

Seksuelle overgrep

*En studie av voksne som har vært utsatte
for seksuelle overgrep som barn*

Hedda Finstad



Masteroppgave ved Pedagogisk forskningsinstitutt
Det utdanningsvitenskapelige fakultetet

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2012

Seksuelle overgrep

En studie av voksne som har vært utsatte for seksuelle overgrep som barn

© Forfatter

2012

Tittel

Hedda Finstad

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Tema for oppgaven og problemstilling

Denne masteroppgaven er basert på intervjuer med fire overgrepsutsatte våren 2012. Alle har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn. Ingen av de utsatte opplevde at overgrepene ble avdekket når de var barn. I studien har jeg valgt å la informantene selv fortelle om hva de mener har hjulpet dem til å bearbeide de traumatiske opplevelsene de har vært utsatt for. Intervjuene starter med deres egne fortellinger om psykisk tilstand for å så gå over til å beskrive hvilke faktorer som har spilt inn i bearbeidingen av deres traumeerfaringer.

Veien fra psykisk uhelse og dårlig fungering til velfungering og helse diskuteres i lys av Aaron Antonovskys salutogene modell.

Følgende problemstilling er formulert: *Hva har hatt størst innvirkning på bearbeidelsen av senvirkninger av seksuelle overgrep?*

Metode og kilder

Studien baserer seg på åpne intervjuer med overgrepsutsatte som er delvis eller i full jobb eller utdanning.

Konklusjon

Konklusjonen, som støttes av den salutogene modellens tanke om utvikling fra uhelse til helse, er at individet som skal påbegynne en bearbeiding må få og selv ta ansvar for egen utvikling, oppleve felleskap, møte rollemodeller, utfordres i sitt syn på kroppen og sine følelser. Disse faktorene har som premiss at det finnes kunnskap hos fagfolk og andre som jobber med overgrepsutsatte. Disse faktorene er også funnet i andre studier som viktige for bearbeiding. Min studie viser spesielt at rollemodeller er viktige for å se håp og muligheter.

Forord

Denne oppgaven er skrevet som det avsluttende arbeidet ved masterprogrammet i pedagogisk-psykologisk rådgivning ved Pedagogisk Forskningsinstitutt, UIO. Seksuelle overgrep er et komplekst tema. Å skrive masteroppgave om dette viste seg derfor å bli en noe mer utfordrende prosess enn jeg hadde sett for meg.

Jeg takk for all hjelp jeg fikk av ansatte på Senter mot incest, både tiden dere satte av til å hjelpe meg og engasjementet dere viser for de utsatte.

Tønsberg, 1. desember 2012

Hedda Finstad

Innholdsfortegnelse

Innhold

Seksuelle overgrep	IV
Sammendrag.....	VI
Forord.....	VIII
Innholdsfortegnelse	IX
1 Bakgrunn for oppgaven og problemstilling	1
1.1 Problemstilling.....	2
2 Innledning.....	3
2.1 Omfang	4
2.2 Begrepsavklaring	5
3 Teori - Den salutogene modellen	7
3.1 Innledning.....	7
3.2 Beskrivelse av modellen.....	8
3.3 Oppsummering	11
4 Metode.....	12
4.1 Innledning.....	12
4.2 Metodisk tilnærming.....	12
4.3 Utvalg og rekruttering	13
4.4 Analyse av datamaterialet.....	15
4.4.1 Senvirkninger og bearbeiding av overgrep	16
4.4.2 Resiliens	16
4.5 Reliabilitet og validitet	17
4.5.1 Pålitelighet - reliabilitet.....	18
4.5.2 Gyldighet – validitet.....	19
4.6 Metodekritikk	20
5 Presentasjon av funn.....	23
5.1 Senvirkninger.....	23
5.1.1 Familieforhold.....	24
5.1.2 Intime forhold og seksualitet.....	28
5.1.3 Opplevelsen av seg selv	33

Skyld og skam	33
Selvbilde.....	35
5.1.4 Posttraumatisk-stresslidelse (PTSD).....	37
5.1.5 Dissosiasjon.....	40
5.1.6 Oppsummering og drøftelse av senvirkninger	42
5.2 Resiliens.....	44
5.2.1 Oppsummering og drøfting	49
5.3 Bearbeiding av overgrep.....	50
5.3.1 Innledning.....	50
5.3.2 Ansvar	51
5.3.3 Fellesskap	53
Rollemodeller – forbilder- åpenhet	55
5.3.4 Kroppen og følelser.....	56
5.3.5 Kunnskap.....	59
5.3.6 Oppsummering og drøftelse	61
Fra uhelse til helse?.....	62
6 Sammenfatning og konklusjon.....	65
7 Avslutning	67
Litteraturliste	68

1 Bakgrunn for oppgaven og problemstilling

Som student ved profesjonsstudiet i pedagogisk- psykologisk rådgiving mener jeg at vi som fremtidige rådgivere bør lære mest mulig om de vansker barn kan oppleve og om hvordan fagfolk og foreldre kan støttes i arbeidet med barna og vanskene.

Medias søkelys er nå mer rettet mot seksuelle overgrep og gjennom dette ble jeg gjort oppmerksom på omfanget av seksuelle overgrep i Norge. Det har kommet mer forskning på senvirkninger og en tiltaksplan har også blitt publisert.

Undersøkelser som er gjort på barnevernsstatistikk viser at Pedagogisk – Psykologisk Tjeneste (PPT) og Barne – og ungdoms psykiatrispoliklinikk (BUP) i liten grad er de instansene som melder inn fysisk mishandling og seksuelle overgrep. Selv om disse to er de to store instansene sammen med barnevernet som er for å sette inn tiltak for barn og ungdommer som har det vanskelig. I en undersøkelse gjort av Mossige og Stefansen (2007) finner de at 269 ungdommer faller inn under disse to kategoriene og der PPT sto for 5 % av innmeldte saker og BUP sto for 7 %. Med dette melder PPT og BUP inn få saker til barnevernet. PPTs hyppigste meldingskategorier var funksjonshemming (20 %), atferds avvik (10 %) og psykisk mishandling (9 %). BUP hadde noe mer hyppig innrapportering om seksuelle overgrep, 15 %. Kan dette skyldes at kunnskap om seksuelle overgrep blant PP-rådgivere er mangelfull?

Det er åtte år siden jeg hadde min siste forelesning ved studiet og var fulltidsstudent. Oppgaven ble lagt på is. I disse åtte årene har studiet endret seg og vi kan også se at søkelyset mot seksuelle overgrep har blitt forsterket. Jeg har også endret fokus fra barn og unge, slik det var når jeg gikk som fulltidsstudent ved studiet, til voksne. Fokuset har endret seg på grunn av mitt arbeid som studieveileder ved to ulike høyere utdanningsinstitusjoner i Norge. Mitt fokus har også blitt flyttet fra å fokusere på problemområder som må løses til å fokusere på enkeltes bevisstgjøring av egne resurser for ta seg videre i livet. Jeg ser dette som to ulike utgangspunkt for hvordan man løser en situasjon.

Jeg ønsket å se om det gikk å forene disse to interesseområdene til en studie som oppgaven kunne bygge på. Oppgaven handler derfor om å se på overgrepsutsattes egne fortellinger om

hvilke faktorer som har vært virkningsfulle i deres bearbeiding av overgrepene de ble utsatt for som barn.

1.1 Problemstilling

Problemstilling for oppgaven er som følger:

Hva har hatt størst innvirkning på bearbeidelsen av senvirkninger av seksuelle overgrep?

Jeg har valgt dette temaet fordi jeg ønsker å belyse hva de usatte mener om hva som har fungert for dem for å bearbeide sine senvirkninger og overgrepserfaringer. Mye av fokuset på seksuelle overgrep omhandler barn, men undersøkelser der man prøver å få frem omfang sammenlignet med statistikk om avdekking, viser at mange overgrep ikke blir avdekket. Det gjør at utsatte, hvor overgrepet ikke ble avdekket, lever med følger av overgrepet i mange år og langt inn i voksen alder.

Tidligere undersøkelser setter søkelyset mot den gruppen som ikke har klart seg så godt. Vi finner mange av dem i psykiatrien og i statistikken over uføretrygdede i Norge. Flere studier ved psykiatriske akuttmottak viser at 50-70 % av pasientene har vært utsatt for seksuelle overgrep. Det er høyere forekomst blant institusjonaliserte pasienter enn blant pasienter på psykiatriske poliklinikker (Borchgrevink og Christie, 1991 og Iversen og Øglænd, 2010).

Jeg ønsker å sette fokus på de som har klart seg og har jobbet seg igjennom traumene de ble utsatte for som barn.

2 Innledning

Seksuelle overgrep har de siste tiårene fått økt oppmerksomhet. Vi vet at mange overgrepsutsatte lever med traumeerfaringer og andre senvirkninger fra overgrep når de var barn. Det har vært lite fokus på gutter/menn som offer for overgrep, men forskning indikerer at menns og kvinners opplevelse og skadevirkninger har ulikt utfall (Kvam 2001: 44). Som et ledd av ulike følger er mange utsatte kvinner og menn, arbeidsuføre og/eller har store utfordringer i sin fungering i hverdagen.

Ulike studier viser at jenter er mer utsatte for fysiske overgrep og ved en tidligere alder enn gutter. De er også oftere utsatt for intrafamiliære overgrep (incest). Generelt begår gutter /menn flest overgrep, men når gutter utsettes er det i 60 % av tilfellene jenter/kvinner som er overgriper (Borchgrevink og Christie, 1991: 16, Mossige og Stefansen, 2007).

Det er påvist større risiko for incest hvis foreldrene selv har vært offer. Barnebarn har dermed også større sjanse for å bli misbrukt. Vanskelige familieforhold kan også øke risiken for at barn utsettes for seksuelle overgrep (Mossige og Stefansen, 2007). Men den største risikoen er at barn er barn og at de er tilgjengelige for overgripere (Kvam, 2001: 39-43).

Tema for denne masteroppgaven er å se på hvilke faktorer som har hatt størst innvirkning på overgrepsutsatte i bearbeidingen av traumene sine. Oppgaven er basert på intervjuer med fire overgrepsutsatte våren 2012. Alle har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn. Ingen av de utsatte opplevde at overgrepene ble avdekket da de var barn. Informantene forteller selv om de psykiske problemene de har opplevd som følge av overgrepene de ble utsatt for.

Presentasjon av funn starter med deres egne beskrivelser av egen psykisk helse. Informantene forteller om senvirkninger som skyld og skamfølelser, selvilde, utfordringer knyttet til sosiale relasjoner og diagnosen posttraumatisk- stressyndrom. Videre diskuteres eventuelle resiliente egenskaper som kan ha vært en faktor for motstandsdyktighet og dermed en ressurs i bearbeidingen. Til slutt presenteres de faktorer som de selv mener har vært betydningsfulle i bearbeidingen. Disse faktorene blir sett på i lys av den salutogene modellen. Teorimodellen er valgt ut fra en ide om at informantene har gått fra uhelse til helse gjennom sin bearbeiding.

Oppgaven avsluttes med en oppsummering, konklusjon og en avslutning.

2.1 Omfang

Ved studier av omfang av seksuelle overgrep, har definisjonen som brukes avgjørende betydning for utfallet. Alvorlighetsgraden i de seksuelle handlingene kan variere uten at det nødvendigvis er snakk om samleie. At temaet er svært tabubelagt gjør også det er et usikkerhetsmoment i selve rapporteringen. De ulike studienes definisjon på seksuelle overgrep påvirker også utfallet angående omfang av overgrepsutsatte. Derfor varierer funnene fra 1-2 % til 30 % av befolkningen. (Kvam, 2001: 35, Søftestad, 2005: 40 og Borchgrevink og Christie, 1991: 16). Søftestad (2005: 38) viser til følgende problem når en definisjon på seksuelle overgrep skal benyttes:

“Hvordan kan man finne en definisjon som omfatter: beskrivelser av de konkrete handlingene, betydningen av hvem som er overgriper, variasjon i barnets alder, konteksten overgrepene skjer innenfor, grad av grovhet, hyppighet og variasjon over tid, samt betydningen av øvrige forhold i barnets omgivelser”.

I Skandinavia har debatten om definisjonen dreid seg om krenkelsens fysiske karakter, er overgrepene grove eller alvorlige, eller på den andre siden milde og trivielle. I likhet med den juridiske definisjonen prøver man og "gradere" overgrepene, der den implisitte forestillingen om at skadevirkningene er større ved grovere overgrep og under hvor lang tid overgrepene har funnet sted (Bogen mfl. 2011:6).

Det er vanskelig og bare se på handlingene som kun seksuelle handlinger siden innholdet i overgrepet/ene inneholder mer enn for eksempel hvordan kjønnsorganer blir involvert i handlinger på en bestemt måte (Sætre, Holter og Jebsen, 1986: 19).

Utfordringen når det gjelder definisjonene, er at handlingene og ettervirkningen av handlingene, er så forskjellige fra situasjon til situasjon. Handlingene må skje i en kontekst og være bærer av et seksuelt budskap. For eksempel så kan berøring, klapp, klem og så videre være en del av en naturlig lek med barn i en gitt kontekst, men i en annen kontekst er meningsinnholdet bak handlingen avgjørende – er det en seksuell handling eller er leken igangsatt slik at barnet blir seksualisert? (Sætre, Holter og Jebsen, 1986: 19).

I Sætre, Holter og Jebsens (1986) undersøkelse i Norge svarer 16 % at de har vært utsatt for en eller annen form for seksuelt overgrep før fylte 18 år. Dette samsvarer med resultater fra

andre vestlige land. Mossige og Stefansen (2007) presenterer omfanget i Norge i nyere tid. De legger norsk lov til grunn i definisjonen av overgrep i undersøkelsen og skiller seg derfor ut i forhold til de andre undersøkelsene. De fant at 22 % jenter og 7 % gutter, hadde erfart ulike mindre former for seksuelle overgrep, 15 % jenter hadde opplevd grovere overgrep, 7 % gutter. 9,5 % (~10 %) jenter rapporterte voldtekt eller forsøk til voldtekt. De fant også at én prosent av utvalget har vært offer for seksuelle krenkelser av et nært familiemedlem. Denne lave rapporteringen på incestuøse forhold er sammenfallende med andre studier gjort av Jones, Finkelhor & Halter (2006), skriver Mossige og Stefansen (2007: 115). De har en tro på at oppmerksomheten rundt seksuelle overgrep i media og i offentligheten har hatt en viss effekt på omfanget av overgrep. De tror ikke at terskelen for å rapportere seksuelle krenkelser har blitt høyere, tvert om.

Amundsen (2010) kvantitative studie gjennomført i desember 2008 og januar 2009 blant kvinnelig innsatte i tre norske kvinnefengsel viser at hele fire av ti har vært utsatte for seksuelle overgrep som barn og seks av ti har opplevd overgrep som voksne. Dette viser at det er en større representativitet av seksuelle overgrep blant kvinner som er dømt for soning, enn for de som ikke er det.

2.2 Begrepsavklaring

Incestbegrepet beskriver forholdet mellom overgriper og offer. Dette begrepet har vært knyttet til blodskam, og det vil si et seksuelt forhold mellom søsken eller mellom foreldre og barn. I og med at samlivsmønsteret har utviklet seg i Norge, og familier ikke lever sammen i like stor grad som tidligere, gjør at incestbegrepet må utvides. I dag omfatter begrepet incest også stefar, stemor, fostermor, fosterfar, alle som har en omsorgsmyndighet over barnet (Borchgrevink og Christie, 1991:14-15). I rekrutteringen av informanter har jeg ikke skilt mellom de som er utsatt for incest og/eller seksuelle overgrep.

I studien har jeg ikke definert seksuelle overgrep. Jeg overlot dette til informantene å definere om de var utsatt. I rekrutteringen av informanter var det altså de selv som definerte om de kom inn under utvalget jeg ønsket å snakke med. Det viste seg at alle informantene var utsatt for

fysiske overgrep av ulike karakter. Definisjonen på seksuelle overgrep i denne studien er altså å være utsatt for fysiske seksuelle overgrep.

Jeg har brukt begrepet psykisk helse som utgangspunkt for å få frem hvordan informantene opplevde seg selv etter at overgrepene sluttet. Det er informantenes beskrivelser av sine senvirkninger som setter ord på den psykiske helsetilstanden de var i. Jeg definerer psykisk helse i denne oppgaven gjennom utvalget av informanter. Der jeg søkte etter personer som i dag var i delvis eller full jobb eller utdanning. Jeg mente at dette vil gi et bilde på at informantene hadde velfungerende psykisk helse og ikke inngikk i statistikken over uføretrygde eller i statistikk fra psykiatrien. Jeg har ikke gått inn på definisjon av dårlig psykisk helse mer enn informantenes fortellinger om hvordan de opplevde seg selv før bearbeidning.

Antonovskys (2012) definisjon på psykisk helse defineres gjennom en plassering på et kontinuum mellom uhelse og helse. Helse beskrives som en hensiktsmessig måte å håndtere stress og livsbegivenheter som en person utsettes for gjennom livet. Uhelse beskrives som det motsatte, altså at man har en uhensiktig måte å håndtere stress og livsbegivenheter på. Han diskuterer plasseringen på kontinuumet gjennom sin salutogene modell, om opplevelse av sammenheng.

3 Teori - Den salutogene modellen

3.1 Innledning

Antonovsky (2012: 105) har gjennom sitt arbeid utarbeidet begrepet "opplevelse av sammenheng", forkortet OAS (SOC (sense of coherence)). Opplevelse av sammenheng er en del av den salutogene modellen som er Antonovskys livsverk. Han prøvde å finne en teoretisk forklaring på sammenhengen mellom helse og generelle motstandsressurser som sosial støtte og en sterk jeg- identitet. Han ønsket å finne en enkel regel for definisjon av generelle motstandsressurser.

Utgangspunktet for Antonovskys modell var hans møte med overlevede fra konsentrasjonsleir under andre verdenskrig, der noen individer så ut til å klare seg bedre enn andre. Han ble interessert i å finne ut hvorfor disse individene skilte seg ut. Utgangspunktet for individet som ikke klarte seg så godt var at de hadde mange problemer med sin helse. I et patogent perspektiv er det ønskelig å finne årsakene til en diagnose. Du har et problem og får hjelp med det problemet uten at det sees på helheten som er bakenforliggende for problemet.

Antonovsky viser heller til at årsakssammenhenger og hele personens historie gir en mer helhetlig bilde for å kunne stille en fullkommen diagnose, enn å bare se på de medisinske årsakene før man stiller en diagnose.

Stressfaktorer (som i sykdom) er i beste fall risikofaktorer man kan begrense, ta forhåndsregler mot eller dempe gjennom buffere. Å påstå at stressfaktorer alltid er uheldige er tvilsomt. En salutogen tankegang åpner opp for undersøkelse hva som skjer når organismen utsettes for belastninger som det ikke finnes noen umiddelbare tilgjengelig eller automatisk adaptiv respons på. På den måten kan det være et teoretisk grunnlag for å predikere et positivt helsemessig utfall. Antonovsky (2012: 33) skriver:

"Når man undersøker en organismes effektive tilpasning, ... kan man... trekke inn fantasi, kjærlighet, lek, mening, vilje og bakenforliggende sosiale strukturer. Eller for å si det med mine egne ord: teorier om mestring".

Hans arbeid handler altså om hans utforming og fremmelse av en teori om mestring. Hans svar på den salutogen tankegangen er utviklingen av opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012: 37).

Jeg vil nå presentere teorien om den salutogene modellen. Modellen gir et større bilde av tanker rundt motstandsdyktighet. Det er en modell om mestringsstrategier, men som ut speiler seg på en annen måte enn resilienstankegang. Den sier noe om hvordan en person takler sin livsverden, kanskje modellen også åpner opp for predikasjon av utfall?

3.2 Beskrivelse av modellen

Antonovsky ser menneskets på et kontinuum mellom helse og uhelse og det er opplevelse av sammenheng som er avgjørende for en persons plassering på dette kontinuumet. Plasseringen har igjen noe å si for hvordan personen vil takle uforutsigbare hendelser og situasjoner. Er opplevelsen av sammenheng stor vil plasseringen på kontinuumet være tett opp til helse og omvendt.

For å måle hvor man ligger på kontinuumet har han utviklet et spørreskjema som behandler de tre kjerne komponentene i opplevelse av sammenheng: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Med sterk opplevelse av sammenheng skårer personen høyt på disse tre komponentene.

"Begripelighet handler om i hvilken grad man opplever at stimuli man utsettes for i det indre eller ytre miljø, er kognitivt forståelige, som velordnet, sammenhengende, strukturert og klar informasjon i stedet for støy- kaotisk, uorganisert, tilfeldig, uventet, uforståelig" (Antonovsky, 2012: 39-40)

Skårer du høyt på begripelighet i spørreskjemaet vil du som person sannsynlig forvente at stimuli, stress og livsbegivenhetene som kommer oppfattes som forutsigbare. Kommer de overraskende og plutselig, vil du kunne plassere de i en sammenheng og forklare de. Du vil kjenne at du klarer å håndtere de utfordringene som kommer. De personene som skårer svakt oppfatter livsbegivenhetene som noe de blir utsatt for, at de alltid er like uhellsvangre og slik vil det alltid være.

