

SEKSUELLE OVERGREP OG KVINNERS HELSE:

**Senvirkninger og rehabiliteringsmuligheter
vurdert ut fra spørreundersøkelse i des. 1996.**

Egen bakgrunn.

Undetegne er nå kapellan i Kopervik prestegjeld på Karmøy. Jeg har foruten embetseksamen i teologi, utdanning som lærer (1970), ett-årig tilleggsutdanning i familierapi ved Kirkens Familierådgivning (1990/91) og 20 års praksis som prest på Hitra og Karmøy.

Undertegnede ble i 1995 tildelt det såkalte Olavs-stipendet av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Stipendet er et ett-årig forskningsstipend, og jeg tok ut stipendet i kalenderåret 1996. Arbeidstittlen for stipendet var: "Kirken i møte med ofre for seksuelle overgrep". Resultatet av dette stipendet er bl.a. den undersøkelsen som det vises til i dette notatet. Undertegnede ble engasjert i problematikken omkring seksuelle overgrep (heretter: s.o.) for 9 år siden.

Fra da av har jeg hatt kontakt med mer enn 300 mennesker som har vært utsatt for ulike former for seksuelle overgrep, i og utenfor kirken. De fleste av disse er kvinner.

Spørreundersøkelsen.

Mine viktigste informanter i denne 9-årsperioden har utvilsomt vært mine konfidenter. Målsetting med den *spørreundersøkelsen*, var derfor å la de utsatte selv få komme best mulig til orde. Ved det håpet jeg å skaffe tilveie dokumentasjon på

- hva seksuelle overgrep gjør med et menneske, fysisk, psykisk, sosialt og religiøst
- om det har noen effekt å arbeide med slike vonde opplevelser
- hvordan de utsatte selv ønsker å bli møtt av sine hjelpere og
- hva slags hjelp de utsatte selv ønsker og mener de kan gjøre seg nytte av.

Utvalg.

Skjemaene (del 1 + del 2 + følgeskriv) ble sendt ut til totalt 152 kvinner i alderen 17 til 60 år. (Kun en jente var under 18 år.) Alle disse kvinnen har vært seksuelt misbrukt/utnyttet.

Av disse 152, var **126 egne konfidenter og 26 kvinner knyttet til Incestsenteret i Stavanger.**

Videre var minimumskriteriet for å delta for egne konfidenter at jeg hadde snakket med dem på to-mannshånd minimum tre ganger og/eller at de hadde deltatt på minimum tre gruppermøter innen utgangen av 1996.

Tilsvarende var minimumskriteriet for Incestsenteret i Stavanger at konfidentene hadde hatt minimum tre samtaler/gruppedeltakelserkontakter med senteret og at senteret hadde dem på sin faste postliste.

Der det i det følgende er tale om alle 109 respondentene, beneves de U (Utsatte). Der der blir skilt mellom egne respondenter og respondenter knyttet til Incestsenteret, blir egne konfidenter benevnt Å (Åkra) og Incestsenterets konfidenter S (Stavanger).

Kontrollgruppen.

Kontrollgruppen til spørreskjemaets del 1 er 888 kvinner fra Folkehelsas undersøkelse i 1993. Folkehelsas undersøkelsen ble den gang sendt ut til 5000 tilfeldig utvalgte norske kvinner og menn. Antallet svar til "Statens institutt for folkehelse" var 1833, svarprosent 33%.

De 888 kvinnene i kontrollgruppen er i alderen 18-60 år og oppgitt at de ikke har vært utsatt for seksuelle overgrep. Noen har riktignok rapportert å ha opplevd utuktig atferd, men dette er ikke regnet som "seksuelle overgrep" i vår sammenheng.

Spørreskjemaene.

Spørreskjemaene ble sendt ut i desember 1996 og var to-delte:

Del 1: Del 1 er **identisk med** en screening-undersøkelse om seksuelle overgrep som er foretatt av "Statens institutt for folkehelse" i 1993. Dette ble gjort ved at deres spørreskjema ble kopiert.

Den eneste forskjellen er at de to siste spørsmålene er tatt bort siden de kommer i mitt spørreskjema del 2. Det gjelder spørsmålet om de hadde fortalt noen om overgrepene før de ble voksne, og det åpne spørsmålet der en kunne fortelle andre seksuelle opplevelser med voksne fra barndommen.

Del 2: Del 2 er utformet av undertegnede.

Spørreskjemaene er fullstendig anonyme uten noen form for nummerering. Vedlagt svarkonvolutt var også påklistret mitt navn og adresse. Det ble sendt en påminning til samtlige i januar -97. For fullstendig oversikt over spørreskjemaer og følgeskriv, se vedlegg.

Jeg fikk 92 svar fra **egne konfidenter**, og 17 svar fra **Incestsenterets konfidenter**, totalt 109 svar. Det gir en svarprosent på henholdsvis 73% og 65,4%, totalt 109 svar som gir en samlet svarprosent på **71,7%**.

RESULTATER.

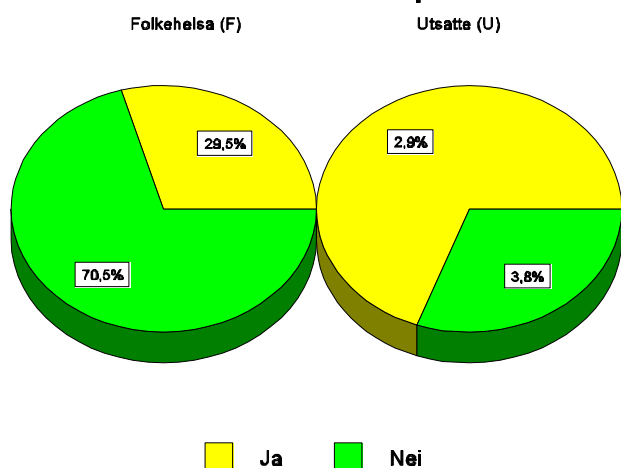
Det utvalget av resultater som blir presentert, er stort sett opptelling av resultater med enkelte kommentarer. Dessuten er "U"-gruppen kvinner som både har vært utsatt for seksuelle overgrep og/eller seksuell trakassering både som barn og voksne.

En del funn blant U ut fra spørreskjemaets del 1, er sammenlignet med funnene i Folkehelsas (heretter: F) undersøkelse.

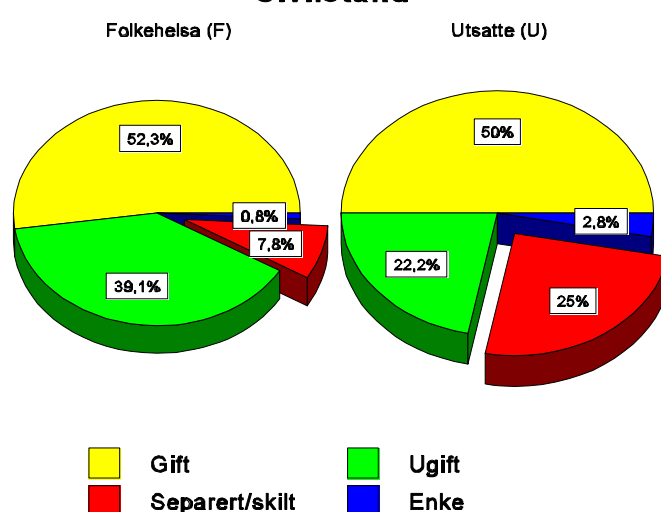
Sosiale forhold.

Hvilke resultater gir undersøkelsen når vi sammenligner F og U med henblikk på ulike sosiale forhold, og hva forteller U gjennom sine svar i del 2 om sosiale forhold ?

Bor du sammen med partner ?



Sivilstand



Samboerforhold og ekteskap.

Som vi ser av disse diagrammene, lever noen flere blant U sammen med partner enn blant resten av befolkningen. Samtidig ser vi at prosenten separerte/skilt er mer enn 3 ganger så høy for U som for F.

