som beskrives som plutselige flashbacks. Minnene som dukker opp kan være gjennomtrengende, dvs de forstyrrer oppmerksomheten, men allikevel fremstå som uforståelige. Etter en tid, kan minner dukker opp som setter dette i sammenheng med overgrep. Når minnene huskes kan de fremstå som en *gjenopplevelse*. Det vil si at en både husker, opplever og føler samtidig, som for eksempel: en blir kvalm, redd, kjenner lukter samtidig som minnet dukker frem (Dorado, 1999). Gjenerindringsprosessen beskrives av noen ved bruk av metaforen puslespill. Hver gjenopplevelse er da som biter av et puslespill. Noen

brikker kan en plassere umiddelbart, andre ganger trengs flere brikker før brikkene kan plasseres (gi mening).

For utsatte som er i en erindringsprosess, kan det være viktig å få bekreftet eller avkreftet de minner som har dukket frem. Den utsatte kan benytte pårørende eller andre støttepersoner i denne prosessen, da det kan være nyttig å få tilbakemelding på tankerekker omkring dette. Kirkengen (1997) viser til eksempler der utsatte kontaktet personer som var i miljøet der overgrepene fant sted, for å få sjekket detaljer og forhold som kan bekrefte/avkrefte deres mistanke. Andre ganger oppsøker utsatte, som Sally, stedet der overgrepet fant sted, for å få sjekket detaljer i sine minner. Sally fikk ”bevis” for sine minner da hun så at døren i rommet var akkurat slik hun husket (Warner & Feltey, 1999). Det er viktig for utsatte å få klarhet i hva de husker, da en hverdag preget av usikkerhet tapper krefter og virker inn på helsen. Undersøkelser har funnet økt ubehagsnivå hos de som nylig har gjenerindret overgrepene, sammenlignet med de som har kjent til dette hele tiden (Elliott & Briere i Banyard & Williams, 1999). Dette må ses på som en naturlig reaksjon, da det å gjenerindre seksuelle overgrep snur på hodet en del forestillinger en tar for gitt. Som for eksempel det at de aller fleste tar for gitt, at de ikke har vært utsatt for seksuelle overgrep.

5.2.1. Å gjenerindre seksuelle overgrep innebærer identitetsforandringer

Når seksuelle overgrep skjer mot barn påvirkes barnets utvikling. Seksuelle overgrep fører til en rekke skadelige virkninger (jmfør kapittel 3.0.). Disse virkningene kommer til uttrykk i den utsattes kropp, i form av uutholdelige følelser, og over tid manifesterer skaden seg som en del av personens identitet. Terr (1991) sier at som følge av traumer kan handlinger og reaksjonsmønstre bli gjentatt så mange ganger at de blir en del av personens karaktertrekk. En norsk studie utført av Christensen (2000) fant at flere av informantene mente at det at de hadde vært incestutsatt preget deres identitet. En av informantene til Christensen beskriver dette på følgende måte:

Eksempel 20 – Eksempel på identitet som incestutsatt

”Jeg er veldig opptatt av at jeg har en identitet som incestutsatt. Det er nesten som du går rundt og har identitet med en sykdom... Jeg håper jeg engang kan si til meg selv, at overgrepene var noe som hendte meg en gang, det er ikke noe jeg er. Men akkurat nå, i hverdagslivet, så er det noe jeg er” (2000 side 26).

For den utsatte innebærer gjenerindringer av seksuelt misbruk også en identitetsforandring (Harvey, et.al.1991; Warner & Feltey, 1999). Det skjer en slags identitetsendring fra en ikke seksuelt misbrukt person – til en utsatt. Da seksuelt misbruk gir virkninger som påvirker mange forhold ved livet, kan det å gjennomgå en erindrings- og bearbeidingsprosess også gi identitetsforandringer. For eksempel kan den utsatte endre karakter og begynne å sette grenser, eller stille ubehagelige spørsmål. Noen ganger liker pårørende dårlig denne endringen, og ønsker at den utsatte ikke skal endre seg, et ønske som kan være umulig å etterkomme for den utsatte. Det blir derfor en ekstra belastning for utsatte dersom de opplever at deres nettverk ikke aksepterer dem som de er, og godtar den identitetsendring som skjer underveis i prosessen. Dersom de pårørende derimot støtter den utsatte og gleder seg over hennes identitetsendringer, så fremmes den utsattes mulighet for en positiv mestring.

Å gjenerindre og bearbeide seksuelt misbruk kan være en lang og smertefull prosess, og mange utsatte bruker år i terapi for å ”få plassert alle brikkene”. Når en som utenforstående står i nær kontakt med utsatte som er i denne prosessen, dukker et viktig spørsmålet opp: Hva får utsatte igjen for det ubehag de gjennomgår mens de er i en erindringsprosess? Er det verdt det?

5.2.2. Oppnår utsatte bedre helse ved å gjennomgå en erindringsprosess?

Jeg har kun funnet *en* undersøkelse som gir svar på akkurat dette. Warner og Feltey (1999) fant at utsatte som hadde gjenerindret sine minner om overgrep, opplevde sine liv som rikere og sunnere. De utsatte hadde bedret sine relasjoner til andre, og de foretok nå klokere valg i livet. Denne undersøkelsen bygger kun på 4 informanter, derfor kan en ikke si at slik er det på generelt grunnlag. Men noen kilder støtter opp om dette funnet, selv om deres studier vinkler tema litt annerledes ved å spørre: Hvilke prosesser har hjulpet utsatte til å mestre? Svar på dette spørsmålet blir tatt opp i kapittel 7, men jeg presenterer ett resultat her. En studie intervjuet 15 kvinner, som selv mente de hadde mestret overgrepet bra. Disse sa det var viktig å gå gjennom det som skjedde i fortiden for å få vite, for å fortelle og for å få integrert denne traumatiske erfaringen (DiPalma, 1994). I sitatet i innledningen av kapittelet setter en kvinne ord på hvordan hun opplevde dette. Kvinnen har trolig som følge av dissosiasjon satt til side følelsene i sitt liv. Dette har medført at hun hele tiden må tenke hva hun skal si og gjøre, mene og ”føle”. Det er først når hun etter en bearbeidingsprosess begynner å føle følelsene, at detaljer i livet får mening.

5.2.3. If it ain't broke, don't fix it

Noen ganger benytter utsatte unngåelse som mestringsstrategi. Litteraturen viser klart at denne mestringsstrategien kan være bra en kortere periode, men på sikt så gir den flere helseproblemer (Coffey, Leitenberg, Henning, Turner & Benett, 1996; Himelein & McElrath, 1996; Roth & Newman, 1993; Sacco & Farber, 1999). Selv om det å fortelle om overgrepet, og å bearbeide hendelsen kan være bra for helsen på sikt, er det viktig, å ikke presse noen inn i en gjenerindringsprosess. Et amerikansk ordtak sier: "If it ain't broke, don't fix it". Fritt gjenfortalt betyr dette: en skal ikke påføre utsatte den smerte som en gjenerindringsprosess kan innebære, dersom utsatte hverdag er ganske grei i utgangspunktet. Dette begrunnes med at å gjenerindre seksuelle overgrep kan være en ubehagelig prosess, og det er viktig at den utsatte selv bestemmer når, og om, de skal gå gjennom dette (se 3. avsnitt i kapittel 8.2.1.).

5.3. Å gjenerindre seksuelle overgrep kan være svært ubehagelig

Den utsatte kvinnen kan ha en motstand mot å gjenoppleve minner om seksuelt misbruk, både fordi gjenopplevelsen kan være ubehagelig, og fordi hun er redd for konsekvensene av å huske (Lundgren, 1994). Å gjenerindre minner om overgrep setter spørsmål ved etablerte sannheter. Dette innebærer blant annet at en må definere sin barndom på en ny måte. Når en utsatt forteller hjemme at hun har opplevd seksuelle overgrep, sier hun samtidig, som en personlig erfaring, at hun ikke har hatt en trygg oppvekst (Warner & Feltey, 1999). Gjenerindringer kan derved utløse en dominoeffekt, der også andre familiemedlemmer stiller spørsmål ved etablerte sannheter. På denne måten er seksuelle overgrep ikke lenger en privat sak mellom overgriper og offer, men også en sak som innbefatter både den utsattes og overgriperes familier.

For den utsatte kan det være en påkjenning å fortelle hjemme at en er blitt seksuelt misbrukt, på grunn av alle de følelser og reaksjoner som dette fører med seg. Spaccarelli (1994) hevder at reaksjonene fra den utsattes nære familie eller andre som blir betrodd denne avsløringen, kan være like belastende som overgrepet(ne) i seg selv. Mottakerens respons er avgjørende for hvorvidt en avsløring om seksuelle overgrep er terapeutisk (Ullman, 1996 A). Slike funn viser hvor betydningsfullt det er for utsatte å oppleve sosial støtte, og hvor skadelig det kan være for mestringen dersom denne støtten uteblir. Noen ganger benekter familiemedlemmer å se de overgrep som foregår (har foregått), selv om de blir gjort oppmerksom på hva som skjer.

Pårørende kan ha vansker med å forstå den utsattes reaksjoner (Dahl, 1992). En mulig forklaring til dette kan være at fenomenet seksuelle overgrep er et tabuområde i vårt samfunn, og at det er svært vanskelig for andre i familien å ta et slikt tabu inn over seg. Andre ganger opplever ikke familiemedlemmene at det misbrukte barnet gir noen (klare) signaler på at det er misbrukt. Ved mistanke om seksuelle overgrep mot barn må familiemedlemmene gjennom en prosess, som veksler mellom tro og tvil. For mødre kan dette være ekstra vanskelig:

”Moren står med to ulike budskap foran seg: Barnet og den som har utnyttet barnet, gir uforenelige fremstillinger*, og hun må velge mellom budskap og lojaliteter. Bak seg – og i seg – har også moren en definert virkelighet, der seksuelle overgrep mot barn knapt forekommer. Motstanden mot å forandre den virkeligheten deler hun med andre mennesker, men hennes posisjon som mor og kanskje ektefelle til den som har utnyttet barnet, gjør det ikke lettere for henne – tvert om gjør den det vanskeligere” (Mellberg, 1994, side 281-282).

(* en kommentar: barnets oppførsel trenger ikke gi signaler om at noe er galt!)

Spørsmålet om hvem og hva en skal tro på, dukker ofte opp i livet. Og når disse spørsmålene er knyttet til seksuelle overgrep, da blir dette særs vanskelig å forholde seg til.

5.4. Debatten om hukommelsessvikt ved traumer

Debatten om hukommelsessvikt ved traumer (jamfør kapittel 1.3.) har hatt tre fokus. Disse er: hvorvidt det er mulig å glemme seksuelle overgrep som skjer i barndommen, for så å gjenerindre disse hendelsene senere i livet. Nøyaktigheten og troverdigheten i det som erindres. Og Hvorvidt terapeuter har innflytelse på det som erindres (Courtis, 1999 i Draucker 2000). Noen få studier er foretatt om hvorvidt det som utsatte husker er ekte. I en studie ble 129 utsatte (med dokumentert seksuelt misbruk i barndommen) intervjuet om deres helse og livserfaringer. Resultatet viste at 38 % ikke husket overgrepene, selv om de ble spurt om tema på flere måter (Williams, 1994 i Banyard & Williams, 1999). Også andre undersøkelser bekrefter at utsatte kan ”glemmer” seksuelle overgrep (Anderson, et.al.1993; Banyard & Williams, 1999; Dorado, 1999; Flathman, 1999; Morrow & Smith, 1995; Perrot et al, 1998; Sacco & Farber, 1999; Sheiman,1999). Det er ikke bare utsatte som ”glemmer” traumatiske opplevelser. Det å sette traumatiske hendelser utenfor bevisstheten er en vanlig forsvarsmekanisme som benyttes av traumerammende i alle aldre (Russel i Dorado, 1999; Draucker, 2000). Et fenomen som sjelden debatteres i litteraturen, er at også gjerningsmenn har hukommelsestap. 30-70 % av gjerningsmenn har hukommelsestap ved grov vold som mord, drap og voldtekt (Christianson, 1996). En forklaring på hvorfor noen personer som er anklaget for seksuelle overgrep, ikke vedkjenner seg disse handlingene, kan derved være at

hendelsen er fortrent. Dersom det er slik at hukommelsestap rundt selve overgrepet er en normal forsvarsmekanisme både hos utsatte og hos overgripere, er saksforholdene rundt seksuelle overgrep ytterligere kompliserte. Det blir utenfor denne oppgavens problemstilling å gå ytterligere inn i debatten om hukommelsessvikt og traumer, men debattens eksistens innenfor fagmiljøer er et forhold som kan svekke den utsattes mestring, fordi en vanlig virkning etter seksuelle overgrep er at den utsatte blir usikker på en rekke ting (jamfør kapittel 3.3.2.). Denne indre usikkerheten kan derved medvirke til at den utsatte tenker det er sikker jeg som tar feil, slik hun gjennom overgreperfaringene kan være opplært til å tro (jamfør kapittel 6.2.1.). Dersom den utsatte møter på personer som er ”skråsikre” på at den utsatte husker feil, kan det oppstå en konflikt hos den utsatte fordi kroppen husker overgrepene (jamfør kapittel 3.3.1.) selv om bevisstheten kan tvile.

5.5. Råd sykepleiere kan gi til utsatte som er i en erindringsprosess

Ikke alle utsatte går i behandling når de befinner seg i en erindringsprosess. Da det er fullt mulig for utsatte å arbeide seg gjennom dette på egenhånd (Himelein & McElrath, 1996; Bass & Davis, 1994), tas det med eksempler på råd som sykepleiere kan gi til utsatte som er i en slik fase. Disse rådene er støttende, og vil styrke den utsattes kontroll med hendelsen og gjøre gjenerindringsprosessen lettere for henne.

Eksempel 21 – Eksempler på råd sykepleiere kan gi til utsatte som befinner seg i en erindringsprosess

Hvis du tror et minne snart vil dukke opp:

- Finn deg et sted å være som du opplever som trygt
- Hvis du ønsker å ha noen støttepersoner i nærheten eller snakke med dem etterpå, så kontakt dem
- Ikke kjemp imot. Prøv å slappe av og la minnet komme.
- Husk dette er bare et minne. Det en husker oppleves som virkelig, men det er bare et minne som dukker fram i hodet
- Forvent at det kan komme reaksjoner i forbindelse med minnet. Planlegg derfor ikke aktiviteter like etterpå.
- I etterkant, gjør noe som du liker og som gjør deg godt
- Fortell minst en person du stoler på om minnet (Bass & Davis, 1994).

Det er viktig for sykepleiere å huske på at de reaksjoner som minnene vekker, kan være svært sterke. De kan være så sterke at de kan utløse suicidale tanker. Den utsatte trenger derfor å vite hvor hun kan henvende seg dersom hun trenger hjelp. En forsvarlig sykepleie i en slik situasjon kan være å gi den utsatte en liste over aktuelle telefonnummer som kan nyttes utenfor vanlig kontortid, dersom den utsatte skulle få behov for å snakke med noen.

For i sandhet at kunne hjelpe en anden,
må jeg forstå mer end han,
Men dog vel først og fremst forstå det, han forstår.
Når jeg ikke gjør det,
Så hjælper min merforståelse ham slet ikke.
Vil jeg alligevel gjøre min merforståen gjældende,
Så er det fordi jeg er forfængelig og stolt,
Så jeg i grunden i stedet for å gavne ham,
Egentlig vil beundres av ham.
Søren Kierkegaard

6.0. MESTRINGSRESSURSER SOM INNVIRKER PÅ MESTRING AV VIRKNINGER ETTER SEKSUELLE OVERGREP

Utsattes mestring av virkninger etter seksuelle overgrep påvirkes av både personlige forhold og av de mennesker som står rundt den utsatte. Sykepleiere for eksempel, kan styrke den utsatte ved å vise forståelse og gi støtte gjennom samtale. I sitatet øverst på siden blir betingelser for møtet mellom en hjelper og den som blir hjulpet er beskrevet på en fin måte. Jeg tok dette med, fordi Kierkegaard her får fram forhold som er viktige også for sykepleiere i møte med utsatte kvinner. Sykepleiere må kunne *lytte* til det som uttrykkes, for å forstå det den utsatte forstår. Videre må sykepleiere ha *kunnskaper om seksuelle overgrep*, for å kunne *forstå, mer enn det den utsatte forstår*. Disse kunnskapene trenger sykepleiere for å kunne hjelpe den utsatte. I tillegg så trenger sykepleiere kunnskaper om hvilke forhold som påvirker den utsattes mestring. Derfor belyses forhold som hvordan karaktertrekk og attribusjoner innvirker på utsattes mestring i dette kapittelet. De karaktertrekk som i følge litteraturen har betydning for mestring av virkninger etter seksuelle overgrep er: ”motstandsdyktighet”, ”driv etter makt” og skyldfølelse.

Men også ytre forhold kan virke inn på utsattes mestring. De vurderinger som ligger til grunn for mestringen, vil være i samsvar med utsattes identitet, men også påvirket av den kontekst den utsatte til enhver tid befinner seg i. Denne konteksten har flere nivåer som opptrer samtidig (Eriksen & Sørheim, 1999). Et nivå er det sosial fellesskap man opplever at man deltar i, og individet vil påvirkes av dette sosiale fellesskapets holdninger til seksuelle overgrep. I dette kapittelet vil derfor nettverkets betydning for utsattes mestring bli omtalt. Et annet nivå er samfunnets håndtering av spørsmål om seksuelle overgrep (lovverkets holdning til seksuelle overgrep, offentlige ansattes håndtering av saker ved seksuelle overgrep, med

mer). Nedenfor følger et eksempel som tar opp hvordan lang saksbehandlingstid kan svekke utsattes mulighet for en positiv mestring.

Eksempel 22 – Eksempel som viser hvordan saksbehandlingstid kan påvirke utsattes mestring.

Saksbehandlingstiden fra en anmeldelse til domfellelse kan være en stor belastning for utsatte. Denne tiden kan oppleves som å gå å vente på at en skal opp i *mundlig eksamen*, hver dag i flere måneder, ja faktisk opptil flere år. Forskjellen er at det som skal ”eksamineres” er personlige, såre og vonde minner.

Å gå å vente på en rettssak kan være en situasjonen som tar hele oppmerksomheten til den utsatte, og den utsatte kan derfor vansker med å fungere normalt i hverdagen. Dette samsvarer med teori som sier at stress kan gi økte følelser som sinne, frykt og angst, og redusert oppmerksomhet (Ogden, 1996 s 207). Dette kan føles som om en går i tåke, samtidig som en tåler lite fra andre. Derved blir både utsattes helse og evne til problemløsning svekket. Dersom den utsatte må leve med presset over tid, kan dette svekke utsattes mulighet for en positiv mestring (jamfør kapittel 2.1.1.) og den utsatte kommer ikke videre før denne fasen er tilbakelagt.

Den utsatte vet at henleggelsesprosenten for overgrepssaker i Norge er svært høy (jamfør kapittel 2.1.2.), og det kan derfor være naturlig at den utsatte spør seg selv om prisen hun betaler er verdt det hun oppnår.

Utsatte kvinner kan som følge av virkninger etter seksuelle overgrep være personer som i liten grad ”står på” og ”kjemper for sin rett” (jamfør kapittel 3.2.2. og 3.2.4.). Sykepleieres rolle kan i slike saker være å gi praktisk hjelp og å gi støtte til utsatte, dersom den utsatte strever med å bli hørt ved offentlige instanser (jamfør prinsipp nummer 5 i *Prinsipper for erkjennesarbeid* i vedlegg 6). Nettopp fordi utsatte strever med opplevelse av maktesløshet er det viktig at sykepleiere når de skal gi praktisk hjelp, gjør dette etter ønske fra den utsatte. Dersom sykepleiere overtar styringen uten at de er bedt om dette, kan utsattes selvfølelse svekkes, og den utsatte kan igjen bli minnet om at hun ikke er så flink. Derfor vil det være en balansegang hvilken hjelp som sykepleiere bør tilby, fordi for mye hjelp kan svekke utsattes selvfølelse og for lite praktisk hjelp kan bli opplevd som manglende støtte.

6.1. ”Motstandsdyktig” utsatte”

Da ikke alle opplever skadelige virkninger etter traumer, er forskere fra 1990 tallet og utover blitt oppmerksom på fenomenet ”motstandsdyktighet”. ”Motstandsdyktighet” og skadelige virkninger etter seksuelt misbruk kan ses på som to sider av samme mynt - begge deler må med i en helhetlig framstilling (Lam & Grossman, 1997). Derfor blir fenomenet ”motstandsdyktig” utsatte drøftet i dette kapitlet.

6.1.1. Men, hvem er den "motstandsdyktig" utsatte?

Etter en gjennomgang av studier om "motstandsdyktig" utsatte har det ikke lyktes å finne klare kriterier for hvem de "motstandsdyktig" utsatte kvinnene er (jmfør kapittel 1.2.3.).

Flere forhold er uklare:

Dersom det er slik at de "motstandsdyktig" utsatte, er de utsatte som selv sier de klarer seg bra: Er det da tatt hensyn til i hvor stor grad de har bearbeidet traumet?

Dersom begrepet "motstandsdyktig" utsatt benyttes om personer som har bearbeidet traumet vil dette være en ikke klinisk populasjon. Hvorvidt de kilder som omhandler "motstandsdyktighet" i denne oppgaven, har definert sitt utvalg som klinisk eller ikke-klinisk, er ikke oppgitt i kildene.

I hvor stor grad er de "motstandsdyktig" utsatte kvinnene i kontakt med sine følelser? (Liem et.al., 1997). Spørsmålet er om de utsatte som sier at de har helse, har kontakt med sine følelser eller om de har fortrenget disse? (jmfør kapittel 5.1.). Det kommer ikke klart fram i de studier som definerer sitt utvalg som "motstandsdyktig" og velfungerende (i denne oppgaven) i hvor stor grad disse kvinnene bruker dissosiasjon som mestringsstrategi.

Har de "motstandsdyktig" utsatte opplevd de samme overgrep som de "ikke motstandsdyktige" utsatte? (samme omfang, samme grad av alvorlighet).

Noen av kildene har funn som bekrefter at de "motstandsdyktig" utsatte har opplevd tilsvarende overgrep som "ikke-motstandsdyktige" utsatte (Liem, et.al., 1997). I denne sammenhengen blir tilsvarende overgrep definert ut fra alvorlighet (jmfør juridiske definisjoner i kapittel 1.2.1.) og varighet. Men en sammenligning av kilder som beskrev sin populasjon som "motstandsdyktig" og velfungerende utvalg versus kliniske utvalg (jmfør tabell E og F i vedlegg 3), viste en tendens til at de utsatte som ble betegnet som "motstandsdyktig" og velfungerende, hadde opplevd mindre alvorlige overgrep, enn de utsatte i kilder som beskrev sin populasjon som kliniske utvalg (Merknad: i denne sammenhengen defineres mindre alvorlige overgrep som overgrep der overgriper i mindre grad var far/stefar/fosterfar og færre overgrep hadde inkludert samleie).

I hvor stor grad har "motstandsdyktig" utsatte opplevd omsorgsfull støtte i hjemmet mens de var barn? Hvilke familieforhold i barndommen har den "motstandsdyktig" utsatte opplevd?

Her er noen funn som berettiger disse spørsmålene:

- Seksuelle overgrep gir skadelige virkninger, men bare i familier hvor det er liten grad

av støtte fra foreldrene (Gold et.al. 1994).

- Det er den sosiale konteksten som er faktoren som avgjør virkninger etter seksuelle overgrep (Edwards & Alexander, 1992; Holman & Silver, 1996)

Dersom det er slik som disse studier viser, har hjemmeklima avgjørende betydning for i hvor stor grad den utsatte utvikler skader etter misbruket. De ovennevnte studier definerer ikke sine utvalg som velfungerende eller ”motstandsdyktig”. Et interessant spørsmål er derfor hvorvidt velfungerende eller ”motstandsdyktig” utsatte, har opplevd omsorgsfull støtte mens de var barn? Kan det tenkes at de ”motstandsdyktige” er utsatte som kommer fra mer ressurssterke hjem, og derfor har de flere ressurser til rådighet? Kan det tenkes at ”motstandsdyktig” utsatte har opplevd like alvorlige overgrep som ”ikke-motstandsdyktig” definert ut fra den juridiske betegnelsen: eksempelvis utuktig handling. Men i hvor stor grad andre forhold, som eksempelvis nærhet til overgriper er tatt med i vurderingen? Dette er viktig å klarlegge da en tendens viser at overgrep som begås av overgriper som bor i samme husstand både skjer hyppigere og varer over en lengre tidsperiode. I tillegg mister den utsatte den trygge, omsorgsfulle og støttende base som barndomshjemmet skal være. To studier (Harvey et.al., 1991 og Orbuch et.al., 1994) fant at incestofre hadde vanskeligere for å mestre virkningene, enn de som opplevde ikke familiær overgriper. Dette samsvarer med funn som viser at incestofre benytter flere både problemorienterte og emosjonell orienterte strategier, enn andre utsatte (DiLillo et.al., 1994). Betydningen av nærhet i relasjonen mellom overgriper og utsatt har det hittil blitt tatt lite hensyn til i de studier som er utført. Det kan derfor se ut som at utsattes forhold til overgriper innvirker på både grad av virkninger etter overgrepene og på valg av mestringsstrategier. Det kan derfor spekuleres i om de ”motstandsdyktig” utsatte er ”motstandsdyktige” fordi de har opplevd en overgriper som *ikke* bodde i samme husstand? I så fall har de en mindre stressende situasjon de skal mestre.

6.1.2. Karaktertrekk som fremmer ”Motstandsdyktighet”

Begrepet ”motstandsdyktighet” benyttes også som en egenskap eller et karaktertrekk. Dette har ledet forskere til å studere utvalg med ”motstandsdyktig” utsatte, og kartlagt trekk som går igjen. En har studert hvilke mestringsprosesser som benyttes, og hvilke mestringsressurser som disse har tilgjengelige. Tilstedeværelse av bestemte karaktertrekk kan også være en av flere forklaringer, på hvorfor akkurat den utsatte var *det barnet* i familien som ble misbrukt. I en studie utført av Monahan (1997), ble en utsatt og deres søster intervjuet (N=10 søskenpar). Monahan fant ulike karaktertrekk hos søstrene: den utsatte var en rolig type, mens den

utsattes søster, var en mer ”bråkete” type. Søstrene trodde at dette kunne forklare hvorfor de unnslopp overgrepene, da de mente at overgriper trolig fant risikoen for at ”søstrene” ville sladre for stor. Dette funnet er ikke bekreftet i andre kilder.

Nedenfor presenteres funn fra studier om karaktertrekk som går igjen hos velfungerende utsatte. Både begrepene ”motstandsdyktig” og velfungerende benyttes: Når funnene er hentet fra studier som har definert sitt utvalg som ”motstandsdyktig”, er denne betegnelsen brukt, og når funnene er hentet fra studier som definerer sitt utvalg som velfungerende, er betegnelsen velfungerende valgt.

Egenskaper som kjennetegnet de ”motstandsdyktig” utsatte, var at de hadde en *indre styrke og tro på at de kunne gjøre noe med situasjonen* (DiPalma, 1994; Himelein & McElrath, 1996). Denne egenskapen er viktig, fordi den kan ses på som en indre drivkraft til å komme seg ut av en vanskelige situasjonen. Det å *tro på og stole på egne krefter* hjalp de ”motstandsdyktige” til å ta viktige beslutninger i sine liv, som for eksempel å flytte hjemmefra, begynne på skole, og søke kontakt med nye venner (Valentine & Feinauer, 1993). Videre gir disse egenskapene den utsatte en forventning om en positiv mestring: de *skal* komme ut av situasjonen – selv om de ikke akkurat nå vet hvordan. Dette samsvarer med teori fra Lazarus og Folkman (1984) om hvor viktig et positivt selvbegrep er for en vellykket mestring (jamfør kapittel 2.1.1.).

For de velfungerende utsatte var *optimisme for fremtiden, evne til å nyttiggjøre seg muligheter, og et indre driv for å lykkes* karakteristiske trekk. Dermed ble å være flink i noe en mestringsstrategi, eksempelvis skoleflink, flink til sport, flink til husarbeid, flink til å passe søsken, eller flink til noe annet. Noen utviklet sine kreative ved å lage bilder med mer. Å være flink til noe var et viktig poeng, da denne egenskapen gav økt selvfølelse og økt mestringsforventning (DiPalma, 1994; Draucker, 1999; Himelein & McElrath, 1996; James, Liem & O’Toole, 1997). De velfungerende utsatte involverte seg i aktiviteter som var naturlig i deres livssituasjon. For noen var dette sport, mens for andre var dette å passe søsken, ta del i husarbeidet eller være en hjelp for andre. Når de velfungerende var flink til noe, ligger her implisitt at de sammenlignet seg med andre. Ved å tenke på denne måten kan en finne frem til livsskjebner som har det verre enn seg selv, noe som gjør livet lettere å leve. At det å sammenligne seg med de som har det verre øker helsen er også bekreftet i undersøkelser i utvalg med pasienter som har hjerteproblemer, kreft og opplevd voldtekt (Taylor, 1983). Å være engasjert gir både mening og motivasjon til å møte hverdagen, noe som kan forklare en opplevd optimisme for fremtiden, på tross av en vanskelige situasjon. Videre var et

karakteristisk trekk hos de ”motstandsdyktige” at de i *mindre grad klandret seg selv for overgrepet* (DiPalma, 1994; Liem et al., 1997; Ullman, 1997; Valentine & Feinauer, 1993). De utsatte som ansvarligjorde overgriper for overgrepet hadde best helse (Feinauer & Stuart, 1996). Dårligst helse og minst ”motstandsdyktig” var de som mente de selv var skyldige i overgrepet(ne). Dette samsvarer med teori om skyldfølelse og attribusjoner som presenteres i neste kapittel.

6.2. Andre forhold som innvirker på mestring av seksuelt misbruk

De andre to karaktertrekkene som innvirker på mestring av seksuelt misbruk er skyldfølelse og indre driv til å inneha maktposisjoner. Det ene av disse: *skyldfølelse*, kan gi svært skadelige konsekvenser for den utsatte. Det andre karaktertrekket: *indre driv for å inneha maktposisjoner* kan derimot fremme en positiv mestring. Jeg fant skyldfølelse nevnt i mange kilder, men bare utdypet i noen få, mens indre driv for å oppnå makt kun er omtalt i en kilde.

6.2.1. Utsatte som opplever sterk skyldfølelse

Noen få studier (Peters & Range, 1996; Turell & Armsworth, 2000; Ullman, 1997) har sett på virkninger av sterk skyldfølelse hos utsatte kvinner. En studie (Ullman, 1997) fant svekket selvaktelse hos utsatte som hadde sterk skyldfølelse. Dersom skyldfølelse er utviklet som barn, er den vanskeligere å endre, enn når den er utviklet hos voksne. Dette begrunnes med at voksne har lettere for å plassere skylden på andre enn seg selv. Utsatte med stor skyldfølelse søkte i mindre grad en mening med det som skjedde, og de hadde en dårligere tilheling etter overgrepet (Ullman, 1997). Dette kan forklares ved at disse utsatte allerede hadde en forklaring (attribusjon), nemlig at de selv var skyld i det som skjedde. Betydningen av å søke etter en mening med traumatiske hendelser vektlegges også i Taylors (1983) teori om bearbeiding av traumer.

En forklaring til hvorfor utsatte kan ha skyldfølelse

Utsatte som opplever sterk skyldfølelse over tid, vil handle i samsvar med denne følelsen som om det var en integrert del av personen – et karaktertrekk. Vi kan forstå den prosessen som skjer ved hjelp av attribusjonsteori. Axelsen (1996 s 52) forklarer dette slik:

”Selvoppfatningen bygger på den mening som personen har tillagt det som er opplevd - før og nå. Et menneske medvirker til sin selvoppfatning gjennom at fortolkninger av det som har skjedd i livet, i ettertid virker inn på hvem en tror en er”.

Som Axelsen beskriver kan barn bygge sin selvoppfatning på fortolkninger av det som har skjedd i livet (attribusjoner). Her kommer noen forklaringer (fortolkninger) for hvorfor utsatte barn utvikler skyldfølelse etter seksuelle overgrep.

- Barnet kan oppleve at det er delaktig i de seksuelle handlingene: Når seksuelt misbrukte barn blir fortalt at noe ved dem selv ("du er så uimotståelig flott"), eller deres adferd ("du kom jo frivillig") medvirket til at de ble seksuelt misbrukt, fører dette til både skyldfølelse og skamfølelse, og en integrert opplevelse av delaktighet. Barn tror ofte de er (med) ansvarlige i overgrepet, fordi barn tenker at de er skyldige i det som skjer dem.
- Å tro at en er medskyldig gir barnet en viss følelse av kontroll over situasjonen. Dersom barnet ikke hadde opplevd skyld og medansvar, hadde overgrepene blitt opplevd som "jordkjelv" eller handlinger som de ikke hadde noen kontroll over, en situasjon som i seg selv er helt uutholdelig.
- Kroppen vår kan gi reaksjoner selv om vi er uenige i handlingen. Et vanlig eksempel på dette siste er at vi ler når vi blir kilt. Seksuelt misbrukte barn kan derfor oppleve lystfølelse under overgrepet, og derfor tro at fordi de opplevde noe som positivt, er de medskyldige i at overgrepene skjedde.
- Barnet kan ha blitt fortalt av overgriper at de er den ansvarlige, og som barn tror en ofte at virkeligheten er slik de voksne beskriver den. Denne troen på medansvar er også blitt aktivert gjennom hemmeligholdelse, kroppslige reaksjoner, og handlinger som får barnet til å føle seg involvert (Furniss, 1991).

I en tabell 4 presenteres eksempler på attribusjoner som kan gi skyldfølelse, lav selvfølelse og depresjon. Disse attribusjonene er vanlige hos 40 – 80% av utsatte kvinner. Tilstedeværelse av sterk skyldfølelse kan være svært alvorlig for utsatte. Betydningen av å plassere ansvar for overgrepet på overgriper, kan derfor ikke understrekes sterkt nok. Både pårørende og det offentlige hjelpeapparatet kan hjelpe den utsatte, dersom de legger ansvaret for overgrepet på overgriper (Toverud, 1998). En forsvarlig sykepleie i møte med utsatte som sliter med skyldfølelse, vil være å hjelpe dem til å plassere av ansvar for overgrepet på overgriper – seksuelle overgrep er aldri barnets ansvar. Det er alltid de voksnes ansvar å sette grenser. Men den utsatte trenger ikke bare å høre at overgrepet var overgripers feil, hun må forstå dette selv. Lazarus (1993 B) kaller dette skillet for henholdsvis kognitiv innsikt og emosjonell innsikt, og det er den emosjonelle innsikten som er den essensielle. Den emosjonelle innsikten gjør en viktig forskjell, og en kan si denne innsikt forstår med hele kroppen, ikke bare med hodet. For

å hjelpe voksne utsatte med en ansvars plassering fra kognitiv til emosjonell innsikt, kan en stille følgende type spørsmål til den utsatte: Hva mener du *du som barn* kunne ha gjort? Og hva tror du ville ha hendt dersom du hadde forholdt deg slik? (Dahl, 1996). Poenget er å få den utsatte til å stille spørsmål ved de tanker som hun har, og se at hun som barn tenkte som et barn, og som barn har man ikke mulighet til å tenke eller handle slik som en voksen ville gjort. Det er her viktig å huske på attribusjonsendringer også er identitetsendringer, og at en slik prosess kan ta tid. En forsvarlig sykepleie vil derfor være å stille spørsmål ved de forklaringer som den utsatte har som kan forsterke en skyldfølelse, og å gi den utsatte tid til å ta innover seg andre måter å tenke på.

Tabell 4 - Vanlige attribusjoner hos seksuelt misbrukte barn

Tema	Barnets forklaring – Attribusjoner	Sett med voksne øyne
Ettergivenhet (80%)	Jeg gjorde ikke fysisk motstand, derfor ønsket jeg trolig sex	- Maktubalansen gjør det vanskelig for barn å se nei - Det er vanlig at barn adlyder voksne
Hemmeligholdelse (96%)	Jeg sa ingenting, derfor må jeg ha likt det, og ønsket at det fortsatte	- angst for ikke bli trodd og for at overgriper skal bli voldelig gjør at barn ikke forteller - 40% sa ikke noe pga fysisk vold
Forførende (62%)	Jeg likte nærheten med far, det var min feil fordi jeg ikke skrek eller dyttet han vekk	- adferd som av voksne kalles forførende kan ikke benyttes om barn som ikke verken kjenner til sexliv eller dets konsekvenser
Seksuell nysgjerrighet	Barn som blir introdusert i sexlivet av eldre brødre, og oppmuntres til å stille spørsmål	- når barn spør om sex betyr ikke dette at de ønsker å se kjønnsorganer eller vil ha sex
Fysisk nytelse (58%)	Det må være unormalt å oppleve nytelse ved antasting	- det er normalt å bli opphisset og få orgasme selv om en samtidig føler ubehag og vet at det som skjer er galt
Emosjonell nytelse (64%)	Jeg utnyttet situasjonen til min fordel og oppnådde fordeler jeg ellers ikke ville hatt	- Det er de voksne som må sette grenser
Bedre forhold til overgriper (49%)	Barn tror de innledet et seksuelt forhold for å få et bedre forhold til overgriper	- alle positive følger ved overgrepet blir fulgt av andre ubehagelige følger
Seksuell frustrasjon hos far (43%)	Barn tror det er deres plikt å imøtekomme fars behov og sette til side egne behov	- størstedelen av overgripere har et sexliv med voksne samtidig med misbruket (Jehu, 1990)

Sammenheng mellom å oppleve skyldfølelse og selvskading

Et annet område som er undersøkt er selvskading. To studier fant en sammenheng mellom selvskading og sterk grad av skyldfølelse (Peters & Range, 1996; Turell & Armsworth, 2000). Den forståelse av selvskading som disse studiene legger til grunn er direkte fysisk skade mot seg selv og suicidale tanker/handlinger. Når forskere har kartlagt sammenhenger mellom selvskading og forhold ved overgrepet, familie og helse til utsatte som selvskader seg fant de:

- At incestofre som selvskadet seg hadde opplevd overgrep med lengre varighet, større hyppighet, alvorligere misbruk, og overgriper som var en forelder.

- At utsatte som selvskadet seg hadde høyere grad av depresjon og dissosiasjon. Det er en logisk sammenheng mellom depresjon, dissosiasjon og selvskading som kan forklares på følgende måte. Når en er deprimert har en lave tanker om seg selv, og en tenker gjerne at en selv ikke fortjener å ha det godt, derimot fortjener en smerte. Dissosiasjon gjør at personen blir ”fjern” i forhold til de handlinger og tanker som han har. Derved er det enklere å selvskade seg for utsatte som er deprimerte og bruker dissosiasjon som mestringsstrategi.
- At utsatte som selvskadet seg oftere kom fra hjem der det forekom rusproblemer, og de hadde oftere opplevd både fysisk og psykisk misbruk i tillegg til det seksuelle misbruket (Peters & Range, 1996; Turell & Armsworth, 2000).

Et nøkkelord for å forstå og behandle problematikken om selvskading er *legemliggjøring* (Turell & Armsworth, 2000; Young, 1992). Derfor kommer først en forklaring av dette begrepet. Young sier at begrepet legemliggjøring forteller hvordan ens *selv* (identitet) er opplevd i og gjennom kroppen. Legemliggjøring bygger på en forståelse av kroppen som: den levde kroppen i motsetning til medisinsens begrep: den objektive kroppen. Den levde kroppen kan defineres på følgende måte: ”Den levde kroppen er objekt og subjekt samtidig, bevisst reflektert over og ureflektert, noe vi både er og har, den som handler, fortolker og (be)griper, og den som blir behandlet, fortolket og (be)grepet” (Råheim, 1997 side 119). En forskjell mellom den levde kroppen og den objektive kroppen er at den levde kroppen også inneholder personens erfaringer, mens den objektive kroppen er en betegnelse på de fysiologiske organer og kjemiske reaksjoner som er i enhver menneskekropp.

Når forfattere som Armsworth, Turell og Young sier at legemliggjøring er nøkkelen for å forstå og behandle selvskading hos utsatte, bygger de sin tenkning på at overgrepet har satt sine spor (erfaringer) i kvinnens kropp, og at disse erfaringene kommer til uttrykk gjennom handlinger som selvskading: under overgrepet ble den utsattes kropp påført en uutholdelig psykisk smerte, og fysisk selvskading blir da en måte å mestre situasjoner hvor denne psykiske smerteopplevelsen aktiveres. Den fysiske selvskadingen medfører en fysisk smerte som overdøver den psykiske smerten, og derved blir situasjonen enklere å håndtere for den utsatte (Herman, 1995). Derfor kan selvskading hos utsatte forstås i lys av det seksuelle misbruk som har funnet sted. For å behandle selvskading kan derfor en tilnærming bygget på en forståelse av dissosiasjon som mestringsstrategi, og en rekonstruksjon av traumet, bringe klarhet i forhold som fremstår som usammenhengende i den utsattes liv. Den utsatte får

anledning til å bearbeide traumet og til å redusere og ta kontroll over noen av de følelser som oppleves som farlige. Jeg må gjøre oppmerksom på at den form for behandling som nevnes her, ikke er en del av den kompetanse som gis ved gjennom vanlig sykepleierutdanning, og at noen fagmiljøer stiller spørsmål om en rekonstruksjon fremmer utsattes mestring i enhver situasjon? (jamfør kapittel 5.1.2.).

