

**DET SUNDHEDSVIDENSKABELIGE FAKULTET**

Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi

4. semester

Forebyggelse og behandling af seksuelle senfølger

hos kvinder udsat for voldtægt.

Udarbejdet af: Vibeke Skov Salskov

Studienummer: 20152576

Gruppenummer: 17grsx114

Vejleder: Birgitte Schantz Lauersen

Antal anslag: 108.465

Forside: www.way-to-go.dk

|  |
| --- |
| **Indhold** |

Resume…………………………………………………………………………………………………………………………… 4

Abstract………………………………………………………………………………………………………………………….. 5

Initierende problem……………………………………………………………………………………………………….... 6

Baggrund………………………………………………………………………………………………………………………… 7

Voldtægt – definition og forekomst……………………………………………………………… 7

Generelle konsekvenser af voldtægt på offeret…………………………………………….. 8

Voldtægt i et bio-, psyko-, socialt perspektiv…………………………… 8

Seksualitet, intimitet og sundhed…………………………………………………………………. 11

Lysmodeller og seksuel respons……………………………………………... 12

Voldtægt og seksualitet……………………………………………………………………………….. 14

Det danske tilbud………………………………………………………………………………………... 16

Center for Voldtægtsofre………………………………………………………… 16

Problemformulering…………………………………………………………………………………………………………. 17

Forskningsspørgsmål…………………………………………………………………………………… 17

Design og Metode……………………………………………………………………………………………………………… 18

Valg af metode……………………………………………………………………………………………... 18

Begrebsafklaring………………………………………………………………………………………….. 20

Teoretisk ramme…………………………………………………………………………………………. 20

Traumeteori…………………………………………………………………………… 20

Kriseteori………………………………………………………………………………. 22

Mestring………………………………………………………………………………… 24

Litteratursøgning………………………………………………………………………………………… 25

Præsentation af litteratur…………………………………………………………………………….. 30

Tematisering af empiri………………………………………………………………………………… 30

Diskussion……………………………………………………………………………………………………………………….. 33

Voldtægt som traume og de psykologiske processer…………………………………….. 33

Parathed til seksuel behandling og -rådgivning……………………………………………. 36

Psykoseksuelle mekanismer……………………………………………………………………….. 37

Behandling……………………………………………………………………………………………….. 39

Konklusion……………………………………………………………………………………………………………………. 46

Perspektivering……………………………………………………………………………………………………………… 48

Kritik……………………………………………………………………………………………………………………………… 49

Referencer………………………………………………………………………………………………………………………. 49

|  |
| --- |
| **Resumé** |

**Introduktion:** Voldtægt er et traume, der adskiller sig fra andre traumer grundet overgrebets seksuelle karakter. Alene af den grund, kan man forestille sig, at ofre for seksuelle overgreb påvirkes på deres seksualitet. Dette føres videre ind i parforhold og familieliv. Derfor har Sundhedsstyrelsen anbefalet, at alle centre for voldtægtsofre tilbyder sexologisk rådgivning.

**Mål:**  Dette studies formål er at undersøge hvilke mekanismer der ligger bag eventuelle seksuelle dysfunktioner hos et offer for seksuelle overgreb, samt hvornår og hvordan man i landets centre for voldtægtsofre bedst forebygger og behandler sådanne dysfunktioner.

**Metode:** Et litteraturstudie baseret på relevante studier, fundet via struktureret søgning i databaserne Psychinfo og Pubmed. Den fremkomne empiri diskuteres i forhold til en teoretisk ramme af traumeteori, kriseteori og mestringsteori.

**Konklusion:** Der er mange forskellige psykologiske mekanismer der spiller ind på offerets mestring af overgrebet. Disse, sammen med de psykoseksuelle mekanismer, gør området komplekst. Der er belæg for, at man ikke bør opstarte behandling af sexologiske dysfunktioner, før det oprindelige traume er færdigbehandlet. Når behandlingen sættes i værk, bør der være fokus på hele offeret, og ikke kun på overgrebsproblematikken. Én af de behandlinger, man med fordel kan iværksætte er sensate focus, der kan modereres, så den bedst passer til det enkelte offer. Dette skal fra behandlerens side, bakkes op af kognitiv adfærds moderering, moderering af negative perceptioner samt løsningsorienteret behandling.