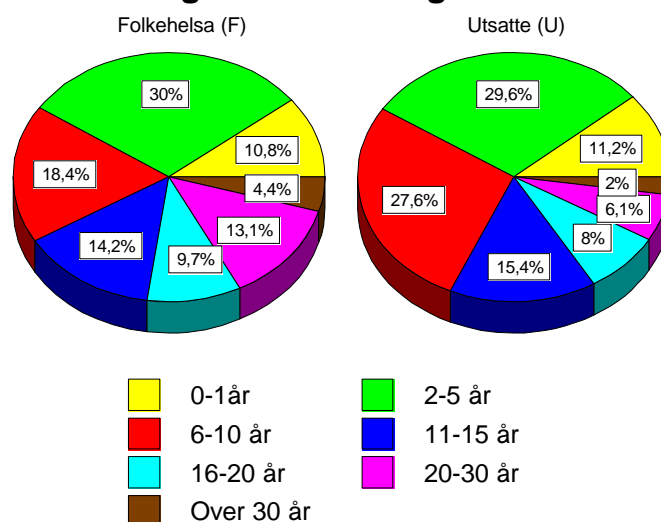
Ser vi derimot på hvor lenge det lengste forholdet varte, er der stort samsvar mellom F og U. Regner vi ut gjennomsnittslengden på det lengste forholdet, er den for F 10,9 år og for U 10,2 år. Disse tallene er ikke korrigerte for alder etc.

Men ser vi på samlivsbrudd og skilsmisser, blir igjen spriket stort mellom F og U. Diagrammet til høyre illustrerer denne ulikheten.

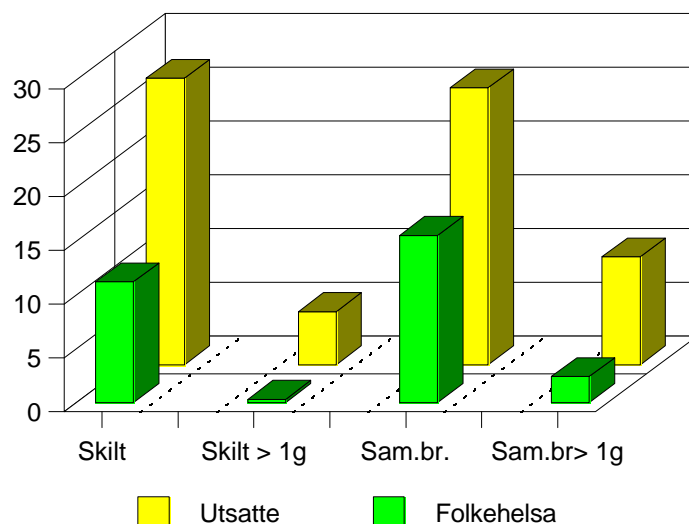
Blant F er 11,2% skilt, blant U 26,6%. Enda større blir forskjellen når vi ser på hvor mange som er skilt **mer enn en gang**: Her er tallet for F 0,3% mens den for U er hele 4,9%.

Også når det gjelder brutte samboerforhold, er det store forskjeller. Mens 15,5% av F har samboerbrudd bak seg, er det tilsvarende tallet for U 25,7%. Også her blir forskjellen enda tydeligere når det gjelder hvor mange som har **mer enn ett samboerbrudd** bak seg. Tallet er her 2,4% for F og 10% for U.

Hvor lenge varte det lengste forholdet ?



Samlivsbrudd

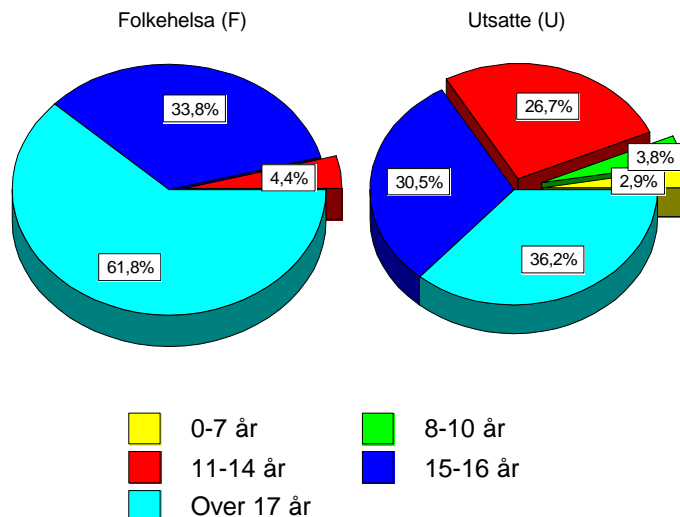


Samleiedebut og partnere.

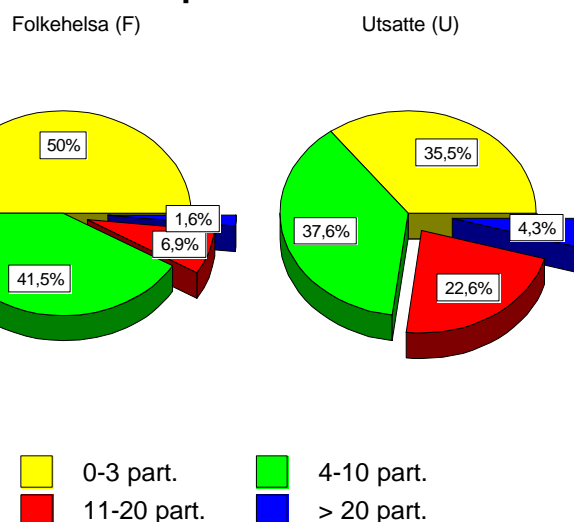
I F finner vi første samleiedebut i en alder av 12 år. I U finner vi første samleiedebut i en alder av 4 år. Videre ser vi at mens ingen har debutert fra F før fylte 11 år, er tallet for U 6,7%. Videre er har F bare 4,4% i alderen 11-14 år mens U har hele 26,7%.

I realiteten er tallene for U rimeligvis enda dystre enn diagrammene viser. Dette skyldes definisjonen av begrepet "samleie". En del utsatte bruker konsekvent dette begrepet **kun** om frivillig, likeverdig samleie, ikke om inntrengning av en overgriper. I senere undersøkelser vil det derfor være nyttig å definere hva en forstår med begrepet "samleie".

Alder, første samleie.



Antall partnere i alt.



En del av U har også flere partnere enn F. Blant F er det 8% som har mer enn 10 partnere mens tallet for U er 26,9%.

Mer enn 20 partnere har 1,6% av F mot 4,3% av U.

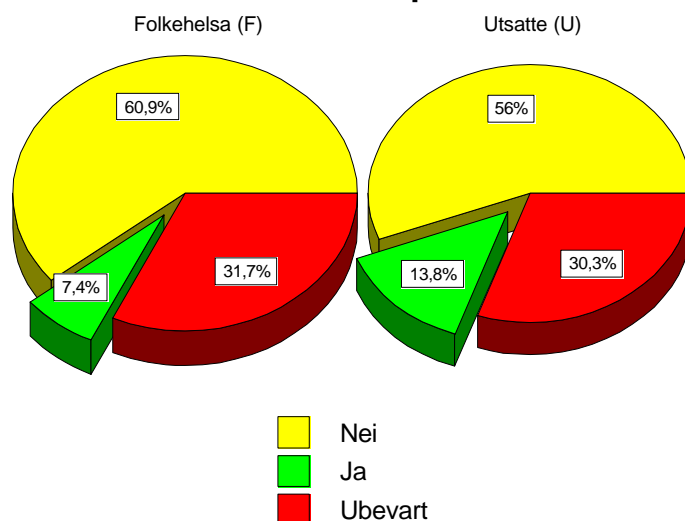
Utroskap.

Det ble også spurt om utroskap, da i forholdet til nåværende ekteskap/samboerforhold. Spørsmålet lød: "Har du hatt andre seksualpartnere etter at du innledet ditt nåværende ekteskap/samboerforhold?"

