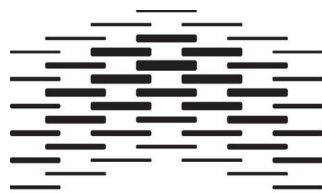


MASTEROPPGAVE
Helse og Empowerment
November 2016

Den personlige helingsprosessen etter seksuelle overgrep i
barndommen.

Anne-Christine Eriksen

Fakultet for helsefag
Institutt for helse, ernæring og ledelse



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Sammendrag.

I Norge antar man at 20 % kvinner og 8 % menn blir seksuelt misbrukte i barndommen. De fleste overgrep skjer i familien eller blir begått av en barnet har et tillitsforhold til.

Ettervirkningene etter seksuelle overgrep i barndommen er mange og komplekse. Livet som voksen etter en barndom med seksuelle overgrep innebærer mange utfordringer både psykisk, fysisk og sosialt.

Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke opplevelser og erfaringer voksne kvinner og menn, som er i eller har vært gjennom egen helingsprosess, har hatt. Hva opplevde de som fremmede for deres helingsprosess og hva opplevde de som barrierer mot egen helingsprosess? Denne studiens teoretiske forankring er teori om traumer og teori om empowerment. Metodevalg for denne studien er litteraturstudie med systematisk tilnærming. Metoden er basert på kvalitative originalstudier og jeg benytter meg av tematisk analyse.

Funnene fra denne studien viser at det er mulig å få et godt liv etter barndomstraumer, men at det også er mange barrierer som skal overkommes underveis. Barrierene handlet i hovedsak om opplevelse av mangel på støttende relasjoner, redselen for å bli avvist, andres forakt, negative holdninger og stigmatisering. Støttende relasjoner blir trukket frem som det viktigste for heling og for å få satt ord på opplevelsene. Det var i støttende, trygge og aksepterende relasjoner at endring av tanker, følelser og antagelser fant sted og muliggjorde indre vekst. I tillegg ble kunnskap ansett som viktig for igangsettelsen av helingsprosessen og for forståelsen av ettervirkningene av de seksuelle overgrepene. Kunnskap og kompetanse i helsevesenet og hos hjelpere generelt var også viktig for helingsprosessen. Studien viser viktigheten av støttende relasjoner, kunnskap og åpenhet.

Nøkkelbegreper: Seksuelle overgrep, Traumer, Personlig helingsprosess, Empowerment

Antall gjeldende ord: 26 162

Abstract.

In Norway it is presumed that 20% of women and 8% of men are sexually abused during their childhood. Most of the cases happen within the family, or the perpetrator is someone that the child knew and trusted. The long term effects of childhood sexual abuse are complex and life afterwards holds several challenges, psychological, physical and social.

The purpose of this study is to investigate the experiences of adult women and men who have been through or are currently going through a healing process. What did they experience as promoting their healing and what did they experience as barrier to healing? The theoretical framework for this study is based on theories of trauma and of empowerment. The method used is literature review with a systematic approach. Qualitative original studies are used in a thematic analysis.

The findings show examples of experiences of healing processes after childhood trauma, but there are many obstacles to overcome during the healing process. The obstacles were mainly lack of supportive relationships, the fear of being rejected, meeting despise, negative attitudes and stigma. Supportive relationships are highlighted as the most important factor for healing and for articulating the experiences. Supportive, safe and accepting relationships made it possible to change thoughts, feelings and presumptions, and to grow and develop as a person. To gain knowledge was important in order to start up the healing process, and for understanding the long term effects of the sexual abuse. It was also important for the healing process that the health service and helpers in general had knowledge and competence. The study shows the importance of supportive relationships, knowledge and openness.

Keywords: Sexual abuse, Trauma, Personal healing process, Empowerment

Innhold

1	INNLEDNING	6
1.1	VALG AV TEMA	6
1.2	HENSIKT OG FORMÅL	9
1.3	PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	9
1.4	AVGRENSNINGER	10
1.5	BEGREPSAVKLARING	11
2	TIDLIGERE FORSKNING	13
2.1	FORSKNING PÅ ETTERVIRKNINGER AV SEKSUELLE OVERGREP	13
2.2	FORSKNING PÅ HELINGSPROSESSEN.....	16
3	TEORI	19
3.1	SEKSUELLE OVERGREP	19
3.2	TRAUMER ETTER SEKSUELLE OVERGREP I BARNDOMMEN	25
3.3	ETTERVIRKNINGER AV SEKSUELLE OVERGREP I BARNDOMMEN.....	33
3.4	HELINGSPROSESSEN.....	41
3.5	EMPOWERMENT	44
4	METODE	48
4.1	VALG AV METODE	48
4.2	INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER.....	50
4.3	BESKRIVELSE AV SØKESTRATEGI	52
4.4	SELEKSJONSPROESS	53
4.5	KRITISK VURDERING AV INKLUDERTE ARTIKLER.....	55
4.6	PRESENTASJON AV INKLUDERTE ARTIKLER.....	56
4.7	ETISKE VURDERINGER.....	59
5	ANALYSE OG FUNN	60
5.1	TEMATISK ANALYSE	60
5.2	ANALYSEPROSESSEN	60
5.3	PRESENTASJON AV FUNN	62
6	DISKUSJONSKAPITTEL	71
6.1	DISKUSJON AV FUNN.....	72

6.2	METODEDISKUSJON.....	79
6.3	EGEN FORSKERROLLE.	82
7	AVSLUTNING.....	83
	Litteraturliste	85
	Vedlegg 1. Kritisk vurdering av Arias & Johnson (2013).....	94
	Vedlegg 2. Analyseprosessen.....	99
	Vedlegg 3. Alle stikkordene samlet i temaer, med fargekoder.	113

1 Innledning.

I dette kapittelet vil jeg først presentere valg av tema, pkt. 1.1. Deretter følger pkt. 1.2 hensikt og formål, pkt. 1.3 problemstilling og forskningsspørsmål, pkt. 1.4 avgrensninger og avsluttes med pkt. 1.5 begrepsavklaring.

1.1 Valg av tema

Seksuelle overgrep.

Stort sett er det gjennom media at vi hører om seksuelle overgrep, og da gjennom de store sakene som blir ført for retten, de grufulle historiene som får folk til å vegre seg mot å lese om det. Nylige eksempler er Alvdal-saken fra 2014, der blant annet moren i saken ble dømt til 14 års forvaring for overgrep mot egen datter (Rostad, Taylor og Næsheim, 2014). Spedbarns-overgrepene fra 2015, der to kvinner og to menn ble dømt etter blant annet å ha utført seksuelle overgrep mot to spedbarn, der jentebabyen ble utsatt av egen mor og guttebabyen av egen far (Fjelly, Karstensen og Bjerkeseth, 2015). Barnehage-saken i 2016 fra Tromsø, der en 30-årig mannlig barnehageansatt ble dømt for overgrep på 15 barn (Rostad og Søbstad, 2016). Disse sakene blir av media gjort til ualminnelige saker, som kan bidra til at «folk flest» ikke anser seksuelle overgrep som særlig sannsynlige vil berøre dem selv. Men sannsynlig berører dette oss alle i større eller mindre grad. «Hvem er de utsatte og hvem er overgriperne? Du kjenner med stor sannsynlighet minst en av hver» (Redd Barna, udatert). I 9 av 10 tilfeller er overgriperen en person barnet har et kjent forhold til (Redd Barna, udatert).

Forekomsten av seksuelle overgrep mot barn er vanskelig å tallfeste, og det er sannsynlig at det er store mørketall (Sosial- og helsedirektoratet 2003, s.10). Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress hevder på sine nettsider at 20 % av kvinner og 8 % menn er blitt utsatt for seksuelle overgrep før fylte 18 år (Nasjonalt Kunnskapscenter om Vold, Traumatisk Stress og selvmordsforebygging [NKVTS], udatert). I Norge ble det i 2007 gjort en selvrappoterings studie av avgangselever i videregående skole. «I alt hadde 22 prosent av jentene rapportert milde seksuelle krenkelser mens åtte prosent av guttene rapporterte om det samme. Videre rapporterte 15 prosent av jentene grove seksuelle krenkelser, mens det tilsvarende tall for guttene var sju prosent» (Mossige & Stefansen (2007), s.104).

De samme tallene gjør seg gjeldende ute i verden. I 2011 foretok en gruppe nederlandske forskere en metaanalyse av 217 forskningsartikler publisert mellom 1980 og 2008, med til sammen 9 911 748 deltakere. Resultatene for jenter viste en lavest forekomst på 16,4 % og høyeste forekomst på 19,7 %. For guttene var laveste forekomst 6,6 % og høyeste forekomst 8,8 % (Stoltenborgh, van IJendoorn, Euser, & Bakersmans-Kranenburg 2011, s.90).

Et samfunnsfenomen og folkehelseproblem.

Den utstrakte bruken av vold mot barn, i alle former, viser at dette er både et samfunnsfenomen, en samfunnsutfordring og en individuell utfordring. I 2002 konkluderte Verdens Helse Organisasjon, WHO i sin rapport om vold og helse "Child abuse is a serious global health problem" (WHO 2002, s.80). Her hjemme skriver forskerne Braarud og Nordanger i 2011: "Komplekse traumer utgjør i kraft av sin forekomst og sine vidtrekkende utviklingsmessige og psykososiale konsekvenser et folkehelseproblem" (Braarud & Nordanger 2011, s.970). Filetti og Anda kaller vold mot barn for *The Hidden Epidemic*, etter sin Adverce Childhood Experiences study, fra 1990 (Van der Kolk s.143-148). Etter en litteraturstudie kom forskerne Kaufmann og Zigler fram at en tredjedel av barn som hadde opplevd fysiske eller seksuelle overgrep, eller ekstrem omsorgssvikt påførte sine egne barn en eller flere av disse (Kaufmann & Zigler 1987, s.190). Det finnes ingen data som tilsier at dette tallet er mindre i dag enn for 30 år siden, eller noe som tilsier at dette er et mindre samfunnsproblem enn for 30 år siden.

En Amerikansk studie hevder at traumatisering fra barndommen gjennom voksenlivet koster samfunnet like mye som HIV og kreft til sammen i dollar og cent, men ressursene som blir satt inn er 1:100 (Blindheim 2012, s.189). «Tendensen til bagatellisering, avvising, feildiagnostisering og feilbehandling av overgrepssproblematikken koster dyrt. Først og fremst for den det gjelder, men også for samfunnet generelt i form av utgifter ved sykdom og uførhet» (Anstorp, Hovland og Torp 2003, s.20).

Likevel er det investert lite ressurser, både økonomisk og på andre måter til denne gruppa, både politisk og i helsetjenesten. Arne Blindheim skriver om helsevesenets manglende satsning og engasjement:

En måte å forstå dette på er at på samme måte som individet selv ikke klarer å vedkjenne seg det som har skjedd, ser store deler av psykisk helsevern heller ikke ut til å klare å ta omfanget av dette problemet inn over seg, og dette gjelder kanskje også andre deler av samfunnet vårt (Blindheim 2012, s.189).

De som jobber direkte med ettervirkningene og ikke minst de som selv ble utsatt for seksuelle overgrep i barndommen opplever stor motstand. Motstanden mot å vite kan fungere som en beskyttelse mot det vonde og ubehagelige som seksuelle overgrep representerer (Anstorp, Hovland og Torp 2003, s.17).

Siri Sjøftestad beskriver i boken «Seksuelle overgrep» noen av grunnene til det hun kaller «vegning mot kunnskap» i hjelpeapparatet, politiet, barnevernet og hos fagfolk. Stigmatiseringen som kontinuerlig foregår på alle nivåer, er en av grunnene hun peker på (Sjøftestad 2005, s43-45). «Selv om det er klare tegn til bedring, står dessverre ikke bevisstheten og kunnskapen i samfunnet om dette i stil med det dype alvorret som disse problemene innebærer» (Blindheim 2012, s.190).

Paradigmeskifte.

Når vi hører om overgrep mot barn, hører vi sjelden om hva som senere i livet skjer med disse barna. Hvordan det går med dem, og om noen av dem «klarer seg». Det finnes lite forskning på gruppa voksne som ble utsatt for seksuelle overgrep som barn og ingen tall på hvor mange man antar blir «friske», heller ikke hva som hemmer eller fremmer tilfriskning. Men det vi vet er at i tillegg til de psykiske, mentale og kroppslige traumene, må man også heles gjennom relasjoner og samfunnet man lever i, ved å få tilgang til samfunnet, til goder som utdanning, jobb, fritidsaktiviteter og vennskap.

Regionalt Kunnskapssenter om Vold, Traumatisk stress og selvmordsforebygging, Sør skriver på sin nettside «RVTS Sør ønsker å bidra til det noen kaller et paradigmeskifte der mennesker som trenger hjelp, går fra å være objekter til å bli subjekter og bidragsyttere» (RVTS Sør, udatert). «Samspill, dialog, lek, sårbarhet, styrker, likeverd, profesjonell kjærlighet, oppmerksomt nærvær, tillit, trygghet, relasjonsbygging og følelsesregulering, er noen av begrepene som er viktige i forsøket på å forstå mennesker i lys av hva de har

opplevd» (RVTS Sør, udatert). «Vi trenger et større vidsyn i møte med hjelpetrequende mennesker enn det vi får fra diagnoser, manualer og behandlingsveiledere» (RVTS Sør, udatert).

På bakgrunn av dette mener jeg det er behov for studier om helingsprosesser etter seksuelle overgrep i barndommen. Det er behov for kunnskap og håp for de som er på vei til, eller underveis i helingsprosessen, og for alle andre som er involvert.

1.2 Hensikt og formål.

Hensikt.

Hensikten med denne studien er å fremskaffe kunnskap om voksne menneskers personlige helingsprosess etter en barndom med seksuelle overgrep. Jeg ønsker å finne ut hvilke erfaringer og opplevelser de har hatt i forhold til hva som fremmet heling og hva som var barrierer mot heling.

Formål.

Formålet med studien er å øke bevisstheten om helingsprosessen og hva en slik prosess kan inneholde og innebære for de overgrepsutsatte. Ved å se på hva som fremmet og hva som var barrierer mot heling i lys av traumeteori og teori om empowerment, ønsker jeg å vise et nytt perspektiv på helingsprosessen. Et perspektiv jeg mener vil være interessant og nyttig, både for overgrepsutsatte og de som lever med dem eller jobber med dem. Dette vil forhåpentligvis også kunne gi et mer nyansert, verdig og oppløftende syn på overgrepsutsatte.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål.

I denne oppgaven vil jeg utforske hva som har fremmet heling og hva som har vært barrierer mot heling gjennom den personlige helingsprosessen til voksne kvinner og menn som ble utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Jeg ønsker å vise deres helingsprosessen i lys av traumeteori og psykologisk empowerment.

Min problemstilling er:

«Hvordan opplever overgrepsutsatte hva som hemmer og hva som fremmer helingsprosessen etter seksuelle overgrep i barndommen, sett i lys av teori om traumer og empowerment?».

Mine forskningsspørsmål:

1. Hva fremmet opplevelsen av heling i helingsprosessen?
2. Hva opplevdes som barrierer mot heling i helingsprosessen?

1.4 Avgrensninger.

Voksne som ble seksuelt misbrukte som barn er ikke på noen måte en homogen gruppe. De er unike individer med ulike erfaringer, oppvekstvilkår så vel som personligheter. Deres barndomsopplevelser har formet livene deres på ulike måter og har blitt opplevd og erfart ulikt for alle. Jeg har i denne oppgaven vært nødt til å gjøre noen avgrensninger i forhold til begrepet *helingsprosess* og hvilke studier jeg inkluderer.

I mangel av egen definisjon av helingsprosessen etter seksuelle overgrep i barndommen har jeg benyttet meg av Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid sin definisjon av *recovery*. De deler *recovery*prosessen inn i tre deler: den personlige og den sosiale og den kliniske prosessen (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s.12-14; Slade, 2015, s.12). Ved å se helingsprosessen etter seksuelle overgrep på lignende måte har jeg i denne oppgaven valgt å undersøke den personlige delen av helingsprosessen.

Jeg valgte kun å inkludere de studiene som hadde seksuelle overgrep som hovedtema, der alle deltagerne hadde opplevd seksuelle overgrep i barndommen, begått av tillitspersoner. Jeg utelukket dermed studier hvor heling etter barndomstraumer generelt ble undersøkt.

Jeg valgte bort de som også hadde med fysisk og psykisk vold, eller omsorgssvikt, hvor barndomstraumer var tema og ikke alle hadde opplevd seksuelle overgrep, men en eller flere av de andre typene overgrep, selv om dette ofte henger sammen og de har mange av de samme ettervirkningene (Saunders, 2003, s.357,358,363,364). Men selv om ettervirkningene fra andre typer overgrep er lignende, vil likevel seksuelle overgrep være i

en særstilling. Brown og Finkelhor beskriver dette i de fire dynamikkene for traumatisering i barndommen, der de tre første er like for alle typer overgrep, mens den fjerde traumatiserende dynamikken er den seksuelle traumatiseringen (Brown & Finkelhor, 1985, s.530-531).

Jeg valgte også å utelukke studier som er gjort på spesifikke tilleggs-utsatte grupper slik som hiv smittede eller individer i rehabilitering for rusmisbruk. Jeg vil anta at det da kan være snakk om andre utfordringer i tillegg som kan påvirke helingsprosessen.

En annen avgrensing gjorde jeg i forhold til overgrep som ble begått av voksne tillitspersoner innenfor ulike religioner eller kirkesamfunn. Seksuelle overgrep vil i disse tilfellene kunne stå i en særstilling i forhold som skyld, skyldforståelse og skam. Når seksuelle overgrep skjer i religiøs sammenheng kan disse forholdene være preget av religionen og religiøs terminologi (Stålsett 2003, s.120).

Jeg har i tillegg valg bort studier som undersøker resilience. De resiliente er de som klarer seg til tross for overgrep, på grunn av både ytre og indre faktorer. Resilience handler om andre mekanismer enn de jeg ser på gjennom traumeteorien. «Brukt på mennesker betegner ordet «resilience» personer som har vært utsatt for en eller annen form for markant belastning i livet sitt, men som likevel synes å komme tilbake til utgangspunktet uten varige men» (Waaktaar & Christie, 2000, s.17). På bakgrunn av denne tolkningen har jeg valgt ikke å inkludere resilience i min studie

1.5 Begrepsavklaring.

Seksuelle overgrep mot barn:

Seksuelle overgrep er seksuelt motiverte handlinger, kontakt og atferd mot barn (Redd Barna, Fakta om overgrep udatert). Alvorlige seksuelle overgrep er når overgrepene er begått av en barnet har et tillits- eller avhengighetsforhold til, og som har startet tidlig og foregått over flere år (Anstorp, 2007, s.5). Dette gjelder også i de tilfeller der handlingen ikke er seksuelt motivert, men blir oppfattet slik av barnet.

Tidligere var det vanlig å bruke begrepet *incest*, men på grunn av begrepets begrensninger til rett nedadgående linje i en familie, og dermed utelot andre nære omsorgspersoner, er det

ikke lenger vanlig å bruke denne betegnelsen, men fellesbetegnelsen *seksuelle overgrep* (Søftestad, 2005, s.38), eller bare overgrep (Farstad, 2011, s.126). Seksuelle overgrep, fysisk og psykisk vold, og omsorgssvikt, går alle under samlebegrepet, *overgrep*, og noen ganger også under samlebegrepet *vold* (Justis og Beredskapsdepartementet 2013, s.1). Seksuelle overgrep, fysisk og psykisk vold, og omsorgssvikt opptrer ofte sammen, og har mange av de samme ettervirkningene (Saunders, 2003, s.357 og 371).

Overgrepsutsatt:

Overgrepsutsatt er som forklaringen over og ordet antyder, den som er blitt utsatt for overgrep, og kan inneholde alle typer overgrep. Det er nå vanlig å bruke *overgrepsutsatt* om seksuelt misbrukte (Farstad, 2011, s.126). Men *incestoffer* blir fremdeles benyttet enkelte steder, selv om det ikke lenger er vanlig (Søftestad, 2005, s.38). Jeg vil gjennom oppgaven bruke det uttrykket som de jeg refererer til benytter, men vil ellers bruke *overgrepsutsatt* som gjennomgående uttrykk.

Ettervirkninger av seksuelle overgrep:

Denne tematikken blir presentert med flere begreper som blant annet: konsekvenser, senvirkninger, senskader, skadevirkninger og ettervirkninger. Alle har til hensikt å beskrive konsekvensene som kan oppstå i kjølevannet av seksuelle overgrep i barndommen. Jeg velger å bruke *ettervirkninger* i min oppgave og vil utdype disse i teorikapitlet.

Personlig helingsprosess:

For å heles etter en barndom med seksuelle overgrep vil det kreve ulike prosesser for ulike mennesker. Det vil pågå flere prosesser samtidig og ulike prosesser ved ulike stadier av helingsprosessen. Likevel kan helingsprosessen, i likhet med en recovery prosess deles inn i 3 deler: den personlige, den sosiale og den kliniske. I denne oppgaven undersøker jeg den personlige helingsprosessen, men vil bare anvende begrepet helingsprosess alene som uttrykk for *den personlige helingsprosessen*. Helingsprosessen etter seksuelle overgrep i barndommen er kompleks og vil bli utdypet i kapittel 3.4 om teori.

Empowerment fremmende og empowerment hemmende.

Begrepet *empowerment fremmende* uttrykker i denne oppgaven handlinger eller opplevelser som fremmer en persons styrke, kraft eller makt. Begrepet *empowerment hemmende* uttrykker handlinger eller opplevelser som hemmer en persons styrke, kraft eller makt.

Avsløring:

I denne oppgaven bruker jeg *avsløring* ment som den direkte oversettelse av det engelske ordet *disclose*. *Disclosure* som begrep kan bety flere ting: fortelle en annen om overgrepene, fortelle om overgrepene i et intervju eller gjennom juridisk eller klinisk vurdering, eller gjennom arbeid i terapi (Ullmann, 2008, s.91).

2 Tidligere forskning

I dette kapittelet vil jeg gi en innføring i tidligere forskning på ettervirkninger av seksuelle overgrep, pkt. 2.1 og tidligere forskning på helingsprosessen, pkt. 2.2.

2.1 Forskning på ettervirkninger av seksuelle overgrep.

Den første studien.

Den første studien som ble gjort på ettervirkninger av seksuelle overgrep på kvinner, var en longitudinell studie som startet i 1986. De to kollegaene fra National Institute of Mental Health, Frank Putnam og Penelope Trickett, fulgte 84 jenter med en bekreftet historie av overgrep gjort av familiemedlemmer. De opprettet også en kontrollgruppe med 82 jenter med samme alder, rase og sosioøkonomisk status, men som ikke var utsatt for overgrep. Gjennomsnittsalderen i oppstarten var 11 år. Begge gruppene ble fulgt opp med seks grundige undersøkelser som foregikk over de neste 20 årene, og 96 % av jentene fullførte studien. Putnam og Trickett ville finne ut hvordan overgrep fra familiemedlemmer kunne påvirke jentenes skolearbeid, selvbilde, vennerelasjoner og etter hvert kjærestereelasjoner. De undersøkte også forandringer i nivåer av stresshormoner, reproduktive hormoner,

immunforsvar og flere andre fysiologiske faktorer som kunne ha blitt påvirket av overgrepene. I tillegg undersøkte de mulige beskyttelsesfaktorer som for eksempel støtte fra familie og venner, og intelligens. Sammenlignet med kontrollgruppa viste de overgrepsutsatte jentene en rekke negative ettervirkninger på mange områder av utviklingen, fra sen barndom til tidlig voksen. Sammenlignet med kontrollgruppa viste de tidlig disosiative symptomer og depresjon, og over tid fikk de mange forskjellige psykiatriske diagnoser. Mange hadde spiseforstyrrelser, utførte selvskading, hadde plager og bekymringer knyttet til seksuell utvikling og kom tidligere i puberteten. De sluttet skolen i mye større grad enn de ikke overgrepsutsatte. De hadde flere helseproblemer og hyppigere bruk av helsetjenester og viste abnormaliteter i stressresponshormonene og forstyrrelser i utviklingen av følelser og emosjonsmestring. Over tid viste disse forstyrrelsene seg blant annet i manglende uttrykk for følelser (de ble numne), eller ved å overreagere voldsomt. Dette ble forstått som at kroppene deres justerte seg etter de kroniske traumene i barndommen, og at stressmestringssystemet ikke lenger fungerte som det skulle på grunn av overbelastning. De overgrepsutsatte jentene hadde rett og slett en annen utvikling enn de ikke overgrepsutsatte. Denne forstyrrelsen i utviklingen gjaldt både biologisk, fysiologisk og psykologisk. De hadde lav selvfølelse og store vanskeligheter i relasjoner til jevnaldrende og særlig i forhold til kjærester. De hadde mange, og ofte kaotiske og traumatiserende kjæresteforhold. Disse jentene stolte sjelden på noen, de hatet seg selv, klarte ikke sosialiseringssprosessene i ungdomstiden, og ble ofte utsatt for nye overgrep gjennom ungdomstiden og tidlig voksenlivet (Van der Kolk, 2014, s.161-163).

Seksuelle overgrep og empowerment.

I 1998 skriver Sharon DiVitto om sine erfaringer som psykiatrisykepleier i en beskrivende artikkel om empowerment gjennom selvregulering for overgrepsutsatte. Her hevder hun at incest fører til den direkte motsatte følelsen av empowerment. En overveldende følelse av hjelpeløshet, ved at den incestutsatte ikke har hatt noen som helst mulighet til å motsette seg overgrepene. Et totalt tap av sikkerhet og tillit fra den som skulle representert og gitt nettopp dette. Hun skriver også at det å bli fratatt muligheten til å føle seg trygg, også fratår barnet muligheten til å føle empowerment. Her ment som makt over eget liv og egen vilje. Videre skriver hun om hvordan barnet gjennom å søke hjelp og støtte av andre, men ved

ikke bli trodd eller hørt på, utsetter barnet for et sekundært traume. I verste fall blir barnet beskyldt for å være delaktig, eller selvforskyldt i overgrepene. En slik opplevelse gjør barnet totalt hjelpeløst, skamfullt og mismodig, og barnet vil antagelig ikke prøve å gjøre noe med situasjonen igjen, men heller avfinne seg med overgrepene, og finne overlevelsesstrategier i seg selv. Dissosiasjon og selvskading er eksempler på slike overlevelsesstrategier (Sharon DiVitto, 1998, s.79). Denne hjelpeløsheten tar barnet med seg inn i voksenlivet. Som voksen vil han/hun sannsynligvis fortsatt bruke de gamle overlevelsesstrategiene, uten at disse lengre beskytter personene. Minner og vanskelige følelser fra overgrepene blir vanskelige å holde borte og i hjelpeapparatet kan disse overlevelsesstrategiene bli oppfattet som symptomer på psykiske lidelser og patologi. Møte med hjelpeapparatet kan dermed bidra til å opprettholde følelsen av hjelpeløshet (DiVitto, 1998, s.80). Et annet aspekt som hindrer empowerment og som DiVitto har sett nærmere på er at mye av behandlingen av overgrepsutsatte har hatt fokus på å dempe akutte kriser og få den overgrepsutsatte i sikkerhet, og da gjerne som akutt innleggelse i psykiatrien. Men de har ikke klart å behandle alle de underliggende problemene som ettervirkninger av overgrepene har ført med seg. Derfor blir mange det vi her i Norge kaller svingdørspasienter. De kommer stadig tilbake. Dette sier DiVitto medfører en håpløshetsfølelse, ikke bare hos de overgrepsutsatte men også blant helperne (DiVitto, 1998. s.78).

Forskning på ettervirkninger av alle typer overgrep i barndommen.

I artikkelen *Children exposed to violence* har Benjamin E. Saunders samlet resultatene til en rekke epidemiologiske studier om vold mot barn, både retrospektive studier om ettervirkningene for voksne med en historie av overgrep i barndommen, og studier på barn som har opplevd overgrep (fullstendig oversikt over refererte studier i Saunders, 2003. s.357).

Den store samlingen av forskning Saunders referer til viser uhensiktsmessige utfall for de overgrepsutsatte, både i barndommen, ungdommen og i voksenlivet. Disse uhensiktsmessige utfallene er, for å nevne noen: medisinske og fysiske problemer, utviklingsproblemer, relasjonsproblemer, risiko for nye overgrep, risikofylt seksuelle atferd, seksuelle forbrytelser, kriminalitet og rusmisbruk, suicidalitet, spiseforstyrrelser, psykiske lidelser og psykiatriske diagnoser som PTSD, depresjon og angstlidelser. Saunders

konkluderer med at det er så mange problemer som kan oppstå etter å ha opplevd overgrep i barndommen, uansett type overgrep, at det blir vanskelig å lage en komplett liste (Saunders, 2003, s 357 og 358).

Overlappende vold og traumatiske hendelser.

Men Saunders peker også på noe annet viktig i denne artikkelen. Han skriver at forskere ofte studerer en type overgrep uten å undersøke hvilke andre typer overgrep som kan ha blitt påført barna i tillegg, eller hvor mange ganger de er blitt påført de forskjellige typene overgrep. Det blir også sjelden spurt om de i tillegg har vært vitne til vold, eller opplevd andre typer traumatiske episoder (Saunders, 2003, s.359). Forskning viser at de som har vært utsatt for vold og overgrep, ofte har opplevd flere typer overgrep og gjentatte ganger (s.363 og 364).

I 2011 tar en forskningsgruppe fra Kent State University opp igjen forskningen til Saunders og hevder at dette fortsatt er et felt med for lite forskning, selv om dette nå er et kjent fenomen (Draucher, Martsof, Roller, Knapvik, Ross & Stidham, 2011, s439).

2.2 Forskning på helingsprosessen.

Lite forskning.

Traumespesialisten Peter A. Levine skriver i 1997 "In spite of growing professional interest, and the sensationalism and saturation of the media, we see little evidence of trauma being healed" (Levine, 1997, s.33). "Even with the increased recognition of sexual abuse, there remains little understanding about the conditions necessary for its healing" (Levine 1997, s.34).

Fra 1980-tallet og frem til i dag har det skjedd mye innen feltet, men som Søftestad sier er det «et sprik mellom teoretisk kunnskap «det vi vet», og offentlig satsning, «det vi ønsker å gjøre», på den ene siden og praktisk arbeid, «det vi får til» på den andre» (Søftestad, 2005, s.23).

En klinisk studie.

I en kvalitativ studie fra 2005 ble 30 menn og kvinner dybdeintervjuet et halvt år etter at de hadde vært gjennom et seks ukers opphold på en klinikk for overgrepsutsatte med PTSD. Studiens hovedmål var å undersøke hva de 30 deltakerne opplevde hadde fremmet eller hemmet tilfriskningen etter deres opphold ved klinikken. Det som i hovedsak hemmet tilfriskningen var mangel på oppfølging etter innleggelsen, isolasjon, få eller ingen venner, problemer med partneren og manglende støtte fra familien. Det som fremmet tilfriskningen var konkret støtte fra familie og venner, da særlig følelsesmessig støtte fra venner og utviklingen av et sosialt nettverk utenfor overgrepshistorien og det å fortsette å bruke strategier de hadde lært under oppholdet for å ta vare på seg selv (Harper, Stalker, Palmer & Gadbois, 2005, s.220-222). Samme artikkel nevner hvor lite fokus det har vært på trivsel for denne pasientgruppa (s.218).

Dette bekrefter hvor viktig den personlige delen av helingsprosessen er, og at det for de det gjelder ikke bare dreier seg om å redusere de kliniske symptomene av ettervirkningene, men også de mellommenneskelige og sosiale ettervirkningene.

Patologiserende holdninger.

I kapittel 2.1 refererte jeg til den psykiatriske sykepleieren Sharon DeVitto og hennes beskrivende artikkel om empowerment gjennom selvregulering for overgrepsutsatte. I samme artikkel forteller hun også om det hun kaller er en patologisk holdning ovenfor overgrepsutsatte. Hun skriver om hvordan de overgrepsutsatte blir misforstått i sine handlinger. Hun nevner selvskading som et eksempel, der psykiatrien ser patologi, men som for de overgrepsutsatte er en overlevelses- og mestringsstrategi. Hun mener at de overgrepsutsatte utvikler en rekke overlevelses- og mestringsstrategier for å tilpasse seg de traumatiserende omgivelsene de vokser opp i. I tillegg til selvskading nevner hun utviklingen av en rekke fysiologiske plager og psykosomatisk sykdom, dissosiative symptomer, panikkanfall, raseriutbrudd, tvangstanker, perfeksjonisme og bruk av rusmidler, alle som mestringsstrategier som er hensiktsmessige for å overleve. Hun mener at psykiatrien må begynne å se at dette er symptomer på den enorme styrken som har holdt dem i livet, og ikke som symptomer på mentale sykdommer (DiVitto, 1998, s.79,80). Hun skriver også at

hjelperne må være med på å fokusere mot det som kan øke blant annet selvfølelsen og uavhengigheten, i stedet for å fokusere alt mot det vonde og sensitive (Divitto, 1998, s.85).