**Nøgleord:** Voldtægtsofre, seksuelle overgreb, psykoseksuelle mekanismer, sexologisk behanding, seksuelle dysfunktioner.

|  |
| --- |
| **Anstract** |

**Introduktion:** Rape is a trauma that differs from other trauma due to the sexual nature of the assault. Therefore, one can imagine that victims of sexual assault feel the effect on their sexuality, which also affects partner relationships and family life. Therefore, the National Board of Health has recommended that all centers for rape victims must offer sexological counseling.

**Objective:** The aim of this study is to investigate the mechanisms behind possible sexual dysfunctions in a victim of sexual assault, and when and how best to prevent and treat such dysfunctions in the country's center for rape victims.

**Method:** A literature study based on relevant studies, obtained via structured searches in the databases Psychinfo and Pubmed. The empirical outcome is discussed in relation to a theoretical framework of trauma theory, crisis theory and coping theory.

**Conclusion:** There are many different psychological mechanisms that plays a role in coping with the assault. These, along with the psychosocial mechanisms, make for a complex situation. It is evident that the counselor should not start treatment of the sexological dysfunctions before the initial trauma has been treated. When processing is done, there should be focus on the entire victim and not only on the problems prompted by the assault. One of the treatments has proven beneficial is sensate focus that can be moderated to suit the individual victim. The counselor will then use cognitive behavioral moderation, moderation of negative perceptions and solution-oriented treatment, to back up the treatment.

**Key words:** Rape victims, sexual assault, Psychosexual mechanisms, sexological treatment, sexual dysfunctions.

|  |
| --- |
| **Initierende problem** |

Min interesse for voldtægtsofferets seksualitet er opstået i mit virke som sygeplejerske i Center for Voldtægtsofre på Odense Universitetshospital (benævnes herefter OUH). Her møder jeg både mænd og kvinder der har været udsat for voldtægt og andre seksuelle overgreb. Dog er langt den overvejende del af de hjælpsøgende ofre kvinder. Derfor vil denne afhandling tage udgangspunkt i kvinder udsat for seksuelle overgreb.

Mange af disse kvinder, kan berette om et liv med relationelt kaos, som senfølge efter et seksuelt overgreb. Kvinderne beskriver ofte hvordan de har svært ved at være intime, at de har flere forliste forhold bag sig og enkelte oplever endog problemer med at være intime med børn og familie. Hvilket igen fører til en følelse af ensomhed, tomhed og tab. Dette er som oftest hovedårsagen til at kvinder tager kontakt til Centeret flere år efter et overgreb har fundet sted.

I 2012 fremkom en arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen, med nye anbefalinger til landets centre for voldtægtsofre, med henblik på at ensarte behandlingstilbuddet til ofrene på landsplan. I rapporten ligger bl.a. anbefalinger om socialrådgiver bistand, gruppeterapi, ophævelse af tidsgrænsen for henvendelse samt tilbud om sexologisk oplysning og rådgivning. Denne afhandling er baseret på sidstnævnte anbefaling(1).

I Center for Voldtægtsofre – OUH, arbejdes der målrettet på at efterleve anbefalingerne i rapporten, deraf undertegnedes uddannelse til Master i Sexologi og som følge, tilstedeværende Masterafhandling.

Under afhandlingens litteratursøgning står det klart, at mens behandlere og den videnskabelige verden primært har koncentreret sig om behandling af det traume voldtægtsofferet har gennemlevet, med henblik på at øge eller genfinde offerets mentale ligevægt, har der været mindre fokus på effekten af en voldtægt på offerets seksualitet, samt forebyggelse af eventuelle seksuelle dysfunktioner.