6.2.2. En indre drivkraft for å oppnå makt

En mestringsressurs jeg kjente lite til før jeg startet med denne oppgaven er: drivkraft for å oppnå makt. Finkelhor og Browne (1985) forklarer at som følge av maktesløshet kan utsatte (spesielt menn) oppsøke situasjoner der de kan kontrollere andre (jamfør kapittel 3.2.4). Hos kvinner kan maktesløsheten også gi utslag i ønsker om makt, men sjeldnere maktmisbruk. Et driv for å oppnå maktposisjoner hos kvinner, kommer oftest til uttrykk gjennom karriere. Jeg fant kun to studier som handler om kvinners opplevelse av makt – avmakt i forhold til seksuelle overgrep. Den ene studien har sett på sammenhengen mellom attribusjonene indrestyrt versus yrestyrt og helse, og den andre studien har sett på betydningen av karaktertrekket: behov for makt. Disse to studiene vil bli sett i sammenheng, da det finnes en nær forbindelse mellom de to. En person som opplever å ha makt, vil indirekte oppleve å ha kontroll over en del situasjoner, og derved være indrestyrt.

For de utsatte som opplevde de alvorligste overgrepene var det av stor betydning å være indrestyrt. De utsatte som opplevde de alvorligste overgrepene og var yrestyrt hadde størst problemer med psykiske virkninger etter overgrepet, mens de kvinnene som hadde opplevd alvorlige overgrep og var indrestyrt opplevde mindre virkninger (Porter & Long, 1999). De implikasjoner som Porter og Long mener at denne studien har, er at terapeuter må arbeide for å styrke den utsattes opplevelse og tilstedeværelse av indre kontroll. Et eksempel på hvordan dette kan gjøres er vist i programmet *Women`s Safety in Recovery* (se vedlegg 6).

Behov-for-makt som begrep er definert som en interesse (eller driv) for å gjøre inntrykk på andre, eller oppnå godt omdømme og prestisje (Winter, 1988 i James et al., 1997). Dette karaktertrekket kan komme til uttrykk på mange sosialt akseptable måter. Her er noen eksempler: ved å være en vinner, ved å oppnå respekt og bli godt likt, ved å utføre en viktig oppgave, ved å gi bort eiendeler, eller ved å være markant selvoppofrende og beskjeden (Lips, 1991 i James et. al., 1997). Resultatet fra denne studien (N = 4) viste at behov for makt

kom til uttrykk på en rekke sosialt akseptable måter, og at denne egenskapen var viktig for bearbeidingen etter overgrepet. Metodisk gir en studie alene ikke grunnlag for å trekke konklusjoner om et fenomen, men studiens troverdighet kan økes/svekkes ved å sette resultatene inn i andre sammenhenger om samme tema. Derfor ses studiene til Porter & Long, (1999) og James, et.al. (1997) samlet. Begge studiene tar opp sentrale tema knyttet til selve overgrepet og virkninger etter dette. Den maktubalanse og avmaktsfølelse som oppstår ved seksuelle overgrep, er avgjørende i forståelsen av hva seksuelt misbruk dreier seg om (jamfør psykologiske definisjoner i kapittel 1.2.1.). Derfor virker det sannsynlig at utsatte som bevarer styringen og kontrollen i eget liv, har en økt mestringsforventning og bedre helse.

Studien til James et al. (1997) beskriver 4 kvinner som sier de oppnår økt mestring som følge av at de får utøve ”makt”, på sosial akseptable måter. Et annet funn som kommer fram i den samme studien, er at alle fire opplever relasjonsvansker. Dette forundrer meg, fordi jeg tenker at de som oppnår en vellykket karriere, ikke sliter med relasjonsvansker, – eller kan de det? Ja, de kan det, og i kapittel 6.3.2.kommer noen forklaringer til dette.

6.3. Samhandlingsmønstre mellom utsatte og deres nettverk

For å forstå hvordan samhandlingsmønstre innvirker på mestring av seksuelt misbruk, vil det i dette kapittelet bli tatt opp hvilke samhandlingsmønstre som fremmer en positiv mestring hos utsatte barn. Dette tas med fordi det gjør det mulig å forstå hvordan utsatte voksne kvinner opplever sine relasjoner, og hvilke forhold de har opplevd i barndommen som har hatt betydning for deres mestring. Lazarus (1993 B) sier at en som skal hjelpe en annen person til å mestre må kjenne til personens tidligere mestringsforsøk. Når sykepleiere skal hjelpe utsatte i deres mestring, blir dette forhold som er viktige å ha kunnskaper om.

6.3.1. Støtte fra hjemmet øker muligheten for en positiv mestring

Når barn skal mestre traumer påvirkes de av sine omgivelser. De barn som opplever støtte, trygghet og omsorg i sin nære krets, får en bedre mulighet til å bearbeide traumet, og utvikle de egenskaper som hjelper en til å mestre senere i livet, for eksempel problemsløsningsevnen og den sosiale kompetansen. Derved økes muligheten for en positiv mestring. De barn derimot, som ikke opplever støtte, trygghet og omsorg i hjemmet, for eksempel fordi de bor under samme tak som overgriper, vil i større grad bruke dissosiasjon som mestringsstrategi (Dorado, 1999; Sheiman, 1999), og derved svekkes muligheten for en positiv mestring.

En faktor som virker inn på mestring av seksuelt misbruk er *antall samtidige stress-situasjoner*. Med samtidige stress-situasjoner menes flere samtidige tilleggsbelastninger som tap av en forelder, skillsmisse, flytting, konflikter mellom foreldrene, dominerende foreldre, med mer. Funn fra studier viser at de ”motstandsdyktige” barna har vokst opp under mer stabile familieforhold, og de har opplevd en mindre grad av tilleggsbelastninger, både før og etter overgrepet (Edwards & Alexander, 1992; Liem et.al., 1997). Ustabile familieforhold er vanlig i familier der seksuelle overgrep forekommer (Jehu, 1990; Reis & Heppner, 1993; Spaccarelli, 1994; Testa, Miller, Downs & Panek., 1992). Derfor tas det med en forklaring på hva ustabile familieforhold kan føre til for utsatte barn.

Barn som vokser opp innenfor rammen til den ustabile familien, har flere samtidige stresssituasjoner de må takle. Jo flere samtidige stresssituasjoner som oppstår for barnet, desto mer krefter må barnet bruke på å mestre stresset. Derved vil helsenivået hos barnet bli svekket, noe som vil påvirke barnets valg av mestringsstrategier (Lazarus & Folkman, 1984). Dersom barnet opplever for mange stresssituasjoner, som det ikke vet hvordan det skal møte, kan det å late som om problemet ikke eksisterer være en mestringsstrategi. Dette kan være én forklaring på hvorfor barn mestrer seksuelt misbruk med benekting og fortrenging. Andre forklaringer kan være at de *ikke* har utviklet egenskapene problemløsningsevne og sosial kompetanse. Disse ferdighetene utvikles hos barn i samspill med deres miljø, gjennom oppveksten. Her vil foreldrenes rolle være sentral, både som rollemodell, og som oppdrager overfor barnet. Da mange foreldre i ustabile familier mangler sosiale ferdigheter (Jehu, 1990), vil de heller ikke kunne veilede sine barn i disse ferdighetene. Et barn som opplever flere samtidige stresssituasjoner og som i liten grad stimuleres til problemløsningsevne og utvikling av sosial kompetanse, vil ha svekket mulighet for positiv mestring.

Selve samhandlingsmønsteret innad i familien, og hvilken betydning dette har for den utsatte er et annet område som er undersøkt. Familien og nettverkets *evne til å gi støtte*, er avgjørende når den utsatte skal mestre overgrepet. De som opplever sosial støtte, har færre psykologiske virkninger etter seksuelle overgrep (Lam & Grossman, 1997; Testa et.al.1992; Ullman,1996 B). En særs viktig rolle har foreldrene. De ”motstandsdyktige” barna hadde opplevd støtte hjemmefra. Fordi *barn* mangler de ressurser *voksne* har utviklet, vil manglende støtte fra foreldrene være svært skadelig (Testa et.al., 1992). Å gi sosial støtte til barn innebærer andre elementer enn å gi sosial støtte til voksne (jamfør kapitel 1.2.2. og 2.1.4.).

Å fortelle noen om overgrepet var viktig. De som tidlig, det vil si innen et år, fortalte om overgrepet: klandret seg selv i mindre grad, og opplevde mindre ubehageligheter (Ullman, 1996 A). Dette kan forklares med at denne handlingen, også er ”startsskuddet” på bearbeidingsprosessen (Harvey et.al., 1991). Å få støtte i bearbeidingsprosessen, hjalp barna bl.a. til å vurdere hendelsen på en mindre skadelig måte (Spaccarelli & Kim, 1995). Voksne trenger ikke vite med sikkerhet at seksuelle overgrep mot barn har skjedd for å kunne hjelpe barnet til å mestre denne hendelsen. Og i situasjoner der de voksne vet at seksuelle overgrep har skjedd trenger de ikke å vite alle detaljer for å kunne være til hjelp! Det er viktig for barn at de voksne også tar mistanke om overgrep på alvor, blant annet ved å beskytte barnet mot den som mistanken rettes mot. I ettertid kan det for barnet være godt å vite at foreldrene tok barnet på alvor, selv om de var usikre. Å fortelle om overgrep kan være vanskelig for barn av flere grunner. Barnet kan mangle det språket som skal til for å beskrive seksuelle handlinger. Andre forklaringer på at barnet tier om overgrepet kan være: at barnet tror det er deres skyld at overgrepet fant sted (jamfør kapitel 6.3.1.), og barnet kan være redd for familiens reaksjoner (se kapitel 5.3.). ”Traumet og hemmelighets-syndromet er to vesentlige omstendigheter som gjør det meget vanskelig for barn å snakke om overgrepsopplevelsene” (Mossige & Jensen, 1996 s 196). Også voksne utsatte har vansker med å fortelle om overgrep på en måte som gjør at dette blir tatt på alvor (jamfør kapittel 2.1.2. og 3.3.6.). Den respons som utsatte mottar, når de avslører sin hemmelighet om seksuelt misbruk, er også en av de faktorer som er avgjørende, for hvordan selve mestringen av overgrepet vil bli. Flere studier viser at de som *ble trodd og fikk hjelp*, hadde mindre helseproblemer enn de som fikk negativ eller manglende respons (Harvey, et.al., 1991; Testa et.al., 1992; Ullman, 1996 A og B). Å bli trodd hjalp den utsatte til å tro på seg selv (Valentine & Feinauer, 1993).

Det er særs skadelig for barn å få høre at de dikter opp historien, og at de utbroderer eller feiltolker det som skjedde. Det er derfor ikke *alltid* at det er ”det beste for barnet” når seksuelle overgrep blir avslørt (Testa et. al. 1992). Dersom avsløringer om seksuelle overgrep skal være tjenelig for den utsatte, må den som mottar avsløringen: tro på det som blir fortalt, og være villig til å lytte til hvordan den utsatte har det. En må ikke ignorere eller reagere negativt på det som fortelles (Schachter et.al., 1999). Men, det er ikke å tro på den utsattes betroelser som er den vanligste reaksjonen. En studie viste at kun 1 av 23 kvinner ble trodd da de fortalte om overgrepet (Armsworth & Stronck, 1999), og hele 26 – 60% fikk ikke den hjelp de trengte, selv om de fortalte om overgrepet til flere personer (Testa et.al., 1992; Ullman, 1996, A;). At det er skadelig når familie og venner ikke ønsker /vil å høre, er også bekreftet

ved andre former for livskriser: som konemishandling, kreft, og dødsfall (Andrews & Brown i Harvey et. al. 1991; Ullman, 1996 A).

6.3.2. Utsattes relasjoner til nettverket

Vi kan forklare hvorfor utsatte har relasjonsvansker med teori fra Finkelhor og Browne (1985). Utsatte kan ha vansker med å etablere og utvikle nære relasjoner til andre mennesker som en følge av opplevd svik (jamfør kapittel 3.2.2.). Det som skades er evnen til å finne ut hvem som er til å stole på, og derfor kan den utsatte få mistillit til andre mennesker. Derfor er det vanlig at utsatte isolerer seg, og at de i mindre grad benytter sitt nettverk (Gibson & Hartshorne, 1996). Dermed mister utsatte den sosiale støtte som gis i et sosialt nettverk (jamfør kapittel 2.1.2.) Utsatte kan også oppleve svik fra nære familiemedlemmer dersom disse ikke tar alvorlig det den utsatte forteller. At utsatte har relasjonsvansker er bekreftet i en rekke studier (jamfør tabell 1, og kapittel 3.3.4.). Dette funnet bekreftes også i Christensen (2000), som intervjuet 9 kvinner om deres erfaringer knyttet til seksuelle overgrep i barndommen. Hun fant at alle sine informanter opplevde hverdagen preget av vanskelige relasjoner. I relasjonene til mødre, søsken og partner opplevde noen utsatte sosial støtte, andre ikke. Muligens kan det være slik at vanskelige relasjoner er en virkning som følger med seksuelle overgrep i en rekke tilfeller. Nedenfor presenteres noen av Christensens funn:

Tabell 5 – Utsattes relasjoner til far, mor, søsken og partner

Relasjon til far	Relasjon til mor	Relasjon til søsken	Relasjon til partner
Erfaringer omkring far som et offer	Erfaringer knyttet til å ha et avklart forhold til mor	Erfaringer knyttet til det å ha god kontakt med søsken	Erfaringer knyttet til det å ha god støtte av partner
Erfaringer omkring fars negative egenskaper	Erfaringer knyttet til det å ta et oppgjør med mor	Erfaringer knyttet til det å passe på søsken	Erfaringer knyttet til problemer med nærhet
Erfaringer knyttet til hva far faktisk har gjort	Erfaringer knyttet til å føle seg tvunget til taushet	Erfaringer knyttet til at søsken ikke vil forholde seg til det	Erfaringer knyttet til å støttet seg for mye til partner
Erfaringer knyttet til å ha en far som overgriper	Erfaringer knyttet til å føle seg sviktet av mor	Erfaringer knyttet til det å være redd for å falle inn i gamle roller	Erfaringer knyttet til det å ha problemer med seksualitet
Erfaringer knyttet til å ha en far som en voldelig person	Erfaringer knyttet til å ha en mor som tier	Erfaringer knyttet til det å ha halvsøsken som er slekt med overgriperen	Erfaringer knyttet til å velge et liv uten partner (Christensen, 2000)

Ingen av Christensens informanter, opplevde positive relasjoner til far, noe som kan forklares med at i hennes studie var alle overgripere fedre. Å bli utsatt fra seksuelt misbruk fra en far eller stefar er de mest skadelige overgrepene, fordi de utsatte her opplever en dobbelt omsorgssvikt: den utsatte blir påført et traume av den person som barnet har et tillits- og

avhengighetsforhold til, og fordi barnet mister den støtte og omsorg som skal til i oppveksten, for å takle påkjenninger og utvikle en trygg og harmonisk personlighet. (Jmfør familiesamspill som fremmer motstandsdyktighet i kapittel 1.2.3.).

Som vi ser i tabellen ovenfor er ikke sosial støtte den vanligste erfaringen hos utsatte, når de forteller sine mødre at de er blitt seksuelt misbrukt av sin far (jmfør kapittel 5.3. om hvorfor mødre kan ha vansker med å tro at deres barn har opplevd seksuelle overgrep). Christensen`s funn viser at de utsatte både fikk støtte og opplevde manglende støtte fra søsken og partnere. Christensen (2000, side 71) sier om sin studie at incest skaper en enorm splittelse i familien, og at ”det kan se ut som at både utsatte kvinner bryter kontakten med familien, og familien har en tendens til å bryte med dem som snakker åpent ut om seksuelle overgrep”. Derfor kan utsatte kvinner ha relasjonsvansker fordi de bringer et tabu tema inn i familien, og for familien kan dette være vanskelig å forholde seg til (jmfør kapittel 5.3.). Dersom det er slik at utsatte kvinner har liten kontakt med sine familier, mister disse kvinnen de funksjoner som familienettverket vanligvis ivaretar. Eksempler på slike funksjoner er tilhørighet, bekreftelse på egenverdi, det å kunne regne med hjelp, og noen å søke råd og veiledning hos, som alle er viktige mestringsressurser.

Som vi ser så kan relasjonsvansker hos utsatte både forstås fordi den utsatte unngår nærhet og derfor kan isolere seg, som en virkning etter overgrepene, og relasjonsvanskene kan være knyttet til manglende støtte hjemme. Da mange utsatte kan ha relasjonsvansker tas det med noen holdninger som sykepleiere kan bruke for å styrke den utsatte i hennes relasjoner. Rådene har tatt utgangspunkt i begrepet sosial kompetanse, da manglende samhandling med andre personer, kan gi svekket evne til sosial kompetanse, og rådene skal derfor styrke den utsattes evne til sosial kompetanse.

Eksempel 23 – Viser områder som styrker utsattes sosiale kompetanse

- Oppmuntre den utsatte til å ta og stole på egne valg.
- Klargjøre konsekvenser ved ulike valgalternativer, for på denne måten å styrke utsattes tro og evne til indre kontroll.
- Bevisstgjøre den utsatte på deres behov for (og tilstedeværelse av) makt i deres liv, for å styrke evnen til kontroll i sosiale samhandling.
- Gjennom å være en rollemodell i samtaler kan sykepleiere lære den utsatte hvordan en kommuniserer passende og effektivt.
- Å kunne samarbeide med andre på en effektiv måte, handler om at en har likeverdige relasjoner og at begge parter er tydelige i sin tale. Å bevisstgjøre den utsatte på å leve i samsvar med egne grenser og behov, og styrke henne i å kommunisere sine meninger på en utvetydig måte, kan derved være to av mange ledd for å bygge opp et konstruktivt samarbeid.
- Det siste punktet som er en del av det sosiale kompetansebegrepet er evnen til å oppleve sosial støtte. Dette forutsetter at den utsatte har personer i nettverket som hun stoler på, og som hun opplever trygghet og tillit i forhold til, og som hun kan oppleve likeverdighet i forhold til.

Den utsatte kan gjennom samhandling med nettverket eller gjennom veiledning og samhandling med en sykepleier lære hvordan man blir kompetent i sosiale relasjoner. Mens temaer som evne til å være nær andre og evne til å ha tillit til andre kan være tema i samtalebehandling som psykoterapi.

En faglig forsvarlig sykepleie vil være å avklare sammen med utsatte hvilke relasjoner som er støttende og hvilke som ikke er det. Derved kan den utsatte oppnå en økt innsikt i egne relasjoner. Noen ganger kan familierelasjoner være både støttende og nedbrytende samtidig. Når en er oppmerksom på slike forhold blir, det ”enklere” for den utsatte og forholde seg til dem. Forhold rundt den nære familie og venner er forhold som kan være vanskelige for andre å forstå, og som sykepleiere bør vi ha ydmykhet i slike situasjoner, og ikke komme med råd ut fra hva vi tro er best, men hjelpe den utsatte med å finne frem til hva hun mener er best. Hva som er best for den utsatte kan variere i ulike faser av bearbeidingen.

Som en forlengelse av dette kapittelet blir kapittel 8.1.2., 8.1.3. og 8.1.4. Forskjellen mellom disse kapitlene er at i kapittel 6 beskrives mestringsressurser som påvirker utsattes mestring, mens kapittel 8.1. beskriver hvordan sykepleiere kan styrke utsattes mestringsressurser.

“Only the opportunity to talk about the trauma and to express sorrow, injury and rage makes it possible to cope with. Marked changes in the course of the therapy with mental disorders can be noticed after they talk about their incest experiences”.
Kinzl & Biebl, 1991s 430

7.0. MESTRINGSSTRATEGIER VED SEKSUELT MISBRUK

Mestringsstrategier ved seksuelt misbruk kan deles i to former: den ene formen er hvor en nærmer seg traumet, den andre formen er strategier som benyttes til å unngå traumet (jamfør kapittel 2.1.) De mestringsstrategier hvor en nærmer seg tema gjør at evnen til å oppfatte signaler fra omgivelsene og seg selv øker. En blir mer oppmerksom kognitivt og emosjonelt, noe som øker muligheten for å hente inn den informasjon som en trenger for å mestre situasjonen (Roth & Newman, 1993). Roth & Newman sier, i samsvar med sitatet i innledningen av kapittelet, at traumer bare kan bearbeides og integreres gjennom strategier hvor en nærmer seg traumet. Dette ser jeg i samsvar med Lazarus sitt prinsipp nummer 3 og 4 (jamfør kapittel 2.3.), hvor hjelp til mestring forstås som at en bringer inn ny forståelse hos klienten. For utsatte vil dette si at de får hjelp til å forstå hvilke av deres problemer som kan settes i sammenheng med traumet (jamfør *Women`s Safety in Recovery* i vedlegg 6). Samtaler med utsatte om traumet kan gjøres på flere måter, og i eksempel 19 i kapittel 5.1. og 26 i kapittel 8.1.4. viser to måter. Et forbehold må tas med: tilnæringsstrategier kan være direkte skadelige dersom utsatte ikke har kontroll med prosessen (Roth & Newman, 1993). Unngåelsesstrategier virker motsatt. De gjør at evnen til å oppfatte signaler fra seg selv og omgivelsene reduseres, og derved mister en informasjon som muligens kunne ført til en mer positiv mestring. Utsatte som dissosierer benytter unngåelsesstrategier. Dette medfører at de unngår sider ved seg selv og sitt liv, og derved unngås en bearbeiding av traumet. Virkninger etter traumet og redusert livskvalitet blir konsekvensen (Roth & Newman, 1993). Men utsattes strategier ”i det virkelige livet” er ikke så todelt og entydig som det her framstilles. Og mange utsatte mener unngåelsesstrategier var viktige for deres mestring. En studie (Leitenberg et.al., 1992) fant at unngåelsesstrategiene *ikke* var nyttige, selv om utsatte i undersøkelsen mente dette. Samme studie fant at de som opplevde flest skadelige virkninger, var de utsatte som ”unngikk” i størst grad. Disse funnene kan forklares på 2 måter. Den ene forklaringen er at unngåelsesstrategier er mest skadelige. Den andre forklaringen er at de utsatte som opplever størst skadelige virkninger, også benytter unngåelsesstrategier.

De kilder som denne oppgaven bygger på, kan gi en støtte til den siste forklaringen. Ved å dele kildene i klinisk eller ikke- klinisk utvalg (jamfør tabell E og F i vedlegg 3), fant jeg forskjeller i hvordan studiene definerte hva som skulle mestres. *Studier basert på kliniske utvalg* definerte dette som mestring av uutholdelige følelser, maktesløshet, hjelpeløshet og manglende kontroll (Draucker, 1995; Morrow & Smith, 1995), skyldfølelse (Peters & Range, 1996; Ullman, 1997), og selvskading (Peters & Range, 1996; Turell & Armsworth, 2000). *Studier basert på ikke-kliniske utvalg* vektla i mindre grad mestring av vanskelige følelser, og de beskrev mer konkrete handlinger og samspill som hadde hjulpet den utsatte til å mestre. Mitt inntrykk er at de mestringsstrategier som utsatte fra kliniske utvalg beskriver, er strategier som skal hjelpe dem å mestre en uutholdelig hverdag – i nåtiden. Mens informanter fra studier basert på ikke kliniske utvalg forteller hva de gjorde i fortid for å mestre. En naturlig forklaring på dette kan være at utsatte i kliniske utvalg er midt opp i en bearbeidingsprosess, mens utsatte i ikke kliniske utvalg kan ha bearbeidet traumet ferdig. Andre forklaringer kan være at utsatte i kliniske utvalg har opplevd alvorligere overgrep, og flere samtidige stressituasjoner, og at de hadde færre mestringsressurser tilgjengelige. Da litteraturen beskriver forskjell i mestringsstrategier hos klinisk versus ikke klinisk utvalg, vil presentasjonen av mestringsstrategier også være inndelt på denne måten.

7.1. Mestringsstrategier benyttet av utsatte i kliniske utvalg

En av mestringsstrategiene som gir helse i kliniske utvalg er *søking etter mening*. Ullman (1997), fant en korrelasjon mellom stor skyldfølelse og søking etter mening: de utsatte som i liten grad søkte etter en mening var de som hadde størst skyldfølelse (jamfør 1. avsnitt i kapittel 6.2.1.). Denne gruppen utsatte hadde en dårligere tilheling etter overgrepet. Dette funnet blir bekreftet hos Draucker (1995) som fant at utsatte som hadde funnet en mening, var i mindre grad preget av skyldfølelse og isolasjon som voksne. Andre strategier benyttet av de utsatte var at de forsøkte å flykte unna sterke emosjoner ved å *ruse seg, spise, sove og å bli deprimerte* (jamfør kapittel 3.2.2. og 3.2.3.), som er eksempler på unngående emosjonelle strategier. På disse måtene klarte de å ”bedøve” smerte som overgrepet hadde påført dem. Noen utsatte forsøkte å *gjemme seg for overgriper, og å be overgriper slutte med overgrepene*, uten å lykkes (Morrow & Smith, 1995). Disse strategiene viser at den utsatte forsøker å flykte fra overgrepene uten å lykkes, og at de derfor bedøver smerten med å ruse seg, sove, spise eller bli deprimerte. Disse strategiene er både unngående problemorienterte og emosjonelle strategier.

En strategi som var felles for både klinisk og ikke klinisk utvalg var det å *omdefinere hva overgrepet innebar*. Dette er en kognitiv unngående strategi som benyttes for å beskytte seg selv, beskytte overgriper, eller beskytte status i familien (Perrot et.al., 1998; Smith & Morrow, 1995). Der den utsatte ikke ser muligheter til å slippe unna overgrepene, kan hun redusere sin egen smerte ved å si til seg selv og at det som skjer er noe annet enn det som faktisk hender. For barn kan også omdefinering være en strategi for å oppnå ”kontroll”. Ved å si til seg selv at dette er noe *jeg gjør*, kan barnet tro/oppleve at hun har kontroll (jamfør kapittel 6.2.1.).

7.2. Mestringsstrategier benyttet av utsatte i ikke klinisk utvalg

En viktig forskjell mellom utsatte i kliniske versus ikke kliniske utvalg var at utsatte i ikke kliniske utvalg benytter nettverket i sin mestring. De *avslørte og diskuterte overgrepet med flere personer, de omdefinerte det som skjedde, og de nektet seg selv å tenke på overgrepene* (Himelein & McElrath, 1996; Perrot, et.al., 1998; Romans et.al., 1999). Ved å dele sine opplevelser med andre, fikk den utsatte hjelp både til å plassere ansvar på overgriper, hjelp til å finne mening og forståelse for det som skjedde, og hjelp til å bearbeide traumet. Dette er et viktig poeng ved positiv mestring. Samtaler som innebærer støtte på en empatisk måte, hjelper den utsatte til å vurdere overgrepet på en måte som gir bedre helse (Orbuch et.al., 1994; Spaccarelli & Kim, 1995). Ved å la være å tenke på det smertefulle, klarer en å holde følelsene i sjakk. På denne måten kan en redusere den smertefulle erfaringen som et seksuelt overgrep kan være. De strategiene som er beskrevet ovenfor er, i følge Lazarus og Folkman (1984) eksempler på både problemorienterte strategier og emosjonelle strategier. Det snakke med andre om misbruket er en problemorientert strategi. Å endre sine tanker og sin forståelse av en hendelse i en bearbeidingsprosess, er en form for positiv omdefinering, som er et eksempel på en åpen kognitiv strategi. Det å nekte seg selv å tenke på overgrepene er en kognitiv unngående strategi (jamfør kapittel 2.1.).

Andre mestringsstrategier som ble beskrevet som nyttige var: *dagdrømming og det å flyktet inn i litteraturens verden, musikkens verden, kunstens verden, med mer*. Denne flukten gav en frihet eller pause fra det vanskelige, og på denne måten kunne en skape et sted der det var trygt å være (DiPalma, 1994; Draucker, 1999; Long & Jackson, 1993; James et.al., 1997). Disse strategiene er eksempler på emosjonelle unngående strategier, da disse kan sette individet inn i en annen emosjonell tilstand. Ved å bevisst flytte fokus fra en vanskelig hverdag til noe kontrollerbart og behagelig, klarte de utsatte å mestre overgrepet på en positiv

måte. Dersom en ved hjelp av fantasier og estetiske uttrykksformer kan skape seg ”et trygt rom” i hverdagen, gir dette en følelse av positiv mestring. Noen utsatte har lettere for å anvende denne form for mestringsstrategi, da de er flinkere til å avlede seg selv fra vanskelige emosjoner. De ovennevnte mestringsstrategier samsvarer med teori fra Taylor (1983), der hun sier at evnen til å danne seg illusjoner er viktig for en bearbeiding og mestring av livskriser. Utgangspunktet for utøvelse av all sykepleie er å bygge på pasientens ressurser. Ved å ”gripe tak i” utsattes (estetiske) interesser, kan sykepleiere stimulere utsatte til økt mestring, og derved øke utsattes selvfølelse. En måte å gjøre dette på er ved å arrangere kurs eller møtesteder for slike aktiviteter. Eksempler på slike kurs kan være: kurs i silkemaling, lappeteknikk, lesering, aerobic, turgruppe, julekakebaking eller det den utsatte liker å drive på med. Men estetiske uttrykksformer kan også være en direkte mestringsstrategi i en bearbeidingsfase. En studie (Estep, 1995) beskriver en prosess hvor en utsatte bruker å male som terapi. Gjennom å male kom den utsatte i kontakt med tanker og følelser som var vanskelig tilgjengelig, dvs informasjon som er benektet, fortrenget eller dissosiert vekk (Estep, 1995). Den utsatte tok de bilder hun selv ønsket med til samtale med behandleren, og bildene ble brukt som utgangspunkt for samtalen. På denne måten hadde den utsatte kontrollen med terapiprosessen.

Flere utsatte sa de hadde søkt tilhørighet i en gruppe, som for eksempel en menighet. Her fikk de en *bekreftelse fra andre på at de var verdifulle*. For noen var forholdet til andre mennesker det viktigste, i en fase (Valentine & Feinauer, 1993). Det er viktig å få en bekreftelse på ens verdi som menneske. Dette kan forstås ut fra de prosesser om svik og maktesløshet som Finkelhor og Brown (1985) beskriver, og om å oppleve sosial støtte (jamfør kapittel 2.1.2.) Noen utsatte har også opplevd omsorgssvikt, og de som ikke får omsorg og bekreftelse på ens verdi hjemme, søker dette der de kan få det. Det er denne søken etter bekreftelse på at en er verdifull som menneske, som også kan føre barn og ungdom i ”klørne” på overgripere (jamfør eksempler på anstrengte relasjoner i kapittel 3.3.4.). Barn som ikke får nok omsorg og anerkjennelse fra sine nærmeste, er derfor sårbare overfor overgripere som tilbyr dem dette. I en studie (Valentine & Feinauer, 1993) sa utsatte at: *viktige milepæler i livet var å ta kontroll over eget liv, ta egne beslutninger, ivareta egne behov*. Når en situasjon beskrives som en milepæl i livet, innebærer dette en viktig oppdagelse for den utsatte. Makt og kontroll over eget liv, er sentrale områder når en skal forstå hva seksuelt misbruk dreier seg om. Denne avmaktsfølelsen som utsatte opplever mens overgrepene pågår, vedvarer ofte i tid lenger etter at det seksuelle misbruket har opphørt. Derfor kan utsatte føle seg maktesløse, ha

liten opplevelse av egen kontroll, og tro de har lav påvirkningsmulighet i eget liv. Når den utsatte oppdager at hun kan ta livet sitt tilbake, starter en ny kurs i livet. Dette forklarer hvorfor det er så viktig i møte med utsatte og styrke deres kontroll i enhver sammenheng (jamfør kapittel 6.2.2.). Evne til å ta beslutninger, og det å vite hva en vil, er en forutsetning for å kunne ivareta egne behov. Når utsatte opplever at de gjeninntar kontrollen i eget liv, da styrkes også livskvaliteten: personer med høy grad av livskvalitet ”opplever kontroll over egne handlinger, er selvrealisert,…” (Næss, 1986 side 19).

En viktig innsikt hos utsatte var *å lære å forandre det som lar seg forandre og la resten ligge* (Feinauer & Valentine, 1993). Denne innsikten er viktig, fordi den kan hjelpe utsatte til å bruke sin energi på forhold som det er mulig å gjøre noe med. Dette forutsetter at den utsatte har en begrenset mengde stress som skal mestres, en oversikt over egen situasjon, og en forståelse av hvordan ulike forhold henger sammen. For utsatte som befinner seg i en bearbeidingsfase, kan det være en hjelp dersom pårørende eller sykepleiere hjelper den utsatte til å fokusere på de forhold som det er mulig å endre, samtidig som en aksepterer de følelser og tanker som den utsatte kan ha omkring andre forhold. Når et menneske opplever at det har mulighet for å påvirke fremtiden, gir dette håp om en bedre hverdag. Og i håpet ligger energi. Håpet fremmes hos mennesker når det ser valgmuligheter (Rustøen, 1991). En viktig sykepleieroppgave blir derfor å hjelpe til med å klargjøre de valg som er mulig å gjennomføre. En slik klargjøring kan både øke utsattes kontroll over situasjonen, og gi den utsatte ny forståelse av en situasjon (jamfør hvordan sykepleiere kan øke utsattes sosiale kompetanse i kapittel 6.2.2.).

Flere utsatte sa at de mestret overgrepet ved å *arbeide seg gjennom dette på egenhånd* (Draucker, 1999; Long & Jackson, 1993; Perrot et.al., 1998; Romans et.al., 1999). Men det er ikke all *alene mestring* som gir helse. En uheldig strategi er *grubling*, da dette medfører mer stress og ubehag (Holman & Silver, 1996, Leitenberg et.al. 1992). Selv når den utsatte ikke mestrer vellykket, er det viktig at de blir tatt på alvor. Den som har skoen på, vet hvor den trykker! En informant sa at utsatte *vet hvordan de skal håndtere situasjonen*, derfor frabes råd fra de profesjonelle (Draucker, 1999). Sykepleiere bør isteden spørre den utsatte, hvordan hun ønsker å håndtere situasjonen. Sykepleiere kan da eventuelt hjelpe den utsatte med å se konsekvenser av ulike veivalg, og gi sin støtte til de valg den utsatte tar.

Å søke sosial støtte var en strategi som flere utsatte benyttet (Binder et. al., 1996; Leitenberg

et.al., 1992; Perrot et.al., 1998; Romans et.al., 1999). En av disse studiene fant at det å søke sosial støtte ikke reduserte virkninger etter overgrepene hos den utsatte (Leitenberg et.al., 1992). Dette kan forklares med at å søke sosial støtte er ikke det samme som å motta sosial støtte. De barn som opplever positive familiesamspill får med seg viktige mestringsressurser, som personlig utvikling og emosjonell støtte. Dette er viktige ressurser når en skal mestre, da det er på bakgrunn av vurdering av tilgjengelige ressurser at en person iverksetter mestringsstiltak (Lazarus & Folkman, 1984). Dette er i samsvar med Morrow & Smith (1995), som fant at utsatte i kliniske utvalg, benyttet mest emosjonelle strategier, fordi de hadde så få andre ressurser tilgjengelige, og Mrazek & Mrazek's funn om sammenhengen mellom familiesamspill og "motstandsdyktighet" (Se kapittel 1.2.2.).

To studier Orbuch et.al., (1994), og Harvey et.al. 1991 har sett på betydningen av "account-making" (oversatt her til lage oppsummeringsfortelling). En oppsummeringsfortelling er en oppsummering av opplevelsen av misbruket der den utsatte lager: en fortelling som inneholder forklaringer, beskrivelser, følelsemessige reaksjoner og tanker om fremtiden. Det er vanskelig å skille klart mellom oppsummeringsfortellinger og rekonstruksjoner av traumehistorien, da disse to formene for bearbeiding har klare fellestrekk. Slik jeg forstår det er det et skille mellom disse to formene slik at ved rekonstruksjon er selve traumet/overgrepet hovedfokus, mens ved oppsummeringsfortellinger er hverdagen og nåtiden fokus, og rekonstruksjon av traumet er med som en del av helheten. To studier har sett på betydningen av å lage oppsummeringsfortellinger. Orbuch et.al., (1994) fant samsvar mellom opplevelse av mestring og det å ha laget slike fortellinger. Det å ha nære fortrolige og å lage oppsummeringsfortellinger, var to mestringsstrategier som utfylte og forsterket hverandre. Studien til Harvey et.al., (1991) fant at de mestret best de som ble møtt av hjelpsomme reaksjoner når de fortalte om misbruket, og at de som laget oppsummeringsfortellinger hadde færre negative virkninger. Jeg finner begrepet oppsummeringsfortellinger som sterkt beslektet begrepet "mening", fra Taylor's bearbeidingsteori. Personer som søker "mening", søker svar på hva skjedde, hva har traumet ført til og hvilken betydning har traumet for livet mitt i dag? (Taylor, 1983).

I kapittel 6.1.1. ble den "motstandsdyktig" utsatte presentert. Den går et usynlig skille mellom karaktertrekket "motstandsdyktig" som er en mestringsressurs, og den måten som "motstandsdyktig" utsatte tenker som kan være en mestringsstrategi. Derfor må kapittel 6.1.1. ses i tilknytning til kapittel 7.2.

Nurses must be prepared to imagine
the unimageable, believe the unbelievable,
think the unthinkable and to realize that
there is nothing that one human
being cannot do to another.
Long & Smyth, 1998

8.0. HVORDAN SYKEPLEIE KAN BIDRA TIL ØKT MESTRING HOS UTSATTE KVINNER

Sykepleie til utsatte handler både om å forebygge helseproblemer, og hjelp til å mestre de erfaringer som seksuelle overgrep bringer med seg. Virkninger etter seksuelle overgrep gir skader som beskrives som fenomen og prosesser (jamfør kapittel 3.2. og 3.3.). Derfor virker skadene etter seksuelle overgrep inn på en rekke områder i hverdagen for den utsatte. Et sentralt redskap i sykepleien er relasjonen mellom sykepleiere og den som hjelpes.

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig, finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999 s 31).

Sykepleiere som arbeider innenfor psykisk helsevern vil møte de utsatte som søker hjelp på grunn av virkninger etter seksuelle overgrep. Derfor tas det også med en definisjon av begrepet psykiatrisk sykepleie. Målet for psykiatrisk sykepleie er å styrke pasienters identitet, og å gi hjelp til pasienten på en slik måte at pasienten blir mer selvstendig.

”Psykiatrisk sykepleie dreier seg om pleie og omsorgshandlinger som sikter mot å dempe noen av de plager som følger med psykisk stress, lidelse og sykdom. Psykiatrisk sykepleie skal bidra til å øke pasientens selvaktelse, gi mot til å leve og støtte opp om helbredelsesprosessen ved hjelp av gunstige holdninger og handlinger. Gjennom trening, undervisning, samtaler og samvær med pasienten forsøker man å hjelpe ham til økt selvinnsikt og situasjonsforståelse – og bedring av hans funksjonsevne slik at han får et bredere repertoar å møte hverdagens utfordringer med. Psykiatrisk sykepleie innebærer også å utforme behandlingsmiljøet – og påvirke pasientens livsmiljø – slik at det gir muligheter for vekst og utvikling” (Hummelvoll, 1997 s 26).

Den videre framstillingen av hvordan sykepleiere kan hjelpe utsatte til en positiv mestring vil være inndelt i både de ulike funksjonsområder som sykepleiere har, og de ulike sammenhenger som sykepleiere møter utsatte. Her kommer en oversikt over dette kapittelets oppbygging:

- Sykepleieres forebyggende og helsefremmende funksjon presenteres i kapittel 8.1.
- Sykepleieres behandlende funksjon er vektlagt i kapittelet om sykepleie til utsatte i psykisk helsevern, som presenteres i kapittel 8.2.

- Sykepleieres lindrende funksjon vektlegges både i kapittelet om sykepleie til utsatte ved gynekologiske avdelinger og føde/barselavdelinger som presenteres i kapittel 8.3., og i kapittelet om sykepleie til utsatte ved somatisk helsetjeneste som presenteres i kapittel 8.5.
- Sykepleieres undervisende og veiledende funksjon er vektlagt både i kapittel om helsestasjoner og barneavdelinger som presenteres i kapittel 8.4. I kapittel 8.1. presenteres sykepleieres undervisende og veiledende rolle knyttet til både utsatte og deres pårørende.