I en teoretisk artikkel fra 2003 kritiserer Bonnie Burstow hvordan terapeuter, og psykiatrien i sin helhet, har et fastlåst syn på traumer, der diagnoser og symptomreduksjon er målet for heling. Burstow hevder at symptomene isteden bør behandles som logiske reaksjoner på farlige hendelser. Hun gir et eksempel på dette med en kort historie. En kvinne blir voldtatt i en gate, og er fremdeles redd når hun går i samme gate et år etterpå. Hennes redsel er ikke patologisk, men logisk. Hun vet at det kan skje, fordi det har skjedd. Hun vet også at hun lever i et voldelig, sexistisk og patriarkalsk samfunn der kvinner blir voldtatt hver dag. Denne redselen er derfor ikke bare en triggerrespons på tidligere traume som hun må kvitte seg med for å bli trygg igjen, slik den patologiske tankegangen tilsier. Hun gjør derimot lurt i å være redd og oppmerksom. Hun har mistet muligheten til å tenke at «det skjer ikke meg», for det skjedde (Burstow, 2003, s.1305). Burstow mener at istedenfor å prøve å overbevise den traumatiserte om at verden er trygg, noe den faktisk ikke er, så bør man heller som terapeut hjelpe den traumatiserte til å navigere best mulig i en utrygg verden. Og istedenfor å sykeliggjøre, og videre undertrykke den traumatiserte, bør terapeuten heller hedre og anerkjenne styrken, og bruke denne overlevelseskunnskapen i videre terapi (Burstow, 2003, s.1311). «Whether traumatized people use more conventional means, or whether they slash or starve themselves, they are actively coping. As such, the so-called symptoms are best theorized as survival skills. Correspondingly, traumatized people are most adequately conceptualized as competent” (Burstow, 2003, s.1305).

Individualisering.

Mary A. Gilfus forklarer i en teoretisk artikkel om hvordan patologiseringen hadde sin positive virkning på 80-tallet, da traumeforståelsen ble utformet. Patologiseringen gjorde det mulig for kvinner og barn til å bli tatt på alvor i forhold til ettervirkningene av vold og seksuelle overgrep, og for å skille overgrepstraumer fra andre traumer som krig og naturkatastrofer. Men samtidig var det å lage en sykdomsmodell av ettervirkningene også en måte å frata overgripere og samfunnet ansvar, og legge det over på kvinnene. Overgriperne og konteksten overgrepene skjedde i ble oversett i etterkant, og kvinnene ble sittende igjen som eneste gjenværende etter traumet. De ble sittende igjen med ettervirkningene som ble

målt i symptomer og diagnoser, og på denne måten bidro psykiatrien til å minimalisere traumet til å bli et individuelt problem (Gilfus, 1999, s.1241-1242). Siri Sjøftestad bekrefter at dette fenomenet fremdeles, eksisterer i Norge, men hun legger mer vekt på vår tids individualisering. «Ett trekk ved vår tid er fokuseringen på enkeltindividet. En konsekvens av dette synes å være tendensen til å individualisere problemet» (Sjøftestad, 2005, s.23).

Jeg har ikke funnet forskning som tyder på at dette er forandret i nyere tid, hverken i forhold til patologisering, den individuelle plasseringen av problemet, eller overgriper og samfunnets ansvarsfraskrivelse. Det er grunn til å tro at de samme holdningene eksisterer i dag.

3 Teori

I dette kapitlet vil jeg starte pkt. 3.1 med teori om seksuelle overgrep i et historisk perspektiv for så å gi noen grunnleggende fakta om seksuelle overgrep mot barn. I pkt. 3.2 tar jeg for meg ulike typer traumer som kan oppstå etter seksuelle overgrep i barndommen. I pkt. 3.3 vil jeg beskrive mulige ettervirkninger av seksuelle overgrep i barndommen, med hovedvekt på ettervirkningene skyld og skam. Videre vil jeg i pkt. 3.4 ta for meg helingsprosessen og heling etter seksuelle overgrep i barndommen. Teorikapitlet avsluttes med teori om empowerment, med hovedvekt på individuell, psykologisk empowerment, pkt. 3.5.

3.1 Seksuelle overgrep.

Historisk om seksuelle overgrep, senvirkninger og traumer.

Teorier om sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen og psykiske lidelser i voksenlivet ble for første gang beskrevet i Frankrike på slutten av 1800-tallet. På denne tiden snakket man om hysteri, som ble kjennetegnet av symptomer som blant annet emosjonelle svingninger, angst, muskelkramper, lammelser og somatiske plager. Flere psykiatere, deriblant Sigmund Freud, fant ut at mange av deres pasienter som led av hysteri også hadde vært utsatt for vold og seksuelle overgrep i oppveksten. Freud utviklet på dette grunnlaget en teori han kalte «The seduction theory». Han la frem sin teori på en psykiatri- og

nevrologikonferanse i Wien i 1896. Han ble refusert og omgjorde teorien året etter til «Ødipusteorien». Denne teorien gikk ut på at disse kvinnene hadde forbudte og ubevisste fantasier om sin far og at de seksuelle overgrepene hadde foregått i fantasien. En annen av Freuds kollegaer, Pierre Janet, utviklet samtidig en modell der han viser sammenhengen mellom traumatiske hendelser i barndommen, og posttraumatiske og dissosiative symptomer i voksenlivet. Han møtte også stor motstand og en av hans motstandere, Joseph Babinski, forklarte isteden hysteriet med suggesjon. De fikk begge sine tilhengere, men Babinski ble direktør for sykehuset de begge jobbet ved, og det ble hans teori som fikk råde. Samtidig var det psykiatere som jobbet med krigshysteri, der soldatene hadde samme symptomer som de hysteriske. Likevel ble ikke denne sammenhengen vektlagt eller utforsket. Denne sammenhengen ble gjenopplaget av kvinnebevegelsen på 1970- og 80-tallet (Blindheim, 2012, s.170).

Kvinnebevegelsen og de mange feministiske aktivistgruppene som vokste fram i USA fra slutten av 60-årene og utover 70-årene, satte fokus og oppmerksomhet på vold mot kvinner og seksuelle overgrep, mot både kvinner og barn. Dette var problemer som frem til da hadde vært regnet som private og personlige, men som nå ble løftet fram som politisk anliggende. Dette fikk implikasjoner for både helsevesen og rettsvesen. Aktivistene klarte å motivere til lovgivning som både beskyttet kvinner mot voldelige og seksuelle overgrep, og lover for straff av overgripere. De fikk øremerket statlige tilskudd til å starte hjelpetelefoner og krisesentre. Dette ble også starten på selvhjelpsgrupper, og selvhjelps litteraturen (Napels, 2003, s.1154).

I 1978 kom boken *Kiss Daddy Goodnight: A Speak Out on Incest* av Louise Armstrong og i 1981 kom boken *Father-Daughter Incest* av Judith Herman. Begge bøkene bidro til å bryte hemmeligholdelsen rundt incest, og blir regnet som viktige, både i forhold til å sette incest på den politiske agendaen, og for å ta helsekonsekvensene av seksuelle overgrep på alvor (Napels, 2003, s.1157). I 1981 gav den Sveitsiske psykoterapeuten Alice Miller ut boken *Thou Shalt Not Be Aware: Society's Betrayal of the Child* (Amerikansk oversettelse), der hun dokumenterer at seksuelle overgrep mot barn eksisterer (Miller, 1981). Disse kvinnene gav en stemme til de mange incestutsatte som til nå hadde tiet om sine hemmeligheter. I 1988 gav Ellen Bass og Laura Davis ut *The Courage to Heal*, som er en selvhjelpsbok for kvinner som har blitt seksuelt misbrukt i barndommen. Dette er den mest leste boken for

overgrepsutsatte, (Napels, 2003, s.1165) og har blitt revidert 4 ganger siden utgivelse (Bass & Davis, 2008). Bass og Davis startet arbeidet med boken i 1984, og skriver i innledningen at boken er et resultat av kvinnebevegelsen, med ønske om politisk og individuell empowerment for kvinner. De skriver også om hvor lite kunnskap det var om fenomenet og om ettervirkningene på denne tiden. De få som fortalte opplevde å bli møtt med fornektelse, minimering og skyld. De sier videre at de skrev boken for å gi overleverne en respektfull og medfølende rettleiding i helingsprosessen, der narrativer fra andre overgrepsutsatte kunne gi inspirasjon og styrke. Og det viktigste av alt, å vite at de ikke var alene, at de ikke hadde skyld i overgrepene, og at det er mulig å heles etter seksuelle overgrep (Bass & Davis, 2008, s.s.xi).

Historisk bakgrunn med norsk kontekst:

I det norske fagmiljøet kom overgrep mot barn på dagsorden på midten av 1980-tallet. Utenlandsk forskning, dokumentarer og spillefilmer på TV utgjorde den spede begynnelsen for oppmerksomheten rundt seksuelle overgrep. Det var på den tiden lite kunnskap om omfang, symptomer, skadevirkninger og behandling (Søftestad, 2005, s.22). «Den første store økonomiske satsningen på landsomfattende utvikling av kunnskap og tiltak kom i regi av Sosialdepartementet i 1989» (Søftestad, 2005, s.23).

På Støttesenter Mot Incest Oslo sin hjemmeside står det dette om historikk.

Kampen for å nå fram til et terapeutisk tilbud på 70-tallet og begynnelsen av 80-tallet var både lang, hard, sår og ofte forgjeves. Angsten for å berøre dette tabubelagte emnet syntes å farge holdninger både i hjelpeapparatet og hos folk flest. Muligheten til å få hjelp ble forhindret av en slags kollektiv taushet (Støttesenter Mot Incest Oslo [SMI], 2014).

Med dette som bakgrunn, og med egne erfaringer med seksuelle overgrep i barndommen, startet Marianne Lind og Inger Gilje i 1986 Støttesenter mot Incest, i Oslo. Senteret drives fortsatt og fylte 30 år 10. juni 2016 (SMI, 2014).

I 1999 ble Stiftelsen Fellesskap mot seksuelle overgrep, FMSO, etablert. Dette er en fellesorganisasjon for alle landets 22 støttesentre. Alle landets fylker har nå et støttesenter. Flere av disse sentrene tilbyr selvhjelpsgrupper, blant annet senteret i Oslo (Fellesskap Mot Seksuelle Overgrep [FMSO], 2016).

Når det gjelder behandlingstilbud finnes det nå to institusjoner i Norge som tilbyr traumefokusert behandling. Dette er Modum Bad i Buskerud, og Viken i Troms. Modum Bad har i tillegg en traumepoliklinikk i Oslo, som tilbyr kurs for mennesker med alvorlige traume- og dissosiasjonslidelser. Disse kursene ble startet opp i 2008. I tillegg tilbyr de veiledningsgrupper, kurs og videreutdanning for terapeuter (Modum Bad, 2015).

To tilsvarende institusjoner ble lagt ned i 2014. Dette var Betania Malvik i Helse Midt-Norge, som var et døgntilbud til traumatiserte etter gjentatte seksuelle overgrep. Tilbudet ble lagt ned etter en tilsynssak, begrunnet med omstridt behandlingsform (Hofstad & Nilsen, 2014). Den andre var traumeenheten ved Nordlandssykehuset i Bodø, der styret i Helse Nord i mai 2014 vedtok å legge ned det spesialiserte behandlingstilbudet til traumepasienter (Budalen, Lorentsen & Rørstad, 2014).

Til tross for at det fra slutten av 80-tallet er ytt betydelige ressurser fra flere departementer, er arbeidet på feltet i hovedsak preget av skippertak og av stor vegring mot å implementere forpliktende samarbeidsrutiner, metoder, kompetanse og tiltak i det ordinære hjelpeapparatet (Søftestad, 2005, s.23).

Definisjon av seksuelle overgrep.

I det sosialpsykologiske feltet er det store variasjoner i definisjonen av seksuelle overgrep. Redd Barna definerer seksuelle overgrep som:

Seksuelt motiverte handlinger med barn og seksuelt motivert atferd overfor barn. (...)

Med seksuelt motiverte handlinger menes all fysisk kontakt mellom overgriper og den utsatte; fra samleie til beføling innenfor eller utenpå klærne. Med seksuelt motivert atferd menes seksuelle handlinger i nærvær av barnet, der det ikke er noen

form for fysisk kontakt, men for eksempel blotting, slibrigheter eller verbale krenkelser (Redd Barna, Fakta om overgrep, udatert).

Alvorlige seksuelle overgrep mot barn.

Kjennetegn ved alvorlige seksuelle overgrep mot barn er når overgrepene starter tidlig, foregår over flere år, overgriper er far og/ eller mor, eller en annen person barnet har et tillits- og avhengighetsforhold til og der overgriper bruker trusler, tvang og vold. De samme kjennetegnene sier noe om skadene etter seksuelle overgrep. «Jo nærere forhold, jo lengre tid og jo mer brutalitet - desto mer sannsynlighet for utvikling av omfattende psykiske symptomatologi som følge av påkjenningene» (Anstorp, 2007, s.5). «Men selv det vi kaller et «mindre alvorlig» overgrep gir stor risiko for psykisk skade. Barn utsatt for seksuelle overgrep har også betydelig større risiko for å bli utsatt for alvorlige overgrep senere» (Redd Barna, Fakta om overgrep, udatert). Det er ingen tvil om at trusler, vold og tvang er skadelig, men det er også skadelig når overgriper bruker kjærlighet og omsorg som en unnskyldning for de seksuelle handlingene, eller mener at barnet selv ønsker eller trenger handlingene (Redd Barna, Fakta om overgrep, udatert).

«Som beskyttende (mot)kraft er særlig i hvilken grad og på hvilken måte den utsatte evt. hadde noen eller noe som kunne trøste eller støtte en» (Anstorp, 2007, s.5).

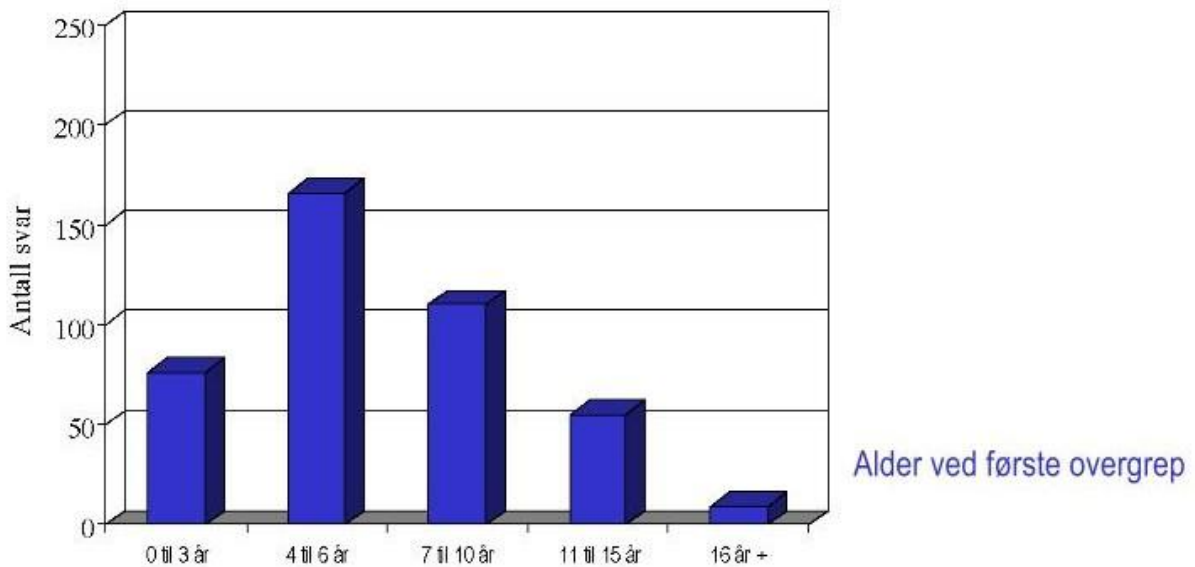
Relasjon til overgriper, alder ved første overgrep og antall overgripere.

I et spørreskjema som ble sendt ut til fire støttesentre i 2009, svarte 462 respondenter på blant annet spørsmål om relasjon til overgriper(e), alder ved første overgrep og antall overgriper(e). Spørreskjemaet var første del i en longitudinell studie av Professor i psykologi Ståle Pallesen ved Universitetet i Bergen. Den planlagte longitudinelle studien ble ikke noe av og resultatene fra første del ble kun presentert som resultater og søylediagrammer, ved en presentasjon av Pallesen 22.september 2009 (referert med tillatelse av Ståle Pallesen).

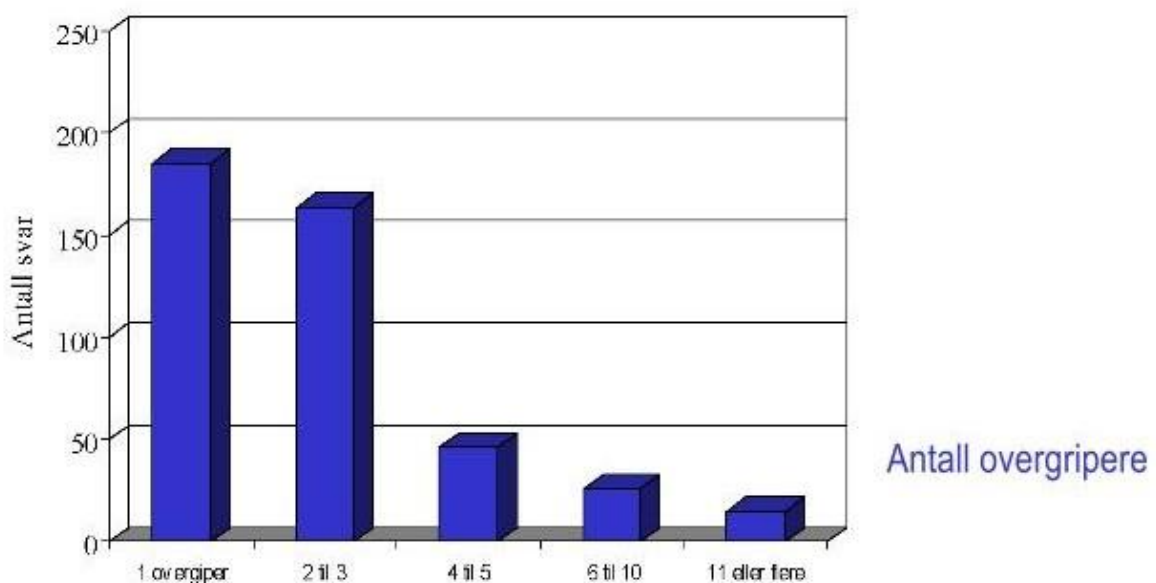
På spørsmål om relasjon til overgriper(e) fordelte svarene seg prosentvis slik: foreldre 39,6 %, annen slektning 25,6 %, annen kjent person 24,1 %, biologiske søsken 19,4 %, besteforeldre 15,8 %, ukjent person 12,9 %, venner av foreldre 12,7 %, nabo 12,2 %,

partner/kjæreste 11,8 %, bekjente i lokalmiljøet 10,7 %, steforeldre/mor eller fars kjæreste 8,9 %, andre venner av familien 6,7 %, egen venn 6,2 %, venner av søsken 5,6 %, behandler/helsepersonell 4,7 %, lærer, aktivitetsleder, trener 4,7 %, medelev 4,0 %, religiøs leder 2,7 %, barnevakt 2,4 %, kollega 2,4 %, venner av besteforeldre 1,6 %, ste søsken 1,1 %, fosterforeldre 0,9 % og miljøarbeider 0,4 %.

Alder ved første overgrep, vist med søylediagram:



Antall overgripere, vist med søylediagram:



(Pallesen 2009, LISA undersøkelsen)

Dette er ikke et representativt utvalg, men mer en indikasjon på hva vi kan forvente.

Seksuelle overgrep og kjønn.

Seksuelle overgrep blir begått av både menn og kvinner. Det er en tradisjon for å akseptere menn som overgripere, mens det for mange fortsatt er vanskelig å tro på at også kvinner kan være overgripere. Overgrep begått av kvinner er lite forsket på og det finnes foreløpig lite litteratur om fenomenet (McLeod, 2015, s.97; Haugeland, Nygaard, Vik & Lindstrøm, 2011, s.527,528). "Female sexual offenders are significantly underrepresented in the literature. Largely due to a failure of our society to recognize women as offenders, we allow them to avoid detection, prosecution, and interventions like tracking, registration, or mandated treatment" (McLeod, 2015, s.97).

I «Rapportering fra sentrene mot incest og seksuelle overgrep 2013» hevder 90 % av brukerne at de ble utsatt for seksuelle overgrep av en mann, mens 10 % hevdet at deres overgriper var en kvinne. Av de som var utsatt av en kvinnelig overgriper var 27 % menn og 6 % kvinner. Av de som var utsatt av mannlig overgriper var 78 % menn og 97 % kvinner (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2014, s.53). Disse statistikkene forteller oss at mange opplever overgrep fra både mannlig og kvinnelig overgripere og dermed opplever overgrep fra flere enn en overgriper.

«Selv om seksuelle overgrep mot barn begås sjeldnere av kvinner enn av menn, har de ofte mer alvorlige konsekvenser for offeret. De ser likevel ut til å bli underrapportert – og i større grad bagatellisert» (Haugeland et al. 2011, s.523).

3.2 Traumer etter seksuelle overgrep i barndommen.

For bare noen tiår siden, trodde man at traumer ikke kunne heles. I et oppslag fra New York Times i 1992, skriver Daniel Golman artikkelen *Wounds That Can Not Heal*. Han refererer til Yale psykiateren Dr. Dennis Charney, og skriver at dette er en irreversibel tilstand: «Hope is held that a magic bullet (like Prozac) will be found to cure this "brain disease"» (Levine, 1997, s.37). I dag vet vi at de tok feil, og at man kan heles etter traumer. I dag vet vi også at dette ikke er en sykdom, men en tilstand, og at traumene ikke bare setter spor i hjernen, men også

i kroppen og derfor må heles gjennom kroppen (Levine, 1997 og Van der Kolk 2014). Ledende forskere innen feltet er opptatt av å formidle at det ikke er en uhelbredelig sykdom, men en tilstand som kan endres. «Trauma is not a life sentence» (Levine, 1997, s.41). “Trauma is not a disorder but a reaction to a kind of wound” (Burstow, 2003, s.1302). “Trauma is a concrete physical, cognitive, affective, and spiritual response by individuals and communities to events and situations that are objectively traumatizing” (Burstow, 2003, s.1304).

Definisjon av traumer.

Går vi tilbake til Freud sin tid (1914), var hans definisjon på traumer «a breach in the protective barrier against stimuli leading to feelings of overwhelming helplessness» (Levine, 1997, s.197). Siden den gang har forståelsen for traumer og kompleksitetene ved de forskjellige typene traumer blitt kraftig videreutviklet. Traumeforskningen og forståelsen vi har i dag er blant annet et resultat av teknologisk utvikling innen hjerneskaning, som skjøt fart fra 1990 årene. Dette har gjort forskere i stand til å se hva som skjer i hjernen til mennesker som har vært utsatt for traumer. Vi har også gjennom de siste årene forstått hvordan et traume som skjedde i barndommen fortsatt kan gi ekstreme utslag i voksen alder. Traumene setter seg fast i både hjernen, tankene og kroppen. De overveldende og skremmende opplevelsene fra barndommen setter ikke bare spor i hjernen og kroppen, men også i selve jeget, i opplevelsen av hvem man er (Van der Kolk, 2014, s.21).

Psykisk traume og komplekst traume.

I dag bruker vi traumer som et samlebegrep for mange ulike typer traumer. I hovedtrekk skiller man mellom psykiske traumer type 1, som er utløst av enkeltstående hendelser, og komplekse traumer type 2, som er utløst av gjentatte og vedvarende hendelser (Modum Bad, udatert). Traumer er hendelser som oppleves som intense, skremmende og uoversiktlige, og kan for eksempel være krig, naturkatastrofer, vold, omsorgssvikt og overgrep. Blir man utsatt for en slik skremmende og intens opplevelse en gang kaller vi det et psykisk traume. Når slike intense og skremmende opplevelser skjer gjentatte ganger og over tid kaller vi det altså et komplekst traume. Å bli utsatt for gjentatte seksuelle overgrep

er et komplekst traume (Regionalt ressurscenter om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging avd. sør [RVTS sør], udatert).

Utviklingstraume.

Når gjentatte og vedvarende seksuelle overgrepene skjer tidlig i livet, vil det også være snakk om utviklingstraumer. Det er utviklingen av hjernens alarmsystem og reguleringsystem det da er snakk om. «Hjernens stressreaksjonssystem synes hos disse unge menneskene å bli mer permanent endret da de må fokusere oppmerksomheten sin på å skape mest mulig trygghet istedenfor å fokusere på vekstfremmende interesser og aktiviteter som trygge barn opplever som tiltrekkende og stimulerende» (Bath, 2008).

Utviklingstraumer er en spesielt alvorlig traumatisering, ikke bare fordi barnet er i utvikling og at denne blir forstyrret, men også fordi traumene blir påført av en nær omsorgsperson (RVTS Sør, udatert). Denne omsorgspersonen skulle i utgangspunktet verne barnet mot farer og overgrep, men gjør det motsatte.

Relasjonstraume.

Vi snakker da i tillegg om relasjonstraumer, eller *tilknytningstraumer*, der frykten for nærhet til omsorgspersonen traumatiserer tilknytningssystemet (Benum, 2012, s.22). Det kritiske for barnet er at den som fortsatt skal gi trygghet og omsorg også er kilden til frykt, angst og nød. Barnet har et håpløst dilemma, men er låst i situasjonen. Til tross for frykten for denne omsorgspersonen og overgriperen, er barnet likevel nødt til å forholde seg til denne personen som omsorgsperson (Van der Kolk 2014, s.117).

Tilknytningstraumer kan utvikle seg til fobi for relasjoner. Relasjoner blir forbundet med overgrep og neglisjering. Fobi for relasjoner gjør det vanskelig å knytte seg til andre mennesker, og også til en terapeut. Likevel er en tilknytning mellom terapeut og klient avgjørende for at terapien skal fungere, og arbeidet med å bygge relasjonen skal terapeuter ta på største alvor (Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, R. S., 2012, s. 109,110). Det traumatiserte tilknytningssystemet ødelegger ikke bare for tilknytning og relasjoner, men den svekker også muligheten for regulering av stress og affekter (Benum, 2012, s.25).

Trygge barn med et sunt tilknytningssystem og omsorgspersoner som gir oppmerksomhet og trøst, og som lærer barnet å tolerere ulike følelser vil etter hvert lære å regulere seg selv og stole på at verden er god. Barn som har vært utsatt for overgrep har lært at uansett hva de gjør er det ingen som hjelper dem, hører dem eller trøster dem. De lærer at det er ingenting de kan gjøre. Denne kunnskapen tar de med seg videre i livet, og ved møtt fare gir de opp (Van Der Kolk, 2014, s113).

Identitet og traume.

I tillegg vil traumer påført av nære omsorgspersoner være med på å endre den overgrepsutsattes selvfølelse og opplevelse av seg selv og sin plass i verden (Benum, 2012, s.24). Som barn er vi avhengige av å bli tatt vare på, trøstet, få dekket fysiske behov som søvn og mat også videre. Vi er også avhengige av at våre omsorgsgivere lærer oss om hvordan det sosiale samspillet, og verden i sin helhet fungerer. Hvordan vi forholder oss til menneskene rundt oss og hvordan vi mestrer sosiale koder. Men når den som skal passe på barnet er den som utfører de overveldende og skremmende handlingene, blir lærdommen at man aldri vet hvem som kan skade deg. Når et barn ikke blir møtt på sine behov fra omsorgsgiveren vil barnet heller ikke lære hvordan disse behovene kan dekkes. Man lærer isteden at mine behov ikke betyr noe. Selvfølelsen vil være preget av den forakten og nedverdigheten som overgrepene representerte (Van der Kolk, 2014, s.127-129).

Samtidig forandrer verdensbilde seg. Verden blir et utrygt sted å være, og farer lurer overalt. Hvem skal barnet stole på når det ikke kan stole på de som skulle beskytte? Den som skulle lært barnet om forskjellen på trygg og utrygg, har bare lært det hva utrygg er. Dermed blir verden et utrygt og farlig sted. Også kroppen blir usikker på hva som er signaler på trygg og utrygg. Denne signalforstyrrelsen kan bidra til at barnet, og senere ungdommen og den voksne, ikke klarer å verne seg mot nye farer. Dette er en av grunnene til at det er høy forekomst av retraumatisering i denne gruppa (Van der Kolk, 2014, s.127).

Retraumatisering.

Jeg berørte så vidt retraumatisering i kapittel 2 om tidligere forskning, der det viste seg at jentene i den longitudinelle studien ofte hadde traumatiserende og kaotiske

kjæresteforhold. Det er flere studier som bekrefter dette. Mennesker som har blitt utsatt for seksuelle overgrep av familiemedlemmer i barndommen, har en høyere risiko for å bli utsatt for mishandling, voldtekt, prostitusjon, suicidalitet og rusmisbruk, enn de som ikke ble utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Det er mer sannsynlig at et barn som blir seksuelt misbrukt, vil bli voldtatt som ungdom og voksen (Finkelhor and Brown, 1985; Gelinas, 1983; James and Meyering, 1977; Van der Kolk, 1989, referert av Matsakis, 1998, s.261). I tillegg til ikke å ha lært å beskytte seg selv for fare, gjør også den lave selvfølelsen og den tidligere demoraliseringen av jeget, dem til lette bytter for utnyttende og manipulerende mennesker (Matsakis, s.261).

Retraumatisering kan også oppstå i terapien. Når man i terapi forteller om gamle minner av overgrep og andre traumatiserende hendelser fra fortiden, vil disse minnene også aktivere de sterke og overveldende følelsene som oppsto på grunn av hendelsene. Man opplever traumet på nytt, og kan i verste fall bli retraumatisert (Levine, 1997, s.31). Klienter som har et lite repertoar for affektregulering generelt, vil være spesielt utsatt for sterk overveldelse (Benum, 2012, s.31). "Asking people to relive the most horrendous events in their lives without teaching them how to feel safe and calm inside is hazardous to people's health; it's so wrong" (Van der Kolk, 2013, s.521). Ved skam og spesielt ved uidentifisert skam kan det oppstå retraumatisering ved at terapeuten ikke reagerer adekvat til det som blir fortalt. For eksempel ved å ikke si noe, eller ved å skifte tema vil den overgrepsutsatte føle skammen som bekreftet og på den måten «en gjenspilling av negative erfaringer» (Stålsett, 2003, s.109).

Retraumatisering blir også omtalt som reviktimisering, men det uttrykker det samme fenomenet ved at man blir utsatt for episoder senere i livet som ligner på de man opplevde i barndommen, som vold og seksuelle overgrep (NKVTS, udatert).

Traumereaksjoner og utvikling av symptomer, illustrasjon av Modum Bad.

Figur 1: Traumereaksjoner som overlevelse



Figur 2: Utvikling av symptomer



(Traumeklinikken Modum Bad 2014, s.227).

Symptomer på traumer.

Det er en lang, lang rekke symptomer i kjølevannet av traumer, men ikke alle opplever, eller viser de samme symptomene. Noen symptomer kan oppstå umiddelbart etter den traumatiserende hendelsen, som følelsen av hjelpeløshet, dissosiasjon eller fornektelse. Andre symptomer som kan oppstå umiddelbart, eller kort tid etterpå kan være hyperaktivitet, mistenksomhet, søvnproblemer, følelsesutbrudd, skam og mye mer. Etter hvert følger symptomer som panikkanfall, ekstrem sensitivitet overfor lyder og lys, overdrevne følelsesmessige reaksjoner, humørsvingninger, hyppige gråteanfallet for å nevne noen. De symptomene som gjerne oppstår senere, er de som utvikler seg over tid. Dette kan være dempede eller reduserte følelsesmessige reaksjoner, kronisk utmattelse, problemer med immunsystemet og hormonsystemet, psykosomatiske plager og sykdom, redusert livslyst, hukommelsestap, depresjon om mye mer som jeg også beskriver i kapittel 3.3 ettervirkninger av seksuelle overgrep. Noen av symptomene forekommer i alle stadiene og vil være stabile over tid, andre vil komme og gå, og noen vil ligge skjult i flere tiår. Dette er alle symptomer som ikke vil forsvinne av seg selv (Levine, 1997, s147-149).