Skårer du høyt på håndterbarhet vil du føle at du har tilstrekkelig med ressurser til rådighet for å takle de kravene stimuliene, stressen og livsbegivenhetene du utsettes for har. Ressursene du har til rådighet kan være de du selv har kontroll over eller ressurser som kontrolleres av en annen du føler du stoler på og har tillit til. Med en sterk opplevelse av håndterbarhet føler man seg ikke som et offer for omstendighetene eller at livet har behandlet deg urettferdig (Antonovsky, 2012: 40).

Antonovsky (2012: 41) skriver:

"Meningsfullhet understreker betydningen av å være involvert både som deltager i prosessene som former ens egen skjebne, og i sine egne daglige erfaringer. Dette er et motivasjonselement".

Personer som skårer høyt på meningsfullhet har livsområder de er involvert i og som gir mening kognitivt og følelsesmessig. Personer som skårer lavt derimot ser bare belastninger og krav i de livsområdene som er viktige.

Det mest sentrale ser ut til å være motivasjonskomponenten som ligger i opplevelsen av mening. Det er medbestemmelse som danner grunnlaget for komponenten meningsfullhet. Medbestemmelse er avgjørende for å stille seg positiv til oppgavene man stilles ovenfor, at man har betydelig grad av ansvar for utførelsen, og at det man gjør eller ikke gjør har noe å si for utfallet av opplevelsen. Uten denne faktoren vil man antakelig bare midlertidig skåre høyt på begripelighet og håndterbarhet (Antonovsky, 2012: 44).

Begripelighet ser ut til å være nest viktigst, ettersom høy håndterbarhet forutsetter forståelse. Erfaringer preget av indre sammenheng utgjør grunnlaget for komponenten. Håndterbarhet har også betydning. Hvis man mener at man ikke har ressurser til rådighet vil dette svekke opplevelsen av mening og viljen til å mestre situasjonen. Grunnlaget for komponenten dannes med hensiktsmessig belastningsbalanse. God mestring avhenger altså av opplevelse av sammenheng samlet sett (Antonovsky, 2012: 44).

Personer som skårer høyt på opplevelse av sammenheng, skårer altså høyt på alle tre begrepene. Det vil si at når en person opplever vanskelige ting er hun /han villig til å ta utfordringen, er fast bestemt til å finne mening i den, og gjør sitt beste for å komme seg gjennom den på en anstendig måte. Det finnes selvfølgelig noen unntak (se tabell 1 s. 43, Antonovsky, 2012). Antonovsky viser at det er høy korrelasjon mellom begrepene, men ikke

avgjørende. Noen av sammenhengene er viktigere og sterkere enn andre. Antonovsky antar en generell motstandsressurs hos personer nødvendigvis inneholder alle tre typene av erfaringer som ligger i begrepene.

Grensebegrepet innebærer at en person ikke trenger at alt i livet er gjennomgående begripelig, håndterbart og meningsfullt for å ha en sterk opplevelse av sammenheng. Men det må finnes områder i livet som er viktige for personen og disse områdene må personen oppleve som begripelige, håndterbare og meningsfulle. Antonovsky trekker frem fire områder hvis man skal ha en sterk opplevelse av sammenheng. De er: personens indre følelser, nære mellommenneskelige relasjoner, primære rolleaktivitet og eksistensielle tema. Hvis en person benekter at disse er viktige vil personen per definisjon skåre lavt på mening. På den andre siden hvis en person mener disse er viktige gjenstår det å se hvor meningsfullt personen synes disse å være (Antonovsky, 2012: 45).

Ressurser og stress

Motstandsressurser skaper per definisjon livsopplevelser preget av indre sammenheng, medbestemmelse og en balanse mellom underbelastning og overbelastning. De skaper eller styrker en sterk opplevelse av sammenheng. Dette gjelder også stressfaktorer. En stressfaktor er en livsopplevelse preget av manglende sammenheng, under og overbelastning og utestenging fra deltagelse i beslutningstaking.

Antonovsky trekker frem tre typer av stressfaktorer: kroniske, vesentlige og akutte og dagligdagse irritasjonsmomenter. Kroniske ressurser og kroniske stressfaktorer er bygget inn i personens livssituasjon. De er disse som primært bestemmer hvilke opplevelser av sammenheng nivå man befinner seg på.

Stressfaktorer som inngår i vesentlige livsbegivenheter kan være død i nær familie, oppsigelse, familieforøkelse, skilsmisse og pensjonering. Det er ikke begivenheten i seg selv som er den største stressfaktoren, men følgene av den. Det personens opplevelse av sammenheng som opplever disse følgene av stresshendelser og som bestemmer om utfallet blir skadelig, nøytralt eller helsebringende for individet. Dagligdagse irritasjonsmomenter mener Antonovsky ikke påvirker opplevelse av sammenheng eller helse tilstanden (Antonovsky, 2012: 50-51).

3.3 Oppsummering

Det salutogene modellen er en teorimodell som tar for seg mestring av en persons livsverden, oppsummert hvordan vi håndterer stressfaktorer som er og kommer i livene våre. Personen befinner seg på et kontinuum mellom helse og uhelse og der opplevelse av sammenheng-nivået bestemmer plasseringen på dette kontinuumet. Dannelse av opplevelse av sammenheng skjer gjennom våre erfaringer fra spedbarns alder, hvor vi er født, kjønn, familiefungering, regler, samfunnsregler og så videre. "Tilpassede" erfaringer vi danner oss, kan gi oss motstandsressurser (stekt opplevelse av sammenheng-helse, mot svakt opplevelse av sammenheng -uhelse), disse blir satt på prøve når vi blir utsatt for stressfaktorer. Både motstandsressursene og behandlingen /opplevelsene av stressfaktorene bestemmer opplevelse av sammenheng - nivået. Med en sterk opplevelse av sammenheng - nivå vil opplevelse av sammenheng være stor som i sin tur skaper mestring av stressfaktorer og omvendt. Plasseringen på kontinuumet vil dermed kunne predikere hvordan individet vil håndterer en stress situasjon.

4 Metode

4.1 Innledning

I denne studien har jeg benyttet meg av kvalitativ forskningsmetode, herunder ustrukturerte intervjuer. Jeg var interessert i å se på faktorer som hadde påvirket informantene. Faktorene kunne være av privat art og jeg kunne ikke på forhånd vite om informantene hadde lignende opplevelser eller om de mente at faktorene som hadde bidratt i bearbeidingen hadde samme karakter. Ved dette valget av metode vil jeg kunne fange opp enkelt individenes tanker og helheten som har vært i betydning for deres bearbeidelse av overgrepene de ble utsatt for som barn. Repstad (1993) viser til at det kvalitative intervjuet gir forskeren mulighet til å gå mer i dybden hos den enkelte, enn å beskrive bredden og forholdene menneskene lever under. Det er informantenes fortellinger om seg selv og sine liv som er mitt datamateriale. De forteller sine livshistorier, det er episoder av deres liv i et tidsrom fra de er barn til de er voksne og fra uten bearbeidning av traumene til bearbeidingen gjennom traumene.

4.2 Metodisk tilnærming

Åpne eller ustrukturerte intervjuer gir muligheten til fleksibilitet og lar informanten føre ordet. Halvorsen (2008: 137) viser til at metoden er relevant når forskeren er interessert i fenomener som allerede har skjedd, som er av privat karakter, eller som forskeren av andre grunner ikke har mulighet til å observere selv. Denne formen for intervju kan også være nyttig i begynnelsen av et prosjekt når forskeren ikke vet hva slags spørsmål som skal stilles. Forskeren får også mulighetene til å se på fortellingene fra ulike synsvinkler og dermed oppnå en mer helhetlig forståelse.

Kvale og Brinkmann (2009) viser til at denne formen for datainnsamling krever høyt ferdighetsnivå. Intervjueren må kunne mye om temaet og eksaktheten i de kvalitative målingene ligger i presisjonen av beskrivelsene og meningsfortolkningene som gjøres.

Min rolle skulle være lyttende, stille oppklarende spørsmål og hjelpe intervjupersonen til å fortelle videre. Til sist ville jeg at de understreket de elementene som stakk ut som hjelp i bearbeidingen de hadde vært igjennom. Jeg ville at de selv tenkte på sine egenskaper som de trodde hadde hjulpet dem i bearbeidingen og med så lite påvirkning fra meg som mulig (Kvale og Brinkmann, 2009: 163-165). Jeg bestemte derfor at de skulle få fortelle relativt fritt, så lenge vi var innenfor noen temaer som jeg hadde sett ut på forhånd. Hvordan informantene valgte å fortelle sine historier, vektlegging, rekkefølgen og form ble overlatt til dem. Formen på intervjuene ligger derfor innenfor åpne intervjuer, men med noe innslag av semistrukturert intervju (Kvale og Brinkmann, 2009: 47). Formen krever at informantene er villige til å fortelle, men jeg håpet at min vinkling på hva jeg ønsket å belyse ville gi et ønske om å dele sine historier. Min egen erfaring som studieveileder og min utdanning, mener jeg også ville hjelpe meg i denne formen for metodevalg. Metoden har en del utfordringer som jeg vil diskutere i et eget kapittel.

Jeg valgte å ikke benytte meg av lydopptak. Begrunnelsen var at jeg det kan skape stress i intervjusituasjonen, og jeg valgte derfor heller å notere ned det som ble sagt fortløpende.

Studien ble også innrapportert til NSD (Norsk statistisk data analyse) som gav tillatelse til at studien ble gjennomført på betingelse av at studien var anonym, og basert på informert og frivillig samtykke.

4.3 Utvalg og rekruttering

Utvalget av intervjupersoner viste seg å være en utfordring. Jeg søkte etter voksne som ikke hadde fått avdekket overgrepene som barn, og som i dag hadde kommet seg igjennom bearbeidingen av traumene og som var helt eller delvis i jobb eller utdanning. For å finne informanter innenfor dette utvalget kontaktet jeg ulike hjelpesentre og det første senteret som svarte ja, tok jeg videre kontakt med. Jeg fikk lov til å henge opp lapp på senterets informasjonstavle forsommeren 2012 og to av de som jobbet der skulle også kontakte "gamle brukere av senteret". Jeg søkte etter fire-seks personer for intervju. I oppslaget var det presisert om anonymitet, at jeg ikke ville benytte meg av lydopptak, men skrive notater under intervjuet, litt om hvem jeg var og hva intervjuet skulle brukes til. Jeg inngikk avtale med

senteret at jeg fikk låne et arbeidsrom for å avholde intervjuene hvis det var behov for det. Jeg ønsket at omgivelsene måtte være så trygge som mulig for intervjupersonene slik at de følte seg avslappet når de skulle fortelle sin historie.

De fem første som meldte seg fikk delta i studien. I ettertid var det en av dem som meldte avbud, noe som gjorde at jeg satt igjen med fire informanter. Utvalget ble derfor fire intervjuer med utsatte som i dag i helt eller delvis er i full jobb eller utdanning og har kommet langt i sin bearbeidelse av overgrepene. Begge kjønn var representert og de var i alderen 25-60 år.

Gjennomføringen av alle intervjuene ble gjort på senteret og på det tidspunktet som passet informantene best. Mitt inntrykk var at dette skapte mest trygghet for informantene siden de var i kjente omgivelser.

Alle informantene fikk først i intervjuet en gjennomgang av hvem jeg var, litt om min bakgrunn, hva intervjuene skulle brukes til og hvor jeg ønsket at fokuset i intervjuet skulle være (de overordnede temaene). Jeg fortalte også om hvordan jeg ville behandle anonymitetsspørsmålet og at de når som helst under intervjuet eller senere kunne trekke seg fra studien. Alle skrev under på informertsamtykke før vi begynte. En informant kunne gjerne stå frem med navn og historie. Jeg har valgt å gjøre denne informanten like anonym som de andre slik at alle blir omtalt likt i oppgaven.

Min veileder og jeg har også hatt en samtale om intervjusituasjonen slik at jeg kunne være observant på stemninger og svar som kunne være vanskelige. Slik kunne jeg også være forberedt på mine eventuelle reaksjoner på deres fortellinger. Intervjuenes innhold er ikke «vanlige» fortellinger og historier fra barndommen, men vil inneholde vanskelige forhold som jeg personlig tidligere ikke har vært borte i.

Det var viktig for meg at intervjusituasjonen ble en grei og positiv opplevelse for intervjupersonene og for meg. Jeg mener at jeg fikk det bekreftet gjennom åpenheten intervjupersonene viste meg gjennom tårer og klemmer etter intervjuene. Noen av informantene gledet seg også over å se resultatet, siden vinklingen på min oppgave er noe de ikke har sett eller lest før.

Mine egne refleksjoner rundt opplevelsen av å intervju innenfor et tema av denne sensitive arten har gitt meg mer innsikt i hvor viktig det er å være godt forberedt mentalt og kunnskapsmessig. Å gjennomføre gode intervjuer er en kunstform som man må trenes i.

4.4 Analyse av datamaterialet

Kvale og Brinkmann (2009: 176) viser til analysen ligger i et område mellom fortellingen som blir fortalt og den fortellingen forskeren klarer å formidle. Validiteten er avhengig av om forskeren klarer å overføre det informantene fortalte i en slik form at det er mulig å analysere.

I analysen deler man opp fortellingene i mindre deler og fragmenter noe som kan ødelegge helheten i fortellingen slik den opprinnelig ble fortalt. Kvale og Brinkmann (2009: 201) mener derfor at analysen ikke må få for stor del av prosjektet og at: ” En fortellende tilnærming til intervjuforskningen er med på å skape en enhetlig ramme rundt den opprinnelige intervjusituasjonen, analysen og den endelige rapporten” . De skriver også om å være vennlig, følsom, åpen, styrende, klar, kritisk, tolkende og erindrende. Ved å inneha disse kvalifikasjonene vil man kunne produsere rikholdig kunnskap og at man etisk sett skaper en positiv situasjon for intervjupersonene (Kvale og Brinkmann 2009: 178).

Jeg begynte analysen like etter at jeg hadde skrevet ut mine notater fra intervjuene. Jeg begynte med en rask gjennomlesing av alt materiale for å danne meg et oversiktsbilde. Ut fra dette bildet valgte jeg å klassifisere informantenes uttalelser under tre hovedkategorier, senvirkninger av overgrepene (psykiske tilstand), egenskaper de selv mener de har (resiliens), og hva de mener har hjulpet i bearbeidingen av overgrepene. Dette følger noe av de hovedtemaene jeg hadde sett ut på forhånd. Halvorsen (2008: 211) viser til helhetsanalyse eller helhetsforståelse, der man først danner seg et allment inntrykk, og deretter velger ut sitater som illustrerer hovedinntrykkene.

4.4.1 Senvirkninger og bearbeiding av overgrep

Noen av informantene vektla både senvirkningene de hadde hatt og deres psykiske tilstand. Etter denne organiseringen så jeg etter likheter i informantenes uttalelser. Analysen av likhetene i materialet gjorde at jeg kunne kategorisere disse under begreper som er kjent fra tidligere undersøkelser.

Jeg ønsket senere å se om disse kjente kategoriene gikk igjen i deres fortellinger om hva de hadde jobbet med under bearbeidingen.

Under kapittel om bearbeiding av overgrep benyttet jeg meg av samme analysemetode, ved å kategorisere informantenes uttalelser under fem overordnede begreper. Mange av disse er tidligere kjente begreper innenfor bearbeiding av overgrep, men en er mindre kjent.

Kvale og Brinkmann (2009) viser til begrepsstyrt koding der analysen begynner uten koder for å så utvikle koder gjennom lesing av materialet.

4.4.2 Resiliens

Jeg ønsket å legge vekt på resiliente egenskaper siden alle overgrepssituasjoner er ulike og jeg ville se om informantene var bevisste sine resiliente egenskaper og om de hadde brukt disse bevisst gjennom bearbeidelsen av overgrepene.

I intervjuene stilte jeg et åpent spørsmål om hvilke egenskaper de selv mente de hadde som gjorde at de hadde klart seg så godt, hvis de selv ikke kom inn på tematikken. I noen av intervjuene kom det seg naturlig å knytte det til en historie som hadde blitt fortalt. Jeg har koblet deres svar med tidligere forskning på området for å vise at de resiliente egenskapene de besitter, er kjente egenskaper innenfor resiliensforskning. Jeg håper at denne delen av studien gir en indikasjon på at noen kjente egenskaper, kan være en viktig faktor for å komme seg gjennom et traume og at ved å være bevisst på sine ressurser øker selvtilliten for gjennomføring. Det betyr likevel ikke at en person uten disse erfaringene/egenskapene ikke vil lykkes i å bearbeide sine traume erfaringer.

Kvale og Brinkmann (2009: 214) kaller denne typen analyse for meningsfortolkning og beskriver det slik:

"Fortolkeren går utover det som direkte blir sagt, og finner frem meningsstrukturer og betydningsrelasjoner som ikke fremtrer umiddelbart i en tekst....fører fortolkninger til en tekstutvidelse der resultatet er formulert i mange flere ord enn de opprinnelige utsagnene som er fortolket".

Videre tar Kvale og Brinkmann spørsmålet om på hvilket nivå fortolkningen skal finne sted. I denne delen av oppgaven blir analysen, der målet er å komme frem til betydningen av resiliente egenskaper som ikke er eksplisitt for informanten selv, i seg selv resultatet. Jeg vil prøve å se deres fortellinger ut ifra ulike perspektiver, noe som vil gi ulike fortolkninger. Kvale og Brinkmann mener at mangfoldet av de ulike perspektiviske fortolkningene er intervjuforskningens styrke. "Det... vil berike og styrke intervjuforskningen (Kvale og Brinkmann, 2009:220).

4.5 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet eller pålitelighet tar for seg forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. Under hele prosjektes gang er målet å unngå feilkilder. Sikring av troverdighet forutsetter en forståelse av forskningsprosessen som refleksiv, noe som blant annet betyr at forskeren erkjenner og er åpen på personlige verdier og interesser som kan influere hele denne prosessen (Halvorsen, 2008). Reliabilitet er en forutsetning for høy validitet.

Validitet tar for seg om metoden/ene studien bruker, måler det som er tenkt at studien skal måle. Undersøker man det som er ønskelig og er resultatene gyldige? (Kvale og Brinkmann, 2009).

Jeg vil her diskutere denne studiens reliabilitet og validitet.

4.5.1 Pålitelighet - reliabilitet

I min studie har jeg prøvd å holde meg så objektiv som mulig i analysen og ikke stille ledende spørsmål i intervjusituasjonen. Om resultatene kan bli gjenprodusert av en annen vil være avhengig av at de samme informantene forteller det samme igjen. I og med at bakgrunnshistoriene er fra en tid tilbake og hukommelsen rundt hendelser av et slikt sensitivt tema kan det gi huller i hukommelsen ved at man bare husker delvis hendelsene siden resten er blokket ut. Det gjør at gjenprodusering av korrekt bilde kan være vanskelig.

Sannsynligheten for at bildet blir utvidet med mer detaljer etterhvert er stor, og dette kan endre helheten i fortellingene som blir gjengitt. Tolkningen av historiene vil dermed kanskje også endre utfallet ved en gjenprodusering av intervjuene. Likevel mener jeg at resultatene av min studie ikke vil miste sin pålitelighet ved en eventuell utvidelse av bakgrunns materialet. En utvidelse av bakgrunns materialet vil heller gjøre det lettere å se sammenhengene mellom traumeopplevelsene og hvorfor hvilke bearbeidingsprosesser som har vært virkningsfulle.

Målsetningen med studien er å gi et innblikk i de utsattes subjektive opplevelse av bearbeidningen av traumeopplevelsene de har fra sin barndom. Dette gir mer fokus på hendelser og opplevelser i nåtid, og dermed har større mulighet for å gjengis ved flere anledninger. Jeg vil mene at ved en lignende situasjon med de samme informantene vil rapporteringen om faktorer som har vært virkningsfulle i bearbeidningen av overgrepene de ble utsatt for bli mer tydelige og fullstendige ved et andre gangs intervju. Dataene informantene kom med er også høyt relevante for problemstillingen.

På spørsmålet om, er dataene overførbare til andre steder og situasjoner? (Halvorsen, 2008) blir mitt svar: på den ene siden er intervjuene subjektive, med subjektiv bakgrunnsinformasjon og subjektive opplevelser av bearbeidning. På den andre siden viser Haugens studie (2007) at deler av innholdet i det behandlingsopplegget hun analyserer inneholder komponenter som mine informanter også mener er viktige å legge vekt på i bearbeidningen. Boe (1991) og Øglænd (Iversen og Øglænd, 2010) viser til lignende erfaringer. Dette viser at noen av resultatene i denne studien er å finne i andre studier, noe som styrker påliteligheten. For å finne ut mer om dette må det gjennomføres studier med flere informanter som speiler den utsatte gruppen. Studien må også ta for seg mer om forhold rundt familien, som sosial klasse og økonomi. Studien må få frem flere nyanser som kan være påvirkningsfaktorer og/eller motstandsfaktorer som informantene har med seg før de begynte bearbeidningen. Mossige og Stefansen (2007) viser til andre kjente faktorer som kan gi

dysfunksjonelle familier, som rus, alkoholisme, vold og arbeidsledighet. Dette er faktorer som bør tas med i betraktningen. Det er sammenhengen mellom opplevelsen av traume, sine egne ressurser og hvilke faktorer som har vært betydningsfulle i bearbeidningen som må gjøres klarere og mindre subjektive. På den måten vil man få frem mer overførbar kunnskap.