I hver av disse sammenhengene vil jeg omtale hvorfor sykepleiere trenger kunnskaper om seksuelle overgrep, presentere problemstillinger som kan være aktuelle og vanskelige, og gi eksempler på sykepleie som styrker utsatte i deres mestring. I oppgavens innledning (jamfør kapittel 1.2.5.) ble begrepet faglig forsvarlighet introdusert. Et viktig spørsmål er *hvilken sykepleie er faglig forsvarlig i møte med utsatte kvinner?* Jeg vil i det følgende gi eksempler på forsvarlig og uforsvarlig sykepleie knyttet til de sykepleiehandlinger og de sammenhenger som presenteres.

I oppgaven gis det en beskrivelse og en begrunnelse av sykepleie til utsatte. Da det blir utenfor denne oppgavens problemstilling å skille fullstendig mellom sykepleiere med vanlig grunnutdanning og sykepleiere med videreutdanning, vil betegnelsen sykepleier brukt som felles betegnelse på vanlig sykepleier og sykepleier med videreutdanning i sykepleie, eksempelvis jordmor, helsesøster, og barnesykepleier. Dette til tross for at en sykepleiere med videreutdanning har større kompetanse enn en sykepleier med vanlig grunnutdanning, og forventningene til hva som er faglig forsvarlig sykepleie vil være ulik. Men for området psykisk helsevern er det kompetansen til sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid som er utgangspunktet. Sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid vil ha større kompetanse enn en sykepleier med grunnutdanning i sykepleie på flere områder (jamfør vedlegg 8). Sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid vil her ha en økt kompetanse, og kravene til hva som er faglig forsvarlig sykepleie vil derfor være annerledes for disse sykepleierne, enn for sykepleiere med vanlig grunnutdanning i sykepleie.

I min gjennomgang av litteratur fant jeg 4 behandlingsprogrammer og en modell som benyttes til behandling av utsatte. Disse er:

- i. *Prinsipper for anerkjennelse*. Programmet kan brukes for å styrke utsatte ved å gyldiggjøre deres erfaringer (Leira, 1990 del 1). Og *prinsipper for erkjennelse*.

- Programmet kan brukes for å styrke utsatte som er i en erkjennelsesprosess (Leira, 1990 del 2).
- ii. *Womans Safety in Recovery* er et program som styrker utsattes kontroll med egen kropp, egne følelser og omgivelser (Talbot, Houghtalen, Cyruulik, Betz, Barkun, Duberstein & Wynne, 1998).
 - iii. Behandlingsteknikker i møte med utsatte i *individuell terapi*. Et review av 13 artikler (Pearson, 1994)
 - iv. *S.E.A.* Et selvhjelpsprogram som styrker utsattes selvfølelse (Heide & Solomon, 1992).
 - v. *Mental health promotion* er en modell som viser hvordan psykiatriske sykepleiere kan arbeide på en helsefremmende måte i møte med utsatte pasienter (Creedy, Nizette & Henderson, 1998)

Sykepleien som presenteres i dette kapitlet vil både henvise til og være i samsvar med disse programmene. En kort presentasjon av programmene er samlet i vedlegg 6, da denne presentasjonen ville tatt for stor plass i oppgaven. Da en forsvarlig sykepleie bygger på anerkjente og utprøvde metoder, er det interessant å vite om noen av disse programmene er testet ut på voksne utsatte kvinner. Derfor tas det med en kommentar om dette i oppgaven.

Det norske programmet *Prinsipper for anerkjennelse og Prinsipper for erkjennelse* er laget ut fra erfaringer med barn og ungdom, og jeg har ikke funnet kilder som beskriver erfaringer med disse programmene i møte med utsatte voksne kvinner. *Women`s Safety in Recovery* er empirisk testet: 48 utsatte kvinner som deltok på disse gruppene ble sammenlignet med 38 utsatte kvinner som fikk vanlig behandling. Funnene viste at de som deltok på gruppebehandlingen hadde en signifikant bedre helse i etterkant enn de som fikk vanlig behandling (Talbot, Houghtalen, Dyberstein, Cox, Giles & Wynne, 1999). Om presentasjonen av behandlingsteknikker for *individuell terapi* sier Pearson (1994) at det er liten dokumentasjon på hvilke teknikker som er mest nyttige i ulike situasjoner, og det er også liten dokumentasjon på om de samme behandlingsteknikker er nyttige for både menn og kvinner. Programmet *S.E.A.* ble laget av James Messina for å styrke selvfølelsen hos personer med alkoholproblemer. Programmet er en del benyttet på utsatte i USA (Draucker, 2000). Hvorvidt dette programmet er empirisk testet på utsatte har jeg ikke funnet omtalt noe sted. Hvorvidt modellen *Mental health promotion* benyttes har jeg heller ikke funnet omtalt noen steder.

8.1. Sykepleieres forebyggende og helsefremmende funksjon i møte med utsatte kvinner

Sykepleieres sentrale funksjon i det forebyggende helsearbeidet er å forhindre komplikasjoner og at nye helseproblemer oppstår. I møte med utsatte kvinner vil forebyggende sykepleie innebære holdninger og tiltak som motvirker virkninger etter seksuelle overgrep, eksempelvis å ta den utsatte på alvor, tro det den utsatte forteller, vise respekt og forståelse når den utsatte har det vanskelig (mer om dette i kapittel 8.2.). Dersom disse holdningene ikke er tilstedet, kan den utsatte oppleve at relasjonen til sykepleiere gir opplevelser av svik, stigmatisering og maktesløshet (jamfør kapittel 3.2.), og dermed svekkes utsattes identitet og evne til relasjoner.

Sykepleiere skal også støtte opp om helsefremmende prosesser hos pasientene. I følge Lazarus (jamfør prinsipp 6 i kapittel 2.3.) og Creedy et.al., (1998) kan det helsefremmende arbeidet foregå på to områder: både ved å styrke individet som mestrer, og ved å arbeide i individets omgivelser. I møte med utsatte innebærer dette blant annet å arbeide for å fremme utsattes mestringsressurser. Områder som bør vektlegges når en skal fremme eksempelvis ”motstandsdyktighet” er følgende: arbeide for at utsatte opplever trygge relasjoner, formidle håp, øke selvfølelsen, øke den fysiske mestringsforventning, styrke utsattes indre kontroll, og arbeide for økt støtte fra familie og nettverk (Lam & Grossman, 1997). Disse områdene er alle, bortsett fra trygghet og håp, også beskrevet hos Lazarus og Folkman (1984) som mestringsressurser (jamfør kapittel 2.1.1. og 2.1.2.). For den psykiatriske sykepleiere kan det helsefremmende arbeidet også innebære helsepolitikk (Creedy et.al., 1998; Hummelvoll, 1997). Dette området er utelatt i denne oppgaven da ingen av kildene som oppgaven bygger på tar opp sykepleieres helsepolitiske rolle.

8.1.1. Aktuelle problemstillinger

- i. I hvor stor grad skal sykepleiere som er i en presset arbeidssituasjon også arbeide for å styrke utsattes nettverk, for på den måten å styrke den utsatte?
- ii. Hvilken kompetanse trenger sykepleiere for å lede incestgrupper?

Gjennom arbeidet med denne oppgaven er jeg blitt oppmerksom på følgende områder som er aktuelle for sykepleiere å ha kunnskaper når de skal styrke utsattes ressurser:

- Hvordan kan den utsattes sosiale støtte økes?
- Undervisning til utsatte og deres pårørende.
- ”Incestgruppe” for partnere til utsatte.

- Hvordan kan incestgrupper styrke den utsattes mestring?

8.1.2. Hvordan kan den utsattes sosiale støtte økes?

Sosial støtte er en viktig ressurs for utsatte, da den gir støtte på flere dimensjoner i livet.

Sykepleiere kan styrke denne ressursen på flere måter. Det er viktig å øke den utsattes nettverk med relasjoner som er trygge og støttende. Dette innebærer å støtte den utsatte i å gjenoppta eller opprette kontakt med personer som hun føler seg trygg sammen med. For noen utsatte vil dette være familiemedlemmer, tidligere venner eller det kan være personer som en treffer på skole, arbeid, hobbygruppe, incestsentre, incestgrupper med mer. For å få en oversikt over nettverket, kan en for eksempel tegne et nettverkskart sammen med den utsatte. Det er viktig å støtte den utsatte på at hun selv bestemmer hvem hun ønsker kontakt med og hvordan dette kontaktforholdet skal være (Bass & Davis, 1994) (jamfør kapittel 6.3.2.).

Sykepleiere kan også å øke den sosiale støtten til utsatte gjennom direkte intervensjoner i den utsattes nettverk. En kan da veilede pårørende og nettverket i hvordan de kan hjelpe den utsatte, og hvilke holdninger og utsagn som er direkte uheldige. Dette arbeidet gjøres selvsagt i samarbeid med den utsatte. Det er viktig for utsatte å få støtte og forståelse hjemme. Derfor tas med noen råd som kan gis til pårørende. Rådene viser hvordan pårørende kan være en støtte når den utsatte har det vanskelig, uten at de trenger å kjenne til detaljer fra overgrepene. Sykepleiere kan også styrke den utsattes nettverk gjennom undervisning.

Eksempel 24 – råd som sykepleiere kan gi til pårørende til utsatte

” Når en utsatt forteller deg at hun ble seksuelt misbrukt som barn, da betrør hun deg en del av sitt liv som er smertefullt, skremmende og sårbart. De råd som følger kan hjelpe deg til å ”vise deg tilliten verdig” og støtte hennes ”helbredelse”:

- Tro på det den utsatte forteller.
- Støtt den utsatte i at seksuelle overgrep er skadelig.
- Vær klar på at seksuelle overgrep aldri er barnets feil.
- Oppsøk kunnskap om seksuelle overgrep og dens ”helbredelse”.
- Ikke sympatiser med overgriper.
- Gyldiggjøre den utsattes følelser: hennes sinne, frykt og smerte.
- Vis din medlidenhet.
- Respekter den tid det tar å bearbeide.
- Oppmuntre den utsatte til å hente støtte.
- Søk hjelp dersom den utsatte har tanker om å ta livet sitt.
- Aksepter at det kan komme store forandringer i ditt forhold til den utsatte etter hvert som hun leges
- Ikke se på den utsatte som et offer (Bass& Davis, 1994 s 331-333).

8.1.3. Undervisning til utsatte og deres pårørende

Som tiltak for å øke mestringen og helsen til de utsatte, foreslår flere forfattere at opplæring og utdanning om temaet må økes (Testa et.al., 1999; Ullman, 1996 B). Opplæringen kan både

gis til utsatte (Bass & Davis, 1994; Schachter et. al., 1999), deres ektefeller og pårørende (Maltas & Shay, 1995; Reid, Wampler & Taylor, 1996), og til de personer i hjelpeapparatet som møter utsatte kvinner (Draucker, 1995; Long & Smyth, 1998). Når sykepleiere planlegger å starte med undervisning bør de utsattes behov være utgangspunktet for valg av tema. Hensikten med undervisning til utsatte er å øke deres personlige ressurser for derved å gjøre dem mer ”motstandsdyktig”. Her er noen eksempler på tema som kan være aktuelle å undervise i:

- Normale virkninger ved seksuelle overgrep (jamfør kapittel 3.0.) og hvordan disse kan lindres.
- Hvordan de utsatte kan øke kontrollen over eget liv (jamfør terapiprogrammet *Woman`s Safety in Recovery* i vedlegg 6)
- Hvilke behov barn har, og hvordan en som mor kan opptre på en måte som styrker barna (Cohen, 1995).

Helsefremmende arbeid bygger på den tenkning at en ved å styrke personers mulighet for å klare seg selv, vil styrke individets helse. Derfor blir det viktig å bygge på de ressurser som er nær utsatte. Den person som kan bli en viktig støttespiller for utsatte, er utsattes partner. For sykepleiere som skal veilede partnere til utsatte, kan det være nyttig å vite hvordan partnere tenker. En studie (Reid et.al., 1996) intervjuet partnere om deres erfaringer. De fant at partnere kan være frustrerte, fordi de forstår lite av hva som skjer med deres koner, samtidig som de ønsker å være en støttespiller i hele prosessen, og ikke bare være den som ”tar imot” alle følelser. Derfor ønsker de å vite hva som skjer i terapi, og de ønsker selv muligheten for å ta kontakt med terapeuten, fordi når den utsatte går alene i terapi, blir bare en side ved saken belyst. Videre uttrykker partnere lettelse når de forstår at deres kones ”spesielle” oppførsel har sammenheng med overgrep i barndommen. Partneren trenger derfor kunnskaper om hva virkninger etter seksuelle overgrep kan innebære (Maltas & Shay, 1995). Sett fra partnerens side virker disse forslagene fornuftige. Partneren trenger kunnskaper for å kunne være til støtte, og den utsatte trenger denne støtten. Hvorvidt partnere skal være med når utsatte bearbeider sine erfaringer med seksuelle overgrep må vurderes individuelt. Den som har skoen på, vet best hvor den trykker. Det kan nok tenkes at i noen tilfeller, vil den utsatte tjene på at partneren deltar i samtalene. Et alternativ til felles samtaler kan være at partneren deltar i grupper eller informasjonskvelder beregnet på livsledsager til den utsatte. En studie om menns erfaringer med å gå i ”partnergruppe” viste at det å få uttrykke tanker og følelser hjalp dem i hverdagen (Jehu, 1990). Dersom en som sykepleier møter mange utsatte som bearbeider

virksomheter etter seksuelt misbruk, bør muligheten for oppstart av partnergruppe vurderes, da disse gruppene kan medvirke til at den utsatte får mer støtte og forståelse hjemme, noe som vil styrke hennes mestring og helse.

Men det er ikke alltid at partnere til utsatte er en støttespiller. Flere forfattere mener at utsatte er i høy risiko for å finne en partner som er ikke respekterer og ivaretar dem. Dette forklares som en virkning etter overgrepet at den utsatte kan mene at hun ikke fortjener å ha det godt, eller at den utsatte ikke har lært å beskytte seg mot denne typen partnere, og derfor havner hun i situasjoner der hun opplever nye overgrep (for en utdyping av denne problematikken, se Jehu, 1990).

Betydningen av å undervise utsattes pårørende er allerede understreket, men det vanskelige spørsmålet er i hvor stor grad en kan forvente at sykepleiere bruker sine ressurser til dette? Hverdagen er ofte full av ulike oppgaver. Derfor blir forsvarlighetsbegrepet tøyelig og avhengig av hva det er ressurser til (jamfør kapittel 1.2.5.). For å finne en norm for hva som er forsvarlig sykepleie her, må en trekke inn hvilken funksjon sykepleiere har i forhold til den utsatte. For sykepleiere som har en behandlende funksjon, eksempelvis innenfor psykisk helsevern vil det kanskje være uforsvarlig å ikke bruke ressurser på pårørende. Mens det for en sykepleier ved somatisk helsetjeneste eller ved gynekologiske og fødeavdelinger neppe kan forventes at de skal ha kompetanse eller bruke ressurser på dette feltet.

8.1.4. Incestgrupper

Incestgrupper (defineres her som grupper for seksuelt misbrukte) har vist seg å være en effektiv behandlingsform, og særlig nyttig er disse når de kombineres med individuell behandling (Draucker, 2000). Resultatet fra noen studier viser en tendens til at grupper kombinert med individuelle samtaler er den beste formen (Bagley & Young, 1998; Stalker & Fry, 1999; Westbury & Tutty, 1999). Det kjennes ikke til noen studier om effekten av incestgrupper i Norge.

Incestgrupper deles inn i to hovedformer: støttegrupper og behandlingsgrupper. Støttegrupper kan både ledes av gruppeledere som selv er har opplevd seksuelt misbruk, og av sykepleiere. Et eksempel på et program utviklet for støttegrupper er *S.E.A. modellen* (se vedlegg 6). Hensikten med dette programmet er å bygge opp selvtilliten til de utsatte, for derved å lære de utsatte å mestre hverdagen på en bedre måte. Gruppen kan derfor ses på som en

helsefremmende gruppe. Behandlingsgrupper ledes av fagfolk, og kan drives etter ulike modeller. Nedenfor presenteres 4 modeller som alle ledes av to ledere:

Eksempel 25 – Eksempler på ulike incestgrupper

- i. Korttids strukturert gruppe: Gruppen har et begrenset antall møter, og følger en strukturert plan for hvert møte.
- ii. Langtids – åpen gruppe: Gruppen har ikke begrenset antall møter, og de følger ikke en strukturert plan for møtene, nye medlemmer begynner (og slutter) underveis.
- iii. Tidsbegrensede påfølgende grupper. Hver gruppe varer i 10 – 12 uker. Disse gruppene oppstod fordi klinikerens erfaring er at noen utsatte trenger pause i et behandlingsopplegg.
- iv. Traume tilhelingsgrupper. Består av en lukket gruppe som møtes over lang tid (for eksempel 1-3år). Gruppemøtene har fast program med oppgaver og hjemmelekser, og rekonstruksjon av traumet er en del av opplegget (Draucker, 2000).

Et gruppeprogram som er beregnet på pasienter som har kortvarige innleggelser ved psykiatriske sykehus er *Women`s safety in Recovery* (se vedlegg 6). Dette er et eksempel på en korttids strukturert gruppe som går over 3 moduler. Programmet har fokus på å styrke utsatte kontroll i eget liv. Da programmet ikke henter fram detaljer fra overgrepet, men har oppmerksomheten rettet mot mestring, kan dette programmet ses på som helsefremmende.

Incestgrupper er nyttige for utsatte fordi deres følelse av isolasjon, stigmatisering, skamfølelse og syn på seg selv som helt spesiell, *endres* når de hører om andre utsatte som sliter med akkurat det samme som de selv. Gjennom dialog i gruppen får den utsatte tilbakemeldinger som styrker deres selvfølelse. Å møte andre utsatte som er kommet lengre enn dem selv i prosessen, gir håp om en bedre hverdag. I incestgruppen kan utsatte dele erfaringer med å være student, arbeidssøkende, ektefelle, datter, og mor, og de kan lære seg sosiale ferdigheter. Men også viktig er at det kanskje skapes nye vennskap, som kan gi en *opplevelse* av sosial støtte. Da mange utsatte sliter med evnen til å stole på andre, vil det å treffe andre og forholde seg til disse over tid, være med å styrke den utsattes evne til å være i relasjoner.

For deltakere i behandlingsgrupper er det viktig at utsatte har etablert et forhold til gruppelederne *før* de starter i gruppen. Derfor anbefales utsatte å starte i individuell terapi før de går inn i grupper (Sheldon & Bannistar, 1998). Dersom sykepleiere skal lede støttegrupper for incest, som kanskje møtes en gang hver måned, kan det være viktig at den utsatte har en fast tilknytning til en behandler utenom dette tilbudet. Dette er viktig fordi å være tilstede i både støttegrupper og behandlingsgrupper kan sette i gang tankeprosesser og sterke følelser

som den utsatte kan trenge hjelp til å bearbeide. Dersom en må vente i en måned til neste møte, kan dette være lenge.

Sykepleieres funksjon som gruppeleder i en incestgruppe

Sykepleie til utsatte i grupper skiller seg lite fra sykepleie til utsatte ved individuelle samtaler. Derfor omtales dette punktet samlet i kapittel 8.2. Nedenfor tas derfor bare med områder som gjelder i gruppesamtaler med utsatte. Gruppelederne har ansvar for at avtalte grupperegler, rammer og innhold blir fulgt. Dette er viktig for å skape trygghet i gruppen. Gruppeledernes rolle er videre å gi informasjon, svare på spørsmål, og berolige og støtte ved behov (Valente & Shuttleworth, 1997), og de skal sørge for at alle gruppedeltakerne får mulighet til å delta i samtalen. Dette betyr ikke at alle gruppedeltakerne *må* si noe. Det er av stor betydning at den utsattes kontroll med egen prosess ivaretas, og at den utsatte ikke skal føle seg presset til å si noe (Valente & Shuttleworth, 1997). Gjennom samtale kan sykepleiere stille spørsmål ved utsattes attribusjoner (jamfør kapittel 6.2.1.), og hjelpe den utsatte med å sette handlinger og problemer i sammenheng med traumet (Zupancic, 1999). Sykepleie bygger på kunnskaper, og ved å sette teori på det som tas opp, kan sykepleiere øke den utsattes forståelse av egen situasjon. Et selvlaget eksempel viser hvordan dette kan gjøres.

Eksempel 26 – eksempel hvordan sykepleiere kan sette teori til det som fortelles

En utsatt forteller i en gruppe at hun er helt spesiell fordi hun blir uvel og får angst av å gå i selskaper. Dette er det verste hun gjør. En gang opplevde hun at hun ble så uvel at hun gikk rett hjem! Og dette skjedde like etter at de var begynt å spise.

Var det noe med maten du ikke likte spør kanskje en annen gruppedeltaker. Den utsatte svarer, nei maten var sikker helt fin. Det ble servert koldtbord.

I samtalen som følger omkring dette (som skjer i nåtid) kan det komme fram at den utsatte ikke liker å gå i selskaper fordi hun synes det er så fælt å kle seg (kle av seg og kle på seg), og hun er alltid redd for at de som har selskap skal brenne røde lys.

- hvorfor røde lys? spør kanskje sykepleieren, og etter en stund husker den utsatte at når hun opplevde sitt første overgrep, så skjedde dette hos besteforeldrene ved juletider, og da var det røde lys på bordet og koldtbord.

Sykepleieren kan da trekke fram teori, eksempelvis Kirkengen 1997 (se kapittel 3.3.5.) og si at det er en vanlig virkning av seksuelle overgrep at ting og situasjoner som kan vekke minner om overgrepet, kan vekke ubehag hos den utsatte uten at hun husker hvorfor, men når den utsatte ser sammenhengen mellom det ubehag som oppstår i selskaper og hennes opplevde traume, vil hun bli i stand til å skille mellom det som skjedde i fortid, og det som skjer i nåtid, og ubehaget vil avta.

Når sykepleiere planlegger å starte med incestgrupper må de på forhånd klarlegge forhold både til gruppestrukturen og hvem som kan være gruppedeltakere. Dette betyr avgjørelser som hvorvidt en skal ha åpen eller lukket gruppe, i forhold til møtenes lengde og frekvens, og hvor lenge gruppen skal vare i tid. Det er en fordel med mye struktur og styring fra gruppelederne i starten av en gruppe, og heller løse opp formen når gruppen har gått seg til

(Sheldon & Bannistar, 1998). Videre må gruppelederne planlegge hvordan sammensetningen av gruppedeltakerne bør være. En må her huske på at de utsatte bør treffe på *noen* i gruppen som har lignende erfaring som dem selv, ellers kan følelsen av å være annerledes bli forsterket. Gruppens innhold må også planlegges: skal en ta utgangspunkt i utsattes hverdag eller temaer? Skal samtalen starte ut fra felles lest litteratur? Bruk av aktiviteter? Skal deltakerne få hjemmelekser? Dette er forhold som det må tas stilling til *før* oppstart av gruppen (Draucker, 2000). Det er viktig at en finner deltakere som er egnet til å gå i grupper. Vanligvis passer incestgrupper dårlig for utsatte som er psykotiske og forvirrede, sterkt suicidale, viser fiendtlighet eller aggresjon, har rusproblemer og mangler evnen til å diskutere misbruket i grupper eller er lite motivert for gruppebehandling (Draucker, 2000; Sheldon & Bannistar, 1998). De deltakerne som får tilbud bør på forhånd bli informert om gruppens formål og spilleregler. Gjennom en samtale med gruppelederen diskuteres den utsattes behov og ønsker, slik at *den utsatte selv kan velge* om dette er noe som de tror kan passe for dem.

Et viktig spørsmål som dukker opp ved planlegging av incestgrupper er følgende:

Hvilken kompetanse kreves for å være gruppeleder i en incestgruppe?

Et svar på dette spørsmålet vil avhenge av hvilken type gruppe sykepleiere skal lede. Da utsatte som søker hjelp i incestgrupper er personer som er ekstra sårbare som følge av virkninger etter seksuelle overgrep (jamfør kapittel 3) vil en faglig forsvarlig sykepleie innebære at gruppelederne har kompetanse både på behandling av seksuelt misbruk og på gruppedynamikk (Draucker, 2000). Det er en fordel å være to gruppeledere, både fordi to gruppeledere kan supplere hverandre, og fordi det kan være godt for gruppelederne å dele sine erfaringer i etterkant av gruppen. De to som er gruppeledere bør ha samme teoretiske ståsted, og de bør kunne skape et klima i gruppen som er trygt å være. Dette forutsetter at sykepleierne har avklart sitt grunnsyn (jamfør kapittel 3.5.), og at de har klinisk erfaring. Klinisk erfaring er viktig fordi det kan oppstå situasjoner i gruppen som en trenger erfaring for å takle, eksempelvis konflikter mellom deltakerne eller sterke psykiske reaksjoner. Å være en gruppeleder i en incestgruppe krever en realkompetanse på sykepleie til utsatte. Denne kan oppnås ved at sykepleiere får veiledning på egen samtalebehandling med utsatte før hun starter som gruppeleder. En forsvarlig opptreden for sykepleiere som skal være leder i en incestgruppe vil derfor innebære at sykepleiere før oppstart har skaffet seg nødvendig kompetanse, slik at hun ikke påfører noen gruppedeltakere økt traumeopplevelse. Dette siste kan også skje fra andre gruppedeltakere, og en forsvarlig sykepleie vil derfor også innebære å sette grupper riktig sammen. Videre bør sykepleiere ha en plan for oppfølgingstilbud ved

eventuelle krisesituasjoner hos utsatte, eksempelvis avtale om samtaler hos psykolog eller psykiater. Sykepleiere bør også ha et eget veiledningsopplegg, fordi også sykepleiere trenger veiledning på egen veiledning (Sheldon & Bannistar, 1998), og fordi egen selvinnsikt gjør sykepleiere mer aktsom (og forsvarlig!).

8.2. Sykepleie til utsatte ved psykisk helsevern

Det anses som sannsynlig at sykepleiere som arbeider innenfor psykisk helsevern, hyppig vil møte på pasienter som har opplevd seksuelt misbruk i barndommen, og som i voksen alder opplever virkninger etter dette. Lundgren (1994) hevder at over halvparten av de kvinnelige pasientene med psykiske problemer har vært utsatt for overgrep i barndommen. En studie av Rosset (1995) fant en prevalens på 45.9% (N = 222) i et utvalg bestående av polikliniske pasienter ved en psykiatrisk poliklinikk i Norge.

De eksempler på behandlingsfunksjonen som i det følgende presenteres har utgangspunkt i kompetansen til sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Hvorvidt sykepleiere med vanlig grunnutdanning har ervervet seg kompetanse til behandling av utsatte må vurderes i hvert enkelt tilfelle. For sykepleiere som skal ha samtalebehandling med utsatte, kreves en realkompetanse på dette området for at sykepleien skal være forsvarlig. Denne kan oppnås gjennom økt teoretisk kunnskap, eksempelvis videreutdanning eller kurser, og veiledning på samhandling med utsatte.

8.2.1. Aktuelle problemstillinger

- i. Pasienter som søker hjelp for psykisk lidelse kan ha en uklar forståelse av hvorfor de har fått psykiske problemer, hva problemet består i og hvordan de selv kan komme ut av situasjonen. Videre kan de problemer som pasienten søker hjelp for, forstås på flere måter. Eksempelvis kan de både forstås som en psykiatrisk diagnose og de kan forstås som virkninger etter seksuelle overgrep (jamfør kapittel 3.1. og kapittel 3.3.7). Sykepleiere må derfor *velge hvordan pasientens problemer skal forstås*.
- ii. Sykepleiere kan gjennom utdanning og yrkespraksis ha blitt opplært til å tenke i samsvar med den biomedisinske tenkningen. Forfattere som Lazarus (prinsipp 5 i kapittel 2.3.), Kirkengen (jamfør kapittel 3.3.7. og 3.5.) og Herman (jamfør kapittel 3.4.) advarer alle mot å gi personer som skal mestre seksuelle traumer merkelapper i form av diagnoser. I møte med utsatte vil de ulike grunnsyn gi ulike tilnærminger til

sykepleien, og sykepleiere kan være usikker på *hvilket grunnsyn sykepleien bør forankres i*.

- iii. Selv om pasienten ikke setter sine problemer i sammenheng med seksuelle overgrep i barndommen (jamfør kapittel 5.1.), kan sykepleiere mistenke at pasientens problemer kan ha sammenheng med denne form for traumer. I slike situasjoner kan det være et dilemma for sykepleiere om hun/han skal *presentere sin mistanke* og derved kanskje starte en prosess (som sykepleiere vet kan være vanskelig for den utsatte), eller om hun/han skal holde tilbake sin mistanke (jamfør kapittel 5.2.3.).
- iv. Sykepleiere kan etter samtaler med utsatte pasienter stille seg tvilende til, om det pasienten erindrer er seksuelle overgrep. Sykepleiere vet at det kan ha store konsekvenser dersom en person i en familie blir anklaget for seksuelle overgrep (jamfør kapittel 5.3.). Sykepleiere kan også tvile fordi den utsatte selv tviler på om minnene er ekte eller fantasier (jamfør kapittel 5.2.). Hvordan skal sykepleiere forholde seg dersom hun er *usikker på om pasienten har opplevd seksuelle overgrep* eller ikke?
- v. Spørsmål om seksuelle overgrep kan i mange situasjoner være *et etisk dilemma*, også for sykepleiere. Nedenfor presenteres et eksempel som viser dette.

Eksempel 27 – Et etisk dilemma

I konkrete saker kan usikkerhet oppstå om hvilken versjon en skal tro på, når en utsatt hevder seg utsatt for seksuelt misbruk, og den anklagede hevder at dette var frivillig sex. Som sykepleiere står en overfor følgende dilemma: Dersom hendelsen ble opplevd som et seksuelt overgrep av den utsatte er det viktig at hun blir trodd og får støtte. Samtidig må ikke den anklagede bli anklaget og dømt for seksuelle overgrep dersom disse ikke er begått.

Henleggelse av saker gir nye dilemmaer

Det er ikke sykepleieres ansvar og avgjøre skyldspørsmål om seksuelle overgrep, da slike spørsmål avgjøres av domstolene. I praksis ser en ofte at slike saker henlegges på grunn av manglende bevis. For sykepleiere i nær kontakt med utsatte og/eller anklagede oppstår nye dilemmaer ved henleggelse av saker med anklager om seksuelt misbruk. På den ene siden er ingen skyldig før en er dømt, på den andre siden trenger ikke en henleggelse av saken bety at de faktiske påståtte forhold ikke har funnet sted, men kun at det i denne saken ikke var sterke nok bevis til at sak kan reises, og den anklagede kan bli dømt.

8.2.2. Sykepleien skal styrke utsattes identitet og evne til relasjoner

Gjennom arbeidet med denne oppgaven er jeg blitt oppmerksom på 2 områder som sykepleiere kan arbeide med i møte med utsatte pasienter. Disse områdene er å styrke utsattes identitet og relasjoner. I denne oppgaven defineres begrepet identitet til å bestå av følgende komponenter: selvaktelse, selvfølelse, selvkonsistens og selvbildet. Med begrepet selvaktelse menes individets respekt av seg selv – dets egenverd. Selvaktelsen kommer fra 2 kilder, både

hva individet sier til seg selv, og hva andre sier til individet (Hummelvoll, 1997). Med begrepet selvfølelse menes at individet har tro på egne ferdigheter (jamfør mestringsforventning i kapittel 2.1.1). Det at individet har en klar oppfatning av seg selv som person legges i begrepet selvbildet. At denne opplevelsen er stabil selv om følelsene og dagsformen kan svinge, legges i begrepet selvkonsistens. Å styrke utsattes relasjoner vil i denne oppgaven si å styrke utsattes relasjon til seg selv, relasjon til nettverket, og relasjon til samfunnet. Disse to områdene vil bli behandlet samlet da vår identitet skapes og blir tydelig i relasjoner med andre mennesker (Creedy et al., 1998). Jeg vil nå gi en begrunnelse for hvorfor sykepleiere skal arbeide for å styrke utsattes identitet og relasjoner.

De skadelige forhold som Finkelhor og Browne (1985) tar opp, kan alle påvirke personens identitet på en negativ måte. Videre finner jeg at de fenomener som Kirkengen (1997) beskriver er forhold som kan svekke individets identitet og relasjoner. Å ha en sykdom eller et sosialt problem er også forhold som kan svekke personens identitet og relasjoner (jamfør tabell 1 i kapittel 3.1. og tabell G og H i vedlegg 7). Jeg finner videre en begrunnelse for at sykepleiere skal styrke utsattes identitet i Lazarus og Folkman (1984) sin teori om mestring: både personlige ressurser og sosial støtte medvirker til å styrke personens identitet. En annen begrunnelse for at sykepleiere skal styrke utsattes identitet og relasjoner, er at dette også vil styrke individets livskvalitet (jamfør kapittel 3.2.5.). I kapittel 5 og 6 omtales også forhold som har betydning for utsattes identitet. Dissosiasjon, hukommelsessvikt og skyldfølelse kan svekke identiteten, mens forhold som sosial støtte, ”motstandsdyktighet” og karaktertrekket indre driv for å oppnå makt styrker identiteten. I kapittel 7 omtales hvilke mestringsstrategier de utsatte har benyttet. Her omtales forhold som både har styrket og svekket identiteten. Nedenfor gis noen eksempler:

Eksempel 28 – Eksempler på mestringsstrategier de utsatte benyttet for å styrke identiteten.

De som fant en mening med det som skjedde opplevde økt selvaktelse og økt selvbildet, da de forstod at som barn, var de ikke i stand til å hindre overgrepene i å skje. De som omdefinerte hva overgrepene innebar, oppnådde en ”kontroll” over situasjonen som gav dem økt selvfølelse.

De som diskuterte overgrepene med flere personer opplevde støtte på at overgrep alltid er overgriperens ansvar, og oppnådde økt selvaktelse og økt selvbildet. De som strevet iherdig for å bli dyktige på et område, fikk økt selvaktelse, selvfølelse og selvbildet på det området.

Å bli sett og akseptert var viktig, da dette bedrer selvaktelsen. Å gjenvinne kontrollen var en viktig strategi, da denne gir økt selvfølelse, selvaktelse og selvbilde. Når de utsatte oppnådde innsikt i hva som lot seg forandre og hva de måtte lære seg å leve med, kunne selvfølelsen og selvbildet bli styrket.

En forsvarlig sykepleie innenfor psykisk helsevern vil bygge på kunnskaper om seksuelle overgrep, eksempelvis hva dette innebærer for den utsatte og hvilken sykepleie som kan

lindre virkninger og fremme mestring og helse. Uten kunnskap om seksuelt misbruk og dets virkninger, kan sykepleiere verken gjenkjenne dette i praksis eller imøtekomme dette hos utsatte, noe som igjen kan medføre fare for feilbehandling av utsatte og uforsvarlig sykepleie.

I det følgende vil jeg gi eksempler på hvordan sykepleiere kan styrke utsattes identitet og relasjoner, og gi en begrunnelse for hvorfor dette er viktig. Den sykepleie som nå presenteres er ikke noe særegent, som bare gjelder i møte med utsatte. Noen vil kanskje hevde at dette er ”vanlig” psykiatrisk sykepleie. I oppgavens innledning skrev jeg at det ved seksuelle overgrep ikke finnes noen kjennetegn som bare gjelder ved seksuelle overgrep. Slik er det også med sykepleien. Den sykepleie som presenteres vil derfor også kunne overføres til pasienter som ikke har opplevd seksuelt misbruk. Slik sett kan det diskuteres hvorvidt en trenger ”spesialsykepleie” på tema seksuelle overgrep. Min mening er at dette trenger vi for å kunne utføre sykepleie forsvarlig.

8.2.3. Bygge opp et tillitsforhold

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess (Travelbee, 1999), og sykepleiere bruker derfor relasjonen til den utsatte aktivt i sin behandling (Creedy et.al., 1998). Det å etablere et forhold til et annet menneske kan være vanskelig for utsatte, da evnen til å stole på andre mennesker kan være skadet pga tidligere opplevde svik, og mye usikkerhet. For sykepleiere kan det derfor ta tid og bygge opp et tillitsforhold eller en terapeutisk relasjon. En terapeutisk relasjon er en relasjon som innebærer gjensidighet: gjensidige følelser av å like hverandre, respektere og stole på hverandre (Jehu, 1990; Pearson, 1994). Da mange utsatte går inn i nye relasjoner uten evne til å ha tillit andre, er dette et forhold som sykepleiere må være oppmerksom på, og sykepleiere må være forberedt på at ”det terapeutiske forholdet hele tiden vil blive testet, afbrudt og bygget op igen” (Herman, 1995 s 183). Det er ikke uvanlig at utsatte tester ut relasjoner til sine behandlere (Bass & Davis, 1994). Dette gjør de først og fremst fordi de er usikre på om de kan ha tillit til behandleren. Testingen vil derfor kunne dreie seg om å sette tilliten på prøve. Denne testingen kan også forstås i lys av overgrepet, da mange utsatte opplever seg selv som ekle, og de kan derfor tro at ingen liker dem. En tredje forklaring denne testingen kan forstås som, er som et handlingsmønster som den utsatte har som følge av overgrepet (jamfør uegnede tilpassningsreaksjoner i kapittel 3.3.3 og eksempel 32 i dette kapitlet). Dette blir drøftet i kapittel 8.2.7.

Det er sykepleieres ansvar og legge til rette for at en god start på relasjonen med den utsatte. Men både den utsatte og sykepleiere har ansvar for at det skapes en allianse som fungerer (Herman, 1995). Det er derfor viktig at sykepleiere og den utsatte tidlig avklarer forventninger til hverandre, og at sykepleiere informerer den utsatte om hva hun/han kan bidra med, når hun/han kan treffes, når hun/han skal ha ferier, og andre praktiske opplysninger. Uventede avbrudd i kontakten kan bli oppfattet som tillitsbrudd. For å vise hvor betydningsfulle klare avtaler og rammer kan være for utsatte, tar jeg med et eksempel som jeg fant i mine kilder.

Eksempel 29 - viser hvor konkrete avtaler som kan være nødvendige hos utsatte

En utsatt kvinne gikk hver uke i terapi hos en kvinnelig psykolog. Da psykologen skulle på ferie informerte hun sin klient at hun ble borte en uke. Da den utsatte tok kontakt etter en uke, og hennes terapeut fortsatt var på ferie, følte den utsatte seg sviktet og forlatt. Den utsatte ble meget fortvilet. Misforståelsen som skjedde var at psykologen definerte reise en bort på ferie uke fra fredag ettermiddag til neste søndag kveld, mens den utsatte definerte en uke som syv dager.

Da den utsatte kan oppleve mye uklart knyttet til egen identitet (jmfør kapittel 3.3. og 5.1.) er det viktig at sykepleiere fremstår som en trygg og tydelig person. En bevisstgjøring på eget grunnsyn vil medvirke til at sykepleiere fremstår tydeligere og klarere, og det blir derved lettere for den utsatte å forholde seg til sykepleiere. Den utsatte trenger noe tydelig og stabilt og speile seg mot, og jo tydeligere sykepleiere fremstår, jo bedre hjelp er dette for den utsatte. En forsvarlig sykepleie vil være å kunne etablere en relasjon som oppleves trygg for den utsatte. Sykepleiere har ansvar for relasjonen, pasienten har ansvar for sine problemer (Axelsen, 1996).

8.2.4. La den utsatte ha kontroll over samtalene

Det er videre av avgjørende betydning at den utsatte får ha kontroll over tempo og tema som skal snakkes om sammen med sykepleiere. Utsatte kan som følge av overgrepene streve med virkninger etter maktesløshet som gjør at den utsatte er veldig sårbar for å bli offer på ny. Et avgjørende kriterium for hvor nyttig relasjonen er for den utsatte, er om relasjonen fremmer den utsattes kontroll. Den utsatte

”skal selv skape og suverænt bestemme over sin egen helingsproce. - Mange gode og velmenende forsøg på at hjelpe den traumatiserede strander fordi det fundamentale prinsip om at myndiggjøre hende ikke bliver respekteret. Ingen indgripen der tager makten fra den traumatiserende har nogen chance for at forbedre hendes helbredelse, uanset hvor meget det ser ut til at være det beste for hende i øyeblikket” (Herman, 1995 s 165).

Betydningen av at den utsatte skal ha kontroll over terapien er understreket i flere kilder, og sykepleieres funksjon er å støtte opp om denne kontrollen (Axelsen, 1996; Feinauer & Stuart, 1996; Roth & Newman, 1993). Derfor skal sykepleiere være varsom med å komme med råd. For å eksemplifisere dette har jeg valgt å ta utgangspunkt i et tema som utsatte kan oppleve som krenkende og vanskelig, nemlig dersom de blir oppfordret til å tilgi overgriper. Når sykepleiere skal fremme den utsattes kontroll, må hun i slike situasjoner diskutere med den utsatte for å frem ulike forhold ved saken, slik at den utsatte lettere kan vurdere konsekvensene av sine valg. Eksempelet følger nedenunder.

Eksempel 30 – Eksempel på en samtale om tilgivelse

Du må tilgi, og legge bak deg det vonde, er et råd som utsatte kan få fra personer som tror at det hjelper den utsatte å få denne form for oppfordringer:

Den utsatte kan oppleve råd av denne typen som fryktelig vanskelige, da bare tanken på hva hun har gått gjennom kan vekke et enormt raseri. Samtidig blir den utsatte usikker på hva som er rett og galt av henne å gjøre (jamfør kapittel 3.3.). Å be en utsatt om å tilgi kan derved igangsette mye ubehag for den utsatte.