Man kan fortrenge minner og følelser i mange tiår, men sannsynligvis vil de en dag presse seg frem. Årsakene til at minnene dukker opp kan være av flere grunner. Det kan være fordi man opplever noe som ligner, og som derfor trigger minnene, det kan være kroppen som sier stopp, eller det kan være at den overgrepsutsatte er i en livssituasjon som er så trygg at minnene får mulighet til å komme (Levine, 1997, s.167).

These psychological, cognitive and affective difficulties experienced by some survivors may not be immediately visible. Some survivors may present as the “walking wounded,” appearing to function adequately in superficial social relationships, yet suffering personal and interpersonal difficulties associated with child sexual abuse that even they do not attribute to their earlier experiences (Davis & Petretic-Jackson, 2000, s.323)

De fire traumatiserende dynamikkene etter overgrep i barndommen.

David Finkelhor og Angela Brown utviklet en analysemodell som bygger på de 4 traumatiserende dynamikkene ved seksuelle overgrep i barndommen. De fire dynamikkene forklarer hvordan sviket, maktesløsheten og stigmatiseringen forvrenger barnas selvbylde og verdensbylde, både kognitivt og emosjonelt. De blir fratatt sin verdi og verdighet, og gjennom maktesløsheten mister de kontrollen over eget liv. Den seksuelle traumatiseringen kommer i tillegg til de tre nevnte dynamikkene, og gjør ytterligere skade på de seksuelt misbrukte barna. Finkelhor og Brown mener at de fire traumatiserende dynamikkene kan være noe av kjernen til problemene overgrepsutsatte utvikler (Finkelhor & Brown, 1985, s.530-531).

Den *seksualiserte traumatiseringen* forstyrrer og manipulerer den naturlige utviklingen av seksualitet og seksuelle følelser og kan få store negative konsekvenser. Barnet blir påført og lært overgriperes holdninger og preferanser til seksualitet. Seksuelle handlinger kan bli tillagt andre følelsesmessige aspekter, fordi overgriper også gir nærhet og oppmerksomhet, og er giver av mange andre omsorgsoppgaver. I tillegg til at nærhet og seksualitet blir forbundet med noe fryktelig skremmende (Finkelhor & Brown, 1985, s.531).

Sviket som følger etter seksuelle overgrep er vondt for et barn å bære. Barnet forstår at personen de var glad i og kanskje likte godt, faktisk har manipulert dem og skadet dem ved å gjøre de seksuelle handlingene. Et annet vondt svik, som kan komme i tillegg, er sviket fra andre i nær relasjon som ikke griper inn eller beskytter barnet, ikke vil tro barnet, eller av andre grunner ikke hjelper barnet (Finkelhor & Brown, 1985, s.531). «Overgrepene er vonde, men like vondt er det at andre ikke ser» (Anstorp, Hovland & Torp, 2003, s.17). Barnet kan i tillegg bli beskyldt for å ha oppfordret til overgrep (Finkelhor & Brown, 1985, s.532). Og som jeg skrev om i kapittel 2 om tidligere forskning om overlappende overgrep, er det flere av barna som opplever sviket på flere områder og av flere personer.

Det er flere aspekter ved seksuelle overgrep som gjør det overgrepsutsatte barnet *maktesløst*. Den grunnleggende avmakten mener Finkelhor og Brown ligger i den gjentatte invaderingen av barnets kropp. En annen grunnleggende forsterkning av maktesløsheten er når barnet forstår at uansett hva det gjør for å stoppe misbruket har det ingen innvirkning. Eller når barnet forstår at det er fanget i relasjonen til overgriper. Frykten barnet føler under overgrepene øker også maktesløsheten. Noen overgripere truer med eller utøver annen vold

for med vilje å gjøre barnet maktesløs, og på den måten bedre sikre seg at barnet ikke forteller det til noen. Men, sier Brown og Finkelhor, de trenger ikke true for barna er allerede så maktesløse at de antageligvis ikke sier noe uansett. Barna er maktesløse nok når de forstår at de er fanget i relasjonen. I likhet med svik, vil maktesløsheten forsterkes for de barna som prøver å få hjelp, men ikke blir trodd eller hørt (Finkelhor & Brown, 1985, s.532).

Den siste traumatiserende dynamikken er *stigmatiseringen* rundt seksuelle overgrep. Følelsen av skam, skyld og det ekle vi forbinder med seksuelle overgrep er en stor belastning for barna. Disse følelsene blir internalisert i barnets selvbilde.

De kan bli påført direkte av overgriper ved en bevisst påføring, som et middel for å få barnet til å holde overgrepene hemmelige, eller ved at barnet selv føler dette fordi opplevelsen var så ekkel og umoralsk. Stigmatiseringen forsterkes av holdninger og tabuet rundt seksuelle overgrep som kommer til uttrykk fra familiemedlemmer eller samfunnet generelt. Noen barn sliter i tillegg med skyld og skam knyttet til tabuet og fornektelsen av fenomenet innenfor sin religion og kultur. En ytterligere faktor er hemmelighetsholdelsen som forsterker følelsen av å være annerledes (Finkelhor & Brown, 1985, s.533). Et eksempel på det er de utallige overgrepene som har blitt avslørt i den katolske kirken rundt om i hele verden, og ved de katolske kostskolene i England, det siste tiåret.

3.3 Eftervirkninger av seksuelle overgrep i barndommen.

Eftervirkninger etter seksuelle overgrep er mange, og berører hele mennesket.

«Reaksjonene berører både kroppslige, følelsesmessige og nevrologiske funksjoner og kan føre til betydelige utviklingsforstyrrelser og/eller utvikling av somatiske og psykiske lidelser» (RVTS Sør, udatert).

Traumediagnoser etter seksuelle overgrep i barndommen.

Som tidligere nevnt, fantes det ikke forskning om seksuelle overgrep og ettervirkningene før tidlig på 80-tallet. Judith Herman, som skrev boken «Father-Dougtter Incest» i 1981 (nevnt i pkt. 3.1), skrev året etter boken «Trauma end Recovery: From domestic abuse to political terror». Hun er den første som formulerer en egen diagnose for overgrepsutsatte, og kaller

den complex posttraumatic stress disorder, CPTSD (Spermon, Darlington & Gibney, 2013, s.43). Den er fremdeles ikke tatt i bruk, men er igjen foreslått å bli tatt inn i neste diagnosemanual, ICD-11 (Modum Bad, udatert). Denne diagnosen ville inkludert forandringer på flere områder som følge av alvorlige relasjonstraumer, slik som seksuelle overgrep. Jeg referer her til de områdene Modum Bad beskriver på sine nettsider og diagnoser etter traumer.

Diagnosen kompleks PTSD inkluderer problemer på følgende områder:

Vanskeligheter med å tolerere og regulere følelser. Problemer med oppmerksomhet og bevissthet (inkludert dissosiative symptomer, se under). Endringer/problemer med selvopplevelse (typisk at man opplever seg selv som skitten, verdiløs, ødelagt etc). Problemer med relasjoner til andre(vansker med mistillit, regulering av nærhet/avstand, selvhevdelse). Fysiske symptomer (somatisering og medisinske problemer). Endringer i egne menings- og trossystemer (Modum Bad, udatert).

En konsekvens av at denne diagnosen ikke eksisterer i diagnosesystemene er at seksuelt misbrukt barn og voksen får diagnosen PTSD. Siden denne diagnosen ikke er omfattende nok ender mange opp med mellom 3 og 8 tilleggs diagnoser (Van der Kolk, 2014, s.159). Noen får ikke diagnosen PTSD, fordi rastløsheten de viser blir antatt å være ADHD og de blir behandlet med Ritalin, eller fortvilelsen de viser blir antatt å være depresjon, og de blir behandlet med antidepressiva. Andre diagnoser de kan få, både istedenfor PTSD og i tillegg, er bipolar lidelse og personlighetsforstyrrelser (Van der Kolk, 2014, s.136,137).

Disse kompliserte tilstandene er også kompliserte å behandle og er forskjellige avhengig av alder og utviklingstrinn for når traumene fant sted, relasjon til overgriper, kompleksiteten til traumene i seg selv og offerets eventuelle rollereversering, traumeeksponeringens varighet, tilgjengelighet på støtte og tidspunkt for oppdagelse av disse forholdene (Gjestad/Courtois, 2004).

Et alternativ til Kompleks PTSD er diagnosen DESNOS, som står for Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (Gjestad/Courtois, 2004). Se artikkel for mer informasjon.

Ettervirkningene som rammer selvet og vanskeliggjør relasjonene. Skyld og skam.

Skam, og destruktiv skam har tidligere fått lite oppmerksomhet, men ved økt forståelse av traumer og traumatisering de senere årene har også forståelsen for den destruktive skammen økt (Farstad, 2011, s.122). Skam som fenomen er stort og strekker seg fra den sunne skammen til den destruktive og patologiske skammen. Den sunne skammen gjør oss i stand til å skille mellom etisk og uetisk oppførsel. Den umiddelbare følelsen av hva som er akseptabelt eller ikke. Den sunne skammen regulerer vårt sosiale liv og relasjoner ved å beskytte oss selv og andre mot blant annet uetisk oppførsel. Den sunne skammen handler også om å respektere egne og andres grenser. Skammens oppgave er å beskytte oss (Farstad, 2011, s.39). Skyld og anger kommer når vi har gjort noe galt, som å ha oppført oss uetisk eller tråkket over andres grenser (Stålsett, 2003, s.119). «Skyld refererer til noe du har gjort, mens skam refererer til den du er» skriver Farstad (2011, s.34). Skam og skyld er to forskjellige fenomener som både kan opptre hver for seg og sammen (Farstad, 2011, s.33). «Skam og stigma hører sammen; stigmatisering skaper skam» (Farstad, 2011, s.47). Skammen og skyldfølelsen er subjektive følelser, men de næres av stigmatiseringen barnet opplever i sitt nærmiljø (Finkelhor & Brown, 1985, s.533). Personer som har opplevd traumatiserende relasjoner, blir typisk bærere både av overgriperens uerkjente skam, og av samfunnets holdning til overgrep (Benum, 2012, s.238).

Skyld og skam ved seksuelle overgrep.

Barn som opplever seksuelle overgrep fra nære omsorgspersoner tidlig i livet, vil kunne knytte både skam og skyld til seg selv (Stålsett, 2003, s.101).

Skyldfølelsen kan også oppstå på grunn av avvisning, i tillegg til overgrepene. Barnet forstår ikke annet enn at det selv er skyld i både avvisningen og overgrepene (Stålsett, 2003, s.111). Skyldfølelse som er oppstått på slike grunnlag kalles patologisk skyldfølelse. Den som ble utsatt for overgrepet tok på seg skylden (Stålsett, 2003, s.121). Den patologiske skyldfølelsen kan følge den overgrepsutsatte gjennom hele livet og bli kronisk (Stålsett, 2003, s.120,122). Skylden kan også bli påført verbalt av overgriperen ved å beskylde barnet for at overgrepene skjer (Stålsett, 2003, s.122). For et barn som blir seksuelt misbrukt av en nær omsorgsperson og som er låst i denne relasjonen, kan løsningen bli å ta på seg skylden for overgrepene. Barn

er avhengige av sine omsorgspersoner og avhengige av å tro på at de vil gi kjærlighet og trygghet. Ved å ta på seg skylden og selv være den onde gjør barnet bedre i stand til å undertrykke egen smerten. «Et barn vil for alltid foretrekke å være ond i en god verden, fremfor å være god i en ond verden» (Sitat fra Wulf i Farstad, 2011, s.71). Barnet kan ikke forandre foreldre eller andre omsorgspersoner til å bli gode, men ved selv å ta på seg skylden for det onde, kan barnet bli flinkere, snillere og bedre (Matsakis, 1998, s.32). «Et krenket barn slutter ikke å elske sine foreldre. Det slutter å elske seg selv» sitat, Jesper Juul. «Traumeskam er respons på reell hjelpeløshet» (Farstad, 2011, s.200). Det er den som er overlegen i makt og posisjon som påfører skam til den underdanige og maktesløse (Farstad, 2011, s. 136). I den dype skammen som oppstår ved relasjonstraumer oppstår også selvhatet og selvforakten (Farstad, 2011 s.165). Skam gir blant annet en følelse av å være mindreverdige, utstøtt, forgiftet, skitten og uelskbar (Farstad, 2011, s.173). Barn som blir utsatt for seksuelle overgrep kan ta med seg følelsene de hadde ovenfor seg selv i overgrepssituasjonen inn i sin permanente selvfølelse. Både følelsen av å være hjelpeløs og følelser som å være tilskitnet og uverdige (Dalsgaard & Wessel, 2012, s.71). «Når skam internaliseres, blir den «mer enn en følelse», den blir noe varig, og med negative følger for identitetsutviklingen» (Farstad, 2011, s.77). Skammen setter seg fast i selve identiteten og setter sitt negative preg på personlighetsutviklingen (Stålsett, 2003, s.101). «Skammen bidrar til at den overgrepsutsatte blir værende i en offerrolle» (Stålsett, 2003, s.101).

For noen er det ikke bare de seksuelle overgrepene som er grobunnen for den destruktive skammen, men også mangel på speiling og mangel på følelsesmessig ivaretagelse fra nære omsorgspersoner (Stålsett, 2003, s.100; Skårderud, 2006, s48).

Skammen viser seg fysisk ved uttrykk som unnvikende blikk og bøyd nakke (Skårderud, 2006, s.45-47).

Skam og kropp.

Finn Skårderud skjelner mellom to ulike måter å tenke skam og kropp på, *kroppsskammen* og *skamkroppen*. *Kroppsskammen* innebærer skam over for eksempel kroppens anatomi og utseende, eller dens funksjonelle skavanker. *Skamkroppen* er derimot den kroppen som bærer skammen og som skammen viser seg i. Det er den fysiologiske kroppen som blant

annet gjennom selvskading blir kuttet eller sultet, som gjennom hard trening eller rus blir tynt (Skårderud, 2006, s.45-47). Denne selvdestruktive adferden mot kroppen viser hvordan den dype skammen fører med seg en sterk selvforakt. Denne selvforakten gjør det vanskelig å ta vare på kroppen. For andre kan selvforakten overfor kroppen føre til at man trekker seg unna fysisk nærhet og intimitet (Farstad, 2011, s.145,146).

Kroppen bærer i likhet med våre kognitive minner også med seg minner og erfaringer. Vold, overgrep og skam lagres i kroppen og ved fysisk nærhet til et annet menneske kan disse minnene reaktiveres (Farstad, 2011, s.151). Når traumet i tillegg er så konkret påført kroppen som ved seksuelle overgrep, setter dette dype spor (Farstad, 2011, s.156). Kirkengen bruker uttrykket «å skamme seg helt inn i marginen» (Kirkengen, 2006, s.65).

Ved seksuelle overgrep vil krenkede og smertefulle opplevelser mot kroppen kunne manifestere skammen i kroppsbilde og kroppsfølelsen. Å skulle møte en annen kropp gjennom seksualitet og intimitet vil følgelig være komplisert (Farstad, 2011, s.164-165). Dette skriver jeg mer om i avsnittet under om skam og relasjon.

Som vi forstår setter altså traumene spor i kroppen og konsekvensene blir derfor også kroppslige. «Psykiske belastninger og traumer er kroppslige belastninger og traumer, som utløser både psykologiske og fysiologiske responser» (Farstad, 2011, s.158). Skammen lagres i kroppen og kommer ut i form av å bli «lammet og lamslått, syk og nedbrutt, stiv og vond» (Farstad, 2011, s.165).

På samme måte som kroppen berøres av vonde opplevelser og minner, kan kroppen også heles gjennom gode og trygge relasjoner, der grenser blir respektert (Farstad, 2011, s.151).

Skam og relasjon.

«Skammen er det godes hovedfiende. Skammen rammer relasjonene (...)» (Søftestad, 2003, s.131). I møte med andre kommer skammen og forgifter både relasjonen og situasjonen. Det som kunne vært fint, hyggelig og morsomt blir fjernt når skammen og selvforakten overtar (Søftestad, 2003, s.131). Patologisk skam gjør mennesker sårbare og dermed lett krenkbare i relasjoner (Søftestad, 2003, s.103). Når skammen dukker opp i relasjonen kan den dermed bli selvforsterkende. Skammen kan både ødelegge og hindre relasjoner. Skammen kan som tidligere nevnt føre til tanker om å være uelskbar, og i verste fall føre til følelsen av ikke

engang å fortjene kjærlighet (Matsakis, 1997, s.168). Om man i tillegg til den patologiske skammen også har tatt på seg patologisk skylden for tidligere overgrep vil denne også være med på å forsterke følelsen av å ikke fortjene andres kjærlighet eller omsorg (Matsakis, 1997, s.159).

Skam er en ensom følelse og kan føre til nettopp ensomhet og isolasjon. Ensomheten vil være med på å forsterke følelsen av og ikke være verdig andres kjærlighet (Farstad, 2011, s.175). Skamfølelsen knyttes til mindreverd, fremmedgjøring og isolasjon (Farstad, 2011, s.32). «Uten relasjon, ingen skam. Skam er sosialt betinget» (Farstad, 2011, s.87).

«Skam blir forstått som vedvarende mangel på empatisk respons» (Skårderud, 2006, s.48). Ved avvisning som respons av mangel på empati vil skammen vokse, og frykten for avvisning vil vedvare og skape vanskeligheter for relasjoner gjennom hele livet. Også relasjonen til en terapeut. Det krever mye av begge parter for at den overgrepsutsatte skal orke å holde seg i relasjonen til terapeuten (Stålsett, 2003, s.102-104). Skam er så vondt at den overgrepsutsatte ubevisst trekker seg fra relasjoner for å unngå skammen (Søftestad, 2003, s.114).

Overfor skrev jeg om hvordan barnet tar både skylden og skammen for overgrepene, og internaliserer dette i sin identitet som «jeg er ond», «jeg er skitten og uelskverdig». Skylden og skammen vokser med barnet inn i voksenlivet og fortsetter å forstyrre og ødelegge for relasjoner. De samme antagelsene gjør det nå vanskelig i relasjon, og svært vanskelig i forsøket på kjærlighetsforhold. Alle er sårbare i kjærligheten og alle har en frykt for å bli avvist, men etter relasjonstraumer er det som om de overgrepsutsatte har denne redselen forsterket med «megafonstyrke» (Farstad, 2011, s.199). I det å se seg selv som uelsket, men likevel ta sjansen på å vise sin kjærlighet for så å bli avvist, er en dyp form for skam (Skårderud, 2001, s.37). Farstad skriver også om hvordan den destruktive skammen ødelegger for begjæret når man har opplevd andres destruktive begjær. Følelsen av begjær vil kunne fremkalle både følelsen av dyp skam og følelsen av fare (Farstad, 2011, s.290,291). Et kjærlighetsforhold handler om intimitet og grenser og blir følgelig et vanskelig prosjekt for de som har fått sine grenser krenket, både i kropp, intimitet og tillit.

”Man kan have fået så lidt kærlighed, at man oplever nærhed som overgreb.

Man kan have fået så lidt nærhed, at man oplever overgreb som kærlighed.”

- Ukendt. Citeret efter Lars Sørensen, 2008 (Center for Seksuelt Misbrugte, 2014).

«Skam og tillit er vevd nært sammen gjennom den destruktive skammens røtter i relasjoner – enten det gjelder mangelfull omsorg, svik eller grove tillitsbrudd» (Farstad, 2011, s.191). Gjennom Erik H. Erikssons utviklingsteori vet at tillit kontra mistillit er den første utviklingskrisen et barn står overfor. Vi forstår da også hvor sårbart barnet er når nære omsorgspersoner, og i særstilling mor, utgjør fare, svik og neglisjering (Farstad, 2011, s.191). Tillit og mistillit er nødvendige funksjoner for at vi skal overleve, og vi er født til å ha tillit til at verden er god og at vi kan forvente det gode, men at vi skal passe oss for farer. Et barn som opplever overgrep vil miste evnen til å tro på at verden er god. Barnet vil preges av mistillit og frykt for relasjoner og situasjoner, selv der hvor faren ikke lenger er reell. Mistillit og destruktiv skam skader det relasjonelle livet. «Traumer ødelegger offerets fundamentale forestilling om og følelser av trygghet i denne verden, av selvets verdi og av en meningsfull skapelsesordning» (Farstad, 2011, s.193).

Å bli utsatt for tillitsbrudd, som blant annet seksuelle overgrep fra nære omsorgspersoner er grenseoverskridende. Man blir fratatt muligheten til å si nei, muligheten til å ha et valg og muligheten til å sette egne grenser, og det svekker muligheten for senere å gjøre valg og sette grenser. «Avmaktsfølelsen i den reelle avmaktssituasjonen kan bli overført til andre områder, situasjoner og relasjoner i livet hvor individet ikke reelt sett er avmektig, men føler seg slik» (Farstad, 2011, s.195). Likevel er det ikke bare muligheten til å si nei til det vonde som blir svekket, men også muligheten, eller tilliten til å si ja til de gode tingene. Både ja og nei blir et forsvar mot å oppleve nye overgrep og grenseoverskridelser. Det er ikke bare evnen til å sette grenser og ta valg som følger tillitsbruddet, men også evnen til å ta vare på seg selv, kroppslig og sjelelig. Troen på seg selv og verden må gjenopprettes gjennom erfaring av at det nå er mulig å sette grenser, og erfaring med at de blir respektert, at man nå faktisk har et valg, som man ikke hadde tidligere (Farstad, 2011, s.196).

Som voksen må man lære grensesetting og opprettholdelse av grenser, samtidig som man må jobbe med selvfølelse og identitet, selvomsorg, selvaksept og ens ressurser og styrker. «Å gjenvinne tillitsevne både til selvet og andre, og utvikling av gode grenser er avgjørende for å kunne leve godt i nye relasjoner» (Farstad, 2011, s.198).

Å heles fra skam.

Det negative som oppstår i relasjon, må også repareres i relasjon. Som voksen vil man over tid kunne heles fra skammen og skylden gjennom god og sunn speiling. Selvbilde som ble dannet på grunnlag av overgrepserfaringene i de negative relasjonene vil nå kunne repareres i gode relasjoner (Søftestad, 2003, s.115).

Veien fra sterk mistillit til tillit kan være både vanskelig og vond. Muligheten for å bli retraumatisert, oppleve nye grenseoverskridelser, konflikter og avvisning som igjen vil forsterke skammen er reelle konsekvenser, samtidig som muligheten for å oppleve et trygt og godt liv også er tilstede om man tar sjansen. «Å skille skammens opphav i gamle relasjoner fra skammens triggerpunkter som aktiveres i nye relasjoner, kan være en lang og krevende prosess (Farstad, 2011, s.202).

Det er et langsiktig arbeid å endre skammen, og man skal ha mye mot for å avsløre seg selv og den dype skammen (Skårderud, 2001, s.1614). «For at skammen skal få et språk, kreves tid til å etablere tillit. Skal man dele sin store skam, det vil si utlevere seg selv, trengs trygghet for at dette blir tålt, tatt imot og ikke misbrukt» (Skårderud, 2001, s.1616). «Det er ikke nok å snakke om aksept, den må erfares og innlemmes» (Skårderud, 2001, s.1617). «Selvaksepten frigjør fra skammen slik tilgivelsen kan frigjøre fra skylden» (Skårderud, 2001, s.1617).

Positive ettervirkninger.

Som nevnt finnes det ingen teori skrevet om helingsprosessen i sin helhet, eller om hvordan man som voksen heles etter seksuelle overgrep i barndommen, men utvikling og modning blir nevnt som positive ettervirkninger (Regionalt ressurscenter om Vold, Traumatisk stress og Selvmordsforebygging, udatert). Posttraumatisk vekst uttrykker noe av det samme. «Traumatiske opplevelser kan paradoksalt nok medføre positive psykologiske endringer for noen. Endringene kan være økt personlig styrke, bedre relasjoner til andre mennesker, eller nye prioriteringer i livet» (Hafstad & Siqveland, 2008, s.1507).

3.4 Helingsprosessen.

Helingsprosessen etter seksuelle overgrep i barndommen har etter min oppfatning ingen egen definisjon, selv om begrepet er hyppig brukt i muntlige sammenhenger. Det har vært vanskelig å finne en definisjon som kunne benyttes, men definisjonen av recovery prosesser fra Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid, NAPHA er antageligvis nært opp mot helingsprosesser etter seksuelle overgrep i barndommen.

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg (Anthony 1993, i Borg, Karlsson og Stenhammer, 2013, s.10).

Recovery er som de sier her en personlig prosess, men det vil alltid være et sosial aspekt ved denne prosessen. Personlig recovery og recovery som sosial prosess opptrer i, og må forstås i sammenheng. Sosial recovery innebærer blant annet å få kontroll over eget liv og muligheten til å bygge en positiv identitet i et inkluderende og verdig sosialt miljø (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s.12-14). Dette er perspektiver vi også kjenner fra empowerment og som jeg vil utdype i teorikapittelet om individuell empowerment og empowerment på samfunnsnivå. I tillegg til den personlige og den sosiale delen av recovery benytter NAPHA seg også av en tredje komponent, klinisk recovery. «Klinisk recovery er en ide som stammer fra fagfolk innen psykiatri/psykisk helse, og innebærer å fjerne symptomer, gjenvinne sosial funksjon og på andre måter 'gå tilbake til det normale'» (Slade, 2015, s.12). Det vil være nærliggende å tro at helingsprosessen etter seksuelle overgrep i barndommen også vil kunne inneholde disse tre komponentene. Videre skriver NAPHA «Recovery som en personlig prosess er særlig vektlagt i brukermiljøer. De har ønsket å formidle den enorme innsatsen, tålmodigheten og kraften som kreves av den enkelte ved å gjennomgå denne prosessen» (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s.12-14).

Helingsprosessen etter seksuelle overgrep har foreløpig ikke noen samlet litteratur om de tre komponentene i en helingsprosess, slik som i recovery. Men mange har bidratt til forståelsen av spesifikke deler av helingsprosessen, og særlig har teori om den kliniske delen av helingsprosessen vokst kraftig i de senere årene.

Heling.

Regionalt ressurscenter om Vold, Traumatisk stress og Selvmordsforebygging, RVTS sør skriver dette om heling «Traumatiserte mennesker har som alle andre muligheter for positiv utvikling, bedring og tilfriskning. De vil imidlertid ofte ha behov for særskilt tilrettelagt omsorg eller behandling. Vi kaller disse hjelpetiltakene for traumebevisst omsorg og traumefokusert behandling» (RVTS, udatert).

Heling handler både om det som gjøres i terapirommet, den kliniske delen og det som foregår i hverdagen og i det psykososiale miljøet rundt den overgrepsutsatte. Den Australiske psykologen Howard Bath skriver i sin artikkel om traumebevisst omsorg «*Det formidles lite i den forskningsbaserte og kliniske litteraturen at mye av helbredelsesprosessene kan skje i situasjoner som ikke direkte er kliniske*» (Bath, 2008). Artikkelen tar for seg den traumebevisste omsorgens tre grunnpilarer. Disse er: 1. Trygghet 2. Relasjon 3. Følelsesregulering. Dette kan øves og utøves i andre miljøer utenfor terapirommet, men da må dette miljøet være «traumebevisste miljøer som gir rom for heling og vekst» (Bath, 2008).

Psykologspesialistene Mogens Albæk og Heine Steinkopf ved RVTS Sør, refererer i et intervju med Eva Dønnestad fra ny kunnskap og nytt fagområde som kalles mellommenneskelig nevrobiologi. Dette fagområdet «forener utviklingspsykologien, nevroforskningen, stressforskningen og traumeforskningen». Det handler om å endre hjernens grunnstemning. Barn som blir utsatt for overgrep vil alltid være på vakt for nye farer, utrygge og redde i relasjoner og i verden generelt. Hjernen vår formes av bruken, og redsel og utrygghet former dermed hjernen og setter seg som hjernens grunnstemning. Denne grunnstemningen sitter biologisk i hjernen til den blir endret, og det er det den mellommenneskelige nevrobiologien i hovedsak handler om. Hjernens grunnstemning kan endres «ved å gi mennesker overdose av det de ikke har fått, la dem få erfare det de aldri har erfart, det som virker helende» (RVTS

Sør, 2013). Hjernens grunnstemning kan endres hele livet, hjernen kan «bygges om». Det er i relasjonen man kan heles, og det er trygghet og tillit i relasjonen som heler. Det krever at terapeutene er gode relasjonsbyggere, har masse empati, og er i stand til å regulere egne følelser og lære og støtte den overgrepsutsatte i å regulere sine (RVTS Sør, 2013). Det vil være nærliggende å tro at også andre relasjoner, som nære venner og trygge familiemedlemmer også kan være med på å endre hjernens grunnstemning, slik jeg oppfatter det, også ut i fra dette sitatet: «Opplevelser av støtte, anerkjennelse og tilhørighet kan derimot bidra til å styrke eller gjenopprette helsetilstanden» (Getz, Kirkengen og Ulvestad, 2011, s.683). Det er dette Levine skriver om når han hevder at helingsprosessen inneholder forandringer i selvoppfattelsen og dermed oppfattelsen av verden og hvem man er i denne nye verdenen (Levine, 1997, kap.14).

Traumespesialistens syn.

I boken *Healing Trauma* beskriver Levine hvordan traumene kan behandles og løses, og om hvordan det berører den overgrepsutsattes livsopplevelse. «For a traumatized person, the journey toward a vital, spontaneous life means more than alleviating symptoms – it means transformation” (Levine, 1997, s.193). Å heles etter traumer handler om grunnleggende forandringer i nervesystemet, følelseslivet og i følelsen av å være til. Fra den traumatiserte tilstanden av å være i konstant beredskap, kan nervesystemet få tilbake sin biologiske, selvregulerende funksjon. Følelsene av redsel og mismot vil ikke lenger prege den generelle livsanskuelsen (Levine, 1997, s.194). Livsanskuelsen henger sammen med hjernens grunnstemning som Albæk og Steinkopf forklarte i avsnittet over. Den traumatiserte får nå muligheten til å se og oppleve verden med nysgjerrighet og tillit. Fra å ha et svart-hvitt og dømmende perspektiv, til å bli i stand til å se nyansene uten fordømmelse. Et fundamentalt skifte i selvfølelsen gir mulighet for spontanitet og livsutfoldelse. Den overgrepsutsatte blir i stand til å ta bedre valg, skjerme seg selv og sette grenser, og dermed blir verden et tryggere sted å være (Levine, 1997,s.194). «Transformation ripples out into every corner of our lives, much like the debilitating effects of trauma once did” (Levine, 1997, s.194).

I motsetning til å løse traumene og bevege seg gjennom helingsprosessen, kan helingen blokkeres. «The creative healing process can be blocked in a number of ways – by using

drugs to suppress symptoms, by overemphasizing adjustment or control, or by denial or invalidation of feelings and sensations” (Levine, 1997, s.37).

For å heles etter traumer trenger man beskyttelse, trygghet og støtte fra familie og venner. Gjennom støtten gitt av de rundt kan man få tillit til at heling er mulig og et godt liv er oppnåelig (Levine, 1997, s.35,36).

3.5 Empowerment.

Empowerment som ideologi vokste fram i USA på 1960- og 1970-tallet gjennom sosiale protestbevegelser som *Power to the people*. Ideologien søkte å motivere grupper i avmaktsposisjon til å samle sin styrke, kraft og makt for å kunne motarbeide undertrykkelse og komme ut av avmaktsposisjonen. Ideologien la også grunnlaget for selvhjelpskulturen som vokste frem på 1970-tallet (Askheim & Starrin, 2007, s.14,15). I dag blir begrepet benyttet innen helse- og sosialfaglig arbeid, innen hjelpeorganisasjoner og selvhjelpsorganisasjoner, i arbeid rettet mot individer og grupper i avmaktsposisjon, slik som rusmisbrukere, funksjonshemmede og psykisk syke (Askheim, 2012, s.12). Empowerment bygger på et humanistisk menneskesyn. «Et grunnleggende felles trekk er at alle deler et positivt syn på mennesket som et i utgangspunktet aktivt og handlende individ, som vil og kan sitt eget beste når forholdene legges til rette for det» (Askheim, 2012, s.17).