Min mulighet for å finne informanter var den begrenset. Selv om utvalget er snevert, så jeg ingen annen mulighet til å komme i kontakt med et slikt utvalg studien krevde. Jeg mener at selv med disse begrensningene i representativitet, så har min studies resultater en verdi.

Resultatene både bekrefter og tilfører elementer av tidligere erfaringer fra bearbeidning av seksuelle overgrep og andre behandlingsopplegg.

4.5.2 Gyldighet – validitet

Denne studiens validitet eller gyldighet henger i stor grad sammen med studiens reliabilitet. Stiller jeg premissene for fortellingene og spørsmålene underveis slik at informantene forstår hva jeg mener og hvordan jeg har tolket deres historier. Måler jeg det jeg tror jeg måler og er slutningen korrekt utleder fra sine premisser? Å validere er å stille spørsmål, hva og hvorfor undersøker man dette? (Kvale og Brinkmann, 2009).

For å begynne med det siste, hva er det jeg undersøker? Jeg undersøker hvilke faktorer utsatte selv mener har hatt betydning for deres personlige bearbeidning av senvirkninger som har oppstått fra seksuelle overgrep de har blitt utsatt for i barndommen. Hvorfor? Fordi perspektivet fra de utsatte ikke fremkommer tydelig i andre undersøkelser vedrørende bearbeidning av seksuelle overgrep. Spesielt ikke ståstedet for de som har lyktes med å komme seg ut i jobb eller utdanning (min definisjon på velfungering).

Metoden jeg har brukt for å komme frem til mine resultater baserer seg på at informantene faktisk forteller sannheten og at de har en livshistorie som er relevant for resultatene jeg ønsket å komme frem til. Med det mener jeg at jeg ikke på forhånd hadde sett ut noen resultater, men at historiene de forteller meg er relevante for å få frem resultatet. For å minske skjevfortolkning og selektiv forståelse i analysen har jeg kontrollert mine funn opp mot tidligere forskning og erfaringer på fagområdet. De funn som er "nye", er etter min oppfattelse fornuftige og sannsynlig ikke en skjevfortolkning eller min selektive forståelse.

At de psykiske og fysiske problemene informantene forteller om er senvirkninger fra overgrep tviler jeg ikke på. Forskning viser at utsatte snakker sant hvis de forteller om seksuelle overgrep og annen forskning viser at mange utsatte får disse senvirkningene som mine informanter rapporterer om (Kvam, 2001).

Andre påvirkningsfaktorer kan være forskjellen i alder, utdanning, samfunnsklasse og egne erfaringer fra overgrep mellom meg og mine informanter. Utvalget har stor spredning i alder med mest konsentrasjon på 30 årene, noe jeg selv er i. Alle informantene har også utdanning fra høyere utdanning. Min antagelse er derfor at vi har nokså like referanserammer når det kommer til samfunnsfaktorer som har vært gjeldene for Norge. Referanserammen er nok heller forskjellig hvis man går ned på mindre forhold. En svakhet ved min antagelse om at vi har noenlunde like referanserammer er at jeg ikke spurte informantene om deres families sosiale- klassetilhørighet når de vokste opp.

Den siste påvirkningsfaktoren kan være min manglende erfaring fra overgrepssproblematikk. Dette var noe jeg fortalte til mine informanter i min presentasjon av meg selv før intervjuene og som dermed kan ha påvirket måten de fortalte sin historie. Likevel mener jeg at resultatene min studie ledet frem til ikke er betydelig påvirket av dette.

4.6 Metodekritikk

Min studie baserer seg på intervjuer med retrospektive spørsmål. Retrospektive spørsmål regnes for å være minst valide fordi svarene avhenger av hvor godt informantene husker de faktiske forholdene (Amundsen, 2010). Jeg ønsket at de fritt skulle fortelle sin historie uten særlig innflytelse fra meg. Dette gjør at informantene hadde stor innflytelse på informasjonen som skulle komme frem. Dette igjen ville påvirke analysen gjennom at informantene ikke fikk de samme spørsmålene. Jeg kunne derfor ikke være sikker på om jeg ville finne likheter i deres svar. På den andre siden var temaet for studien gitt på forhånd gjennom utvalget av informanter på oppslaget, men også gjennom introduksjonen jeg hadde til hvert intervju. Det i seg selv var styrende i forhold til hvilken informasjon jeg søkte etter.

I min studie er utvalget lite, begge kjønn er representert, men likevel for få til å gi et bilde på representativitet i forhold til kjønn og gruppe. Utvalget er rekruttert gjennom Senter mot

incest (SMI) og kan være påvirket av senterets offisielle holdninger. Tre av informantene har også brukt senterets tilbud og kan derfor være lojale i forhold til det tilbudet som finnes. Det kan også være mulig at de ønsket å påvirke meg som kommer utenifra for å få frem et budskap utover sin egen mening. For meg vil dette være vanskelig å kontrollere, foruten at resultatene både bekrefter og tilfører elementer av tidligere erfaringer/studier fra bearbeiding av seksuelle overgrep og andre behandlingsopplegg som ikke har bakgrunn fra SMI. Jeg mener derfor at mine resultater har en verdi (se Haugens studie, 2007 og Iversen og Øglænd, 2010).

Som masterstudent med studieretning pedagogisk psykologisk rådgiving har vi trent på samtaler og bevisstgjøring av egen påvirkning i samtaler. Jeg har også gjennom noen år som studieveileder opparbeidet meg erfaring i å snakke med mennesker som har utfordringer i sin hverdag. Likevel var denne intervju situasjonen ny for meg. Jeg var mest bekymret for temaets sensitivitet og at jeg skulle innta en rolle som enten ble altfor formell eller en rolle som var altfor empatisk og dermed påvirke informantene. Min manglende bakgrunn fra overgrepssproblematikk kan skape vansker i selve intervjuene, men også i tolkningen av deres språk og hva innholdet i begrepene faktisk betyr. Ved et tilfelle ble tydelig, der "det å romme noen" kom opp som tema. Jeg har ikke hørt denne måten å fortelle om en følelse på, men det var tydelig at dette begrepet var vanlig og kjent for informantene. Etter litt oppklaring fra den ene informanten synes jeg begrepet er veldig treffende. Ved noen tilfeller i intervjuene måtte jeg stille utdypende spørsmål når informanten kom inn på temaer jeg trodde kunne være interessante for studiens utfall. I noen av disse tilfellene var min intuisjon riktig, men i andre tilfeller ikke. For eksempel en informant fortalte om likheten hun og overgriper hadde i sine personligheter, men som i ettertid ikke ble tatt videre av andre informanter og da jeg heller ikke syntes dette var innenfor formålet med studien når jeg analyserte intervjuet.

I ettertid ser jeg at å tydeliggjøre definisjonen av seksuelle overgrep ville jeg ha sikret at utvalget besto av mer "like" informanter i forhold til grovhet i overgrepene og dermed kanskje sikre meg mer like rapporter på faktorer som hadde vært virkningsfulle. På den andre siden med de informantene som meldte seg, fortalte de alle om fysiske overgrep. Det gjør at informantene definerte seksuelle overgrep. Analysen viser også at de hadde mange av de samme tankene rundt hvilke faktorer som var virkningsfulle. I dette tilfellet ble jeg reddet inn av informantene selv.

Min definisjon av begrepet "velfungering" bør også nevnes. I min studie brukte jeg "er i delvis/hel jobb eller utdanning" som premiss for velfungering. Begrunnelsen for dette er at en stor representasjon av overgrepsutsatte er psykiatriske pasienter og mange er å finne i uførestatistikken, derfor ble definisjonen på velfungering sammenlignet med jobb eller utdanningsstatus. Denne definisjonen er bare en variabel i begrepet velfungering og kan derfor oppleves som ufullstendig.

5 Presentasjon av funn

Intervjuene har hatt til hensikt å få frem de utsattes meninger og tanker (innvirkninger/faktorer) om hva som har vært mest betydningsfullt i bearbeiding av overgrepene de ble utsatt for som barn.

Problemstillingen er som følger:

Hva har hatt størst innvirkning på bearbeidelsen av senvirkninger av seksuelle overgrep?

I første del av presentasjonen vil jeg redegjøre for hvilke senvirkninger mine informanter mener de selv har som en følge av overgrepene. Dette redegjøres gjennom de beretningene de selv velger å fortelle meg om, om tiden før de fikk hjelp eller oppsøkte hjelp. Deretter redegjør jeg for de refleksjoner informantene selv gjør i forhold til de egenskapene de besitter, resiliens. Begrunnelsen for at resiliensaspektet er tatt med i denne analysen er at jeg mener dette er en sentral faktor som er med på å forme handlingsrommet for den enkelte i bearbeidingsprosessen av senvirkningene. Jeg var også interessert i å høre om de var bevisste sine egne ressurser eller motstandsdyktighet for å fremme bedre helse.

Til slutt presenteres min funn av hovedfaktorer som har vært sentrale for informantene i og under bearbeidelsen. Disse faktorene vil bli diskutert opp mot tidligere forskning. Jeg vil også se dette opp mot den salutogene modellen til Antonovsky (2012).

5.1 Senvirkninger

Intervjuene startet med at jeg spurte innledende om de kunne fortelle om seg selv og familien når overgrepene pågikk. De fortsatte selv med å fortelle sin livshistorie. Ved noen tilfeller måtte jeg spørre mer inngående om hva som skjedde i livene deres i tiden mellom overgrepene sluttet frem til de påbegynte å aktivt bearbeide overgrepene. Informantene forteller om hendelser og følelser slik de har opplevd det. Opplevelsen av seg selv kan vi se på som senvirkninger av overgrep. Noen av beretningene forteller også om rammene som var i familien og hvordan relasjonene i familien har preget informantenes relasjoner til andre.

5.1.1 Familieforhold

Tre av informantene forteller at de ikke hadde noe godt forhold til sin mor i oppveksten, noe som bidro til at overgrepene kunne fortsette. De beskriver sin mor som fraværende. Der den ene moren alltid sto bak far og at moren var opp og ned i humøret. En annen informant forteller om sin psykisk syke mor og at hennes bror var "prinsen" i familien, mens hun alltid var den "skyldige". Den tredje informant tok avstand fra mor fordi hun var redd for at forholdene skulle bli avslørt. Hun forteller også at mor noen ganger prøvde å skape kontakt, men siden hun trakk seg unna, ble relasjonen preget av dette.

Disse dårlige forholdene kan av ulike grunner skape mistillit til mor. Sviket incestutsatte opplever er ikke bare fra overgriper, men også fra den andre omsorgspersonen som ikke ser eller gjør noe med situasjonen. Barnet bærer på en skuffelse, angst og sorg over å ikke bli sett eller beskyttet, dette gir grunnlag for tvil og mistro til andre mennesker senere i livet (Borchgrevink og Christie, 1991: 56, Søftestad, 2008: 55). En forteller hvor sint hun var på mor, og at hun hadde vært sint på henne lenge. Hun hadde vært så sint opp gjennom livet at hun hadde blitt redd for seg selv *"det er skummelt å gå rundt å være sint"*, forteller hun.

Lubell og Peterson (1998) fant at det ofte er dårligere forhold mellom overgrepsutsatte og særlig deres mødre.

Mossige og Stefansen (2007) fant at det å ha et dårlig forhold til sine foreldre var den variabelen som i størst grad økte risikoen for å ha opplevd både milde og grove seksuelle overgrep. Det finnes ulike grunner til dette, men det dårlige forholdet til omsorgspersoner gjør muligheten for å snakke åpent om følelser og problemer mindre. På den andre siden kan manglende voksenkontakt gjøre barnet mindre kritisk i forhold til kontakt og eventuelle negative følelser som kommer av denne kontakten. Uansett om overgriper har skapt dette bevisst, er Lind (1992) sikker på at bevisstheten krenker har for at barnet er tilgjengelig og graden av tilgjengelighet, som avgjør utvelgelsen av offer.

Ingen av mine informanter som var utsatt for overgrep fra sin far/omsorgsperson snakket spesielt om relasjonen eller hvordan han var utenom overgrepene. Han er som en bifigur når historiene blir formidlet. Det virker som relasjonen de hadde til mor hadde preget dem mer og skapt mer vonde følelser da (og nå). Tillit til mor som omsorgsperson var skadet.

Den fjerde informanten (der overgrepet ble gjort av en utenfor kjernefamilien) ble tilliten til far og mor satt på prøve når informanten fortalte om hva som hadde skjedd. Informanten sier:

"Det virket ikke som de tok det på alvor, eller kanskje ikke skjønnte, hva dette betydde for meg... siden de ved neste familiesammenkomst inviterte overgriper".

Informanten forteller videre at det tok flere år og at historien måtte fortelles flere ganger før det virket som de forsto omfanget av hva dette har betydning. I dag har de et vanlig forhold og *"det føles ut som de tror på meg og står sammen med meg"*.

De tre andre informantene forteller også om relasjonen de i dag har til sine omsorgspersoner. Tre av informantene forteller at de kom til et punkt i bearbeidingen der en konfrontasjon med overgriper ble nødvendig. Ved to av tilfellene innrømmer overgriper, og ved det tredje innrømmer overgriper delvis. Jeg vil her presentere hvordan informantene opplevde konfrontasjonen og hva de tror det har betydning for dem.

"Etter samtaler med psykologen og møter jeg hadde på SMI ble jeg klar for å konfrontere min overgriper. Jeg har jobbet mye med å ansvarliggjøre min overgriper, legg skyld og skam over på han. Når han erkjente, ble jeg så overrasket og var ikke forberedt på det. Ingen andre jeg hadde snakket med hadde fortalt om et slikt utfall. Overgriper døde og mor tok selvmord. Jeg var både glad og sint når hun døde... Og broren min har jeg ingen kontakt med i dag".

Denne informanten har valgt å ikke ha kontakt med sin bror. Dette er samme informant som opplevde at mor behandlet bror som en "prins", men hun alltid var den "skyldige". At søster og bror ikke har et godt forhold er dermed kanskje ikke så rart. Mors forskjellsbehandling har skapt en negativ relasjon mellom søsknene. Det er også hennes mor som er psykisk syk, hva som lå i dette gikk vi ikke videre inn på, men det kan ha hvert en av grunnene til forskjellsbehandlingen av de to søsknene. Som hun selv beskriver, var hun både glad og sint når mor døde. Konfrontasjonen hun hadde med far tok en overraskende vending. At han innrømte overgrepene gjorde det lettere å plassere skylden over på han, men skyld og skamfølelsene hun har levd med har likevel satt preg på hennes selvilde, hun sier: *"Jeg var livredd for å bli sett og ble flink til å skjule"*. Skyld og skamfølelser vil jeg komme inn på senere i presentasjonen.

Den andre informanten beskriver sin konfrontasjon:

"Etter en tid hos terapeuten kom punktet om konfrontasjon. Jeg skrev et brev til far (overgriper), men før det hadde min terapeut snakket med overgriper i telefonen. Han innrømmer bare delvis og snakker bare om seg selv og sitt liv... hvor vanskelig det har vært for han og så videre... jeg hadde fortalt det til en av mine brødre i denne tiden slik at han kunne passe på mor. Når far fikk høre dette tok han det som et alvorlig tillitsbrudd...(hun ler litt)... Jeg satte krav til far at han måtte fortelle det til mor, hvis ikke skulle jeg gjøre det. Etter cirka to uker fikk jeg en mail fra far... der det sto om hvilke konsekvenser dette ville få for hele familien. Spesielt hvem som fikk vite det av hvem... på slutten av mailen skrev han et svar på et helt annet spørsmål (min sensurering) som omhandlet en praktisk opplysning. Da var det nok om den saken – denne saken var da ferdig. Etter dette mistet jeg all respekt for far og var utrolig sint på mor... jeg ble også engstelig for at de skulle komme på uanmeldt besøk. I dag vet alle i nærmeste familie hva som har skjedd, men jeg har mindre kontakt med dem. Jeg har fått støtte fra min ene bror..."

Informanten uttrykker skuffelse over sin fars oppførsel i denne situasjonen og som hun selv sier, mistet hun helt respekten for han etter dette. Kan dette vise at hun før konfrontasjonen hadde et splittet syn på far, far som overgriper og far som god far? Hadde hun gitt han en dobbeltrolle? Christie og Ursin (1991) kaller dette for objekt-splittelse. Det virker som hun har et håp om at han vil erkjenne sin skyld. Far som overgriper hadde hun alt et misforhold til, men håpet kanskje at den "gode far" ville ta til seg det hun sa. Når han ikke gjør det faller det "gode" bildet av han også.

Informanten prøver å vise seg som en egen person, gjennom å konfrontere han. Hun blir igjen skuffet over at han ikke ser henne, gjennom at han bare snakker om seg selv og hvor vanskelig han har hatt det i sitt liv. I et normalt voksen - barn forhold møter den voksne barnet på dets premisser og bekrefter at barnet er et eget individ – et subjekt. Incestutsatte barn opplever ofte en skjevfordeling av sitt eget subjekt. Barnet behandles som et objekt for å fylle/eksistere den voksnes behov. Respekten for barnets individualitet, ønsker, behov og vilje eksisterer ikke. Identitetsutviklingen kan dermed bli forstyrret, og barnets opplevelse av å være en egen person (et subjekt) som har egne følelser og behov blir tilslørt (Søftestad 2008: 54). I beskrivelsen av fars respons på konfrontasjonen er det tydelig at han ikke ser henne og

at han er selvsentrert. Hoem (2001) skriver at Mayer (1988) har funnet at mange overgripere er selvsentrerte uten evne til empati.

Den siste informanten beskriver sin relasjon med familien:

"I dag har jeg god relasjon med mor og far. Det er en åpenhet i den innerste familien om hva som har skjedd, men ikke alle i familien vet. Når min søster fikk vite om dette forsvant hun ut av familien, men jeg har kontakt med min bror. Når jeg konfronterte far innrømmet han overgrepene jeg ble utsatt for og fortalte også sin historie. Han hadde selv blitt utsatt for grove seksuelle overgrep som liten. Det gir en viss forklaring, men det tar ikke bort hans ansvar. Jeg vil bryte den onde sirkelen slik at det ikke skjer igjen. Min mor og jeg er nærmere hverandre i dag, vi er ganske like... og jeg tror henne når hun sier at hun ikke visste... det pågikk så stille mens hun sov – ingen ville ha hørt det".

Mange overgripere har selv vært utsatt for seksuelle overgrep og eller har hatt en problematisk barndom (Kvam, 2001). Kaufmann og Ziegler (1987) fant at ca. 30 % av overgriperne selv var utsatt. Dette alene forklarer ikke overgrepshandling og fratager ikke overgriperne viljen og valgene de har, men gir som informanten sier det gir en viss forklaring som gjør det lettere å forstå. Åpenheten de har klart å skape i den innerste familien viser at de sterkt ønsker å unngå reviktimisering. Søftestad (2005: 53) viser til at vi finner kjønnsforskjeller, men at det ikke er absolutte sannheter. Mannlige utsatte har en tendens å selv begå overgrep, mens kvinnelige utsatte går ofte inn i nye relasjoner der de selv blir ofre på nytt. Mossige og Stefansen (2007) nevner undersøkelser gjort av Classen, Palesh og Aggarwal (2003) der de konkluderer med at to av tre seksuelt utsatte på ny vil bli seksuelt utsatt, Roodman og Clum (2001) viste at desto mer alvorlig overgrepet hadde vært, jo større sannsynlighet var det for reviktimisering og endelig Kessler og Bieschke (1999) fant at det var større risiko for reviktimisering i tilfeller der offer tidligere hadde vært utsatt for incestuøse overgrep.

Åpenheten de har skapt gjør det også mulig å snakke om andre følelser og problemer de har i sine liv. Åpenheten gjør at de kommer nærmere hverandre og kan bruke hverandre som ressurspersoner man har tillit til. Relasjonen mellom mor og datter har også blitt bedre. Der hun tidligere trakk seg unna mor for å unngå avsløringer om overgrepene har nå åpenheten

gitt mulighet for å komme nærmere hverandre. Det viser seg at de også er like og at hennes tillit til at mor ikke visste noe om overgrepene har blitt forsterket.

Oppsummert kan vi se at forholdene informantene har hatt med sine foreldre er svært forskjellig noe som også preger bildet av hvilken relasjon de har i dag. Den manglende omsorgen og mistilliten som var tilstede når de var barn, har preget videre tillit og relasjonsbygging til andre mennesker utenfor familien. Familiens mangel på god kontakt på alle plan og mellom alle familiemedlemmene har altså skapt senvirkninger for informantene som vi skal se i kapittelet nedenfor.

5.1.2 Intime forhold og seksualitet

Barn er avhengig av personer som kan gi dem den følelsesmessige og fysiske omsorgen som må til for at barnet skal kunne utvikle sitt fulle potensiale. Det er erfaringer man gjør i tidlig alder som danner grunnlaget for hvordan barnet senere oppfatter seg selv, forholder seg til andre mennesker og forstår omverden. Det er traume i forhold til tilknytningen til foreldre i ung alder som skaper høyest alvorlighet i forhold til egen utvikling (Killèn, 2009:145).