Forsvarlig sykepleie er å hjelpe den utsatte med å se på ulike sider av saken, og støtte den utsatte i hennes valg. Her er noen momenter som kan trekkes fram i en slik diskusjon:

- At et menneske ber om tilgivelse, er ikke det samme som at dette mennesket har krav på tilgivelse.
- Å be om tilgivelse kan være oppriktig anger, men det kan også være et ordspill.
- ”Å tilgi mens en ennå kjenner smerten, synes ikke innenfor menneskelig rekkevidde” (Monsen, 1992 s 204)
- ”tilgivelse forutsetter at en kan føle seg større enn den andre: den som er minst kan ikke tilgi den som er størst” (Monsen, 1992 s 204).

Det er et skille mellom :

- å tilgi et menneske, for å gi dette mennesket en anledning til å legge det vonde bak seg å gå videre i livet og
- å legge bak seg eget traume for selv å gå videre i livet. Dette kan gjøres uten at en trenger å tilgi offisielt.

For noen kan tilgivelse være riktig og viktig, for andre er det helt umulig, og kanskje ikke engang riktig . Kun den utsatte *vet* hva som er rett å gjøre for henne, og som sykepleiere skal vi støtte utsatte i deres valg. En forsvarlig sykepleie vil her være å tydeliggjøre valgalternativer og deres konsekvenser, og å støtte den utsatte i deres egne valg.

8.2.5. Tro det den utsatte forteller

Det kan være flere grunner til at det for utsatte kan være en lette å få fortalt om overgrepet og hvordan en har det i hverdagen. Mange utsatte opplever anstrengte relasjoner til sine nærmeste, og ikke alle utsatte opplever å bli trodd, når de forteller om seksuelle overgrep hjemme (jamfør kapittel 3.3.4., 5.3 og 6.2.). En annen grunn er at å snakke om det en har opplevd er en viktig del av bearbeidingen av traumet. Den utsatte kan synes det er enklere å snakke med en fagperson som har taushetsplikt. I samtaler med utsatte er det viktig at sykepleiere tror på det den utsatte sier (Axelsen, 1996; Jehu, 1990), og at sykepleiere tåler å

høre det som fortelles, uten å avbryte eller omdefinere innholdet. Jmfør sitatet i innledningen av kapitlet, som viser at det som fortelles av utsatte kan være vanskelig å tro. Som følge av seksuelle overgrep kan den utsatte preges av usikkerhet omkring en rekke forhold (jmfør kapittel 3.2.1.- 3.2.4., 3.3.2., 3.3.5., og 3.3.7.) Når den utsatte opplever at sykepleiere *tror* det den utsatte forteller, er dette en relasjon som kan styrke den utsattes selvaktelse. Derfor er det viktig at sykepleiere er støttende i sin kommunikasjon med den utsatte, og at hun tar alvorlig det den utsatte mener (jmfør kapittel 7.2.). Å være en støtte for den utsatte, betyr ikke at sykepleiere må være enig i alt den utsatte sier eller ber om. Dersom sykepleiere er uenig, og formilder dette på en empatisk og omsorgsfull måte, kan den utsatte oppleve (sosial) støtte, på tross av uenigheten. Det å ta alvorlig det pasienten sier både på godt og vondt, vil dermed være med å styrke utsattes selvaktelse og evne til relasjoner med andre. Jeg vil her ta med et eksempel som viser hvordan vanlig sykepleie kan ha motsatt effekt dersom seksuelle overgrep er ikke tas opp som tema i relasjonen mellom sykepleiere og den utsatte:

Eksempel 31 – Eksempel som illustrer hvordan sykepleieres tiltak kan ha motsatt effekt på den utsatte

Selv om sykepleiere iverksetter tiltak for å styrke utsattes identitet og relasjoner, kan disse tiltakene ha en motsatt effekt dersom seksuelle overgrep ikke snakkes om i relasjonen mellom sykepleiere og den utsatte.

Når den utsatte vet at sykepleiere kjenner til at pasienten har opplevd seksuelt misbruk, og allikevel velger å samtale med pasienten uten å komme inn på dette tema, kan den utsatte oppleve : svik (bryr du deg ikke), stigmatisering (det er jo meg det er noe galt med), og pasientens opplevelse av to samtidige ”verdener” vil fortsatt være tilstede (en hvor seksuelle overgrep eksisterer og en hvor seksuelle overgrep ikke eksistere). Disse forholdene vil samlet svekke den utsattes identitet og evne til relasjoner.

Sykepleiere kan derved komme i den situasjonen at hun på den ene siden arbeider for å styrke den utsattes identitet og relasjoner, og prøver å vise både at hun bryr seg og at hun gir støtte, men ved å være taus i forhold til virkninger etter seksuelle overgrep svekker hun utsattes identitet og relasjoner.

8.2.6. Samtalene skal gjøre den utsatte stadig mer selvstendig

Det er viktig at samtalens innhold og de tiltak som sykepleiere iverksetter har som mål å gjøre den utsatte stadig mer selvstendig, for derved å styrke utsattes selvfølelse. Kilder for å styrke en persons selvfølelse er både personlige erfaringer og andres tilbakemeldinger. Sykepleiere må derfor formidle til den utsatte at de har tro på at utsatte klarer å utføre en oppgave, og utsatte må selv gjøre seg erfaringer som kan bekrefte dette. De oppgaver som kan være aktuelle for utsatte å arbeide med kan være knyttet til både familieforhold, og til hverdagslige gjøremål. Sykepleiere kan oppfordre utsatte til utføre aktiviteter som gir mestringsfølelse. Pearson (1994) og *S.E.A.* programmet gir en rekke eksempler på teknikker og aktiviteter som kan benyttes for å styrke utsattes selvfølelse (se vedlegg 6). Det er viktig at disse aktivitetene

er i samsvar med utsattes interesser, og som sykepleier må en huske på at noen utsatte er vant til å sette andres behov foran deres egne behov, og derfor kan takke ja til tilbud om aktiviteter, som de selv egentlig ikke ønsker å delta i, bare for å slippe å såre noen (eksempelvis sykepleiere). En annen situasjon som kan oppstå er at den utsatte er usikker på hva hun vil. I slike situasjoner går det an å oppfordre den utsatte til å prøve ut nye opplevelser, og derved skaffe seg erfaringer. Det er viktig å legge fram valgmuligheter for den utsatte, for derved å gi håp om en bedre fremtid (Rustøen, 1991). Et mål på om sykepleien gir den utsatte større selvfølelse og mestringsfølelse er at den utsatte i økende grad blir mer og mer selvstendig. Dette samsvarer med tenkningen til Leira (1990 del 2) som sier at samtalen skal handle om *mer* enn utsattes problemer, da det er like viktig å hjelpe den utsatte med løsninger på praktiske problemer. At de utsatte skal bli mer og mer selvstendige er selve grunntanken i psykiatrisk sykepleie. Denne tenkningen samsvarer også med et råd som Bass & Davis (1994) gir til utsatte. De sier utsatte må velge behandlere som er gode, det vil si behandlere som gjennom samtaler, gir den utsatte stadig flere ferdigheter, slik at den utsatte i økende grad klarer seg selv. En forsvarlig sykepleie blir derfor å klargjøre for utsatte hvilke valgmuligheter som finnes i de ulike situasjoner, og gi støtte til de valg som utsatte ønsker å prøve ut.

Å akseptere utsattes erfaringer er viktig. Den utsatte kan ha tidligere opplevde doble erfaringer, og derved være usikker på hva de faktisk føler og opplever. Samtidig som de bærer erfaringer med seg i kroppen (jamfør kapittel 3.3.1.), er de kanskje blitt fortalt eller har selv trodd på forklaringer som er i strid med de legemliggjorte erfaringene. Dette fenomenet er vanlig hos alle som opplever traumer, og Leira har derfor ut fra egen erfaring med traumatiserte barn utarbeidet noen prinsipper som skal hjelpe personer som strever i en erkjennelsesprosess (Jamfør *Prinsipper for erkjennelse* i vedlegg 6). Disse prinsippene kan også brukes overfor voksne utsatte.

Jo flere personlige ferdigheter et menneske har, jo større mulighet har det for å mestre på en positiv måte (jamfør kapittel 2.1.). Sykepleiere kan styrke utsattes selvbilde ved å legge opp et pedagogisk opplegg hvor hensikten er å lære den utsatte å gjenkjenne virkninger etter overgrepet, og lære dem hvordan de kan møte disse på en god måte. Noen ganger vil sykepleiere i psykisk helsevern oppleve at pasienter er innlagt for et kort opphold, og i USA er det utarbeidet et undervisningsprogram som sykepleiere kan bruke i slike situasjoner. Programmet heter *Women`s Safety in Recovery*, og et kort resymè av programmet presenteres i vedlegg 6. Poenget med dette terapiprogrammet er å styrke den utsattes mestring av

hverdagen, ved å lære henne å se sammenhenger mellom overgrepene og hverdagens problemer. På denne måten gis den utsatte en økt selvinnsett og situasjonsforståelse, noe som på sikt kan bedre hennes funksjonsevne i hverdagen (jamfør eksempel 26 i kapittel 8.1.4.). Programmet *Women`s Safety in Recovery* er også et eksempel på hvordan samtaler med utsatte styrker deres identitet og mestring, uten at sykepleiere trenger å kjenne til detaljer fra overgrepene. En forsvarlig sykepleie i møte med utsatte i grupper som eksempelvis følger program som ligner *Women`s Safety in Recovery* blir å respektere og ivareta pasientens grenser. Det er viktig for sykepleiere som leder denne form for grupper både å informere om, og å påse at utsatte kan delta her, uten at de trenger å si noe.

8.2.7. Identifiser handlingsmønstre som er lite gunstige for den utsatte

Det er en vanlig virkning etter seksuelle overgrep at utsatte har anstrengte relasjoner til sine nærmeste (Christensen, 2000; Kirkengen, 1997). Det er derfor ikke uvanlig at det også kan oppstå konflikter mellom sykepleiere og den utsatte, da denne konflikten kan være uttrykk for en uegnet tilpassningsreaksjon hos den utsatte (jamfør kapittel 3.3.3). Jehu (1990) sier at den utsatte kan som et ekko gjenta sine dårlige relasjoner i relasjonen med behandleren. Dette fenomenet beskrives også i kilder som ikke omhandler seksuelle traumer under andre betegnelser. Mest kjent er begrepet overføring, som kan forklares på denne måten:

”Overføring innebærer pasientens tendens til ubevisst å legge følelser og egenskaper som en gang var knyttet til viktige personer i den tidlige barndommen (vanligvis foreldre og søsken), over på aktuelle personer i omgivelsene. Overføringen innebærer altså en hindring når det gjelder å oppfatte og forholde seg til andre mennesker på en adekvat måte” (Cullberg, 1999 s 472).

En viktig del av sykepleien som skal styrke utsattes selvbylde blir derfor å gjenkjenne adferdsmønstre (overføringer) som er lite gunstige for den utsatte, og i samarbeid med den utsatte finne frem til handlingsmønstre som kan erstatte disse (Creedy et al., 1998). I flere av kildene vektlegges dette punktet som sentralt ved terapi etter seksuelle overgrep (Jehu, 1990; Herman, 1995; Tyson & Goodman, 1996). Et eksempel som viser dette er hentet fra Tyson & Goodman`s studie (1996).

Eksempel 32– viser et skadelig handlingsmønster (overføring) som har røtter i overgrepet

En kvinne framtrer i en incestgruppe som dominerende og høyrøstet. Hun starter på nye tema uten å ta hensyn til den kommunikasjon som foregår i gruppen. Denne måten å være på, og hvordan dette virker på de andre gruppe medlemmene er ukjent for kvinnen. Når kvinnen oppdager at hennes oppførsel er en gjentakelse av hennes atferd mot overgriper, klarer hun å identifisere handlingsmønstre som er lite gunstige, og som er knyttet til overgrepet.

Kvinnen i eksempelet overfor hadde mestret sin relasjon til overgriperen ved å være høyrøstet og dominerende. Men denne framferden var lite hensiktsmessig i hennes øvrige sosiale relasjoner. I incestgruppen ble overføringsreaksjonen tydelig. Da gruppelederne kjente til fenomenet overføring og kunne intervensere i forhold til dette, fikk kvinnen anledning til å bearbeide dette.

Dette forklares slik: Som små barn formidler en sine tanker gjennom handlinger fremfor ord, og voksne utsatte kan når de strever med problemer som har røtter overgrepet, som skjedde i deres barndom, formidle seg på samme måte.

Konklusjonen fra denne studien var at det å snakke om overgrepet er viktig, men i seg selv er dette ikke nok, fordi skader fra overgrepet ofte framtrer gjennom handlinger. Derfor blir en identifisering og bearbeiding av skadelige handlingsmønstre, like viktig som det å hjelpe den utsatte til å sette ord på følelser og tanker i forbindelse med overgrepet (Tyson & Goodman, 1996). Denne måten å tenke på finner jeg samsvarende med Lazarus tenkning (prinsipp nummer 2,3,og 4 i kapittel 2.3.). Lazarus sier at den som skal hjelpe et individ til å mestre, først må ”diagnostisere” situasjonen, og deretter må hjelperen bringe inn ny viten som medfører endret adferd. Den diagnostisering som Lazarus (1993,B) omtaler, kan eksempelvis være å identifisere eventuelle adferdsmønstre som er uheldige for den utsatte.

8.2.8. Samtalen skal være oppklarende for den utsatte

Gjennom samtaler med utsatte identifiserer sykepleiere forhold som både styrker og svekker utsattes identitet og relasjoner. En forfatter som er opptatt av dette er Creedy et.al., (1998). Hun sier at sykepleiere i sitt arbeid kan gjøre bruk av self-skjemaer, det vil si et skjema som inneholder individets forestillinger og informasjon om selvet. I denne oppgaven er tidligere begrepet attribusjoner benyttet (se kapittel 2.1.1. og 6.2.1.). Da jeg var noe usikker på forholdet mellom begrepene self-skjema og attribusjoner, kontaktet jeg professor Debra Creedy via e-mail. Creedy skrev tilbake og forklarte at et self-skjema består av både attribusjoner og selvfølelsen til den utsatte. Her gjengis hennes forklaring:

” Self schemas do involve attributions but also involve the person sense of self most commonly referred to as self esteem and self concept. Sometimes survivors of childhood sexual abuse blame themselves for the abuse and view themselves as "bad" "weak" etc. These perceptions also extend to their

interactions with others where they seek love but also reject it because they are not "loveable". This dynamic may contribute to their selection of partners who perpetuate the abuse. Finally the schemas are associated with their view of the world as being unsafe and the future in that they may believe that things won't change or that they are powerless to change their situation and life (Creedy, 2000).

Slik jeg forstår Creedy mener hun at sykepleiere gjennom samtaler skal identifisere både attribusjoner og hvordan disse virker inn på utsattes selvfølelse og selvbilde, og jeg finner hennes budskap som sterkt samsvarende med det sitatet fra Axelsen som er gjengitt i kapittel 6.2.1. Det som er essensen for sykepleiere når hun skal fremme den utsattes mestring og helse er at sykepleiere må hjelpe den utsatte til å skille virkninger av overgrepet fra deres personlighet. Hvordan virkninger etter overgrepene kan blandes sammen med utsattes identitet er forsøkt eksemplifisert i følgende eksempler: (19 i kapittel 5.1.2.; 26 i kapittel 8.1.4.; 32 i kapittel 8.2.3.; 33 i kapittel 8.3.2. og 35 i kapittel 8.5.). Sykepleie kan også hjelpe den utsatte til å skille virkninger fra overgrepet fra deres personlighet ved samtale om utsattes attribusjoner (jmfør kapittel 6.1.2.). Utsattes identitet og evne til relasjoner vil styrkes når den utsatte ser en sammenheng mellom deres "spesielle væremåte" og overgrepet. På samme måte kan utsattes skyld og skamfølelse bli svekket når den utsatte ser en sammenheng mellom de årsaksforklaringer de alltid har trodd på og den alder de hadde når overgrepene startet. Når den utsatte eksempelvis ser bilder av seg selv som barn, kan de forstå med større innsikt at de var faktisk barn da overgrepene skjedde. Når deres skyld og skamfølelse svekkes, vil deres identitet styrkes. Når den utsatte i samtale med sykepleiere undersøker og avslører følelser knyttet til overgrepet, blir sykepleieres rolle å gi alternative forklaringer (Jehu, 1990). Ofte kan utsatte være forvirret, og forhold i hverdagen kan oppleves som utydelige. I slike situasjoner må sykepleiere gi sin støtte til de forklaringer som høres rasjonelle ut, samtidig som sykepleiere er åpen for at andre forklaringer kan være sannere i denne situasjonen.

Den tredje måten som sykepleiere kan hjelpe utsatte med å skille deres virkninger fra overgrepet fra deres personlighet, er ved å hjelpe dem til å skille mellom handlinger og personer. Dette jeg nå skal beskrive ble jeg først oppmerksom på noen år tilbake, da jeg deltok jeg på et kurs om seksuelle overgrep. Foredragsholder på dette kurset sa det var *viktig for bearbeiding av incest, at den utsatte så overgriperens både gode og dårlige sider*. Dette ble begrunnet med at barn må få hjelp til å forstå sine egne motstridende erfaringer med overgriperen, for eksempel at han kunne være både overgripende og skremmende, og i andre situasjoner omsorgsfull. Jeg tolker Leira's prinsipp nummer 7 (*Prinsipper om anerkjennelse*) i

samsvar med ovennevnte budskap. Eksempelvis kan utsatte oppleve seg selv som ekle, fordi overgrepet var en situasjon som gav ekle følelser. Dette gjør de fordi de blander sammen: en ekkel handling og en ekkel person. For at den utsatte skal *forstå*, slik Lazarus kaller emosjonell innsikt (prinsipp 4 kapittel 2.3.), at det som var ekkelt var overgrepet, og ikke den utsatte, er det nødvendig at utsatte lærer å skille handling og person, også når dette gjelder overgriper, fordi i følge Terr (1991) vil personer med gjentatte traumer identifisere seg med overgriper, og vende aggresjon mot seg selv. (Dette samsvarer med teori der mange utsatte sliter med skyldfølelse og depresjon etter seksuelt misbruk). Dersom den utsatte identifiserer seg med overgriper blir det viktig å bruke overgriper som eksempel for at den utsatte skal lære utsatte skillet mellom gode og dårlige handlinger fra gode og dårlige personer.

8.2.9. Anerkjenn utsattes mestringsforsøk

Jeg har til nå gitt en rekke eksempler på hvilke holdninger som er gunstige og hva samtaler med utsatte kan handle om. Lazarus (1993 B) sier at innholdet i samtalen avhenger av hvilken hjelp den utsatte trenger. Den hjelp som tilbys må samsvare med klientens aktuelle problemer, livssituasjon og personlighet. Dersom den utsatte opplever som kvinnen i eksempel 20 : ”jeg er incest”, kan sannsynligvis samtalen med sykepleiere dreie seg om virkninger etter seksuelt misbruk uansett hvilket tema fra hverdagen det snakkes om. For sykepleiere er det alltid viktig å styrke er utsattes selvaktelse, da selvaktelsen er en viktig del av identiteten. Kjennetegn på lav selvaktelse er selvhån og kritikk, selvforringelse, skyldfølelse og bekymring, utsettelse av avgjørelser, å nekte seg gleder, problemer i mellom-menneskelige-forhold, tilbaketrekking fra virkeligheten og selvødeleggelse (Stuart & Sundeen, 1983 i Hummelvoll, 1997). Som vi ser så sammenfaller beskrivelsen av tegn på lav selvaktelse med virkninger etter seksuelt misbruk. Mennesker med høy selvaktelse aksepterer seg selv som de er, er glade i seg selv, og de kan selv vurdere hva som er bra og dårlig. Personer med lav selvaktelse derimot, er avhengig av bekreftelse fra andre, da de ikke klarer å ta disse vurderingene på egenhånd (Hummelvoll, 1997 s 81). Som sykepleiere kan vi styrke utsattes selvaktelse, og derved deres identitet, ved å møte dem med en aksepterende holdning. Dette innebærer en anerkjennelse av pasientens tidlige problemløsningsforsøk – selv om disse ikke førte fram (jamfør Lazarus sitt prinsipp nummer 2 i kapittel 2.3.). Denne aksepteringen kan føre til at den utsatte kan kjenne seg tryggere og friere til å godta både de positive og de negative kvalitetene hos seg selv (Hummelvoll, 1997).

8.2.10 Å være en rollemodell

Vi kan og styrke selvaktelsen ved å være en klar og tydelig rollemodell. Når sykepleiere er tydelig på å sette grenser, viser hun samtidig den utsatte en måte som er ok å sette grenser på. Når sykepleiere er tydelig og saklig i sin kommunikasjon, viser hun den utsatte en måte å tale direkte på. Når noe er vanskelig i relasjonen mellom sykepleier og den utsatte, kan sykepleieres håndtering av situasjonen bli en modell for hvordan utsatte kan møte vanskelige situasjoner. På denne måten kan sykepleiere styrke den utsattes selvaktelse og evne til å ha relasjoner på flere nivåer, indirekte som rollemodell, og direkte gjennom innholdet i samtalen eller aktiviteter de har sammen. Det finnes behandlingsteknikker som vektlegger anerkjennelse av traumatiserte personers erfaringer, og sykepleiere kan for eksempel bruke teknikken *Prinsipper for anerkjennelse* (se vedlegg 6) som er utarbeidet av Leira (1990).

8.2.11. Dersom sykepleiere mangler kunnskaper og personlige egenskaper – er da sykepleien forsvarlig?

Som vist i teksten foran er kunnskaper grunnleggende i et tillitsforhold. Slike kunnskaper må sykepleiere ha – i tillegg til de personlige egenskapene som en trenger for å opprette en terapeutisk allianse. En viktig oppgave for sykepleiere i samtale med utsatte er å hjelpe dem til å finne klarhet i uklare forhold. Dette forutsetter at sykepleiere har kunnskaper om både hva seksuelt misbruk innebærer for den utsatte, og at de innhenter informasjon om den utsatte. Hvilken type problemer den utsatte søker hjelp for vil variere, og sykepleiere må derfor i samtale med den utsatte finne frem til disse områdene, og hvordan hun kan hjelpe den utsatte. Sykepleieres rolle er blant annet å ”diagnostisere” den utsattes tidligere mestringsforsøk og vurderinger (jamfør kapittel 2.3.), derfor trenger en å kjenne til både hvordan hverdagen oppleves nå, og hvordan den har vært for den utsatte. Selv om sykepleiere trenger opplysninger om den utsatte for å kunne forstå hvordan hun/han best kan hjelpe, må sykepleiere være tydelig på hvilke opplysninger hun trenger. Sykepleiere arbeider med utgangspunkt i psykologiske definisjonene på seksuelle overgrep, og ikke med utgangspunkt i de juridiske. For sykepleiere er ikke essensen hvordan overgrepet faktisk skjedde, for eksempel om det innebar samleie eller ikke, men hvordan overgrepet påvirker utsattes livskvalitet i dag. Dette er viktig fordi både utsatte og sykepleiere kan ha motstand mot for detaljerte betroelser. En forsvarlig sykepleie blir derfor å ivareta den utsattes grenser, og dersom den utsatte er i tvil, bør hun oppfordres til å ikke fortelle sin opplevelse.

Selv om denne oppgaven fokuserer sterkt på hvordan ulike forhold kan fortone seg for utsatte, kan også utsatte få vanlige sykdommer. Det er sannsynlig at den utsattes problemer kan ses i sammenheng med erfaringer fra overgrepene, men problemene kan ha andre forklaringer. Det er en like stor feil å tolke alt som skjer i livet til utsatte som problemer knyttet til overgrepet, som det er å ikke knytte noen av de problemer som utsatte har til overgrepet. Sykepleieres rolle er å stille de rette spørsmål og hjelpe den utsatte til å finne fram til svar på de forhold som er forvirrende. Derfor må en som sykepleier bruke kunnskaper i kommunikasjon, og kunnskaper om hva seksuelt misbruk innebærer for utsatte. Dersom en sykepleier ikke har kommunikasjonsferdigheter og kunnskaper om seksuelle overgrep, eller ikke har de nødvendige personlige egenskaper - opptre en da uforsvarlig?

8.2.12. Dersom sykepleiere er i tvil hvorvidt pasienten har opplevd seksuelle overgrep eller ikke – hvordan kan sykepleiere da opptre?

Sykepleiere som samtaler med utsatte kan bli berørt på flere måter. Historiene og erfaringene som fortelles er vonde, og de kan derfor være vanskelig å glemme. Andre ganger oppstår usikkerhet hos sykepleiere, eksempelvis dersom utsatte tviler på hvorvidt de har opplevd seksuelle overgrep eller ikke (jamfør kapittel 5.2. og 5.3.). I slike situasjoner er det heller ikke lett for sykepleiere å vite hva hun skal tro. Viktige og vanskelige spørsmål blir derfor:

Hva om sykepleiere er usikker på om pasienten har opplevd seksuelt misbruk?

Hvordan skal sykepleiere forholde seg når hun er usikker på om minnene ekte eller falske?

En løsning på disse spørsmålene kan være at sykepleiere skifter fokus fra gyldigheten av minner, til å se på hvilken mening minnene har for den utsatte. Dersom individer definerer sine minner som virkelige, da har de virkelig mening og konsekvenser i livene deres (Warner & Feltey, 1999). Derfor blir en gyldiggjøring av de utsattes erfaringer viktig. En forsvarlig sykepleie er å ta de utsatte og deres problemer på alvor. En sykepleier ved psykisk helsevern vil sannsynlig møte på utsatte personer så ofte at en bør forvente at de har en realkompetanse på dette området. En faglig forsvarlig sykepleie for sykepleiere som skal ha samtalebehandling med utsatte, er at de ikke påfører pasienten noen form for skade med sin behandling. Det er viktig at sykepleiere er bevisst på egen kompetanse og opptre i samsvar med denne. Eksempelvis har ikke sykepleiere kompetanse til rekonstruksjon av traumer, og

en slik praksis vil derfor være en uforsvarlig sykepleie. En forsvarlig sykepleie bygger på dokumentert kunnskap, og sykepleiere må derfor kunne argumentere for og begrunne de sykepleiehandlinger som hun iverksetter.

8.3. Sykepleie til utsatte knyttet til gynekologi, svangerskap og fødsel

Det undrer meg at det er gjort så få studier om hvordan seksuelt misbruk kan virke inn på situasjoner knyttet til svangerskap, fødsel og gynekologi. De studier som er utført er alle av nyere dato. Temaets aktualitet er bekreftet i en norsk undersøkelse (Grimstad & Schei, 1999) som fant at 14% av de fødende (N = 173) hadde opplevd seksuelt misbruk. En studie (Benedict, Paine, Paine, Brandt & Stallings 1999) utført blant gravide i USA viser at 37% har opplevd seksuelt misbruk (om årsaker til ulike prevalenstall se kapittel 1.2.1.). Videre viser studier at utsatte oftere enn en kvinnelig normalpopulasjon, har gynekologiske vansker (jamfør tabell 1 i kapittel 3.1.). Situasjoner som innebærer en gynekologisk undersøkelse vil normalt være sårbare for kvinner. Disse situasjonene kan bli ekstra sårbare for utsatte da de kan vekke minner om overgrepene (jamfør kapittel 3.3.2. og 3.3.7.). Det kan derfor forventes at sykepleiere ved ovennevnte avdelinger kan oppleve utsatte som er sårbare og engstelige, både som følge av sykehusinnleggelsen og som følge av virkninger etter seksuelle overgrep.

8.3.1. Aktuelle problemstillinger

- i. Bør en rutinemessig spørre alle kvinner ved gynekologiske avdelinger og ved fødeavdelinger, om de har opplevd seksuelt misbruk i barndommen?
- ii. I hvor stor grad skal sykepleiere ved gynekologisk, føde eller barselavdelinger snakke med utsatte om deres erfaringer fra seksuelle overgrep?
- iii. Sykepleiere ved disse avdelingene møter utsatte primært for noe annet enn seksuelt misbruk, og er det å forvente at sykepleiere ved disse avdelingene skal ha kompetanse til å behandle pasienter som også opplever virkninger etter det seksuelle overgrepet?

Bør en rutinemessig spørre om pasienten har opplevd seksuelle overgrep?

Dette spørsmålet kan være like relevant å stille ved psykisk helsevern, men det tas opp her for at presentasjonen skal gis samlet. Det er gjort noen få studier om dette tema, og svarene fra disse er nokså entydige. Flere forfattere er opptatt av at gravide utsatte må få anledning til å

bringe misbruket på bane. Når de utsatte blir spurt, kan de selv velge hva de vil svare (Bylund, 2000). Men praksisen om hvorvidt pasienter blir spurt om tidligere seksuelle overgrep varierer. Et funn som Roboholm og Buttenheim (1996) gjorde i sin undersøkelse var at over 80 % av kvinnene i utvalget (utsatte = 44, kontrollgruppe = 30) fortalte at de aldri var blitt spurt om seksuelt misbruk, og over 90% mente at dette burde de blitt spurt om. 93% av de seksuelt misbrukte kvinnene ønsket å bli spurt, men de fleste av disse la til at spørsmålet måtte bli stilt på en hensynfull måte, mens de hadde klærne på. For sykepleier og annet helsepersonell kan det være vanskelig å stille denne typen spørsmål, både fordi spørsmålet er svært personlig, og fordi sykepleiere kan være usikre på hvordan hun skal håndtere situasjonen dersom pasienten bekrefter at dette har de opplevd.

En undersøkelse utført av Gallop, McKeever, Toner, Lancee & Lueck, (1995), brukte sykepleiere ansatt i psykiatriske institusjoner som informanter. De stilte spørsmål om en rutinemessig bør spørre pasienter om seksuelt misbruk. Hos utsatte sykepleiere (N = 42) svarte 62% ja, og blant ikke utsatte sykepleiere (N = 281) svarte 63% ja. Også i denne studien sa respondentene at spørsmålet måtte stilles på en hensynsfull måte, og dersom en rutinemessig skal spørre om seksuelt misbruk, må sykepleiere få opplæring i dette. Sykepleiere må videre ha ressurser tilgjengelig for å kunne møte klientens behov for oppfølging (Gallop et.al., 1995).

Viktige argumenter for å spørre var at denne informasjonen kunne ha betydning for oppholdet, og at en gav personen mulighet for å avsløre overgrepet når en spurte direkte om dette (Gallop et.al., 1995). Når en ikke kjenner til seksuelt misbruk vil en observere kvinnens problemer, uten at en kjenner bakgrunnen og har mulighet for å hjelpe henne med dette. Når en kjenner til seksuelt misbruk kan en øke kvinnens kontroll, og være en støtte for henne emosjonelt (Seng & Petersen, 1995). Et annet argument for å spørre er følgende: dersom en lar være å spørre om seksuelt misbruk, signaliserer en at dette er et forhold som ikke er viktig (Gallop et.al., 1995). Hoff & Rosenbaum (1994) sier at det i litteraturen ikke finnes bevis for at pasienter motsetter seg å bli spurt om seksuelt misbruk. Men at det er økende bevis for hvor skadelig det er å la være å spørre da dette øker tabu og fornektelsen av problemet (Gallop et.al., 1995). Det finnes flere måter å spørre på uten å være for direkte. En måte kan være å si: har du noen erfaringer eller opplevelser som gjør at den undersøkelsen du nå skal gjennom kan være vanskelig for deg?, eller er det noe som jeg som sykepleier bør kjenne til som kan gjøre undersøkelsen lettere for deg? (Seng & Petersen, 1995). En faglig forsvarlig sykepleie

her vil innebære at avdelingen har opparbeidet rutiner og kompetanse hos personalet for når og hvordan slike spørsmål kan stilles, og hvordan den utsatte kan ivaretas dersom den utsatte svarer bekreftende på spørsmålet. Et vanskelig men viktig spørsmål blir: dersom sykepleiere ikke har fått ovennevnte kompetanse, blir det da forsvarlig å spørre pasienter om de har opplevd seksuelt misbruk? Jeg opplever ovennevnte spørsmål som et dilemma fordi det kan være sårende og vondt for den utsatte, å bli spurt om de har opplevd seksuelle overgrep, dersom dette ikke gjøres på en skånsom måte. På den andre siden kan det også være sårende og vondt for den utsatte dersom sykepleiere ikke spør.

8.3.2. Områder som er aktuelle for sykepleiere å ha kunnskaper om

I dette kapitlet er det sykepleieres lindrende funksjon som er i fokus. Sykepleiere ved gynekologisk eller føde/barsel avdelinger har ikke som sin primære oppgave å behandle den utsattes virkninger etter tidligere seksuelle overgrep. Men disse virkningene kan bli synlige under oppholdet ved ovennevnte avdelinger. Ved å ta hensyn til utsattes traume erfaringer kan sykepleiere lindre den utsattes virkninger. I min gjennomgang av kilder kom jeg fram til følgende områder som er aktuelle for sykepleiere å ha kunnskaper om:

- Forhold rundt gynekologisk undersøkelse.
- Utsatte som er gravide.
- Fødsler kan utløse gjenopplevelser av misbruket (jamfør kapittel 3.3.2 og 3.3.7.)

Gynekologisk undersøkelse

For utsatte er det ofte en stor belastning å gå til gynekologisk undersøkelse. En studie viser at utsatte gruet mer for besøk hos gynekolog, enn andre kvinner (Roboholm & Buttenheim, 1996). Også mange ikke utsatte kvinner gruer for denne type undersøkelse. En studie (Roboholm & Buttenheim, 1996) fant følgende forskjell mellom utsatte og ikke utsatte. Hos kontrollgruppen var ubehaget knyttet til fysisk ubehag, mens det hos den utsatte var det emosjonelle ubehag som var sterkest, eksempelvis følelser som sårbarhet og skam. Under den gynekologiske undersøkelsen kunne den utsatte oppleve uventede og uønskede tanker, de kunne oppleve sterke følelser, kroppsminner og andre minner kunne bli vekket, og de kunne oppleve følelsesnummenhet. Dette kan dreie seg om dissosiative reaksjoner hos individer som har opplevd traumer som oppstår i situasjoner som minner om traumet (Kirkengen, 1997). For utsatte oppleves det ekstra sårbart å gjennomgå gynekologiske undersøkelser. Som sykepleier treffer en pasienter i denne sårbare situasjonen som assistent ved gynekologiske

undersøkelser, eller i situasjoner der en skal legge inn et kateter, for eksempel før en operasjon. Det er da viktig at sykepleiere informerer om hva undersøkelsen går ut på, og at de på forhånd avtaler hvordan kvinnen skal si fra dersom hun ønsker undersøkelsen stoppet (Mayer, 1995). For å oppnå tillit hos denne pasientgruppen må sykepleiere lytte nøye til pasientens tilbakemelding. Videre er det viktig å fortelle hva en skal gjøre før en berører den utsattes kropp, og en bør gå forsiktig fram og lytte aktivt til pasientens kroppsspråk. ” Konstant verbal kommunikasjon er viktig for å hindre dissosiasjon” (Mayer, 1995 s 15). En forsvarlig sykepleie blir her å informere, og å være oppmerksom på pasientens kroppsspråk.

Utsatte som er gravide

Jeg fant 2 empiriske studier (Benedict et.al., 1999; Grimstad & Schei, 1999) som omhandlet gravide utsatte. Disse studiene undersøkte hvordan de utsatte opplevde svangerskapet, hvordan helsen var i svangerskapet, og om barnet som ble født var undervektig. Studiene viser at utsatte gravide har en økt forekomst av ubehag under svangerskapet, og en økt forekomst av depresjon (Benedict et.al., 1999), noe som kan forklare at denne gruppen oftere enn andre gravide oppsøker lege (Grimstad & Schei, 1999). Ingen av disse studiene fant økt forekomst av komplikasjoner under fødselen, eller lavere fødselsvekt når de sammenlignet utsatte fødende med kontrollgrupper.

En fødsel kan utløse en gjenopplevelse av overgrep

Også forhold rundt en fødsel kan være mer skremmende for utsatte enn for andre kvinner. Fødende utsatte kan være mer redd for de emosjonelle reaksjonene enn for de fysiske smertene ved fødselen (Førsvoll, 2000). Dette samsvarer med Roboholm & Buttenheim (1996) studie, som fant at utsatte opplevde mer emosjonelt ubehag enn fysisk ubehag ved gynekologiske undersøkelser. Dette kan forklares med at utsatte kan ha vansker med å skille personer, steder og opplevelser i nåtid fra fortid, og at det den utsatte frykter kan være en gjenopplevelse av følelsene fra overgrep. Minner fra overgrep kan gi utslag i handlinger eller opplevelser hos den fødende utsatte som kan være noe merkelige, dersom en ikke ser disse handlingene i lys av overgrep (Bylund, 2000; Førsvoll, 2000). Et eksempel som Førsvoll gir er følgende:

Eksempel 33 - eksempel på gjenopplevelse under en fødsel

”Etter fødselen legges barnet på mors mage. Hvis den utsatte ikke har fått bearbeidet overgrepstraumene, kan dette skape panikk og avsky for barnet isteden for nærhet. Når ”noe varmt og klisset” blir lagt på magen, husker den utsatte overgrepet. Dette kan også skape kaos hos den nybakte moren i ettertid. Med hodet vet hun at hun ikke må føle avsky for barnet sitt. Likevel var det dette hun følte da hun fikk barnet på magen. Dette kan føre til at hun i ettertid ikke takler nærhet med barnet og gi en enorm skyldfølelse”. (Førsvoll, 2000 side 21).

Situasjonen i eksempelet oven kan forstås i lys av teori om legemliggjøring av erfaringer (og i lys av dissosiasjon). Når det nyfødte barnet legges på magen til den utsatte, vekkes et minne som er lagret i kroppen til den utsatte. Kvinnens forbinder gjennom sin kropp noe varmt og klissent på magen med overgrepet, og assosierer dette med vonde følelser. Dette er en legemliggjort erfaring (jmfør kapittel 3.3.1.). Som følge av dissosiasjon kan kvinnen blande sammen hendelser som skjer i nåtid, med hendelser som skjedde i fortid. Dette fenomenet betegnes av Kirkengen (1997) som usikker virkelighetsoppfatning. Den nybakte moren i eksempelet blander sammen overgrepet som skjedde i fortid, med fødselen som skjer i nåtid. Derfor kan hun oppleve de samme vanskelige følelsene som hun opplevde under overgrepet, når det nyfødte barnet legges på hennes mage. Når den utsatte får bearbeidet overgrepet får hun hjelp til å sette sine erfaringer i sammenheng med traumat. Dette kan hjelpe henne til å skille nåtidige opplevelser fra de tidligere opplevelser, som er en legemliggjøring i den levde kroppen. Dette vil si at når den fødende skjønner at det som var ekkelt var knyttet til overgrepet, og ikke til den nyfødte som legges på mors mage, da kan hun glede seg over det som skjer, istedenfor å kjenne avsky.

Dersom en fødende gjenopplever overgrepet under fødselen, må hun få tilbud om å få tatt dette opp når hun har hvilt etter fødselen. De råd som kan gis til jordmødre er: a) fortelle for en berører, b) husk at blottlegging av kroppen er vanskelig, c) la den utsatte få bestemme dersom mulig, og d) ha verbal kontakt med den fødende, for å unngå dissosiasjon (Bylund, 2000). Disse rådene er identiske med de råd som i forrige avsnitt ble presentert for sykepleiere som assisterer ved gynekologisk undersøkelse, og en forsvarlig sykepleie vil være å praktisere i samsvar med disse rådene.

Da risikoen for gjenopplevelser av seksuelle overgrep er tilstede ved både gynekologiske undersøkelser og fødsler vil en forsvarlig sykepleie innebære at sykepleiere og jordmoren har kompetanse til å møte slike situasjoner. En forsvarlig sykepleie til utsatte vil derfor her bygge på kunnskaper om hva seksuelt misbruk innebærer og hvilke virkninger av dette som kan

være normale, og hvilken sykepleie som kan være lindrende for den utsatte. Jeg mener det ikke kan forventes at sykepleiere ved disse avdelingene skal ha realkompetanse til behandling av virkninger etter seksuelt misbruk, derimot bør sykepleiere vite hvor hun kan henvise de pasienter som måtte ønske en slik hjelp.

8.4. Sykepleie til utsatte ved helsestasjoner og barneavdelinger

Hovedpersonen ved helsestasjoner og barneavdelinger er barna, og sykepleieres fokus vil derfor være barnets helse. Sykepleiere som arbeider ved helsestasjoner og barneavdelinger har like mye kontakt med foreldrene som med barna. Derfor vil sykepleiere ved disse stedene møte utsatte i rollen som foreldre. Da denne oppgaven ser på mestring av virkninger etter seksuelle overgrep hos voksne kvinner, vil oppmerksomheten i dette kapittelet rettes mot den utsatte som mor, og hennes evne til å gi omsorg for sine barn.