Bevisstgjøring er utgangspunktet for empowerment. Individet må først bli bevisst sin situasjon (Freire, 2011, s.18-19). «Empowerment er altså det kombinerende resultat af: at blive involvert i en bevidsthedsgørende proces, at tilegne sig færdigheder og at nå et mål, for eksempel en mere retfærdig fordeling av magt» (Andersen, Brok & Mathiasen, 200, s.73).

Individuell empowerment.

Individuell empowerment handler om «å øke individets selvtillit, kunnskaper og ferdigheter» (Askheim, 2012, s.26). Ved å øke individets selvtillit, vil det være lettere å oppdage og bruke ressursene den enkelte innehar (Askheim, 2012 s.36). Kartlegging av ressurser er en viktig del av styrkingsarbeidet (Askheim & Starrin, 2007, s.28). «Empowerment er en sammenhengende strategi, som limes sammen af kompetenceudvikling, personlig

motivasjon og tilgjengelige ressurser. En strategi der skal overvinde både de invedige og udvendige blokeringer i arbeidet for det opstillede mål» (Andersen, Brok & Mathiasen, 2000, s.73).

Empowerment oppleves og oppnås på forskjellige måter for forskjellige mennesker (Rappaport 1987, s.122; Adams, 2008, s.4.). Vi har forskjellige forutsetninger i alt fra alder og kjønn til sosioøkonomisk status. Det kan dreie seg om empowerment på forskjellige områder av livet. Man kan være empowered i jobben og samtidig være undertrykt og motløs i familien. Empowerment er ikke noe man har eller ikke har gjennom et liv, men kan variere over tid (Zimmermann, 1995, s.585,586). Vi kan anta at vi alle gjennom livet vil oppleve både empowerment fremmende og empowerment hemmende opplevelser og situasjoner, men at de er omskiftelige (Zimmermann, 1995, s.586). Vår posisjon i samfunnet vil også ha noe å si for vår opplevelse av individuell empowerment (Rappaport, 1987, s.130). Dette kommer jeg tilbake til i forhold til empowerment på samfunnsnivå.

Psykologisk empowerment.

Empowerment på individnivå, også kalt psykologisk empowerment, deles ofte inn i de to kategoriene, mål og prosess, der prosessen forhåpentligvis når målene. De overordnede målene handler om kontroll over egen helse og eget liv. De underordnede målene inkluderer autonomi, frihet, selvtillit, selvfølelse og kunnskap. Opplæring og kunnskap om egen situasjon gir muligheter for økt empowerment. «Knowledge is one important empowerment goal, since change requires knowledge» (Tengeland, 2007, s.201). Opplæring og kunnskap blir viktig innenfor følgende fem områder: 1. kunnskap om situasjonen, det å bli klar over sin egen situasjon, ved både å identifisere problemet og indentifisere røttene til problemet. 2. selvinnsikt, særlig om egne styrker og svakheter. 3. å bli klar over muligheter til å kunne forandre, ferdigheter og problemløsnings kapasitet. 4. autonomi, muligheten til å se at man har valg, at det finnes muligheter til å påvirke eget liv og sette sin egen agenda. 5. selvfølelse, selvevaluering, og egen mestringsevne (Tengeland, 2007, s.202). Dette handler om mye av det samme som Zimmermann 1995 forklarer ut i fra tre områder delt inn i: interpersonlig komponent, interaksjonell komponent og atferdsmessig komponent (Zimmermann, 1995, s.589).

3 komponenter i psykologisk empowerment.

I følge Zimmermann er det tre områder man må mestre og inneha kompetanse om, som er avgjørende for empowerment. Disse tre områdene deler han inn i: *interpersonlig komponent, interaksjonell komponent og atferdsmessig komponent.*

Interpersonlig komponent handler om hvordan mennesker tenker om seg selv og oppfatter seg selv i ulike sammenhenger. Det handler om i hvilken grad de opplever å ha kompetanse, kontroll og innflytelse på ulike arenaer i livet sitt, som i jobb, familieliv eller på den sosialpolitiske arenaen. For personer som føler seg maktesløse eller hjelpeløse, vil det være usannsynlig å tro at de vil kunne føle noen form for innflytelse eller kontroll over de ulike arenaene i livet. De vil anta at de ikke har mulighet til innflytelse, og derfor ikke engang forsøke (Zimmermann, 1995, s.588,589).

Interaksjonell komponent handler om hvordan man oppfatter seg selv i samspill med omgivelsene og det sosialpolitiske feltet man lever i, og i hvilken grad man er i stand til å navigere seg i samfunnet for å oppnå ønskede mål. Det handler blant annet om hvilke muligheter og valg man har, om hvilke ressurser man har og om hvordan man bruker dem. «Individuals must learn about their options in a given context in order to be able to exert control in their environment». Det er også en viktig egenskap å utvikle en kritisk sans overfor samfunnet man lever i (Zimmermann, 1995, s.589). «This ability to mobilize resources is an essential aspect of the interactional component of psychosocial empowerment because it suggests environmental mastery» (Zimmermann, 1995, s.589). Interaksjonell Empowerment dreier seg også om å kunne ta valg, løse problemer og inneha lederskapsferdigheter. Med disse ferdighetene kan individene bli uavhengige, ta sine egne valg og være sin egen beste advokat. Interaksjonell empowerment handler dermed også om kognitive evner og forståelsen av hvordan samfunnet fungerer (Zimmermann, 1995, s.589).

Atferdsmessig komponent referer til hvordan våre handlinger påvirker utfallet. Det handler om hvordan man kan ta valg som for eksempel kan gi større frihet og bedre helse. Det kan være å skaffe seg en jobb, eller søke om plass i en støttegruppe. Det krever en viss grad av selvfølelse og problemløsningskompetanse for å søke hjelp og støtte. Det handler også om dine muligheter til å takle stress og tåle forandringer (Zimmermann, 1995, s.590).

“Psychological empowerment may be generally described as the connection between a sense of personal competence, a desire for, and a willingness to take action in the public domain”(Zimmermann & Rappaport, 1988, s.746).

Empowerment og emosjonell energi. Skam og stolthet.

En viktig dimensjon i en empowermentprosess er det Starrin kaller emosjonell energi, og som handler om skam og stolthet. Skam er en negativt ladet emosjonell energi som tømmer den utsatte for energi. Stolthet derimot er positivt ladet og gir energi. Skammen undertrykker, mens stoltheten tar initiativ (Askheim & Starrin, 2007, s.62,63). Med utgangspunkt i den amerikanske sosiologen Randall Collins (2001) teori om interaksjonsritualer forklarer Starrin hvordan disse følelsene kommer til uttrykk i sosiale sammenhenger. Personer med mye emosjonell energi og stolthet er entusiastiske, handlekraftige, har selvtillit og føler seg verdifulle. Personer med lite emosjonell energi og mye skam, føler mismot og motløshet, har lav selvfølelse og føler seg verdiløse. Starrin refererer også til de amerikanske sosiologene Thomas Scheff og Susanne Retzinger, som mener at følelsene skam og stolthet reflekteres i sosiale relasjoner. Skammen reflekterer usikkerhet og fare i relasjoner, mens stolthet reflekterer trygghet. Den destruktive skammen er selve motpolen til empowerment sier Starrin (Askheim & Starrin, 2007, s.62,63).

Empowerment på samfunnsnivå og sosial empowerment (samfunnspsykologi).

Selv om individuell empowerment kan anses som en selv-empowerment prosess hvor individet står i sentrum, betyr det ikke at samfunnet ikke skal ta del i og forebygge undertrykking. Vi kan ikke og skal ikke la individene ta det fulle ansvar. «Thus, although self-empowerment begins with the self, it cannot be considered in isolation from politics and power. Empowerment – meaning enabling people to feel better – is no substitute for liberating them from oppression” (Adams, 2003 s.48). For å forstå mulighetene for empowerment for et individ må vi derfor, i tillegg til å vite noe om individets personlige problemer og utfordringer, også se på problemer og hindringer i samfunnet individet tilhører. For å finne ut hva i samfunnet som kan virke utviklende eller hemmende for empowerment må vi se på hvordan organisasjoner og systemer er tilrettelagt og fungerer.

Det handler om strukturelle systemer og organisasjoner som rettssystemet, helsevesenet og utdanningsinstitusjoner. Det handler om hvordan institusjonene fungerer overfor individet, hvilke holdninger som råder og hvilken kompetanse som finnes. Og om hvor vidt individet gjennom disse strukturene får muligheten eller blir hindret mot empowerment. Det handler om hvordan individets behov for tjenester blir møtt, men også behovet for tilhørighet i samfunnet (Rappaport, 1987, s.130). «Thinking about the *conditions* of empowerment means we must study settings as well as people” (Rappaport, 1997 s.136). Individuell psykologisk empowerment handler ikke bare om individets opplevelse av seg selv, i seg selv, men også om individets opplevelse av seg selv som deltager i samfunnet individet tilhører (Zimmermann, 1995, s.582). “Recovery is an individual process, taking place internally and in relation to society in general” (Schøn, Denhov & Topor, 2009, s.339).

4 Metode.

Her vil jeg i pkt. 4.1 presentere valg av metode. I pkt. 4.2 vil jeg presentere valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier med begrunnelse. I pkt. 4.3 vil jeg beskrive søkestrategi for litteraturstudien, med databaser og søkeord. I pkt. 4.4 beskriver jeg seleksjonsprosessen, med flytskjema. Videre vil jeg i pkt. 4.5 redegjøre for kritisk vurdering av artiklene, før jeg i pkt. 4.6 presenterer inkluderte artikler i tabell. Kapittelet avsluttes med en etisk vurdering av arbeidet, pkt. 4.7.

4.1 Valg av metode

For å svare på min problemstilling har jeg valgt å gjøre en litteraturstudie med systematisk tilnærming. Metoden er kvalitativ og hermeneutisk med deskriptivt og eksplorativt design, basert på kvalitative originalstudier.

En litteraturstudie er hermeneutisk av metode fordi den finner svar på en problemstilling eller et forskningsspørsmål ved å fortolke studier som er gjort av andre på et bestemt tema (Avayard 2014, s.2). Designet er deskriptivt ved at jeg søker å finne ut «hvordan tingene faktisk henger sammen» (Thisted 2010, s. 83) og eksplorativt fordi jeg forsøker å få innsikt og kunnskap på et område som vi ikke tidligere har kartlagt, eller som vi ikke vet så mye om

(Thisted 2010, s. 83). Jeg benytter meg av andres forskning på fremgang og barrierer i helingsprosessens og setter denne kunnskapen i sammenheng med traumeteori og teori om psykologisk empowerment.

Litteraturstudie.

En litteraturstudie kan gjøres på mange forskjellige måter og med ulike tilnærminger. Hovedmålet for litteraturstudier er å samle all forskning som er gjort på et bestemt emne, for så å finne frem til ny kunnskap (Avayard 2014, s.2,6). En litteraturstudie gir oss muligheten til å sette sammen mange små biter av informasjon om et tema, slik at vi får et større bilde og en utvidet forståelse (Avayard 2014, s.17). Dette er en omfattende metode, og for å gjøre en systematisk litteraturstudie må man følge strenge krav som er svært detaljerte og som fører til studier av høy kvalitet. Dette kan ikke forventes av masterstudenter, men isteden kan masterstudenten utføre en litteraturstudie med en systematisk tilnærming (Avayard 2014, s.2,3).

Litteraturstudie med en systematisk tilnærming.

Med systematisk tilnærming menes det at man så godt det lar seg gjøre følger reglene for systematisk litteraturstudier. Dette betyr i følge Avayard at man skal følge noen fastlagte regler for metoden.

Utvikling av en systematisk søkestrategi og implementering av denne i alle søk, er grunnelementene i en systematisk litteraturstudie. Dette innebærer å ta en rekke valg ut i fra hva som vil kunne gi best svar på en problemstilling eller forskningsspørsmål. Hvilken type litteratur man skal inkludere i studien, hvilke søkeord som vil være best egnet, hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier vil være nødvendige, hvilke databaser vil være de mest hensiktsmessige å søke i og til slutt må man velge hvilke manuelle søk man skal foreta (Avayard 2014, s.74).

4.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier skal gjøre det mulig å konkretisere og identifisere de studiene som vil kunne gi svar på forskningsspørsmålene og utelukke de som ikke vil gi svar på forskningsspørsmålene (Avayard 2014, s.76). Etter avgrensinger som ble beskrevet i pkt. 1.4 og ut i fra begrepsforklaringen i pkt. 1.5 endte jeg opp med følgende 5 kriterier for inklusjon og 5 for eksklusjon.

Inklusjonskriterier.

1. Kvalitative artikler som er empiriske primærstudier (original studier).
2. Artikler som undersøker den personlige helingsprosessen etter seksuelle overgrep i barndommen, begått av nære omsorgspersoner eller personer de hadde et tillitsforhold til, og der overgrepene foregikk gjentatte ganger over tid.
3. Informanter over 18 år. Både kvinner og menn.
4. Informanter som har vært igjennom, eller delvis igjennom helingsprosessen.
5. Studier som er gjort i vestlige land: Europa, Australia, New Zeeland, Canada og Nord Amerika.

Eksklusjonskriterier.

1. Kvantitative artikler, oversikts artikler, metaanalyser og artikler som er både kvalitative og kvantitative.
2. Artikler som undersøker andre sider av helingsprosessen etter seksuelle overgrep i barndommen.
3. Informanter under 18 år.
4. Informanter som ikke er delvis eller gjennom helingsprosessen.
5. Studier som er gjort i: Afrika, Asia og Sør-Amerika.

Begrunnelse for valg av inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Forskningsmetodene jeg inkluderte i mine søk var kvalitative studier. Kvalitative studier søker å forstå menneskers erfaringer og opplevelser, og gir innsikt og forståelse for et

bestemt fenomen eller tema (Avayard 2014, s.60). Kvalitativ forskning med intervju som metode vil gi meg den dybdeforståelsen jeg trenger for å kunne danne et større bilde av den personlige helingsprosessen. Jeg har ekskludert kvantitative artikler fordi de ikke har mulighet til å beskrive de helhetlige og individuelle opplevelsene av helingsprosessen som jeg er ute etter. Jeg har også valgt å ekskludere oversiktsartikler og metaanalyser, både fordi de ikke er primærstudier, men også fordi de kan ha andre mål for sine studier og jeg vil dermed kunne miste mye verdifull informasjon som ikke er av verdi for deres studie, men for min (Støren, 2013. s.38).

Som jeg beskrev i begrepsforklaringen valgte jeg å undersøke den personlige helingsprosessen. For å holde fokus på helingsprosessen som en helhetlig prosess som forgår over tid, ble jeg nødt til å ekskludere studier som kun undersøkte deler av helingsprosessen.

Jeg valgte både kvinner og menn i min studie, fordi begge kjønn blir utsatt for seksuelle overgrep. Alder ble satt til over 18 år, eller voksne, for det er de voksne sin helingsprosess etter seksuelle overgrep i barndommen som er oppgavens fokus. Jeg ekskluderte informanter under 18 år, fordi de ikke kan regnes som voksne.

Jeg inkluderte både de som har vært gjennom helingsprosessen og de som delvis er gjennom helingsprosessen, men ekskluderte studier med informanter som bare har begynt på helingsprosessen.

I forhold til land var målet å inkludere forskning som i størst mulig grad kan ses som relevant for norske forhold, slik at resultatene kan være aktuelle her hjemme. Jeg ekskluderte derfor studier som er gjort utenfor Europa, Australia, New Zeeland, Canada og Nord Amerika. Det var særlig kulturelle forhold jeg da tok hensyn til. Latin Amerika og Sør Amerika er mannsdominerte og patriarkalske samfunn, og Asia har strenge æres kodekser, særlig innen familien, høy moral og sterke maktstrukturer i samfunnet. «For example, in collectivist cultures like the Asians the needs of a group tend be considered somewhat more important than those of an individual” (Hofstede, 2001. Hentet fra Stoltenborgh 2011). Afrika som kontinent har en vanskelig historie og de fleste afrikanske land blir fremdeles regnet som u-land.

4.3 Beskrivelse av søkestrategi.

Type litteratur og metoder jeg vil benytte i litteraturstudien.

For å svare best mulig på mine forskningsspørsmål har jeg valgt å benytte meg av fagfellevurderte, empiriske primærstudier hvor det er blitt benyttet kvalitativ metode. Kvalitativ metode, også kalt naturalistisk forskning egner seg til min studie fordi jeg ønsker å undersøke erfaringer og enkeltindividers opplevelse av heligsprosessen, slik kvalitative metode er utviklet for å gjøre (Avayard, 2014 s. 59). De kvalitative metodene jeg ønsker å inkludere i min litteraturstudie er semistrukturerte intervjuer, dybdeintervjuer og gruppeintervjuer. Intervju er særdeles egnet til å finne frem til informasjon som kan gi oss ny kunnskap om et spesielt emne, ved å intervjuer de som «på grund av deres position har et særligt kendskap til de forhold, som vi setter fokus på med vores problemstilling» (Thisted 2010, s. 83). Målet med forskningsintervjuer er å finne frem til ny kunnskap ut i fra hvordan intervjuobjektene erfarer og opplever sin livsverden (Kvale & Brinkmann, 2012 s. 21-23).

Databaser.

I en litteraturstudie samler man litteratur fra mange forskjellige kilder, der hovedkilden er databaser som tilbyr ulike emner og områder innen forskning. Det er derfor viktig å vite hvilke databaser som vil kunne tilby den informasjonen man er ute etter for å kunne svare på sine forskningsspørsmål (Avayard 2014, s.81). I samråd med bibliotekar, og gjennom flere prøvesøk i ulike databaser, endte jeg opp med databasene: Cinahl, Medline, Web of Science, SocINDEX, PsycINFO og PubMed.

Søkeord og søke kategorier.

Søkeordene ble valgt ut i fra problemstillingen, faglitteratur og fra nøkkelord i flere sentrale artikler som ble funnet gjennom en rekke prøvesøk i de ulike databasene. Søkene ble gjort ut i fra tre kategorier:

1. *Child sexual abuse, childhood sexual abuse, incest, child abuse, childhood abuse*
2. *Survivors*
3. *Healing, recovery, thrive, empowerment, posttraumatic growth*

Det ble søkt med OR innen hver kategori og AND mellom de tre kategoriene. Survivors ble lagt til som egen kategori for å få treff på voksne overlevende, og for å minimere antall treff til et overkommelig antall (dette ble også testet ut på forhånd). Noen databaser hadde *child sexual abuse survivors* som eget emneord. I engelsktalende land blir man kalt *survivor of childhood sexual abuse*. En artikkelforfatter forklarer begrepet slik: "The term "survivor" is used to emphasize that the woman is one who possesses the courage and strength to progress beyond victimization" (Urbancic, 1992, s.282).

Søkene ble begrenset med: *Research Article, Peer reviewed, English, 1996-2016*. Søkene ble gjennomført i september 2016.

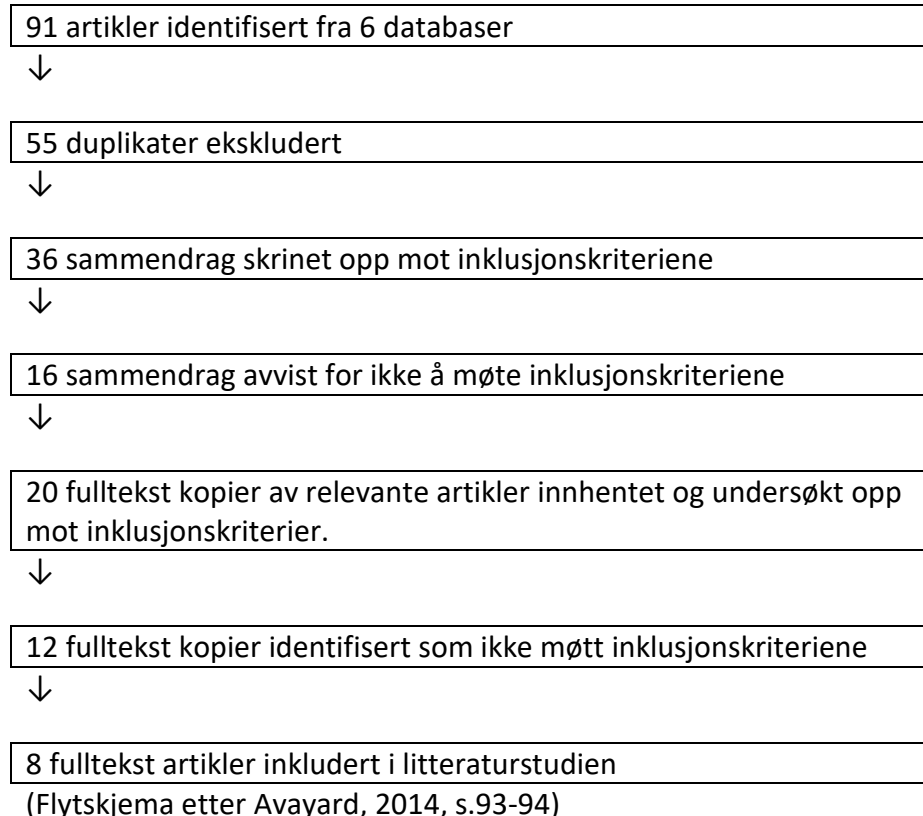
Manuelle søk.

Databasene er hovedkilden, men det kan være nyttig å gjøre manuelle søk i referanselister, tidsskrifter i tillegg for å ha et så godt datagrunnlag som mulig for en litteraturstudie (Avayard, 2014, s.90, 91).

4.4 Seleksjonsprosess.

Etter å ha søkt i alle de seks databasene satt jeg igjen med 91 artikler som kunne være av interesse for min studie. Av disse var 55 artikler duplikater, og 16 artikler ble ekskludert for ikke å ha møtt inklusjonskriteriene etter gjennomlesing av sammendrag. De resterende 20 artiklene ble lest i fulltekst, hvorav 12 av disse ikke møtte inklusjonskriteriene. Resterende 8 artikler ble inkluderte i studien.

Flytskjema for alle databasene.



Manuelle søk.

Manuelle søk ble foretatt i alle de åtte referanselistene. Interessante artikler ble søkt opp gjennom HIOA-bibliotekets søkemotor oria, der det var mulig, eller gjennom vertene Elsevier, Taylor & Francis, SAGE, ProQuest og Wiley, eller ved å søke i en stor database og finne tidsskriftet der. Ingen artikler ble inkludert fra referanselistesøkene.

De åtte artiklene som var med i studien kom fra fem ulike tidsskrifter, og det ble foretatt manuelle søk i alle disse. Tidsskriftene ble søkt opp på samme måte som artiklene fra referanselistene. I tidsskriftene ble deres egen søkemotor benyttet, med søkeord fra to kategorier. Kategori 1: *Child sexual abuse or childhood sexual abuse or incest or survivor*. Kategori 2: *Healing or recovery or posttraumatic growth or thriving*. Ingen nye artikler ble inkludert.

Avayard (2014) mener at dersom det er enkelte forfatternavn som går igjen i de relevante artiklene vil det være hensiktsmessig å undersøke disse nærmere (Avayard, 2014, s.91). Av de 8 artiklene som er inkludert i studien er to av artikkelforfatterne med på to artikler hver. Jeg

søkte etter disse to forfatterne i de seks databasene. Jeg fant ingen nye artikler som kunne inkluderes i studien. Alle de manuelle søkene ble gjort i september 2016.

4.5 Kritisk vurdering av inkluderte artikler.

Når man gjør en systematisk litteraturstudie er det viktig å bli godt kjent med de inkluderte studiene før man starter analysen. Ved å foreta en kritisk vurdering av hver enkelt artikkel vil man oppnå god innsikt i de respektive studiene, samtidig som man vurderer deres styrker og svakheter. Dette er også en mulighet til å oppdage om en eller flere studier likevel ikke kan inkluderes (Avayard, 2014, s.112). Siden kvalitativ forskning er undersøkende og fortolkende er det komplekst å bedømme styrker og svakheter (Avayard, 2014, 121). For å gjøre dette så presist som mulig kan man benytte seg av ulike sjekklister (Avayard, 2014, s.128). Jeg valgte å bruke *Sjekkliste for kvalitativ forskning*, hentet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret, 2016). Jeg foretok en skriftlig gjennomgang av alle spørsmålene til hver artikkel. Jeg satt igjen med en større forståelse av hver enkelt studie, og etter eget skjønn vurderte jeg dermed i hvilken grad de hadde høy, middels eller middels/høy oppnåelse. Det skulle vise seg at to av artiklene oppnådde så lav skår at jeg ble nødt til å ekskludere dem fra studien (kritisk vurdering fra en av de inkluderte artiklene med høy oppnåelse ligger på vedlegg 1).

4.6 Presentasjon av inkluderte artikler.

Researches & nationality:	Title:	Method, analysis & Recruited from:	Participants & Gender and age:	Aim of study:	Main findings:	Critical appraisal:
Anderson, K. M., & Hiersteiner, C. (2007). USA	Listening to the Stories of Adults in Treatment Who Were Sexually Abused as Children.	Method: Qualitative study. Group interview Semi-structured interview. Narratives. Analysis: Grounded theory and constant comparative method. Recruited from: Survivor support groups.	Participants: 25 females 2 men Age: 25-68 (43,6)	Understand the healing and recovery stories.	Beyond the "Happily Ever After" story ending: - Participants challenged the use of the word healing and healing journey. Critical elements to healing and recovery: 1. Struggle for coherence and cohesion. 2. Importance of turning points. 3. Developing supportive connections.	Middels
Anderson, K. M., & Hiersteiner, C. (2008). USA	Recovering from childhood sexual abuse: is a "storybook ending" possible?	Method: Qualitative study. Group interview. Semi-structured interview. Analysis: Grounded theory and constant comparative method. Recruited from: Survivor support groups.	Participants: 25 females 2 men Age: 25-68 (43,6)	To learn more about what aspects of adult survivors' lived experiences are selected out and given meaning in regard to recovery.	Recovery is possible; Healing is not. Recovery Factors: 1. Disclosing the abuse. 2. Making meaning of one's trauma. 3. Developing supportive relationships.	Middels
Arias, B. J., & Johnson, C. V. (2013). USA	Voices of Healing and Recovery from Childhood Sexual Abuse.	Method: Qualitative study. Semi-structured. Follow-up. Analysis: Grounded theory and constant comparative method. Recruited from: Flyers at various local organizations and a local public university. And	Participants: 10 females Age: 44-56 (49)	Examine the perceptions of healing.	1. Healing relationships, supportive people and higher power 2. Internal characteristics 3. Decision point 4. Active healing, getting therapy, volunteering and/or helping others, education,	Høy

Researches & nationality:	Title:	Method, analysis & Recruited from:	Participants & Gender and age:	Aim of study:	Main findings:	Critical appraisal:
		electronic mail at the local university.			confronting the abuser, positive cognitive processes, empathy, and compassion 5. Strengthened internal characteristics	
Chouliara, Z., Karatzias, T., & Gullone, A. (2014) UK	Recovering from childhood sexual abuse: a theoretical framework for practice and research.	Qualitative study. Method: Semi-structured individual interviews. Analysis: Interpretative Phenomenological analysis Recruited from: Web sites of voluntary organizations and other formal or informal networks (i.e. online survivor support groups). Flyers were distributed through these networks and posted on the web sites of these organizations. Flyers were also distributed true professionals working with survivors.	Participants: 22 male and females Age: above 18	«Eliciting the views and lived experiences of male and female adult survivors of CSA about their recovery process”.	1. The affected self 2. Factors hindering recovery 3. Factors enhancing recovery 4. Hurdles of recovery 5. The recovering Self	Høy
Hartley, S., Johnco, C., Hofmeyer, M., & Berry, A. (2016) UK	The Nature of Posttraumatic Growth in Adult Survivors of Child Sexual Abuse.	Method: Qualitative study. Semi-structured open-ended interviews. Analysis: Interpretive phenomenology Recruited from: Via advertisement on the website of two UK-based national organizations for survivors of CSA.	Participants: 6 women Age: 30-52	To explore the perceptions and phenomenon of PTG in adult female survivors of incestuous CSA.	1. Making sense of and understanding the abuse in relation to growth. 2. Relating to self in a new way and acknowledging the positive. 3. Experiencing growth through relationships with others.	Høy
Phanichrat, T. & Townshend,	Coping Strategies Used by Survivors of	Method: Qualitative study. Semi-structured interviews.	Participants: 4 females	To explore adult survivors’ experiences of coping with	Avoidant coping: 1. Suppression of thoughts and	Høy

Researches & nationality:	Title:	Method, analysis & Recruited from:	Participants & Gender and age:	Aim of study:	Main findings:	Critical appraisal:
J.M. (2010). UK	Childhood Sexual Abuse on the Journey to Recovery.	Analysis: interpretative phenomenological analysis Recruited from: Word of mouth. True the Web site of The National Association for People Abused in Childhood. The survivors' Trust's e-mail bulletin.	3 men Age: 23-57 (45,14)	childhood sexual abuse and identifying their coping strategies on the road to recovery.	feelings 2. Escapism 3. Dissociation Problem focused coping: 1. Seeking support 2. Cognitive engagement 3. Acceptance 4. Seeking meaning	

4.7 Ethiske vurderinger.

God etisk forskning skal «holde en akseptabel vitenskapelig standard» i følge Forskningsetiske komiteer (Forskningsetiske komiteer, 2010, s.5). I min litteraturstudie har jeg fulgt Avayard (2014) sin fremgangsmåte for systematisk tilnærming. Gjennom å være systematisk og etterprøvable har jeg ikke lagt skjul på noe, eller gjort andre valg enn de valgene jeg akademisk var nødt til å foreta, og som er begrunnet underveis. Mine inklusjons- og eksklusjonskriterier og avgrensninger av oppgaven er begrunnet. I den kritiske vurderingen av inkluderte artikler ble to artikler av de opprinnelige åtte artiklene ekskludert på bakgrunn av lav skår, generelt og etisk. I analyse og funnkapittelet har jeg vært transparent og vist hvordan jeg kom frem til de fem hovedtemaene.

Ruyter (2003) skriver om forskningsetiske overveielser man bør ta hensyn til og risikoer man skal vurdere ved forskning blant annet på grupper. «Risikoen kan bestå i for eksempel at grupper blir eksponert på en måte som oppleves som krenkende eller ødeleggende, eller som kan føre til at gruppen blir stigmatisert eller diskriminert» (Ruyter, 2003, s.31). Dette er et hensyn jeg tar alvorlig. Jeg håper jeg gir et innblikk i den personlige helingsprosessen som ikke støter eller krenker noen, eller tar fra noen følelsene de sitter med om sin prosess. Jeg har valgt å se på helingsprosessens fremgang og barriere i lys av både traumeteori og empowerment og ønsker med det å vise styrken og utholdenheten til alle de som kjemper daglig med ettervirkningene av traumene de ble utsatt for som barn. Jeg har bestrebet meg på å få med så mange aspekter som mulig av traumeteorien og av ettervirkningene av seksuelle overgrep, og de aspektene ved empowerment som kan inngå i denne prosessen.

Jeg ønske ikke å frata enkeltpersoner deres opplevelser og smerte ved å fokusere på styrke og fremgang, men tvert i mot hylle deres styrke og utholdenhet, uansett om de befinner seg før, under eller etter helingsprosessen. Og for de som jobber med overgrepsutsatte eller er venner og familie av overgrepsutsatte håper jeg at min oppgave kan bidra til åpenhet, mindre stigmatisering og ny kunnskap om helingsprosessen.

Helingsprosessen etter seksuelle overgrep i barndommen er en individuell prosess som oppleves ulikt for alle, både i innhold og lengde. Min oppgave viser til opplevelser og erfaringer fra et fåtall overgrepsutsatte og er derfor kun et lite utdrag fra en veldig stor gruppe mennesker. Den er kun et forsøk på å forstå hva helingsprosessen kan handle om i

forhold til hvilke barrierer som kan hindre eller forsinke, og hva som kan være fremmende for heling.

I diskusjonen har jeg valgt ut deler av temaene som jeg mener kan være viktig å belyse, og velger dermed bort mye. Det er ikke mulig å diskutere alle funnene, og jeg ble derfor nødt til å gjøre prioriteringer. Det betyr ikke at de funnene jeg har valgt vekk er mindre viktig.