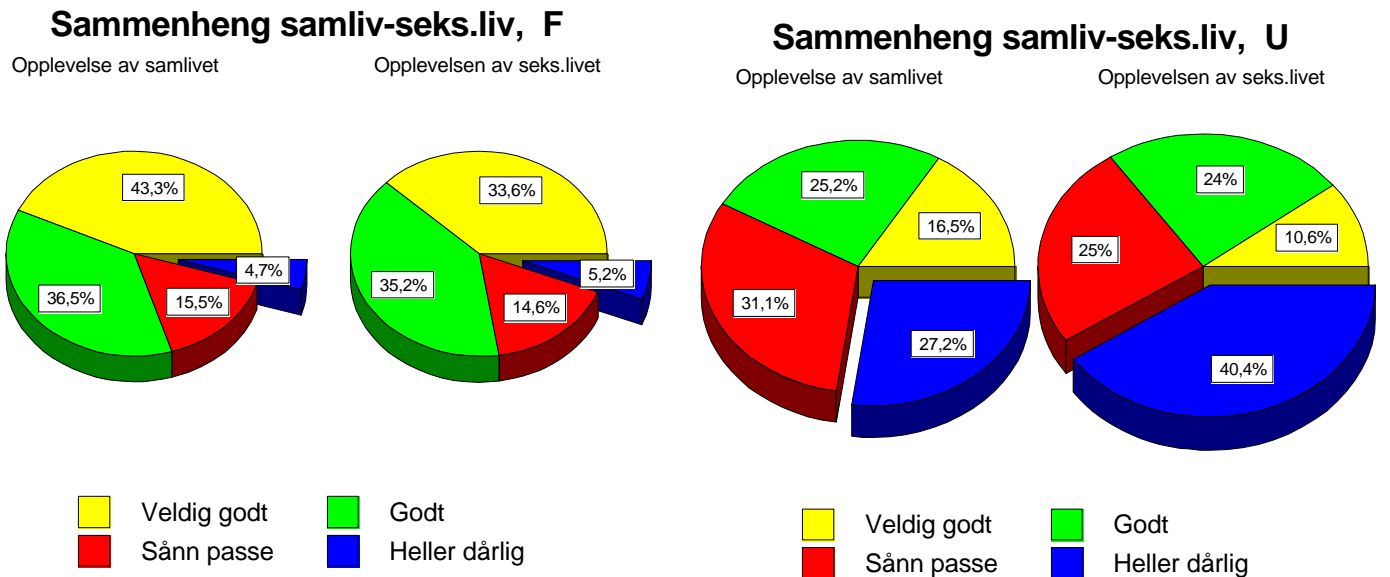
Som vi ser, er hyppigheten for utroskap nesten dobbelt så høy i U som i F.

Når det gjelder hvor mange ganger respondenten har vært utro, har gruppen fra F i snitt vært utro flere ganger enn gruppen fra U. Imidlertid er tallgrunnlaget for spinkelt til å treffe rimelig sikre slutninger om dette.

Utroskap.



Sammenheng mellom opplevelse av det lengste forholdet og seksuallivet i det samme forholdet.



Også her finner vi markante forskjeller på opplevelsen av samliv og seksualliv i gruppen F og U.

Nesten seks ganger flere i U enn i F oppgir at de har et heller dårlig samliv i det store og hele. Mellom syv og åtte flere i U enn i F oppgir at det seksuelle samlivet fungerer dårlig.

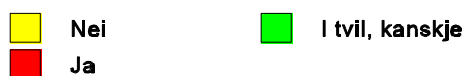
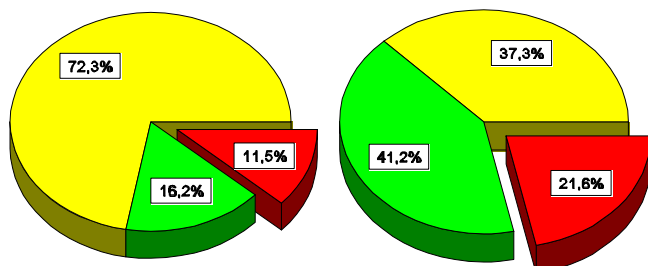
Videre ser vi at mens det i F er rimelig godt samsvar mellom opplevelsen av samlivet i det store og hele og av seksuallivet (4,7% i forhold til 5,2%), er det i U et stort sprik (27,2% i forhold til 40,4%).

Forhold til rus, salg av seksuelle tjenester, kjønnssykdommer og abort.

For mye drikking noen gang i livet ?

Folkehelse (F)

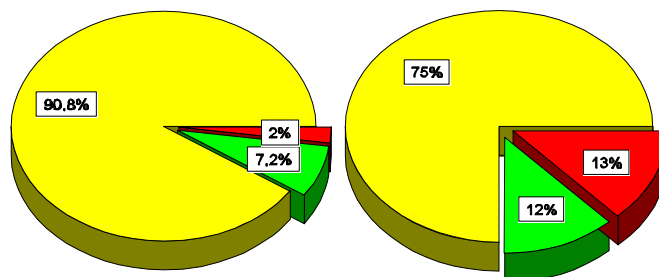
Utsatte (U)



Har du brukt hasj eller marihuana ?

Folkehelse (F)

Utsatte (U)



I spørreskjemaet blir det spurt: "Har det vært perioder i livet da du har drukket for mye, eller i hvert fall i meste laget?"

Her ser vi også at i F svarer 11,5% ja, i U 21,8%.

Men i tillegg er tvilprosenten over dobbelt så høy i U som i F.

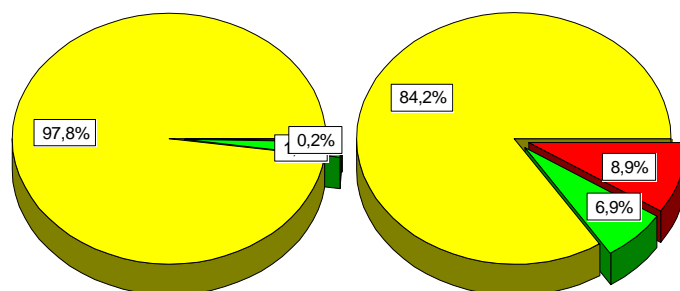
Når gjelder narkotika har 9% prøvd hasj/mar., 2% mer enn 10 ganger. Tilsvarende tall for U er henholdsvis 25% og 13%.

Enda større blir forskjellene når det gjelder andre narkotiske stoffer: Mens totalt 2,1% av F har prøvd andre narkotiske stoffer, (og 0,2% mer enn 10g), er tilsvarende tall for U hele 15,8% og 8,9%.

Har du brukt andre narkotika ?

Folkehelse (F)

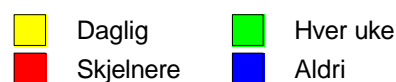
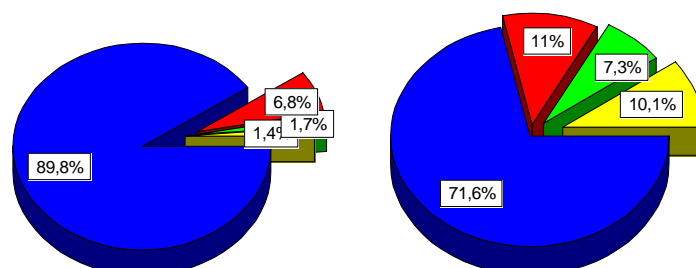
Utsatte (U)



Avsl./berolig. eller sovemed. siste mnd.

Folkehelse (F)

Utsatte (U)



På spørsmålet: "Hvor ofte har du brukt avslappende/beroligende medisin eller sovemedisin den siste måneden?" svarer 1,4% av F at de daglig går på slik medisin. Det tilsvarende for U er hele 10,1%. Slår en sammen "daglig" og "hver uke" er tallene henholdsvis 3,1% og 17,4%.

Totalt sier 11,1% av F at de i det hele tatt bruker slike medisiner mens tallet for U er 27,4%.

At medisinbruk er mer utbredt hos U enn hos F, er ikke uventet, sett i forhold til de resultatene som er beskrevet ovenfor og som følger på de videre sidene.

Tvang til sex, prostitusjon, kjønnssykdommer og provosert abort.

Når det gjelder seksuell utnyttning eller tvang til sex som voksen, salg av seksuelle tjenester og kjønnssykdommer, er igjen forskjellene mellom F og U til dels dramatiske.

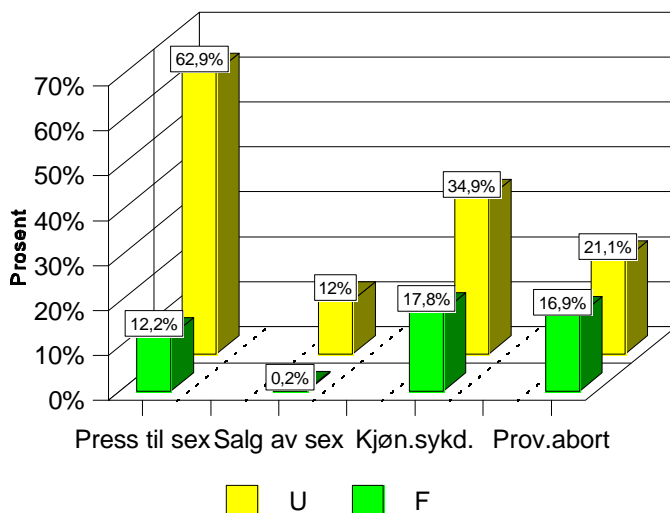
12,2% av F svarer ja på spørsmålet: "Har du noen gang etter fylte 18 år opplevd å bli presset til eller tvunget til å ha sex med ektefelle, partner eller andre?". Det tilsvarende tallet for U er 62,9%, altså en fem-dobling.

Direkte dramatiske er tallene for salg av seksuelle tjenester. Mens 0,2% av F har solgt seksuelle tjenester, er tallet for U hele 12,3%, altså en 60-dobling.