Sykepleiere ved helsestasjoner og barneavdelinger kommer både i kontakt med misbrukte barn, og med foreldre som ble misbrukt som barn. Jeg kommer i denne oppgaven ikke inn på akutt håndtering av barn som blir utsatt for seksuelt misbruk, og hvordan sykepleiere skal forholde seg til disse og deres pårørende, da dette er utenfor oppgavens problemstillinger. Men dette er områder som sykepleiere ansatt ved ovennevnte avdelinger bør ha kompetanse innenfor dersom sykepleien skal være forsvarlig. Heller ikke sykepleiere ved helsestasjoner og barneavdelinger har behandling av utsatte voksne kvinner som sin primære oppgave, men også her må sykepleiere vite hvor hun kan henvise mødre som ønsker hjelp.

8.4.1. Aktuelle problemstillinger

- i. Sykepleiere ved disse avdelingene møter foreldre som i ulik grad er i stand til å gi omsorg til sine barn. Dette kan ha sammenheng med seksuelle overgrep, men det kan også ha andre forklaringer. Skal sykepleiere ved begrunnet mistanke spør om mødrene har opplevd seksuelt misbruk eller er dette et område som sykepleiere ikke har noe med?
- ii. På hvilken måte kan virkninger etter seksuelt misbruk gi innvirkninger på morsrollen, og hvordan kan sykepleiere styrke utsatte i denne rollen?

- iii. Hvilken samtaleform er den beste for utsatte mødre – gruppeveiledning eller individuell veiledning?

Nedenfor presenteres eksempler som er hentet ut fra kildene som oppgaven bygger på, og som viser hvor vanskelig utsatte mødre synes at morsrollen kan være. Jeg gjør oppmerksom på at eksemplene er hentet fra *noen* mødre som strever, og at en ikke må generalisere og tro at dette gjelder alle utsatte mødre.

Eksempel 34 - Eksempler på uttalelser fra utsatte mødre om det å være mor

Jeg leste bøker inn på lydbånd for å slippe å ha barnet mitt på fanget (Armstrong & Stronck, 1999)

Som mamma har jeg ingen idealer, jeg har ikke hatt gode foreldre. Når jeg skal være mor er det så vanskelig. Alt er så nytt, jeg må prøve meg fram (Christensen, 2000 s 43)

My kids gave me hope. My kids would laugh, be crazy and stupid, and pull me out of it: "okay, back to the future". Feeling totally responsible for these kids has really been an incentive to get better (Bass & Davis, 1994 s 280).

8.4.2. Områder som er aktuelle for sykepleiere å ha kunnskaper om

I den følgende framstillingen vil sykepleieres undervisende og veiledende funksjon til utsatte bli vektlagt. Denne funksjonen er like viktig for sykepleiere som arbeider ved psykisk helsevern, da også de skal støtte utsatte i deres funksjon som mødre. Men for at presentasjon skal bli samlet blir denne oppgaven kun omtalt i dette kapitlet.

I min gjennomgang av kilder fant jeg følgende områder som sykepleiere ved helsestasjoner og barneavdelinger bør ha kunnskaper om:

- Hvordan virkninger etter seksuelle overgrep kan påvirke utsatte som mødre.
- Hvordan de utsatte mødre opplevde seg selv som mødre.
- Hvem de utsatte brukte som rollemodeller.
- Individuell eller gruppevis veiledning av utsatte mødre – hva er best?

Hvordan seksuelt misbruk kan gi innvirkninger på morsrollen?

Det finnes få studier som tar opp hvordan seksuelt misbruk virker inn på det å være mor. Armstrong & Stronck (1999) gjorde et review, og fant kun 6 studier som omhandlet incest og det å være forelder. De problemstillinger som disse studiene tok opp var: prevalens, vansker med grensesetting, vansker som følge av at en blir overveldet av følelser, og ambivalens i forhold til foreldrerollen. En studie (Cohen, 1995) utført i Israel fant at seksuelt misbrukte

mødre (N = 26) fungerte dårligere i sin rolle som foreldre enn kontrollgruppen (N = 28). En annen studie (Alexander, Teti & Anderson, 2000) fant også svikt hos seksuelt misbrukte mødre: funnene viste at mødre som levde i et lite tilfredstillende parforhold, hyppigere brukte barn for å dekke egne emosjonelle behov. Mens, mødre som levde i tilfredstillende parforhold, opplevde parforholdet som en demper på det stress, som morsrollen innebar.

Det virker som om det seksuelle misbruket kan gi virkninger på morsrollen på 2 områder:

- i. Evnen til å tåle nærhet. Det kan virke som om noen utsatte tåler nærhet så dårlig at de ikke makter dette, selv fra deres egne barn (jamfør kapittel 3.2.1., 3.2.2., 3.3.2. og 3.3.4.).
- ii. Evnen til problemløsning og sosial kompetanse. Det kan virke som om noen utsatte mødre har manglet gode rollemodeller i oppveksten, og derved har ikke de personlige ressurser som hjelper oss senere i livet fått utvikle seg normalt (jamfør 2.2.1., 1.2.3. og 6.2.).

En forsvarlig sykepleie vil være når sykepleiere er oppmerksomme på de ovennevnte forhold, og gjennom samtaler med utsatte finner frem til gode praktiske løsninger.

Hvordan de utsatte mødrene opplevde seg selv som mødre

Mødrene følte seg reserverte og følelsesmessig avstumpet i forhold til sine barn, de følte seg handikappet fordi de manglet rollemodeller, de var redd for å være overkontrollerende og overbeskyttende (Armsworth & Strunck, 1999). Bass & Davis (1994) gir noen råd til hvordan utsatte kan møte slike problemer. Det å bli overbeskyttende kan være uttrykk for en overdrivelse av et fornuftig ønske om å gi sine barn en trygg oppvekst. Det er viktig å lære barna hvordan de kan beskytte seg selv, og hvor grensene går. Videre er det viktig å fortelle barna at de har valgmuligheter. Et spørsmål som er vanskelig for mange utsatte, og som hun kanskje søker råd hos sykepleiere for, er i hvor stor grad hun skal skjule for sine barn at hun er blitt seksuelt misbrukt og at hun er i en bearbeidingsprosess. Som svar på dette sier Bass & Davis (1994) at en skal svare på spørsmål ærlig, uten å være detaljert, og at det er viktig at barn blir fortalt at dette er ikke deres feil (jamfør kapittel 6.3.1.). På denne måten kan den utsatte avmystifisere det som skjer i emosjonelt vanskelige perioder. Om det å mangle rollemodeller og streve i rollen som mor gis noen råd i samsvar med Lazarus sitt prinsipp nummer 2 (jamfør kapittel 2.3.). Den utsatte må se på egen situasjon, hva fungerer og hva fungerer ikke? Kan noen mønstre gjenkjennes fra den utsattes barndom? I hvilke situasjoner

oppleves utilstrekkelighet, og i hvilke situasjoner mener den utsatte at hun mangler kontroll? (Bass & Davis, 1994). Dette betyr at den utsatte må skaffe seg en oversikt over problemet, og hvilke ressurser hun har tilgjengelig (Lazarus, 1993 B). Her kan en samtale med en sykepleier være til hjelp.

Det som var vanskeligst med å være utsatt mor var en emosjonell avstand og utilgjengelighet for barn, det at de manglet standarder for hva som er normalt, og det å sette grenser (Armsworth & Strunck, 1999). Det som ikke kommer fram ved denne studien er i hvor stor grad mødrene har fått bearbeidet det traumet hun har opplevd. Da de utsatte mødrene er redde for å miste kontrollen og bekymret for at de skal være emosjonelt utilgjengelige for sine barn, kan det tyde på at utsatte i studien til Armsworth & Strunck (1999) ikke har fått bearbeidet sitt traume. Utsatte kvinner som har gjennomarbeidet overgrepene, sier at angsten for å miste kontrollen da slipper taket, og at dette gjør dem i stand til å oppleve hendelser på normalt vis.

Hvem de utsatte mødrene brukte som rollemodeller

De ”rollemodeller” som de utsatte mødrene brukte var hentet fra bøker de leste, fra TV og fra deltakere i foreldregrupper. Noen vektla personer de har møtt som har betydd mye for dem i oppveksten, andre oppgav rådgivere, venner og familie. Halvparten av utvalget (N = 40) handlet på motsatt måte av egne foreldre, slik at foreldrene ble en slags omvendte rollemodeller. Mest hjelp fikk de utsatte fra rådgivere, ved å lære å se ting fra barnets perspektiv, ved økt selvinnsikt, fra støttende ektefelle eller familiemedlem, og ved å la barnet gå på daghjem (Armsworth & Strunck, 1999).

Sykepleiere kan støtte utsatte i deres rolle som mødre

Studiene viser at noen utsatte mødre trenger hjelp og støtte til hvordan hun skal utforme deler av sin rolle som mor. Det at hun ikke klarer å fungere som en ”vanlig” mor, kan forklares med at det å være mor ikke bare er et biologisk bånd, men også en sosial rolle (Cohen, 1995), og noen utsatte har manglet en tilfredstillende rollemodell for denne rollen. Dette bør sykepleiere som treffer utsatte mødre være oppmerksom på. Det er sykepleieres funksjon som veileder og underviser som er aktuell i denne sammenhengen. Sykepleiere må ta utgangspunkt i mødrenes behov, og aktuelle tema for samtale kan være barneoppdragelse, hva morsrollen innebærer, hvilke behov barn har på ulike alderstrinn, og forskjellen på egne og andres behov og andre tema som gir økt innsikt i å forstå seg selv, sine reaksjoner og sine relasjoner til for eksempel egne barn.

Individuell eller gruppevis veiledning av utsatte mødre

Sykepleiere ved helsestasjoner får gjennom helsekontroller av småbarn kontakt med alle småbarnsforeldre. Derved treffer de også mange foreldre som kan være seksuelt misbrukte. Helsekontroller med småbarn drives både individuelt og i grupper. I møte med utsatte vil det være ulike behov som framtrer i ulike faser. Fordeler med de individuelle konsultasjonene er at det for noen utsatte vil være enklere å si hva de mener når få personer er tilstedet. Utsatte kan også ha vansker med nærhet i gruppekonsultasjoner, og av den grunn velge individuell oppfølging til sine barn. Fordeler med småbarnskontroller i grupper til utsatte mødre, er at de her kan få råd og erfaringer fra andre foreldre og mulighet for å knytte nye relasjoner, og derved øke sitt nettverk. En faglig forsvarlig sykepleie blir her i samarbeid med den utsatte å vurdere hva som er den beste løsning.

For sykepleiere som arbeider i en hektisk hverdag, og som i sitt arbeide ikke har et direkte ansvar for utsatte, kan det diskuteres hvor mye tid og krefter som skal brukes på foreldrene. På den andre siden så vil en styrking av foreldrene nettopp være den måten som kan gi utsattes barn bedre oppvekstvilkår. Hvorvidt en faglig forsvarlig sykepleie innebærer ekstra omsorg for utsatte foreldre eller ikke, vil derfor stå i forhold til de ressurser som den enkelte helsesøster har til rådighet (jamfør kapittel 1.2.5.).

8.5. Sykepleie til utsatte ved somatisk helsetjeneste

Dersom det er slik at 5% av Norges befolkning har opplevd alvorlig seksuelt misbruk, og dersom det er slik at personer som har opplevd seksuelt misbruk oftere er sykere enn andre, er det sannsynlig at en stor del av pasientene innenfor somatisk helsetjeneste har opplevd seksuelle overgrep.

8.5.1. En aktuell problemstilling

- i. I hvor stor grad trenger sykepleiere i somatisk helsetjeneste å ha kunnskaper om seksuelle overgrep?

Jeg har ikke funnet noen kilder som omhandler dette, men tidligere i oppgaven ble det presentert forhold som aktualiserer behov for kunnskap om seksuelle overgrep også innenfor dette området (jamfør tabell 1 i kapittel 3.1. som viser en rekke somatiske sykdommer som forekommer hyppigere hos utsatte enn hos befolkningen for øvrig, og kapittel 3.3. og 5.1.1.

om en mulig sammenheng mellom bruk av dissosiasjon som mestringsstrategi og somatisk sykdom hos utsatte). Nedenfor følger to eksempler som viser hvordan virkninger etter seksuelle overgrep kan komme til uttrykk innenfor somatisk helsetjeneste. Eksemplene viser situasjoner som er vanlige for enhver sykepleier: å sette sprøyte og sårstell. Dersom sykepleiere ikke har informasjon om at pasienten har opplevd seksuelle overgrep og mangler kunnskaper om hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten, kan sykepleiere misforstå pasientens reaksjoner.

Eksempel 35 – Eksempel fra somatisk helsetjeneste

1. En sykepleier kommer inn på et pasientrom for å sette en sprøyte. Sykepleieren ser at pasienten blir redd og begynner og svette. Sykepleieren tenker at pasienten er redd for stikket, og derfor bør hun få prosedyren raskt gjennomført. Men denne pasienten var ikke redd for stikket. Pasienten, som er en utsatte kvinne, blir svett av synet av en sprøytespiss, ikke fordi de gruer for stikket, men fordi hun "ikke tåler" å ha andre for nært innpå seg. Når en sykepleier vet dette, har en mulighet for å gjøre slike situasjoner bedre for den utsatte ved å informere, før en tar i pasienten, og ved å vente til pasienten sier at nå er det greit, før en setter sprøyta. (Jamfør eksempelet med Grete i kapittel 3.3.7.).
2. En kvinne som opplevde seksuelt misbruk som barn, blir som voksen skadet i en trafikkulykke. I denne forbindelse får kvinnen flere kutt, som må sys, og sår som skal stelles. Det passer bra for sykepleiere å skifte bandasjer på sårene rundt 11 tiden. Når sykepleieren kommer for å få skiftet på sårene, merker hun/han stor motstand hver gang. Sykepleieren tror at den utsatte gruer seg fordi sårskiftet ikke er helt smertefritt, selv om smertestillende medisin er gitt på forhånd. Det som pasienten derimot gruer for, er selve avkledningen. Det å kle av eller på seg er så vanskelig at pasienten gruer for dette hver gang. Dersom sykepleiere vet at avkledning er ekstra vanskelig for denne pasienten, kan hun muligens flytte tidspunkt for selve sårskiftet, slik at den utsatte slipper å kle av og på seg en ekstra gang.

Det siste eksempelet overfor viser at kunnskap om hva seksuelt misbruk innebærer kan være forskjellen som avgjør om møte med sykepleiere blir en god eller vond opplevelse for den utsatte. Det er viktig å merke seg at de tiltak som skal til for å imøtekomme utsattes behov for hensyntagen, *ikke* innebærer merarbeid for sykepleiere. De innebærer at sykepleiere har en forståelse av hva som kan være vanskelig for utsatte. Dette er et viktig poeng, da sykepleiere i somatisk helsevesen har en hektisk hverdag. Sykepleiere ansatt i somatisk helsevesen bør derfor ha tilstrekkelig med kunnskaper til å gjenkjenne virkninger etter seksuelle overgrep, og å kunne imøtekomme disse pasientenes behov for hensyntagen. For pasienter som sykepleiere treffer for en brukket fot eller hjerteproblemer er det unaturlig å spørre om de har opplevd seksuelle overgrep. Men i enkelte situasjoner, som i eksemplene over, kan det være viktig at sykepleiere spør om dette, og tar hensyn til det som er vanskelig for pasienten. Jeg mener at det ikke kan forventes at sykepleiere ved somatisk helsevesen skal ha kompetanse til behandling av seksuelt misbruk, men sykepleierne bør kjenne til hvor de kan henvise pasienter som ønsker hjelp i forhold til mestring av virkninger etter seksuelle overgrep.

Jeg har gjennom tiår
 Sendt vonde følelser
 Direkte til lager
 Uten å ta i dem.
 Resultat?
 Jeg har DET lagret
Isaksen, 1990 side 124

9.0. KONKLUSJON

Denne oppgaven inneholder både en forklaring og en beskrivelse av forhold som virker inn på mestring av virkninger etter seksuelle overgrep. Kunnskapen omfatter de prosesser som skjer hos utsatte, og hvordan familieforhold og andre forhold ved den utsattes situasjon påvirker selve mestringen.

Lazarus og Folkman (1984) sier at når personer kommer i stressende situasjoner gjør personen en primærvurdering. Hendelsen blir da enten vurdert stressende, irrelevant eller positiv. Gjennom arbeidet med oppgaven fant jeg at 21-54% utsatte barn *ikke* vurderte hendelsen som stressende, men irrelevant. Det som er karakteristisk for *mestring av seksuelle overgrep* (og andre traumer) er altså at en rekke utsatte vurderer denne hendelsen som "*irrelevant*" når overgrepene skjer. Når hendelsen vurderes som irrelevant utløser den *ikke* et mestringsbehov. Men flere år senere kan den utsatte komme i situasjoner som ligner eller minner om overgrepet(ne), og da kan den utsatte få så sterke fysiske og psykiske reaksjoner at den utsatte vurderer dette som en hendelse som må mestres (jamfør kapittel 5.2.og 5.3.). Det er derfor ikke uvanlig at virkninger etter seksuelle overgrep kan bli dominerende i hverdagen først flere år etter at overgrepene har skjedd. Som sitatet øverst på siden viser, kan følelser og reaksjoner hos den utsatte bli "satt til side" i flere år, for så å komme tilbake senere i livet (jamfør kapittel 3.3.2., 3.3.3., 3.3.5. og 3.3.7). Den doble erfaringen som dette gir er vanskelig for utsatte, fordi følelser og reaksjoner knyttet til fortid og nåtid opptrer samtidig. Det er denne erfaringen som gjør at utsatte søker hjelp for å mestre. Sykepleie til utsatte kan derfor dreie seg om å hjelpe den utsatte til å skille følelser og reaksjoner knyttet til opplevelser nåtid fra følelser og reaksjoner knyttet til opplevelser i fortid (jamfør eksempel nummer 19, 20, 26, 29, 32, 33 og 35). Virkningene av seksuelt misbruk kan framtre på en rekke måter. Utsattes evne til å utvikle relasjoner og utsattes opplevelse av identitet kan bli svekket. Sykepleie til utsatte vil derfor i stor grad dreie seg om å styrke deres identitet, fordi på den måten styrkes også utsattes evne til å være i relasjoner.

9.1. Forhold som fremmer den utsattes mestring av virkninger etter seksuelle overgrep

Når en person har vurdert (primærvurdering) sin situasjon som en situasjon som må mestres, vil personen vurdere (sekundærvurdering) tilgjengelige mestringsressurser før mestringsstrategier iverksettes. I denne oppgaven kom det fram at som følge av virkninger etter seksuelle overgrep kunne personlige mestringsressurser bli svekket (jamfør kapittel 2.1.1.). De personlige ressursene som fremmet en positiv mestring var karaktertrekkene ”motstandsdyktighet” og ”indre driv til å oppnår makt” (jamfør kapittel 6.1.2. og 6.2.2.). Fenomenet ”motstandsdyktighet” blir beskrevet både som et resultat av mestring, og som et karaktertrekk, og det er flere uklarheter omkring hvem den ”motstandsdyktig” utsatte er. Men samlet viste kildene at de ”motstandsdyktig” utsatte hadde en positiv mestring. De egenskaper som var vektlagt var å tro på at dette skal en klare å komme seg igjennom, å være engasjert og å være flink i skolearbeid eller idrett, da dette styrket selvfølelsen hos de utsatte. Flere av studiene viste at de utsatte brukte de muligheter som de hadde for å mestre traumet.

Personlige egenskaper vil alltid ha stor betydning for hvordan en person mestrer en hendelse. Men denne oppgaven har også vist at ved mestring av virkninger etter seksuelle overgrep har de ytre omstendigheter stor betydning. Flere studier bekreftet at utsattes hjemmeforhold har større betydning for utsattes helse og mestring enn overgrepens alvorlighetsgrad (jamfør kapittel 6.1.1. og 6.3.), og noen studier fant at dersom den utsatte *ikke ble trodd* og ble tatt på alvor hjemme, hadde det vært bedre for den utsatte at de ikke fortalte hjemme om det seksuelle misbruket (jamfør kapittel 5.3.). Videre har relasjonene til de pårørende stor betydning for utsattes mestring. Dette er naturlig fordi det er vanlig at vi får bekreftet vår identitet gjennom tilbakemeldinger fra våre nærmeste. Dersom en person har vanskelige relasjoner til sine nærmeste, kan dette gi en svekket selvaktelse og et svekket selvilde. De utsatte som klarte seg best, var de som opplevde respekt og omsorg på hjemmefronten, de som hadde få samtidige stressbelastninger. Dette funnet viser at det er viktig å se på utsattes mestringsressurser når en skal vurdere en persons mulighet til å mestre.

Det var videre av avgjørende betydning at den utsatte fikk hjelp til å plassere ansvar for overgrepet på overgriper, da dette svekket utsattes skyldfølelse. Studiene i denne oppgaven viste jo mindre skyldfølelse utsatte hadde, jo mer helse hadde hun. Forhold knyttet til utsattes omgivelser som fremmet en positiv mestring var at de pårørende og nettverket trodde på det den utsatte fortalte og gav den utsatte støtte i bearbeidingsprosessen.

Utsattes evne til mestring påvirkes ikke bare av pårørende og nettverkets reaksjoner. Kirkengen`s studie (1997) viste at alle hennes informanter hadde forsøkt å fortelle helsepersonell om sine erfaringer uten å bli tatt på alvor. I følge Lazarus og Folkman (1984) vil også forhold som står utenom individet og dets nettverk av familie og venner, påvirke personens evne til mestring. I denne oppgaven er det tatt opp to slike forhold: rettsikkerheten i landet, og kompetansen til helsepersonell. For den utsatte vil forhold rundt anmeldelse, politiavhør og rettssak være situasjoner som må *mestres*. Dette tema har i liten grad blitt behandlet i denne oppgaven da ingen av kildene som oppgaven bygger på, har skrevet om utsattes mestring av forhold rundt anmeldelse og rettssak. Det er derfor også uklart om dette forholdet har innvirket på noen av de resultater som er framlagt i oppgaven. Vedrørende kompetansen til helsepersonell, så er sykepleieres behov for kunnskap for å kunne utføre en forsvarlig sykepleie blitt drøftet i oppgaven.

Ved mestring av virkninger etter seksuelle overgrep var det de problemorienterte og emosjonelt orienterte strategiene hvor en nærmet seg tema (traumet) som var mest nyttige (jamfør kapittel 7.0.). Funnene i oppgaven viste at utsatte i kliniske utvalg benyttet andre strategier enn utsatte i ikke kliniske utvalg (jamfør kapittel 7.1., 7.2. og 6.1.2.), noe som kan forklares med at de hadde ulike forhold som skulle mestres.

Etter at den utsatte har forsøkt å gjøre noe med sin situasjon, foretas en ny vurdering. Den utsatte vurderer nå (revurdering) hvorvidt de tiltak som er iverksatt har gitt det ønskede resultat. Dersom disse forholdene er oppnådd, avslutter den utsatte sin mestringsprosess. De utsatte som har helseproblemer eller andre problemer på tross av iherdige forsøk på å mestre på egenhånd, trenger hjelp fra andre, eksempelvis sykepleiere. Lazarus (1993 B) gir noe prinsipper som må ligge til grunn for at en hjelper også skal hjelpe en person til å mestre. De forslag til sykepleie som er presentert i oppgaven samsvarer med disse prinsippene (jamfør kapittel 2.3.) og med 4 behandlingsprogrammer og en modell (jamfør vedlegg 6) som er beregnet på å hjelpe utsatte som er i en bearbeidingsfase etter virkninger av seksuelle overgrep. I følge Lazarus (1993 B) må den som skal hjelpe, (i denne oppgaven sykepleiere), ha kunnskaper både om personens (utsattes) tidligere mestringsforsøk og nåværende problemer. Lazarus sier at hjelperen må kunne ”diagnostisere” den mestringsutsattes situasjon. Det er i denne oppgaven vektlagt å forklare og eksemplifisere de prosesser som kan oppstå som en følge av seksuelle overgrep. Dette er kunnskap som sykepleiere må ha dersom hun skal kunne forstå, ”diagnostisere” og hjelpe den utsattes i deres mestring (jamfør prinsipp

1,2,og 3 i kapittel 2.3.). Hensikten er at sykepleieren skal kunne se mer enn den utsatte (jamfør prinsipp 3 i kapittel 2.3.) for derved å kunne sette inn tiltak som gir den utsatte ny forståelse. Derfor har disse forklaringene vært viktige i oppgaven. Mange utsatte opplever mye uklart i hverdagen (jamfør kapittel 3.3.2.), og de utsattes problemer kan ha sammenheng med attribusjoner og skyldfølelse som ble utviklet i barndommen (jamfør kapittel 2.1.1. og 6.2.1.). Sykepleien til utsatte vil derfor dreie seg om å stille spørsmål ved den utsattes egne årsaksforklaringer (attribusjoner) dersom disse svekker den utsattes selvaktelse og selvbildet. Sykepleien skal være oppklarende for den utsatte, noe sykepleiere kan gjøre ved å informere om normale virkninger etter seksuelle overgrep. Dette er viktig fordi den utsatte kan tro at det er bare hun som er, tenker, eller tror som hun gjør (stigmatisert som følge av overgrep). Lazarus (1993 B) sier at den viktige forskjellen er den emosjonelle innsikten. Et eksempel på emosjonell innsikt kan da være når den utsatte *forstår* at overgrepet ikke var barnets feil. Det er i oppgaven (i samsvar med Lazarus 1993 B sitt prinsipp nummer 5) advart mot å gi merkelapper i form av sykdomsdiagnoser til personer som mestrer en hendelse. Ved mestring av alvorlige hendelser er det normalt at det følger med sterke fysiske og psykiske reaksjoner. Det som er unormalt er situasjonen (det seksuelle traumet). Det er viktig at sykepleiere hjelper den utsatte med dette skillet: det som er unormalt er at barn blir utsatt for seksuelle overgrep. Det er ikke unormalt at barn som opplever seksuelle traumer får fysiske og psykiske reaksjoner i etterkant av dette. Det er i oppgaven vist til 2 måter som utsattes psykiske og fysiske reaksjoner kan forstås på, både som en medisinsk diagnose og som legemliggjorte erfaringer fra traumer. Dette er et dilemma som sykepleiere møter i hverdagen (jamfør kapittel 3.4.). Sykepleieres holdninger og forståelse av utsattes problemer vil virke inn på utsattes mestring:

- Dersom sykepleiere forstår utsattes problemer som normale reaksjoner på seksuelle overgrep, kan hun normalisere situasjonen, noe som er viktig for utsatte, da de som følge av stigmatisering tror at bare *de* opplever det de gjør. Ved å normalisere den utsattes reaksjoner kan sykepleieren svekke den utsattes opplevelse av stigmatisering, avmakt og svik.
- Dersom sykepleiere forstår utsattes problemer som angst og depresjonsreaksjoner (sykdomsdiagnoser), vil sykepleieren iverksette tiltak mot disse problemene uten å snakke om hva virkninger etter seksuelle overgrep innebærer. For den utsatte kan dette medføre at de føler seg ytterligere stigmatisert, de kan føle avmakt og svik.

I faglitteraturen er det diskutert hvorvidt det å gå gjennom en erindringsprosess fremmer eller hemmer utsattes mestring . Noen fagfolk mener en rekonstruksjon av traumet er en

forutsetning for en bearbeiding av traumet, som igjen er en forutsetning for at den utsatte skal mestre traumet på en positiv måte. Andre fagfolk derimot mener at en rekonstruksjon vil svekke fremfor å styrke den utsattes mestringsevne og helse. Det som det i litteraturen derimot ser ut for å være enighet om, er at utsatte må få snakke om sine virkninger etter seksuelle overgrep i en bearbeidingsfase. Å snakke om virkninger etter seksuelle overgrep er fullt mulig uten at en trenger å hente fram detaljer fra overgrepet. Ved å snakke om virkninger etter seksuelle overgrep kan den utsatte få plassert tidligere hendelser, tanker, følelser, handlinger og sykdommer i en ny sammenheng (jamfør kapittel 5.1.2.).

Sykepleiere kan gjennom sine holdninger i møte med den utsatte fremme den utsattes mestring dersom det etableres en relasjon som er preget av gjensidighet, respekt og tillit, og ved at bearbeidingsprosessen får skje på den utsattes premisser. Gjennom samtaler med den utsatte kan sykepleiere fremme den utsattes mestring ved å gi alternative forklaringer til utsattes attribusjoner, og ved å tåle og høre det den utsatte forteller uten verken å tolke eller dømme dette, men forholde seg empatiske. Sykepleiere bruker relasjonen til den utsatte som et redskap for å styrke den utsatte i hennes mestring, både ved å være en rollemodell, og ved å gjenkjenne overføringsreaksjoner som kan være uheldige for den utsatte. Som en "rød tråd" i samhandlingen mellom sykepleiere og den utsatte skal styrking av den utsattes kontroll i eget liv og styrking av selvaktelsen være. Jo mer overflødig sykepleiere blir, jo bedre er behandlingen. Sykepleie til utsatte dreier seg i stor grad om å øke den utsattes mestringsressurser. Derfor innbefatter dette også utsattes pårørende. Sykepleiere kan undervise både utsatte og pårørende om normale reaksjoner og virkninger etter seksuelt misbruk, og hvordan disse kan møtes på en måte som fremmer utsattes mestring. Det er i mange tilfeller viktig for utsattes mestring at pårørende trekkes med i prosessen, og gjennom samtaler med pårørende kan disse styrkes til å bli en viktig mestringsressurs, noe som styrker utsattes mestring. Dette er i tråd med en helsefremmende tenkning der en arbeider for å legge forholdene til rette i pasientens nærmiljø, slik at pasienten klarer seg selv uten hjelpetiltak. Litteraturen viser også at utsattes mestring fremmes når utsatte deltar i incestgrupper. Særlig effektiv er denne behandlingsformen når den kombineres med individuell oppfølging. Det som virker bra med incestgrupper fremfor vanlige samtaler med en sykepleier, er at det virker sterkere på en utsatt, når en annen utsatt forteller om noe som er gjenkjennbart, enn når sykepleiere sier at slike reaksjoner er vanlige hos utsatte. Videre gir det også mer håp for utsatte å møte andre utsatte som har klart å komme lengre i bearbeidingsprosessen enn dem

selv, da utsatte som en virkning av overgrepene tror at det er bare *de* som ikke klarte å fikse verken overgriperen eller hverdagen i etterkant.

Det er i oppgaven gitt en rekke eksempler på hva som er faglig forsvarlig (og uforsvarlig) sykepleie i noen av de situasjoner som sykepleiere møter på utsatte. Et viktig område som hittil i liten grad har vært tatt opp er rammene som sykepleiere arbeider under. Hvilke muligheter sykepleiere har for å utøve en faglig forsvarlig praksis.

9.2. Ligger rammene til rette for at sykepleiere kan utøve en faglig forsvarlig sykepleie til utsatte?

Som nevnt i kapittel 4 er det foretatt 2 opptellinger i forbindelse med denne oppgaven. Disse er presentert i vedlegg 4 og 5. Selve opptellingene er ikke presentert i oppgaven, da de ikke svarer på problemstillingen. Men opptellingene tar for seg rammefaktorer for hvorvidt sykepleiere kan utøve en forsvarlig praksis. Det blir utenfor oppgavens problemstilling og gi en fullstendig drøfting av dette spørsmålet, men her er noen momenter som må tas med i en slik sammenheng. Det er tre rammefaktorer som tas med her. Disse er fagmiljøenes holdning til tema, i hvor stort omfang tema seksuelle overgrep er tatt med i lærebøker for sykepleiere og hvilken undervisning som sykepleierhøgskolene gir til sine studenter i dette tema.

Seksuelle overgrep er et tabuemne innenfor fagmiljøer sier Toverud (1998). Dersom det er slik at temaet seksuelle overgrep også er tabuemne innenfor sykepleiermiljøer vil dette svekke sykepleieres mulighet for å skaffe seg en erfaringer på dette området (jamfør kapittel 1.3.). Et viktig spørsmål blir derfor *hvor skal sykepleiere få sin realkompetanse fra dersom de ikke lærer om sykepleie til utsatte i praksis?* I en helsepraksis er det ”faglig overordnet personell som skal sørge for at rutiner og prosedyrer til enhver tid på arbeidssstedet er faglig forsvarlig. At en rutine eller praksis er innarbeidet vil ikke uten videre bety at den er faglig forsvarlig” (Ot. Prp.nr 13, 1998/1999 side 35). Dette betyr at arbeidsgivere har en plikt til å legge forholdene til rette for at sykepleiere kan utøve sin virksomhet forsvarlig.

Det hører også med til rammene for hvorvidt sykepleiere kan utføre en forsvarlig praksis, å se på hvilken opplæring som gis i tema seksuelle overgrep ved sykepleierhøgskolene. En surveystudie til jordmødre fant at hele 59.4. av norske jordmødre (N=71) ikke hadde fått undervisning om seksuelle overgrep mens de gikk på jordmorskolen (Bysting, 1998). Selv

foretok jeg en undersøkelse der jeg kartla hvor mange timer undervisning og hvor mange sider pensum om tema seksuelle overgrep som sykepleierhøgskolene i Norge hadde våren 2001 (jamfør vedlegg 5). Resultatet viste en variasjon fra 0-8 timer undervisning i tema seksuelle overgrep og fra 0 - 66 sider pensum. Da det var flere skoler som verken hadde pensum eller undervisning i dette tema stiller jeg dette spørsmål: *hvor skal sykepleiere få sin formelle kompetanse fra, dersom det ikke undervises i dette tema i sykepleierhøgskolene ?* Kan en forklaring til at flere sykepleierhøgskoler ikke underviser i tema seksuelle overgrep være at dette tema også er tabuisert i lærebøker? En gjennomgang av all faglitteratur skrevet for sykepleiere for perioden 1992 – 1999 viste at tema seksuelle overgrep i svært liten grad var presentert (jamfør vedlegg 4). Dette får meg til å spørre: *hvor skal sykepleierne hente sin teoretiske kunnskap om seksuelle overgrep fra dersom tema ikke blir behandlet i faglitteratur for sykepleiere?*

Jeg har i denne oppgaven vist at en forsvarlig sykepleie i møte med utsatte bygger på kunnskaper om seksuelle overgrep. Sykepleierhøgskolene bør derfor undervise i temaet seksuelle overgrep. Det som sykepleierhøgskolene må ta stilling til er derfor ikke *om* de skal undervise i tema seksuelle overgrep, men hvilken kunnskap de skal formidle til sine studenter? Dette spørsmålet er aktuelt fordi seksuelle overgrep omfatter mange områder, og sykepleierhøgskolene må kanskje velge hvilke temaer deres studenter skal gis undervisning og kompetanse innenfor. Eksempelvis skal fokus være rettet mot barn og ungdom, og forhold rundt mistanke og håndtering av akutte saker, eller skal fokus være en håndtering av virkninger etter seksuelle overgrep hos voksne utsatte kvinner og menn? Det ideelle vil være begge deler, men for sykepleierskolen er dilemmaet at tema som det undervises i (og bør undervises i) allerede sprenger rammen for den 3-årige utdanningen. Dersom nye tema tas inn, må annet fagstoff tas ut. Og på den måten blir kanskje sykepleierhøgskolen nødt til å sette opp mot hverandre kunnskaper innenfor ulike områder, hvor alle områdene er viktige for at sykepleiere skal kunne gå ut og praktisere en forsvarlig sykepleie. I en drøfting av hvordan dette dilemmaet kan løses kommer verken sykepleierskolen, arbeidsgiverne eller sykepleierne utenom det faktum at en forsvarlig sykepleie bygger på kunnskaper. For sykepleiere innebærer dette at først når de får opplæring i hva seksuelt misbruk innebærer for den utsatte, gis sykepleiere en mulighet for å forstå hvilke hensyn som er viktige å ta i møte med utsatte pasienter for å utøve en forsvarlig sykepleie.

9.3. Avslutning

Arbeidet med denne oppgaven har både gitt meg kunnskaper om faglig forvarlig sykepleie til utsatte og igangsatt mange undringer. En drivkraft i arbeidet har vært min egen undring. Kildenes presentasjon av temaer som ”motstandsdyktighet” og mestringsstrategier ble opplevd som usammenhengende og motstridende. Jeg fant først mening og struktur da jeg sorterte kildene på klinisk og ikke klinisk utvalg. Det har vært en utfordrende, spennende, krevende og lærerik prosess å skrive denne oppgaven. Jeg fikk gjennom hele oppgaven satt på prøve mitt ønske om en helhetlig framstilling av dette alvorlige samfunnsproblemet. Flere ganger ønsket jeg å drøfte problemområder på et dypere plan, ved å trekke inn mer teori og flere perspektiver. Men for å holde meg til problemstillingen og hensikten, og for at oppgaven ikke skulle bli for stor måtte jeg la disse utdypningene ligge. Oppgaven skulle gjenspeile hva faglitteraturen forteller om mestring av seksuelt misbruk hos voksne kvinner, og hvordan sykepleiere kunne bidra til økt mestring hos disse kvinnene. Derfor ble de tema som mine kilder skrev om styrende for oppgavens innhold. Det var viktig i denne studien å få frem en helhetlig framstilling av forhold som innvirker på mestring av virkninger etter seksuelle overgrep hos voksne kvinner, og hvordan en som sykepleier kunne bistå den utsatte på en måte som fremmet deres mestring.

Tema om mestring av seksuelt misbruk som er lite omtalt i litteraturen

Tema som jeg ikke fant diskutert i noen kilder var når misbruket var knyttet til religiøse overgrep, og forhold knyttet til anmeldelse og rettssak. Dette kan skyldes manglende treff med de søkeordene som jeg benyttet.

Hovedtyngden av som oppgaven bygger på, er skrevet på engelsk, og kildene viser til studier fra hele verden. Hovedtyngden av studiene er utført i USA. En begrensning med oppgaven blir derfor at en ikke med sikkerhet kan overføre funn fra andre land til norske forhold. En annen fare med å bruke kilder på et annet språk enn mitt morsmål, er faren for feiltolkninger av kildens mening og betydning.

Ved denne type studier er det vanlig, parallelt med oppgavens framstilling, å si noe om de områder der vi har kunnskaper nok til å trekke konklusjoner, og hvilke områder som trenger flere studier før vi kan trekke konklusjoner. Dette er ikke gjort i denne oppgaven fordi jeg ikke fant noen områder som var solid dokumentert, bortsett fra sykdommer og problemområder etter seksuelt misbruk (jmfør tabell 3 i kapittel 3.2.3.). Ellers opplevde jeg

som et trekk ved kildene at mange problemstillinger kun er undersøkt få ganger, og flere av undersøkelsene baserer seg på utvalg med få respondenter. Mange av studiene baserer seg på utvalg bestående av studenter, og det knytter seg derfor en usikkerhet til om disse resultatene er representative for norske randomiserte utvalg. Disse forholdene kan derfor svekke overføringsverdien av studiene. De funn som er omtalt i denne oppgaven viser at vi fortsatt står ”på startstreken” når det gjelder forskning om mestring av virkninger etter seksuelt misbruk. Temaene prevalens og virkninger etter seksuelt misbruk og forholdene i familier der seksuelt misbruk forekommer, er derimot dokumentert i en rekke studier.

Å skrive en hovedfagsoppgave er en lang og møysommelige prosess, på samme måte som bearbeiding av seksuelle overgrep kan være en lang og møysommelig prosess. Et fellestrekk ved disse to prosessene kan være at en gradvis oppnår mer innsikt og større erkjennelse på de områder en arbeider med, og at en noen ganger ønsker å skru opp tempo i prosessen. Vi forsøker noen ganger å se lenger fremover, enn det er mulig å se. Vi glemmer ofte at vi uansett hvor travelt vi har det – bare kan ta et skritt om gangen. Mitt ønske nå når jeg står på målstreken med denne oppgaven, er at mitt arbeide kan inspirerer deg som leser til å gå noen skritt videre med dette arbeidet. Derfor vil jeg avslutte oppgaven med et sitat som var viktig for meg under arbeidet med denne oppgaven.

Go as far as you can see, and when you get there, you`ll see further.....