5 Analyse og funn.

Dette kapitlet starter med mitt valg av analysemetode, pkt. 5.1, for deretter å beskrive analyseprosessen i pkt. 5.2. Til slutt vil funnene for hvert tema bli presentert og illustrert med figur i pkt. 5.3.

5.1 Tematisk analyse

I en tematisk analyse kan man gå direkte til resultatene i hver artikkel og skrive ned deres temaer og undertemaer. Disse skal så oppsummeres med nøkkelord som favner hovedinnholdet i hvert tema og/eller undertema. Neste skritt i analysen er å finne ut hvilke av disse nøkkelordene som har fellestrekk med hverandre og som gjør at de kan inngå i større temaer, som blir hovedtemaene. Disse hovedtemaene skal ha navn som formidler innholdet (Avayard, 2014, s.143-147). Jeg beskriver denne prosessen i 5.2 Analyseprosessen.

5.2 Analyseprosessen.

For å identifisere studienes hovedfunn gikk jeg rett til studienes egne hovedtemaer og undertemaer for resultater. Jeg skrev ned punktvis for hvert tema og oversatte de samtidig til norsk. Jeg skilte mellom hva som fremmet og som var barrierer. Alt ble skrevet inn i en tabell. Neste skritt var å finne stikkord som oppsummerte innholdet i hvert av punktene. Slik som vist under, med utdrag av analyseprosessen av Anderson & Hiersteiner (2008). Hele analyseprosessen ligger på vedlegg 2.

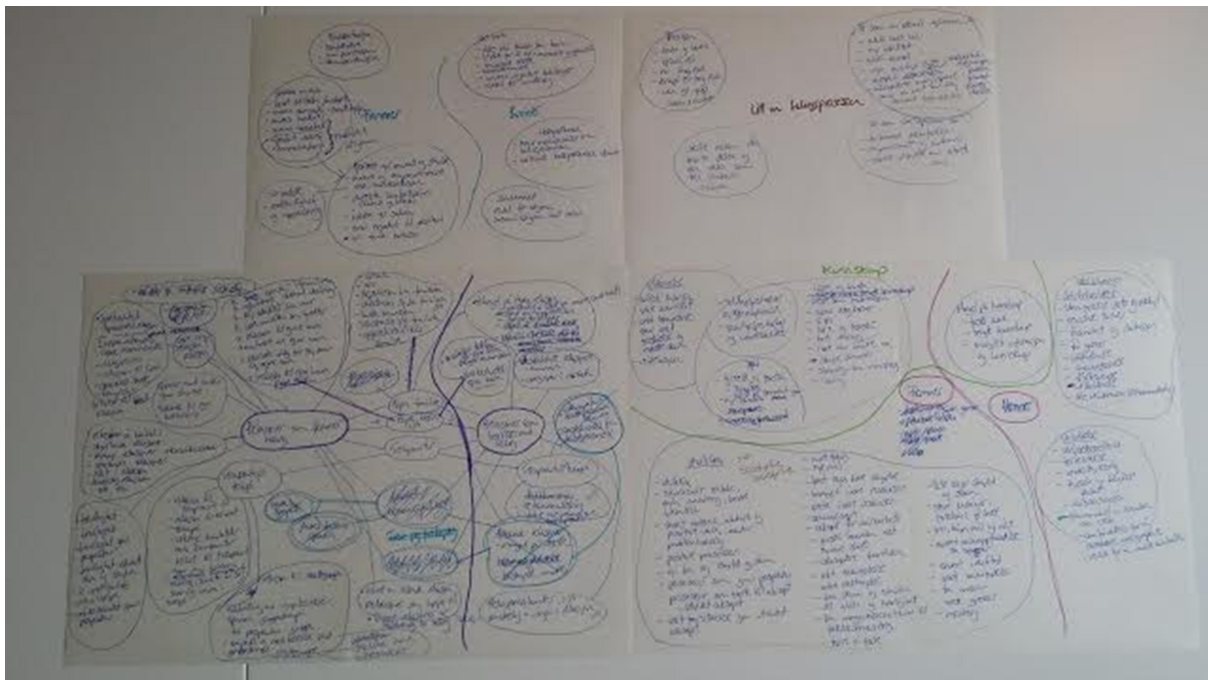
<p>Finne betydningen av traumene:</p> <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - noen leste biografier for å kunne posisjonere seg i eget liv og for å forsøke å forstå konteksten av sitt eget liv - noen skrev dagbøker som en måte å skrive seg fremover i livet sitt som bevis på prosessen sin - forståelsen for deres opplevelser og deres respons på dem utviklet seg over tid og bygget opp forståelse for hva som hadde skjedd med dem - for noen var det viktig med en relasjon til en profesjonell terapeut for å kunne snakke om og forstå overgrepshistoriene deres <p>Barriere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fulle inn huller, forstå seg selv, skape en kontekst for å forstå og for mulig heling 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lære av andre og skape rammer - skriving som mestring - utvikling <p>- relasjon til terapeut</p> <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - manglet informasjon og kunnskap
---	--

Stikkordene hjalp meg å identifisere de fem hovedtemaene jeg til slutt satt igjen med. Alt ble så fargekodet etter temaer: brunt for generelt om helingsprosessen, grønt for informasjon og kunnskap, blått for avsløring og konfrontasjon, lilla for relasjoner og rosa for følelser og indre vekst.

I neste del av analysen plasserte jeg alle funnene fra hvert tema i en tabell, med en kolonne for hva som fremmet og en kolonne for hva som var barrierer. Enkelte funn kunne inngå i to temaer og ble kodet med flere farger, slik som vist med utdrag fra Chouliara, Karatzias & Gullone (2014). Utdraget viser stikkord fra temaet om følelser og indre vekst. Alle funnene i tabell, sortert etter tema ligger på vedlegg 3.

Chouliara, Karatzias & Gullone (2014)	
Fremmer:	Barrierer:
<ul style="list-style-type: none"> - nytt fokus og nye mål - fant egen indre styrke - bygget indre ressurser - avsløre overgrepene, endre skam- og skyldfølelser - økte indre ressurser - selvaksept - aksept for sårbarheten 	<ul style="list-style-type: none"> - få og utflytende grenser, ansvarsfølelse - selvbepreidelse - skamfølelse, følte seg ødelagt - ensomhet og isolasjon - ambivalens for å avsløre overgrepene - miste kontrollen - unngåelsesatferd

Ut i fra disse tabellene lagde jeg tankekart for å sortere innholdet i hvert tema, slik at jeg kunne lage en presentasjon av funnene under de temaene de tilhørte. Det ble gjort noen justeringer i denne fasen.



Illustrasjon fra arbeidsprosessen.

5.3 Presentasjon av funn.

Under følger en oppsummering av funnene ut ifra de fem temaene.

Tema: Generelt om helingsprosessen.

Deltagere beskrev helingsprosessen som en prosess hvor de fikk det bedre og bedre, men at den var ujevn, brokete og gikk i bølger. Den var tidkrevende ved at den strakk seg over mange år, og krevde styrke og utholdenhet, noe som var vanskelig å akseptere. Noen skilte mellom den berørte delen av dem selv som hadde det vondt og vanskelig, og den delen av dem selv som kjempet seg fremover og ønsket å overkomme ettervirkningene.

I kun en av de seks artiklene i denne studien anså deltagerne seg som helt igjennom helingsprosessen. Deltakerne i de andre fem, som anså seg som delvis igjennom, fortalte at de ikke trodde de kom til å få en «lykkelig slutt». De beskrev seg selv som for alltid merket av overgrepene og at overgrepene ville skape utfordringer i veien fremover, men at de ved å akseptere sin skjebne hadde mulighet til å få et godt liv. De anså det som mulig å få kontroll over ettervirkningene, men ikke at de kom til å bli helet. Noen hadde lettere for å gå inn i

episoder med sårbarhet og resignasjon fremfor problemløsning og mestring. Men i studien hvor deltagerne definerte seg selv som helt igjennom helingsprosessen, kunne de fortelle om forbedret selvfølelse og økt selvtillit. De opplevde økt relasjonskompetanse, dypere vennskap og større utbytte av støtte gjennom alle typer relasjoner, også i uformelle nettverk. De fortalte også om følelsen av empowerment og autonomi i livene sine.

Tema: Informasjon og kunnskap.

En viktig del av helingsprosessen var å tilegne seg informasjon som kunne hjelpe dem å sette ting i perspektiv og gi forståelse for ettervirkningene, og kunnskap de kunne anvende for å gjøre endringer å komme seg fremover i helingsprosessen. Mangel på informasjon og kunnskap ble ansett som en barriere i helingsprosessen fordi de ikke forsto hva som foregikk, og følte at minner og opplevelser ikke hang sammen og gav mening. De trengte hjelp til å forstå, sette ting inn i sammenheng og lære å se seg selv og sine reaksjoner i en kontekst av hva de hadde vært utsatt for i barndommen.

Teknikker for å prøve å forstå kunne for noen være å organisere egne tanker og følelser i dagbøker, eller generelt gjennom å skrive og lese. Selvhjelpsbøker og biografier var til stor hjelp, særlig når de inneholdt suksesshistorier om folk de kunne sammenligne seg med. Gjennom selvhjelpsbøkene og historier om andre som også var blitt seksuelt misbrukt i barndommen, opplevde de å føle empati og medfølelse som igjen gav en større følelse av tilhørighet. Ved å se seksuelle overgrep som universelle hendelser ble de ikke lenger alene om å ha opplevd dette.

Utdanning var også en måte å få kunnskap og forståelse for egen situasjon. Gjennom utdanning trente de opp evnen til kritisk tenkning og refleksjon som var med på å sette ting i sammenheng. Blant annet kunne dette gi en forståelse av hvordan familiekulturen og ulike faktorer i og utenfor familien kunne ha bidratt til at overgrepene kunne skje. Å forstå overgrepene ut i fra en større sammenheng, var også med på å redusere skam og skyld. Den overgrepsutsatte kunne da se at hun eller han ikke hadde skyld i overgrepene men at andre faktorer gjorde overgrepene mulig. I tillegg bidro utdanning til økt selvtillit.

For noen kom forståelsen av eget liv og egen opplevelse gjennom terapi. Både det å kunne fortelle, og å ta imot terapeutens kunnskap og synspunkter, vel og merke med en terapeut de hadde et tillitsforhold til.

Tema: Avsløring og konfrontasjon.

Avsløring av overgrepene.

En viktig avgjørelse for helingsprosessen var for mange å avsløre til minst en person at han eller hun hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn. For de som gikk i terapi var det nødvendig å fortelle det til terapeuten for å få riktig behandling. Det var viktig å ha et trygt sted å kunne utforske opplevelsen og hva det hadde gjort med dem. For de som ikke gikk i terapi var det viktig å få snakket om det med noen som kunne hjelpe og støtte. Men det kunne være vanskelig å vite både til hvem og når de skulle fortelle. Noen fortalte om frykten for å miste kontroll ved å røpe hemmeligheten.

Det var nevnt flere barrierer som kunne forsinke en avsløring, og i verste fall stoppe helingsprosessen. Det kunne være behovet for å beskytte andre, for eksempel familiemedlemmer, eller erfaringer med å bli mistrodd eller ignorert som barn som gjorde det vanskelig å ta sjansen på å fortelle det på nytt. Redselen for å bli avvist var stor, og også redselen for å bli sett på med den forakten den overgrepsutsatt kunne føle ovenfor seg selv. Mangelen på støtte gjennom oppveksten og mangelen på støttende og trygge relasjoner som voksen, var også hindringer mot å avsløre overgrepene. Negative holdninger og stigmatisering i samfunnet gjorde det også risikofylt å avsløre at overgrep hadde skjedd. Spesielt for menn som i tillegg til sosialt stigmatisering også var engstelige for å bli utsatt for stigmatisering i forhold til mannlige stereotyper. Også i helsevesenet opplevde noen å ikke bli hørt eller møtt når de fortalte at de var blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Det ble lagt vekt på nødvendigheten av at helsepersonell har kunnskap og innsikt slik at de kan anerkjenne betydningen av seksuelle overgrep og dermed møte den overgrepsutsatte med forståelse og empati. Og også at de må evne å ta klienter på alvor når overgrep blir brakt på bane, og tørre å høre om det og snakke om det.

Å bryte stillheten, avsløre overgrepene og snakke om overgrepshistorien sin og hvordan den hadde påvirket livet var et stort skritt i riktig retning i helingsprosessen, om de ble møtt og trodd. Virkemidler for å bryte stillheten varierte, men for flere handlet det om avgjørende øyeblikk som ble vendepunkter for deres liv. Vendepunktet kunne være å innse at de var nødt til å si det til noen for å få hjelp til å komme seg videre i livet. Det kunne være å høre andres historier som gav mot til å fortelle, som for eksempel gjennom å lese biografier eller se et program om det på TV. Det kunne også være å en dag «få nok» og konfrontere overgriper.

Konfrontasjon.

Konfrontasjon var for noen en viktig del av helingsprosessen, som de enten selv følte seg komfortable til å gjøre, eller ble oppmuntret til av andre. Konfrontasjonen trengte ikke å være direkte, men kunne også gjøres indirekte ved brev eller telefonsamtale, eller imaginært ved for eksempel å spille ut en konfrontasjon hos terapeut. Av de som konfronterte direkte og ble hørt, ble det beskrevet som en sterk følelse av makt og frihet. Men det å konfrontere var også skummelt fordi fortidens traumer, skam og skyldfølelse, minnene om terroren og frykten de opplevd under overgrepene ble vekket. Noen få valgte å anmelde overgriper og opplevde empowerment og kontroll ved blant annet å føle at overgrepene ble validert i rettssystemet, at det ikke lenger bare var en historie.

Tema: Relasjoner.

Relasjoner handlet om flere ulike typer relasjoner, både trygge og støttende relasjoner, og utrygge og destruktive relasjoner. For mange handlet relasjoner om å sette grenser for, og skjerme seg for negative relasjoner, ta sjanser og inngå i helende relasjoner, bygge opp relasjonskompetansen og sakte men sikkert heles gjennom å oppleve seg selv på nye måter sammen med andre.

Opprinnelsesfamilie.

Det var få familierelasjoner som ble omtalt som helende. Det var flere som fortalte om hvordan de som barn ikke ble trodd og ble ignorert når de fortalte om overgrepene til foreldrene. I familier der overgrepene ble holdt hemmelige var det med på å holde den overgrepsutsatte fast i traumene og opprettholdt skammen og isolasjonen ved ikke å prate om det, late som ikke noe, og holde det hemmelig. For noen var overgriper fremdeles i deres nærhet, noe som forsinket helingsprosessen.

En måte å komme seg videre på, var for flere å distansere seg eller kutte all kontakt med opprinnelsesfamilien. Det varierte i tid og hvem de hadde distansert seg fra. En deltager hadde kuttet all kontakt og byttet navn for å kunne bli trygg og jobbe med seg selv. En annen fortalte at hun etter en periode med geografisk avstand fra familien og terapi hadde klart å forene familien, fått familien til å åpne seg og snakke om det, og at de sammen hadde begynt å vokse. Kvinnen fikk etterhvert et nytt forhold til familien sin og også til overgriper.

Egne barn.

Relasjonen til egne barn ble av noen trukket frem som en helende relasjon. Som forelder fikk de og muligheten til å gi barna sine den oppveksten de selv ikke fikk, og strukturen det gav å være forelder ble også ansett som helende for noen. Å bli forelder gjorde at noen tok positive valg for seg selv og gjorde endringer i livet sitt for å kunne gi egne barn en god og trygg barndom. Egne barn ble da ansett som en viktig motivasjon i helingsprosessen. Å få muligheten til å se utviklingen hos egne barns oppvekst uten overgrep var lærerikt for flere kvinner. Dette gjorde også at de fikk en større forståelse for relasjonen barn-voksen. De fikk muligheten til å føle kjærlighet på et dypere plan, ved å være nære og ved å uttrykke kjærlighet. Det gav dem en ny forståelse av kjærlighet. De fleste mødre som ble spurt følte at de hadde vokst i rollen som mødre. Men ikke for alle. En kvinne forteller om hvordan det å bli mamma satte henne ut av spill. Hennes egen mor hadde aldri vært noen mor, så hun visste ikke hvordan hun selv skulle oppføre seg i den rollen. Og hun følte også at hun selv kunne trenge en mor. En annen kvinne forteller om hvordan hun følte seg utilstrekkelig som mor, og at hun følte hun hadde ødelagt barnas oppvekst ved å være overbeskyttende på grunn av hennes egen redsel for at barna skulle oppleve overgrep. Det var flere som synes det innimellom kunne være vanskelig å være tilgjengelige og omsorgsfulle for egne barn, fordi de selv kunne føle seg følelsesmessig avskåret, men at de kom seg gjennom ved å se at barna trivdes. Ved å se at barna trivdes utviklet de en identitet som gode mødre.

Venner og kjærester.

Det var bare i en studie hvor venner og kjærester ble omtalt spesifikt. Om vennskap kunne de fortelle at etterhvert som helingsprosessen gikk fremover ble de blant annet mer klar over hvilke vennskap som var skadelige for dem. Ved å oppleve seg selv annerledes gjennom vennskap enn tidligere, kunne de dermed kjenne igjen både gode og dårlige vennskap. De opplevde blant annet at vennskap ikke bare handlet om vanskelige diskusjoner, men også var en kilde til glede, latter og hyggelige samtaler. En fortalte om hvordan hennes redsel for menn etter hvert hadde avtatt, og gått fra sårbarhet til selvfølelse i nærvær av menn. En annen fortalte om hvor engstelig hun hadde vært for å fortelle kjæresten sin om overgrepserfaringene sine, men at hans reaksjon isteden fikk henne til å føle mindre skyld ved at han hadde reagert med å trøste og være forståelsesfull.

Terapeuter.

For de som enten var i, eller hadde vært i terapi ble relasjonen til, eller mangel på relasjonen til terapeuten en utgjørende faktor for hvordan terapien virket inn på helingsprosessen. For noen ble opplevelsen av å snakke om overgrepene til en terapeut retraumatiserende, og mangel på tillit ble trukket frem som en årsak til dette. Deltagerne som fortalte dette var tydelige på hvor viktig det er å ha en trygg og tillitsfull relasjon til terapeuten før man forteller om overgrepene. Men der terapeuter hadde vært til stor hjelp var der de hadde tillitt i relasjonen og hvor terapeutene var kompetente på traumer. En forteller om hvordan terapeuten hadde lært henne trigger gjenkjennelse, grunningsøvelser og følelsesregulering. Karakteristikk som ble lagt vekt på hos terapeuter var ærlighet, kompetanse, at de innbød til tillit og at de turte å utfordre dem til å forstå ettervirkningene av overgrepene og dermed kunne lære nye måter å mestre ettervirkningene. I en trygg terapeutisk relasjon kunne de søke støtte og snakke om de traumatiske opplevelsene fra barndommen. Der fikk de muligheten til å se seg selv og verden på en ny måte som blant annet gjorde dem i stand til å kunne forandre noen av de negative tankene og forstå at skylden lå hos overgriper, ikke hos dem selv. Og at heller ikke skammen de følte var deres. Både individuell terapi, gruppeterapi og deltagelse i støttegrupper var noe mange deltagere hadde hatt fordeler av.

Støttegrupper eller terapigrupper.

Deltagelse i støttegrupper ble av mange ansett som så betydningsfullt at de brukte ordet livsviktig. Ved å snakke med andre som hadde opplevd seksuelle overgrep kunne de få bekreftet sine historier og føle seg akseptert. Gjennom gruppa opplevde de empati og medfølelse, noe mange aldri tidligere hadde opplevd. Det ble også sagt at å gå i gruppe gjorde at de fikk en stemme, at de tok vekk noe av hemmeligholdelsen og dermed reduserte skamfølelsen. Å snakke med andre som hadde opplevd det samme var også med på å gi en forståelse av at de ikke selv hadde skyld i overgrepene. Det ble også lagt vekt på at de i gruppa kunne gi råd og veiledning til andre, og at det føltes godt å kunne gi tilbake til de andre i gruppa. I gruppeintervjuet hadde de diskutert viktigheten av å ha rollemodeller.

Frivillig arbeid

Frivillig arbeid og det å jobbe for saken ble av enkelte ansett som en viktig del av helingsprosessen. En forteller om hvordan det gav henne en følelse av verdighet å kunne gi noe til de som ikke hadde kommet like langt som henne. Ved å jobbe for andre overgrepsutsatte kunne de gi empati og medfølelse til andre, og selv være den støttende relasjonen. For noen var det viktig å bruke sin egen vonde bakgrunn til noe positivt, både for dem selv og andre. Ved å gi håp til andre overgrepsutsatte gav det dem selv en følelse av mening med både fortidens traumer og nåtidens daglige liv. Noen mente at frivillig arbeid gav en følelse av verdighet.

Spiritualitet.

Mange opplevde relasjonen til Gud som helende og støttende. Å henvende seg til Gud i bønn, ha tillit til at Gud hadde en plan for dem, føle støtten til en høyere makt gav dem styrke til å fortsette helingsprosessen. Noen la i tillegg vekt på strukturen som kirken representerte. En deltager hadde et komplekst forhold til religion, men mente at hennes tro likevel hadde fått henne gjennom i livet. Forholdet til religiøs/etnisk kultur ble av noen få omtalt som til tider problematisk. En fortalte om opprør mot opprinnelseskulturen som et slags opprør mot overgrepene og overgriperne som var fra samme kulturelle bakgrunn som henne selv.

Spiritualitet ble ikke av alle kun sett på som forholdet til religion, men det kunne også være spiritualitet i form av forholdet til naturen, meditasjon, og også dagbokskrivning ble ansett som noe spirituelt.

Relasjoner som fremmet heling.

I trygge og helende relasjoner kunne deltagere avsløre overgrepshistorien, fikk mulighet til å snakke om ettervirkningene og generelt bli hørt og trodd, og dette gav muligheter for indre vekst og vekst i relasjonene. Støttende og helende mennesker ble omtalt som å ha god moral, være pålitelige, troverdige og tillitsvekkende. Disse relasjonene hjalp deltagerne til å komme seg ut av isolasjon og gav dem muligheten til å lære å være i relasjoner. Det ble nevnt at overgrepsutsatte har mange utfordringer i hverdagen og trenger derfor mange mennesker som kan hjelpe, både leger, terapeuter og støttende relasjoner.

Tema: Følelser og indre vekst.

Følelser.

Flere deltagere kunne fortelle om lav selvfølelse, og at de i begynnelsen ikke turte å spørre om hjelp når de hadde det vanskelig, men isteden selv tok skylden for sine problemer. En forteller om hvordan lav selvfølelse, mangel på grenser og stor ansvarsfølelse skapte problemer for han ved at han både følte og tok ansvar for alt og alle. Flere fortalte også om skammen og følelsen av å være ødelagt, og at alle disse følelsene til sammen førte til isolasjon. I tillegg kom redselen for å bli dømt av andre. Selvkritiske og negative tanker ødela mye for deltagerne. Noen fortalte også om hvordan de gjennom hele livet hadde kjempet og slitt, om nederlag og resignasjon. Spesielt for de som opplevde reviktimisering som vold og voldtekt, hadde kroniske psykiske helseproblemer eller avhengighetsproblematikk.

Unngåelse av følelser.

Fornektelse av hva som tidligere hadde skjedd og følgene av overgrepene var så vanskelige å holde ut at flere gjorde alt for ikke å huske eller føle. Det kunne være ved å holde seg opptatt hele tiden med studier eller jobb, eller ved å drikke alkohol og ruse seg. En annen form for undertrykkelse av følelser, eller flukt fra følelser som ble beskrevet var selvskading. Også dissosiasjon blir nevnt som en måte å undertrykke og flykte fra de vanskelige tankene og følelsene. Og selv om flere visste at de hadde opplevd seksuelle overgrep valgte de å fortrenge minnene og fornekte overgrepene overfor seg selv. Det ble ansett som skummelt å slippe følelsene frem, men når de endelig gjorde det følte flere på en lettelse ved å slippe å holde på alt det vonde lenger, og slippe å være så redde, for da kunne endelig forandringer skje.

Endring av følelser og indre vekst.

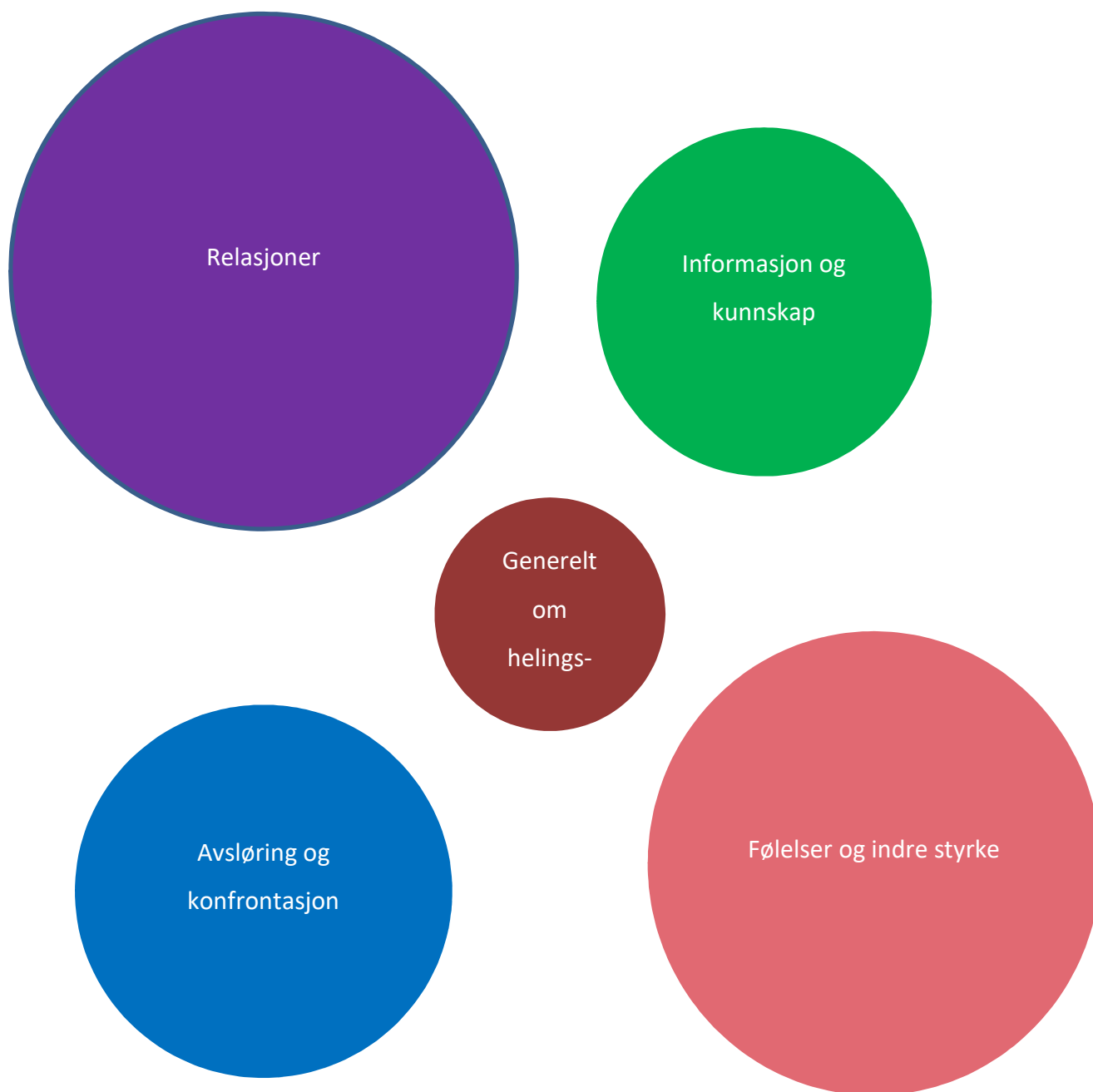
Positive valg som å bestemme seg for å søke hjelp og andre avgjørende øyeblikk som ved konfrontasjon med overgriper var vendepunkter for noen i helingsprosessen. Noen hadde hele livet hatt en tro og et mål om å få et bedre liv, også mens overgrepene foregikk. Dette kunne være mål om å gifte seg, gå på universitetet eller dra til et annet land. Flere anså seg selv som sterke, utholdende og positive, og at deres opplevelse av egen mestringsevne gav dem håp til å tro på at deres situasjon kunne endres. Det ble i flere artikler viet mye oppmerksomhet til endringer deltagerne opplevde i sine følelser, tanker og holdninger. Dette

gjaldt både i forhold til seg selv og i forhold til verden rundt. Og også i forhold til hvordan de etterhvert endret holdning til overgrepene og overgriper. Spesielt blir vekst og endringer i følelsene skyld og skam ofte vektlagt av ulike deltagere som den viktigste endringen i helingsprosessen. Et skifte i skyld og skamfølelsene kunne komme gjennom konfrontasjon, terapi eller gjennom trygge og støttende relasjoner.

Gamle tankemønstre ble stadig utfordret gjennom helingsprosessen og deltakerne forteller om en stadig indre vekst. Flere beskrev det slik at denne veksten startet når de oppdaget sine indre ressurser, og lærte seg å stole på dem. Disse indre ressursene var selvrespekt, selvmedfølelse, selvsikkerhet og evnen til å beskytte seg selv. Vekst i indre ressurser ble ansett som et bevis på at helingsprosessen gikk fremover. De fant også styrke i å omfavne sårbarhet, og så den som en viktig del av helingen, og en viktig del av dem selv, også i fremtiden. Ulike positive kognitive prosesser oppsto gjennom hele helingsprosessen og endret seg over tid. En av disse kognitive prosessene var å gå fra å se på seg selv som den skyldige i overgrepene, til å legge skylden tilbake på overgriper. Også følelser som empati og medfølelse ovenfor seg selv og andre var et resultat av endring i kognitive prosesser over tid. En slik endring skjedde gradvis og gjennom ulike kanaler som ved kunnskap, terapi, gruppeterapi, selvhjelpsgrupper og gjennom helende relasjoner. Gjennom kunnskap, samtaler og møter med andre fikk de nye perspektiver og muligheter for endring og aksept. De oppnådde en større aksept for overgrepene og seg selv når de etter hvert fikk mer og mer kunnskap og forståelse. Med aksepten kom også erkjennelsen av at overgrepene var over og at de tilhørte fortiden.

Gjennom endringer i persepsjonen av seg selv, opplevde flere at også verden endret seg. De gikk fra å føle seg ødelagte, deprimerte, suicidale, skyldige og skamfulle til å føle kjærlighet, glede, at deres evner kunne verdsettes, og at de kunne bidra og være suksessfulle. Et skifte i hvordan de så seg selv fikk flere til å prøve ut en ny karriere eller tørre å ta sjanser. Tørre å tenke at det er ok å feile så lenge man prøver. For noen var det en viktig del av helingsprosessen å finne nye områder å fokusere på, sette seg nye mål som å ta utdanning, eller lære seg nye ferdigheter gjennom jobb eller aktiviteter. Skifte i følelser ble billedliggjort av en deltager som å komme til et nytt land. Et land hvor hun kunne oppleve ting hun tidligere bare hadde fantasert om.

Temaene vist med figur.



Figur 3. Oppsummering av funn, illustrert med figur.

6 Diskusjonskapittel.

Dette kapitlet starter med diskusjon av funn, pkt. 6.1. Videre vil jeg diskutere metoden med styrker og begrensninger, før jeg avslutter med egen forskerrolle pkt. 6.3.

6.1 Diskusjon av funn.

Hensikten med denne studien var å fremskaffe kunnskap om voksne menneskers personlige helingsprosess etter en barndom med seksuelle overgrep, og å finne ut hvilke erfaringer og opplevelser de har hatt i forhold til hva som fremmet heling og hva som var barrierer mot heling. Det min studie viser, er en rekke faktorer som virker inn på helingsprosessens fremgang og barrierer.