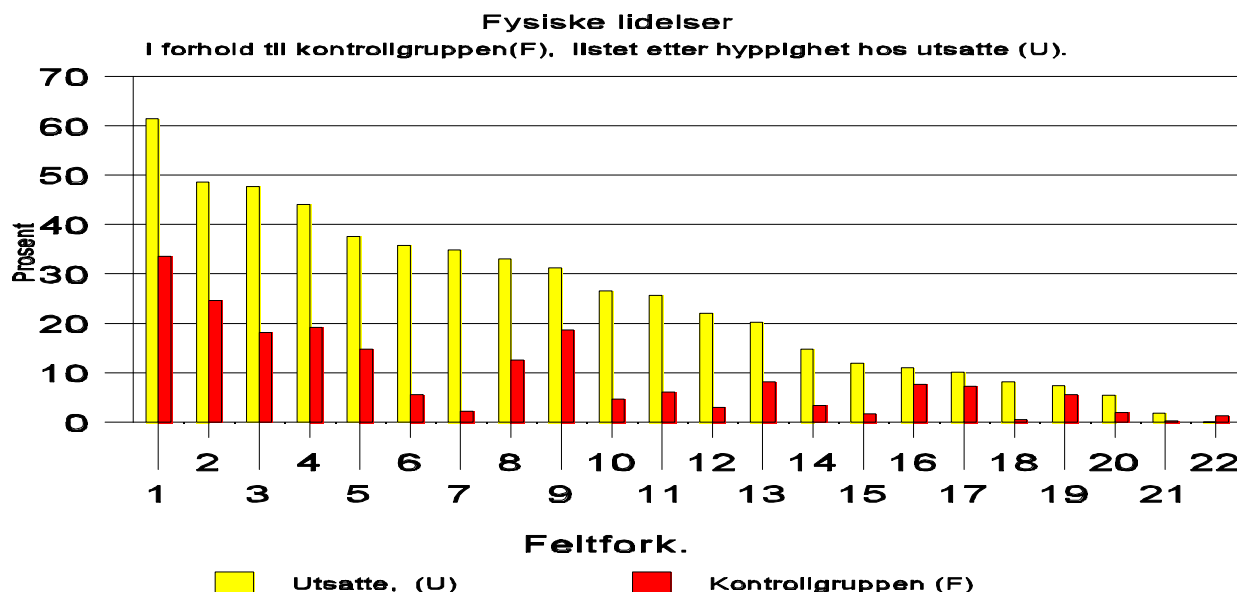
Så markert er ikke forskjellen når det gjelder kjønnssykdommer. Men likvel er hyppigheten i U nesten det dobbelte av F: 34,9% mot F med 17,8%.

Når det gjelder provoserte aborter, derimot, er forskjellen ikke mer enn 4,2%: U har 21,1%, F 16,9%.

Tvang til, og salg av sex, kj.syk. og prov



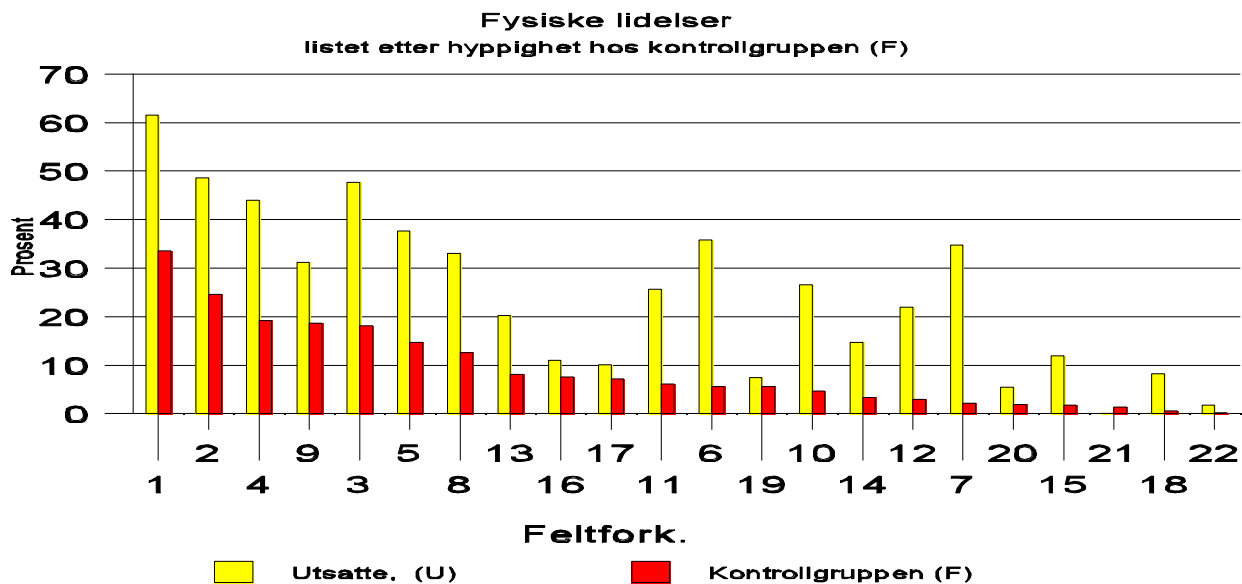
Fysiske lidelser.



Hvilke fysiske lidelser er hyppigere i mitt utvalg enn i befolkningen ellers?

De lidelsene som her er fremstilt grafisk, er: (Tallene i parenteser angir prosentsetningen for henholdsvis U og F).

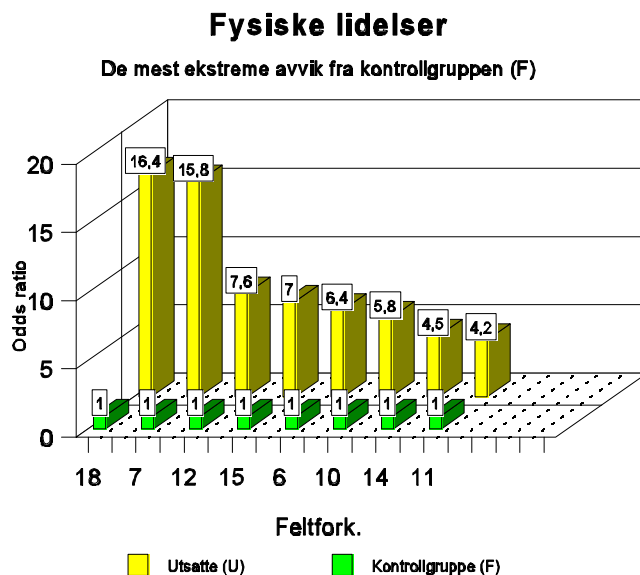
Lidelse nr.1:	Ryggplager eller isjias (61,5%-33,6%)	Lidelse nr.11:	Stadig sure oppstøt eller magesår (25,7%-6,1%)
Lidelse nr.2:	Migrene eller hyppig hodepine (48,6%-24,6%)	Lidelse nr.12:	Kroniske magesmerter (22%-2,9%)
Lidelse nr.3:	Fordøyelsesplager (47,7%-18,1%)	Lidelse nr.13:	Underlivsinfeksjoner (20,2%-8,1%)
Lidelse nr.4:	Smerter i hofter eller bekken eller gangbesvær. (44%-19,2%)	Lidelse nr.14:	Fibromyalgi (14,7%-3,3%)
Lidelse nr.5:	Stadig gjentatte infeksjoner i øre, nese, hals eller bihuler (37,6%-14,7%)	Lidelse nr.15:	Kronisk bekkenløsning (11,9%-1,7%)
Lidelse nr.6:	Underlivssmerter (35,8%-5,6%)	Lidelse nr.16:	Problemer med å få barn (Forsøkt mer enn ett år) (11%-7,6%)
Lidelse nr.7:	Brystsmerter (34,8%-2,2%)	Lidelse nr.17:	Celleforandring på livmørtappen (10,1%-7,2%)
Lidelse nr.8:	Gjentatte urinveisinfeksjoner (33%-12,6%)	Lidelse nr.18:	Sykdommer i munnhulen (8,2%-0,5%)
Lidelse nr.9:	Eksem eller annen hudlidelse (31,2%-18,6%)	Lidelse nr.19:	Astma (7,4%-5,6%)
Lidelse nr.10:	Kjevesmerter eller kjevesperre (26,6%-4,6%)	Lidelse nr.20:	Whip-lash (nakkesleng) (5,5%-1,9%)
		Lidelse nr.21:	Hjerteinfarkt (1,8%-0,2%)
		Lidelse nr.22:	Kreft (0%-1,3%)



Som vi ser av disse diagrammene, er U til dels kraftig overrepresentert når det gjelder alle fysiske lidelser med ett eneste unntak: Kreft. Der er det 0 respondenter fra U og 1,3% fra F.