REFERANSELISTE

- Alexander, P.C., Teti, L. & Anderson, C.L. (2000). Childhood sexual abuse history and role reversal in parenting. Child Abuse & Neglect. 24 (6) side 829 – 838.
- American Psychiatric Association (1997). Diagnostiske kriterier fra DSM- IV. Kristianstad; Pilgrim Press. Boka er oversatt av Margaret Aagaard og Alv A Dahl.
- Andersen, T. (1996). Reflekterende prosesser. København: Dansk psykologisk forlag.
- Anderson, G., Yassenik, I., Ross, C. (1993). Dissociative experiences and disorders among woman who identify themselves as sexual abuse survivors. Child Abuse & Neglect. 17 (5) side 677 – 686.
- Astbury, J. (1996). Crazy for you: The making of Women`s madness. Melbourne: Oxford University Press.
- Armsworth, M.W. & Stronck, K. (1999). Intergenerational effect of incest on parenting: skills abilities and attitudes. Journal of conseling and development. 77 (3) side 303-314.
- Axelsen, E.D. (1996). Når mestringsreaksjoner blir problemer. Side 47 – 58 i Reichelt, S. & Haavind, H. Aktiv Psykoterapi – perspektiver på psykologisk forståelse og behandling. Oslo: Ad Notam Gyldendal forlag.
- Axelsen, E.D. (1996). Symptomet som ressurs i det terapeutiske arbeidet. Side 59 – 69 i Reichelt, S. & Haavind, H. Aktiv Psykoterapi – perspektiver på psykologisk forståelse og behandling. Oslo: Ad Notam Gyldendal forlag.
- Bagley, C., & Young, L. (1998). Long term evaluation of group counselling for women with a history of child sexual abuse: Fokus on depression, self-esteem, suicidal behaviors and social support. Social work with groups 21 (3) side 63-73
- Bandura, A. (1995). Self-efficacy in changing societies. USA: Cambridge university press.
- Bang, L. & Hydle, I. (1992) Mishandling og seksuelle overgrep. Otta: Tano forlag.
- Bang, L. Voldtekt og mishandling – omfang og helseskader. Side 54 – 68 i Bang, L. & Hydle, I. (1992) Mishandling og seksuelle overgrep. Otta: Tano forlag.
- Banyard, V.L. & Williams, L.M. Side 115-125 i Williams, L.M. & Banyard, V.L. (1999) Trauma & memory. Thousand Oaks, California: Sage Publications
- Bass, C. Bond, A. Gill, D. & Sharpe, M. (1999). Frequent attenders without organic disease in a gastroenterology clinic. General hospital psychiatry. 21 (1) side 30 - 38
- Bass, E. & Davis, L. (1994). The courage to heal : a guide for women survivors of child sexual abuse. New York : HarperPerennial

Befring,A.K. & Ohnstad B. (2000). Lov om helsepersonell : Kommentirutgave. Slovenia: Fagbokforlaget.

Benedict,MI & Paine,LL, Paine,LA., Brandt,D., & Stallings,R. (1999). The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcomes. Child Abuse& Neglect. 23 (7) side 659 - 670.

Benum,K & Boe,TU. (1997) Dissosiasjon som beskyttelse mot overgrep. volum 34 side 81 – 91.

Bell,K. (1999). Female offenders of sexual abuse. Journal of emergency nursing. 25 (3) side 241-243.

Bie,K (1998). Sykepleieansvaret – forsvarlig utøvelse av sykepleien. Internt notat.

Binder,RL., McNiel,DE.& Goldstone,RL. (1996). Is adaptive coping possible for adult survivors of childhoos sexual abuse. Psychiatric services 47 side 186 - 188

Bjerke,J. (1999). Mennesker som begår seksuelle overgrep. Hovedfagsoppgave i psykologi ved UIB

Butterfield,MI., Panzer,PG., & Forneris,CA. (1999). Victimization of women and its impact on assessment and treatment in psychiatric emergency setting. Psyciatric Clinics of North America. 22 (4) side 875 – 896

Bylund,GS. (2000). Hjelp til selvhjelp til voksne incestutsatte kvinner. Jordmorbladet 7 (1) side 15-17

Bysting,I.J.S. (1998). Jordmødres kunnskap om og erfaring med kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep – en survey. Oslo: hovedfagsoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo.

Bø,I. (1993). Folks sosiale landskaper. Oslo: Tano forlag

Christianson, S.Å. (1996). Traumatiske minnen. Borås: Natur och kultur.

Coffey,P., Leitenberg,H., Henning,K & Turner,T. (1996). The relation between methods of coping during adulthood with a history of childhood sexual abuse and current psychological adjustment. Journal of Consulting and clinical Psychology. 64 (5) side 1090 – 1093

Cohen,T.(1995). Motherhood among incest survivors. Child Abuse&Neglect. 19 (12) side 1423-1429.

Creedy,D. Nizette,D. & Henderson,K. (1998). A framework for practice with women survivors of childhood sexual abuse. Australien and New Zealand journal of mental health nursing. 7 (2) side 67 – 73.

Creedy,D. (2000). Upublisert notat.

- Christensen,T. (2000). De vanskelige relasjonene. Hovedfagsoppgave i helsefag. Universitetet i Bergen.
- Cullberg,J. (1999). Dynamisk psykiatri.Otta : Tano Aschehoug.
- Dahl,S. Seksuelle overgrep – et psykiatrisk perspektiv. Side 119 – 129 i Bang.L. & Hydle,I. (1992). Mishandling og seksuelle overgrep. Otta; Tano forlag.
- Dahl,S.(1996) Terapi med voldtektsutsatte, side 150 – 168 i Reichelt,S. & Haavind,H. (1996). Aktiv psykoterapi. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- DiLillo,DK., Long,PJ. & Russell,LM. (1994). Childhood coping strategies of Intrafamilial and Extrafamilial female sexual abuse victims. Journal of sexual abuse. 3 (2) side 45-65.
- DiPalma,LM.(1994). Patterns of coping and characteristics of high-functioning incest survivors. Archives of psychiatric nursing . 8 (2) side 82 – 92
- Dorado,JS. (1999). Remembering incest side 93 – 111 i Williams,LM & Banyard,VL. (1999) Trauma & memory. Thousand Oaks, California: Sage Publications
- Draucker,CB.(1995). A coping model for adult survivors of Childhood Sexual Abuse. Journal of interpersonal violence. 10. (2) side 159-175.
- Draucker,CB. (1999). Knowing what to do: Coping with sexual violence by male intimates. Qualitative health research. 9 (5) side 588 – 601.
- Draucker,CB. (2000). Counselling survivors of childhood sexual abuse - 2. ed. London : Sage
- Edwards,JJ & Alexander,PC. (1992). The contribution of family background to the long-term adjustment of women sexually abused as children. Journal of interpersonal violence. 7 (3) side 306 – 320
- Eide-Midsand,N (1997). Fanger I blåskjeggs borg: langtidsvirkninger av seksuelle overgrep mot gutter. Tidsskrift for norsk psykologforening. Volum 34 (Supplement nr 1) side 70-80.
- Erben,R. (1993) I Kaplun,A. Health promotion and chronic illness – discovering a new quality og health. Copenhagen; WHO regional publications, European series , no 44
- Eriksen,T.H. & Sørheim,T.A. (1999). Kulturforskjeller i praksis – perspektiver på flerkulturelle Norge. Gjøvik: Ad Notam Gyldendal.
- Estep,M. (1995). To soothe oneself – art therapy with a woman recovering from incest. American journal of art therapy. 34 (1) side 9-18
- Feinauer,L.L. & Stuart,D.A. (1996). Blame and resilience in women sexually abused as children. American journal of family therapy. 25 (1) side 31 - 30
- Fink,A. (1998). Conducting research literature reviews – from paper to the Internet. California; sage publications.

- Finkelhor,D. (1984). Child sexual abuse – new theory and research. New York: The free press.
- Finkelhor,D. & Browne,A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. American journal of orthopsychiatry. 55 (4) side 530 –541.
- Finkelhor,D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse & neglect. 18 (5) side 409-417
- Fleming,J. Mullen,PE., Sibthorpe,B. & Bammer,G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australien Women. Child Abuse & Neglect. 23 (2) side 145 – 159.
- Flathman,M. (1999). Trauma and delayed memory: A review of the “repressed memories” literature. Journal of child sexual abuse. 8(2) side 1-23
- Fredriksson,M.(1998). Anna, Hanna og Johanna. Skien: Ex Libris forlag
- Freedman,MR., Rosenberg,SJ., Schmaling,KB (1991) Childhood Sexual Abuse in patients with Paradoxical Vocal Cord Dysfunction. The journal of nervous and mental disease. 179 (5) side 295 – 298.
- Furniss,T.(1991).The multiprofessional handbook of child sexual abuse. Great Britain, Mackays of Chatham PLC, Chatham, Kent.
- Førsvoll,R. (1999). Seksuelle overgrep og kvinners helse: senvirkninger og rehabiliteringsmuligheter vurdert ut fra spørreundersøkelse i desember 1996. En upublisert studie.
- Førsvoll,R.(2000). Å beholde kontrollen – svangerskap, fødsel og barsel. Jordmorbladet. 7 (1) side 19 - 23
- Gallop,R., Mckeever,P., Toner,B., Lancee,W &Lueck,M.(1995). Inquiring about CSA as parts of the nursing history: opinions of abused and nonabused. Archives of psychiatric nursing. 9 (3) side 146 - 151
- Gibson,RL & Hartshorne,TS. (1996) Childhood sexual abuse and adult loneliness and network orientation. Child Abuse and neglect. 20 (11) side 1087 – 1093
- Gjærum,B., Grøholt, B. & Sommerschild,H. (1998). Mestring som mulighet. Aurskog: Tano Aschehoug forlag.
- Gold,SR., Milan,LD., Mayall,A. & Johnson,AE. (1994). The role of mediating variables. Journal of Interpersonal Violence. 9 (1) side 12-26
- Gold,SR., Sinclair,BB., Bagle,KA.(1999). Risk of sexual revictimization: a theoretical model. Aggression and violent behavior. 4 (4) side 457 –470.
- Gore- Felton,C., Arnow,B., Koopman,C., Thoresen,C. & Spiegel,D. (1999). Psychologists’ beliefs about the prevalence of childhood sexual abuse: The influence of sexual abuse history, gender, and theoretical orientation. Child Abuse & Neglect. 23 (8) side 803-811.

Grimstad,H. Og Schei,B.(1999). Pregnancy and delivery for women with a history of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect. 23 (1) side 81-90.

Grøntoft,K (2001). Fritt fram for voldtekt. Dagbladet. Nettavisen den 20. februar.
URL: wywiwyg://52/http://dagblad.../nyheter/2001/02/20/242729.html

Hall, JM., & Kondora, LK. (1997). Beyond “true” and “false” memories: Remembering and recovery in the survival of childhood sexual abuse. Advances in nursing science 19 (4) side 37 – 54.

Harvey, JH., Orbuch, TL., Chwalisz, KD & Garwood, G. (1991). Coping with sexual assault: The role of accountmaking and confiding. Journal of traumatic stress. 4 (4) side 515 – 531

Haugsgjerd, S., Jensen, P & Karlsson, B. (1998). Perspektiver på psykisk lidelse. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Heide, K & Solomon, EP. (1992). Intervention strategies for victims of sexual abuse: A model for building self-esteem. International review of victimology. 2 (2) side 147 – 155

Hennum, R. (1999). Bevis i saker om seksuelle overgrep mot barn. Levert som avhandling for dr. philos.-graden ved det Juridiske fakultet. Universitetet i Oslo.

Herman, J.L. (1995). I voldens kølvand – om psykiske traumer og deres tilheling. Gylling: Hans Reitzels forlag.

Hetherington, J. (1999). The idealization of Women: its role in the minimization of child sexual abuse by females. Child Abuse & Neglect. 23 (2) side 161-174.

Himelein, MJ., McElrath, JAV. (1996). Resilient child sexual abuse survivors: cognitive coping and illusion. Child Abuse and neglect. 20 (8) side 747 – 758.

Holman, E.A. & Silver, R.C. (1996). Is it the abuse or the aftermath?: A stress and coping approach to understanding responses to incest. Journal of social and clinical psychology. 15 (3) side 318 – 339.

Holgerson, A & Sjøgren, L.H. (1997). Seksuelle overgrep mot barn – et kritisk perspektiv. Bergen: Fagbokforlaget.

Hummelvoll, J.K. (1997). Helt – ikke stykkevis og delt. Oslo: Ad Notam forlag.

Hurley, D. (1991). Women, alcohol and incest: An analytical review. Journal of studies on alcohol. 52 (3) side 253 – 268.

Isaksen, K (1990). Sint Sant Sunt. Joh.Nordahl's trykkeri: Cappelen forlag.

James, JB., Liem, JH & O'Toole, JG. (1997) i Lieblich, A., Josselson, R., (1997). The narrative study of lives. Thousand Oaks, CA, USA: Sage publications, INC xviii

- Jehu,D. (1990). Beyond sexual abuse : therapy with women who were childhood victims. Chichester : Wiley.
- Jensen,P (1997). Relasjonsmodellen I Hummelvoll,J.K. Helt – ikke stykkevis og delt. Oslo: Ad Notam forlag.
- Kaplan,H.B. (1999). Toward and understanding of resilience, in Glantz,M.D. & Johnson,J.L. (1999). Resilience and development. Kluwer academic/Plenum Publishers New York, Boston, Dordrecht, London Moscow.
- Kendall-Tackett,KA,. Williams,LM.& Finkelhor,D (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. Psychological bulletin. 113 (1) side 164 – 180.
- Kjeldstadli,K (1997). Å analysere skriftlige kilder i Fossåskaret,E., Fuglestad,O.L. & Aase,T.H. Metodisk feltarbeid – produksjon og forskning av kvalitative data. Gjøvik; Universitetsforlaget.
- Kirkengen,A.L. (1997). Embodiment of sexual boudary violations in childhood. Doktorgradsavhandling ved Institute of General Practice and Community Medicine, ved Universitetet I Oslo.
- Kirkengen, AL. (2000). Innskrevet I kroppen. Tidsskrift for den norske legeforening. 120 (13) side 1518 – 1522.
- Kinzl,J. & Biebl,W.(1992) Long-term effects of incest: life events triggering mental disorders in female patients with sexual abuse in childhood. Child Abuse & Neglect. Volum16 side 567-573
- Kinzl,J & Biebl,W. (1991). Sexual abuse of girls: Aspects of the genesis of mental disorders and therapeutic implications. Acta Psychiatrica Scandinavia. 83 (6) side 427 – 431
- Kvaran,I. (1996). Miljøterapi. Aurskog: Høgskoleforlaget
- Lam,JN & Grossman,FK. (1997). Resilence and adult adaption in women with and without self reported histories of childhood sexual abuse. Journal of Traumatic stress. 10 (2) side 175 – 196
- Lamer,K. (1998). Du og jeg og vi to! Om å fremme barns sosiale kompetanse. Teoriboka. Oslo; Universitetsforlaget.
- Lazarus,R. & Folkman,S.(1984). Stress, appraisal and coping. New York : Springer publishing company.
- Lazarus,RS. (1993A). Coping theory and research: Past, Present, and Future. Psychosomatic medicine. 55 side 234-247.
- Lazarus,RS. (1993B) Coping with the stress of illness, i Kaplun A. Health promotion and chronic illness. WHO regional publications, European series, No 44.

- Leira,H. (1990 A). Fra tabuisert trame til erkjennelse. Del 1 Om arbeid med barn som har erfart vold I familien. Tidsskrift for norsk psykologforening 27 (1) side 16-22.
- Leira,H. (1990,B). Fra tabuisert trame til erkjennelse. Del 2 En modell for intervensjon med barn og unge som har erfart vold i familien. Tidsskrift for norsk psykologforening 27 (2) side 99-105.
- Leitenberg,H. Greenwald,E & Cado,S. (1992). A retrospective study of long-term methods of coping with having been sexually abused during childhood. Child Abuse & Neglect. 16 (3) side 399 – 407.
- Leserman,J., Drossman DA. Li,Z Toomey,TC., Nachman,G. Glogau,L. (1996). Sexual and psysical Abuse History in Gastroenterology Practice; How types of Abuse Impact Health Status. Psychosomatic medicine. 58 (1) side 4-15
- Liem,JH., James,JB., O'Toole,JG & Boudewyn,AC. (1997). Assessing resilience in adult with histories of childhood sexual abuse. American journal of Orthopsychiatry. 67 (4) side 594 – 606
- Long,P & Jackson,JL. (1993). Childhood coping strategies and adult adjustment of female sexual abuse victims. Journal of sexual abuse. 2 (2) side 23-39
- Long,A. Smyth,A. (1998). The role of mental health nursing in the prevention of child sexual abuse and the therapeutic care of survivors. Journal of psychiatric and mental health nursing. 5(2) side 129 - 136
- Lov om helsepersonell av 01012001. <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>
- Lundgren, E. (1994). La de små barn komme til meg. Oslo/Gjøvik : J.W.Cappelens forlag.
- Maltas,C. & Shay,J. (1995). Trauma contagion in partners of survivors of childhood sexual abuse. American journal of ortopsychiatry. 65 (4) side 529 – 539.
- Mayer,L. (1995). The severly abused woman in obstetric and gynecologic care. Guidelines for recognitions and management . The journal of reproductive medicine. 40 (1) side 13-18
- Mellberg,N. (1994) Overgrepets kjerne som seksualisert maktforhold – ugyldiggjøringsprosessen og gyldiggjøringsprosessen, side 241 - 262 i Lundgren,E. La de små barn komme til meg – barns erfaringer med seksuelle og rituelle overgrep. Gjøvik:Gyldendal forlag
- Michalsen,H.(1992) Barn utsatt for seksuelle overgrep (s 31-43). i Bang,L.& Hydle,I. Mishandling og seksuelle overgrep. Otta: Tano forlag.
- Miltenburg,R & Singer, E. (1997). The (ab)use of reliving childhood traumata. Theory and Psychology. 7 (5): side 605-628.
- Monahan,K. (1997): Crocodile talk: Attributions of incestuously abused and nonabused sisters. Child Abuse & Neglect. 21 (1) side 19 – 34

Morris,EM., Martin,JL., & Romans,SE. (1998). Professional help sought for emotional problems; coping with sexual abuse in a Dunedin community sample of women. New Zealand medical journal. 111 (1063) side 123 – 126.

Morrow,S.L. & Smith,M.L. (1995). Constructions of survival and coping by women who have survived childhood sexual abuse. Journal of conseling psychology. 42 (1) side 24-33

Mossige,S & Jensen,T. (1996). Historien om Ellen og Karen og deres hjelpere. i Reichelt,S & Haavind,H. Aktiv psykoterapi. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Monsen,N.K. (1992). Det kjempende mennesket – maktens etikk. Oslo: J.W.Cappelens forlag.

Mossige,S. (1998). Har barnet mitt vært utsatt for seksuelle overgrep?. En narrativ analyse av mødres fortellinger. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst,velferd og aldring (NOVA).

Mossige,S. (2000). Resultater og problemer knyttet til internasjonal forskning om seksuelle overgrep mot barn. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 37 (5) side 418 – 430.

Myhren, L & Steinsbekk,S. (2000). Avdekking av seksuelle overgrep mot små barn – barnet, metoden og den sakkyndige. Bergen: Fagbokforlaget

Natvig,GK.(1998). Tro på å lykkes fremmer adferdsendring. Sykepleien. 88(14) side 54 – 56.

Nissen,J. 1989. Tekst og kontekst – Om teksten som kommunikasjon i Pedersen,S. (1989) Skriftsyn og metode. Århus; Århus Universitetsforlag.

Normann,EK. Tambs,K. & Magnus P (1992) Seksuelle overgrep mot barn – et folkehelseproblem. Nordisk medicin 107 (12) side 326 – 330.

Normann,EK (1999). Seksuelle overgrep mot barn. I NOU 1999:13 Kvinnens helse i Norge. side 530 – 532.

NOU 1982:26. Barnemishandling og omsorgssvikt. Otta: sosialdepartementet.

NOU 1997: 23 Seksuallovbrudd Straffelovkomisjonens delutredning VI Oslo: Justisdepartementet

NOU 1997 : 25 Ny kompetanse – grunnlaget for en helhetlig etter- og videreutdanningspolitikk. Oslo. Statens trykking, Kirke-, Utdannings- og Forskningsdepartementet.

NOU 1999:13. Kvinnens helse i Norge. Oslo: Statens trykking. Sosial og helsedepartementet.

Næss,S. (1986). Yrkeskvinne – husmor? Gifte kvinnes livskvalitet. Oslo : Institutt for anvendt sosialvitenskapelig forskning

Ogden,J. (1996). Health psychology – a textbook. Buckingham/Philadelphia; Open University press.

Orbuch, TL., Harvey, JH., Davis, SH. (1994) Account-making and confiding as acts of meaning in response to sexual assault. Journal of family Violence. 9 (3) side 249 -264

Ot prp nr 13 (1998 – 99). Om lov av helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Statens trykk: Det kongelige sosial og helsedepartementet.

Pearson, QM. (1994). Treatment techniques for adult female survivors of childhood sexual abuse. Journal of counselling and development. 73 (1) side 32 - 37

Perrot, K. Morris, E. Martin, J. Romans, S. (1998) Cognitive coping styles of women sexually abused in childhood: a qualitative study. Child Abuse & Neglect. 22 (11) side 1135 – 1149.

Peters, DK., Range, LM. (1996). Self-blame and self-destruction in women sexually abused as children. Journal of child sexual abuse. 5 (4) side 19 –33

Porter, C.A. & Long, P.J. (1999). Locus of control and adjustment in female adult survivors of childhood sexual abuse. Journal of child sexual abuse. 8 (1) side 3-25.

Poulsson, A. (1992). Seksuelle overgrep mot barn - veileder. Oslo: Sosialdepartementet.

Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning av 7. januar 2000. <http://www.nnr.no/>

Rammeplan og forskrift for videreutdanning i psykisk helsearbeid av 27 mai 1997
<http://www.nnr.no/>

Reid, K.S., Wampler, R.S. & Taylor, D.K. (1996). The “alienated” partner: responses to traditional therapies for adult sex abuse survivors. Journal of marital and family therapy. 22 (4) side 443-453.

Reis, S.D. & Heppner, P.P. (1993). Examination of coping resources and family adaptations in mothers and daughters of incestuous versus nonclinical families. Journal of counselling psychology. 40 (1) side 100 - 108

Reynolds, J.L. (1997): Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. Canadian Medical Association Journal. 156 (6) side 831 – 835.

Roboholm, JS. & Bottenheim, M. (1996). The gynecological care experience of adult survivors of childhood sexual abuse: a preliminary investigation. Women & Health. 24 (3) side 59 - 75

Rodriguez-Srednicki, O., & Twaite, J.A. (1999) Attitudes towards victims of CSA among adults from four ethnic/cultural groups. Journal of Child Sexual Abuse. 8 (3) side 1-24.

Romans, SE., Martin, J.L., Morris, E & Herbison, GP. (1999) Psychological defence styles in Women Who report CSA: A controlled Community study. The American journal of psychiatry. 156 (7) side 1080 – 1085.

Rosset, T. (1995) Sammenhenger mellom seksuelle overgrep og selvbilde, håpløshetsfølelse og suicidalitet I et poliklinisk voksenpsykiatrisk utvalg. Hovedfagsoppgave i psykologi ved Universitetet i Trondheim.

Roth,S. & Newman,E. (1993). The process of coping with incest for adult survivors. Measurement and implications for treatment and resurch. Journal of interpersonal violence. 8 (3) side 363-377.

Rustøen,T. (1991). Livskvalitet – en sykepleieutfordring. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Råheim,M.(1997). Forståelse av kroppen som fenomen. Kritikk og utfordringer I helsefagenes grunnlagsforståelse i Alvsvåg,H.(red) Kunnskap, kropp og kultur - helsefaglige grunnlagsproblemer. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Sacco,ML & Farber, BA. (1999). Reality testing in adult women who report childhood sexual and psysical abuse. Child Abuse & Neglect. 23 (11) side 1193 – 1203.

Sandmo,I. (1993). Avpersonalisering som en del av symptombildet etter incest- selvbildet hos voksne kvinner som har vært utsatt for incest som barn. Hovedoppgave , psykologisk fakultet ved Universitetet i Bergen.

Saradjiani,J. (1996). Women who sexually abuse children – from research to clinical practice. Great Britain_Biddles Ltd, Guilford and King`s Lynn : John Wiley & Sons.

Saunders, EA. & Edelson, JA. (1999) Attachment style, traumatic bonding, and developing relational capacities in a long-term trauma group for woman. International journal of group psychotherapy. 49 (4) side 465 – 485.

Schlachter,CL. Stalker,CA & Teram,E. (1999). Toward sensitive practise: issues for psysical therapists working with survivors of childhood sexual abuse. Physical therapy. 79 (3) side 248 – 261.

Seng,JS., Petersen,BA. (1995) Incorporating routine screening for history of childhood sexual abuse into well-woman and maternity care. Journal of Nurse-Midwifery. 40 (1) side 26 - 30

Shapiro, DL & Levendosky, AA. (1999). Adolscent survivors of childhood sexual abuse: the mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. Child abuse & Neglect. 23 (11) side 1175 – 1191.

Sheiman,JA. (1999) Sexual abuse history with and without self-report and memory loss. Side 139 – 148 i Williams,LM & Banyard,VL. (1999) Trauma & memory. Thousand Oaks, California: Sage Publications

Sheldon,H & Bannister,A side 97-117 i Bannister,A. (1998). From hearing to healing. Working with the aftermath of Child Sexual abuse. London; John Wiley & Sons.

Sommerschild,H. (1999). Såre sinn. Otta; Emilia forlag.

Spaccarelli,S.(1994) Stress, appraisal, and coping in Child Sexual abuse : A theoretical and empirical review. Psychological bulletin . 116, (2), 340 - 362.

Spaccarelli,S & Kim,S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. Child Abuse and Neglect. 19 (9) side 1171 – 1182

Stalker, CA. & Fry,R. (1999). A comparison of short-term group and individual therapy for sexually abused women. Canadian journal of psychiatry. 44 (2) side 168 – 174.

Strøm,A. (1980). Velferdssamfunn og helse – et 60 årig tilbakeblikk. Kragerø: Norsk Gyldendal forlag.

Sætre,M Holter,H &Jebsen,E. (1986). Tvang til seksualitet. Otta: Cappelen forlag.

Sætre,M (1997). Samfunnsproblemet som forsvant. Tidsskrift for norsk psykologforening. Volum 34 - Supplement nr 1

Talbot,NL. Houghtalen RP. Cyrulik S, Betz,A. Barkun,M. Duberstein,PR & Wynne,LC. (1998). Woman`s safety in recovery; group therapy for patients with a history of childhood sexual abuse. Psychiatric services. 49 (2) side 213-217.

Talbot,NL. Houghtalen RP. Duberstein,PR. Cox,C. Giles,DE. & Wynne,LC. (1999). Effects of group treatment for women with a history of childhood sexual abuse. Psychiatric services. 50 (5) side 686-692.

Tambs,K. (1994). Undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn. Statens Institutt for folkehelse.

Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events – a theory of cognitive adaptations. American psychologist. (38) side 1161 – 73.

Terr,L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. American journal of psychiatry. 148 (1) side 10 – 20.

Testa,M., Miller,BA., Downs,WR & Panek,D. (1992). The moderating impact of social support following childhood sexual abuse. Violence and Victims. 7 (2) side 173 – 186

Texmo,Å. & Aarvik,L. (1998) Rapport om “seksuelle overgrep mot kvinner og barn – fornærmedes rettstilling i praksis”, i NOU 1999:13. Kvinnens helse i Norge. Oslo: Helse og sosialdepartementet.

Thagaard,T. (1998). Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode. John Grieg in Norway : Fagbokforlaget.

Thakkar,RR., McCanne,TR. (2000). The effects of daily stressors on physical health in women with and without a childhood history of sexual abuse. Child Abuse&Neglect. 24 (2) side 209 – 221.

Tobin,D.L. & Griffing, A.S. (1996). Coping, sexual abuse and compensatory behavior. International Journal of eating disorders. 20 (5) side 143 – 148

Toverud,R. (1998). Barn, terapi og seksuelle overgrep. Otta: Tano Aschehougs fonteneserie

Travelbee,J. (1999). Mellommenneskelige forhold I sykepleie. Drammen : Universitetsforlaget

Tremblay,C., Hèrbert,M., Pichè,C. (1999) coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. Child Abuse & Neglect. 23 (9) side 929 - 945

Turell,SC & Armsworth,MW. (2000) Differentiating incest survivors who self-mutilate. Child Abuse& Neglect. 24 (2) side 237 – 249.

Tyson,AA & Goodman,M.(1996) Group treatment for adult women who experienced childhood sexual trauma: Is telling the story enough? International journal of group psychotherapy. 46 (4) side 535 - 542

Ullman,SE. (1996,A). Correlates and consequences of adult sexual assault disclosure. Journal of interpersonal violence 11 (4) side 554-571

Ullman,SE. (1996,B). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. Psychology of women quarterly. 20 (4) side 505 – 526

Ullman,SE. (1997). Attributions, world assumptions, and recovery from sexual assault. Journal of child sexual abuse. 6 (1) side 1-19

Uhre,K. (1994). Når tiden bryter sammen. Tidsskrift for jordmødre. Nr 3 side 16-18.

Ursin,H.(1984) Stress. Kolbotn: Tanum Nordli A/S.

Valentine,LN. & Feinauer,LL. (1993). Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse. American journal of family Therapy. 21 (3) side 216 – 224

Valente,M. & Shuttleworth,A. (1997). The co-working relationship: Groupwork with women survivors of sexual abuse. Child Abuse Review. 6 (3) side 219 - 225

Warner,S & Feltey,KM. (1999) From victim to survivor – recovered memories and identity transformation. Side 161 – 172. i Williams,LM & Banyard,VL. (1999) Trauma & memory. Thousand Oaks, California: Sage Publications

Weiss,EL., Longhurst,JG. & Mazure,CM. (1999). Childhood Sexual Abuse as a risk Factor for depression in Women: Psychosocial and Neurobiological Correlates. American journal of psychiatry. 156 (6) side 816 - 828

Westbury,E & Tutty,LM. (1999). The efficacy of group treatment for survivors of childhood abuse. Child Abuse & Neglect. 23 (1) side 31 – 44.

Williams,LM & Banyard,VL. (1999) Trauma & memory. Thousand Oaks, California: Sage Publications

Wyatt,GE., Loeb,TB., Solis,B., Carmona,JV & Romero,G. (1999) The prevalence and circumstances of child sexual abuse: Changes across a decade. Child Abuse & Neglect 23 (1) side 45-60.

Zupancic,MK. & Kreidler,MC. (1999). Shame and the fear of feeling. Perspectives in psychiatric care. 35 (2) side 29 - 34

Young,L. (1992). Sexual abuse and the problem of embodiment. Child Abuse & Neglect. 16
(1) side 89 – 100

VEDLEGG 1

Tabell A - prevalens ved seksuelle overgrep

Studie	Definisjon	Funn	Land – Utvalg-metode
Tambs, 1994	Barnet må ha følt seg tvunget, presset eller lurt til den seksuelle handlingen, for at overgrep foreligger	Ingen tilleggskriterier: 23% - aldersforskjell mellom overgriper og offer mer enn 4 år: 18% - offerets alder under 16 år: 16% - Offeret opplevde overgrepet som ”svært ubehagelig” /ikke svart; 5% - det skjedde mer enn én enkelt overgrepsepisode: 1-2%	Norge. 1833 fra den norske populasjonen i alderen 18 – 60 år Spørreskjema.
Sætre,M. Holter,H & Jebsen,E 1986	Kjønnslig bruk og misbruk som du mener voksne ikke burde gjøre mot barn og unge	16% utsatt for seksuelle overgrep før 18 år. Senere rettet til 14%. (Sætre 97) Kvinner 19% Menn 14%	Norge. Over 15 år, antall 1017, spørreskjema
Normann, Tambs & Magnus 1992	Ulike	5% opplever alvorlige overgrep	Review
Rosset, 1995	En seksuelt påtrengende væremåte eller handling som har plaget deg psykisk etterpå	Menn og kvinner: 45.9% Kvinner; 53.9% Menn; 21.8%	Norge. Sør-trøndelag psykiatriske sykehus. 222 polikliniske pasienter
Finkelhor, D. 1994	Ulike inkluderer både utuktig handling og utuktig omgang.	Kvinner 7-36% Menn 3-29%	20 ulike land. Utvalg nasjonale og lokale studier ved universitet. Intervju og survey. Alder til 16 – 18år.
Wyatt, Loeb, Solis, Carmona & Romero. 1999	Sexual body contact prior to age 18 by someone of any age and relationship to the respondent (Wyatt 85).	Kvinner: Av 338 hadde 34% opplevd seksuelle overgrep minst en gang. 24% opplevde overgrep før 7 år.	2 utvalg: i Los Angeles Afro American og European American. Intervju varte fra 3-8 timer
Benedict,MI & Paine,LL, Paine,LA., Brandt,D., & Stallings,R.	Those women who reported at least one contact or noncontact episode before the age of 18, the perpetrator could be either family or nonfamily, and had to be at least 5 years older than the victim except in cases where force was used.	357 førstegangsggravide kvinner 37% opplevd tidligere seksuelle overgrep	Kvinnene ble intervjuet i uke 28 – 32, + brukt av data fra journaler.

Neste tabell viser hyppighet av skadelige virkninger etter seksuelt misbruk, (merknad; de fleste studiene gjelder barn). Studiene viser at andelen utsatte som ikke rapporterer om skadelige virkninger, er relativt høy.

Tabell B - hyppighet av virkninger etter seksuelle overgrep

Undersøkelse	Funn – Utvalg	Referanse
Caffaro-Rouget, Lang & van Santen 1989	49% symptomfri ved pediatrik undersøkelse	Kendall-Tacket, et.al. 1993, Tremblay, et.al. 1999.
Spaccarelli, 1994	20-50 % Symptomfri (review)	
Mannarino & Cohen,1986	31% symptomfri, utvalg; 45 barn som var blitt utsatt for seksuelle overgrep	Kendall-Tacket et al 1993, Medline
Tong,Oates&McDowell, 1987	36% normalverdi innenfor CBCL Utvalg 49 barn som hadde opplevd seksuelle overgrep	Kendall-Tacket et al 1993, Medline, Tremblay, et.al. 1999
Conte & Schuerman 1987	21% symptomfri. Utvalg 369 barn som har opplevd seksuelle overgrep	Kendall-Tacket et al 1993, Medline,
Fleming, Mullen, Sibthorpe & Bammer, 1999	46% rapporterte om langtids virkninger etter seksuelle overgrep, 3958 respondenter , survey undersøkelse i Australia	

VEDLEGG 2

Kompleks posttraumatisk stressforstyrrelse (Herman, 1995 s 151-152)

1. Tidligere utsættelse for totalitær kontroll igennem længre tid (månedes til år). Eksemplerne omfatter gidsler, krigsfanger, overlevende fra konsentrasjonsleirer og visse religiøse sekter. Eksemplerne omfatter også menneskter der har vært underkastet totalitære systemer i deres seksualliv og i hjemmet, inklusive ofre for vold i hjemmet, fysiske og seksuelle overgrep i barndommen og organisert seksuell utnyttelse.

2. Ændring i affektregulering

- a) vedvarende dysfori
- b) kronisk optagenhet af selvmordstanker
- c) selvbeskadigelse
- d) eksplosiv og ekstremt tilbakeholdt vrede (kan veksle)
- e) tvangsmessig eller ekstremt hæmmed seksualitet (kan veksle)

Ændringer i bevidshed

- f) amnesi eller hyperamnesi med hensyn til traumatiske begivenheter
- g) forbigående dissociative lidelser
- h) depersonalisation / dereliasation
- i) genoplevelse af begivenheter

Ændringer i selvopfattelse

- j) en følelse af hjelpeløshet eller handlingslammelse
- k) skamfølelse
- l) en følelse af at være blevet besudlet eller stigmatisert
- m) en følelse af at være totalt annerledes end alle andre (kan omfatte en følelse af at være noeet spesielt)

Ændringer i oppfattelsen af gjerningsmanden eller krænkeren

- n) optagethet af forholdet til gerningsmanden eller krænkeren (inklusive optagethet af hævntanker)
- o) en urealistisk tro på at gerningsmanden eller krænkeren har total magt (advarsel: ofrets bedømmelse af magtforholdene kan være mer realistisk end klinikerens)
- p) idealisering eller paradoksal takknemmelighet
- q) en følelse af et spesielt eller overnaturligt forhold
- r) accept af gerningsmandens eller krænkerens anskuelser eller efferationaliseringer

Ændringer i forholdet til andre

- s) isolation og tilbagetrækning
- t) afbrytelse af intime forhold
- u) gentagen søgen efter en redningsmand (kan veksle med isolation og tilbagetrækning)
- v) vedvarende mistillid
- w) gentagne mislykkede forsøg på å beskytte sig selv

Ændringer i betydningssystemer

- x) tab af tro og tillid
- y) en følelse af håpløshet og fortvivelsete

Post Traumatisk Stress Forstyrrelse (American Psychiatric Association, 1997 s 160).

A. Personen har vært utsatt for en traumatisk hendelse der begge de følgende var tilstedet:

1. personen opplevde, var vitne til eller ble konfrontert med en eller flere hendelser som innebar livsfare eller trussel om død eller om alvorlig skade eller trussel mot egen eller andres fysiske integritet
2. Personen reagerte med intens angst, hjelpeløshet eller skremsel. Merk: Hos barn kan dette gi seg uttrykk i disorganisert eller forstyrret atferd.

B. Den traumatiske hendelsen gjenopplevs stadig på en (eller flere) av følgende måter:

1. Tilbakevendende og påtrengende ubehagelige minner om hendelsen, som omfatter bilder, tanker og sansinger. Merk: hos barn kan temaet eller sider ved den traumatiske hendelsen uttrykke seg gjennom lek
2. Tilbakevendende plagsomme drømmer om hendelsen. Merk: hos barn kan det forekomme skremmende drømmer uten identifiserbart innhold
3. Handler eller føler som om den traumatiske hendelsen skjer på nytt (omfatter en følelse av å gjenoppleve hendelsen, illusjoner, hallusinasjoner og dissosiative flashback episoder, inklusive de som skjer når en våkner eller er substanspåvirket).Merk: hos små barn kan traumespesifikk gjentakelse av hendelsen forekomme.
4. Intens psykisk ubehag ved å bli utsatt for indre eller ytre stimuli som symboliserer eller likner et aspekt ved den traumatiske hendelsen.
5. Fysiologiske reaksjoner ved å bli utsatt for indre eller ytre stimuli som symboliserer eller likner aspekt ved den traumatiske hendelsen.

C. Vedvarende unngåelse av stimuli forbundet med traumet og svekkelse av den generelle reaksjonsevnen(som ikke var tilstedet før traumet) som kommer til uttrykk ved tre (eller flere) av følgende:

1. Forsøker å unngå tanker, følelser eller samtaler forbundet med traumet
2. Forsøker å unngå aktiviteter, situasjoner eller mennesker som vekker minner om traumet
3. Manglende evne til å huske viktige deler av traumet
4. Markert nedsatt interesse for eller deltakelse i betydningsfulle aktiviteter
5. Følelser av å være fjern eller fremmed i forhold til andre
6. Begrenset følelsesregister (f. eks. ikke i stand til å ha kjærlige følelser)
7. Opplevelse av fremtid uten muligheter (f. eks. venter seg ikke karriére, ekteskap, barn eller normal livssyklus)

D. Vedvarende symptomer på økt aktivisering (som ikke var tilstedet før traumet), som kommer til uttrykk ved to (eller flere) av følgende:

1. Vanskelig for å sovne eller forbli sovende
2. Irritabilitet eller sinneutbrudd
3. Konsentrasjonsproblemer
4. Overdreven vaksomhet
5. Økt reaksjonsberedskap

E. Varighet av lidelsen (symptomene i kriteriene B, C og D) er mer enn en måned

F. Lidelsen forårsaker klinisk betydningsfullt ubehag eller funksjonssvikt sosialt, arbeidsmessig eller på andre viktige områder.

Spesifiser om:

Akutt: om varigheten av symptomene er mindre enn tre måneder

Kronisk: om varigheten av symptomene er tre måneder eller mer.

Spesifiser :

Med forsinket debut: om debuten av symptomene er minst 6 måneder etter traumet

VEDLEGG 3

Kategorisering 1- en oversikt over drøftingskapitlenes hensikt, funn og utvalg

Hensikten med denne kategoriseringen er å gi en oversikt over hvilke kilder som denne oppgaven bygger på for på den måten å øke oppgavens reliabilitet. Denne tabellen er endret noe fra den opprinnelig tabellen, da feil og mangler her er rettet opp.

Her er en forklaring til tabellene. Tabellene er inndelt i fem kolonner.

Første kolonne viser kildens forfattere og årstall. Andre kolonne er en presentasjon av studiens hensikt og funn. Disse to kan samlet ses på som kildens mening. De kilder som ikke bygger på egen forskning omhandler mange tema. For å være tro mot kilden, valgte jeg her å bruke kildens tittel istedenfor å lage et resymè av kildens struktur, da denne ville blitt for omfattende. Kildens betydning må alltid ses i sammenheng med *metoden* som er benyttet (kolonne tre) og *utvalget* som kilden bygger på (kolonne fire og fem).

Det er brukt noen forkortelser i tabellene:

CSA = child sexual abuse = person som er blitt seksuelt misbrukt som barn

NCSA = non child sexual abuse = person som ikke er blitt seksuelt misbrukt som barn

* Utvalg: Klinisk utvalg = utsatte som er/søker terapi for virkninger etter CSA, Ikke Klinisk utvalg = utsatte som ikke er i terapi for virkninger etter CSA.

** Metode er her avgrenset til datainnsamlingsmetode. Disse er delt i tre grupper: survey (spørreundersøkelser), Intervjuundersøkelser og erfaringer fra klinisk praksis med utsatte.