En kvinnelig overgrepsutsatt fortalte meg en gang at hun så på helingsprosessen som en prosess der alt hørte sammen med alt. Hun så den som spillet på tivoliet der du skal slå ned frosker i et tjern på tid. Når du slår ned en dukker en annen opp og slik fortsetter det til tiden er ute og du eventuelt vinner en premie. «De popper opp uansett hva du gjør, men en dag popper det ikke opp flere frosker. Du vant!». Jeg synes det er et godt bilde som forteller om de utallige utfordringene, men også om håpet om at det en dag er over og verdt alt strevet. Min tolkning stemmer godt overens med dette bildet. Helingsprosessen fremstår som en ikke-lineær prosess hvor utfordringene og seierne er knyttet sammen i et nettverk av kontinuerlig fremgang og tilbakeslag. Men studien min viser også at man kan komme seirende ut av helingsprosessen, og da er nettopp kunnskap om hva som fremmer og hva som hemmer denne prosessen viktig. Jeg vil nå diskutere utvalgte deler av funnene i kontekst av traumeteori og empowerment for å vise noe av kompleksiteten i helingsprosessen.

Informasjon og kunnskap.

Mangel på informasjon og kunnskap var ansett som barriere mot helingsprosessen, mens tilgang på informasjon og kunnskap generelt og gjennom utdanning ble ansett som helingsfremmende. Deltagere hadde selv søkt informasjon og kunnskap blant annet gjennom biografier, selvhjelpsbøker og i terapi for å forstå, sette ting i sammenheng og for å få perspektiv på opplevelsen og ettervirkningene (Andersen & Hiersteiner, 2007; Anderson & Hiersteiner 2008). Deres aktive søken etter informasjon og kunnskap kan ses som et ønske om endring, et ønske om å komme seg ut av avmaktsposisjonen. Kunnskap er et underordnet mål i en empowerment prosess, fordi kunnskap er nødvendig for endring og endring gir mulighet for økt empowerment (Tengelnd, 2007).

Deltagere mente at informasjon og kunnskap ga mulighet til refleksjon og nye perspektiver om både overgrepene og overgriper slik at nye og egne tanker kunne formes (Arias & Johnson, 2013; Phanichrat & Townshend, 2010). Med kunnskap ble det mulig å endre blant annet skyld og skamfølelsene. De overgrepsutsatte trenger å endre forståelsen og synet de har hatt med seg fra barndommen om at det var deres skyld. Dette bekreftes også i annen forskning (Grossmann, Sorsoli & Kia-Keating, 2006, s.440). De trenger å forstå hva de har vært med på og se det i sammenheng med livet sitt for blant annet å oppleve livet som sammenhengende, slik også tidligere forskning hevder (Kramer, Seddon, Robinson & Gwilym, 2015, s.146). Overgrepsutsattes selvfølelse og betraktninger av verden ble formet av traumene, der skyld og skam også ble påført, og i følge Levine (1997) forblir slik inntil de blir korrigert.

Utdanning og informasjonstilgang.

Noen deltakere hevdet at utdanning hadde lært dem kritisk tenkning og økt refleksjonsevne og at dette hadde vært viktige egenskaper for å endre tanker og følelser om overgrepene. Det hjalp dem også i tilbakeføringen av skyld og skam til overgriper (Arias & Johnson, 2013). I følge de samme deltagere gav utdanning også økt selvtillit. Utdanning er en viktig kilde til både kunnskap og makt, men utdanning oppleves ikke som like tilgjengelig for alle. Det kan være mange grunner til at det kan være vanskelig å studere som voksen. Det kan være mangel på formell kompetanse, geografisk tilgang, økonomi, eller indre barrierer som lav selvfølelse. Hvis utdanning i praksis viser seg å være utilgjengelig eller uoppnåelig på grunn av ulike barrierer, vil helingsfremmingen og følelsen av empowerment som utdanningen kunne gitt også gått tapt.

Informasjon og kunnskap kan også oppnås gjennom uformelle kanaler og ikke bare gjennom utdanning. Et viktig spørsmål blir da hvor tilgjengelig informasjon om ettervirkninger og helingsprosessen egentlig er. I bokform er mye av informasjonen om traumer, seksuelle overgrep og ettervirkninger skrevet av og til terapeuter, og både språk og form er vanskelig å forstå uten grunnleggende fagkunnskaper og terminologi. Informasjon gjennom Google kan være unyansert og ganske overveldende og kan dermed også utgjøre en barriere for videre heling.

Fornektelse, unngåelsesatferd og fortrenning var blant barrierene mot heling som ble beskrevet i to av studiene (Chouliara, Karatzias & Gullone, 2014; Phanichrat & Townshend, 2010). Kanskje kan det for noen være en ubevisst unngåelse av informasjon for å fortrenge og undertrykke overgrepserfaringene, og beholde kontrollen. Ved å la være å skaffe seg kunnskap kan man fortsette å fortrenge, unngå å se sammenhenger og unngå å måtte anerkjenne at overgrepene har skjedd. For andre som ikke har opplevd seksuelle overgrep kan også unngåelse av informasjon fungere som en beskyttelse for det vonde man ikke ønsker å ta inn over seg (Anstorp, Hovland og Torp, 2003).

Avsløring av overgrepene.

Deltagerne fortalte om flere barrierer i forhold til å avsløre hemmeligheten de hadde båret på siden barndommen. Dette kunne være for å beskytte andre, erfaring med å bli mistrodd og ignorert som barn, mangel på støttende relasjoner, redsel for forakt, negative holdninger og stigmatisering (Anderson & Hiersteiner, 2008; Chouliara et al., 2014; Hartley, Johnco, Hofmeyr & Berry, 2016; Phanichrat & Townshend, 2010). Barrierene jeg her refererer til viser at den største frykten handler om reaksjonene til de man forteller til, ikke avsløringen i seg selv. En mannlig deltager mente at menn i tillegg til den sosiale stigmatiseringen også ville bli utsatt for stigmatisering i forhold til mannlige stereotyper (Phanichrat & Townshend, 2010). Dette bekreftes i studien til Gagnier og Collin-Vézina (2016, s.221). Det er de andres reaksjon som blir fryktet og som skaper barrieren. I en studie av Jonzon & Lindblad (2004) ventet 2/3 med å fortelle om det til de var voksne og i gjennomsnitt ventet de 21 år fra siste overgrep til de fortalte det.

Å bli trodd kontra mistrodd utgjør en enorm forskjell for veien videre, ikke minst for følelsene av skyld og skam. Å avsløre sin overgrepserfaring oppleves som et svært kritisk øyeblikk. Skårderud hevder at man skal ha mye mot for å utlevere seg selv og avsløre den dype skammen (2001). Det kritiske elementet ligger både i hvordan den overgrepsutsatte blir møtt ved en avsløring, og hvordan den konfidensielle informasjonen blir behandlet i ettertid. I verste fall risikerer de å bli møtt med avvisning, eller forakt og stigmatisering, og at deres hemmelighet blir spredd videre som en løgn.

Det er sannsynlig å tro at mange avslører overgrepene til en profesjonell med tanke på de mange som mangler støttende og trygge relasjoner. Antagelig er det enklere å ta sjansen på å bli avvist eller ignorert fra en i helsevesenet enn fra et familiemedlem eller en venn. Det kan oppleves som mindre å tape. I min studie ble det lagt vekt på at terapeutene måtte ha kompetanse på seksuelle overgrep, være ærlige og tillitsvekkende (Arias & Johnson, 2013). Viktigheten av at helsepersonell møter overgrepsutsatte på en kompetent og forståelsesfull måte bekreftes gjennom studien til Todahl, Walters, Bharwadi & Dube (2014, s.629). Ved å fortelle til en i helsevesenet først vil de også få muligheten til å ha denne personen som støtte ved avsløring i andre relasjoner. Den profesjonelle kan da være en de kan planlegge avsløringen sammen med og som kan være der etterpå, uansett utfall.

Konfrontasjon.

Noen få deltagere valgte å konfrontere overgriper direkte og fortalte om en sterk følelse av kontroll og empowerment (Anderson & Hiersteiner 2007; Arias & Johnson 2013). Men det som kan være empowering for en person kan være disempowering for en annen. Valget om å konfrontere er et personlig valg og det er mange aspekter som bør tas hensyn til før en konfrontasjon. Det aller viktigste må være å ha støtte, og være godt forberedt på alternative utfall. Også tidspunktet i forhold til hvor i helingsprosessen man er bør tas hensyn til. Det er viktig å vurdere hvor sårbar man er for overgriperes makt, og hvordan man skal verne seg selv mot overgriperes eventuelle beskyldninger. Etersom det er svært historier der overgriper tilstår, er det viktig å spørre seg hva overgriper eventuelt vil kunne foreta seg. Hvis overgriper vil forsøke å bevise sin uskyld må man forberede seg på at noen kan velge å tro overgriperes versjon. Konsekvensene kan da være en sterk følelse av maktesløshet i stedet for empowerment.

Anmeldelse.

De høye tallene for overgrepsutsatte og de lave tallene på anmeldelser og domfellelser forteller oss noe om hvor vanskelig konfrontasjon kan være (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Det hadde vært interessant å se forskning på hvordan overgrepsutsattes liv fortøner seg etter en rettsak der de ikke ble trodd sammenlignet med der overgriper ble dømt. Det er

sannsynlig å tenke seg at utfallet av en rettsak kan ha stor betydning for om livet etterpå preges av empowerment eller maktesløshet.

En annen grunn til ikke å anmelde er foreldelsesfristen. Selv om foreldelsesfristen nå er fjernet for seksuelle overgrep mot barn, gjelder ikke dette for sakene som allerede var foreldet etter den gamle loven. For de som nå er voksne er forholdene foreldet og sakene henlegges. Overgriper blir hverken tiltalt eller dømt. Mens den overgrepsutsatte risikerer å bli sosialt dømt som løgner, psykisk syk, ustabil og lite troverdig av både av familie og samfunn. Det kan virke som om de overgrepsutsatte har mer å tape enn de har å vinne på en anmeldelse.

Støttende relasjoner, følelser og indre vekst.

Deltakerne uttrykte at støttende relasjoner var det viktigste for fremgang, uavhengig av om relasjonene var familie, venner, terapeuter eller andre hjelperoller (Anderson & Hiersteiner 2007; Anderson & Hiersteiner 2008; Arias & Johnson, 2013; Hartley et al., 2016; Phanichrat & Townshend, 2010). Dette bekreftes også i teorien om traumeheling (Levine, 1997).

Gjennom hele helingsprosessen trengte de relasjoner som kunne støtte og oppmuntre, tro på dem og tro på deres muligheter til å endre tanker, følelser og antagelser. Ikke minst gjaldt dette for endring av følelsene skyld og skam. De opplevde at skyldfølelse kunne endres og skam kunne heles over tid i samvær med mennesker som så dem som uskyldige og som viste dem medfølelse og empati. Det handlet om å oppleve medfølelse, bli møtt med forståelse, og å bli trodd. I slike trygge og forståelsesfulle relasjoner fikk de muligheten til å føle empati og medfølelse med seg selv og andre. Som Søftestad (2003) hevder, repareres selvbildet i gode relasjoner. Dette kan også sees i sammenheng med det Starrin (2010) kaller emosjonell energi, som styrker opplevelsen av empowerment ved å gi både selvtillit og handlekraft.

Flere deltagere fortalte om hvordan deres indre vekst hadde startet ved å oppdage og stole på egne ressurser, slik som egen mestringsevne og styrke (Chouliara et al., 2014). De fortalte også om at disse ressursene ble formulert gjennom støttende relasjoner. Det er et stort potensiale for å finne støttende relasjoner blant de profesjonelle man møter i helsevesenet, men dette krever at utøvere i helsetjenesten har kunnskap og ferdigheter til å møte overgrepsutsatte. De vil kunne utøve empowermentfremmende støtte ved å hjelpe dem

med å kartlegge sine ressurser og øke kunnskap, ferdigheter og selvtillit. Dette er i tråd med Urbancic sin forskning på overgrepsofsatte kvinner og empowermentbasert støtte i helsevesenet (1992). Helsepersonell vil også kunne bistå overgrepsofsatte i å utvikle og bygge deres sosiale nettverk slik som foreslått av Kogstad, Mönness & Sørensen (2013).

Destruktive relasjoner.

Relasjoner som barrierer ble av deltagerne beskrevet som utrygge, negative og destruktive relasjoner, og ofte gjaldt det familiemedlemmer (Anderson & Hiersteiner, 2007; Chouliara et al., 2014; Hartley et al., 2016). Funn fra en studie fortalte om de som måtte velge bort familien for å ta vare på seg selv og for å gå fremover i helingsprosessen (Hartley et al., 2016). Som barn er man prisgitt de relasjonene man har og den familien man er født inn i. Noen har kanskje en trygg relasjon til noen i eller utenfor familien, men mange har det ikke. Ved å sette ord på overgrepene som ofte har skjedd i nær familie vil det innebære en endring i måten den overgrepsofsatte forholder seg til familien. Selv om familien ikke nødvendigvis er et godt og støttende nettverk, kan det likevel oppleves som bedre enn å være alene.

Å begrense eller kutte ut familien kan ses på som en handling som inngår i alle Zimmermanns (1995) tre komponenter for psykologisk empowerment. Den overgrepsofsatte tar kontroll over situasjonen, gjør nye valg for seg selv og dermed påvirker sin egen situasjon og sin egen fremtid. Dette krever i følge Zimmermann (1995) at man har en viss grad av selvfølelse og evne til å tåle stress og forandringer. Å velge bort negative relasjoner kan gi plass til andre og potensielt gode relasjoner. Noen deltagere fortalte at de utover i helingsprosessen hadde begynt å legge merke til hvilke relasjoner som var positive og hvilke som var negative, og at de etter hvert forsto at relasjoner ikke bare handlet om problemer, men også om latter, hygge og glede.

Nye og støttende relasjoner.

Trygge og støttende relasjoner tar tid å utvikle og de må erfares over tid. Å møte trygghet, tillit og aksept vil være hovedkriteriene for relasjoner, slik traumeteorien forteller oss (Levine, 1997). Etter å ha vokst opp i en verden der omsorgspersonene istedenfor å gi

kjærlighet og trygghet, var de som skapte redsel og smerte, ønsket deltagerne i studiene andre relasjoner i fremtiden. De ønsket seg relasjoner som var pålitelige, troverdige og tillitsvekkende, og hadde god moral (Arias & Johnson, 2013; Hartley et al., 2016).

Deltagere hadde ulike erfaringer for hvor de søkte støtte, blant annet støttegrupper, terapigrupper og terapeuter (Anderson & Hierstiener, 2007; Anderson & Hierstiener, 2008; Arias & Johnson, 2013; Phanichrat & Townshend, 2010). Deltagere som gikk i støttegrupper fortalte om viktigheten av gjenkjennelse, og å bli hørt og trodd. Muligheten til å gi og motta medfølelse og empati var også en viktig faktor (Anderson & Hiersteiner, 2007; Arias & Johnson, 2013). Mennesker trenger ulike intervensjoner, og for noen kan en gruppe bli enda et sted de føler seg utenfor eller avvist. Roller som har blitt til gjennom mestringsstrategier kan vedvare også i en gruppesituasjon og det kan bli vanskelig å åpne seg, eller ta i mot støtte og råd. Sammensetningen av gruppa kan også være en barriere i en gruppesituasjon. For noen kan det være skummelt å oppsøke andre mennesker rent fysisk, og det kan kanskje være lettere å søke fellesskap og støtte i internettforumer. Et eksempel på dette kan være chatte-tjenester som driftes av ulike organisasjoner og som er trygge og anonyme, slik som ved Senter for seksuelt misbrukte menn.

Det psykososiale miljøet.

Selv om de overgrepssutsatte er nødt til å gjøre de indre forandringene selv, viser det seg som nevnt tidligere at disse endringene skjer i trygge og helende relasjoner, og gjennom sunn og god speiling (Søftestad, 2003). Gilfus (1999) har argumentert for at sykdomsmodellen av ettervirkningene av seksuelle overgrep som ble laget på 80-tallet var med på å frata overgripere og samfunnet ansvaret, og legge det over på den overgrepssutsatte. Overgrepene og traumenes ettervirkninger blir dermed gjort til et individuelt problem for den som blir utsatt. Et viktig spørsmål er om sykdomsmodellen og individualiseringen av overgrep er en riktig innstilling og en effektiv behandlingsmåte, eller om det hadde vært mer konstruktivt å se på overgrep som et samfunnsproblem som også må løses i samfunnet?

RVTS (udatert) forklarte hvordan traumebevisst omsorg var helende, og Bath (2005) kalte det traumebevisste miljøer. Dette betyr at barrieren som oppleves av overgrepssutsatte i

relasjoner, også kan ligge i det psykososiale miljøet rundt. Jeg finner støtte til denne tankegangen i forskning, som også mener at psykoedukasjon for både den overgrepsutsatte og signifikante andre bør benyttes (Domhardt, Münzer, Fegert & Goldbeck, 2015). Rappaport (1997) hevder at om enkeltpersoner skal bli empowered må man i tillegg til individet også studere omgivelsene individet omgis av. På det området har samfunnet en stor jobb å gjøre som tilretteleggere for at overgrepsutsatte skal få mulighet til å heles i støttende omgivelser.

6.2 Metodediskusjon.

Etter mitt syn var litteraturstudie med systematisk tilnærming den metoden som best kunne svare på min problemstilling da jeg ikke hadde mulighet til å gjennomføre en fullt ut systematisk litteraturstudie. Jeg ville ikke følt meg komfortabel eller kapabel til å gjennomføre intervju av overgrepsutsatte, eller å ha ansvaret for intervjuobjektene under og etter intervjuene. Alternativt kunne jeg gjort en kvalitativ innholdsanalyse.

Når det gjelder utviklingen av inklusjons- og eksklusjonskriteriene er det vanlig å starte med noen grunnleggende punkter, for så å utvide listen etter hvert som man blir kjent med materialet man jobber med (Avayard 2014, s.78). Slik ble det også for meg. Jeg startet med noen få kriterier, men måtte stadig utvide og endre dem etter hvert som jeg fikk mer oversikt og kunnskap. Kriteriene ble bearbeidet flere ganger for at avgrensningen skulle gi best mulig grunnlag til å svare på problemstillingen min. Jeg måtte lese mange artikler før jeg fikk god nok oversikt til å lage gode kriterier. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble også laget i sammenheng med avgrensningene.

I samarbeid med bibliotekar valgte jeg databaser som hadde kvalitative artikler innen fagområder som kunne dekke seksuelle overgrep, slik som medisin, sykepleie og helsefag. Jeg søkte i både Medline og Pubmed. Selv om PubMed er gratisversjonen av Medline, opplevde jeg at jeg fikk flere relevante treff i PubMed enn i Medline, selv om jeg brukte de samme søkeordene. I tillegg til de seks databasene jeg endte opp med å benytte meg av, undersøkte jeg i prosjektbeskrivelsesfasen databasene: ERIC, Cocrane og Science Direct, SweMed+ og Idunn. Jeg fikk få aktuelle treff og valgte ikke å ta de med i søkene til denne

oppgaven. Det er mulig at jeg kunne ha funnet flere artikler til min studie i andre databaser eller ved bruk av andre søkeord.

I prosjektbeskrivelsesfasen prøvde jeg ut mange ulike søkeord, og anser de jeg endte opp med som de mest relevante for min undersøkelse. Jeg delte de inn i tre kategorier for å få treffene så nøyaktige som mulig. En av kategoriene besto kun av søkeordet *survivors*. Ved å søke uten dette som en egen kategori, fikk jeg med absolutt alt om seksuelle overgrep i barndommen, og søkene ble uoverkommelige å gjennomgå. Mens når jeg søkte med *survivors* i egen kategori fikk jeg selektert slik at bare de som er i eller er ferdig med helingsprosessen ble inkludert (se begrepsforklaring). Det kan likevel hende at dette har lagt en begrensing på mine treff. Utfordringen var å være så spesifikk i søkeordene som mulig, for å kunne håndtere treffene.

I seleksjonsprosessen fulgte jeg inklusjons- og eksklusjonskriteriene mine, og leste mange av artiklene i fulltekst for å være sikker på at jeg gjorde seleksjonen korrekt. Ved å kun lese sammendrag var det flere artikler som virket aktuelle, men ved å lese hele artikler var det likevel mange som falt fra.

Jeg brukte Kunnskapssenterets sjekklister for kvalitativ forskning. Dette ble et viktig redskap for meg. Ved å svare utfyllende på alle spørsmålene i sjekklisten ble jeg godt kjent med hver enkelt artikkel, og det førte til at jeg ekskluderte to artikler, som etter mine vurderinger skåret lavt. Disse var også de to eldste artiklene.

Min studie bygger på funn fra seks artikler og gir bare en liten innsikt i noen få menneskers opplevelser og erfaringer. I analysen av disse erfaringene har både forfatterne og jeg gjort valg, og fortolkninger. De har analysert sine funn og kommet frem til sine hovedkategorier, og jeg har analysert deres funn for å komme frem til mine temaer.

Min studie forteller kun hvordan akkurat disse menneskene opplever og har opplevd helingsprosessen. Både hvordan spørsmålene er stilt og hvilke svar de ulike forfatterne har lagt vekt på i sine studier gir bare et lite innblikk i individuelle, komplekse og langvarige prosesser. Hver prosess er like unik som vi er unike mennesker. I studiene har en lite gruppe mennesker svart på noen få spørsmål. Svarene er «her og nå» svar. Tanker og følelser er flyktige og kan endre seg mye fra dag til dag og ut ifra mange forhold. I min oppgave får vi bare et utdrag fra den tiden de er i akkurat der og da, og hvordan de på akkurat det

tidspunktet tenkte om helingsprosessen. Hadde de gjennomført samme intervju et år før eller et år etter ville svarene kunne vært annerledes.

Alle intervjuene var semistrukturerte og intervjuerne har hatt muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål underveis. Hva de da la vekt på vil kunne ha påvirket deltagerne, noe som igjen kan ha påvirket svarene deres. I en av studiene (Arias & Johnson 2013) hadde de også gjort oppfølgingsintervjuer og det samme vil være tilfelle her. Hva intervjueren valgte å legge vekt på vil prege svarene. Dette var studien der de anså seg selv som gjennom helingsprosessen. Kan de ha følt seg forpliktet til å være positive og optimistiske, eller fikk de kanskje ikke fortalt nok om deres gode opplevelser av heling? Slike spørsmål får vi ikke svar på, men det minner oss på at svarene i alle intervjuene aldri kan fortelle oss hele sannheten.

Intervjuene til Arias & Hiersteiner (2013) var retrospektive, og de kan ha unnlatt å nevne vesentlige deler av helingsprosessen, eller spørsmålene kan ha vært stilt på en slik måte at ikke alle aspekter kom med. De fem resterende som anså seg selv som underveis i helingsprosessen kan gi svar som de ikke nødvendigvis ville gitt i retrospektiv. De står midt oppi alt det vonde og kjemper fremdeles i sin hverdag og dette vil antagelig også prege hvordan de opplever helingsprosessen. Uansett om de er retrospektive, eller her og nå, kan vi ikke regne med at alle aspekter kan bli berørte i de forholdsvis korte intervjuene, men desto viktigere er spørsmålsformuleringene i intervjuguiden. De ulike vinklingene i de seks studiene viser hvor kompleks helingsprosessen er og at alle velger ulik måte å tilnærme seg temaet. Dette kan gjøre at vi får et større tilfang på ulik informasjon, men samtidig gjør det at vi kan miste spesifikk informasjon innen et område som kan være særdeles viktig enten som helingsfremmende eller som barriere i helingsprosessen. Ulikhetene i studiens fokus var for eksempel at en av studiene fokuserte på vekst (Hartley et al. 2016), en annen fokuserte på mestringsstrategier (Phanichrat & Townshend, 2010).

De to artiklene fra Anderson & Hiersteiner (2007, 2008) er fra de samme gruppeintervjuene, men med noen ulikheter, blant annet i oppsummeringen av hovedfunn. Jeg kunne valgt å behandle de som en undersøkelse, men valgte å behandle de som to studier nettopp fordi de hadde disse ulikhetene. De var begge fra de samme elleve støttegruppeintervjuene, og det er mange faktorer i gruppa som kan ha innvirket på intervjuene. Klimaet i gruppa og roller i gruppa kan ha satt sitt preg på svarene, også i hvilken grad de la vekt på det helingsfremmende, eller om la vekt på barrierene.

Hvilke funn jeg har lagt vekt på i diskusjonen baserer jeg på både det jeg ser som essensen i de ulike temaene og gjennom det jeg har som forståelsesbakgrunn fra teorien. En utfordring har vært å se sammenhengene mellom ulike funn, og hvilke funn som inngikk i flere temaer, slik som skam. Følelsen skam trer tydeligere frem i samvær med andre slik det blir hevdet av Starrin (2007) om skam som emosjonell energi, og den kan derfor høre til i både temaet om følelser og indre vekst, og til temaet om relasjoner. Akkurat denne sammenhengen var enkel å se, men jeg kan ha unngått andre slike forhold som går i hverandre. En annen ville kanskje sett andre sammenhenger eller lagt vekt på andre funn og fått andre resultater.

6.3 Egen forskerrolle.

Min forskerrolle og førforståelse er preget av mitt personlige og profesjonelle engasjement for alle som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Jeg hadde en del kunnskap om seksuelle overgrep før jeg startet, men jeg hadde lite kunnskap om helingsprosessen.

Gjennom studiet fikk jeg bekreftet min antagelse om skyld- og skamfølelsens destruktive tilstedeværelse i overgrepsutsattes liv, men at hverken kroppens smerte eller sorg nevnes i noen av artiklene overrasket meg. Men mest av alt er jeg overrasket over hvor stor betydning støttende relasjoner har, og at trygge og støttende personer, både profesjonelle og private, spilte en viktig rolle i endring av skyld- og skamfølelsen.

Jeg hadde lite erfaring med forskningsartikler og databaser og brukte mye tid på å søke i de forskjellige databasene, og på å prøve ut ulike søkeord og ulike kombinasjoner. Fordi jeg var usikker på hva som kunne inkluderes og fordi mitt engasjement for temaet var umettelig, endte jeg opp med å lese mye forskning som var irrelevant for min studie. Om jeg skulle gjort en litteraturstudie igjen ville jeg i prosjektfasen oppsøkt fagpersoner innen temaet og diskutert med dem hvilke søkeord som ville være relevante for min oppgave. Tiden jeg brukte til å bli kjent med de ulike databasene kunne blitt kortet ned ved å være tryggere på søkeordene.

Det har vært en bratt læringskurve å skrive denne masteroppgaven, og en annerledes måte å arbeide og tenke på enn jeg er vant til fra bachelorstudiet, og fra arbeidslivet som lærer i helse- og oppvekstfag.

7 Avslutning

Som avslutning på denne oppgaven vil jeg svare på problemstillingen, og knytte funn og teori nærmere sammen, samtidig som jeg peker på implikasjoner for videre praksis. Til slutt vil jeg gi noen anbefalinger for videre forskning.

Min problemstilling var «Hvordan opplever overgrepsofsatte hva som hemmer og hva som fremmer helingsprosessen etter seksuelle overgrep i barndommen, sett i lys av teori om traumer og empowerment».

Funnene i denne studien viste at mange opplevde mangel på informasjon, vanskeligheter rundt å avsløre overgrepene, fortrenkning og undertrykkelse av vonde minner og vonde følelser som hemmende for helingsprosessen. Men det var mangelen på støttende relasjoner og redselen for stigmatisering og avvising som ofte lå under de ulike barrierene mot helingsprosessen. I traumeteorien kunne vi lese om hvordan mangel på empati og frykten for avvising vanskeliggjør relasjoner (Skårderud, 2006), hvordan skammen rammer relasjonene (Søftestad, 2003), og hvordan skammen fører til ensomhet og isolasjon (Farstad, 2011). Dette forteller oss noe viktig og helt essensielt. Overgrepsofsatte har et stort behov for støttende relasjoner gjennom helingsprosessen for å oppnå heling.

Dette blir også bekreftet gjennom funnene i denne studien om hva som fremmet heling. Deltagere fortalte blant annet om hvordan kunnskap, og godene som fulgte med innsikt og forståelse av egen situasjon fremmet helingsprosessen, men det var støttende relasjoner som var det aller viktigste og som var en overordnet faktor for å fremme helingsprosessen og heling. I støttende relasjoner fikk de blant annet mulighet til å fortelle om opplevelsene, motta empati og medfølelse, endre selvfølelsen, endre skam- og skyldfølelsen, bruke ressurser og få nye gode opplevelser av seg selv og verden rundt. For som traumeteorien forteller oss må ødeleggelsene som skjedde i relasjon repareres i relasjon (Søftestad, 2003) og det er i trygge og tillitsfulle relasjoner man heles (RVTS Sør, 2013). Aksept og tillit må oppleves og etableres i relasjon (Skårderud, 2001), mens grenser og muligheten til å velge må læres og erfares gjennom relasjon (Farstad, 2011).

Hovedmomentet i hvordan praksis kan forbedres, mener jeg vil være i hvordan vi kan legge til rette for at overgrepsutsatte skal få muligheten til å skaffe seg støttende relasjoner, og hvordan vi kan tilrettelegge for å bygge sosiale nettverk.

Det andre jeg ser som essensielt etter denne studien er hvor viktig informasjon, kunnskap og kompetanse er for både den overgrepsutsatte og for alle rundt. For å kunne være en støttende part vil det være en fordel å kunne mer om de grunnleggende utfordringene overgrepsutsatte har med seg, hvordan utfordringene best kan møtes, og hvilke muligheter for endring som ligger i en trygg relasjon. For ulike aktører innen helsevesenet vil kunnskap og kompetanse gi trygghet i møte med overgrepsutsatte. De vil da kunne håndtere de overgrepsutsattes historier, følelser og mange helseutfordringer på en bedre måte.

Kunnskap er nøkkelen til endring, og innen empowerment snakker man om bevisstgjørelsen som igangsetter av empowermentprosesser (Freire, 2011). Kunnskap kan som det ble nevnt i funnkapittelet, gi økt selvtillit, og gjennom økt selvtillit vil den enkelte lettere kunne oppdage og bruke sine ressurser (Askhim, 2012). Som beskrevet i teori om psykologisk empowerment er de underordnede målene: kunnskap, selvtillit, selvfølelse, frihet og autonomi (Tengeland, 2007). De bygger på hverandre og slik som deltagere i studiene jeg har undersøkt fortalte, foregikk det indre vekst gjennom hele helingsprosessen. Følelser, tanker og holdninger var hele tiden i endring, og indre ressurser som selvrespekt, selvmedfølelse og evnen til å beskytte seg selv ble sterkere utover i helingsprosessen. Overgrepsutsatte har med seg en styrke og en utholdenhet etter å ha vokst opp med ekstrem redsel og smerte, som nå kan benyttes som styrke, kraft og makt til å endre egen situasjon. Gjennom styrke og utholdenhet, og sammen med støttende relasjoner kommer de seg stadig et skritt videre i helingsprosessen og nærmere empowermentprosessens overordnede mål om kontroll over egen helse og eget liv (Tengeland, 2007).

Overgrepsutsatte gjør en enorm innstas og endrer kompliserte indre strukturer gjennom helingsprosessen, men de trenger støttende relasjoner for å muliggjøre dette prosjektet som kan sees som både en helingsprosess og en empowerment prosess.

Som anbefalinger til videre forskning vil jeg foreslå studier som undersøker kunnskapsnivået både hos overgrepsutsatte og utøvere i helsetjenesten, og studier som undersøker overgrepsutsattes erfaringer og muligheter for støttende relasjoner og sosiale nettverk.

Litteraturliste

- Adams, R. (2003). *Social work and empowerment* (3. utg.). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Adams, R. (2008). *Empowerment, participation and social work* (4. utg.). London: Macmillan.
- Andersen L. M., Brok, P. & Mathiasen, H. (2000). *Empowerment på dansk*. Fredrikshavn: Dafolo.
- Anderson, K. M. & Hiersteiner, C. (2007). Listening to the Stories of Adults in Treatment Who Were Sexually Abused as Children. *Families in Society*, 88(4), 637-644.
- Anderson, K. M. & Hiersteiner, C. (2008). Recovering From Childhood Sexual Abuse: Is a «Storybook Ending» possible? *The American Journal of Family Therapy*, 36, 413-424.
- Anstorp, T. (2007). Psykiske reaksjoner på vold og seksuelle overgrep (rev. utg. 2013). Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Øst. Hentet 9. september 2016 fra <http://rvtsost.no/app/uploads/2013/05/psykiske-reaksjoner-pa-vold-og-seksuelle-overgrep.pdf>
- Anstorp, T., Hovland, B. I. & Torp, E. (2003). *Fra Skam til Verdighet. Teologisk og psykologisk arbeid med vold og overgrep*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Anstorp, T., Benum, K. og Jakobsen, M. (red.) (2012). *Dissosiasjon og Relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Arias, B. J. & Johnson, C. H. (2013). Voices of Healing and Recovery from Childhood Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22, 822-841.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O. P. og Starrin, B. (red.) (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Avayard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care. A practical guide* (3. utg.). Berkshire: Open University Press.

- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2014). *Rapportering fra sentrene mot incest og seksuelle overgrep*. Oslo Hentet fra <http://fmso.no/wp-content/uploads/2015/01/Statistikk-rapport-2013.pdf>
- Bass, E. & Davis, L. (2008). *The Courage to Heal. A guide for Women Survivors of Child Sexual Abuse* (4. utg). USA: Harper.
- Bath, H. (2008). Traumebevisst omsorgs tre grunnpilarer. Hentet 10.mai 2016 fra http://handle-kraft.no/pdf/tre_grunnpilarer.pdf
- Benum, K. (2012). Når tilknytningen blir traumatisert. En psykologisk forståelse av relasjonstraumer og dissosiasjon. Anstorp, T. Benum, K. og Jakobsen, M. (red.), *Dissosiasjon og Relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg* (s.22-42). Oslo: Universitetsforlaget
- Benum, K. (2012). Fra monolog til dialog. Oppmerksomhetstrening som metode for selvaksept og nærhet. Anstorp, T. Benum, K. og Jakobsen, M. (red.), *Dissosiasjon og Relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg* (s.229-246). Oslo: Universitetsforlaget.
- Blindheim, A. (2012). Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst. *Norges Barnevern*, 3(89), 168-195.
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling* (NAPHA-rapport nr. 4/2013). Trondheim: Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid.
- Braarud & Nordanger (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for norsk Psykologiforening*, 48, 968-972.
- Budalen, A., Lorentsen, H. M. & Rørstad, O. L. (2014, 29. april). Pasientene tapte omstridt traumekamp. *NRK Nordland*. Hentet 9. september 2016 Hentet fra <https://www.nrk.no/nordland/traumeenheden-blir-lagt-ned-1.11689391>
- Burstow, B. (2003). Toward a Radical Understanding of Trauma an Trauma Work. *Violence Against Women*, 9(11), 1293-1317.

Center for seksuelt misbrugte (2014) Senfølger hos voksne. Hentet 23.mai 2016 fra

<http://www.incestcenterfyn.dk/senfolger/senfolger-hos-voksne>

Chouliara, Z., Karatzias, T. & Gullone, A. (2014). Recovering from childhood sexual abuse: a theoretical framework for practice and research. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 21, 69-78.

Dalsgaard & Wessel (2012). Den traumatiserte hukommelse (s.60-72). Anstorp, T., Benum, K. og Jakobsen, M. (red.) (2012). *Dissosiasjon og Relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.

Davis, J. L. & Petretic-Jackson, P. A. (2000). The impact of Child sexual abuse on adult interpersonal function: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5 (3), 291-328.

Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J.M, & Goldbeck, L. (2015). Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 476-493.

Farstad, M. (2011). SKAMMENS SPOR. Avtrykk i identitet og relasjoner. Oslo: Conflux forlag.

Felleskap mot seksuelle overgrep, FMSO (2016). Om FMSO. Hentet 23.januar 2016 fra

<http://fmso.no/om-fmso/>

Finkelhor, D. & Brown, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541.

Fjelly, B., Karstensen, H. E. O. og Bjerkeseth, A. W. (2015, 22.05). Hentet fra

<https://www.nrk.no/buskerud/dom-i-grov-overgrepssak-1.12373191>

Freire, P. (2011) *De undertryktes pedagogikk* (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gagnier, C. & Collin-Vèzina, D. (2016). The Disclosure Experiences of Male Child Sexual Abuse Survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(2), 221-241.

Getz, L., Kirkengen, A. L. og Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi – mettet med erfaring.

Tidsskrift for den norske legeforening, 7(113), 683-687.

Gjestad, Rolf (2004). Komplekse traumer, komplekse reaksjoner: Kartlegging og behandling. Et sammendrag av Rolf Gjestad.

http://sor.rvts.no/filestore/Filarkiv/Dokumenter/Fagstoff/Psykisk_helse/Komplekse_traumer_komplekse_reaksjoner.pdf Original artikkel: Christine A. Courtois (2004). Complex

trauma, complex reactions: Assessment and Treatment. *Psychotherapy: Theory and research practice, training*, 41(4), 412-425.

Grossmann, K. F., Sorsoli, L., & Kia-Keating, M. (2006). A Gale Force Wind: Meaning Making by Male Survivors of Childhood Sexual Abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 434-443.

Hafstad & Sigveland (2008). Posttraumatisk vekst: Et mer helhetlig syn på posttraumatisk tilpasning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(12), 1507-1511.

Hartley, S., Johnco, C., Hofmeyr, M. & Berry, A. (2016). The Nature of Posttraumatic Growth in Adult Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(2), 201-220.

Hofstad, S. & Nilsen, T. (2014, 8. april). De har ikke bevist at behandlingen virker. *NRK Trøndelag*. Hentet fra <https://www.nrk.no/trondelag/avvikler-omstridt-traumetilbud-1.11656696>

Jonzon, E. & Lindblad, F. (2004). Disclosure, Reactions, and Sosial Support: Findings From a Sample of Adult Victims of Child Sexual Abuse. *Child Maltreatment*, 9(2), 190-200.

Justis og Beredskapsdepartementet (2013). *Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/97cdeb59ffd44a9f820d5992d0fab9d5/hplan-2014-2017_et-liv-uten-vold.pdf

Kaufmann, J. & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *Amer. J. Orthopsychiat*, 57(2), 186-192.

Kirkengen, A. L. (2006). Skam og avmakt i medisinske møter (s.65-85). P. Gulbrandsen, P. Fuggeli, G. H. Stang og B. Wilmar (Red.), *Skam i det medisinske rom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kogstad, R. E, Mönness, E., & Sørensen, T. (2013). Social Networks for Mental Health Clients: Resources and Solutions. *Community Ment Health J*, 49, 95-100.
- Krayer, A., Seddon, D., Robinson, C. A., & Gwilym, H. (2015). The Influence of Child Sexual Abuse on the Self from Adult Narrative Perspectives. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(135), 135-151.
- Kvale, S. & Brinkmann, s. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Levine, P. A. with Frederick, A. (1997). *Waking the Tiger – Healing Trauma*. California: North Atlantic Books.
- Matsakis, A. (1998). *Trust After Trauma: A Guide to Relationships for Survivors and Those Who Love Them*. Oakland: Raincoast Books.
- McLeod, D. A. (2015). Female Offenders in Child Sexual Abuse Cases: A National Picture. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(97), 97-114.
- Miller, A. (1981). *Thou Shalt Not Be Aware: Society's Betrayal of the Child*. New York: Penguin Books.
- Modum Bad (udatert). Fakta om traumer. Hentet 1. februar 2016 fra <http://www.modum-bad.no/behandling/traume/fakta/>
- Modum Bad (2015). Behandling og forebygging. Hentet 10. september 2016 fra <http://www.modum-bad.no/behandling/traume/>
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole (NOVA Rapport 20/2007). Hentet fra http://www.nova.no/asset/3059/1/3059_1.pdf
- Naples, N. A. (2003). Deconstructing and Locating Survivors Discourse: Dynamics of Narrative, Empowerment, and Resistance for Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of Woman in Culture and Society*, 28(4), 1151-1185.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2016). Sjekklistene for vurdering av forskningsartikler, 2014. Hentet 31. august 2016 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistene-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold, Traumatisk stress og selvmordsforebygging, NKVTS. (udatert). Vold og overgrep. Hentet 10. september 2016 fra <https://www.nkvts.no/tema/vold-og-overgrep-i-naere-relasjoner/>

Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress og selvmordsforebygging, NKVTS. (udatert). Vold, helse og reviktimisering – En longitudinell studie. Hentet fra <https://www.nkvts.no/prosjekt/vold-helse-og-reviktimisering-en-longitudinell-studie/>

Haugeland, N. G., Nygaard, I. E., Vik, S. J. & Lindstrøm, T. C. (2011). Ingen penis – ingen skade? Når kvinner begår seksuelle overgrep. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48, 523-528.

Pallesen, S. (2009). *LISA Longitudinell Investigation of Sexual Abuse*. Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Phanichrat, T. & Townshend, M. J. (2010). Coping Strategies Used by Survivors of Childhood Sexual Abuse on the Journey to Recovery. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19, 2-78.

Rappaport, J. (1987). Term of Empowerment/Exemplars of Prevention: Towards a Theory for Community Psychology. *Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148.

Redd Barna. (udatert). Fakta om overgrep. Hentet 10. september 2016 fra <https://www.reddbarna.no/jegerher/fakta>

Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, avdeling sør, RVTS Sør (udatert). Psykiske traumer. Hentet 9. desember 2015 fra <http://sor.rvts.no/?module=Articles&action=Article.publicOpen&id=292>

Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, avdeling sør, RVTS Sør (2013). Hjernen formes av bruken. Hentet 15. mai 2016 fra <http://sor.rvts.no/no/nyhetsarkiv/2014/Hjernen+formes+av+bruken.9UFRrK2X.ips#.Vzhw k-ny04A>

Regionalt Kunnskapssenter om Vold, Traumatisk stress og selvmordsforebygging, Sør.
(udatert). Hentet 10. september 2016 fra
<http://sor.rvts.no/no/nyhetsarkiv/Paradigmeskifte.9UFRHQWM.ips#.V9P9C8Xy36h>

Rostad, K., Taylor, S. A. og Næsheim, A. (2014, 20.februar). Alvdal-moren dømt til 14 års
forvaring. Hentet fra <https://www.nrk.no/ho/forvaring-til-overgrepdomt-mor-1.11557946>

Rostad, K. og Søbstad, T. (2016, 6.januar). Barnehageansatt dømt til forvaring for overgrep
mot 15 barnehagebarn. Hentet fra <https://www.nrk.no/troms/barnehageansatt-domt-til-forvaring-for-overgrep-mot-15-barnehagebarn-1.12735135>

Ruyter, K. W. (2003). *Forskningsetikk: Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo:
Gyldendal Akademisk.

Saunders, B. E. (2003). Understanding Children Exposed to Violence. Toward an Integration
of Overlapping Fields. *National Crime Victims Research and Treatment Center*, 18(4), 356-
376.

Schön, U-K., Denhov, A. & Topor, A. Social relationships as a decisive factor in recovering
from severe mental illness. *Journal of Social Psychiatry*, 55(4): 336–347

Senter for seksuelt misbrukte men (udatert). Hentet fra <http://utsattmann.no/forum/>

Skårderud, F. (2001). Skammens stemmer; om taushet, veltalenhet og raseri i
behandlingsrommet. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 13, 1613–1617.

Skårderud, F. (2001). Tapte ansikter: Introduksjon til en skampsykologi 1. Beskrivelser.
Wyller, T. (Red.), *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (s.37-52).
Bergen: Fagbokforlaget

Skårderud, F. (2006). Flukten til kroppen – senmoderne skamfortellinger. P. Gulbrandsen, P.
Fuggeli, G. H. Stang og B. Wilmar (Red.), *Skam i det medisinske rom* (s.45-63). Oslo:
Gyldendal Akademisk

Slade, M. (2015). *100 råd som fremmer recovery. En veiledning for psykisk helsepersonell.* (NAPHA-rapport nr. 1/2015). Trondheim: Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid.

Sosial- og helsedirektoratet. (2003). *Seksuelle overgrep mot barn. En veileder for hjelpeapparatet.* Hentet fra [http://www.rvtsvest.no/wp-content/uploads/2015/11/seksuelle overgrep mot barn-en-veileder-for-hjelpeapparatet.pdf](http://www.rvtsvest.no/wp-content/uploads/2015/11/seksuelle_overgrep_mot_barn-en-veileder-for-hjelpeapparatet.pdf)

Spermon, D., Darlingthon, Y., & Gibney, P. (2013). Complex Posttraumatic Stress Disorder: Voices of Healing. *Qualitative Health Research, 23*(1) 43–53.

Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, R. S., (2012). Faseorientert behandling av kompleks traumatisering. Arbeid med dissosiasjon og traumerelaterte fobier. Anstorp, T., Benum, K. og Jakobsen, M. (red.). *Dissosiasjon og Relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg.* (s.105-121). Oslo: Universitetsforlaget.

Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M. & Bakersmans-Kranenburg, M. J. (2011). A global Global Perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment, 16*, 79-101.

Støren, I. (2013). *Bare søk!* (2. utg.)Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Støttesenter mot Incest Oslo, SMI (2014). Om oss. Hentet 19.september 2016 fra <http://www.sentermotincest.no/nb/om-oss>

Stålsett, G. F. (2003). Skam og skyld. Anstorp, T., Hovland, B. I. & Torp, E. Fra *SKAM til VERDIGHET: Teologisk og psykologisk arbeid med vold og seksuelle overgrep* (s.100-132). Oslo: Universitetsforlaget.

Søftestad, Siri (2005). *Seksuelle overgrep: fra privat avmakt til tverretatlig handlekraft.* Oslo: Universitetsforlaget.

Tengeland, P-A. (2007). Empowerment: A goal or means for health promotion? *Medicine, Health Care and Philosophy, 10*, 197-207.

- Thisted, J. (2010). *Forskningsmetode i PRAKSIS. Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*. København: Munksgaard.
- Todahl, J. L., Walters, E., Bharwadi, D., & Dube, S. R. (2014). Trauma Healing: A Mixed Methods Study of Personal and Community-Based Healing. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 23*, 611-632.
- Traumeklinikken Modum Bad (2014) *Tilbake til nåtid: En manual for håndtering av traumereaksjoner*. Vikersund: Modum Bad.
- Ullmann, S. E. (2008). Social Reactions of Child Sexual Abuse Disclosures: A Critical Review. *Journal of Child Sexual Abuse, 12*(1), 89-121.
- Urbancic, J. C. (1992). Empowerment Support With Adult Female Survivors of Childhood Incest: Part II – Application of Orem’s Methods of Helping. *Archives of Psychiatric Nursing, VI*(5), 282-28.
- Van der Kolk, B. (2013). What is PTSD Really? *Journal of Clinical Psychology: In Session, 69*(5), 516-522.
- Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score. Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma*. New York: Viking.
- Waaktaar, T. & Christie, H. J. (2000). *Styrk sterke sider. Håndbok I resilience grupper for barn med psykososiale belastninger* (2. oppl.). Oslo: Kommuneforlaget.
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: WHO.
Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf
- Zimmermann, M. A. (1995). Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology, 23*(5), 581-599.
- Zimmermann, M. A. & Rappaport, J. (1988). Citizen Participation, Perceived Control, and Psychological Empowerment. *American Journal of Community Psychology, 16*(5), 725-750.

Vedlegg 1. Kritisk vurdering av Arias & Johnson (2013).

1. Er formålet med studien klart formulert?

TIPS: Er det oppgitt en problemstilling for studien?

Svar: Ja. "Examine the perceptions of healing".

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

TIPS: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Svar: Ja, kvalitativ metode er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen. Studien har som mål å undersøke oppfatninger av heling.

3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

TIPS: Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?

Svar: Ja, studiedesignet er hensiktsmessig for å svare på problemstillingen. Dette var et semistrukturert intervju av 10 kvinner, og 7 gjennomførte også et oppfølgings intervju over telefon. Dataene ble analysert med en Grounded Theory tilnærming. Gjennom koding ble dataene kategorisert. De brukte konstant sammenlignende metode.

4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

TIPS: I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige. Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?

Svar: Dette er et strategisk utvalg. Det var 10 kvinner som møtte inklusjonskriteriene som ble beskrevet og underbygd. Det står ingenting om hvor mange som ikke møtte inklusjonskriteriene, eller som henvendte seg om studien. Kjønn, alder, rase, sivilstatus, jobb og inntekt er opplyst. Det står ingenting om overgripere eller antall år overgrepene foregikk.

Karakteristikk av deltagerne: Disse 10 regner seg selv som gjennom helingsprosessen (perceived themselves as doing relatively well in most spheres of life and had relatively good physical og mental health, and the CSA was no longer a concern to them). Det var 10 kvinner i alderen 44 til 56 år (49 år). De var høyt utdannede, og det var nok fordi utvalget ble rekruttert på blant annet et universitet. Det gjør det til at målet om å *dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver* ikke akkurat stemmer her. Både det at de er høyt utdannede og at de regner seg selv som gjennom helingsprosessen. Alderen er også veldig komprimert, men bare 12 års mellomrom mellom yngst og eldst. Tre deltagere trakk seg fra oppfølgingsintervjuet, men det er ikke begrunnet, annet enn at de var frivillige med på det.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

TIPS: Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger. Er metoden som ble valgt god for å belyse problemstillingen? Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?

Svar: Intervjuene deres varte 45 til 90 minutter, og 7 av deltagerne var også med på et oppfølgingsintervju over telefonen 6 måneder senere og ble stilt tilleggsspørsmål ut ifra de tidligere svarene. Intervjuene var semistrukturerte og samtale basert. Metoden er god for å belyse problemstillingen. Det er gitt eksempler på tre intervju spørsmål, som står i sammenheng med målet for studien. a) What have you done to cope, overcome, and heal from your abuse experience? b) What strenghts have you discovered within yourself? c) What resources have you discovered around you? Det står ingenting om hvor intervjuene ble holdt.

6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert. Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). Er det tydelig redegjort

for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? Er motstridende data tatt med i analysen? Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?

Svar: De brukte konstruktivistisk grounded theory, med koder, kategorier og temaer. De brukte også konstant sammenlignende metode. I andre omgang brukte de fokusert koding, som var en linje for linje koding. I tredje runde brukte de akse koding. Den var grundig forklart og virket som en veldig god og sikker måte å analysere på. Oppfølgingsintervjuene på telefon gjorde at de fikk mer hjelp til å sette meninger og utsagn i «riktige» kategorier. De to siste intervjuene hadde ikke gitt flere kategorier, og slik jeg ser det nådde de en metning av data. De skriver ikke noe om motstridende data, men det er vel der de mener at de brukte oppfølgingsintervjuene til å forstå der de var usikre. Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene de er samlet under.

7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene. Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?

Svar: De skriver mye om dette. De oppgir hvilke roller forskerne har i sine profesjonelle liv, og de skriver om begges førforståelse og hvordan de arbeidet for at dette ikke skulle påvirke prosessen (s.826). De skriver også om «Credibility of findings» (s.829). I tillegg til at de var to stykker som analyserte dataene, fikk syv av deltagerne lese transkripsjonen fra intervjuet og et utkast av modellen de laget for heling.

8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?

TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende. Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?

Svar: De forklarer modellen sin med at andre har kommet frem til de samme slutningene. De både forklarer og underbygger funnene sine og modellen sin. Og de sier noe viktig om at det ikke er en modell som alle følger fra a til b, eller må være innom alle punkter. De skriver «An important point to emphasize is that the healing trajectory varied somewhat from individual to individual” (s.830).

9. Er etiske forhold vurdert?

TIPS: Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?

Svar: De har fått tillatelse av «the institutional review board» på det lokale Universitetet. Deltagerne ble før intervjuene informert om hvordan studien skulle foregå, prosedyrer, risikoer, fordeler, deres rettigheter til konfidensialitet og informert samtykke.

10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?

Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?

Svar: Ja, de ble oppsummert i en helingsmodell som er tegnet opp. Funnene blir diskutert opp mot opprinnelige formål som var «Examine the perceptions of healing».

11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

TIPS: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen. Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?

Drøfting: Modellen gir en oversikt over hva helingsprosessen kan inneholde. Det kan være en god måte å forklare helingsprosessen, særlig for de som ikke har mye bakgrunnskunnskap, men også for de som har for eksempel mye kunnskap om ettervirkningene etter seksuelle overgrep, men ikke nødvendigvis vet hva man kan gjøre for å overkomme disse. Det kan til og med være nyttig for pårørende å få en modell å forholde seg til. Det er mye informasjon hvis man kun skal gi den i teori, altså gjennom beskrevet teori. Men selv ville jeg ha testet ut denne modellen i en ny studie. Hvordan vil

overgrepsutsatte som anser seg selv for å være gjennom helingsprosessen reagere på modellen? Hvilke innspill ville de hatt? Hva ville de vært enig eller uenig i? Det hadde gjort modellen og denne studien enda mer interessant og nyttig.

Vedlegg 2. Analyseprosessen.

Forfattere: Anderson & Hiersteiner (2007)	
Hovedtemaer og undertemaer fra artiklene:	Nøkkelord:
<p>Bortenfor en «lykkelig slutt» som i eventyrene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - noen historier gikk fra mørket til lyset <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - noen gikk fremover, så bakover, ikke en rett vei, plataer, går i bølger, stadig nye utfordringer - noen hadde pågående nederlag, kamper og resignasjon, særlig for de med avhengighetsproblemer, kroniske mentale helseproblemer og som opplevde reviktimisering i voksen alder som vold og voldtekt - heling kun mulig til en viss grad, vil alltid være en del av deg, du kan likevel ha et godt liv - helingen tar lang tid, vanskelig å stole på andre, ble fortvilet av å ikke bli raskt bra gjennom terapi - ha et mål og fortsette 	<ul style="list-style-type: none"> - bedre og bedre <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - en ujevn vei - vanskeligheter på veien, reviktimisering - aldri helt hel - tar lang tid - vanskelig med tillit - terapi tar lang tid - ikke gi opp
<p>Kritiske elementer for heling og recovery:</p> <p>En kamp for å finne sammenheng og samhørighet:</p> <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ting gav ikke mening, trengte å fylle inn huller, forene motsetninger og lukke informasjonshull - klarte ikke å snakke om det til noen, hadde flashbacks og mareritt men forsto ikke hvorfor - visste ikke om andre som hadde opplevd det samme - levde et dobbelt liv ved å gjøre det bra på jobben, men gikk hjem til en mann som misbrukte henne og hun brukte narkotika for å holde ut <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - leste biografier om folk som overkom traumene for å skape en kontekst av overlevelse for dem selv - skrev dagbøker for å se egen fremgang og for å få ut følelser - en brukte de 5 R'n: read, research, reveal, respond and relate - de fant måter å organisere informasjon og erfaringer ofte gjennom lesing og skriving - de fant mening til tross for alt det vonde og vanskelige og de beholdt rettighetene til å være forfatterne av sine egne levde erfaringer 	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - forsto ikke, trengte kunnskap - mangel på trygg relasjon, forsto ikke - alene om opplevelsen - utrygg og destruktiv relasjon med ektemann <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - leste som motivasjon - skrev dagbøker - 5 R'r - lære og forstå - fant mening
<p>Viktigheten av vendepunkter:</p> <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - konfronterte overgriper - brøt stillheten - opplevde sympati som gjorde at hun turte å fortelle - innså at hun trengte hjelp - så Oprah eller noen på TV pratet om det 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konfronterte overgriper - brøt stillheten/avslørte - andres sympati - positive valg - andres historier

<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hadde vært hos mange terapeuter men ingen hadde spurt om noe som helst 	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ikke hjelpsomme terapeuter
<p>Utvikle støttende relasjoner:</p> <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltagerne kom stadig tilbake til hvor viktig relasjoner hadde vært for helingen deres, og særlig med støttende relasjoner, før overgrepene ble avslørt hadde både leker og dyr vært støttende relasjoner, også voksne utenfor familien som naboer eller lærere og dette gav dem muligheten til å se seg selv separat fra familien og bli oppmuntret og følte seg verdt noe - spirituelle bånd, strukturen som fulgte med troen/kirken, trøst i at Gud har en plan - båndene til egne barn og få gi de en god barndom, og det å ha en meningsfull og organisert rolle - relasjon med en terapeut som kunne hjelpe dem å fortelle og hjelpe dem til å forstå overgrepene, en fikk hjelp til å identifisere triggere, lærte grunningsøvelser og følelsesregulering - støttegrupper var livsviktige, de avvæpna makten som de hemmelige overgrepene hadde hatt, og det gav muligheten til å gi råd og støtte til andre på gruppa - frivillighet handlet også om å gi tilbake og oppmuntre andre og det gav en følelse av å fortjene en plass på jorda, en hadde lært å gi til seg selv først for så å kunne gi naturlig til andre <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Religiøsitet ikke anerkjent av helsevesenet 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - støttende relasjoner i dyr, leker og andre voksne utenfor familien før helingsprosessen - spirituell relasjon - relasjon til egne barn - relasjon til terapeut - relasjon til støttegruppa - frivillighet <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - religiøs relasjon ikke anerkjent

<p>Forfattere: Anderson & Hiersteiner (2008)</p>	
<p>Hovedtemaer og undertemaer fra artiklene:</p>	<p>Nøkkelord:</p>
<p>Det er mulig å bli bra, men ikke helet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oppnå et normalt liv der overgrepene ikke lenger definerer dem, ikke ville være deres identitet - skilte mellom recovery og heling fordi de ikke kom til å bli kurert, det ville aldri forsvinne men de kunne likevel bli hel - det ville aldri bli noen eventyrbok avslutning - noen hadde pågående nederlag, kamper og resignasjon, særlig for de med avhengighetsproblemer, kroniske mentale helseproblemer og som opplevde reviktimisering i voksen alder som voldtekt - sårbarhet og resignasjon ble aktivert mye lettere hos deltagerne enn de om styrke og utøvelse. Historiene ble gjerne problemfokuserte fremfor styrke baserte. - de hadde aldri observert eller opplevd noen som hadde vært 	<ul style="list-style-type: none"> - ny identitet - aldri kurert - men hel - ingen eventyr slutt - vanskeligheter på veien, reviktimisering - sårbarhet, resignasjon, problemfokus

<p>gjennom helingsprosessen og hadde et godt liv, så de trengte å få kontakt med folk som kunne vise/bevise at det gikk slik at de skulle kunne tro på at det faktisk går an</p>	<p>fremfor styrke og utøvelse - trenger forbilder</p>
<p>Recovery faktorer: Avsløre overgrepene (prate om det for første gang, og generelt å snakke om det): Fremmer: - å prate om overgrepene ga en følelse av å ta tilbake egen makt og gav styrke Barrierer: - vanskelig å snakke om det selv om de ønsker pga redsel og alle de skumle tankene som da kommer - opplevelser av å ikke bli trodd som barn av foreldre - vil at helsepersonell skal anerkjenne betydningen av seksuelle overgrep når en klient bringer det på bane - de er redde for at det skal bli minimert og ignorert slik som de har opplevd i familien som barn - for å være til hjelp må helsepersonell kunne høre historier og takle intensiteten og følelsene som kommer med den om ikke kan de gjøre vondt verre</p>	<p>Fremmer: - åpenhet gir makt og styrke Barrierer: - skummelt å snakke om det - ikke trodd som barn - anerkjennelse fra helsepersonell - frykt for å bli minimert og ignorert - uvitende helsepersonell skader</p>
<p>Finne betydningen av traumene: Fremmer: - noen leste biografier for å kunne posisjonere seg i eget liv og for å forsøke å forstå konteksten av sitt eget liv - noen skrev dagbøker som en måte å skrive seg fremover i livet sitt som bevis på prosessen sin - forståelsen for deres opplevelser og deres respons på dem utviklet seg over tid og bygget opp forståelse for hva som hadde skjedd med dem - for noen var det viktig med en relasjon til en profesjonell terapeut for å kunne snakke om og forstå overgrepshistoriene deres Barrierer: - Fulle inn huller, forstå seg selv, skape en kontekst for å forstå og for mulig heling</p>	<p>Fremmer: - lære av andre og skape rammer - skriving som mestring - utvikling - relasjon til terapeut Barrierer: - manglet informasjon og kunnskap</p>
<p>Utvikle støttende relasjoner: Fremmer: - deltagerne fremhevet stadig viktigheten av andre mennesker i livene deres og at recovery ikke kan skje i isolasjon - behov for både uformelle og formelle støttende nettverk - «det er mye å ta hensyn til i hverdagen så man trenger mange mennesker som leger, terapeuter og støttende mennesker som kan hjelpe» - støttegrupper var livsviktig fordi de validerte deres barndoms</p>	<p>Fremmer: - relasjoner å bli hel i - støttende nettverk - relasjoner som hjelper til - styrkende</p>

viktimisering, bekreftet deres egenverd og gav dem styrke (empowerment) til å ha en stemme, ga gjenkjennelse, avvæpna makten som de hemmelige overgrepene hadde hatt, reduserte følelsen av skam, «være sammen med mennesker som har opplevd det samme, aksept for hverandre, varme og medfølelse»	relasjoner
--	------------

Forfattere: Arias & Johnson (2013)	
Hovedtemaer og undertemaer fra artiklene:	Nøkkelord:
Helende relasjoner, støttende mennesker og høyere makter: Fremmer: <ul style="list-style-type: none"> - trygge og helende relasjoner fungerte som en integrert del av helingsprosessen - helende relasjon til minst en støttende person og/eller med høyere makter gjorde det mulig for dem å begynne å reparere seg selv og få relasjons kompetanse - trygge relasjoner hadde karakteristikk av: tilgivende, aksepterende, pålitelige, troverdige, ha god moral og omsorgsfulle - støttende relasjoner kunne være lærere, foreldre og prester - tillit var påkrevd for at en relasjon kunne være suksessfull - relasjoner med troverdige mennesker gav muligheten til å avsløre den vonde fortiden og oppdage at andre har lignende historier som til syvende og sist fører til en lindring av følelsen av isolasjon og økte deres mulighet til å binde seg til andre - forbindelse og tro på høyere makter gjennom Gud eller spiritualitet var ansett som ekstremt transformativt for helingsprosessen - de følte forbindelse gjennom bønn, meditasjon, dagbokskrivning og naturen, gjennom denne dype forbindelsen følte de seg oppmuntret til å søke hjelp, heles og finne indre ro - utrykke følelser uten å bli dømt opplevdes som terapeutisk 	Fremmer: <ul style="list-style-type: none"> - trygge relasjoner nødvendig for heling - minst en helende relasjon - karakteristikk av trygge relasjoner - støttende relasjoner - tillit i relasjon - troverdige relasjoner gav mulighet for åpenhet - spirituell relasjon - spirituell oppmuntrende relasjon - spirituell ikke dømmende relasjon
Indre karakteristikk: Fremmer: <ul style="list-style-type: none"> - deltagerne hadde fortalt om flere resiliente trekk som utholdenhet, egen mestringsevne, optimisme, følelse av styrke og at dette gav dem troen på at de var sterke og at situasjonen deres kunne forbedres - disse indre karakteristikkene ble formulert gjennom forbindelsen til støttende relasjoner og/eller høyere makter 	Fremmer: <ul style="list-style-type: none"> - styrkende trekk, egen mestring, bedre fremtid - resiliente trekk kom frem i støttende relasjoner
Avgjørende øyeblikk: Fremmer: <ul style="list-style-type: none"> - jo lengre ut i helingsprosessen de kom, jo mer kom det opp til overflaten av gamle følelser, gamle psykologiske og/eller atferdsmessige mønstre som resulterte i at de tok aktive og 	Fremmer: <ul style="list-style-type: none"> - endret atferd, aktive og positive valg, aktiv problemløsning