Som en følge av overgrep er mange preget av mistillit til andre mennesker. Spesielt øker mistilliten hvis overgriperen har vært en nær omsorgsperson. Voksne overgrepsutsatte rapporterer om vansker med å skape gode relasjoner til andre mennesker og også skape gode intime relasjoner. Mange utvikler berøringsangst og problemer med å forstå sosiale regler (Søftestad, 2005: 70). I tilknytningsteori hevdes det at barns evne til å etablere gode relasjoner bygger på erfaringer med at man kan ha tillit til andre. Overgrep fra omsorgspersoner kan derfor ødelegge denne muligheten for barna å danne trygge tilknytninger. Å ha manglende evne til å danne gode relasjoner beskrives altså med å ikke inneha muligheten til å knytte seg til og etablere tillit til andre. Dette skaper økt risiko for å gå inn i relasjoner der nye overgrep skjer, reviktimisering (Mossige og Stefansen, 2007). Søftestad (2005, 2008) skriver om relasjonsperspektivet for å kunne se hele overgrepsrelasjonen. Hun mener at dette er viktig for å kunne se helheten i overgrepserfaringene barn gjør. Denne helheten kan vise til bakgrunnen for de relasjonsvanskene voksne med overgrepserfaringer har.

Grensene og innholdet i en god "normal" relasjon har overgrepsutsatte veldig liten erfaring med. Omsorgspersonene som står barnet nær er de som primært lærer barnet innholdet i relasjoner. Når dette blir forstyrret av ulike forhold i overgrepsrelasjonen vil det prege

fremtidig relasjonsbygging som den overgrepsutsatte gjør. Det er stor tilbørighet for at overgrepsutsatte inngår nye relasjoner som består av nye overgrep siden de faktisk ikke vet hva en "normal" relasjon er og oppleves (Kvam, 2001: 48).

Kjærighetsrelasjoner består oftest av seksuelle følelser i tillegg til kjærigheten, omsorgen, tilliten, respekten, nærheten osv. Incestutsatte kobler blant annet seksualitet med nærhet, fysisk kontakt og omsorg – deler som ofre var bakgrunnen i eller rammene for overgrepene. Seksualiteten rommer derfor ofte følelser som angst, forvirring, sorg, farlighet og fysisk smerte. Seksualitet kyttes også til selve kroppen som utsatte gjerne ikke ser på som en del av seg selv. Kroppen har vært til disposisjon for overgriper og har derfor aldri tilhørt barnet. Barnet har derfor aldri fått muligheten til å elske hele seg selv. Lind (1992) mener at utestengelsen av hele seg selv har gjort at incestutsatte ikke har kunnet danne seg egne seksuelle erfaringer for å lære seg hva de har behov for, hva de ønsker seg, hva som er godt for dem. Utsatte definerer seg selv i forhold til den andre parts ønsker og behov og blir derfor ikke hovedpersonen i sitt eget liv.

I 1988 fant Jehu at av 51 kvinnelige collestudenter som hadde vært utsatte for seksuelle overgrep som barn, hadde hele 95 % av dem seksuell dysfunksjon og 90 % hadde vansker med å forholde seg til menn. Kvinnene rapporterte om stress i intime situasjoner og flashbacks til overgrepssituasjonen.

Tre av mine informanter forteller om problemer de har hatt med relasjoner til det annet kjønn. De forteller tre ulike historier:

"Jeg hadde en kjæreste når jeg var sånn 16-17 år. Det var på en tid jeg gjorde ting uten å kunne redegjøre for hvorfor jeg handlet slik jeg gjorde. Det skapte vanskeligheter i forholdet, og en dag bestemte jeg meg for å fortelle det – kanskje det ville bli lettere da. Etter jeg fortalte hva som hadde skjedd den gangen, ble det mer vanskelig. Min partner (mine ord for å skjule identitet) kunne nok ikke helt forstå det eller ta det. Det ble vanskelig for meg som hadde fortalt det og at partneren (min) ikke klarte å ta det imot. Det gjorde at det tok en stund før jeg fortalte det igjen og jeg var også mer nøye på at personen jeg fortalte det til hadde mulighet til å stå i det sammen med meg. Jeg har ikke senere hatt noen langvarige forhold".

I fortellingen til informanten er det tydelig at forholdet er ønsket og at informanten forstår at det som gir problemer i forholdet er informantens væremåte og at det delvis kan forklares med overgrepet informanten ble utsatt for som barn. Informanten tror at ved å fortelle hva som har skjedd blir det lettere for partneren til å forstå, men det blir ikke som informanten hadde tenkt. Partneren trekker seg unna og informanten blir stående igjen alene. Erfaringen skaper enda mer sikkerhet hos informanten på hvem som får høre historien, at den som får historien klarer å stå sammen med informanten også etter at historien er fortalt. Jeg vil ikke kalle dette en generell mistillit til andre mennesker, men at informanten har et ønske om at de som vet om historien fortsatt kan være den samme i forhold til informanten som tidligere. At informanten ikke blir dømt etter historien sin, men etter hvem informanten faktisk er i dag. Det tydelig at informanten har noen "utvelgelseskriterier" på hvem informanten forteller sin historie til, og når jeg spør informanten om det, er svaret noe diffust bare at det er en magesfølelse og at informanten stoler veldig på vedkommende. Informanten mener det er en god egenskap å stole på magesfølelsen sin og stole på egne avgjørelser.

Informanten forteller om at det ikke har vært noen langvarige forhold senere, men forklarer dette med å ikke ha møtt noen som har vært spesiell mer enn at det har noe med redsel eller problemer rundt det å være i et forhold å gjøre. Jeg tviler ikke på informantens uttalelser om dette.

Den andre informanten forteller:

"I ungdomstida og i 20 årene levde jeg et ganske seksuelt utagerende liv. Jeg hadde ingen grenser og var mye på fest. Etter at jeg flyttet fra hjembyen min kom jeg sammen med en mann som jeg bodde med. Dette forholdet holdt på å ta knekken på meg og derfor oppsøkte jeg en psykolog for å få hjelp med forholdet. Jeg forsto etterhvert at forholdet jeg var i var psykisk sykt og at han var syk. Jeg og psykologen hadde da begynt å fokusere mer på meg og min barndom. Det var da det kom frem at jeg var seksuelt misbrukt av min far".

Informanten forteller mer om seg selv enn de forholdene som har vært. Om det betyr at informanten ikke har vært i mange forhold er vanskelig å vite. Det forholdet informanten forteller om er et dårlig forhold, så dårlig at informanten oppsøker hjelp. Informanten tror ved dette tidspunktet at det er på grunn av informanten at forholdet er dårlig. Forskning viser at barn som har blitt utsatt for overgrep har større tendens til å gå inn i relasjoner der de på ny

opplever krenkelser og vold (Kvam, 2001, Amundsen, 2010, Mossige og Stefansen, 2007). Mossige og Stefansen (2007) fant at erfaringer med en type krenkelser øker risikoen for reviktimisering i form av en annen type krenkelse.

Informantens grenseløse seksuelle liv i ungdom- og 20 årene kan tolkes som en reaksjon på overgrepene informanten ble utsatt for og informantens erfaring i hva en relasjon skal inneholde. Utagerende seksuell atferd kan være en av konsekvensene ved overgrep skriver Kvam (2001), Borchgrevink og Christie (1991) og Finkelhor (1990). Seksuell "risikoatferd" har ved studier vist sammenheng med erfaringer rundt seksuelle overgrep. I begrepet inngår å ha hatt mange samleiepartnere, ubeskyttet sex, tidlig seksuell debut. Noen studier inkluderer også salg av sex (Mossige og Stefansen, 2007). Informanten forteller ikke om noe forhold i dag eller hva som skjedde etter at det ble brudd i forholdet, men begynner å forteller mer om veien gjennom bearbeidingen som ble neste skritt i livet.

Den tredje informanten forteller:

"I slutten av tjuåra møtte jeg en mann som jeg senere giftet meg med. Alt gikk veldig fint i begynnelsen, men etter hvert kom han for nær både fysisk og psykisk. Jeg har alltid hatt vanskeligheter for kyssing og sånt siden jeg utsatt for overgrep i munnen. Det er fortsatt vanskelig med noen mattyper og slik og kyssing også. Jeg fortalte aldri om overgrepene til min mann og vår relasjon ble så vanskelig til slutt at vi skilte oss".

Denne informanten forteller bare litt om hva som ble vanskelig i forholdet hun hadde til sin mann. Det første jeg legger merke til er at hun valgte å ikke fortelle sin historie selv om deres relasjon gikk så langt at de giftet seg. Som tilleggsopplysninger er hun en av de utsatte som alltid har prøvd å glemme sin historie, hun forteller dette senere. Når jeg spør henne om når og til hvem hun fortalte det til først, sier hun at hun oppsøkte en prest som hun snakket med et halvt års tid. Hun valgte selv å avslutte disse samtalene siden hun mente at nå hadde hun lagt det bak seg. Når informanten forteller om dette ler hun av seg selv. Det er noen år etter møtet med presten, hun møter sin mann og gifter seg.

Det er sterke indikasjoner i hennes fortelling på at relasjonen til sin mann var vanskelig for henne. Den var vanskelig på det fysiske plan og i det seksuelle, men også på det emosjonelle plan. Hun turte ikke å slippe han helt inn ved å fortelle om hva som hadde skjedd når hun var liten. Jeg valgt å ikke gå videre inn på hvorfor hun ikke klarte å fortelle og snakke med

mannen sin siden jeg mente ved intervju tidspunktet at mitt fokus i oppgaven lå mer på hvilken hjelp hun hadde oppsøkt og hva hun mente hadde vært best for henne. Jeg ser i ettertid at sammenhengen mellom senvirkningene, som å ikke tørre å vise hele seg – å være åpen med historien sin, kan ha stor innvirkning på hvilken hjelp hun mener har vært best.

Seksuell dysfunksjon, flashbacks til overgrepssituasjonen, ikke være kjent med egne seksuelle lyster og ønsker, gå inn i nye overgrepsrelasjoner og ikke vite hva en «normal» intimrelasjon skal inneholde av respekt, gjensidighet, tillit osv. er kjente problemer overgrepsutsatte har i voksen alder. I mine tre informanters fortellinger om intime relasjoner vises alle disse vanskene i ulik grad. Siden jeg velger å ikke spørre om deres eventuelle intime relasjoner i dag, får jeg ikke vite om de har klart å bearbeide disse vanskene, men ut ifra at de selv ikke forteller om relasjonene de har i dag tolker jeg det som at de verner som sitt privatliv på en positiv måte. Samtlige forteller at de har fått flere og bedre vennerelasjoner noe som tyder på at de i større grad enn tidligere tør å fortelle sin historie til andre og flere, noe som bygger opp under at de viser hele seg og at de har fått bearbeidet noen av de senvirkningene som er med på å danne gode relasjoner og ha gode relasjoner til andre mennesker.

Lind (1992) tar opp tre forhold som hennes 24 informanter har sett på som viktigst å sette ord på: foreldre, seg selv og seksualitet. Hun har gjennomført intervjuer og sett på felles trekk i fortellingene hos kvinnene. Kvinnene forteller om barnet i seg som ikke fikk nok omsorg og nærkontakt, at familien ikke åpner opp for å sette ord på tanker og følelser, problemer eller konflikter. De fikk også tidlig voksent ansvar i familien, og har blitt følelsesmessig isolerte. Hennes informanter ønsker seg fri fra sine egne restriksjoner og begrensninger hver enkelt har satt opp for å beskytte seg, og de ønsker sin seksualitet tilbake. Linds bakgrunnsinformasjon om informantene viser at 62.5 % (~ 63 %) av dem lever alene. Dette støtter oppunder antagelsen av at tillit til andre, spesielt menn er ødelagt. Søftestad (2005) viser også til at barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep har mer problemer med å etablere trygge og gode relasjoner til andre mennesker i voksen alder.

5.1.3 Opplevelsen av seg selv

I mine intervjuer beskriver alle sin ungdomstid og tiden før de aktivt tok tak i bearbeiding av sine traumeerfaringer som en tid der de hadde dårlig psykisk helse. De forteller dette gjennom ulike bilder av hvordan de var eller hvordan de levde.

"Jeg var urolig og utagerende gjennom store deler av skoletiden og handlet på måter jeg ikke kunne forklare. Jeg følte at jeg ikke kunne vise hele meg".

"Jeg levde i et psykisk sykt forhold og jeg forsto at noe måtte være galt. Jeg følte stor skyld i overgrepene siden det var jeg som la meg i mamma og pappas seng. Jeg var livredd for å bli sett og ble flink til å skjule. I senere ungdomsårene levde jeg et seksuelt utagerende liv".

"Det var vanskelig å slippe noen nær både fysisk og psykisk og jeg var ganske dårlig psykisk, jeg var langt nede og hadde angst".

"Jeg gjemte meg bort og var stille, og jeg ble flink til å late som- jeg hadde det ikke godt på den tiden".

Ut ifra deres beskrivelser kan vi se at de hadde dårlig selvbilde og prøvde å gjemme seg bort eller skjule hva de egentlig følte. Selv om bare en av informantene bruker begrepet "skyld" i sin beskrivelse, tolker uttalelsene til de andre at de også hadde disse følelsene og også at "skamfølelser" var gjeldende. Jeg vil derfor se nærmere på tidligere forskning som er gjort på skyld og skamfølelser og på selvbilde.

Skyld og skam

Pettersen (2009) har redegjort ulike aspekter ved begrepene skyld og skam i sin phd. avhandling. Han gjennomførte en undersøkelse ved 19 ulike incestsentre i Norge for å finne ut hvor avgjørende/viktig er begrepene som "skam", "skyld", "ansvar", "dårlige konsekvenser", "anger", "sorg", "symptomer av overgrep" for overgrepsutsatte. Han ville også teste om ansatte på senterne skårte annerledes an brukerne. På en skala fra 1 (lav) til 10 (høy) ble skåren 9.1 av 10 for begrepet "skam". Til sammenligning skårte ansatte på incestsenteret i

Vestfold, 9.5 av 10 på viktigheten av begrepet. Pettersen mener at dette viser at skamfølelsen er en stor del av følgene incestutsatte lever med.

Det ser ut til at det er stor korrelasjon mellom dårlig selvbilde og høy tilstedeværelse av skyld og skam og motsatt. Pettersen (2009: 194-195) viser dette gjennom at personalet på incestsenteret i Vestfold skårer bedre (høyt) på selvfølelse og lavt på skamfølelse. Han mener at de har tatt tilbake sin identitet og bygget den opp til forskjell fra brukerne av senteret. Dette kan være mulig for informantene mine også. De har bearbeidet mye av sine følelser og har bygget opp sin selvtilitt og identitet.

Mine informanter bruker ikke begrepet skam, mens en bruker begrepet skyld. Selv om de ikke bruker begrepet skam mener jeg at deres beskrivelser på hvordan de oppførte seg og hvordan de trodde de måtte oppføre seg, viser at de levde med skamfølelse. Uttalelser som "*Jeg var livredd for å bli sett*", "*Jeg følte at jeg ikke kunne vise hele meg*" og "*Jeg gjemte meg bort og var stille, og jeg ble flink til å late som*" viser dette.

Skam kan gjerne komme som en reaksjon etter at den utsatte blir klar over hva den har vært med på. Skam er ikke bare en følelse, det blir en hel væremåte, mener Pettersen (2009: 212). Å leve med skam er som å føle seg annerledes og nedslått, aldri god nok for å tilhøre. Pettersens (2009: 187) undersøkelser viser at skam er en smertefull erfaring. Individuer som erfarer skam vil ofte føle deler av verdiløshet, inkompetanse, generell følelse av forakt for seg selv, og all den negative evalueringen av seg selv kan sluke hele konseptet av selvet. Ofte kan føle en krenkelse av deres verdighet og ikke bare fra deres kroppslige overfall. I kjernen av deres lidelser ligger disrespekt, ydmykelse og degradering. Informantenes uttalelser viser at det ble en hel væremåte, de kunne ikke være helt seg selv eller vise hele seg. Å vise hele seg vil da også bety vise overgrepene de ble utsatt for.

Skam er produsert av samfunnets sosiale regler, du skal føle skam hvis du trår over reglene. Det er gjennom andres øyne skamfølelsen dukker opp. Følelsen av å bli eksponert – være "naken". Incest er ikke skamfullt i seg selv, men i vårt samfunn er incest tabulagt og det skaper skam, mener Pettersen (2009: 55). Vi kan se dette på barn som ennå er så små at de ikke vet at incest er tabulagt, men når de får vite at det de har vært med på er galt, kommer skam- og skyldfølelsen. Det er også en rapportert kjønnsforskjell i relasjonen mellom skam, stolthet, selvfølelse og inkludering, skriver Pettersen (2009: 202).

Skyld og skam trenger heller ikke å opptre sammen. Pettersen (2009:217-218) beskriver at man kan føle skam over overgrepene, men ikke føle skyld, forskjellen mellom begrepene er graden av fokus på en selv. Hvis man først føler skyld og ansvar for feilene som har blitt gjort kan skam komme som reaksjon. Skam har noe med selvbildet å gjøre, mens skyld har noe å gjøre med å gjøre feil. Fokus på skyld er utover, mens skam er innover skriver Pettersen (2009: 221). Det er også forskjeller i skyldbegrepet, du kan føle skyld uten å ha gjort noe galt og faktisk føle seg skyldig fordi man er skyldig (Pettersen 2009: 219).

Av mine informanter er det to ved ca. 17- 18 års alder som selv tar initiativ til å fortelle om overgrepene til en annen. Jeg ser det som et tegn på at de ønsker å bryte seg ut av den stillheten og skammen de lever i. Alle fire har i tiden etter videregående skole klart å ta høyere utdanning minimum tre års varighet, de har klart dette selv om de rapporterer at de hadde dårlig psykisk helse.

Mitt inntrykk er derfor at de har noe med seg som gjør at de tør å møte nye utfordringer og presse seg selv videre. Ut ifra historiene de velger å fortelle besitter de noen ressurser som gjør at de velger annerledes enn Amundsens (2010) informanter. Hvilke ressurser dette er, er vanskelig å vite, men jeg kommer tilbake til dette under kapittel om resiliens. På en annen side kan vi se dette som et tegn på at de prøver å skjule og glemme opplevelsene de hadde ved å alltid drive seg selv fremover. Fylle tiden så en slipper å tenke på vonde følelser.

Selvbilde

Selvbildet er enhver oppfatning, vurdering, forventning, tro eller viten som en person har om seg selv. Det dekker sider ved identiteten som kan inkludere roller og egenskaper, og kan oppfattes både spesifikt og generelt. Vi bruker selvtilit, selvfølelse og selvbilde for å få frem alle sider ved personens oppfattelse (Skaalvik og Skaalvik 1998:15). Selvbilde dannes på grunnlag av våre erfaringer om tilbakemeldinger fra andre, mestring av ulike situasjoner og relasjoner. Å bli sett og respektert er også viktige faktorer for utviklingen av et godt selvbilde. Det er selvvurderingen som sier noe om hvor fornøyd jeg er med meg selv, min selvfølelse. (Evenshaug og Hallen, 2000).

Selvbildet til incestutsatte preges ofte av lav selvfølelse, selvhat, selvførdømmelse, skyld og skam. Utsatte har en stor tendens til å føle seg nedverdige og fordømt av andre. Det kan være overgriperes definering, negative reaksjoner på seksualisert atferd fra andre og fantasiene om

fordømmelse hvis hemmeligheten som bidrar til dette blir kjent (Boe og Christie, 1991). Mossige og Stefansen (2007) fant at både milde og grove seksuelle overgrep økte risikoen for å ha dårlig selvbilde.

Voksne med overgrepserfaringer fra barndommen attribuerer i hovedsak inn mot seg selv i motsetning til voksne, som ikke har overgrepserfaringer. Det betyr at de overgrepsutsatte legger større skyld på og i seg selv hvis noe galt skjer, skriver Pettersen (2009). I den forbindelse sier informantene som levde i et psykisk sykt forhold, at grunnen til at hun oppsøkte hjelp var fordi hun forsto at noe måtte være galt med henne som ikke fikk til gode forhold. Jeg tolker det som at hun prøver å finne noe ved seg selv først, at noe må være galt med henne og ikke at personen hun faktisk er i et forhold med er syk.

Imidlertid får utsatte også mye positiv bekreftelse fra andre på grunn av sin hjelpsomhet og sensitivitet. Likevel ser det ut til at de positive bekreftelsene ikke fester seg. Boe og Christie (1991) mener at dette kan komme av splittelsen overgrepsutsatte gjør ved at de spiller roller i sitt eget liv og at det er denne rollen som får de positive tilbakemeldingene. Aggresjonen som utløses i den overgrepsutsatte som en følge av angst og maktovergrepet kan vendes innover og rettes mot personen selv. I vanlige fall er denne impulsen en forsvarsimpuls som skal beskytte individet. Når den vendes innover oppleves det som selvhat og selvfordømmelse (Boe og Christie, 1991).

En av informantene uttrykker en splittelse mellom seg selv og utførelse: "*Jeg definerte meg selv gjennom det jeg gjorde og ikke hvem jeg var*".

Selvbildet informantene beskriver blir dannet etter hva som presteres og ikke etter hvem de faktisk er. Det ser også ut til at splittelsen mellom disse to er en mestringsstrategi for å slippe å utfordre og godta sin person og historie.

Informantene beskriver også at de ikke turte å vise hvem de egentlig var og gjemte seg bort. Noen beskriver at de levde i roller for på den måten var det lettere å håndtere hva som egentlig skjedde. Jeg mener at dette viser samsvar med Pettersens (2007) funn i at det er korrelasjon mellom skam og selvbildet.