Tabell C – En oversikt over de empiriske studier som er basert på utvalg der informantene er utsatte eller deres pårørende

Forfattere	Studie hensikt (H) – Noen funn (F)	Utvalg * og Metode **	Populasjon case	Populasjon Kontroll
Alexander,P. C., Teti,L., & Anderson,C.L. 2000	H: Hvordan opplever seksuelt misbrukte det å være mødre? F: De seksuelt misbrukte mødre som levde i utilfredstillende parforhold var mer tilbøyelig til å bruke barnet for å dekke egne emosjonelle behov	Ikke Klinisk utvalg: hentet fra avisannonse Survey	19 småbarnsmødre CSA	71 småbarnsmødre NCSA
Anderson,G Yassenik,I., Ross,C. 1993	H: Undersøke forekomst av ulike former for dissosiative lidelser hos CSA. F: 88% av respondentene hadde dissosiative lidelser	Klinisk utvalg Survey og Intervju	51 CSA fra behandlingsklinikker	0
Armstrong,M.W., Stronck,K. 1999	H: studere kvinners dyktighet, mulighet og holdning til det å være mor F: Mødrene følte seg reserverte og følelsesmessig avstumpet i forhold til sine barn, de følte seg handikappet fordi de manglet rollemodeller, de var redd for å være overkontrollerende og overbeskyttende.	Klinisk utvalg Intervju	40 CSA i gruppebehandling	0
Bagley,C & Young,L. 1998	H: Evaluering etter gruppeterapi 6 år tilbake; fokus depresjon, selvfølelse, selvskadning og sosial støtte F: helsestatus ved gruppeslutt var opprettholdt med unntak hos de som hadde opplevd flere former for overgrep og de som av sine mødre ble sett på som skyldige i overgrepene.	Ikke klinisk: kvinner som avsluttet behandling for 6 år siden Survey og Intervju	29 kvinner gruppeterapi, 29 kvinner individuell terapi	60: matchet på alder og utdanning
Banyard,V.L. & Williams,L.M. 1999	H: Sammenhengen mellom minner om seksuelle overgrep og mental helse. F: de som var eldre når misbruket startet, og hadde hukommelsessvikt hadde flere symptomer. 62 hadde ingen hukommelsessvikt, 49 kunne ikke huske når misbruket startet. Disse var yngre når misbruket startet, og de var misbrukt av en de kjente.	Ikke klinisk, voksne kvinner som ble behandlet for CSA som barn Intervju	129 CSA	0
Benedict,M.I., Paine,L.L.,Paine, L.A., Brandt,D & Stallings,R. 1999	H: Se på sammenheng mellom seksuelt misbruk og depresjon i svangerskap, og hvordan svangerskapet ble for de seksuelt misbrukte. F: 37% av kvinnene var seksuelt misbrukt. Denne gruppen var mer deprimerede, men det var ingen forskjeller på hvordan svangerskapet forløp	Ikke klinisk: gravide i uke 28 – 32 Survey	133 CSA	224 NCSA
Binder,R.L., McNeil,D.E. & Goldstone,R.I. 1996	H: Studere årsaker til misbrukte kvinner som klarer seg bra F: Ikke bruk av makt, kortere varighet, fravære av andre familieproblemer, overgriper er ikke slektning, motivasjon til å stikke fra misbrukersituasjonen så raskt som mulig, spesielle evner og talenter, og evne til å legge skyld for overgrepet på andre enn seg selv.	Klinisk og Ikke klinisk Survey og intervju	20 CSA fra avisannonse og 10 fra incestgruppe	0
Christensen,T. 2000	H: Hvilke erfaringer har incestutsatte kvinner knyttet til seksuelle overgrep i barndommen F: Hverdagen oppleves vanskelige relasjoner; både relasjoner til nettverket og til institusjoner	Klinisk og Ikke klinisk Intervju	9 kvinner	0
Coffey,P., Leitenberg,H,Henning, K. Turner,T., & Bennett,R.T. 1996	H: Studere sammenheng mellom mestringsstrategier og langtidseffekter F: Passive metoder gav de største psykologiske langtidseffektene	Ikke klinisk Randomisert Survey	192 kvinner CSA	474 kvinner NCSA
Cohen,T. 1995	H: Hvordan seksuelt misbrukte kvinner fungerer som mødre F: Mødre som har opplevd CSA fungerte dårligere, hadde dårligere kommunikasjonsevne,	Både klinisk og ikke klinisk Survey	26 mødre CSA fra behandlingsklinikker for barn	28 mødre NCSA fra profesjonelle i opplæring
DiLillo,D.K. Long,P.J. Russell,L.M. 1994	H: Hvilke mestringsstrategier benytter misbrukte ved intrafamilier versus ektrafamilier misbruk? F: De med intrafamilier misbruk bruker flere både problemorienterte og emosjonell orienterte strategier	Ikke klinisk utvalg Survey	66 kvinnelige studenter CSA	0
DiPalma,1994	H: Undersøke karakteristikk hos seksuelt misbrukte og metoder for mestring som kan gi økt helse F: Beskyttende faktorer er indre styrke, ansvarsfølelse, evne til dagdrømming, kreativitet, behov for suksess, ressurser til å nyttiggjøre seg muligheter	Ikke klinisk utvalg Intervju	15 kvinner CSA	0
Dorado,JS. 1999	H: Undersøke gjenerindringsprosessen ved incest . F: denne prosessen er annerledes enn en vanlig hukommelsesprosess. Minnene er påtrengende, ekstremt intense og har preg av å være en gjenopplevelse. Kommer som flashbacks. Før en minnes kommer forløperer som påtrengende tanker/følelser, kroppslige følelser eller smerter, nattlige mareritt. Forløperne gir ingen mening.	Ikke klinisk utvalg Intervju	7 kvinner CSA	0

Draucker,C.B. 1999	H: Beskrive kvinners erfaringer med seksuell vold fra menn. F: Kvinnene vet (knowhow) hvordan de skal håndtere "situasjon". Profesjonelle må vite at kvinnene har en intuitiv forståelse for hva som er mulig å gjøre.	Ikke klinisk utvalg Intervju	10 kvinner, 7 kvinner CSA	0
Draucker,CB.19 95	H: Se på sammenheng mellom skadelige prosesser som beskrevet i Finkelhor & Brown,1995 og 3 prosesser i bearbeiding beskrevet av Shelly Taylor og lang tids effekter i følge Finkelhor. F: Korrelasjoner mellom maktesløshet, stigmatisering, - mening og skyldfølelse og innesluttethet. De som søker mening og opplever kontroll opplever mindre skyld og isolasjon. Å søke mening og oppleve kontroll er viktig for helbredelsen.	Klinisk utvalg Randomisert uttrekking av incestgrupper som fikk tilbud om å være med i undersøkelsen	149 kvinner CSA	0
Edwards,J.J. & Alexander,P.C19 92	H: Studere sammenheng mellom familiebakgrunn og langtids effekter etter seksuelt misbruk F: fant mer familiekonflikter og med fedre dominans i de familier hvor det var seksuelt misbruk	Ikke klinisk utvalg Survey	45 kvinnelige studenter CSA	58 kvinnelige studenter NCSA
Esteeep,M. 1995	H: Bruk av kunst som terapi for en kvinne, opplevd incest F: Positive erfaringer fra en kvinne, men det må forskes mer på dette tema.	Klinisk utvalg Erfaring fra bruk av "å male" som terapi	1kvinne	0
Feinauer,L.L.& Stuart,D.A. 1996	H: Se på forholdet mellom skyldfølelse og tilheling etter seksuelle overgrep. F: De som klandret seg selv for overgrepet hadde større ubehag og flere symptomer. De som klandret skjebnen klarte seg noe bedre, de som klandret overgreper var de som klarte seg best.	Ikke klinisk utvalg Utvalg randomisert ut fra valglister – 4000 spørreskjema sendt ut. 400 svar kom inn	276 kvinner CSA fulgte kriterier for å være med i undersøkelsen	0
Førsvoll,R	H: 1)Finne ut hva seksuelle overgrep gjør med et menneske fysisk, psykisk, sosialt og religiøst, 2)om det har noen effekt å arbeide med slike vonde opplevelser, 3)hvordan utsatte ønsker å bli møtt av sine hjelpere og 4)hva slags hjelp de utsatte selv ønsker og mener de kan gjøre seg nytte av F: Markert nedgang av psykiske lidelser, selvskadning og somatiske plager som hodepine, underlivssmerter, urinvegsinfeksjoner, og kjevesmerter etter bearbeiding av overgrepet. De utsatte ønsker at deres hjelpere skal gi tilbakemelding, være noe aktive i samtaler. 74.3 % mener de har fått mindre problemer, og 14,7% sier de har fått større problemer etter å ha hentet fram følelser og detaljer fra overgrepet. 88% vil anbefale andre å starte bearbeiding ved å hente fram følelser og detaljer av overgrepet.	Klinisk og ikke klinisk utvalg Upublisert studie, gjengitt med tillatelse Utvalg hentet fra egne kandidater (152) og fra et innessenter (26) Kriteriet for å være med videre var at den utsatte hadde deltatt på tre individuelle eller tre gruppesamtaler Survey	109 kvinner CSA fulgte kriterier for å være med videre i undersøkelsen	0
Gallop,R., McKeever,P., Toner,B., Lancee,W & Lueck,M1995	H: Ser på sykepleieres meninger om en bør spørre pasienter om seksuelt misbruk F: Ca 60 % mente at en skulle spør om seksuelt misbruk ved pедиатriske og psykiatriske avdelinger. Informantene mente at sykepleierne burde få opplæring for å kunne håndtere situasjonen.	Ikke klinisk utvalg Survey	42 kvinnelige sykepleiere CSA	181 kvinnelige sykepleiere NCSA
Gibson.R.L. & Hartshorne,T.S. 1996	H: Undersøke ensomhet og bruk av nettverk hos CSA. F: CSA isolerer seg, mest ensomme var gruppen som gikk i behandling	Klinisk og ikke klinisk utvalg Survey	24 kvinnelige studenter CSA 26 kvinner i terapi CSA	207 Studenter
Gold, S.R., Milan,L.D., Mayall,A & Johnson,A.E. 1994	H: ser på virkninger, foreldrestøtte, attribusjonsstil og mestring ved seksuelt misbruk F: Fant at utsatte opplevde mer dissosiasjon, depresjon, angst, og seksuelle problemer. Manglende foreldrestøtte gav mer angst og depresjon hos utsatte.	Ikke klinisk Survey	98 kvinnelige studenter CSA	556 kvinnelige studenter NCSA
Grimstad,H.& Schei,B. 1999	H: Kartlegge forhold hos seksuelt misbrukte kvinner som føder barn; om de føder mindre barn, røyke vaner, komplikasjoner knyttet til svangerskap og fødsel og helseplager under svangerskapet F: Seksuelt misbrukte føder ikke mindre barn, de røyker mer under svangerskapet, opplever mer ubehag under svangerskapet	Ikke klinisk utvalg Utvalget bestod av mødre som hadde født barn som var mindre enn 2500 gram Survey	25 nybakte mødre CSA	148 nybakte mødre NCSA
Harvey,J.H., Orbuch,T.L., Chwalisz,KD.19 91	H: Se hvilken betydning det har å gjenspeile historien (traumet)for den utsatte. F: Dette hadde stor betydning for suksessfull mestring, de som fikk empatiske fortrolige tidlig, mestret bedre.	Ikke klinisk utvalg Survey	25 kvinner og en mann CSA	0
Himelein, & McElrath 1996	H: Studere kognitive mestringsstrategier hos seksuelt misbrukte kvinner F: De veltilpassede kvinnene brukte følgende mestringsstrategier; avsløre og diskutere, bagatellisere, se på det positive, og nekte å dvele ved erfaringen	Ikke klinisk utvalg Survey (180) og intervju (20)	45 kvinnelige studenter CSA	129 kvinnelige studenter NCSA

Holman,E.A. & Silver,R.C. 1996	H: Undersøke til sammenhenger mellom forhold ved misbruket og langtidseffekter. F: Størst ubehag/langtidseffekter var knyttet til forhold som bruk av vold ved overgrep, de som gikk og grublet over overgrep. Og bruk av støttende forhold reduserte psykologiske langtidseffekter.	Ikke klinisk utvalg Survey	77 kvinner CSA	0
James,J.B., Liem,J.H.& O'Toole,J.G. 1997	H: Hva har fremmet "motstandsdyktighet" og betydningen av behov for makt (need for power) hos seksuelt misbrukete. F: Å utøve makt på sosial akseptable måter kan nøytralisere virkninger etter seksuelt misbruk. Det er viktig å gjøre seksuelt misbrukete kvinner oppmerksom på dette forholdet	687 studenter svarte på en spørreundersøkelse. Av disse var 43 CSA. 10 sa seg villige til intervjuer. Kun 4 av disse fikk intervjuerne tak i.	4 kvinner CSA	0
Jehu,D. 1990	H: Utvikle et forskningsbasert behandlingsprogram for utsatte kvinner F: Gir en beskrivelse av gunstige holdninger hos behandleren, og hvordan behandlere kan møte emosjonelle vansker, relasjonsvansker og seksuelle vansker hos utsatte	Fulgt 51 kvinner i terapi Er usikker på om metode er intervju eller survey eller observasjoner	51 kvinner CSA	0
Kirkengen,A.L. 1997	Tittel: Embodiment of sexual boundary violations in childhood – a phenomenological – hermeneutical study of the health impact of childhood sexual abuse. Hennes funn er presentert I kapittel 3.3. i oppgaven.	Klinisk utvalg Intervju	41 kvinner og menn CSA	0
Lam,J & Grossman,F.K 1997	H: Undersøke beskyttende faktorer hos studenter som har og ikke har opplevd seksuelt misbruk F: Overgrepets alvorlighetsgrad virket ikke inn på resultatene. De kvinner som hadde beskyttende faktorer mestret livet bedre uavhengig av om de hadde opplevd seksuelle overgrep, men det så ut som at beskyttende faktorer var ekstra viktig for de personer som hadde opplevd traumer.	Ikke klinisk utvalg Survey	44 kvinnelige studenter CSA	220 kvinnelige studenter NCSA
Leitenberg,H., Greenwald,E. & Cado,S. 199	H: Hvilke mestringsmetoder benytter kvinner CSA og hvordan virker disse på helsen? F: 2 metoder mest benyttet; 1) benekte og 2) emosjonelt undertrykke. Selv om kvinnene ofte brukte disse metodene og sa de var hjelpsomme, gav de dårligere helse.	Ikke klinisk utvalg Survey	54 kvinnelige sykepleiere CSA	0
Liem,J.H., James,J.B., O'Toole,J.G. & Boudewyn,A.C. 1997	H: Betydning av personlige og familiefaktorer, og bruk av fysisk makt hos "motstandsdyktige" / ikke "motstandsdyktige. NB her blir "motstandsdyktig" definert som fravær av depresjon og lav selvfølelse. F: De "motstandsdyktige" hadde høyere grad av indre tilskrivning, og mindre stressfull familiebakgrunn, søkte oftere hjelp og hadde gått mer i psykoterapi, opplevde færre overgrep som voksne, hadde opplevd mindre fysisk tvang.	Ikke klinisk utvalg Data ble samlet inn ved 2 studier fra 2 universitet. 253 menn og 434 kvinner. Av disse var 145 CSA <i>Survey Merknad: liten forskjell på alvorlighetsgrad av overgrepene i de to gruppene som blir sammenlignet!</i>	40 motstandsdyktige kvinner og menn	105 ikke-motstandsdyktige kvinner og menn
Long,P & Jackson,J.L 1993	H: Se på sammenhenger mellom mestringsstrategier, opplevelse av kontroll og psykologisk tilpassning. F: Jo høyere alder på den utsatte, jo mer bruk av problemorientert mestringsstrategier. Størst psykologiske symptomer hos de kvinner som brukte emosjonelle mestringsstrategier.	Ikke klinisk utvalg Survey <i>Merknad: informantene har opplevd lite alvorlige overgrep</i>	66 kvinnelige studenter CSA	0
Morrow,S.L. & Smith,M.L. 1995	H: Finne frem til begreper for mestringsstrategier og overlevelse av seksuelt misbruk. F: Illustreres i en modell; Kontekst ↓ Årsaker → Fenomen → Strategier → Konsekvenser Innvirkende forhold ↑	Klinisk utvalg Grundet teori: Først intervju deretter fokusgruppe hvor 8 av 11 kvinner deltok	11 kvinner CSA	0
Monahan,K. 1997	H: Hvordan søster til misbrukete opplevde dette F: alle trodde at oppførselen til barnet hadde ledet til misbruket	Ikke klinisk utvalg Intervju av 10 søskenpar	5 par søsken hvor begge har opplevd CSA	5 par søsken hvor den ene har opplevd CSA
Orbuch,T.L., Harvey,J.H., Davis,S.H. & Merbach,N. 1994	H: sammenligne mestringsstrategier ved incest versus ikke familiært misbruk F: incestofte hadde mer vansker med mestringsstrategier en utsatte ved ikke familiært misbruk	Ikke klinisk utvalg Survey	12 kvinner incest, 9 menn incest	9 kvinner CSA, men ikke incest

Perrot, K., Morris, E. Martin, J. & Romans, S. 1998	H: Hvilke kognitive strategier og vurderinger benytter utsatte F: 6 strategier; 1) Overveie undertrykke, 2) bagatellisere og omdefinere, 3) arbeide seg gjennom, 4) søke støtte, 5) snakke om overgrepene som voksne, og 6) mestre på egenhånd	Randomisert til studie i en populasjon 2250 kvinner. Av disse var 298 CSA. Noen år senere ble disse påny kontaktet, og en fikk tak i 174 kvinner CSA. Av disse fikk en intervju 40	40 kvinner CSA	0
Peters, D.K. & Range, L.M. 1996	H: Se på forholdet mellom skyldfølelse og selvskading hos seksuelt misbrukte kvinner. F: I Klinisk utvalg var de med stor skyldfølelse mer deprimert og suicidale, og var mer tilbøyelig til selv-skading, og hadde mindre tro på egen mestring. I student utvalg, de med høy skyldfølelse mer deprimert og suicidale, svakere tro på egen mestring.	Både klinisk og ikke klinisk utvalg; krisesenter, universitetsklinikk, individuell terapi incestgruppe og studenter. Survey	57 kvinner CSA	101 kvinnelige studenter NCSA
Porter, C.A. & Long, P.J. 1999	H: Tilstedeværelse og betydning av Locus of control hos seksuelt misbrukte kvinner. F: Ingen sammenheng mellom opplevelse av kontroll under overgrepene og senere Locus of control. Men en fant en sammenheng mellom Locus of control og senere tilpassningsvasker som depresjon, angst og fiendtlighet.	Ikke klinisk utvalg Survey	84 kvinnelige studenter CSA	281 kvinnelige studenter NCSA
Reid, K.S., Wampler, R.S. & Taylor, D.K. 1996	H: Hvordan partneren opplever det når deres koner går i terapi for seksuelt misbruk F: føler seg utenfor, den utsatte bare opptatt av seg selv, kommunikasjonsvansker og seksuelle vansker mellom ektefellene. Partneren ønsket å kunne kontakte terapeuten.	Intervjustudie av 17 menn til koner som gikk i terapi for CSA		
Reis, S.D. & Heppner, P.P. 1993	H: Sammenligne forholdet mor-datter i incest familie med forholdet mor-datter i ikke misbruker familie F: Mødrene fra incestfamiliene hadde mer familiestress og mer kommunikasjonsproblemer. Fant ingen forskjell på døtrene i de to grupper	Både klinisk og ikke klinisk utvalg Surveystudie	15 mor-datter par der døtrene er CSA	16 mor-datter par der døtrene er NCSA
Roboholm, J.S. & Buttenheim, M 1996	H: Hvordan seksuelt misbrukte kvinner opplevde gynekologiske undersøkelser. F: De seksuelt misbrukte gruet mer for både legebesøk og besøk hos gynekolog. Under gynekologiske undersøkelser opplevde de større grader av følelsesoversvømmelse, uønskede tanker, minner som ble vekket, og følelsesnummenhet.	Ikke klinisk utvalg Surveystudie	44 kvinner CSA	30 kvinner NCSA
Romans, S.E., Martin, J.L., Morris, E., & Herbison, G.P. 1999	H: Sammenligne psykologisk forsvarstil hos overgrepsutsatte med ikke overgrepsutsatte. F: Seksuelt misbrukte hadde mer umoden forsvarstil. Bruk av dissosiasjon var ikke knyttet til seksuelt misbruk.	Ikke klinisk utvalg Randomisert utvalg på 354 kvinner. Uklart om metode er survey eller intervju eller begge deler.	171 kvinner CSA	179 kvinner NCSA
Rosset, T. 1995	H: Se hvilke plager de polikliniske pasientene hadde F: Hos utsatte kvinner fant en øket følelse av håpløshet, øket suicidale tanker og svekket selvbildet	Klinisk utvalg Survey	90 kvinner CSA av 222 pasienter ved en norsk psykiatrisk poliklinikk	0
Sacco, M.L. & Farber, B.A. 1999	H: Realitetstesting hos misbrukte kvinner. F: De som er CSA dissosierer oftere enn ikke misbrukte kvinner. Ingen sammenheng mellom alvorlighet ved misbruk og dissosiasjon. Sammenheng mellom varighet, start alder og antall overgrepene og dissosiasjon. De som opplevde både fysisk og seksuelt misbruk hadde størst dissosiasjons problemer.	Ikke klinisk utvalg Survey	123 kvinnelige studenter CSA	136 kvinnelige studenter NCSA
Schachter, C.L., Stalker, C.A., Teram, E 1999	H: Hvordan reagerer CSA på fysisk behandling og hvordan kan fysioterapeuter bli bedre til å lytte til de utsattes behov F: stikkord; trygghet gjennom behandlingen, etablere et forhold hvor den utsatte føler seg hørt	Klinisk og ikke klinisk utvalg Intervju	27 Kvinner som alle har erfaring med fysisk behandling og er CSA	0
Sheiman, J.A 1999	H: Undersøke personlige og psykologiske forskjeller hos de som husker versus ikke husker seksuelle overgrep. F: Utløsende årsak til minner var se TV eller lese om misbruk, eller at de opplevde noe som minnet om overgrepene. Hukommelsestap størst der den misbrukte fryktet for eget liv, ved fysisk misbruk, der overgrepet var kjent, ved dissosiative lidelser og overgrepet innebar berøring av kjønnsorganer.	Ikke klinisk utvalg Survey	45 kvinnelige studenter CSA	129 kvinnelige studenter NCSA
Stalker, C.A., Fry, R. 1999	H: sammenligne effekt av 10 møter på incestgruppe og 10 individuelle samtaler F: De utsatte fungerte bedre etter 10 møter. Ingen av metodene (individuell eller gruppe) var bedre enn den andre	Klinisk utvalg Survey Noe uklart om utvalget består av 86 kvinner CSA eller 65 kvinner CSA	32 individuell terapi - 10 møter	33 deltakere i gruppeterapi

Talbot,N.L., Houghalen,R.P., Duberstein,P.R., Cox,C., Giles,D.E. & Wynne,L.C. 1999	H: Effekt av programmet; safety in recovery. F: De som deltok i programmet rapportere om mindre ubehag (distress) enn de som bare deltok i vanlig behandling (individuell, gruppe eller familiesamtaler med fokus på kriseløsninger og symptomreduksjon)	Klinisk utvalg Survey	48 kvinner CSA som var innlagt på psykiatrisk sykehus	38 kvinner CSA som fikk vanlig terapibehandling
Testa,M., Miller,B.A., Downs,W.R., & Panek,D. 1992	H: Studere hvordan sosial støtte virker inn hos utsatte F: Fant ikke at de som ventet med å avsløre misbruket hadde dårligere helse, de som fikk støtte når de avslørte seksuelt misbruk hadde færre psyk. symptomer og høyere selvfølelse.	Både klinisk og ikke klinisk utvalg hentet fra en studie om familievold og alkoholbruk. Uklar framstilling om det ble kontrollgruppe i denne undersøkelsen, men totalt 231 kvinner var CSA. Survey	77 kvinner fra et "mental health programme", 98 som fikk terapi for alkoholmisbruk og 97 som fikk terapi etter vold fra partner	100 kvinner-randomisert og 103 kvinner som var blitt arresert for å kjøre i alkoholpåvirket tilstand.
Turell,S.C. & Armstrong,M.W. . 2000	H: Hva skiller seksuelt misbrukte kvinner som selv-skader seg fra de som ikke gjør dette. F: De kvinner som kan se en sammenheng mellom overgrep og de ubehag de har i kroppen, klarer å oppnå kontroll over sterke følelser og minner, og derved skille dem. Det som skiller kvinner som selvskader fra de som ikke gjør dette er deres forhold til egen kropp. Begrepet "embodiment" (legemliggjøring) hjelper oss å forstå hva som skjer.	Både klinisk og ikke klinisk utvalg hentet fra en studie om aspekter ved psykososiale erfaringer. Survey	42 kvinner CSA som selvskadet seg	42 kvinner CSA som ikke selvskadet seg, trukket randomisert fra det tidligere beskrevne utvalget av de som var CSA
Tyson,A.A. & Goodman,M. 1996	H: gruppeterapi for seksuelt misbrukte kvinner – er det å fortelle historien nok? F: Utsatte kan formilde sine traumeerfaringer gjennom handlinger (overføringer)	Klinisk utvalg Erfaringer fra å lede en åpen incestgruppe over minst et år	4- 6 utsatte kvinner	0
Ullman,S. 1997	H: sammenhenger mellom grad av skyldfølelse og langtidsvirkninger etter seksuelle overgrep. F: de som klandret seg selv søkte i mindre grad en mening, og hadde dårligere tilpassning. Lav selvfølelse og skyldfølelse som blir utviklet tidlig hos noen seksuelt misbrukte barn er vanskelig å endre på. Å styrke den misbrukte kvinnen på alle områder er viktigere enn å bare arbeide med den egenskap som er skadet.	Både klinisk og ikke klinisk utvalg Survey	155 kvinner CSA	0
Ullman,S. 1996 Tekst A	H: Reaksjoner fra nettverket ved avsløring av seksuelt misbruk F: negative reaksjoner var mer vanlig hos de som fortalte leger og politi om misbruket, positive reaksjoner var assosiert med høyere inntekt, mindre fysisk skade, mindre skyldfølelse og mindre stress i etterkant av traumat.	Både klinisk og ikke klinisk utvalg Survey	155 kvinner CSA	0
Ullman,S.E. 1996 Tekst B	H: Betydningen av tilbakemeldinger fra nettverket ved avsløring om seksuelt misbruk F: Negative tilbakemeldinger gav øket psykologisk ubehag, den eneste sosiale reaksjonen som gav positivt utslag på helsen var å bli trodd og bli tatt på alvor (listened to)	Både klinisk og ikke klinisk utvalg Survey	155 kvinner CSA	0
Valentine,L.N & Feinauer,L.L. 1993	H: finne trekk som kjennetegner "motstandsdyktige" kvinner F: Trekk som kjennetegner "motstandsdyktige" kvinner er; evne til å søke støtte utenfor familien, evne til å tenke godt om seg selv, tro på krefter utenfor en selv (religion), evne til å legge ansvar utenfor seg selv, evne til indre Locus of control.	Ikke klinisk utvalg Survey (57) og Intervju (22) <i>Uklart om funnene bygger på både survey undersøkelse og intervju eller bare på intervju</i>	22 velfungerende kvinner CSA	0
Warner,S & Feltey,K.M. 1999	H: Hvilken mening og betydning for selvbildet har gjenerindring av incest? F: Før gjenerindring: Vag følelse at noe var galt, ubehag og sykdommer. Gjenerindringsprosessen gav ny identitet, stilte spørsmål ved "sannheter" i familien. Viktig å knytte sammen minnet og følelser. Alle 4 opplevde at deres liv nå var rikere og sunnere.	Ikke klinisk utvalg 4 kvinner som har stått frem offentlig og fortalt at de er CSA Intervju	4 utsatte kvinner	0
Westbury & Tutty,1999	H: Sammenlignende effekt av individuell terapi med gruppeterapi for CSA F: Gruppeterapi var med effektfull mot angst og depresjon enn individuell terapi.	Klinisk utvalg hentet fra en klinikk som driver terapi til CSA Survey	22 kvinner som fikk gruppeterapi, hadde på forhånd gått 6 mnd i vanlig terapi	10 kvinner som gikk i vanlig terapi og ventet på plass i incestgruppe

Kategorisering 2 - oversikt over kildene sortert etter publiserings år

Denne kategoriseringen er en samlet oversikt over kildene. Her er kildene kategorisert etter; kjønn på forfattere, årstall kilden er publisert, hvilken metode som er benyttet, hvor utvalget er hentet fra og hvilket land kilden kommer fra.

Merknad; jeg har i denne oversikten benyttet følgende kategorier for metode:

- Survey (viser til spørreundersøkelser)
- Intervju - observasjoner
- Review – er en artikkel som gir en oversikt over den forskning som finnes om et bestemt tema
- Bok
- Begrepet debattinnlegg er her benyttet om alle andre kilder som ikke bygger på egen studie.

Tabell G - Oversiktstabell over kildene sortert etter publiseringsår

2000

Navn på forfatter	Forfatter Kvinner	Forfatter menn	Publisert år	Metode	Hvor Utvalget er hentet fra	Land
Turell,SC & Armsworth,MW.	2		2000	Survey	Studenter, fra helseklinikker og fra utsatte I terapi	USA
Alexander, Teti & Anderson	3		2000	Survey	avisannonse	USA
Thakkar,RR., McCanne,TR.	1	1	2000	Survey	Studenter	USA
Draucker,C.B.	1		2000	Bok		USA
Bylund	1		2000	Debattinnlegg		Norge
Førsvoll		1	2000	Debattinnlegg		Norge
Draucker,CB.	1		1999	Intervju	Avisannonse flyveblader	USA
Warner,S & Feltey,KM.	2		1999	intervju	CSA som har stått fram offentlig	USA
Armsworth,MW & Stronck,K.	2		1999	Intervju	Utsatte i gruppebehandling	USA
Banyard ,VL& Williams,LM.	2		1999	Intervju	Voksne kvinner som ble behandlet for CSA som barn	USA
Dorado,JS.	1		1999	Intervju	Avisannonse og flyveblader	USA
Schlachter,CL. Stalker,CA & Teram,E.	3		1999	Intervju	Gikk I fysikalsk behandling	Canada
Saunders, EA. & Edelson, JA.	2		1999	observasjoner V/gruppemøter	Egne konfidenter	England
Benedict,MI & Paine,LL, Paine,LA., Brandt,D., & Stallings,R.	5		1999	intervju og survey	Fra klinikker for gravide	USA
Romans,SE., Martin,JL., Morris,E & Herbison,GP.	3	1	1999	Intervju og survey	Randomisert	New Zealand
Sacco,ML & Farber, BA.	1	1	1999	Survey	Studenter	USA
Sheiman,JA	1		1999	Survey	Studenter	USA

Porter,CA & Long,PJ.	1	1	1999	Survey	Studenter	USA
Talbot,NL. Houghtalen RP. Duberstein,PR. Cox,C. Giles,DE. & Wynne,LC.	4	2	1999	Survey	Pasienter ved psykiatrisk sykehus	USA
Stalker, CA. & Fry,R.	1	1	1999	Survey	Behandlings- søkende	Canada
Westbury,E & Tutty,LM.	2		1999	Survey	CSA som går I terapi	Canada
Grimstad,H. Og Schei,B.	2		1999	Survey	Sykehus	Norge
Førsvoll,R Merknad; upublisert artikkel		1	1999	Survey	Egne konfidenter + fra et incestsenter	Norge
Butterfield,MI., Panzer,PG., & Forneris,CA.	3		1999	Review		USA
Flathman,M		1	1999	Review		USA
Cullberg,J		1	1999	Bok		Sverige
Travelbee,J	1		1999	Bok		USA
Zupancic,MK. & Kreidler,MC.	2		1999	Debattinnlegg		USA
Perrot,K. Morris,E. Martin,J. Romans,S.	4		1998	Intervju	Randomisert	New Zealand
Morris,EM.,Martin,JL.,& Romans,SE.	3		1998	Survey	Randomisert	New Zealand
Bagley,C., & Young,L.	1	1	1998	survey og intervju	Kvinner som avsluttet gruppeterapi for CSA 6 år tilbake	England /Canada
Talbot,NL. Houghtalen RP. Cyrulik S, Betz,A. Barkun,M. Duberstein,PR & Wynne,LC.	6	1	1998	Debattinnlegg		USA
Long,A. Smyth,A.	1	1?	1998	Debattinnlegg		England
Creedy,D., Nizette,D & Henderson,K	3		1998	Debattinnlegg		Australia
Sheldon,H & Bannister,A	2		1998	Kapitel i bok Debattinnlegg		England
Lien,JH., James,JB., O`Toole,JG & Boudewyn,AC.	3	1	1997	Intervju	Studenter	USA
James, Liem & O`Toole	3		1997	Intervju	Studenter	USA
Monahan,K.	1		1997	Survey og intervju	Ikke oppgitt	USA
Lam,JN & Grossman,FK.	2		1997	Survey,	Studenter	USA
Ullman,SE.	1		1997	Survey	Avisannonse, flyveblader	USA
Sharkey,V.	1		1997	Review		Scotland
Hummelvoll,J.K.		1	1997	Bok		Norge
Miltenburg,R & Singer,E	2		1997	Debattinnlegg		Nederland
Hall,JM & Kondora, LL	2		1997	Debattinnlegg		USA?
Valente,M., Shuttleworth,A.	2		1997	Debattinnlegg		England?
Benum,K & Boe,T.U.	2		1997	Debattinnlegg		Norge

Reid, K.S., Wampler,R.S. & Taylor, D.K.	2	1	1996	Intervju	Menn som er gift med utsatte i terapi	USA
Tyson,AA & Goodman,M.	2		1996	observasjoner v/ gruppemøter	Egne konfidenter	USA
Himelein,MJ., McElrath,JAV	2		1996	Survey intervju	Studenter	USA
Binder,RL., McNiel,DE. & Goldstone,RL.	2	1?	1996	Survey og intervju	Avisannonse og incestgruppe	USA
Coffey,P. Leitenberg,H., Henning,K., Turner,T & Bennet,R. T.	2	3	1996	Survey	Randomisert 6000 skjema utsendt, 666 svarte	USA
Ullman,SE. Tekst A	1		1996	Survey	Avisannonse, flyveblader	USA
Ullman,S.E. Tekst B	1		1996	Survey	Avisannonse, flyveblader	USA
Roboholm,JS. & Buttenheim,M	2		1996	Survey	Avisannonser, flyveblader	USA
Gibson,RL & Hartshorne,TS.	1	1	1996	Survey	Studenter og utsatte I terapi	USA
Holman,E.A. & Silver,R.C.	2		1996	Survey	Avisannonse, Tv/radio annonse og flyvebalder	USA
Feinauer,LL & Stuart,DA.	1	1	1996	Survey	Randomisert	USA
Peters,DK., Range,LM.	2		1996	Survey	Krisesenter, universitets-klinikk, individuell terapi og incestgruppe	USA
Christianson, S.Å.		1	1996	Bok		Sverige
Axelsen,E.D.	1		1996	Kapittel i bok		Norge
Dahl,S	1		1996	Kapittel i bok		Norge
Josephs,L.	1		1996	Debattinnlegg		USA
Rosset,T	1		1995	Survey	Polikl. Pasient.	Norge
Morrow,S.L. & Smith,M.L.	2		1995	Grounded teori; intervju,	Kvinner i terapi	USA
Estep,M.	1		1995	Oppfølging 7 mnd	Behandlings-søkende	USA
Drauker,CB.	1		1995	Survey	Randomisert I gruppeterapi	USA
Gallop,R., Mckeever,P., Toner,B., Lancee,W &Lueck,M.	4	1	1995	survey	Sykepleiere, CSA	USA
Cohen,T.	1		1995	Survey	Fra behindlingsklinikk for barn, kontroll-gruppe fra profesjonelle I opplæring	Israel
Herman.J.L.	1		1995	Bok		USA
Maltas,C. & Shay,J.	1		1995	Debattinnlegg		USA
Mayer,L.	1		1995	Debattinnlegg		USA

Seng,JS., Petersen,BA.	2		1995	Debattinnlegg		USA
DiPalma,LM.	1		1994	Intervju	Snøballteknikk Spurte de en lett fikk tak i	USA
Gold,SR., Milan,LD., Mayall,A. & Johnson,AE.	3	1	1994	survey	Studenter	USA
Orbuch,TL., Harvey,JH., Davis,SH. & Merbach,NJ.	2	2	1994	survey,	Oppslag på voldtektssenter	USA
DiLillo,DK., Long,PJ. & Russell,LM.	2	1	1994	Survey	Studenter	USA
Pearson,QM.	1		1994	Review		USA
Bass,E & Davis,L.	2		1994	Bok		USA
Lundgren,E	1		1994	Bok		Norge/Sverige
Mellberg,N	1		1994	Kapittel i bok		Norge/Sverige
Valentine,LN., Feinauer,LL.	2		1993	survey, intervju	Invitasjon gjennom avisintervju	USA
Reis, S.D. & Heppner,P.P.	1	1	1993	Survey	Egne konfidenter	USA
Anderson,G Yasenik,I., Ross,C.	3		1993	Survey	Fra behand- lingsklinikker for CSA	USA/Canada
Long,P & Jackson,JL.	2		1993	Survey	Studenter	USA
Lazarus,R		1	1993	Kapittel i bok		USA
Roth,S. & Newman,E.	2		1993	Debattinnlegg		USA
Edwards,JJ & Alexander,PC.	1	1	1992	Survey	Studenter	USA
Leitenberg,H. Greenwald,E & Cado,S.	1	2	1992	survey	Sykepleiere	Vermont USA/Canada?
Testa,M., Miller,BA., Downs,WR & Panek,D.	3	1	1992	survey	Hentet fra ulike terapi-grupper og kontrollgruppe randomisert	USA
Dahl,S	1		1992	Kapittel I bok		Norge
Solomon,J.C.	1		1992	Debattinnlegg		USA
Heide,K & Solomon,EP.	2		1992	Debattinnlegg		Great Britain
Young,L 1992.	1		1992	Debattinnlegg		USA
Kinzl,J. & Biebl,W.	1?	1	1991	intervju	Kvinner i terapi	Østerrike
Harvey,JH., Orbuch,TL., Chwalisz,KD & Garwood,G.	1	3	1991	survey	Avisannonse	USA
Terr,L.C.	1		1991	Debattinnlegg		USA
Jehu, D.		1	1990	BOK		Canada /UK
Leira,H del 1 og 2	1		1990	Debattinnlegg		Norge
Lazarus,R & Folkman,S	1	1	1984	Bok		USA
Taylor,S	1		1983	Debattinnlegg		USA

Kategorisering 3 - En sammenligning av studier som har definert sitt utvalg som utsatte med god helse versus studier som har benyttet kliniske utvalg

Jeg valgte å dele kildene inn i følgende kategorier; hvorvidt overgriper er far/stefar eller ikke familiær overgriper, hvorvidt overgrepet innebar sameleie, og hvor stor del av utvalget som bare hadde opplevd et overgrep, og til slutt hvorvidt studien var utført i klinisk versus ikke klinisk utvalg. Klinisk utvalg ble definert som utvalg der utsatte søker hjelp p.g.a. seksuelt misbruk. Disse kategoriene ble laget for å se om de studier om ”motstandsdyktige” er utsatte som har opplevd mindre alvorlige overgrep, og derfor har mindre virkninger etter misbruket og bedre helse. Her kommer en presentasjon av de to tabellene.

Tabell H – Studier der utsatte har mestret på en måte som gir helse

Forfatter studie	Annen overgriper	Overgriper far/stefar	Opplevd sameleie	Kun et overgrep	Utvalg
Himelein & McElrath, 1996	70%	30%	57%	38%	Ikke klinisk
Liem, James, O'Toole & Boudewyn, 1997	72%	28%	37%	43%	Ikke klinisk
Perrot, Morris, Martin, Romans, 1998	70%	30%	30%	45%	Ikke klinisk
DiPalma, 1994	13% (2 av 15)	86% (13 av 15)	4 av 15	Ikke oppgitt	Ikke klinisk
James, Liem & O'Toole, 1997	75% (3 av 4)	25% (1 av 4)	2 av 4	ingen	Ikke klinisk
Valentine & Feinauer, 1993	60% (9 av 22)	40% (9 av 22)	50%	1 av 22	Ikke klinisk
Draucker, 1999	72% (2 av 7)	28% (5 av 7)	62%	Ikke oppgitt	Ikke klinisk
Porter & Long, 1999	59%	41%	15%	34%	Ikke klinisk

Tabell I - Studier basert på utsatte i klinisk utvalg

Forfatter studie	Annen overgriper	Overgriper far/stefar	Opplevd sameleie	Kun et overgrep	Utvalg
Peters & Range, 1996	2%	99%	56%	8%	Klinisk
	51%	47%	39%	33%	Ikke klinisk
Ullman, 1997 *	13%	87%	74%	Ikke oppgitt	50/50 Klinisk/ Ikke klinisk
Turell & Armsworth	49%	51%	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Selvskader
	75%	25%			Ikke selvskader
Binder, McNeil & Goldstone, 1996 **	17%	83%	70%	Ikke oppgitt	Klinisk
Kinzl & Biebl, 1991	28%	72%	75%	Ikke oppgitt	Klinisk

Merknader; * utvalget er 50% klinisk og 50 % ikke klinisk, og 87% overgriper er definert som en person barnet kjente. ** 83% av overgripere var en slektning. Draucker, 1995 og Morrow & Smith, 1995 er begge studier basert på kliniske utvalg, men her mangler data om hvem overgriper er.