<p>positive valg for helingsprosessen som å søke hjelp eller aktivt løse problemene sine når de dukket opp</p> <ul style="list-style-type: none"> - de tok valg som var bedre både for dem selv og for andre, som f eks å bli bedre foreldre for egne barn - ansvaret for egne barn motiverte for bedre valg og handle for å oppnå heling og restitusjon 	<ul style="list-style-type: none"> - bevisste valg for seg selv og egne barn - motivert av egne barn
<p>Aktiv heling, helende komponenter:</p> <p>Terapi.</p> <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de fleste deltagerne hadde fordeler av å gå i individuell terapi eller i gruppeterapi - det ble verdsatt at terapeuters hadde kvaliteter som: ærlige, kompetente, troverdige og villige til å konfrontere dem på deres uoverensstemmelser - så fort tillit var etablert hjalp terapien dem med å forstå innholdet i overgrepsopplevelsene deres og til å lære nye måter å mestre det på - det var viktig å få snakket om overgrepene i terapien så de kunne forstå hva som hadde skjedd med dem - så fort de hadde fortalt historien sin fokuserte de på å være løsningsfokuserte og her og nå - gruppeterapi var fordelaktig for helingsprosessen ved å høre andres historier i gruppa, dette gav en følelse av allmenngyldighet av opplevelsen - andres historier satte deres egne opplevelser i perspektiv <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - flere hadde opplevd det som retraumatiserende å snakke om overgrepene i terapien, særlig uten et tillitsforhold til terapeuten, eller de ikke hadde fortalt om overgrepene før, det var derfor svært viktig med en trygg og tillitsfull relasjon til terapeuten før de fortalte om overgrepene 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - terapi - viktige kvaliteter hos terapeuter - tillit til terapeut gav ny lærdom - fortelle og forstå i terapi - løsningsfokuserte - allmenngyldighet gjennom gruppeterapi - få perspektiv i gruppa <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - retraumatisering i terapi
<p>Frivillighet og /eller hjelpe andre:</p> <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - frivillighet og/eller hjelpe andre var kritisk for helingsprosessen for deltagerne - opplevde å både få og føle empati og medfølelse i gruppeterapi og ved å jobbe frivillig eller hjelpe andre, ved å høre om andres lidelse - satte egen overgrepshistorie i perspektiv med lignende historier eller mer urovekkende historier - kunne konsentrere seg mindre om seg selv noe som reduserte deres følelse av skam og skyld - ved å hjelpe de som fremdeles eller nettopp blitt utsatt kunne de se den universelle opplevelsen av nød 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - frivillighet - empati og medfølelse ved gruppeterapi - frivillighet gav perspektiv - frivillighet reduserte skam og skyld - se universalitet ved å hjelpe
<p>Utdanning:</p> <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - utdanning spilte en rolle i helingsprosessen fordi de fikk øvd 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kritisk tenkning

<p>opp evnen til kritisk tenkning som var viktig for sette overgrepene inn i kontekst</p> <ul style="list-style-type: none"> - læring foregikk gjennom ulike former for utdanning slik som høyere utdanning, selvhjelps bøker og annen type litteratur - høyere utdanning gav selvtillit og kompetanse som igjen førte til forbedret evne til å løse problemer og disse evnene gav en større forståelse for overgrepserfaringene deres – gis et eksempel om seksualitet og biologikunnskap som gav mindre skyld og skam følelse - selvhjelps bøker var særlig gunstige når de inneholdt suksesshistorier om folk de kunne sammenligne seg med - selvhjelps bøker hjalp de til å se opplevelsene av overgrep som universelle og oppnådde en dypere mening av empati, medfølelse og tilhørighet til verden utenfor 	<ul style="list-style-type: none"> - læring - økt selvtillit - økt kompetanse gav økt forståelse og mindre skam - selvhjelps bøker og gjenkjennelse - selvhjelps bøker og universalitet
<p>Konfrontere overgriper:</p> <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - noen ble oppmuntret eller selv ønsket å konfrontere sine overgripere så fort de følte seg komfortable med å snakke om overgrepshistoriene sine - konfrontasjon kunne være ansikt til ansikt, over telefon, skriftlig eller imaginert - til tross for redselen for å gjenoppleve den assosierte terroren, traumene, skylda og skammen som kom med den opplevde makten overgrepene og overgriperen hadde, allikevel og samtidig følte empowerment - for de som konfronterte direkte og ved å bli hørt fikk en sterk følelse av frihet og kontroll ved å holde deres overgripere ansvarlig 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - konfrontasjon - konfrontasjon - makt og empowerment ved konfrontasjon - direkte konfrontasjon
<p>Positive kognitive prosesser, empati og medfølelse:</p> <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ulike positive kognitive prosesser oppsto gjennom hele prosessen, særlig i forhold til aktiv heling - en mektig kognitiv prosess involverte å gi fra seg skylden og gi den til overgriper og dette reduserte både skyld og skam følelsen betraktelig - ved å lære at overgrepshistorier er universelle ble deres «offermentalitet» redusert, de kunne se at overgrepsutsatte var ufrivillige ofre og kunne dermed sette seg selv inn i dette perspektivet - ved å bli fortalt av tillitsfulle og støttende mennesker at overgrepene ikke var deres skyld hjalp også for å kunne gi fra seg skylden og gi den til overgriper - gjennom helingsprosessen oppnådde de en sterk følelse av empati og medfølelse som et resultat av utdanning, frivillighet og gruppeterapi - dette var med på å sette overgrepene i perspektiv og til slutt kunne de sette disse i sammen og oppnå en større følelse av 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - positive prosesser - gi fra seg skyld og skam - universalitet gav perspektiv - støttende relasjoner hjalp å ta vekk skyld - prosesser som gav perspektiv - prosesser som førte til aksept

<p>aksept</p> <ul style="list-style-type: none"> - de oppnådde større aksept for seg selv, for andre og for overgrepene - de oppnådde spesielt aksept når de forsto at de ikke hadde hatt noen kontroll over de tidligere opplevelsene og fikk rasjonelle synspunkter på overgrepsopplevelsene sine for til slutt å kunne gå fremover 	<ul style="list-style-type: none"> - utvidet aksept - økt forståelse gav økt aksept
<p>Styrkede interne karakteristikk:</p> <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - som et resultat av helingsprosessen mente deltagerne at de hadde oppnådd en forbedret selvfølelse og relasjonskompetansen - deres forbedrede selvfølelse inkluderte økt selvtillit, empowerment og autonomi - styrket relasjonskompetanse sammen med styrket selvfølelse gav støtte på et dypere nivå fra andre støttende nettverk 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - forbedret selvfølelse og relasjonskompetansen - empowerment og autonomi - større utbytte av støtte

Forfattere: Chouliara, Karatzias & Gullone (2014)	
Hovedtemaer og undertemaer fra artiklene:	Nøkkelord:
Det berørte selvet:	
<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hadde dårlig forståelse av grenser og dårlig selvdefinisjon som gjorde at de følte ansvar for alt mulig, også overgrepene, påført av overgriper ved å legge ansvaret på barnet - overdrevent selvhjulpen, overforsiktige og skyldfølelse som førte til at de var motvillige til å spørre om hjelp og når det ble vanskelig skyldte de på seg selv - følte seg skyldige og udugelige når deres vaksomhet og overbeskyttelse forstyrret oppdragelsen av egne barn - de fleste innrømmet å føle seg skamfulle og ødelagte, og disse følelsene bidro til følelsen av ensomhet og isolasjon - følte seg alene om å bli misbrukt og hemmeligheten ble dermed så skamfull - mange var redde for å bli dømt for sine problemer og sin bruk av tjenester 	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - få og utflytende grenser, ansvarsfølelse - selvbebreidelse - overbeskyttet egne barn - skamfølelse, følte seg ødelagt - ensomhet og isolasjon - redd for stigma
Faktorer som hindret recovery:	
<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - familienes fornektelse for å innrømme eller prate om overgrepene forsterket følelsen av hemmelighold og hindret effektiv prosessering av de traumatiske erfaringene og opprettholdt skammen og isolasjonen - ambivalens for å gå videre i livet - det følte trygghet å fortsette å holde på hemmeligheten enn å måtte ta tak i alt som hadde hendt. 	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - destruktive relasjoner og hemmeligholdelse, skam og isolasjon - ambivalens for å avsløre overgrepene

<p>På den ene siden har de mulighet for å få et bedre liv, men på den andre siden ble de overveldet av frykten for konsekvensene av å åpne opp for overgrepene</p> <ul style="list-style-type: none"> - det var vanskelig å miste kontrollen - noen ble hindret i deres heling og retraumatiserte av at overgriper fremdeles var i nærheten - noen tydde til unngåelsesatferd for å distrahere dem fra overgrepsminnene, ved å jobbe døgnet rundt eller bedøvet av alkohol 	<ul style="list-style-type: none"> - miste kontrollen - overgriper i nærheten - unngåelsesatferd
<p>Faktorer som fremmet recovery:</p>	
<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - for mange hjalp det å få et nytt fokus, sette nye mål eller lære noe nytt ved å studere, være med på meningsfulle aktiviteter eller jobbe - formalisere en klage eller gå til sak mot overgriper ble opplevd som validerende og empowering av noen av deltagerne – det var på en måte et bevis – rettferdighet gjennom rettssystemet - oppreisning – maktbalanse – få kontroll – vise mot i motsetning til motløsheten - vendepunkter for mange var når de fikk tak i sin egen styrke og kunne begynne å stole på og bygge opp egne indre ressurser som selvrespekt, selvmedfølelse, selvbeskyttelse og selvsikkerhet, fra tidligere blant annet vært negative til seg selv, selvskadende og med lite forventninger hverken til seg selv eller andre - for de fleste var det å avsløre overgrepene det første steget mot recovery. Det hjalp dem å sette sammen de ødelagte delene sammen igjen, avsløringen var viktig for å mestre skammen og ta vekk skylden – til å forstå hvorfor det ikke var deres skyld 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nytt fokus og nye mål - anmelde - rettferdighet og oppreisning - fant egen indre styrke - bygget indre ressurser - avsløre overgrepene, endre skam- og skyldfølelser
<p>Hindringer for recovery:</p>	
<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - for mange var det en utfordring å godta at prosessen tok så lang tid og krevde så mye beslutsomhet når de bare ville bli ferdig med det - en utfordring var mangelen på støtte fra familiene og lokalsamfunnet, særlig når overgriper var et familiemedlem av en person av stor betydning i lokalsamfunnet – de ville ikke tro på det og den utsatte fikk ikke noe støtte - mange av deltageren følte at de brukte mye energi på å beskytte andre fra nød og stigma, noe som hindret eller utsatte avsløringen om overgrep 	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidkrevende - utholdenhet - manglende støtte - beskyttet andre
<p>Heling av selvet:</p> <p>De skilte mellom den berørte delen av dem som led av ettervirkningene av overgrepene og den delen av dem som var den som tok kontroll over helingsprosessen</p>	
<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - som et bevis på at deres helingsprosess gikk fremover var deres økte selvfølelse, selvsikkerhet og deres evne til å stole på seg selv - en integrering av selvet og aksept for seg selv var tegn på recovery 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - økte indre ressurser - selvaksept

og de fant styrke i å omfavne sårbarheten som en del av dem selv som de skulle ta vare på og være klar over – som å bli letter såret og redd, men nå bare som en del av dem	- aksept for sårbarheten
---	--------------------------

Forfattere: Hartley, Johnco, Hofmeyr & Berry (2016)	
Hovedtemaer og undertemaer fra artiklene:	Nøkkelord:
Skape mening ut av, og forstå overgrepene. De forskjellige måtene deltagerne hadde prøvd å forstå faktorer som bidro til overgrepene og hvordan denne forståelsen hadde gjort dem i stand til å oppnå personlig vekst.	
<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - forstå familiens utfordringer og klimaet i familien med kaos, foreldres bakgrunn og at det gav muligheter for at overgrep kunne skje - overgriper var selv blitt seksuelt misbrukt som barn - å forstå sammenhenger i familien gjorde også at de kunne innrømme at det hadde skjedd og ikke lenger trengte å holde munn og late som - ved å akseptere det som hadde skjedd var en måte å gå videre på fordi det gjorde det tydelig at det var over (uten å akseptere handlingene) - de mente det var viktig å snakke om overgrepene i en sosial kontekst for å øke bevisstheten, forståelsen og for samfunnet til å akseptere at det skjer - å snakke høyt om det er en lettelse – å ikke måtte dekke over, og det gav en følelse av håp om å komme seg over det <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - å snakke høyt om det hadde også være barrierer mot vekst ved å møte andres negative holdninger, ønske om å ikke prate om det og samfunnet ønske om ikke innrømme at det skjer <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - for noen hadde deres religiøse tro gjort dem i stand til å forstå overgrepene og hjalp dem å finne styrke, noen fant trøst i relasjonen til Gud, gav dem mulighet til å uttrykke sin bekymring og nød, og gav dem styrke til å møte utfordringer - for en var det et komplekst forhold til sin religion fordi hennes overgriper tilhørte samme religion, men hun klarte likevel å se religionen i et større bilde og beholde sin tro som var viktig for henne som beskyttelse og for å klare seg gjennom helingsprosessen - ikke alle var opptatt av religion men kulturen var viktig for alle og ved å gjøre opprør mot kulturen vokste de seg sterkere blant annet ved å ikke godta kulturens kvinnesyn - for en var det komplekst ved at hun først avviste kulturen sin, men så lærte hun å akseptere den etter hvert 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - finne årsaker - «arv» - forstå hvordan det kunne skje - aksept for fortiden - sosial åpenhet - åpenhet versus hemmelighold <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - andres negative holdninger <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - religiøs tro - relasjon til Gud - komplekst forhold til religion - opprør mot kultur gav styrke - toleranse for egen kulturarv
Relatere seg til seg selv på en ny måte:	

<p>Vekst gjennom å gjenkjenne personlige egenskaper eller handlinger fra den tiden overgrepene foregikk som senere påvirket deres vekst.</p>	
<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deltagerne opplevde vekst gjennom å forme alternative antagelser om seg selv følelsesmessig og kognitivt, tillot dem å se og oppleve verden på en ny måte, uten å føle skyld, skam, ha suicidale tanker eller depresjoner, var i stand til å føle glede og kjærlighet, og gå fra å være en som er ødelagt til en som er i stand til å oppnå og være suksessfull 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - økt selvfølelse - økt deltagelse - fra skam og skyld til glede og kjærlighet
<p>Nye emosjonelle følelser sammenlignet med gamle måter å føle om seg selv:</p> <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de gikk fra å ikke vite hva de følte, ubevisst prøvde å blokkere (eks ved å jobbe) følelser og fra å ha så mye angst/lidelse at de ville dø til en posisjon der de på nytt kobler seg på følelsene og opplever en stabilitet i følelsene - å slippe følelsene frem var skummelt, men også en lettelse ved å slippe å holde de vonde følelsene borte og ikke trenge å være redd for dem mer - vekst i følelsene var for mange å ikke lenger føle skyld og skam, og det var ofte i forbindelse med terapi - de beskrev endringer i følelsene sine som å reise til et nytt land for å se ting de tidligere aldri har sett før 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fra unngåelsesatferd til følelsesmestring - tørre å føle - ikke lenger skyld og skam - store endringer i følelsene og livet
<p>Relatere seg til seg selv på en ny måte ved å ha en drøm, anerkjenne det positive og lære å tenke positivt om seg selv:</p> <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - for noen var det å ha en tro eller et mål om at det en dag ville bli bedre, også mens overgrepene foregikk viktig, mål kunne være å bli gift, reise til et annet land, gå på universitetet og for at gode ting skulle overskygge vonde ting i livet selv om dette krevde enorm besluttsomhet og styrke ved tilbakeslag - for de fleste handlet vekst om et skifte i hvordan de så seg selv, dette involverte å tørre å ta sjanser som å prøve ut en ny karriere - vekst i egen identitet, tro på at du er en person som har lov til å gjøre ting og at du har noe å bidra med - nye opplevelser gjorde at de kunne se seg selv som mer selvsikre og kapable - gamle tanker om at ditt eller datt ikke kom til å skje ble erstattet med å tørre å prøve, for eksempel tørre å ringe folk <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - men for å komme dit måtte de kjempe med negative tanker om seg selv som de måtte lære seg å stoppe 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tro, håp, mål og vilje - endret selvoppfattelse, ta sjanser - endret identitet - økt selvfølelse - ta sjanser <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - negative tanker
<p>Opplevelse av vekst gjennom relasjoner med andre:</p> <p>Relasjoner til andre var beskrevet som viktig for deres vekst, men at relasjoner til tider var barrierer mot vekst.</p> <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - overgrepene hadde påvirket deres mulighet til å forme relasjoner, det var vanskelig eller nesten umulig å binde seg til noen 	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relasjonsskader

<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - å distansere seg fra eller skilles fra deres overgriper og familier ble ansett som et viktig skritt mot vekst og for å kunne forhandle frem et nytt selv - men de opplevde vekst gjennom å lære av relasjoner som var trygge og hvor det var tillit 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - separasjon fra familien - lære om relasjon i relasjon
<p>Opplevelse av vekst gjennom egne barn:</p> <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - å få egne barn og forme en relasjon til dem var et viktig aspekt ved vekst, de kunne oppleve kjærligheten til barnet, lære å uttrykke kjærlighet på en trygg måte gjennom kontakt og nærhet, ga en forståelse av hva kjærlighet er - en del av denne kjærligheten handlet også om å sette grenser for barna og tolerere å føle seg litt slem i perioder - å se at barna trivdes gjorde at mødrene utviklet en identitet som gode mødre - å se sine egne barn vokse opp uten overgrep gjorde at de forsto bedre aspektene ved en normal utvikling hos barn og voksen- barn forholdet <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - å være tilgjengelig og omsorgsfull var ikke alltid lett, spesielt ikke når de selv følte seg emosjonelt avskåret - for en vartet spesielt vanskelig å bli mamma, selv om hun var lettet over å kunne beskytte barna sine mot overgrep, men synes prosessen med å bli mor som en av de mest smertefulle tider i livet, hun trengte sin egen mor, men moren hadde aldri vært en mor for henne 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relasjon til egne barn - lære av rollen som forelder - ny identitet som god mor - gjenkjenne normal utvikling <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vanskelige følelser å få egne barn - trengte en mor selv
<p>Relasjoner til opprinnelsesfamilien:</p> <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alle hadde forhandlet grenser med familien, hvem de skulle ha kontakt med og ikke, med hvem og når de eventuelt tok opp kontakt med igjen - felles for alle var at å distansere seg fra familien gjorde de i stand til å bevege seg fremover i livet, hjalp dem til å få en annen opplevelse av seg selv som var forskjellig fra familie myten - en var nødt til å kutte all kontakt og bytte navn for å føle seg trygg og for å kunne bevege seg fremover, om man ikke har en støttende familie må du kutte dem ut og aldri treffe dem igjen - geografisk distanse og terapi gjorde at en av deltagerne klarte å forstå at overgrepene ikke var hennes skyld, derimot ble hun senere i stand til å utvikle et nytt forhold til familien inkludert overgriper og selv om dette var vanskelig klarte familien å dra nytte av hennes terapeutiske arbeid og opplevde vikarierende vekst - en forteller om vekst i forhold til at hun ikke lenger trenger å gjøre alle til lags - fleste parten av deltagerne hadde vokst opp i kaotiske, uforutsigbare og utrygge hjem, likevel hadde noen av dem motstridende følelse, til tross for det vonde hadde de også lært viktigheten av familieverdier 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - grenser til familien - distansere seg fra familien - kutte familien - distanse til familien - sette grenser - oppvekstvilkår

<p>og utdanning</p> <ul style="list-style-type: none"> - noen hadde opplevd kjærlighet og omsorg fra andre mennesker slik som besteforeldre og lærere som hadde vært beskyttende og hjelpsomme - dette var veldig viktig 	<ul style="list-style-type: none"> - støttende relasjoner utenfor familien
<p>Relasjoner til intime partnere og venner:</p> <p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - for noen gav intime relasjoner opplevelser av ubetinget hensyn og «connection» muligheten til å føle seg respektert, å kunne prate om overgrepene uten å bli dømt, lær at overgrepene ikke var deres skyld og til å bevege seg videre, et sted for trøst istedenfor mistro eller bedømmelse når de avslørte overgrepene - for andre var vekst omfattet å føle seg tryggere og mer selvsikker i intime relasjoner, i forhold til tidligere hvor de var sårbare i intime relasjoner - for noen vardet å forstå sine egne behov i relasjoner del av deres vekst, å finne venninner som var omsorgsfulle - vekst i forståelsen av sin egen seksualitet og hvordan nærhet til andre tillot henne å forstå sine egne behov, å lære hvordan man kan ta vare på seg selv i et intimt forhold - de opplevde vekst gjennom å gjenkjenne og avvise vennskap som var skadelige for dem, dette var gjennom å få en dypere forståelse av seg selv og gjennom å lære at vennskap er like mye om å le og prate om positive ting som å diskutere vanskeligheter - vennskap ble ansett som viktige relasjoner hvor følelser blir bekreftet og alternative perspektiver blir tilbudt <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - endringer i relasjoner var også utfordrende for noen og kunne endre relasjonen, en følte at hun og kjæresten bare hadde byttet rolle, nå var det han som lente seg på henne og det holdt henne tilbake i helingen - vanskelig å få venneinder pga at hennes overgriper var hennes mor, alle forsvarsmekanismene kom frem ved møte med andre kvinner 	<p>Fremmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - omsorgsfull og trygg relasjon - tryggere i intime relasjoner - forstå egne behov i relasjon - nærhet i relasjon - sette grenser for relasjoner - bekreftende relasjoner <p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - endring i relasjon - vanskelig å inngå relasjon

Forfattere: Phanichrat & Townshend (2010)	
Hovedtemaer og undertemaer fra artiklene:	Nøkkelord:
Unnvikende mestring:	
Barriere:	Barrierer:
<p>Undertrykkelse av tanker og følelser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fornektelse var en hovedstrategi for en fordi det var så vanskelig å innrømme overgrep fra faren og fornektelsen gjorde at hun kunne fungere - noen okkuperte tankene med akademisk aktivitet, noen brukte rusmidler og alkohol for å holde tankene og følelsene borte og en 	<ul style="list-style-type: none"> - fornektelse - undertrykkelse med rus, alkohol og

brakte selvskading for å kontrollere emosjonell smerte og gav en følelse av trøst	selvskading
Flukt fra intense følelser: - flykte bevisst ved å gå i dekning/gjemme seg, flykte fysisk, finne et trygt sted, selvmordsforsøk	- fysisk og bevisst flukt
Dissosiasjon som flukt: - flyte avgårde, koble seg fra, glemsomhet	- dissosiasjon
Problemfokuserert mestring:	
Søke støtte: Fremmer: - søkte støtte og snakket om de traumatiske opplevelsene med en terapeut - gjennom et internett forum - spirituell støtte - snakket med andre gav lettelse for ved å ha det inni deg er det som gift - snakke med likesinnede fordi de forstår hva du snakker om og du trenger ikke rettferdiggjøre din eksistens - gå i støttegruppe Barrierer: - selv om det sosiale stigmaet spesielt mot mannlige utsatte avskrekket ham mot å avsløre overgrepene - stigma mot mannlige utsatte gjorde det vanskelig å fortelle det til kona og andre, redd for å bli avvist og at de skulle se avskyen han selv følte	Fremmer: - støttende terapeut - internett forum - spirituell støtte - snakke med andre - snakke med likesinnede - støttegruppe Barrierer: - sosial stigma mot menn - redsel for avvisning
Kognitivt engasjement: Fremmer: - viktig med et trygt sted for å kunne utforske problemstillinger knyttet til overgrepene - ved formell terapi klarte de å transformere måten de så verden og seg selv på en dypere måte ved å omforme negative tanker og ved å fraskrive seg skylden for overgrepene - for å mestre, snakket alle om positiv tenkning og håp, at noe inni dem håper at ting skal bli bedre, at det alltid er håp - andre mestret ved å bruke refleksjon til å forstå og finne ut av hva du gjør med deg selv – hvorfor angripe seg selv? man må lære å forstå seg selv og om hvordan ting har påvirket dem	Fremmer: - trygghet til å utforske - endringer i synet på seg selv og verden gjennom terapi - mestring - refleksjon
Aksept: Fremmer: - økt toleranse mellom de dissosierte delene og akseptere det selv, for selv om de går gjennom helingsprosessen vil de alltid måtte ta hensyn, at overgrepene er en del av dem selv som en del av deres historie - å mestre overgrepene er en kontinuerlig prosess og det må man akseptere, det kommer ikke til å ha full kontroll over deg lenger men det kommer alltid til å påvirke deg til en viss grad	Fremmer: - mestre dissosiasjonen - akseptere overgrepene som en del av deg
Søke mening:	

Fremmer: <ul style="list-style-type: none">- søke mening med traumene ved å hjelpe andre, særlig overgrepsutsatte, enten frivillig eller som profesjonelle- bruke de negative opplevelsene til noe bra, både for seg selv og for andre- det gir en følelse av kontinuitet, følelse av selvtillit og en følelse av verdi her og nå	Fremmer: <ul style="list-style-type: none">-jobbe for saken- snu negativt til positivt- gir gode følelser
--	--

Vedlegg 3. Alle stikkordene samlet i temaer, med fargekoder.

Lilla: Relasjoner. Rosa: Følelser og indre vekst. Grønn: Informasjon og kunnskap Blå: Avsløring og stigma. Brun: Generelt om helingsprosessen.

Anderson & Hiersteiner (2007)	
Fremmer:	Barrierer:
<ul style="list-style-type: none"> - støttende relasjoner i dyr, leker og andre voksne utenfor familien - spirituell relasjon - relasjon til egne barn - relasjon til terapeut - relasjon til støttegruppa - frivillighet 	<ul style="list-style-type: none"> - mangel på trygg relasjon, forsto ikke - vanskelig med tillit - alene om opplevelsen - utrygg og destruktiv relasjon med ektemann - ikke hjelpsomme terapeuter - religiøs relasjon ikke anerkjent
Anderson & Hiersteiner (2008)	
Fremmer:	Barrierer:
<ul style="list-style-type: none"> - relasjon til terapeut - relasjoner å bli hel i - støttende nettverk - relasjoner som hjelper til - styrkende relasjoner 	<ul style="list-style-type: none"> - trenger forbilder
Arias & Johnson (2013)	
Fremmer:	Barrierer:
<ul style="list-style-type: none"> - trygge relasjoner nødvendig for heling - minst en helende relasjon - karakteristikker av trygge relasjoner - støttende relasjoner - tillit i relasjon - troverdige relasjoner gav mulighet for åpenhet - spirituell relasjon - oppmuntrende relasjon - ikke dømmende relasjon - kom frem i støttende relasjoner - bevisste valg for seg selv og egne barn - motivert av egne barn - terapi - viktige kvaliteter hos terapeuter - tillit til terapeut gav ny lærdom - allmenngyldighet gjennom gruppeterapi - få perspektiv i gruppa - frivillighet - empati og medfølelse - universalitet ved frivillig arbeid - frivillighet reduserte skam og skyld - universalitet gav perspektiv. 	<ul style="list-style-type: none"> - retraumatisering i terapi

- universalitet gav perspektiv - støttende relasjoner	
Chouliara, Karatzias & Gullone (2014)	
Fremmer:	Barrierer:
	- overbeskyttet egne barn - destruktive relasjoner og hemmeligholdelse, skam og isolasjon - overgriper i nærheten
Hartley, Johnco, Hofmeyr & Berry (2016)	
Fremmer:	Barrierer:
- finne årsaker - «arv» - religiøs tro - relasjon til Gud - komplekst forhold til religion - opprør mot kultur gav styrke - toleranse for egen kulturarv - seperasjon fra familien - lære om relasjon i relasjon - relasjon til egne barn - lære av rollen som forelder - ny identitet som god mor - gjenkjenne normal utvikling - grenser til familien - distansere seg fra familien - kutte familien - distanse til familien - oppvekstvilkår - støttende relasjoner utenfor familien - omsorgsfull og trygg relasjon - tryggere i intime relasjoner - forstå egne behov i relasjon - nærhet i relasjon - sette grenser for relasjoner - bekreftende relasjoner	- relasjonsskader - vanskelige følelser å få egne barn - trengte en mor selv - endring i relasjon - vanskelig å inngå relasjon
Phanichrat & Townshend (2010)	
Fremmer:	Barrierer:
- støttende terapeut - internett forum - spirituell støtte - snakke med likesinnede - støttegruppe - endringer i synet på seg selv og verden gjennom terapi	

Anderson & Hiersteiner (2007)	
Fremmer:	Barrierer:
	- vanskeligheter på veien, reviktimisering
Anderson & Hiersteiner (2008)	
Fremmer:	Barrierer:
- utvikling	- vanskeligheter på veien, reviktimisering
Arias & Johnson (2013)	
Fremmer:	Barrierer:
- styrkende trekk, egen mestring, bedre fremtid - endret atferd, aktive og positive valg, aktiv problemløsning - positive prosesser - gi fra seg skyld og skam - prosesser som gav perspektiv - prosesser som førte til aksept - utvidet aksept - økt forståelse gav økt aksept	
Chouliara, Karatzias & Gullone (2014)	
Fremmer:	Barrierer:
- nytt fokus og nye mål - fant egen indre styrke - bygget indre ressurser - avsløre overgrepene, endre skam- og skyldfølelser - økte indre ressurser - selvaksept - aksept for sårbarheten	- få og utflytende grenser, ansvarsfølelse - selvbredelse - skamfølelse, følte seg ødelagt - ensomhet og isolasjon - ambivalens for å avsløre overgrepene - miste kontrollen - unngåelsesatferd
Hartley, Johnco, Hofmeyr & Berry (2016)	
Fremmer:	Barrierer:
- forstå hvordan det kunne skje - aksept for fortiden - økt selvfølelse - økt deltagelse - fra skam og skyld til glede og kjærlighet - fra unngåelsesatferd til følelsemestring - tørre å føle - ikke lenger skyld og skam - store endringer i følelsene og livet - tro, håp, mål og vilje - endret selvoppfattelse, ta sjanser - endret identitet - økt selvfølelse - ta sjanser - sette grenser	- negative tanker
Phanichrat & Townshend (2010)	
Fremmer:	Barrierer:

- mestring	- fornektelse - undertrykkelse med rus, alkohol og selvskaading - fysisk og bevisst flukt - dissosiasjon
------------	---

Anderson & Hiersteiner (2007)	
Fremmer:	Barrierer:
- leste som motivasjon - skrev dagbøker - 5 R'r - lære og forstå - fant mening	- forsto ikke, trengte kunnskap
Anderson & Hiersteiner (2008)	
- lære av andre og skape rammer - skriving som mestring	- manglet informasjon og kunnskap
Arias & Johnson (2013)	
- Tillit til terapeut gav ny lærdom - fortelle og forstå i terapi - kritisk tenkning - læring - økt selvtillit - økt kompetanse gav økt forståelse og mindre skam - selvhjelpsbøker og gjenkjennelse - selvhjelpsbøker og universalitet	
Chouliara, Karatzias & Gullone (2014)	
Hartley, Johnco, Hofmeyr & Berry (2016)	
Phanichrat & Townshend (2010)	
- refleksjon - trygghet til å utforske	

Anderson & Hiersteiner (2007)	
Fremmer:	Barrierer:
- Konfronterte overgriper - brøt stillheten/avslørte - andres sympati - trengte hjelp - andres historier	
Anderson & Hiersteiner (2008)	
Fremmer:	Barrierer:
- åpenhet gir makt og styrke	- skummelt å snakke om det - ikke trodd som barn

	<ul style="list-style-type: none"> - anerkjennelse fra helsepersonell - frykt for å bli minimert og ignorert - uvitende helsepersonell skader
Arias & Johnson (2013)	
Fremmer:	Barrierer:
<ul style="list-style-type: none"> - konfrontasjon - konfrontasjon - makt og empowerment ved konfrontasjon - direkte konfrontasjon 	
Chouliara, Karatzias & Gullone (2014)	
Fremmer:	Barrierer:
<ul style="list-style-type: none"> - anmelde - rettferdighet og oppreisning 	<ul style="list-style-type: none"> - frykt for å miste kontroll - redd for stigma - manglende støtte - beskyttet andre
Hartley, Johnco, Hofmeyr & Berry (2016)	
Fremmer:	Barrierer:
<ul style="list-style-type: none"> - sosial åpenhet - åpenhet versus hemmelighold 	<ul style="list-style-type: none"> - andres negative holdninger
Phanichrat & Townshend (2010)	
Fremmer:	Barrierer:
<ul style="list-style-type: none"> -jobbe for saken - snu negativt til positivt - gir gode følelser 	<ul style="list-style-type: none"> - sosial stigma mot menn - redsel for avvisning

Anderson & Hiersteiner (2007)	
Diverse angående helingsprosessen:	
<ul style="list-style-type: none"> - bedre og bedre - en ujevn vei - aldri helt hel - tar lang tid - terapi tar lang tid - ikke gi opp 	
Anderson & Hiersteiner (2008)	
Diverse informasjon:	
<ul style="list-style-type: none"> - ny identitet - aldri kurerert - men hel - ingen eventyr slutt - sårbarhet, resignasjon, problemfokus fremfor styrke og utøvelse 	
Arias & Johnson (2013)	
<ul style="list-style-type: none"> - forbedret selvfølelse og relasjonskompetansen, sitat 	

- empowerment og autonomi - større utbytte av støtte	
Chouliara, Karatzias & Gullone (2014)	
De skilte mellom den berørte delen av dem som led av ettervirkningene av overgrepene og den delen av dem som var den som tok kontroll over helingsprosessen	- tidkrevende - utholdenhet
Phanichrat & Townshend (2010)	
- mestre dissosiasjonen - akseptere overgrepene som en del av deg	