Når det gjelder lidelsene sykdommer i munnhulen, brystmerter, kroniske magesmerter, kronisk bekkenløsning, kjevesmerter/kjevesperre, underlivssmerter, fibromyalgi og stadig sure oppstøt/magesår, (lidelse nr 18,6,12,15, 10, 6, 14 og 11), er ekstra store avvik. Tar vi eksempler som sykdommer i munnhule og brystmerter, opptrer de henholdsvis mer enn 16 og 15 ganger oftere hos U enn hos F.

Til høyre er dette framstilt grafisk.



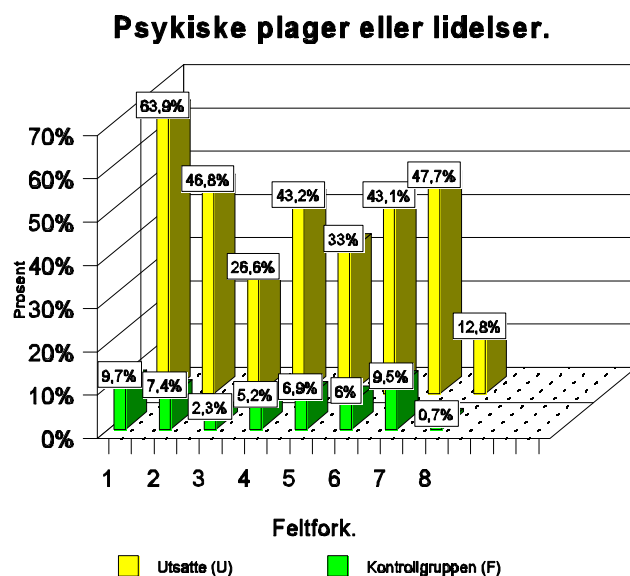
Psykiske plager eller lidelser.

Spørsmålene som gir data for diagrammet til høyre, var:

1. “Har du hatt psykiske plager eller lidelser?”
2. “Har du i løpet av siste måned vært plaget av nervøsitet?”. Svaralternativene “Nesten hele tiden” og “Ofte” er her slått sammen, “Av og til” og “Aldri” utelatt.

I spørsmålene 3-8, er det spurt etter om respondenten har vært plaget de siste 14 dagene. Svaralternativene “Ikke plaget” og “Litt plaget” er utelatt, “Ganske plaget” og “Veldig plaget” er slått sammen:

3. “Stadig redd eller engstelig”
4. “Føler deg anspent eller urolig”
5. “Følelse av håpløshet når du tenker på framtida”
6. “Føler deg nedfor eller trist”
7. “Bekymrer deg for mye om forskjellige ting”
8. “Har tanker om å ta ditt eget liv”.



Prosentene her er angitt på grunnlag av samtlige 109/888 respondenter, dvs at de som ikke har svart, er regnet blant dem som IKKE sliter med noen av disse plagene eller lidelsene.

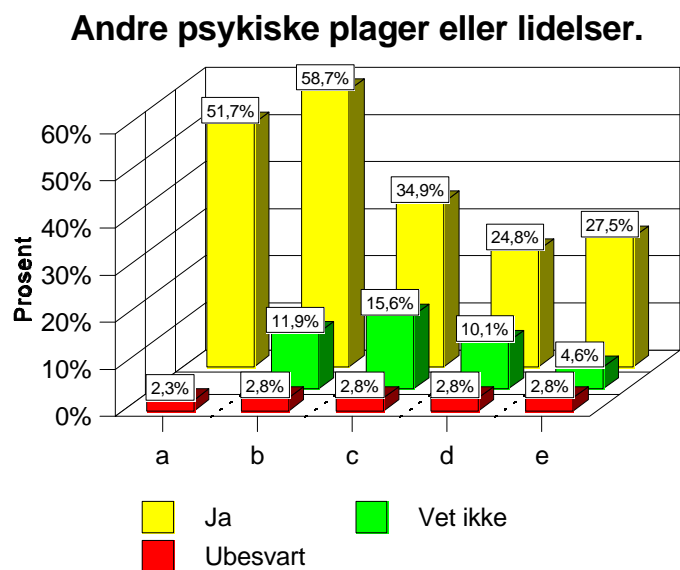
I spørreskjemaets del 2 ble det også stilt en del andre spørsmål vedr. psykiske plager eller lidelser.

Spørsmålene som ble stilt, var:

- a) Har hatt fødselsdepresjoner og/eller psykiske problemer etter noen av fødslene utover det du anser for normalt ? (Prosent av de 87 respond. som har oppgitt å ha født barn.)

(For b,c,d,e og f: Prosent av 109 respond.)

- b) Har du hatt seksuelle fantasier eller bilder du opplevde som problematiske ?
- c) Har du hatt mareritt, fantasier og/eller bilder knyttet til djevelen ?
- d) Har du vært redd for å være besatt av djevelen?
- e) Har du vært redd for selv å begå overgrep ?



Som vi ser har mer enn halvparten som har født, opplevd å ha hatt fødselsdepresjon og/eller psykiske problemer utover det de anser for normalt.

Dette er et høyt tall selv om vi må ta hensyn til at det her er snakk om en subjektiv opplevelse, ikke objektive målbare data.

Tallene er også oppsiktvekkende høye på de neste spørsmålene:

- 58,7% har hatt seksuelle fantasier/bilder de opplever som problematiske.
- 34,9% har hatt mareritt o.l. knyttet til djevelen
- 24,8% har vært redd for å være besatt av djevelen og
- 27,5% har vært redd for selv å begå seksuelle overgrep.

Overgrep og religion.

I hvor stor grad begås seksuelle overgrep av kristne? Hva slags posisjoner har de kristne som begår overgrep? Hvilke religiøse konsekvenser får seksuelle overgrep?

Dette var også problemstillingene jeg håpet å belyse gjennom spørreundersøkelsen min.

På spørsmålet:

“Bekjenner noen av overgriperne/overgriperen seg som kristne/kristen?”, svarte 43 kvinner, eller 39,4% av de 109, at en eller flere av overgriperne deres bekjente seg som kristen. Ser vi Å og S hver for seg, er tallene henholdsvis 37% og 52,9%. Her må vi imidlertid huske at prosenten er utregnet på grunnlag av bare 17 respondenter. Men tendensen er i alle fall den samme, bare enda sterkere.

På spørsmålet:” I tilfelle ja, har overgriper/-ne kristne tillitsverv eller er han/hun ansatt i menighet eller kirke?”, svarte 17 kvinner, eller 15,6% bekreftende. Sagt på en annen måte: 39,5% av de aktuelle kristne overgriperne innhar tillitsverv eller er ansatt.

På spørsmålet : “Har noen av overgriperne brukt Gud og/eller kristen tro for å forklare/unnskyldte/presse i tilknytning til seksuelle overgrep?”, svarte 13 kvinner, eller 11,9%, bekreftende.

Differensierer vi her mellom Å og S, er tallet for Å 10,9% og S 17,6%.

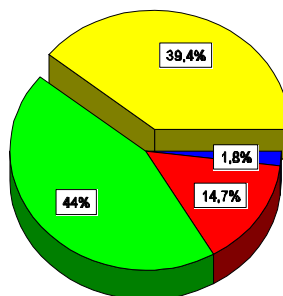
Hører disse kristne overgriperne med tillitsverv eller ansettelse i menighet eller kirke hjemme i Den norske kirke eller i frimenigheter?

6 overgripere (35,3%), kommer fra DNK mens 11 (64,7%) kommer fra en frimenighet.

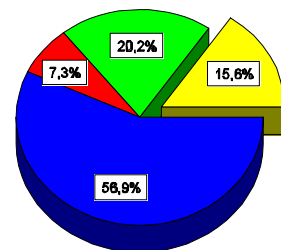
Selv om utvalget er begrenset, peker dette mot en sterk overrepresentasjon fra frimenighetene. Relatert til medlemstallene for frimenighetene kontra DNK på landsplan, tilsier dette resultatet at kristne overgripere i frimenigheter er sterkt overrepresentert i forhold til DNK.

Når det gjelder seksuell utnytting begått av prester, inneholder mitt materiale 3 prester: 2 i DNK og 1 fra en frimenighet.

Overgriper kristen?