En av informantene beskriver at hun fylte tiden med jobb og engasjement for å slippe å huske. Når hun ble utsatt for en ulykke og ikke lengre kunne jobbe fantes det ingen steder å flykte til. Hennes psykiske helse ble dårligere. Berntsen (2011) forteller om hennes egen motvilje til å

sykemelde seg, og når hun ble uføretrygdet og forsto at hun ikke vil komme tilbake til arbeidet sitt ble hun full av sorg. Sorg over å ha mistet arbeidsevnen og med tapet av arbeidsevnen økte også verdiløsheten og selvforakten.

En person som har lav selvfølelse kan fortsatt føle stolthet over deler av sin livsverden, slik som jobb, barn og så videre. Å ha mulighet til å føle stolthet ser ut til å være konstruktiv i utviklingen av en mer positiv selvfølelse, og dermed over tid miste følelsen av skam, mener Pettersen (2009: 194-200).

Kirkengren (2005) oppsummerer sine erfaringer med pasienter som er overgrepsutsatte. Disse pasientene har vært arbeidsufør hele eller deler av livet, noe som også preger selvfølelsen og følelsen av å være utenfor og ensom (Pettersen, 2009, Lind 1992). Hennes pasienter skiller seg fra mine informanter ved å både ha psykisk og fysisk smerte som senvirkninger av overgrep. Og at denne smerten har satt en stopper for å bruke jobb-arenaen som en arena der man kan utøve mestring og utvikle selvfølelse. På den andre siden er det en likhet i hva som blir utfallet når eventuelt en ulykke eller noe uforutsigbart skjer med jobben.

5.1.4 Posttraumatisk-stresslidelse (PTSD)

En av informantene forteller at hun har fått diagnosen posttraumatisk-stressyndrom. Diagnosen ble stilt etter en tid hos psykolog. Når jeg spør hva informanten mener og føler med å ha fått en slik diagnose så nevnes det ingen negative tanker rundt dette. Jeg ville finne ut om informantens opplevelse av diagnosesettingen i seg selv hadde vært/ var skamfullt og/eller ekskluderende. Diagnoser kan gi følelse av “ jeg er det andre sier jeg er”. Ved å bli kategorisert av andre mister man seg selv, definisjonen på selvet blir hva andre sier at jeg er, ikke hvordan jeg selv mener at jeg er (Pettersen, 2009: 73-77).

Ut ifra historien som blir fortalt blir diagnosen stilt av en psykolog informantene har gått til en stund og som informantene føler seg trygg på. Diagnosestillingen skjer også på et tidspunkt der informantene selv er i gang med bearbeidingen gjennom hjelp fra en venn og gjennom at hun har oppsøkt senter mot incest. Det å få en diagnose kan i seg selv føles som stigmatiserende, men jeg tolker denne informantens svar at det var i stor nok grad av trygghet til psykologen slik at diagnosestillingen ikke følte stigmatiserende. Informanten beskriver også psykologens væremåte som en som viste håp, noe jeg også mener vil bedre følelsen på at selv om en diagnose stilles så er det muligheter for bedring. Begrunnelsen for at jeg ønsket å gå dypere

inn i dette er for å forsøke å utdype væremåten og rollen informanten mener er viktig for personer i hjelpeapparatet. Jeg vil komme tilbake til dette senere under delen hva utsatte mener om hva som har hjulpet dem.

Posttraumatisk-stresslidelse (PTSD) er et syndrom som kan oppstå etter et traume som overgrep. Briggs og Joyce (1997) fant at seksuelt misbrukte i barndommen, spesielt de som hadde opplevd samleie hadde stor tendens til utvikling av posttraumatisk stresslidelse.

I ICD-10, kap. 5 F43.1, står beskrivelsen slik:

"Oppstår som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse eller situasjon (av kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste. Predisponerende faktorer (f eks kompulsive eller asteniske personlighetstrekk) eller nevrose i sykehistorien, kan senke terskelen for utvikling av syndromet eller forverring av forløpet, men er verken nødvendige eller tilstrekkelige til å forklare forekomsten. Typiske trekk omfatter episoder der traumet blir gjenopplevd gang på gang i påtrengende minner («flashbacks»), drømmer eller mareritt, med en vedvarende fornemmelse av «nummenhet» og følelsesmessig avflating, distansering fra andre mennesker, ingen respons på omgivelsene, anhedoni og unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet. Det foreligger vanligvis en tilstand med forhøyet autonom alarmberedskap og vaktksomhet, økt skvettenhetsreaksjon og søvnløshet. Angst og depresjon er vanligvis forbundet med ovennevnte symptomer og tegn. Ikke sjelden oppstår selvmordstanker. Debuten kommer etter traumet med en latensperiode på fra få uker til måneder. Forløpet er svingende, men bedring kan forventes i de fleste tilfellene. Hos noen få pasienter kan tilstanden få et kronisk forløp over mange år, med eventuell overgang til en varig personlighetsforandring (F62.0)".

De som lider av posttraumatisk-stressyndrom vil i ulik grad ha symptomer på:

Gjenopplevelse: gjentatte og uønskede tanker og bilder av det som skjedde kan vekke intense følelser eller fysiologiske reaksjoner, "flashbacks" fra hendelsen eller deler av hendelsen.

Unngåelse og følelsesmessig nummenhet: personen unngår å ta frem minner om hendelsen i tankene og i samtaler, men også unngår å gjøre aktiviteter eller være på steder som kan

frembringe tanker om det. Personen kan også oppleve at følelsene rundt ting man likte før hendelsen ikke er like sterke lengre, at man føler seg fremmedgjort i forhold til mennesker som står en nær eller får innskrenket følelsesliv.

Økt fysiologisk respons: Knyttet til nervesystemet som kan gjøre det vanskelig å sove eller har hyppige oppvåkninger, lavere terskel for sinneutbrudd og vansker med å samle tankene. Sansene er i høyt beredskap og reagere på lavere stimuli enn ellers.

Diagnosen er utarbeidet for voksne, så ved testing av barn har man måttet utvide begrepene noe. Det er også slik at barn og voksne som ikke har alle kriteriene for å få diagnosen fortsatt har posttraumatiske symptomer som påvirker funksjonen i dagliglivet (Bogen mfl. 2011: 69-70). Barn som sliter med posttraumatisk- stressyndrom har større sannsynlighet for å utvikle depressive og dissosiasjonssymptomer, og har dårligere livsforståelse og fungering i hverdagen. De har høyere tilbøyelighet for å ha selvmordstanker og gjøre selvmordsforsøk. Det psykologiske stresset kan påvirke den biologiske utviklingen til barnet og kan vise seg i mindre hjernestørrelse, lavere IQ, dårligere skolekarakterer og mindre av den delen av hjernen som binder høyre og venstre hjernehalvdel sammen. Alvorlighetsgraden av disse avvikene er avhengig av hvor lenge overgrepene har pågått (De Bellils mfl. 1999a). Sapolsky (2000) påviste svinn av hjernevev (atrofi) av hippocampus hos mennesker med posttraumatisk- stressyndrom. Hippocampus er en av nøkkelfunksjonene i forbindelse av lagring av minner. I en artikkel av Bremner m.fl. (1995) fant man at pasienter med posttraumatisk- stressyndrom hadde åtte prosent mindre hippocampus på høyre side sammenlignet med kontrollgruppen.

Barns tidlige samspill med tillitspersoner ruster også barnet for fremtidig stressmestring, og man har funnet at hvis barn blir tidlig utsatt for stress vil utviklingen av de nevralfunksjonene bli påvirket. Det kan gå så langt at de nevrologiske funksjonene alltid er i beredskap. Dette kalles hyperarousal og er en tilstand der kroppen til barnet er alltid i beredskap for farer og trusler og klarer ikke å slappe av. Hyperarousal har en sammenheng med posttraumatisk- stressyndrom og er ofte kommet av angst. Evnen til å nyttiggjøre seg sosiale, emosjonelle og kognitive erfaringer kan være skadet (Killèn, 2009: 114, Kirkengren 2005: 129-131).

Diagnosen til informanten blir stilt når hun er voksen, men hvor lenge hun har levd under disse beskrivelsene kan vi ikke vite. Hun rapporterer om at hun har hatt angst store deler av livet og at hun har prøvd å glemme og fornekte at overgrepene skjedde.

5.1.5 Dissosiasjon

En av informantene forteller at hun flyktet inn i en fantasiverden der hun fant på historier og beretninger som gjorde henne trygg. Denne fantasiverden er delvis forankret i den virkelige verden ved at hun knytter sin ønskeverden til en virkelig person som hun har sett på tv. Hun forteller også om at hun kledde inn hele rommet med bilder av denne personen og at hun også begynte å brevskrive med henne. Hennes mestringsstrategi med å blande virkelige verden med en fantasiverden ble hennes trygge base i tilværelsen. Hun fjerner seg delvis, men forklarer det også som en positiv opplevelse og ressurs hun har brukt for å skape trygghet hun ikke følte hun hadde ellers.

For å klare å håndtere opplevelsene av overgrep er det barn som bruker dissosiasjon som en mestringsstrategi (Breidvik, 2003:77-78). Dissosiasjon er en forsvarsmekanisme der barnet går inn i en dissosiert bevissthetstilstand, de kobler ut fra virkeligheten. De hendelsene som skjer vil i hukommelsen ligge som sorte hull i tidslinjen (Breidvik, 2003: 68). Personen splitter opp sin egen hukommelse, og legger alt det u håndterbare bort. Hukommelsestapene kan bli så store at tidslinjen blir utfordret, og personen fyller tidslinjen med sannsynlige historier, dette kan skape mer usikkerhet og fremmedgjøring, og når det stilles spørsmål ved historiene skapes mer usikkerhet som kan gi grunnlag for problemer med selvfølelse, selvbilde og identitet (Sinneshelse.no; redaktør: Terje Fugelli).

ICD-10, kap. 5 F44, står dissosiasjon beskrevet slik:

"Felles for dissosiative lidelser eller konversjonslidelser, er delvis eller fullstendig tap av normal integrasjon mellom erindringer om fortiden, identitetsbevissthet, umiddelbare sanseinntrykk og kontroll over kroppsbevegelser. Alle typer dissosiative lidelser har en tendens til å bedres etter noen uker eller måneder, særlig hvis debuten er knyttet til en traumatisk livshendelse. Mer kroniske lidelser, særlig lammelser og følelseløshet, kan utvikles hvis begynnelsen er knyttet til uløselige problemer eller vanskeligheter i forhold til andre mennesker. Tilstandene ble tidligere klassifisert som forskjellige typer «konversjonshysteri». De antas å ha psykogen opprinnelse, siden de er nært forbundet i tid med belastende livshendelser, uløselige og uutholdelige problemer eller forstyrrede relasjoner til andre mennesker. Symptomene tilsvarer ofte pasientens forestilling om hvordan en somatisk lidelse ville manifestere seg.

Medisinske undersøkelser og utredninger viser ikke at det er noen kjent somatisk eller

nevrologisk lidelse til stede. I tillegg foreligger tegn på at funksjonstapet er et uttrykk for følelsesmessige konflikter eller behov. Symptomene kan utvikle seg i nær forbindelse med psykisk belastning, og kommer ofte plutselig. Bare forstyrrelser i fysiske funksjoner som normalt kontrolleres av viljen, og tap av sanseinntrykk er inkludert her. Lidelser som medfører smerte og andre komplekse somatiske sanseinntrykk formidlet av det autonome nervesystemet er klassifisert under somatiseringslidelse (F45.0). Muligheten for senere tilsynekomst av alvorlige somatiske eller psykiske lidelser skal alltid vurderes".

Det opereres med tre ulike nivåer av dissosiasjon primær, sekundær og tertiær. Den siste er den mest alvorlige formen for dissosial tilstand. Her kan personligheten være "splittet" og fremtre som selvstendige deler. Det betyr i sin tur at hver "personlighet" har lagret sine traumatiske minner noe som gjør det vanskelig å finne frem alle minnene samtidig og lage en helhet. Sekundær dissosiasjon innebærer en oppdeling i en observerende del og en opplevende del. Utsatte forteller om at de forsvant ut av egen kropp, enten for å sveve over og se ned på overgrepet eller går ut av rommet. Det angikk ikke dem. Denne uvirkelighetsfølelsen kan skape usikkerhet rundt hva som faktisk foregikk.

Primær dissosiasjon har senvirkninger som viser seg i form for negative kroppslige reaksjoner på helt alminnelige situasjoner så som for eksempel en lukt, bevegelse, lyd eller bilde. Ofte forstår ikke personen selv hva som skjer og blir usikker, kan utløse angst, aggresjon eller tilbaketrekking. Denne ekstreme overfølsomheten/over aktiveringen kan forstyrre hukommelsesfunksjonene. Hvis overaktiveringen er for høy kan ny informasjon bli påvirket slik at den ikke kobles opp til allerede eksisterende hukommelse, personen opplever ikke en integrert kognisjon. Mange av de traumatiserte minnene er lagret i perseptuelt plan som sansefragmenter og ikke på et verbalt plan. Dette kan gjøre det vanskelig for personen å sette ord på minnene og opplevelsene, noe som i sin tur gjør det vanskelig å få bearbeidet traumat (Bendum og Boe, 1997: 84- 87).

Det som er nevneverdig er at når tre av informantene forteller om når overgrepene startet, som oppgis å være fra seks år og oppover til ca. 12-13 år, tar de alle forbehold med at det er så langt de husker tilbake. Gjenkallingen av traumeopplevelsene er vanskelig å tidfeste, men ved forbeholdet de setter har de også en villighet til å holde døren åpen for nye traumatiske minner, og at de dermed sier at dette blir vi aldri ferdig med, det bearbeides og prosesseres hver dag.

Om dette viser tegn til å ville glemme, fjerne seg fra hva som skjedde eller om at det å gjenkalle hendelser fra barndommen som er vanskelig for de fleste mennesker, er det vanskelig å si noe mer om.

5.1.6 Oppsummering og drøftelse av senvirkninger

Det er ikke slik at alle incestutsatte opplever de samme senvirkningene eller i samme grad. Det er hva overgrepet består i som er med på å påvirke hvilke skadevirkninger det får og grad av skade. Forskning viser til skadevirkninger som vises som initialeffekter og skadevirkninger som har langtidsfølger. Initialeffektene kan være angstlidelser, frykt, oppmerksomhets og konsentrasjonsproblemer, fobier, posttraumatisk-stressyndrom, dissosiative reaksjoner, depresjon, lav selvfølelse, selvmordsatferd, seksuelle atferdsforstyrrelser. Langtidsvirkninger er som oftest: Skyldfølelse, selvbearbeidelse, sosial isolasjon, kriminalitet, rusavhengighet, seksuell problematikk, spiseforstyrrelser, suicidal adferd og økt sjans for gjentatte overgrep (Bogen mfl., 2011 og Borchgrevink og Christie, 1991).

Browne og Finkelhor (1986) fant gjennom en analyse av mange ulike studier av krenkede kvinner, at langtidsvirkningene omfatter depresjon, selvdestruktiv atferd, angst, følelser av isolasjon og stigmatisering, lavt selvbilde, tendens å bli nytt offer, mishandling, problemer med seksualitet, vansker med tillit til andre mennesker. Erfaringer fra Senteret for seksuelt misbrukte menn viser at menn som tar kontakt med senteret ofte sliter med lavt selvbilde, skyld og skam, selvmordsproblematikk, angst, depresjon, isolasjon og dissosiasjon. De plages ofte av konsentrasjonsproblemer, dysleksi, søvnproblemer, rotete økonomi eller stort kontrollbehov (<http://utsattmann.no/fakta-om-overgrep-2/>).

For mine informanter viser det seg at de har senvirkninger som er på hele spekteret av hva tidligere forskning har funnet om senvirkninger. I en kvalitativ studie gjennomført av Amundsen (2010) under høsten 2008 og våren 2009 der ti kvinnelige innsatte ble intervjuet viste det seg at kvinnene som har vært utsatt for overgrep slet med skyld og skamfølelser, hadde dårlig selvbilde og viste tegn på posttraumatisk-stresslidelse. Studien viser altså lignede senfølger av seksuelle overgrep som mine informanter, selv når informantene gir ulike bakgrunnsbilder og er i dag på vesens forskjellige steder i livet.

En modell som Kendell-Tackett, beskrevet av Killèn (2009: 60-62), har utviklet oppsummerer fire utviklingsstier som overgrep kan influere helsen gjennom. 1) Den følelsesmessige stien

tar for seg depresjoner og posttraumatisk stressyndrom. 2) Den sosiale stien som vises gjennom begrensede evner til å etablere positive relasjoner. Ofre for overgrep er i høyrisiko gruppen for å bli nye ofre i voksne relasjoner med vold og nye seksuelle overgrep, voldtekt. 3) Den kognitive stien: her kommer offerets oppfatninger og holdninger som preger livet de lever. Lav mestringsfølelse, redsel for verden. 4) Adferdsstien som kjennetegnes av adferd som i seg selv er skadelig for helsen som rusmisbruk, negativ seksuell adferd, suicidal, spiseforstyrrelser og søvnvansker.

Mine informanter har til felles at de det har vært vanskelig å stole på og utøve tillit til andre mennesker, samtidig rapporterer tre av informantene at forholdet til mor har vært dårlig av ulike grunner. Mossige og Stefansen (2007) fant at det å ha et dårlig forhold til sine foreldre var den variabelen som i størst grad økte risikoen for å ha opplevd både milde og grove seksuelle overgrep. Det er ingen påstand fra meg at dette er grunnen til at akkurat de ble utsatt. Å analysere familien som helhet for å forklare incest/ overgrep virker for meg lite gunstig. Det er bare en av informantene som vet at hennes overgriper selv var utsatt som barn. Kaufmann og Ziegler (1987) fant at ca. 30 % av overgriperne selv var utsatt. Sett dette sammen så forklarer dette ikke alene hvorfor informantene ble utsatt. Grunnen til at de ble utsatt var at de var akkurat der, like tilfeldig som noe annet.

At forholdet til mor får en større plass og at overgriper får en birolle i fortellingene er vanlig (Lind, 1992). Dette fratår ikke overgriper ansvaret for hva som har skjedd, noe også den siste nevnte informanten mener om at bakgrunnshistorien til sin overgriper fratår ikke hans ansvar og skyld i overgrepene. Alle har valg, også overgripere.

Resultatene av hva som skjedde kan vi altså se i informantenes rapporter om hvordan de har opplevd seg selv, sin oppvekst og vansker med relasjoner til andre mennesker. Informantene har lev med skyld og skam følelser og selvbildet har blitt preget av dette. Vår selvfølelse har innvirkning på hvilke valg vi tar i livet, vurderinger vi gjør og tro på egne ressurser.

Modellen som Kendell-Tackett (beskrevet av Killèn, 2009: 60-62) oppsummerer mye av de utviklingsstiene mine informanter også har gått på.

Antonovskys salutogene modell (2012) prøver å vise hvor en person står for å kunne takle livets hendelser. Dårlig selvfølelse og lav tro på egne ressurser gir uhelse eller beskrevet som lav opplevelse av sammenheng. Lav opplevelse av sammenheng gjør deg mindre rustet til å

takle motgang som gir deg hensiktsmessig erfaring. Det er til å tro at mine informanter med de opplevelsene de erfarte, familieforholdene og utviklingen av virkninger av dette, har skapt en uhelse- lav opplevelse av sammenheng. De rapporterer om dårlig psykisk helse.

Kunne informantene selv endre på sin opplevelse av sammenheng? Ville tidlig avdekking motvirke uhelse? Ingen av mine informanter fikk eller avsløre selv de forholdene de levde under, men det er trolig å tro at tidlig avdekking vil hjelpe mot uhelse (Søftestad, 2005). I stedet for å avsløre forholdene de levde under (av årsaker jeg ikke vet) utviklet de strategier, bevisste som ubevisste, for å håndtere situasjonen. Dessverre kan vi si at håndterbarheten, altså de ressursene du selv har til rådighet for å kunne takle stressen du blir utsatt for eller ressurser som kontrolleres av en annen du føler du stoler på eller har tillit til, bygger på strategier som også preger utviklingen av ditt eget selvbylde. Utviklingen informantene forteller om er at de prøver å "gjemme seg bort" og de er "redd for å bli sett". De håper på at denne strategien ikke vil lede til avsløring. De tenker seg avsløring som noe enda verre enn hva de opplever i livene sine. Deres måte å håndtere situasjonen på gir det motsatte av hva Antonovskys mener en sterk opplevelse av håndterbarhet er. På den andre siden kan deres måte å håndtere situasjonen på, føles som en kontroll for dem. Ressursene du har som barn for å håndtere slike situasjoner er små og minskes mer ved at barna ikke har omsorgspersoner som ser hva som skjer og beskytter de.

Antonovsky mener at mer presis plassering på kontinuumet først skjer ved tidlig voksen alder, og det er da de fleste av mine informanter starter sin bearbeiding. Plasseringen på kontinuumet som jeg antar var mer mot uhelse enn helse, vil derfor endre seg.

5.2 Resiliens

Resiliens (som er et engelsk begrep) kan oversettes med elastisk, spenstig. På norsk bruker man gjerne begreper som motstandsdyktighet, mestring og beskyttelsesfaktorer. De to første begrepene viser til indre egenskaper, mens det siste gir en felles betegnelse på indre og ytre faktorer som påvirker individet i positiv retning (Bogen mfl., 2002).