VEDLEGG 4

EN KARTLEGGINGSUNDERSØKELSE SOM VISER ANTALL SIDER SOM TEMA SEKSUELLE OVERGREP ER OMTALT I NORSKE LÆREBØKER OG TIDSSKRIFTER FOR SYKEPLEIERE I PERIODEN 1992 - 1999.

Et av forarbeidene til denne oppgaven var en kartleggende undersøkelse om omfanget av tema seksuelle overgrep i lærebøker og tidsskrifter for sykepleiere. En gjennomgang av all litteratur (lærebøker og fagtidsskrifter) skrevet for sykepleiere i perioden 1992 – 1999, viste at tema ”seksuelle overgrep” var lite fremtredende. Undersøkelsen omfattet lærebøker for sykepleiere i; generell sykepleie, psykiatrisk sykepleie, barnesykepleie, psykiatri, psykologi. Undersøkelsen omfattet videre tidsskrifter for sykepleiere. 6 tidsskrifter ble undersøkt. Disse var Tidsskriftet Sykepleien, Tidsskrift for barnesykepleiere, Bivrost, Helsesøstre, Jordmorbladet og Tidsskrift for Jordmødre.

Samlet funn var at tema seksuelle overgrep var presentert i lærebøker og tidsskrifter for sykepleiere for perioden 1992 – 1999 på til sammen 430 sider.

Til sammen 48 lærebøker ble undersøkt. 24 av disse bøkene, dvs 50% tok opp temaet seksuelle overgrep. I 2 av disse bøkene var seksuelle overgrep hovedtema; Poulsson,A (1992) seksuelle overgrep mot barn, og Mossige S (1997) Barneovergriperen. Disse to bøkene er på til sammen 207 sider. Tema seksuelle overgrep er tatt med i 22 andre bøker, fordelt på 128 sider. En oppsummering av antall sider om seksuelle overgrep som var tatt med i tidsskriftene viste at tema seksuelle overgrep var tatt med 23 ganger, fordelt på 75 sider. En merknad her er at alle tidsskriftene har ikke vært utgitt i alle årene undersøkelsesperioden varte.

Nedenfor følger en oversikt over hvilke kilder som var med i undersøkelsen. Denne oversikten kan få en til å spørre om emnet seksuelle overgrep kan være et tabuemne innenfor faglitteraturen. Det er derfor interessant å se hvilke kilder som tar med emnet seksuelle overgrep i sine bøker/tidsskrifter og hvilke som unnlater å ta dette tema opp. Jeg må gjøre oppmerksom på at i noen av de lærebøker som er omtalt nedenfor kan det være naturlig at tema seksuelle overgrep er utelatt.

Lærebøker

- i Generell sykepleie: 4 kilder og 21 sider

- Almås,H (1992) Klinisk sykepleie. Universitetsforlaget **10 sider**
- Grønseth,R og Markestad,T. Pediatri og pediatrik sykepleie. Fagbokforlaget. Her omtales ikke seksuelle overgrep.
- Haugen,I.E. (1998). Svangerskap, fødsel og barseltid. Ad Notam Gyldendal. Her omtales ikke seksuelle overgrep.
- Kristoffersen,N.J. (1996) Generell sykepleie 3. Universitetsforlaget **1 side**
- Tangen, A.M. ((1999). Når livet blir til. Gjøvik: Ad Notam Gyldendal. **1 side**
- Tveiten,S. (1998). Barnesykepleie. Ad Notam Gyldendal. **9 sider**

- i Psykiatrisk sykepleie: 4 kilder og 44 sider

- Andersen,A.J.W., og Karlsson,B. (1998). Psykiatri i endring: forståelse og perspektiv på klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal. Her omtales ikke seksuelle overgrep.
- Brudal,P. (1999). Psykosor og psykoterapi. Otta: Tano AS. **5 sider.**
- Bø,A.K. (1996). Om metoder og kunst i psykiatrisk sykepleie. Universitetsforlaget. Her omtales ikke seksuelle overgrep.
- Dahl,A. Heradstveit,P.Ø. og Nilsen,H.A. (1994). Den dypeste smerte - en bruksbok i psykiatri. Universitetsforlaget. **10 sider**
- Haugsgjerd,S. Jensen,P. Karlsson,B. (1998) Perspektiver på psykisk helse. Ad Notam Gyldendal. Her omtales seksuelle overgrep som eksempler på dissosiativ lidelse side 102.
- Hummelvoll,J:K: (1997) Helt - ikke stykkevis og delt. Ad Notam Gyldedal. Seksuelle overgrep nevnes i 2 setninger s 257 og 332 som en av flere årsaker til psykisk lidelse.
- Løkensgard,I. (1995). Psykiatrisk sykepleie. Universitetsforlaget. Her omtales ikke seksuelle overgrep.
- Jordal,H og Repål,A. (1999) Mestring av psykosor. Fagbokforlaget. Her omtales ikke seksuelle overgrep.
- Kvaran,I. (1996). Miljøterapi. Aurskog, Høgskoleforlaget. **3 sider.**
- Killingmo;B & Odland,T Kasus 5 i Nielsen,G.H. og Von der Lippe. (1993). Psykoterapi med voksne - 5 perspektiver på teori og praksis. Tano AS forlag. **26 sider**
- Robberstad,H. (1997). Pasient fra 9-15. Fagbokforlaget. Her omtales ikke seksuelle overgrep
- Skau,G.M. (1996). Mellom makt og hjelp. Tano Ascehoug. Boka har eget kapittel: Krenkelser av klienter. Omtaler ikke seksuelle overgrep direkte.
- Vråle,G.B. (1993) Møte med det selvmordstruede mennesket. Ad Notam Gyldendal. Her omtales ikke seksuelle overgrep.
- Aanderaa,I. (1999) Relasjoner i teamarbeid – et psykodynamisk perspektiv. Gjøvik: Ad Notam Gyldendal. Her omtales ikke seksuelle overgrep.

- i Psykiatri: 9 kilder og 41 sider

- Cullberg,J. (1999) Dynamisk psykiatri. Tano Ascehoug. Her omtales ikke seksuelle overgrep
- Dahl,A m flere (1997). Sjarmør og tyrann. Tano Ascehoug. Her omtales ikke seksuelle overgrep.
- Dahl,A. Eitinger,L. Malt,U. Rettesdøl,N. (1994) Lærebok i psykiatri. Universitetsforlaget. **6 sider**
- Evang,A. (1998). Utvikling, personlighet og borderline. Cappelsen akademisk forlag. Flere deler av kapitler, 2 hovedemner **5 sider**
- Kringlen,E. (1996). Medisin og samfunn. Universitetsforlaget. **1 side**
- Kringlen,E. (1994). Individ og psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget **2 sider**
- Kringlen,E. Og Finset,A. (1999). Den kliniske samtalen – kommunikasjon og pasientbehandling. Oslo: Universitetsforlaget. Her omtales seksuelle overgrep under overskriften ”å være behandler”. **3 sider**

- Kringle, E. (1994). Pasientbehandling. Universitetsforlaget. Seksuelle overgrep omtales ikke seksuelle overgrep mer enn i enkelte setninger.
- Kringle, E. (1997). Psykometri. Universitetsforlaget **1 side**
- Krøvel, B, Rund, B.R. og Rør, E. (1997) Vold og psykiatri - forståelse og behandling. Tano Aschehoug. Her omtales ikke seksuelle overgrep.
- Mehlum, L. (1999). Tilbake til livet. Høyskoleforlaget. Her omtales ikke seksuelle overgrep
- Torgersen, S. (1995) Personlighet og personlighetsforstyrrelser. Universitetsforlaget **3 sider**
- Rettesdøl, N. (1998) Mennskets irrganger. Millennium **4 sider**
- Rettesdøl, N. (1995). Selv mord. Oslo: Universitetsforlaget. Seksuelle overgrep og incest nevnes i en setning.
- Sommerschild, H. Og Grøholt, B. (1997). Lærebok i barnepsykiatri. Tano Aschehoug. **16 sider**

- i psykologi: 5 kilder og 42 sider

- Borchgrevink, T.S., Rund, B.R. og Fjell, A. (1999). Psykososial behandling ved psykoser. Oslo: Universitetsforlaget. Her omtales ikke seksuelle overgrep.
- Bunkholt, Vigdis. (1996). Psykologi en innføringsbok for helse og sosialarbeidere. Otta: Tano forlag. **1 side.**
- Dahl, S. Terapi med voldtektsutsatte. i Reichelt, S., og Haavind, H. (1996). Aktiv psykoterapi. Oslo: Ad Notam Gyldendal **18 sider**
- Håkonsen, K.M. (1994). Psykologi. Oslo: Universitetsforlaget. **1 side.**
- Håkonsen, K.M. (1998). Psykologi. Oslo: Universitetsforlaget. **1 side.**
- Håkonsen, K.M. (1999). Mestring og relasjon. Oslo: Universitetsforlaget (*ikke undersøkt*)
- Nielsen, G.H. og Råheim, K. (1997) En innføringsbok i psykologi for universiteter og høyskoler. Oslo: Cappelen akademisk forlag. Her omtales ikke seksuelle overgrep.
- Mossige, S. og Jensen, T. Historien og karen og Ellen og deres hjelpere. i Reichelt, S., og Haavind, H. (1996). Aktiv psykoterapi Oslo: Ad Notam Gyldendal. **21 sider**
- Oddli, H.W. og Kjør, P. (1998). Psykologien og vitenskapen. Tano Aschehoug. Her nevnes begrepet seksuelle overgrep i en kildehenvisning.
- Svartdal, F. (1997). Psykologi – en introduksjon. Ad Notam Gyldendal. Her omtales ikke seksuelle overgrep.

- om seksuelle overgrep, kilder som også er beregnet på sykepleiere: 2 kilder og 207 sider

- Poulsson, A. (1992). Seksuelle overgrep mot barn - veileder. Sosialdepartementet. **90 sider**
- Mossige, S. (1997). Barneovergreperen. Oslo: Ad Notam Gyldendal **117 sider**

Tidsskrifter

Sykepleien: 9 ganger og 25 sider

- Bylund, G.S. & Steinbekk, A. (1999) Når pasientrollen vekker fortidas spøkelser til liv Sykepleien nr 10 årgang 87. **5 sider**
- Fadnes, G. (1995) Seksuelle overgrep - døgnkontinuerlig behandlingstilbud. Sykepleien; journalen. Årgang 83, nr 9: **1 side**
- Fonn, M (1997) Støttekontakten Sykepleien. Årg 85 nr 18, side 20-22 **3 sider**
- Fonn, M. (1997) Barna med hemmeligheter Sykepleien. Årgang 85 nr 6. **3 sider**
- Fonn, M (1996) Sykepleien. Årgang 84 nr 10 : Møt krisen **3 sider**
- Steinbekk, A & Bylund, G.S. (1999) Hjelp pasienten er incestutsatt Sykepleien volum 9 årgang 87 side 50 - 55 **5 sider**
- Østby, B.A. (1995) Nasjonalt senter for misbrukte barn. Sykepleien. volum 21, Årgang 83 s 17 **1 side**

- Østby,B.A. (1995) Seksuelle overgrep mot pasienter. Sykepleien. volum 17, årgang 83 side 11 **1 side**
- Vetlesand,N. (1997) Undersøkelsen skal ikke være et nytt overgrep Sykepleien. Årgang 85 nr 17 , side 60-62, **3 sider**

Barnesykepleie : en gang og 2 sider

- (forfatter ukjent) (1999) Seksuelle overgrep mot barn. Tidsskrift for barnesykepleiere 3(1) side 16 – 17 **2 sider**

Bivrost: 2 ganger og 17 sider

- Fjeld,B.T. (1993) Teoretisk forståelsesmodell relatert til seksuelle overgrep overfor barn. Bivrost volum 2. **7 sider**
- Holmern, H.J. (1993) Ytre strukturer relatert til behandling av incestutsatte i en gruppekontekst Bivrost volum2 **10 sider**

Helsesøstre: 3 ganger og 6 sider

- Ukjent: (1999) Seksuelle overgrep mot barn – kan straffeapparatet hjelpe? Helsesøstre. Nr 2. Side 42-43 **2 sider**
- Steinsbekk,Aud. (1999) Senter mot incest- nord og sør-trøndelag. Helsesøstre nr 1 side 30-32 **3 sider**.
- Indergård,A (1999) Forebygging av seksuelle overgrep mot barn. Helsesøstre. Nr 1 side 33. **1 side**

Jordmorbladet: 2 ganger og 8 sider

- Le Br5ocq,C. (1995). Voldtatte og misbrukte møter liten forståelse under fødselen. Jordmorbladet. 8 side 5 –8 **4 sider**
- Kvalheim,G. (1995). Svangerskapet gjenoppvekket voldtekten. Jordmorbladet. Nr. 7 side 22-25 **4 sider**

Tidsskrift for jordmødre: 8 ganger og 17 sider

- Eva (pseudonym) (1994). Misbrukt som barn - fødende kvinne som voksen. Tidsskrift for jordmødre. Nr 3 s 9-13 **5 sider**
- Haugaard,N. (1994) Hva trenger jeg? Tidsskrift for jordmødre Årgang 100 nr 3 :
- Kirkengen (A.L.) Når tiden bryter sammen. Tidsskrift for jordmødre. Nr 3 **3 sider**
- Trovik,E.S. (1994) SMI- Støttesenter mot incest Tidsskrift for jordmødre. Årgang 100 nr 3. **2 sider**.
- Mortensen,B. (1994). Fødselopplevelsen - jordmoransvar Tidsskrift for jordmødre. Nr **32 sider**
- Strøm,J. (1994). Incest-utsatte kvinner- konsekvenser for svangerskap og fødsel. Tidsskrift for jordmødre **3 sider**
- Uhre,K. (1994)Livssmerte Tidsskrift for jordmødre. Nr 3 s3 **1 side,**
- Uhre,K. (1994) Tidsskrift for jordmødre. Årgang 100 nr 3. : Hvordan forebygge at barn blir utsatt for incest **1 side**

VEDLEGG 5

Først vil jeg takke de skolene som tok seg tid til å svare på min henvendelse. Det ble februar 2001, sendt forespørsel til 35 utdanningsinstitusjoner i sykepleie,. Det kom inn totalt 24 svar.

- En skole sa de ikke ønsket å delta da de fant spørsmålene for utydelige.
- 2 utdanningsinstitusjoner gav tilbakemelding på at de ikke hadde egen teoriundervisning, og at spørreundersøkelsen derfor ikke passet.
- Til sammen 21 utdanningsinstitusjoner for sykepleiere ble med i undersøkelsen.

Svarene viser til den praksis som er i skolene i dag. Det ble også forsøkt å kartlegge om overgang til ny rammeplan for sykepleierutdanningene ville føre til endringer, men de svarene som kom inn her, viste dette tema var på planleggingsstadiet (med noen få unntak), og derfor er disse svarene utelatt i tabellen.

Resultatet presenteres i en tabell. Skolene er her anonymisert, derfor benevnes de A,B, osv. Disse er oppført i første kolonne. Hvor mange timer undervisning er gitt/planlagt gitt gjennom hele sykepleierutdanningen er oppført i kolonne 2. Hvorvidt pensum omfatter litteratur om seksuelle overgrep er oppført i kolonne 3. I 4. kolonne er det oppgitt referanse til pensum for de skoler som har pensum på programmet. I siste kolonnen er det oppført hvor mange sider pensum som skolen har om seksuelle overgrep.

Tabell J – Undervisning i tema seksuelle overgrep ved sykepleierhøgskolene

Skole	Timer	Ja/nei	Referanse til pensum	Sider
A	2	Ja	Almås,H. ”Klinisk Sykepleie”	12
B	8	Ja	Almås,H. ”Klinisk Sykepleie”, + Bylund, GS ”hjelp – pasienten er incestutsatt”: Artikler i tidskr. sykepleien nr 9 og 10/1999 + Bylund, G.S. ”Kjære partner”, utgitt Senter mot Incest i Nord- Trønelag	50
C	1 temadag	?	<i>Merknad: Pensum er ikke oppgitt, men tema belyses også i praksis i psykiatri og geriatri</i>	?
D	2	Ja	Sommerchild & Grøholt, ”Lærebok i barnpsykiatri” + Killen,K. ”Sveket – omsorgssvikt er alles ansvar” <i>Anbefalt; Bylund,GS ”hjelp – pasienten er incestutsatt”: Artikler i tidsk sykepleien nr 9 og 10/1999</i>	15
E	4	Ja	Sivertssen, Skulberg & Støren, „redd liv“, kap 12 + Almås,H, ”Klinisk sykepleie”, kap 42	21
F	3-5	Ja	Hydle,I; „Kan voldskriminalitet forebygges?“ kap 7	8
G	½ temadag	Ja	Anne Poulsson: "Seksuelle overgrep mot barn" Sosialdepartementet 1992, kap 1 - 3, <i>anbefalt litteratur; isbeth Bang og Ida Hydle (red): "Mishandling og seksuelle overgrep" Tano 1992</i>	30
H	4	Ja	Seidel,J ”Overgrep mot barn ” kap 8 og 9 <i>Merknad; avsatt tid til å arbeide med tema i PBL</i>	66
I	4	Ja	Almås,H. ”Klinisk sykepleie”	12
J	6	?	<i>Merknad; tema tas også opp i forhold til psykosomatikk, vold, etc.</i>	?
K	0	Nei		0
L	2	Nei		0
M	4	Ja	Tveiten,S. ”Barnesykepleie”	10
N	4	Nei		0
O	0	Ja	Almås,H.”Klinisk sykepleie” kap 42	0
P	0	Nei		0
Q	2	Nei		0
R	0	Ja	Almås,H ”Klinisk sykepleie” kap 42	10
S	1	Nei	<i>Merknad; Tema tas også inn i psykiatri og på temadag om vold og overgrep.</i>	0
T	0	Nei		0
U	0	Nei		0

Resultatet viser at 10 av 21 de skoler som er med i undersøkelsen har eget pensum. Flere av disse skolene vektlegger pensum hvor fokus er barnets situasjon.

Resultatet viser også at 4 av 21 skoler verken har pensum eller undervisning i tema seksuelle overgrep.

VEDLEGG 6

- Behandlingsteknikker sykepleiere kan bruke for å styrke utsattes mestring.

Haldis Leira, en norsk psykolog som har arbeidet mye med barn og traumer, har utviklet en metode for å fremme gyldiggjøring, følelsesmessig bearbeiding og konkrete løsninger av hverdagens problemer. Her presenteres to metoder som heter prinsipper for anerkjennelse og prinsipper for erkjennelse. Da de metodiske grep som presenteres her er like aktuelle for voksne som for barn, tas det med et resymè av de metodene. Metodene er beregnet på gruppeterapi (Leira, 1990 del 1 og del 2).

- Prinsipper for Anerkjennelsesarbeid (holdninger)

- Lederne gir de utsatte seriøs oppmerksomhet, for på denne måten å formidle at den utsatte er verdifull, er verdt å bli hørt på.
- Kartlegge sterke sider hos de utsatte, og bruke disse aktivt der det er mulig.
- Bruk av humor, dette er spenningsreducerende og gir felles opplevelser.
- Vis glede over å være sammen med dem, dette styrker selvtilliten.
- Ta de utsattes forslag på alvor, iverksett dem hvis mulig.
- Aldri bruke negativ påpekning, men positiv redefinering. Et eksempel på dette er Anders som tok oppmerksomheten hele tiden. Lederne sa da : det var godt gjort av han å lytte til andre, han som virkelig fortjente å bli hørt på selv.
- Ikke snakke nedsettende om foreldrene, heller redefinere eller si; dette skulle du vært beskyttet mot å oppleve.

- Prinsipper for Erkjennelsesarbeid (handlinger)

- Møtene vektla åpen kontakt. Deltakerne ble spurt om hvordan de hadde hatt det siden sist. Dette gav dem mulighet til å ta opp det de ønsket. Dette prinsippet kan være en fin måte å starte en samtale med utsatte i en erindringsprosess på, både individuelle samtaler og incestgruppemøter
- Studiebesøk. Utfluktene hadde en sammensveisende funksjon, samtidig som de steder som ble besøkt gav ettertanke; det var flere som hadde samme problemer som gruppe medlemmene. For voksne utsatte kan det være aktuelt å dra på besøk til alt fra kunstsentre til incestsentre.
- Anerkjennelsesøvelse; alle deltakerne skrev ned en positiv ting ved deltakeren ved siden av. Mottakeren leste budskapet, mens hun gav avsenderen blikk-kontakt. Hvis mottakeren var enig sa hun; ”Ja, jeg er enig”.
- Forberedte diskusjoner. Dersom en fanget opp emner som lå i lufta, kunne en forberede å diskutere dette tema neste gang gruppa møttes. Eksempler på slike tema kan være; Hvordan takle det når minner dukker opp? Hvordan kan jeg vite om det jeg husker er riktig? Hvor lenge varer en gjenerindringsprosess? Forholdet til mor og ektefelle kan være andre tema som kan dukke opp i denne fasen.
- En rød tråd gjennom kurset til Leira og hennes kollegaer var konkrete løsninger. For voksne utsatte kan en som sykepleier hjelpe til med konkrete råd knyttet til mange hverdagslige gjøremål fra barneoppdragelse til hjelp ved henvendelse til offentlige etater. Et eksempel fra egen erfaring kan være oppmuntring og støtte til å søke skoleplass, barnehageplass eller kakeoppskrifter til jul. Råd fra andre gruppe medlemmer om alt fra hvilken tannlege til hvilken politi som var ok å snakke med, med mer.
- Pendling mellom trygghet og smertefull erkjennelse. Det var viktig at det var mulighet for deltakerne å dele smertefulle erkjennelser, samtidig som en pendlet tilbake til trygge temaer.
- Gruppedeltakerne ble oppfordret til å fortelle episoder som de nødvendigvis ikke hadde opplevd selv. Dette lettet erkjennelsesarbeidet fordi tema var gjenkjennbart, uten at det ble for nært.
- Dersom gruppedeltakerne var i tvil om de skulle fortelle noe, ble de oppfordret til å la være.

Sykepleie til utsatte korttidspasienter ved psykiatriske institusjoner - Womens safety in recovery

For å vise hvordan sykepleiere kan samtale om seksuelle overgrep og styrke utsattes identitet og relasjoner presenterer jeg et terapiprogram, som er utarbeidet for utsatte kvinner som er innlagt ved psykiatrisk sykehus for korttidsopphold. Ofte kan samtaler med utsatte handle om makt og kontroll, og programmet jeg skal presentere fokuserer i stor grad på hvordan den utsatte kan få mer kontroll og innflytelse over sitt liv.

Programmet; ”Woman`s safety in recovery”, går over tre uker eller tre moduler. Deltakerne kan begynne og slutte på hvilket som helst tidspunkt. For å delta må den utsatte ha minst *et* bevisst minne om uønsket seksuell erfaring.

Modul 1 heter kontroll med kroppen. Her lærer deltakerne om vanlige fysiske og psykiske virkninger etter overgrep, de identifiserer egne virkninger og lager en plan for hvordan de kan arbeide med disse virkningene.

Modul 2 heter kontroll med omgivelsene. Her lærer deltakerne hvordan overgrepet kan påvirke deres bedømming av omgivelsene, og de lærer hvordan de kan gjøre egne omgivelser tryggere bl.a. hvordan de kan etablere trygge nettverk.

Modul 3 heter kontroll med følelser. Målet er her å lære på hvilken måte overgrepet påvirker nåværende emosjonelle erfaringer. Deltakerne identifiserer egne emosjonelle vansker og lager plan for hvordan de kan møte disse på en trygg måte.

Kilde og mer informasjon om dette programmet; Talbot, Houghtalen, Cyrulik, Betz, Barkun, Duberstein & Wynne, 1998., og Talbot, Houghtalen, Duberstein, Cox, Giles & Wynne, 1999.

Behandlingsteknikker i møte med utsatte i individuell terapi

Dette avsnittet presenterer arbeidet til Pearson, 1994, som er et review av 13 artikler som tar for seg behandlingsteknikker av utsatte i individuell terapi. Pearson fant frem til 11 kategorier av behandlingsteknikker.

- Teknikker for å bygge opp et terapeutisk forhold. Terapeuten skal støtte og bekrefte den utsattes betroelser, og hjelpe henne med å få innsikt i selv-avsløringer. Det er viktig at terapeuten aksepterer at virkeligheten er slik den utsatte fremstiller den, og at den utsatte selv får bestemme hva som bør skje med dem selv og deres familier. Når terapeuten er tydelig og en klar grensesetter, vil den utsatte lære at empati fra terapeuten ikke alltid betyr at terapeuten er enig .
- Still direkte spørsmål om seksuelt misbruk ved mistanke.
- Familieteknikker; Disse benyttes i en rekonstruksjon. Den utsatte oppfordres til å snakke med familiemedlemmer for å få klarhet i uklare minner, og hvilke familiedynamikker som den utsatte har opplevd gjennom oppveksten. Den utsatte kan også ha hjelp av å hente fram gamle bilder.
- Skriveteknikker; For å hjelpe den utsatte med å hente fram følelser bes den utsatte om å skrive brev til overgriper, foreldre eller andre relevante personer.
- Rollespill; Bruk av rollespill eller bruk av å snakke til en tom stol er to teknikker som tas med som nyttige i noen situasjoner. Ellers benevnes fellesbetegnelser som gestalt - teknikker og psykodrama som viktige.
- Arbeide med ”det lille barnet” som den utsatte har inni seg. Hente fram de følelser en opplevde som barn.
- Hypnose og ledet illusjonsterapi. (- utføres normalt ikke av sykepleiere!)
- Kognitive- og undervisningsteknikker. Kognitive teknikker handler om å erstatte uhensiktsmessige tanker med mer hensiktsmessige. På denne måten kan en hjelpe den utsatte med å omdefinere det som skjedde.
- Adferdsteknikker; Dette kunne være avslappingsøvelser eller at den utsatte fikk praktiske hjemmelekser.
- Annen ferdighetstrening. Eksempler her er ferdigheter i å ta avgjørelser, kommunikasjonsferdigheter, sosiale ferdigheter, ”foreldre ferdigheter” og kontroll av sinne. Jeg vil ta med et eksempel jeg fant i en av mine kilder her.
- Andre teknikker som berøringsteknikker eller male/tegne teknikker.

Teknikker for å styrke utsattes selvfølelse - S.E.A.

Forkortelsen S.E.A. står for Self-Esteem seekers Anonymously (Heide & Solomon, 1992). Disse teknikkene er utviklet av psykologen Melissa James, og bruker både fornuft, følelser og handlinger for å bygge opp selvbildet til den utsatte. Hensikten med teknikkene er at den utsatte skal kunne bruke disse for å mestre vanskelige situasjoner på egenhånd. Her kommer en presentasjon av de seks teknikkene;

T.E.A.	Handler om å tenke på andre måter for å føle og handle annerledes
A.L.E.R.T.	teknikk til hjelp i situasjoner som vekker angst og stress
A.N.G.E.R.	En teknikk for å ta ut sinne på en god måte
C.H.I.L.D.	En teknikk for å ta vare på det lille barnet (inni oss)
L.E.T.G.O.	En teknikk for å slippe kontrollen – styre andre
R.E.L.A.P.S.E.	Benyttes ved fare for tilbakefall

1. T.E.A. system

Thoughts – Emotions – Actions (Tanker – Følelser – Handlinger)

T.E.A. teknikken må læres før de andre, mens rekkefølgen på de øvrige har ingen betydning. T.E.A. handler om å lære den utsatte at ens tanker påvirker ens følelser, og at ens følelser påvirker ens handlinger. For eksempel så kan tanker som at incest var ens egen feil gi følelser som skyldfølelse og skamfølelse, som kan medføre at sinnet vendes inn mot en selv. Den utsatte føler seg deprimert og verdiløs, noe som igjen vil påvirke andre aspekt ved livet. Teknikken handler om å erstatte uheldige tanker med mer hensiktsmessige.

2. A.L.E.R.T: system

Assess – Lessen – Ease – Relax – Take Action
(Vurdere - Redusere – Bekvemmelig –Slappe av – Utføre handling for å oppnå endring).

A.L.E.R.T. brukes når en kommer i situasjoner som vekker sterk angst eller stress. Situasjonen vurderes, og en bruker T.E.A. teknikken for å redusere følelsene/stresset. Ved å bruke positive styrkende ord til seg selv vil en oppnå en mer bekvemmelig situasjon, og en bør roe ned og slappe av før en gjør noe med situasjonen.

3. A.N.G.E.R. system

Accept – Name – Get it out – Energize – Resume
(Aksepter – Sett ord på – Ta det ut – Kjenn på frigitt energi – Ta tilbake).

A.N.G.E.R. skal hjelpe med å ta ut sinnet på en sunnere måte, da mange sliter med undertrykket sinne, som de vender mot seg selv og blir deprimerte.

- Aksepter at en er sint.
- Sett ord på hvorfor en er sint
- Finn frem til måter som hjelper med å få ut sinnet
- Etterpå kjenn på energien en har når sinnet er kommet ut
- Gå så tilbake til situasjonen som startet prosessen, og hvis du vil kan du ta opp med de personer en er sint på en rolig måte.

4. C.H.I.L.D. system

Calm – Heal – Inform – Love – Direct
(Berolige – Helbrede – Informer – Elsk – Instruer).

C.H.I.L.D. Inni oss har vi et lite barn, som er en del av oss, selv om vi er voksne. Det er denne delen som er spontan, elsker moro og som blir livredd. Når denne delen ikke blir ivaretatt mens en er barn, vil ”dette barnet” vokse opp såret og utrygg. Som voksen må en derfor ta vare på dette barnet.

- Ro ned barnet inni deg når du er deprimert, opplever håpløshet, eller er klar til å gi opp alt.
- Gi barnet inni deg omsorg.
- Lær barnet inni deg hvordan det kan beskytte seg eller møte slike situasjoner.
- Lær å elske dette barnet inni deg – husk det er en viktig del av deg!
- La barnet inni deg få delta i livet ditt, slik at du kan være spontan – sprudlende og glad.

5. L.E.T.G.O. system

Lighten pressure – Exercise rights – Take steps – Give up need – Order her own life.
(Lett på presset – Utøv retten – Ta skritt – Gi opp trangen – Ordne opp eget liv).

L.E.T.G.O. Når den utsatte kjenner på behovet for å kontrollere andre, må hun lette på presset. Bruk nye tanker. Utøv retten til bare å kontrollere deg selv. Ta skritt for å stoppe handlinger for å kontrollere og fikse opp for andre. Sett fokus på egne behov og eget liv og ordne opp her.

6. R.E.L.A.P.S.E. system

Recognize – Escape – Learn – Act – Protect – Support – Evaluate.
(Gjenkjenne – Flykt – Lær – Handle – beskytt – Søke støtte – Evaluer).

R.E.L.A.P.S.E. Viktig å ha motskyts mot tilbakefall, da mange utsatte tror at gjenoppretting av helse skal gå problemfritt.

- Gjenkjenn mønstre som minner om tilbakefall.
- Flykt unna disse tankene ved å erstatte dem med mer positive tanker
- Lær om den prosessen som førte til tilbakefall.
- Handle for å endre denne prosessen.
- beskytt deg selv ved å si til deg selv positive tanker.
- Mobiliser et støttende system som hjelper deg tilbake på rett spor.
- Evaluer kontinuerlig slik at du raskt gjenkjenner ødeleggende mønstre.

VEDLEGG 7

Tabeller som viser områder som er omtalt i oppgaven som begrunner hvorfor sykepleiere skal arbeide for å styrke utsattes identitet og relasjoner

Tabell K - Områder som er omtalt i oppgaven og som viser forhold som styrker og svekker utsattes identitet

Tema	Styrker	Svekker	Selvaktelse	Selvfølelse	Selvkonsistens	Selvbildet
I samsvar med teori fra Finkelhor og Browne (1985) svekkes identiteten (jmfør kapittel 3.2.).						
Maktesløshet		X		X		X
Stigmatisering		X	X			X
Svik		X	X	X		
Traumatisk seksualisering		X			X	X
I samsvar med teori fra Kirkengen (1997) svekkes identiteten (jmfør kapittel 3.3.).						
Sanselige innprentninger		X	X			X
Usikker virkelighetsoppfatning		X			X	X
Uegnede tilpassningsreaksjoner		X		X		X
Reaktiverte erfaringer		X		X		X
Anstrengte relasjoner		X	X			X
Ikke-hørte budskap		X		X		X
Gjenkjente minner		X			X	X
Å være syk og å ha et sosialt problem kan svekke identiteten (jmfør tabell 1 i kapittel 3.1.)						
Psykiske lidelser		X	X	X	X	X
Gynekologiske lidelser		X	(X)	X		X
Somatisk sykdom		X	(X)	X		X
Relasjonsvansker		X	X			X
Sosiale problemer		X	X	X		
Når en styrker en persons mestringsressuser, så styrker en også personens identitet (jmfør kapittel 2.1.)						
Helse og energi	X		X	X	X	X
Positivt selvbegrep som karaktertrekk	X		X	X		X
Problemløsningsevne	X		X	X		X
Sosial kompetanse	X		X	X	X	X
Andre forhold som påvirker identiteten som er tatt opp i oppgavens kapitler 5,6 og 7						
Hukommelsessvikt og dissosiasjon		X	X	X	X	X
Skyldfølelse		X	X	X		X
Motstandsdyktighet	X		X	X		X
Sosial støtte	X		X	X		X
Driv for å oppnå makt	X		X	X		X

Tabell L – Områder som er omtalt i oppgaven som viser forhold som kan styrke eller svekke utsattes relasjoner.

Tema	Styrker	Svekker	Relasjon til seg selv	Relasjon til nettverket	Relasjon til samfunnet
Historien om jente A (kap 2.0.)	X		X	X	
Historien om jente B (kap 2.0.)		X	X	X	
Sosial støtte (kap 2.1.2.)	X		X	X	X
Rettsikkerheten i dag (2.1.2.)		X	X	X	X
De vanskelige relasjonene (6.2.)		X	X	X	X
Relasjonsvansker (3.1.)		X	X	X	X
Anstrengte relasjoner (3.3.4)		X	X	X	
Ikke hørte budskap (3.3.6.)		X	X		X
Traumatisk seksualisering (3.2.1.)		X	X	X	X
Svik (3.3.2.)		X	X	X	X
Maktesløshet (3.2.4.)		X	X	X	X
Stigmatisering (3.2.3.)		X	X	X	X
Psykkiske lidelser (3.1.)		X	X	X	X
Somatiske lidelser (3.1.)		X	X	X	X
Sosiale problemer (3.1.)		X	X	X	X
Gjenerindringer av seksuelt misbruk (5.1.)		X	X	X	X
Motstandsdyktige utsatte (6.1.)	X		X	X	X

VEDLEGG 8

Den nyutdannede sykepleiers handlingskompetanse

Helsepersonellovgivningen legger til grunn at enhver helsearbeider utøver yrket på en faglig forsvarlig måte og er bevisst sin egen kompetanse. Oppgavene man utfører som sykepleier, forutsetter anvendelse av kunnskaper fra naturvitenskapelige, samfunnsvitenskapelige, medisinske og sykepleiefaglige emner, samt evne til samarbeid og kommunikasjon.

Helsefremmende og forebyggende oppgaver

Sykepleierens sentrale funksjon i det forebyggende helsearbeidet er å forhindre at komplikasjoner eller nye helseproblemer oppstår. Sykepleieren har en viktig oppgave i å støtte opp om helsefremmende prosesser hos pasientene, og å kunne bruke sin kunnskap i tverrfaglig samarbeid om helsefremmende og forebyggende arbeid. Oppgaver i forhold til friske mennesker vil også være viktig, blant annet oppgaver knyttet til smittespredning og iverksetting av nødvendige hygieniske tiltak.

Behandling

Sykepleierens medansvar for behandling innebærer å understøtte livsprosesser som fører til helbredelse. Sykepleieren har et selvstendig ansvar som omfatter iverksetting og oppfølging av forordnet behandling og informasjon, herunder observasjon, vurdering og rapportering av effekten. Utdeling av legemidler utføres av sykepleieren etter medisinsk ordinasjon.

Sykepleieren har et selvstendig ansvar for å håndtere legemidlene forskriftsmessig, og på bakgrunn av kunnskaper i farmakologi observere og rapportere virkninger og bivirkninger til lege. Sykepleieren skal kunne betjene det mest vanlige medisinske utstyret og har medansvar for å kvalitetssikre dette utstyret for anvendelse.

Pasientens opplevelse av situasjonen og miljøet rundt behandlingsopplegget har betydning for sykdomsforløpet. En sentral del av sykepleien er å tilrettelegge et miljø preget av hygiene, estetikk og ro.

Lindrende oppgaver

Smerte, resignasjon og sorg forekommer ofte ved sykdom, lidelse og død. På grunnlag av faglige observasjoner og vurderinger iverksetter sykepleieren tiltak basert på informert samtykke som skal redusere smerter og ubehag hos pasienten. En stor og viktig gruppe er pasienter som anses som medisinsk ferdigbehandlet. Dette kan være mennesker med store lidelser som i mange tilfeller har behov for sykepleie for å kunne mestre hverdagen.

Lindrende oppgaver omfatter også psykososiale tiltak som kan bidra til å bedre pasientens og pårørendes opplevelse av situasjonen.

Rehabiliterende og habiliterende oppgaver

Denne oppgaven retter seg mot mennesker hvor sykdom eller skade har ført til behov for ny kunnskap og/eller oppøving av ferdigheter for å mestre en ny livssituasjon. Sykepleieren arbeider med å dyktiggjøre pasienten til å dekke grunnleggende behov samt å kunne mestre dagliglivet. Sykepleieren møter pasienten tidlig i sykdomsforløpet, noe som kan bidra til at rehabiliterings- og/eller habiliteringsarbeidet kan komme raskt i gang. Samarbeid og kommunikasjon med andre yrkesgrupper og pårørende er en forutsetning i arbeidet.

Sykepleieren søker å motivere pasienten til egeninnsats gjennom ulike aktiviteter og følger samtidig opp tiltak foreslått av andre faggrupper.

Undervisning og veiledning til pasienter og pårørende

Sykepleieren har som oppgave å undervise og veilede pasienter og pårørende innen sitt fagområde. Undervisningen og veiledningen skal baseres på de problemer og behov som oppstår i forbindelse med sykdom og lidelse, men kan også være knyttet til forebyggende arbeid, eksempelvis gjennom helseopplysning.

Administrative oppgaver

Den nyutdannede sykepleieren skal kunne ivareta administrative oppgaver ved å administrere eget arbeid og lede sykepleien til en mindre gruppe pasienter. Handlingskompetansen innebærer også ledelse overfor mindre grupper av medarbeidere og studenter som er direkte involvert i sykepleieutøvelsen.

Fagutviklende oppgaver

I helsetjenesten må sykepleieren ta del i virksomhetens kvalitetsutvikling av tjenestene. Sykepleieren har plikt til å holde seg faglig à jour. Den kliniske sykepleieutøvelsen skal kunne dokumenteres, evalueres og formidles og utøves i samsvar med krav i lover og forskrifter.

(Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning av 7 januar 2000, side 19 – 21)

Kompetansen til sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid:

Kandidaten skal etter endt studium ha:

- kunnskap om menneskets utvikling, forståelse for menneskelig mangfold og risiko for utvikling av psykiske lidelser.
- kunnskap om ulike perspektiver på psykiske lidelser og kunne forholde seg analytisk til sammenhengene mellom ulike årsaksforklaringer og behandlingsmodeller
- evne til å sette seg inn i opplevelser og konsekvenser av psykiske lidelser
- kompetanse i å etablere relasjoner med og gi omsorg til mennesker som har psykiske lidelser og deres pårørende, med utgangspunkt i deres ressurser, ønsker og behov.
- erkjent og utviklet sin personlige kompetanse; kreativitet og mot
- utviklet forståelse for behovet for sammenhengende og helhetlige tilbud
- kunnskap om, anerkjenne og kunne gjøre seg bruk av andre faggruppers kompetanse i et forpliktende samarbeid og utvikle evne til kommunikasjon og samhandling på tvers av faggrupper og nivåer.
- evne til kritisk og etisk refleksjon i psykisk helsearbeid
- evne til å systematisere og formidle erfaringsbasert kunnskap.
- kunnskap om og evne til å anvende eget fags særegne bidrag i psykisk helsearbeid
- utviklet seg faglig og personlig, og styrket evnen til videre utvikling

Rammeplan og forskrift for videreutdanning i psykisk helsearbeid av 27 mai 1997.

20 vekttall. Fastsatt av Kirke,- utdannings- og forskningsdepartementet