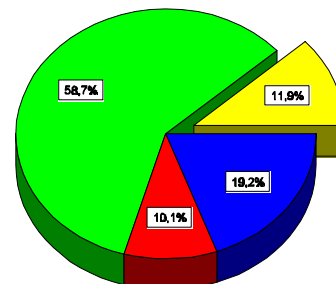


Tillitsverv eller ansatt ?



Ja Nei
Vet ikke Ubesvart

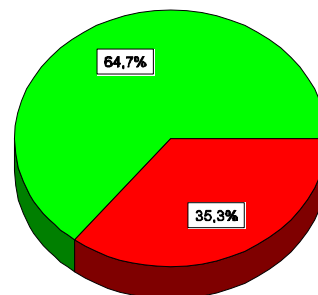
Er kristen tro brukt under overgrepene ?



Ja Nei
Vet ikke Ubesvart

Menighetstilhørighet.

Overgriper med tillitsverv/ansettelse



Intet trossamfunn
Annet trossamf. el livssynssam.slutn.
Den norske kirke

Hvilke religiøse konsekvenser får s.o. ?

Spørsmålet om kristen tro lød:

“Ditt forhold til kristen tro før/etter de seksuelle overgrepene” med svaralternativene: “Intet forhold til kristen tro, Fjernt forhold til kristen tro, Hadde min barnetro og Regnet meg som aktiv kristen”.

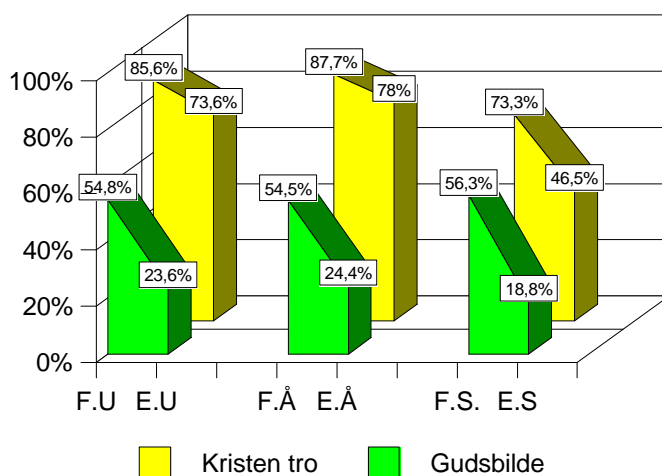
På tabellen til høyre er de to siste svaralternativene slått sammen.

Spørsmålet om gudsbildet lød:

“Dine tanker om Gud før/etter de seksuelle overgrepene” med svaralternativene: “Gud var som en god og trygg far for meg, Gud betydde ikke noe for meg, Gud brydde seg ikke om meg og Vet ikke”.

På tabellen tilhøyre er første svaralternativ brukt.

Kristen tro og gudsbilde
før og etter overgrep (for U, Å og S)



Selvskading.

Hvor stort er omfanget av selvskading etter å ha vært utsatt for s.o. ?

Unormalt mye vasking/dusjing eller mangelfull personlig hygiene kan kanskje kalles en mild form for selvplaging. Direkte selvskading som kutting, skalling, brenning o.l er tydelige symptomer på at en ønsker å skade seg selv, og selvmordsforsøk er det mest drastiske. Hvor omfattende er dette ?

På spørsmålene: “Mener du at du i perioder har vasket deg/dusjet unormalt ofte eller sjelden ?” svarte 61 % ja.

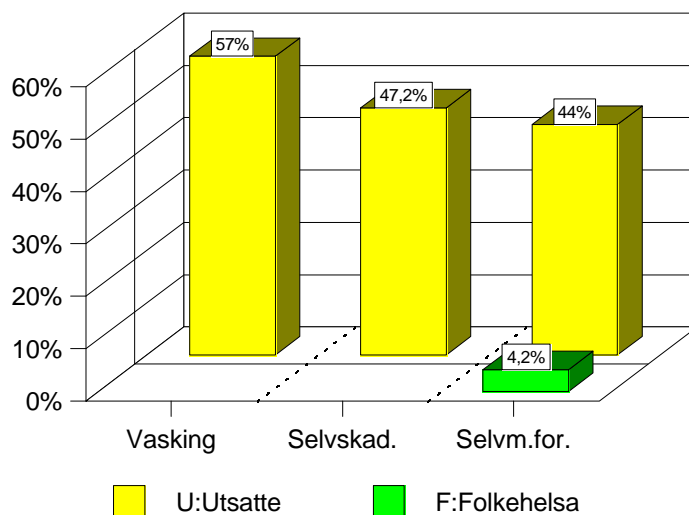
På spørsmålet “Har du noen gang skadet deg selv?”, svarte 47,2% bekreftende. Dessverre har vi het ikke noe sammenlignbare tall for F.

Det har vi derimot i spørsmålet: ” Har du noen gang prøvd å ta livet ditt ?”.

Her svarte 4,2% av F bekreftende mens hele 44% av U svarte bekreftende. Dette er et dramatisk avvik:

Mer enn ti ganger så mange innenfor U som innenfor F har forsøkt å ta sitt eget liv, et meget dramatisk utslag innefor et helseproblem som får mye oppmerksomhet i dag,

Selvskading.



KONSEKVENSER AV Å BEARBEIDE TRAUMER ETTER S.O.

Fysiske lidelser.

Hvilke konsekvenser får bearbeidelse av s.o. for den enkelte ?

Spørsmålet gikk på om noen av disse lidelsene hadde blitt borte, blitt mindre eller blitt verre.

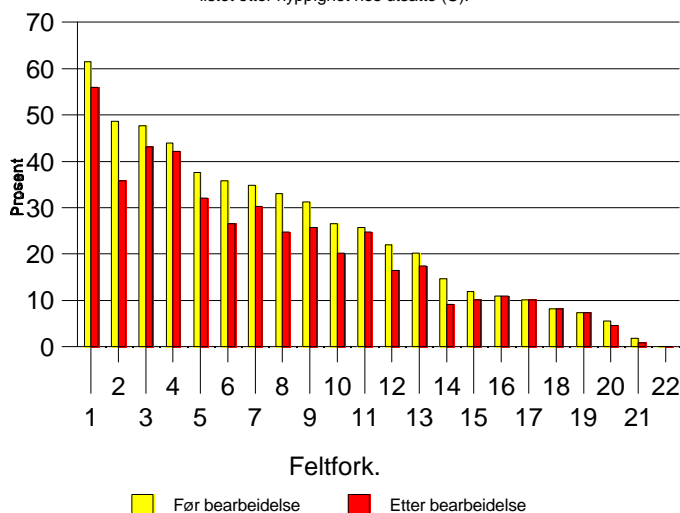
Dersom vi fra den opprinnelige gruppen tar bort gruppen "borte" og "mindre", og legger til "verre", finner vi en netto reduksjon av mennesker som plages for de aller fleste lidelsers vedkommende.

Mest markert reduksjon finner vi innfor lidelse nr.(2) med en reduksjon på 12,8%, (6) med 9,2%, (8) med 8,2%, (10) med 6,4% og (1,5,9,12 og 14) med 5,5%.

- Lidelse nr.1:** Ryggplager eller isjias
Lidelse nr.2: Migrene el.hypig hodepine.
Lidelse nr.3: Fordøyelsesplager
Lidelse nr.4: Smerter i hofter eller bekken eller gangbesvær.
Lidelse nr.5: Stadig gjentatte infeksjoner i øre, nese, hals eller bihuler
Lidelse nr.6: Underlivssmerter
Lidelse nr.7: Brystmerter
Lidelse nr.8: Gjentatte urinveisinfeksjoner
Lidelse nr.9 Eksem eller annen hudlidelse
Lidelse nr.10: Kjevesmerter eller kjevesperre.
Lidelse nr.11: Stadig sure oppstøt eller magesår

Fysiske lidelser før og etter bearbeidelse.

listet etter hyppighet hos utsatte (U).



- Lidelse nr.12:** Kroniske magesmerter
Lidelse nr.13: Underlivsinfeksjoner
Lidelse nr.14: Fibromyalgi
Lidelse nr.15: Kronisk bekkenløsning
Lidelse nr.16: Problemer med å få barn
Lidelse nr.17: Celleforandring på livmørtappen
Lidelse nr.18: Sykdommer i munnhulen (8,2%-0,5%)
Lidelse nr.19: Astma (7,4%-5,6%)
Lidelse nr.20: Whip-lash (nakkesleng)
Lidelse nr.21: Hjerterinfarkt
Lidelse nr.22: Kreft

Årsaken til disse reduksjonene kan selvsagt skyldes flere forhold. Men tendensen synes likevel klar: Ikke for noen av lidelsene er det snakk om økning. For de fleste er det snakk om reduksjoner.