Resiliens i forhold til seksuelle overgrep er et viktig aspekt med tanke på mørketallene av omfang for seksuelle overgrep. Forskere tror at mørketallene er store for ikke-rapporterte

overgrep (Breidvik, 2003, Søftestad, 2008). Bogen mfl. (2002) skriver at forskjellige forskere har funnet at 20-44 % av ofrene for seksuelle overgrep synes ikke å ha noen symptomer.

Det er kommet frem til at det er tre faktorer som ligger i utviklingen av resiliens hos en person. Attributter ved barnet selv, aspekter i familien og faktorer i barnets sosiale omgivelser (Klingenberg og Lovang, 2006:18). Det er den unike kombinasjonen av disse som påvirker individets tilpasning av stressorer den blir utsatt for. Å se på resiliens er viktig i forhold til å finne positive egenskaper ved personen og oppveksten. På den måten kan man lete i forhistorien med et positivt blick og ikke bare se på de negative hendelsene.

Bogen mfl. (2002) viser til en oversiktsartikkel av Heller mfl. (1999) der flere personlighetstrekk er identifisert hos resiliente individer. Deriblant gode utviklende kognitive og atferdsmessige ferdigheter, sterk selvtillit, følelse av kontroll på eget liv, legge skyld utenfor seg selv, selvkontroll og til sist fleksibilitet i tilpasningen av omstendighetene. Videre er strukturert skolehverdag, at personen har hatt en signifikant andre, deltagelse i fritidsaktiviteter eller andre former for positive felleskap regnes som gode beskyttelsesfaktorer. En signifikant andre betyr at barnet har følt enten tillit, omsorg, følelse av å bli sett og forstått av en annen voksen person (Klingenberg og Lovang, 2006: 21-24). I forhold til depressive symptomer, er familiemiljøet den antatte mest betydningsfulle resiliensfaktoren (Børretzen, 2008: 23)

Alle resiliensfaktorer er kontekstuelle og personlige. Det gir resiliensforskningen utfordringer i å finne universelle forhold mellom resiliensfaktorer og negative erfaringer, altså metodisk problemer. Alle overgrepserfaringer (stressorer) er personlige og derfor også vanskelig å gi en direkte årsak-virkningsforhold i resiliens tankegang (Børretzen, 2008: 15).

I 2006 gjennomførte to masterstudenter, ved Institutt for spesialpedagogikk ved Universitetet i Oslo, en undersøkelse med problemstillingen: Kvinner som opplevde seksuelle overgrep i barndommen; kan vi se sammenheng mellom resiliente egenskaper og hvordan de oppfatter seg selv? De laget et spørreskjema som ble sendt ut til alle incestsentre i Norge som ønsket å delta i undersøkelsen. Svarprosenten på 55,2 % (~56) fra 10 ulike sentere er for lav for et representativt utvalg, men svekker ikke undersøkelsens informative natur om problemstillingen innenfor det norske samfunnet. Deres funn indikerer at voksne som har overgrepserfaringer som barn og som også hadde evnen til å skaffe seg venner i barndommen

og hadde en støttende voksen, har større sjanse for å ha økt selvoppfatning og opplevelse av egenfungering i voksen alder (Klingenberg og Lovang, 2006: 88).

Børretzen (2008: 19) skriver om en undersøkelse gjort på voksne kvinner som hadde opplevd seksuelle overgrep som barn og som hadde hatt sosial støtte under oppveksten viste mindre depressive symptomer som voksne. Hun skriver også at attribusjonsstilen til overgrepsutsatte har stor innvirkning på depressive symptomer. Ved å attribuere utover mer enn innover i seg selv gis individet større mulighet til å ha tiltro til egne evner, håndtere påkjenninger og inneha forventning om mestring.

Opplevelse av kontroll er også assosiert med mindre depressive symptomer hos overgrepsutsatte. Børretzen skriver (2008: 21):

“... personlig kompetanse som selvtillit og self-efficacy (forventinger om at mål kan nås selv om det er hindringer) vil være forbundet med mindre depressive symptomer hos personer som har opplevd seksuelle krenkelser”.

Hennes egen surveybasert studie av vold og overgrep blant ungdommer med datamateriale fra NOVA (2008: 42) bekrefter at høy grad av resiliens i form av personlig kompetanse (selvtillit, selv-efficacy, håp, optimisme og målbevissthet) fungerer som en buffer mot depressive symptomer hos individer som har opplevd seksuelle overgrep. Disse egenskapene er sentrale for å håndtere negative livshendelser. Tillit til seg selv og egen mestring kan redusere negative følelser, negative attribusjoner og øke tilpasningsdyktigheten i etterkant av overgrepene. Børretzen studie viste også at hos jenter var både milde og grove seksuelle krenkelse forbundet med en økning av depressive symptomer, selv om det ble kontrollert for resiliensnivå. Effekten av resiliensnivå var avhengig av personlig kompetanse, og viser at resiliensfaktorer påvirker forholdet mellom seksuelle krenkelser og depressive symptomer.

I denne korte redegjøringen for resiliens satt opp mot incest og seksuelle overgrep ser vi at det er noen faktorer som er mer utløsende som resiliente egenskaper enn andre. De generelle resiliente faktorene kan være vanskelig for incestutsatte å inneha, men det trenger ikke å være slik. Å ha en signifikant annen kan være hvem som helst i barnets oppvekst som barnet føler tillit til og trygghet hos. Det betyr at voksne som er rundt barnet naturlig, så som førskole-, lærere og sosial lærere bør ta rollen alvorlig og ved mistanke spørre barnet på en skikkelig og anerkjennende måte.

I mine intervjuer spurte jeg spesifikt informantene om det var egenskaper ved dem selv og personlighet som de selv synes å hatt innvirkning på hvordan de har klart å bearbeide sin overgrepshistorie.

Her er noen av de svarene jeg fikk direkte eller gjennom historier og eksempler (jeg har tatt de delene som omhandlet egenskaper ut av fortellingen, eller kortet ned uttalelsen, meningsfortetting):

"Jeg har en iboende tro på mennesket og kjærligheten"

"Jeg har god selvtillit når det kommer til å ta egne avgjørelser... og jeg stoler på min egen magefølelse"

"Jeg hadde god kontakt med noen av lærerne mine"

"Jeg har selvtillit til å høre på min egen stemme"

"Jeg har selvtillit å gjøre ting i mitt tempo"

"Jeg er flink til å fantasere om gode hendelser"

"Jeg har sterk livsvilje"

"Jeg gir meg ikke og jeg utfordrer meg selv hele tiden"

"Jeg er rolig av natur både fysisk og psykisk"

Det var en av informantene som spesifikt mente at hennes egenskap til å fantasere om gode hendelser skapte en trygghet hos henne, og som hun aktivt brukte. Hun hadde også kledd inn hele soverommets vegger med plakater av trygghetspersoner som hun ikke kjente, men fantaserte om. Disse handlingene og væremåten gjorde at hun skapte seg en trygg tilværelse med seg selv, overgrepene kunne holdes utenfor. Hennes mestringsteknikk kan sees på som en utviklet resilient egenskap eller som dissosiasjon, som jeg har redegjort for. Hun har økt kontrollen over hva som er trygge situasjoner og utviklet en positiv selvtillit til seg selv om at hun kan skape slike situasjoner.

"The Invulnerable child" av Antony og Cohler (1987) blir pseudoresiliens lansert. Pseudoresiliente barn bruker kreativitet som en ersatningsarena i utvikling av

sosialkompetanse. De skaper en trygghet og glede i sin egen fantasiverden. Denne fantasiverden erstatter det sosiale livet andre barn har og blir derfor regnet som en resilient egenskap.

Den er den samme informanten som sier: "Jeg har selvtillit til å høre på min egen stemme og gjøre ting i mitt eget tempo. Jeg hadde god kontakt med barnehagepersonalet og lærere på skolen". Jeg synes at dette viser at hun har aktivt brukt denne mestringsteknikken som hun hadde som barn når hun videre går inn for å hjelpe seg selv gjennom bearbeidingen av traumet hun ble utsatt for. Som skrevet ovenfor er selvtillit og forventning om mestring resiliente egenskaper. Informanten hadde også god kontakt med en signifikant annen, selv om disse aldri visste hva som pågikk.

En annen av informantene forteller om sin livsvilje, utfordre seg selv og det "å ikke gi seg". Informanten vet ikke om det var egenskaper som var der i barndommen, men jeg vil tro at de var der. Når denne informanten forteller sin historie hører jeg at disse egenskapene går igjen i alle de utdypende delene som kommer frem. Informanten har pushet seg gjennom ulike skoler, jobbet hardt og ikke sett seg tilbake. Dette har gjort at informanten har oppnådd mye i livet sitt og gjør det mulig å presse seg fremover selv om det er ubehagelig. Informantens terskel for smerte er høy, mener jeg.

På den andre siden kan disse egenskapene gi et negativt uttrykk, ved å ikke erkjenne sin historie, ved å alltid fylle opp tiden sin slik at gamle grufulle minner ikke får plass. Amundsens (2010) informanter forteller også om at de prøver å ikke tenke på hva de ble utsatt for som barn, hullene er så svarte at man kan drukne i dem, beskrives det. Slik stress og flukt kan ende i at alt faller sammen. Noe det også gjorde for en av informantene mine. Når en ulykke skjedde og informanten ble sykemeldt pga. av skadene, raste livet sammen. Informanten beskriver det som å gå i veggen, veldig hardt. Plutselig kunne ikke tiden fylles med annet, ingenting fungerte. Selv når dette skjer forteller informanten at hun fortsatt lever i fornektelse av sin historie. Egenskapene, styrketen og viljen, kan altså brukes mot henne også.

Alle uttalelsene kan kobles til egenskaper som er positive for å håndtere et traume, men trenger ikke å være tilstede. Det vi vet er at høy grad av personlig kompetanse øker bufferen for depressive symptomer (Børretzen, 2008). I mine informanters uttalelser ser jeg selvtillit, håp, optimisme og målbevissthet. Dette er resiliensfaktorer som går igjen i ulike

undersøkelser. Ingen av mine informanter har vært innlagt eller vært til behandling på en psykiatrisk institusjon. De fleste har brukt psykologtjeneste. Dette gir et bilde på at deres resiliente egenskaper (sammen med andre omstendigheter) har gitt dem en buffer.

En av de andre kjente resiliente faktorene omhandler omsorg og relasjoner til signifikante andre. Det er bare en av informantene som snakker om relasjoner til andre voksne, fra barnehagen, trenere og lærere. De andre informantene forteller veldig lite om andre i oppveksten, men de fleste forteller om andre jevnaldrende venner, noen mer, andre mindre. Når historiene går over til voksen tid, når de er ca. 18-30 år, har de fleste venner og ingen snakker om ensomhet i den forstand i denne tiden. Den yngste av mine informanter forteller om at det har vært lett å få gode venner på studiet, selv om ikke alle vet om overgrepshistorien.

5.2.1 Oppsummering og drøfting

Informantene har noen kjente resiliente faktorer med seg i oppveksten, som venner, andre voksne, trygghet på seg selv til å ta egne avgjørelser, fantaserer og utfordrer seg selv.

I lys av den salutogene modellen er dette egenskaper som styrker opplevelse av sammenheng. Selvtillit til å møte nye utfordringer og ta egne avgjørelser gir en tro på at de ressursene man besitter er tilstrekkelige for å håndtere stressen man blir utsatt for eller som man selv utsetter seg for. Som et eksempel har alle mine informanter klart å gjennomføre høyere utdanning og har jobbet etter eller under utdanning. Jeg mener dette er en god indikator på at de har tro på at de vil klare utfordringer som de utsetter seg for, hvertfall innenfor dette området. Med det mener jeg at selv om de utfordrer seg selv i utdanning, betyr ikke det at de automatisk vil utfordre seg selv i andre sammenhenger. Kanskje selvtilliten de har for egne ressurser er sterkt knyttet til visse områder, som de vet de behersker? Jeg tenker da spesielt på informantene som utviklet posttraumatisk- stresslidelse. Hun har tydelig egenskaper som gjør at hun kan utfordre seg selv i forhold til utdanning, men å utfordre seg selv og sin historie er noe helt annet.

Resiliente egenskaper og den salutogene modellen kan gi en indikasjon på ved å besitte disse egenskapene og erfaringene håndterer personen stress (påvirkningsfaktorer) på en hensiktsmessig måte for (den psykiske) helsen. En forskjell mellom de to er at resiliens tar opp erfaringer som har skjedd i personens liv som gir dem forutsetninger for å gjøre noen

hensiktsmessige valg i fremtiden, mens den salutogene modellen ikke bare tar opp forhold som skjedde i barndommen, men forhold som skjer i løpet av hele livet (selv om Antonovsky mener at skåren på opplevelse av sammenheng stabiliserer seg mest under tidlig voksen perioden). En annen forskjell er også at den salutogene modellen prøver å beskrive parametere som er med på å avgjøre din opplevelse av sammenheng, mens resiliens sier ikke inngående noe om hvordan disse faktorene påvirker videre valg en person gjør i livet. Man vet at personer som har kjente resiliente faktorer i sitt erfaringsgrunnlag oftere tar hensiktsmessige valg videre i livet.

På den måten mener jeg at resiliens og den salutogene modellen kompletterer hverandre. Der visse resiliente erfaringer gir mulighet for god utvikling av en sterk opplevelse av sammenheng og at videre bevisst utvikling av begrepene som inngår i opplevelse av sammenheng, meningsfullhet, håndterbarhet og begripelighet, øker mulighet for videre utvikling av god helse og dermed å gjøre gode valg videre i livet.

5.3 Bearbeiding av overgrep

5.3.1 Innledning

Personer som er utsatte for incest kommer ofte i situasjoner som har likhetstrekk med overgrepssituasjonen. Den måten personen taklet overgrepet på, preger måten å håndtere andre situasjoner på. Det er viktig at personen selv finner ut om opplevelsene fra overgrepssituasjonene preger hennes tilværelse og væremåte, mener både Boe (1991) og Øglænd (Iversen og Øglænd, 2010).

I studien viser mine informanter at de har senvirkninger. Jeg har fremhevet at mine informanter har resiliente egenskaper/kjente erfaringer som har hjulpet dem både når overgrepene skjedde og etter at de sluttet. Jeg vil mene at disse egenskapene, mestringsstrategiene, er en del av grunnen til at de har klart å bearbeide sine traumeerfaringer og at de i dag er i jobb eller utdanning og er fornøyde med hva de har klart å oppnå.

I intervjuene forteller de om hva som har hjulpet i bearbeidingen av overgrepstraumene sine. Jeg har analysert deres svar og laget noen hovedkategorier. Disse hovedkategoriene er ansvar, fellesskap, rollemodeller, kroppen, kunnskap og vil gi inndelingen av kapittelet.

5.3.2 Ansvar

Av mine informanter var det tre av fire som benyttet seg av psykologhjelp. De fortalte at en viktig del av den hjelpen psykologer kan gi, er å jobbe seg igjennom ansvaret for overgrepene. Senvirkning av "skyld og skam" kan på den måten bli redusert ved å legge ansvaret for overgrepet til overgriper.

En viktig del av bearbeidingen er også å legge ansvaret for eget liv og helse til den utsatte. At prosessen i behandlingen gjøres sammen med den utsatte, der den utsatte er ansvarlig for fremgang. På denne måten gjenvinnes kontroll over eget liv og trening i å sette grenser for seg selv. Mine informanter påpekte at psykologens væremåte er viktig. Psykologen/veilederen måtte være empatisk, passe pågående, tydelig, vise håp og gi ansvar. Gjensidig tillit var også et poeng noen av informantene la vekt på. "I den gjensidige tilliten til min psykolog fikk jeg et ansvar", fortalte en av informantene.

Boe (Boe, 1991) og Øglænd (Iversen og Øglænd, 2010) er begge psykologer som har jobbet mye med seksuelle traumer. De beskriver begge hvor viktig det er at hver enkelt pasient får lede sin egen behandling og at de som terapeuter tør å slippe kontrollen, men de sier også at det er viktig at terapeuten skifter fokus i terapien når de mener det nødvendig. Begge forteller at de sammen med pasienten blir enige om å skifte fokus slik at terapien blir forutsigbar og for å skape tillit og selvfølelse hos pasienten. Begge mener at det er viktig at pasienten er med og bestemmer sin egen utvikling, for å unngå å havne i en ny overgrepssituasjon der pasienten spiller skuespill og gjør det terapeuten forventer. Dette er en situasjon utsatte ofte er godt kjent i, og en atferd de må jobbe seg vekk fra.

Borge og Fagermoen gjennomførte en brukerundersøkelse ved en åpen psykiatrisk klinikk i 2008. Traumebehandlingen ved klinikken hadde læringsbegrepet i fokus og pasientene fikk erfare dette gjennom medbestemmelse og medvirkning til egen behandling. Annerkjennelsen av å være et voksent menneske som tok egne beslutninger over seg selv styrket troen på egne ressurser.

Haugens studie (2007) presenterer en vurdering fra seks overgrepsutsatte kvinner som har fått en ny type traumebehandling ved en psykiatrisk institusjon i midt- Norge. Alle deltagerne har senvirkninger som går langt over symptomkriteriene for posttraumatisk -stresslidelse. Hennes funn viser at alle deltagerne bekrefter at symptomene deres har endret seg i løpet av behandlingsprogrammet. Hun har også sett på hvilke behandlingsfaktorer som er effektive for å redusere symptomer som er assosiert med senvirkninger etter seksuelle overgrep. Hun finner i sin analyse at det er tre faktorer som har hatt mer påvirkning til endring enn andre; å bli trodd, normalisering og bearbeiding. Å bli trodd er den mest betydningsfulle faktoren for endring. Mange av informantene har opplevd å ikke bli trodd og blitt beskyldt for å lyve om overgrepene. Det å være med andre overgrepsutsatte har også hjulpet ved å føle at man ikke står utenfor eller at man ikke er "unormal". Det siste de sier er at det å jobbe og sette ord på overgrepserfaringene med andre mennesker som bryr seg har vært veldig viktig. De har også følt at behandlerne har kunnet sitt fagområde og at de derfor ikke har trengt å holde tilbake i sine overgrepsfortellinger og erfaringer (Haugen, 2007: 63-64).

Helsetjenestene i Norge har gradvis kommet til en anerkjennelse om at den enkelte må ta ansvar for egen helse og er derfor opptatt av at å gjøre folk i stand til å definere egne problemer utafra egen situasjon og finne løsninger i felleskap. For at behandlingen skal være vellykket bør pasienten bidra aktivt i hele behandlingsløpet. Man begynner dette samarbeidet med informasjon og kunnskapsutveksling. Opprettingen av læring- og mestringssentrene (LMS) i alle helseforetak setter fokus på hvordan man kan lære seg å leve og mestre reaksjoner på langvarig og kroniske sykdommer og gi kunnskap om livsstilsendring. Målet er at deltagerne skal gjøre kunnskapen til sin egen og dele erfaringer med andre brukere og helsepersonell. Utfordringen for helsepersonell er å være gode lyttere for å få med seg pasientens nivå, strukturere og hjelpe pasienten videre i sin utviklingszone. Flere forskere mener at ved å objektifisere pasientene i behandling understøtter vi deres tidligere erfaringer med å være maktløse og bevare de i gruppen "de andre" (Borge, 2011: 32-36).

Vi kan her se at faktoren "ansvar" er svært viktig for bearbeiding og utvikling av bedre helse. Ansvar gir innflytelse, medbestemmelse og kontroll over eget liv som er viktige komponenter i å utvikle seg selv å bli et autonomt menneske. Dette er også komponenter som er utfordrende for overgrepsutsatte der det ofte er disse delene som har vært manglende i deres barndom. Mange har følt at kontroll over eget liv og kropp bestemmes av andre, de er objektet

og ikke subjekt. Å ta ansvar betyr også at tilliten til ens egen vurdering må finnes tilstede. For mange utsatte byr dette på en utfordring og må arbeides med.

Mine informantens uttalelser viser at de hadde god selvtillit for - "å ta egne avgjørelser", - "høre på egen stemme", - "å gjøre ting i mitt tempo". Uttalelsene viser at de har en god selvfølelse i forhold til å beherske ansvaret de har i de valgene de tar for sitt liv. De virker selvsikre og stoler på sine avgjørelser når avgjørelser for sitt liv skal tas. Dette skiller dem fra Amundsens (2010) informanter som viser til følelse av avmakt i eget liv.

Antonovsky (2012: 44) viser til at medbestemmelse danner grunnlaget for komponenten meningsfullhet og det er her motivasjonen ligger. Uten motivasjon for endring hos individet selv vil endring ikke skje. Ved å involvere seg i livsområder som gir mening følelsesmessig og kognitivt, gis store muligheter for endringslyst. Glede, stolthet, eierforhold og lyst er alle sammen viktige følelser i denne sammenhengen. Antonovsky (2012: 41) skriver:

"Meningsfullhet understreker betydningen av å være involvert både som deltager i prosessene som former ens skjebne, og i sine daglige erfaringer"

Lind (1991) forteller om utviklingen av inntak, regler og kontraktinngåelse for selvhjelpsgrupper ved Senter mot incest. Der har det vært viktig å sette ansvaret deltagerne har ovenfor gruppen ned på papiret. På den måten blir ansvaret og forventningene tydelig definert.