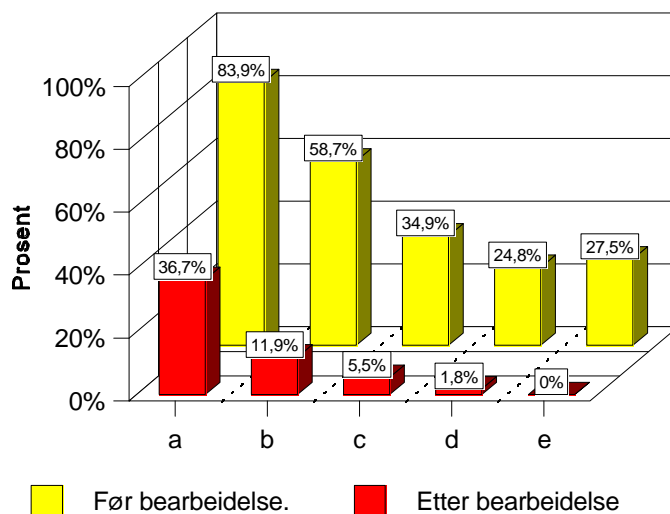
Psykiske plager og lidelser.

Hva så med psykiske lidelser ? Endringene går fram av diagrammet til høyre. Tallet etter bearbeidelsen viser opprinnelig % av U (109), fratrukket svaralternativene “Borte eller sterkt reduserte” og “mindre” og tillagt svaralternativet “verre”.

- “Har du hatt psykiske plager eller lidelser?”
- Har du hatt seksuelle fantasier eller bilder du opplevde som problematiske ?
- Har du hatt mareritt, fantasier og/eller bilder knyttet til djvelen ?
- Har du vært redd for å være besatt av djvelen?
- Har du vært redd for selv å begå overgrep ?

Når det gjelder a), svarer 3 respondenter at de har det verre enn før. Kun 1 respondent på b)c) og d) opplever at problematikken ble verre, ingen på e). Diagrammet viser en dramatisk reduksjon på alle spørsmålene, både på det generelle spørsmål a) og på de andre. Selv om også disse resultatene kan vurderes ut fra forskjellige synsvinkler, synes de utvetydig å peke på at bearbeidelser av traumer etter s.o. har en til dels dramatisk god effekt ved disse plagene.

Endring av psykiske plager.



Problemer i forhold til seksualitet.

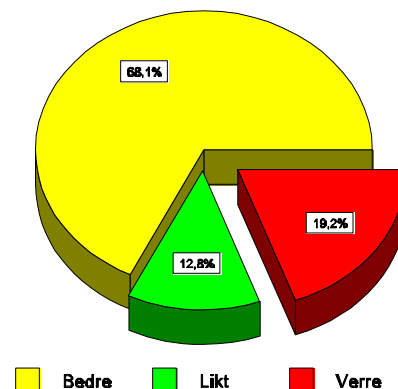
Har forholdet til seksualitet endret seg etter bearbeidelsesprosessen ?

Spørsmålet gikk på om seksuallivet har forandret seg etter at en begynte å snakke om overgrepene. Svaralternativene var “Fungerer mye bedre/bedre/nokså likt/verre/mye verre nå”.

Slår vi sammen de to første og de to siste, viser diagrammet til høyre resultatet: Hele 68,1% synes det fungerer bedre, 19,2% synes det fungerer dårligere.

En forklaring på at det siste tallet er så høyt som 19,2%, kan være at respondentene her befinner seg på en relativt tidlig fase i bearbeidelsen der den utsatte ofte opplever at seksuallivet for en tid fungerer dårligere enn før.

Endring av seksuallivet.



Selvskading.

Hva så med selvskading? Får bearbeidelse noen innvirkning der?

Spørsmålene var også her om vasking eller selvskading hadde forandret seg etter bearbeidelse.

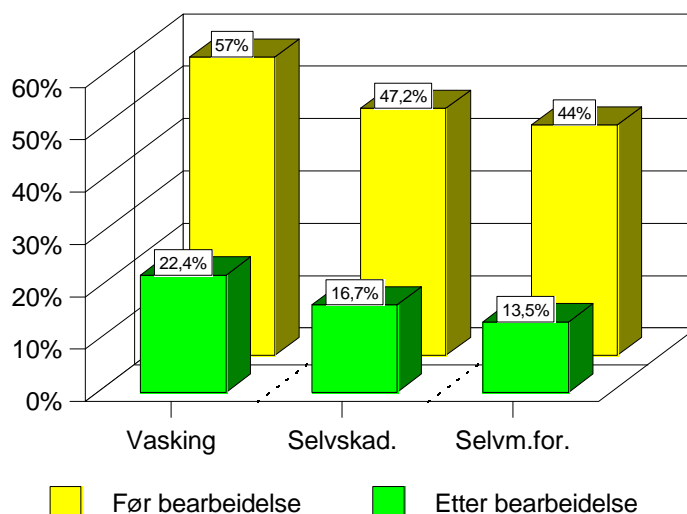
Svaralternativene “Borte/sterkt redusert” og “mindre” er fratrukket og “Verre” langt til. Når det gjelder selvmordsforsøk (44%), er dette spørsmålet sammenlignet med spørsmålet:

“Har du hatt tanker om å ta ditt eget liv de siste 14 dagene?”.

Som vi ser, er tvangsmessig vasking redusert fra 57% til 22,4% og selvskading fra 47,2% til 16,7%.

Selv om 44% har begått selvmordsforsøk, har “bare” 13,5% vært plaget av selvmordstanker de siste 14 dagene. Dette skulle også indikere at færre er suicidale etter at bearbeidelsene startet. Men 13,5% er fremdeles et meget høyt tall.

Selvskading.



Religiøse konsekvenser.

Vi så lenger framme at s.o. også fikk store religiøse konsekvenser. Påvirkes disse senvirkningene av bearbeidelse?

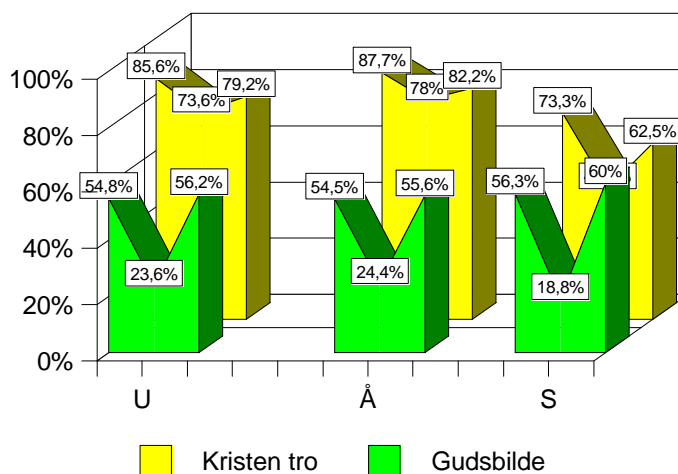
Til høyre ser vi utviklingen fra før overgrepet, etter overgrepet, men før bearbeidning, og i dag når det gjelder kristen tro og gudsbilde.

U gjelder gruppen samlet, Å gjelder Åkra, S gjelder Stavanger.

Denne sammenligningen er interessant siden Incestsenteret i Stavanger er drevet på livsnøytralt grunnlag mens arbeidet på Åkra er drevet ut fra kirken der undertegnede er prest. Trass i dette ser vi at utviklingen for konfidentene så å si helt parallell. Det synes å indikere at

- overgrep får virkninger på eksistensielle spørsmål
- det å bearbeide, og få på plass problematikken omkring overgrepene, gjør at en får tilbake den eksistensielle forankring en hadde før overgrepet uten at religiøs problematikk trenger å ha vært direkte berørt under bearbeidningen. Bare 24,5% oppga at tro og religion hadde vært tema på hjelpsted 1.

Kristen tro og gudsbilde før og etter overgrep (for U, Å og S)



HVORDAN BEARBEIDE TRAUMER ETTER SEKSUELLE OVERGREP?

I fagmiljøene vil det være ulike meninger om hvordan utsatte skal møtes og hvilken type hjelp som er best for utsatte og nettverk.

17 av mine respondenter har kontakt med Incest-senteret i Stavanger. Slagordet for Incest-sentrene har vært: **“Incest skal snakkes i hel, ikke ties i hel”**.

Jeg mener å ha lært av utsatte at et nøkkelbegrep når det gjelder å arbeide seg ut av offer-rollen etter å ha vært utsatt for seksuelle overgrep, er å få tilbake kontrollen.

Av den grunn har jeg lagt vekt på at de utsatte jeg snakker med, helt suverent får bestemme **om** de vil snakke om det som skjedde. Vil hun snakke, bestemmer hun videre **hvem** hun vil snakke med, **når** det skal skje og **hvor dypt** inn i det som skjedde hun vil gå.

Det viser seg at de fleste etter hvert velger å gå ganske dypt inn i det som skjedde. Videre synes det som om dette fører til at den utsatte opplever å få tilbake kontrollen over det som skjedde. Dermed synes hun også mer og mer å få tilbake sin egen kropp, sine egne følelser og sine egne verdier.

Ut fra denne hypotesen spurte jeg de utsatte om hva de mener om dette etter å ha vært gjennom en bearbeidelsesprosess.

Meninger om hjelperen.

Respondentene ble bedt om å svare ja eller nei til påstander om hva som kreves for å være en god hjelper. Påstandene var:

- Hjelperen må ha samme kjønn som meg
- Hjelperen må selv ha opplevd seksuelle overgrep for å kunne forstå
- Hjelperen må ha samme religiøse overbevisning som meg
- Hjelperen må ha inngående kjennskap til hva som skjer ved seksuelle overgrep og de følelsene en sliter med etterpå
- Hjelperen må ha faglig høy kompetanse
- Jeg må føle meg trygg på vedkommende

Som vi ser, mener 95,4 % at hjelper ikke trenger ha samme kjønn som den utsatte.

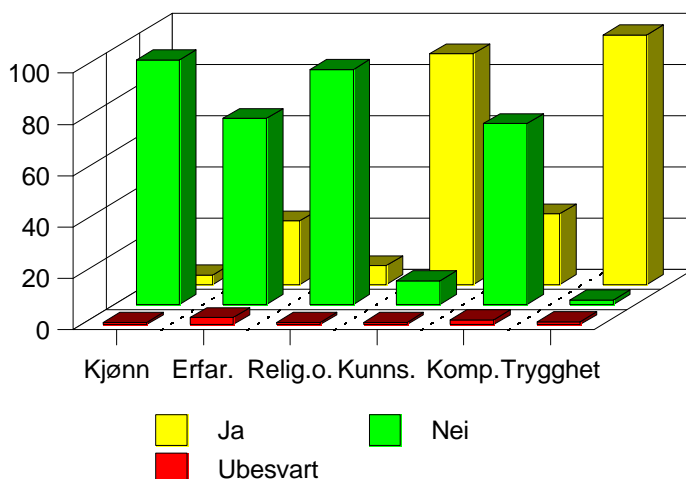
24,8% mener hjelper må ha samme kjønn som dem, 72,5% mener nei.

Samme religiøse overbevisning synes lite viktig for 91,7%.

89,9% mente inngående kjennskap var viktig mens 70,6% mente høy faglig kompetanse var viktig.

Men tryggheten er ikke uventet viktig for hele 97,2%.

Hjelperen



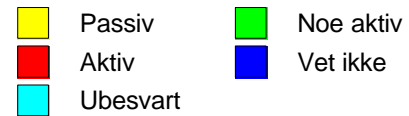
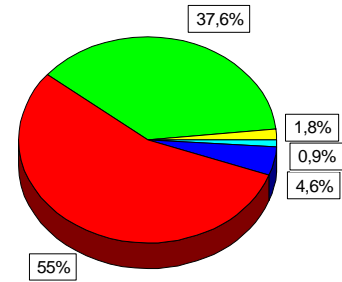
Aktiv hjelper?

Videre ble det spurt:

“Hvordan mener du hjelperen bør opptre i møte med deg når det gjelder å bearbeide senvirkninger etter seksuelle overgrep?”

Svaralternativene var:

- Hjelperen bør stort sett være passiv
- Hjelperen bør gi noe tilbakemelding
- Hjelperen bør gi mye tilbakemelding
- Vet ikke



Som vi ser foretrekker 55% en hjelper som gir mye tilbakemelding og 37,6% en hjelper som gir noe tilbakemelding.

På bakgrunn av dette og egen erfaring tolker jeg dette dit hen at hele 92,6% foretrekker en hjelper

som gir tilbakemelding, ikke minst når det gjelder å alminneliggjøre og avdramatisere typiske senvirkninger etter seksuelle overgrep.

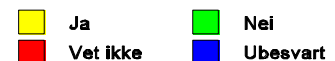
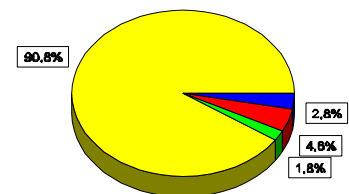
Mening om arbeidsmetoder

Først ble det spurt: “Har du på hjelpested 1 hentet fram detaljer og følelser fra de seksuelle overgrepene du ble utsatt for?” (Hjelpested 1 er definert som det stedet den utsatte mener hun har fått best hjelp).

Som vi ser har over 90% bekreftet at de har hentet fram følelser og detaljer fra overgrepene.

Bearbeiding

Hentet fram følelser og detaljer?



Videre ble det spurt:

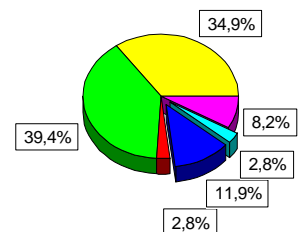
“I tilfelle ja, hva mener du det har ført til for deg å hente fram dette?”

Svaralternativene var:

- Mye mindre problemer
- Mindre problemer
- Ingen forandring
- Større problemer
- Mye større problemer

Som vi ser hevder hele 74,3% at de har fått mindre eller mye mindre problemer etter å ha hentet fram følelser og detaljer fra overgrepene. Til sammen 14,7% sier de har fått større, eller mye større, problemer på det tidspunktet svaret ble avgitt..

Følger av bearbeiding



Hvilket råd vil du gi andre?

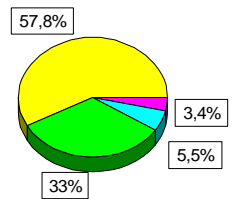
Endelig ble det spurt:

“Hvilket råd vil du gi andre som skal starte bearbeiding av seksuelle overgrep når det gjelder å hente fram detaljer og følelser fra selve overgrepene?”

Svaralternativene var:

- Det vil jeg sterkt anbefale
- Det vil jeg anbefale
- Det vil jeg fraråde
- Det vil jeg sterkt fraråde
- Vet ikke

- Det vil jeg sterkt a
- Det vil jeg anbefale
- Det vil jeg fraråde
- Det vil jeg sterkt f
- Vet ikke
- Ubesvart



En skulle da kanskje forvente at de som hadde fått større/mye større problemer etter å ha hentet fram følelser og detaljer, ville fraråde andre å gjøre det samme.

Men som vi ser er det langt fra tilfelle. Så mange som 90,8% anbefaler/sterkt anbefaler andre å gjøre det samme som de har gjort. **Ingen** vil verken fraråde eller sterkt fraråde å gjøre dette og bare 5,5% svarer “vet ikke”.

Dette tolker jeg som at de utsatte har erfart at selv om det er en tøff prosess å gå inn i det som skjedde, er det den eneste veien de ser for å få tilbake så mye som mulig av kontroll i sitt eget liv.

Doktorgraden til Dr. med. Anne Luise Kirkengen.

Avslutningsvis vil jeg bare henvise til Dr. med. Anne Luise Kirkengen's nye doktorgrad om seksuelle overgrep og feilbehandling pga manglende innsikt i denne problematikken. Denne avhandlingen understreker hvor store senvirkninger s.o. kan få for både kvinner og menn og hvor viktig det er å skjønne denne problematikken.

Konklusjon

- ◆ På bakgrunn av dette notatet og min artikkel om graviditet, fødsel og barsel, mener jeg å ha sannsynliggjort at det å bli utsatt for seksuelle overgrep kanskje en av de aller største helserisikoene i samfunnet vårt i dag.
- ◆ Dette skulle tilsi at det bør legges stor vekt på overgrepforebyggende arbeid når det gjelder
 - ▶ opplysningsvirksomhet og bevisstgjøring om denne problematikken
 - ▶ tiltak for å begrense nye overgrep.

- ◆ Videre håper jeg å ha vist at oppbygning av kompetanse og utbygging av hjelpetilbud på dette feltet er avgjørende viktig for kvinners helse.
- ◆ Endelig håper jeg å ha sannsynliggjort at får kvinner adekvat hjelp, kan dette gi både kvinnen, barna, familie og nettverk langt bedre livskvalitet enn før bearbeidelsen.

Åkrehamn 06.09.99

Reimunn Førsvoll