5.3.3 Fellesskap

Mine informanter ble rekruttert gjennom Senter mot incest. En del av senterets tilbud er støttegrupper som er betegnelsen de bruker på sine autonome selvhjelpsgrupper. Mine informanter har brukt senterets støttegrupper og tilbud og alle mener at fellesskapet de har kjent har vært en stor støtte under bearbeidingen.

For mange overgrepsofsatte gir hemmeligheten de bærer på en ensomhet. Det å møte andre med lignende historier skaper en tilhørighet. Fra litteraturen er det noen som betegner dette "å tre inn i menneskeheten igjen", der man før har stått utenfor alene nå tar plass sammen med andre. Lind (1991) skriver at de fleste som tar kontakt med Senter mot incest opplever seg selv som annerledes, utenfor og isolerte i sin hverdag og nærmiljø. Selvhjelpsgruppene og senteret blir midler som hjelper de utsatte ut av isolasjonen og inn i menneskeheten igjen.

Tre av mine informanter forteller om tre ulike aspekter ved felleskap. De forteller om fellesskapet de har i begrepene de bruker sammen med andre overgrepsofsatte, fellesskap i å tilhøre et sted og til sist felleskap i åpenheten rundt overgrep.

Borge og Fagermoens (2008) intervjuer med pasienter fortalte at medpasienter hadde en spesielt stor betydning for læringen siden "de snakket samme språk". Tiden mellom terapitimene var like betydningsfull, siden de da hadde tid til å snakke med andre, reflektere over timen og ikke minst hadde tid til å hente seg inn etter alle inntrykk og endringer. Medpasienter "snakker samme språk" og gir gjenkjennelse. Det skaper grobunn for trygghet og åpenhet, som er viktige "nøkler" for videre læringsbehandling. To av mine informanter forteller om å tørre å høre overgrepshistoriene som blir fortalt og også bli stående igjen sammen - "å romme noen". Fellesskapet som finnes i språket handler altså ikke bare om ordbruken og hva du forteller, men også om følelsene som ligger bak ordene. Det er følelsene og gjenkjennelsen som skaper en del av fellesskapet.

Å møte andre overgrepsofsatte og ha en åpenhet om dette i selvhjelpsgruppene skaper en tilhørighet. Lind (1991) viser til hvordan Senter for incest har utviklet hvordan selvhjelpsgruppene skal kunne fungere godt. De har satt krav til deltagelse i gruppene, med regelverk og kontraktinngåelse. Dette kan i seg selv skape struktur og tilhørighet.

Aksept fra andre ser ut til å være nøkkelen for å bygge opp stolthet. Å se misbrukte som verdifulle mennesker ser ut til å være en viktig faktor for å minske skamfølelsen og for å få stolthetsfølelsen til å vokse. Aksept, respekt og kjærlighet er viktig i kampen for anerkjennelse, for "healing of shame", og endring i sin egen identitet fra offer til overlevende. Nye positive referanser og erfaringer ser ut til å være en av endringsnøklerne fra dårlig til god selvfølelse (Pettersen, 2009: 194-200).

Deltagelse i felleskapet er viktig for komponenten "meningsfullhet" i den salutogene modellen. De som skårer høyt på denne komponenten har livsområder de er involvert i og som gir mening kognitivt og følelsesmessig. Felleskapets alle sider kan altså hjelpe den utsatte "å tre inn i menneskeheten" igjen og involvere seg mer i sin egen livsverden og dermed kanskje også bidra for andre etterhvert. Å hjelpe andre skaper meningsfullhet hos de fleste mennesker. Det skaper et ansvar, tilhørighet, respekt og gjensidig tillit. En god relasjon kan utvikle seg.

Rollemodeller – forbilder- åpenhet

I forbindelse med det fellesskapet kan gi i bearbeidingen fortalte informantene om håpet rollemodellene kan gi. Rollemodellene var her andre overgrepsutsatte som hadde kommet seg gjennom bearbeidingen og som nå jobbet, hadde familie og venner. De ga et håp om at det går. Åpenheten rollemodellene viste om sine liv gav inspirasjon til å strekke seg lengre og tørre og håpe på at de også en dag kan få det de savner. Åpenheten rollemodellene gav viste at det var veien å gå for å komme seg igjennom bearbeidingen. Den tilværelsen de kom fra, fortielse og isolasjon, ikke var veien å gå.

Pettersen (2009: 210-216) mener at for å utvikle seg selv må personen øke bevisstheten rundt egne følelser og tørre å vise dem for andre. Stillheten rundt seg selv og sine følelser er et tydelig tegn på å leve i skammen og at individet låser seg i følelsen av å ikke ha rett til å være som andre, føle slik som andre. Åpenheten kan gjøre at personen reflekterer mer over seg selv som person og sine følelser. Ved å holde på skammen, være stille i skammen, skaper resignasjon for å gjøre endringer i sitt eget liv.

Forbilder gir oss noen positive eksempler å strekke oss etter. Det er modellens handlinger, egenskaper og stil blant annet, som blir målt. Har modellen også kunnskap øker sjansen for å bli en rollemodell i andres øyne. Bruk av rollemodeller effektivt, fordrer at personen stoler på den som er rollemodell og at andre i kollegiet for modellen også viser stolthet og anerkjennelse for at modellen faktisk er en rollemodell. Ved et tett sosialt fellesskap kan kunnskap overføres fra rollemodellen til personen. Det fordrer selvfølgelig at rollemodellens handlinger og stil passer personens egen utvikling av stil og identitet. Endring av personlighet og utvikling er en sosialisering prosess der individet tilegner seg gruppens eller kulturens verdi- og livsmønster. Dette skjer gjennom imitasjon og identifikasjon (Lave og Wenger, 2003, Evenshaug og Hallen, 2000).

En rollemodells forventninger til personen kan også gi utslag på personens selvoppfatning og motivasjon og dermed blir bevisstheten rundt egen rollefigur viktig.

5.3.4 Kroppen og følelser

En viktig del av bearbeiding av overgrep handler om kroppen. Kroppen inneholder mange følelser og bærer personens uteseende. Kroppen er en del av det å bli kjent med seg selv, lære å sette egne grenser, egne seksuelle ønsker og tanker med mer. Mange overgrepsutsatte har problemer i forholdet til sin egen kropp. En av mine informanter oppsummerte dette: "*Jeg måtte jobbe med å like hele meg, jeg måtte utfordre meg selv til å leve ekte*" og en annen sier: "*jeg måtte bli kjent med hele meg*". To av de fire påpeker også at det er viktig å få tid til denne delen av bearbeidingen. Mye av ens væremåte må endres og det er vanskelig og tar tid. Det blir viktig å få gjøre ting i eget tempo. Å få gå i eget tempo hjelper pasienten med å ikke miste kontrollen og inneha styring over egen læringsprosess. Pasienten må få nok tid til å trene med de nye nøklene og verktøyene. Refleksjon er også en viktig del av dette. Selvrefleksjon og læring kan skape uroligheter og trigge forsvarsmekanismer. Derfor er det viktig at det finnes tid for pasienten til å bearbeide inntrykkene utenifra og innefra. Dette kan skape mestringsfølelse som er en viktig nøkkel for videre arbeid med seg selv (Borge, 2011: 39-44).

Mange ser på sin egen kropp som noe annet, ikke del av seg selv og sitt selv bilde. De kan ha godt selv bilde ut fra de tingene de gjør, så som jobb og være god forelder, men å like sitt utseende og kropp er ikke med i dette selv bildet. Pettersen (2009: 249) skriver at noen overgrepsutsatte prøver å ta kontroll over kroppen. De kan utvikle anoreksi eller bulimi, for å kontrollere dens utseende i håp om at de da vil få mindre oppmerksomhet og dermed mindre sjanse for overgrep.

Selvskading er også vanlig når personen lider under høy skamfølelse. Og allerede etter selvskading kan igjen også gi skamfølelse. Det er kroppen som bærer på arrene som igjen forsterker et allerede negativt syn på kroppen. Skammen bæres i og av kroppen. For individet kan tenke gode tanker om seg selv uten at helheten er med, altså personen har god selv følelse så lenge kroppen ikke tas med i bildet. Det er kroppen som har gjort noe galt, eller det er utseende på kroppen som har gjort at overgrepene har skjedd. Personene kan altså dele seg selv opp på denne måten for å håndtere sin situasjon, på den måten kan det bli lettere å håndtere skyld og skam (Pettersen, 2009: 243-246).

Det negative synet på sin egen kropp gir også et vanskelig utgangspunkt for å ta sin seksualitet og kropp tilbake. Det handler om å kjenne sine grenser for hva som er greit og ugreit og også bli kjent med sine egne lyster og behag. Disse to komponentene er ofte

problematiske for utsatte. Utsatte har ofte problemer med grensesetting siden de ikke har hatt lov eller mulighet til å selv bestemme hva som er greit og ugreit i forhold til sitt eget liv og kropp. Noen har kanskje også opplevd velbehag under overgrepene siden kroppen reagerer uten at de egentlig vil. Dette kan skape veldige skyldfølelser og avasjon for kroppen (Borchgrevink og Christie, 1991, Søftestad, 2005). Det ser også ut til at utsatte legger mer vekt på negative kommentarer om kroppen, enn de som er positive (Lind, 1992).

Linds (1992) informanter har løst sine seksuelle problemer på forskjellige måter, noen har inngått lesbiske forhold, og der de beskriver at sex med en annen kvinne ikke påminner dem om overgrepene og har derfor god opplevelse av sex i voksen alder. Andre igjen lever uten sex.

Kirkengren (2005) oppsummerer sine egne erfaringer fra pasienter som har fysiske smerter som hun mener har sammenheng med overgrepserfaringer disse pasientene bærer med seg. De overgrepsutsatte forteller om fysiske problemer de selv mener har sammenheng med sine traumeerfaringer. Noen forteller om å ha gått til kiropraktor og fysioterapeut i hele sitt liv og at musklene spesielt i nakke, rygg og mage er uutholdelig. De forteller om medisiner og at musklene er høyspent (arousal) hele tiden. Bell mfl. skriver i Barndoms traumer og kronisk smerte fra 2000, at etter en undersøkelse av 100 pasientjournaler ved Haukland sykehus der pasientene var til behandling for kroniske smerter, viste journalene at 23 pasienter av utsatt for alvorlige seksuelle opplevelser som var erfaringer lagt før smertedebuten. De mener at tallene er høyere siden en del pasienter ikke ønsket å journalføre overgrep de hadde vært utsatte for. De fleste har vært arbeidsufør hele eller deler av livet, noe som også preger selvfølelsen og følelsen av å være utenfor og ensom (Pettersen, 2009; Lind 1992).

Følelser

Haugens informanter (2007: 46-49) belyser deres problemer rundt å uttrykke følelser, kjenne på følelser og kanalisere følelser. De har i store deler av livet sitt måttet skjule sinne og aggresjon ovenfor overgriper og andre som har behandlet dem dårlig. Mange kjenner også en sorg over at overgrepene har ødelagt så mye for dem senere i livet, og at de ikke har mottatt den omsorgen et barn trenger for å ha en god oppvekst. De forteller også at de ikke har tillat

seg selv å være triste eller svake, siden sårbarhet er et svakhetstegn og forbindes med fare for ytterligere overgrep. Å unngå å vise svakhet gir en form for beskyttelse.

Noen kan gå så langt til å utvikle en fobi for egne følelser, som innebærer at klienten tror at en spesifikk følelse vil føre til uønskede reaksjoner eller handlinger. Pasienten kan utvikle en unngåelse av de følelsene slik at handlingen aldri blir gjennomført. De kan være redde for at sorg og tristhet vil overta hele stemningsleiet og at de aldri vil komme tilbake til “normalen” som de har kontroll over. Haugens (2007:67-68) informanter oppdaget gjennom behandling at noen følelser skjuler andre følelser og for å tåle avdekkingen av følelsene så må kapasiteten til pasienten økes gjennom øving. Det kan være kroppslige reaksjoner, men også bevisstgjøring slik at reaksjonen endres og at ikke de automatiske reaksjonene slår inn.

For å utvikle seg selv må personen øke sin egen bevissthet rundt sine følelser og tørre å vise dem for andre. Stillheten rundt seg selv og sine følelser er et tydelig tegn på å leve i skammen og at individet låser seg i følelsen av å ikke ha rett til å være som andre, føle slik som andre. Åpenheten kan gjøre at personen reflekterer mer over seg selv som person og sine følelser. Ved å holde på skammen, være stille i skammen, skaper resignasjon for å gjøre endringer i sitt eget liv, mener Pettersen (2009: 210-216).

Tre av informantene i denne studien har aktivt brukt psykodrama som terapiform for å bearbeide overgrepene, og to har utdannet seg videre innenfor dette. Psykodrama brukes for å åpne følelser som er fastlåste og legge grunnlag for nye valg. Øvelsene synliggjør hemmede livsmønstre og tabulagte hemmeligheter. Psykodrama skjer oftest i grupper der medlemmene spiller ut ulike traumatiske hendelser, personer, egne fysiske grenser og følelser. Man bruker en oppvarmingsfase med øvelser for å bygge opp samholdet og gruppeidentiteten, en dramatisk handling som hoveddel og til slutt en avslutningsfase. Psykodrama gir mulighet til å jobbe direkte kroppslig med overgrepsutsatte, noe som gjør denne metoden godt egnet. Den egner seg best til utsatte der det er en tid siden overgrepene skjedde. Metoden gir også medlemmene mulighet til å regissere sin fremtid noe de ofte gir muligheter og håp (Valvik, 1991).

Arbeidet med synet på kroppen er selvfølgelig en svært viktig del av bearbeiding av seksuelle overgrep. Synet på kroppen viser kanskje et bilde av alle de delene som er skadet gjennom overgrep. Med det mener jeg at det er gjennom kroppen vi viser vår personlighet, det er kroppen som lærer måter å være på og det er kroppen som viser følelser. Det er kroppen som

tar fysisk plass i verden og det er den som viser seksualitet. Kroppen er også det andre ser og det vi dømmes ut fra. Kroppen er ikke bare noe vi har med oss, kroppen er personlighetens verktøy for å vise verden hvem vi er og hva vi kan gjøre og bidra med.

Dermed blir også å se hele seg selv og like hele seg selv viktig. Viktig fordi det er verktøyet som utfører jobben. Ved å like hele seg selv vil samspillet mellom personligheten og verktøyet bli optimalt og ressursene man har kan brukes til å se andre og bidra for andre.

"Å leve ekte" som en av mine informanter sa handler om å forkaste rollen de har laget seg for å overleve, det handler om å vise at hele jeg har denne historien med meg og jeg vil ikke lenger fornekte den, men heller bruke den som en ressurs.

5.3.5 Kunnskap

I samtalene fortalte alle informantene hvor viktig det var at psykologene og hjelpeapparatet for øvrig, hadde kunnskap rundt overgrep og behandling av overgrepsutsatte. Noen av informantene hadde dårlig erfaring fra psykologer og hjelpeapparatet som ikke hadde nok kunnskap. Dette er en velkjent tilbakemelding fra overgrepsutsatte. I en kvalitativ studie gjennomført av Amundsen (2010) finner hun at informantene har fellestrekk i sine fortellinger om sviket de opplevde fra foreldrene og fra fagfolk. De beskriver fagfolkets passivitet som et tegn på at ingenting kunne gjøres for å stoppe det som skjedde og det forsterket følelsen av at det som skjedde hjemme var så skambelagt at ingen våget å snakke om det. Denne skepsisen til fagfolk har vedvart til voksen alder og har også blitt overført til andre hjelpeinstanser så som politiet. I dag opplever mange av informantene at de skammer seg og at spesielt fagfolk ser på dem med nedlatende øyne. Informantene forteller at de fagfolkene som spurte om noe var galt, stilte spørsmålene på en slik måte at informantene skjønnte at de ikke kunne fortelle det som skjedde hjemme. Amundsen viser til en studie gjennomført av Sjøftestad (2008), der betroelser av vanskelig art er avhengig av den voksnes sensitivitet og tilrettelegging for en god samtale.

En av mine informanter forteller at det var en lege som avdekket overgrepene. Måten han gjorde det på var ubehagelig og hans "bedre viten" holdning ga en negativ opplevelse. På den andre siden så var han den første som sa noe og påpekte at problemene måtte skyldes seksuelle overgrep og ikke virket redd for å spørre eller gå til handling. Legen tok også tak og gjorde endringer i informantens liv. En annen av informantene forteller at fokuset på den

negative atferden informanten viste på skolen bare ble "behandlet med atferdsterapi" av fagfolk, det virket ikke som noen tenkte at det kan være noe annet bak atferden. Haugens (2007) informanter forteller om lignende opplevelser, der de har blitt behandlet for sin atferd uten at det har vært fokus på hva som kan ligge bak utageringen. De rapporterer om å bli satt i grupper og institusjoner for å behandle atferd som har helt andre bakenforliggende årsaker enn hva de selv har. Denne "hjelpen" har vært lite effektiv og gitt dem en følelse av å være på oppbevaring, ikke at de skal få hjelp.

Antonovskys kritikk mot fagfolk går akkurat på dette temaet. Å bare se skaden og ikke se hva som forårsaket skaden, gir et mangelfullt diagnose bilde. Et helhetlig bilde vil i større grad være hensiktsmessig for å gi god behandling.

Amundsen (2010) antyder at hennes informanter får et mangelfullt behandlingstilbud. Tilbudet som er under soning er for kort i tid for å være tilstrekkelig meningsfull. Behandlingstilbudet mangler et helhetlig opplegg med tett oppfølging under og etter soning. Et helhetlig opplegg vil gi større menneskelig gevinst og derfor gi informantene større sjanse å lykkes. Amundsen viser til ansvaret som kommunehelsetjenesten har for å ivareta personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep, men at tilbudet ofte er tilfeldig fordi faglig kompetanse og ressurser mangler i kommunen.

Innledningsvis fortalte jeg om min begrunnelse for valg av tema for masteroppgaven. Kan det være slik at i utdanninger til fagfolk, førskolelærere, lærere, PP-rådgivere, helsepersonell, psykologer får man lite eller ingen utdanning i seksuelle overgrep og hvordan mistanke skal vekkes og avdekkes? Er det tabuet rundt temaet som gjør dette, eller er det andre problemområder som er større og derfor tar større plass i utdanningene? Uansett vil økt kunnskap blant fagfolk gi flere avdekkinger tidligere. Økt opplysning i samfunnet generelt vil også bedre muligheten for mistanke og avdekking.

I dokumentet Strategi mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn (2005-2009) fins mange tiltak for å øke kompetansen og forskningsformidlingen til yrkesgrupper som jobber med barn daglig. Det legges vekt på videreutdanninger siden mange allerede har gått ut av sin grunnutdanning. Det legges også opp informasjon og mestrings- og økt autonomiprogrammer på ulike nettsteder for unge, og for yrkesgruppene. Likevel kan vi se at rapporteringshyppighet fra PPT eller fra BUP ikke er spesielt høy (Mossige og Stefansen, 2007). Ut fra strategiplanen for 2005-2009, ser det ut til at ansvaret for økt kompetanse på

dette feltet ligger hos individet som er interessert og oppsøker informasjon, ikke som en naturlig del av pensum og utdanning disse yrkene bygger på.

5.3.6 Oppsummering og drøftelse

Ansvar for eget liv og fremgang må plasseres hos individet som oppsøker hjelp. Ansvar gjør det mulig å være medbestemmende, og medbestemmelse er en viktig motivasjonsfaktor for å gå videre i bearbeidingen. Ansvar for eget liv og helse er også viktig fordi vi snakker om voksne mennesker som kanskje ikke tidligere har satt opp grenser for hva som er greit og ugreit i mange av livets relasjoner og situasjoner. Ved å føle ansvar og medbestemmelse i eget liv blir det lettere å følge og utøve grensereglene personen har satt opp.

Medbestemmelse er ikke bare viktig for motivasjon, men også for å bestemme selv hva som passer for personen og dens utvikling. Medbestemmelse handler dermed også om å bli kjent med seg selv og se og lytte til egne behov og følelser. Det handler om å ta plass i fellesskapet (menneskeheten) og vise engasjement for seg selv og andre. Det handler om å ha tillit til egne avgjørelser og tørre å stå for sitt, men også gi tillit til andre for at de er med og påvirker resultatet. Medbestemmelse gjør deg til et autonomt menneske.

Å jobbe seg gjennom synet på seg selv og sin egen kropp er viktig for bearbeidingen. Selvfølelse påvirker hele vår væremåte. Følelser som skyld og skam preger vår selvfølelse og væremåte (Pettersen, 2009). Dette må derfor bearbeides og ansvaret for overgrepene må plasseres hos den skyldige, altså overgriperen.

Synet av kroppen og med den seksualiteten er også viktige moment i bearbeidingen. Intime relasjoner med en annen kan være utfordrende for overgrepsutsatte. Kompleksiteten rundt tillit, selvfølelse, sette egne grenser, åpne seg, tørre å kjenne på egne følelser er vanskelig for den som ikke har turt eller fått muligheten å være seg selv. Det er også alle delene i et menneske (kroppen og følelsene, personligheten, intellektet m.m.) som utgjør en helhet, å dele seg selv opp slik som mange utsatte gjør, gir liten mulighet til full bearbeiding og gjenerobring av eget liv.

De to siste faktorene som informantene vektlegger er fellesskap og rollemodeller. De forteller om fellesskap på ulike nivåer. I språket, i samhörigheten med andre utsatte, fellesskapet og åpenheten som er på Senteret mot incest. Fellesskap i språket er mer presist beskrevet som

gjenkjennelse av følelser man setter ord på. De som er utsatt kan bare vite hvordan det føles, uansett hvor mye informasjon og empati og innlevelse andre ikke-utsatte kan ha. Selvfølgelig har ikke alle utsatte de samme følelsene på opplevelsene sine, de er unike og personlige. Likevel er inntrykket mitt at de har en mer felles referanseramme i sine følelsesbegrep, enn hva jeg deler med dem.

Den siste faktoren som for meg er ny i forhold til bearbeiding av overgrep, er viktigheten med rollemodeller. Rollemodellene var personer som jobbet eller som var fagligtilknyttet Senter mot incest og som hadde jobbet seg gjennom traumene, men som i dag jobbet og engasjerte seg for å hjelpe andre utsatte. Disse personene utgjorde et håp om bedring og et håp om at det er mulig. De viste at åpenhet rundt sine opplevelser og erfaringer var en ressurs for å hjelpe andre og bidrar til kunnskapsspredning om seksuelle overgrep.

Fra uhelse til helse?

Har informantene beveget seg på kontinuumet fra uhelse til helse gjennom den bearbeidingen de har gjort? Er faktorene som de setter som viktige sammenlignbare med begrepene Antonovsky (2012) forklarer opplevelse av sammenheng?

Informantene rapporterte om uhelse, i den forstand psykisk dårlig, før de påbegynte sin bearbeiding. Nå rapporterer de om bedre helse. De mener at deres bearbeiding har gjort dem sterkere til å takle sin historie og dermed også mer ressurssterk for fremtidige motganger. Har faktorene som de vektlegger som mest viktige for bearbeidingen gitt dem mulighet til å jobbe seg fra uhelse?

Senvirkningene og de tre begrepene som inngår i opplevelse av sammenheng: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, kan dels sees i sammenheng med de faktorer som har påvirket deres utvikling. Det er derfor å anta at deres opplevelse av sammenheng-nivå var lav før bearbeidingen startet. På den andre siden er det ikke sikkert at alle begrepene ville fått lav skår, med tanke på at informantene har helt eller delvis selv oppsøkt hjelp og at de har rapportert om kjente resiliensfaktorer og andre egenskaper som har vært betydningsfulle.

Antonovsky (2012: 135) mener at statistisk vil en person med lav opplevelse av sammenheng i begynnelsen av voksenlivet ha størst tilbøyelighet til å etablere en enda svakere opplevelse av sammenheng. Men hvis en person med dette utgangspunktet kommer i kontakt med

bevisstgjøringsgrupper, kommer seg i arbeid, blir involvert i fellesskap og relasjoner kan en svak opplevelse av sammenheng styrkes betydelig.

Hvis vi ser hva mine informanter vektlegger av faktorer som har vært mest betydningsfulle kan vi se at dette samsvarer godt med utvikling av en strekt opplevelse av sammenheng. Når informantene forteller hvor viktig ansvarligheten og dertil medbestemmelse, de fikk for sin egen utvikling i terapien "understreker dette betydningen av å være involvert både som deltager i prosessene som former ens skjebne, og i sine daglige erfaringer" som er grunnlaget for komponenten "meningsfullhet"(Antonovsky, 2012: 41). Antonovsky (2012: 44) viser til at medbestemmelse danner grunnlaget for komponenten meningsfullhet og det er her motivasjonen ligger. Uten motivasjon for endring hos individet vil endring ikke skje. Ved å involvere seg i livsområder som gir mening følelsesmessig og kognitivt, gis store muligheter for endringslyst. Glede, stolthet, eierforhold og lyst er alle sammen viktige følelser i denne sammenhengen.

Med en styrket ansvarsfølelse og medbestemmelse, sammen med positive opplevelser på mestring og fellesskap med andre overgrepsutsatte (som var en annen tydelig faktor som er og hadde vært betydningsfull for informantene) vil jeg trekke frem begrepet "håndterbarhet". "Håndterbarhet tar for seg i hvilken grad personen opplever at den har tilstrekkelig med ressurser til å takle kravene som personen blir stilt ovenfor... " (Antonovsky, 2012: 40). Informantene forteller om fellesskapet de føler gjennom åpenheten på senteret og begrepene, og ved å møte flere andre som tør å "romme" andre. Ved å bygge opp tillit til seg selv og sin egen prosess og ved å bygge opp tillit til andre mennesker vil kontrollen over ressursene personen har tilrådighet, økes. Det handler om å utvikle de ressursene personen har, men også utvikle nye for å kunne takle hverdagen på en bedre måte. Tilliten til andre handler også om å tørre la andre ta kontroll over prosessen en viss tid hvis en selv ikke er i form.

Å tørre å stole på andre mennesker, at de sitter på ressurser som kan hjelpe deg er en slik positiv utvikling. Informantene tar i denne forbindelse opp rollemodeller. Hvor viktig det har vært å se andre klare seg. Noen bruker også sin erfaring til å hjelpe andre. Åpenheten og engasjementet de viser på senteret skaper håp og tillit.

Pettersen (2009) viser til at man med åpenhet vil "vise hele seg". Haugens (2007) informanter forteller om hjelp de har fått med å takle og vise sine følelser, og mine informanter forteller om utfordringen om "å leve ekte". Begripelighet blir lettere å håndtere hvis personen ikke

lever en "dobbel personlighet", vil jeg mene. Ved å "vise hele seg" og "leve ekte" vil livsverden bli mer kognitiv forståelig og den stimulien man blir utsatt for (stressen) vil gi mer inntrykk av å være sammenhengende og strukturert, enn tilfeldig og uventet. Ved å "leve ekte" og "vise hele seg" vil begivenhetene, stimulien eller stressen være forutsigbar, og hvis det kommer uforutsigbart vil det kunne plasseres i en sammenheng og forklares. Ved å leve en rolle som mange overgrepsutsatte forteller at de har gjort, kan verden oppfattes som kaotisk, tilfeldig og uforståelig. Rollen de har laget seg er for å ikke å vise sitt egentlig jeg, de føler de må skjule sitt sanne jeg fordi de tror at det sanne er stygt og ikke vil bli akseptert. Ved å se en forbindelse mellom fortid og nåtid, samt at man kan se en fremtid vil den komplekse strukturen av opplevelse av indre sammenheng fremkomme, andre ting i livet vil da fremstå som begripelige (Antonovsky, 2012: 126).

Opplevelse av sammenheng kan også ha gjort det lettere å jobbe med relasjonene i og til familien for informantene. Som en av informantene sier (om hvorfor hun ble utsatt av far som også har vært utsatt): "*Det gir en viss forklaring, men det tar ikke bort hans ansvar*". Både komponenten begripelighet og håndterbarhet ligger i "*Det gir en viss forklaring...*" og vil kanskje gi en høy skår, men komponenten meningsfullhet vil nok heller skåre lavt med uttalelsen: "*det tar ikke bort hans ansvar*". Antonovsky (2012: 44) beskriver denne typen av sammenheng mellom begrepene (i opplevelse av sammenheng) der personen mener å ha tilstrekkelige ressurser til å klare seg fint, men ens kontroll og forståelse blir hengende etter. For å motvirke dette kan engasjement gjøre at forståelse og kontroll gjeninntas. Denne informanten har vist engasjement ved å jobbe med relasjonen til familie og vil kanskje i den forstand skåre høyt på alle tre begrepene i opplevelse av sammenheng?

Fra uhelse til helse har mitt utvalg av informanter vist at de nå er i fullt eller delvis arbeid/utdanning og at de har nok ressurser til å hjelpe andre. Jeg påstår ikke at deres opplevelse av sammenheng-nivå har vært svakt eller at det nå er høyt, men det er trolig at faktorene i bearbeidingen, som de anser som viktige, har vært de største bidragsyterne til utvikling mot en styrket helse. Det er tydelig at de har økt egen styrke for å takle sin historie og økt sine ressurser for å takle hva som kommer til å skje. De har gjort det på ulike måter og med unik og personlig stil.

6 Sammenfatning og konklusjon

I denne studien har jeg sett på overgrepsutsattes egne erfaringer med bearbeiding av overgrepene de ble utsatt for som barn. Jeg har villet få frem hva de mener har vært og er de viktigste faktorene som har vært nyttige og hjelpsomme for bearbeidingen. Disse har jeg så sett i lys av den salutogene modellen til Antonovsky (2012). Problemstilling for oppgaven har vært:

Hva har hatt størst innvirkning på bearbeidelsen av senvirkninger av seksuelle overgrep?

Jeg valgte denne vinklingen på studien fordi perspektivet fra de utsatte ikke fremkommer tydelig i andre undersøkelser vedrørende bearbeiding av seksuelle overgrep. Spesielt ikke ståstedet for de som har lyktes med å komme seg ut i jobb eller utdanning (min definisjon på velfungering).

Den salutogene modellen til Antonovsky (2012) er en teoretisk modell som beskriver hvordan et menneske vil takle fremtidige stressituasjoner. Den gir eventuelt en mulig prediksjon på enkeltindividets fungering som igjen vil kunne nyttiggjøre seg som et utgangspunkt for bearbeiding mot bedre fungering (helse). Både for enkeltindividet, men også for utvikling av mer helhetlige behandlingsopplegg og rutiner. Valget av teori kommer fra min tolkning av Antonovsky som positivt innstilt på at et menneske kan forandre sin helse og dermed utvikle måter å takle nye stressituasjoner på.

Jeg har gjennomført fire ustrukturerte intervjuer med overgrepsutsatte. Utvalget ble rekruttert gjennom Senter mot incest og informantene hadde overgrepserfaringer fra barndommen som ikke hadde blitt avdekket. I dag var informantene i jobb eller utdanning og anså seg selv som velfungerende og ressurssterke.

Jeg har vist at informantene har hatt senvirkninger av traumeopplevelsene og at disse er i overenstemmelse med tidligere forskning på aktuelle senvirkninger av seksuelle overgrep. Jeg har også prøvd å få frem eventuelle resiliente egenskaper som har gitt dem en hjelp for motstandsdyktighet og en ressurs i bearbeidingen. Jeg ønsker å få frem at informantene var bevisste sine egenskaper og at de har vært nyttige for dem i sin håndtering av bearbeidingen.

Det er tydelig at mine informanter selv mener at de har fått bedre helse gjennom det arbeidet de har gjort for å takle sin historie. Det er også mulig å se likheter i forståelse av utvikling fra

uhelse til helse etter den salutogene modellen og de faktorene informantene rapporterer som viktige for bearbeiding. Begrepene (begripelighet, håndterbarhet, meningsfullhet) som måles for å gi en plassering på kontinuumet om "opplevelse av sammenheng" er alle områder som mine informanter beskriver som viktige faktorer for bearbeiding.

Min konklusjon, som støttes av den salutogene modellens tanke om utvikling fra uhelse til helse, er at individet som skal påbegynne en bearbeiding må få, og selv ta ansvar for egen utvikling, oppleve fellesskap, møte rollemodeller, utfordres i sitt syn på kroppen og sine følelser. Disse faktorene har som premiss at det finnes kunnskap hos fagfolk og andre som jobber med overgrepsutsatte. Disse faktorene er også funnet i andre studier som viktige for bearbeiding. Min studie viser spesielt at rollemodeller er viktige for å se håp og muligheter. Dette er et kjent fenomen innenfor motivasjon- og utviklingsteori. Ut fra dette bør behandlingsopplegg bevisst bruke rollemodeller som en del av opplegget.

Studien viser også at bevisstgjøring av egne ressurser (kjente resiliente egenskaper eller ikke) kan bevisst brukes i bearbeidingen av traume. Bevisstgjøring av egenskaper som har en positiv vinkling styrker individets tro på seg selv. Videre utvikling av slike egenskaper er motiverende og kan derfor være progressjonsskapende.

7 Avslutning

I 2005 kom Barne- og familie departementet med en strategiplan for seksuelle og fysiske overgrep mot barn (2005-2009). Planen tar opp strategi mot forebygging, avdekking, bistand og behandling og forskning og kompetanseheving. Dessverre tar planen bare for seg barn og deres behov. Ut ifra hva vi vet er det mange utsatte som ikke får overgrepene avdekket og vi vet også at mange av disse havner i statistikken over uføre og som pasienter på ulike psykiatriske institusjoner. Det bør derfor også utarbeides en mer helhetlig og tverretattlig plan for voksne som har vært utsatt. En av begrunnelsesfaktorene for dette er at selvrapportering fra utsatte er at deres opplevelse med helsevesenet er mangelfull når det kommer til kunnskap om seksuelle overgrep og også at overgrepene de ble utsatt for ikke nevnes eller arbeides med på institusjonene.

Mossige og Stefansen (2007: 189) har oppsummert noen anbefalinger, der jeg vil spesielt trekke frem punktet om "komme i kontakt med unge som har opplevd vold og overgrep for å forhindre reviktimisering". Dette er viktig, men jeg mener også at deres erfaringer med hjelpen de har fått også bør brukes som en nyttig kilde inn til utarbeidingen av tiltak.

Individer som har vært utsatt bør også brukes bevisst i og av bearbeidingsopplegg.

Med dette i bakhodet mener jeg også at tiltaksplanen bør inneholde konkrete forslag på hvordan kunnskapsutveksling blant alle som kan komme til å støte på seksuelt misbrukte bør tilrettelegges. Informantene i denne studien vektlegger spesielt rollen til fagfolk i forhold til dem selv gjennom bearbeidingen av overgrepene. De vektlegger også at kunnskap om overgrep er viktig, men at det er minst like viktig med empati, medfølelse, tillit og ansvarsfordeling hos den andre.

Kunnskap og opplysning av hvor man henvender seg ved mistanke, åpenhet for å snakke om mistanke og kunnskap hos barn, unge og voksne om grensesetting i forhold til kropp og seksualitet er åpenbare områder tiltak må settes inn.

Litteraturliste

- Amundsen, M-L.(2010). Bak glemselens slør. (Fontene Forskning, nr.1, 2010:4-15).
- Amundsen, M-L. (2010). Kvinnelige innsatte og sosial marginalisering. Spesialpedagogikk, nr. 1: 26-37.
- Antonovsky, A. (2012). Helsens mysterium. Den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal Forlag AS.
- Bendum, K og Ursin Boe, T. (1997). Dissosiasjon som beskyttelse mot overgrep. Forståelse og betydning for behandling. I: Tidsskrift for norsk psykologforening Vol 34, supplement nr. 1.
- Berntsen, R. A. (2011). Kreativitet og livskraft. I: Borge, L., Martinsen, E.W. og Moe, T (red). Psykisk helsearbeid- mer enn medisiner og samtaleterapi. Bergen: Fagbokforlaget.
- Boe, T. U. (1991). Behandling av voksne kvinner som har vært utsatt for incest, med spesiell vekt på individualterapi. I: Borchgrevink, T. S. og Christie, H. J. (red.). Incest. Psykologisk forståelse og behandling. Oslo: Universitetsforlaget.
- Borge, L. og Fagermoen M. S. (2008). Patiens'core experience of hospital treatment: Wholeness and self-worth in time and space. I: Journal of Mental Health. Informal Healthcare.
- Borge, L. (2011). Liv og læring – utvikling av personlig brukskunnskap i en terapiprosess. I: Borge, L., Martinsen, E.W. og Moe, T. (red.). Psykisk helsearbeid- mer enn medisiner og samtaleterapi. Bergen: Fagbokforlaget.
- Borchgrevink, T. S. og Christie, H. J. (1991) "Definisjon, forekomst og skadevirkninger". I: Borchgrevink, T. S. og Christie, H. J. (red.) Incest. Psykologisk forståelse og behandling. Oslo: Universitetsforlaget.
- Breidvik, G. (2003). Misbrukte barn reaksjoner som kan vise seg i skole og barnehage. Bergen: Sigma forlag.

Bremner, J., Randall, P., Scott, T., Bronen, R., Seibyl, J., Southwick, S., Delaney, R., McCarthy, G., Charney, D., og Innis, R. (1995). MRI- based measures of hippocampal volume in patients with PTSD. *Am J Psychiatry*, 152, 973-981.

Briggs, L. og Joyse, P.R. (1997). What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors and childhood sexual abuse? *Child Abuse and Neglect*, Vol 21: 575-582.

Browne, A. og Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, Vol 99: 66-77.

Børretzen, S. (2008). Seksuelle krenkelser: depressive symptomer og resiliensfaktorer. Hovedoppgave, UiO.

De Bellis, M.D., Baum, A.S., Birmaher, B., Keshavan, M.S., Eccard, C.H., Boring, A.M., Jenkins, F.J., Ryan, N.D. (1999a). Developmental Traumatology part I: Biological Stress systems. *Biological Psychiatry*, 45, 1259-1270.

Evenshaug, O. og Hallen, D (2000). *Barne- og ungdomspsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk 4. Utg.

Finkelhor, D. (1990). Early and long term effects of child sexual abuse; An update *Professional Psychology, Research and Practice*, 21: 325-330.

Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet - en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: J.W. Cappelens Forlang as.

Haugen, T. (2007). Voksne som ble utsatt for vedvarende seksuelle overgrep i barndommen – Problemområder, behandling og endring. En kvalitativ undersøkelse av et utvalg kvinner som mottar ti ukers intensiv behandling ved en ny institusjon for behandling av seksuelle traumer. Hovedoppgave i psykologi, Psykologisk Institutt, NTNU.

Iversen, E. og Øglænd, M. (2010) *Skambitt: Senvirkninger og behandling av kvinner som har opplevd seksuelle overgrep*. Nesttun: Folio forlag.

Jehu, D. (1988). *Beyond sexual abuse: Therapy with women who were childhood victims*. New York: Wiley.

- Kaufmann, J. & Ziegler, E. (1987). Do abusive children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 57: 186-192.
- Killèn, K. (2009). *Sveket 1 Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Kirkengren, A.L. (2005). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Klingenberg, A. M. og Lovang, T. (2006). *Seksuelle overgrep, resiliens og selvoppfatning*. En survey som søker å finne en sammenheng mellom resiliente forhold i oppveksten og senere selvoppfatning og syn på egen fungering. Masteroppgave, UIO.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2. utg.
- Kvam, M. H. (2001). *Seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lave, J. og Wenger, E. (2003). *Situert læring - og andre tekster*. København: Reitzel.
- Lind, M. (1991). *Støttegrupper - autonome selvhjelpsgrupper i regi av Støttesenter mot incest*. I: Borchgrevink, T. S. og Christie, H. J. (red.) *Incest. Psykologisk forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lind, M. (1992). *Hvem tror du egentlig jeg er? En drøftelse av senvirkninger basert på intervjuer med kvinner som har vært utsatt for incest*. Nyoppretrykk. Oslo: Støttesenter mot incest.
- Lubell, A. og Peterson, C. (1998). Female incest survivors: Relationships with mothers and female friends. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 193-205.
- Mossige, S. og Stefansen, K.(Eds.) (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge*. En selvrappoteringsstudie blant avgangselever I videregående skole. Rapport 20/7. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Pettersen, K. T. (2009). *An exploration into the concept and phenomenon of shame within the context of child sexual abuse: an existential-dialogical perspective of social work within the settings of a Norwegian incest centre*. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Department of Social Work and Health Science.

Repstad, P. (1993). Mellom nærhet og distanse. Oslo: Universitetsforlaget.

Sapolsky, R. (2000). Atrophy of the Hippocampus in Posttraumatic Stress Disorder: How and when? *Hippocampus*, 11, 90-91.

Seksuelle overgrep mot barn: utvalgte temaer, 2002. Forfattet av NKVTS: Geir Borgen, Marit Ihle, Morten Johansson og Carin Nordenstam.

Seksuelle og Fysiske overgrep mot barn og unge. Kunnskapsstatus. Revidert 2011. Forfattet av Seksjon Barn og unge ved NKVTS: Geir Borgen, Grete Dyb, Gertrud Haftstad, Tine Jensen, Åse Langballe, Mia Myhre, John Nikolaisen og Carolina Øverlien.

Skaavik, E. og Skaavik, S. (1998). Selvoppfatning, motivasjon og læringsmiljø. Oslo: TANO.

Sætre, M., Holter, H. og Jebsen, E. (1986). Tvang til seksualitet en undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn. Oslo: J.W. Cappelens forlag as.

Søftestad, S. (2005). Seksuelle overgrep Fra privat avmakt til tverretattlig handlekraft. Oslo: Universitetsforlaget A/S.

Søftestad, S. (2008). Avdekking av seksuelle overgrep veier ut av fortelsen. Oslo: Universitetsforlaget A/S.

Valvik, M. (1991). Psykodrama – en kreativ behandlingsform for incestutsatte. I: Borchgrevink, T. S. og Christie, H. J. (red.) *Incest. Psykologisk forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

http://www.sinneshelse.no/artikler/dissosiativ_lidelse.htm

<http://finnkode.kith.no/2012/#|icd10|ICD10SysDel|2613495|flow>

<http://utsattmann.no/fakta-om-overgrep-2/>

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/bro/2005/0001/ddd/pdfv/246530-69901_strategiplan.pdf