I det følgende baggrundsafsnit forsøges at klarlægge hvilke problemer, kvinder udsat for voldtægt oplever post traumatisk, samt hvad konsekvensen er af disse. Endvidere vil det forsøges at tydeliggøre hvorfor, det er et problem at kvinder oplever seksuelle dysfunktioner efter et seksuelt overgreb og i hvilket omfang problemet eksisterer. Herunder forekomsten af voldtægter i Danmark, samt hvilken hjælp, der på nuværende tidspunkt, tilbydes voldtægtsofre på landsplan.

|  |
| --- |
| **Baggrund** |

**Voldtægt - definition og forekomst**

Ifølge straffeloven kap. 24. defineres en voldtægt, som et samleje tiltvunget ved vold eller trusler om vold. Det vil sige, at samlejet/overgrebet gennemføres mod offerets vilje, og at gerningspersonen foretager overgrebet forsætteligt. Der er endvidere tale om voldtægt hvis gerningspersonen tilsniger sig til samleje, ved fx at have samleje med en der er bevidstløs, sovende eller meget beruset (2)(3). Ved betegnelsen samleje menes penetration af vagina, anus eller mund med penis (4).

Voldtægt er et seksuelt overgreb, hvor offerets seksuelle grænser krænkes. Udover voldtægt, findes andre seksuelle overgreb, såsom blufærdighedskrænkelse, befamling, incest, sexchikane mm (3). Efterfølgende vil seksuelle overgreb bruges som synonym for voldtægt medmindre andet beskrives

I 2015 modtog politiet, ifølge Det Kriminalpræventive Råd, 628 anmeldelser for voldtægt eller voldtægtsforsøg. Dog er der ifølge ovennævnte et betydeligt mørketal, og det estimeres at ca. 4200 kvinder udsættes for seksuelt overgreb hvert år i Danmark(5).

Der skelnes mellem 3 typer af voldtægt; kontaktvoldtægt, partnervoldtægt og overfaldsvoldtægt. Kontaktvoldtægt, der kan inddeles i overgreb forsaget af en ”ven” eller overgreb forsaget af en person man har haft en kort kontakt med, er den hyppigst forekommende type voldtægt blandt anmeldte overgreb(3). Dog viser *Offerundersøgelse 2014*, fortaget af Det Kriminalpræventive Råd, en anden tendens. Her er den hyppigst forkomne type voldtægt, partnervoldtægt med hele 38 %. Det skal understreges at informanterne her blev spurgt om, hvorvidt de havde været udsat for ”tvangssamleje”, og at det ikke nødvendigvis er det samme som den juridiske forståelse af voldtægt, da det baseres på offerets egen forståelse af hvad hun har været udsat for(5). Dertil kommer at en undersøgelse af 3500 gynækologiske patienter i Norden samt en dansk befolkningsundersøgelse viste, at ca. 10.000 unge kvinder, hvert år oplever at blive tvunget (eller forsøgt tvunget) til seksuel aktivitet(3). Der er derfor tale om en betydelig del af den kvindelige danske befolkning som har været udsat for et seksuelt overgreb, og som derfor naturligt, i større eller mindre grad, mærker følgerne heraf. Disse følger er vidtrækkende, og et seksuelt overgreb eller en voldtægt kan efterlade dybe spor. Ved en voldtægt er der tale om en interaktion mellem mennesker, hvis indvirkning må forstås gennem den måde deltagerne interagerer på, for at påvirke hinandens intentioner, samt de tanker og følelser dette efterlader hos offeret(6). Traumatiske elementer såsom krænkelse af offerets fysiske sikkerhed, menneskelige værd, personlig kontrol og tillid er elementer der er til stede i alle voldelige traumer. Voldtægten differentieres herfra grundet det seksuelle indhold og krænkelsen af offerets seksuelle grænser(6).

**Konsekvenser af voldtægt**

Reaktionerne på voldtægt kan sammenlignes med andre ekstreme eller livstruende hændelser hvor offeret efter hændelsen oplever at befinde sig i krise. Umiddelbart under og efter voldtægten er det normalt at kvinden føler angst. Angst for fysisk skade eller død. Derpå følger frygten for smerte og frygten for at overgrebet kan finde sted på ny. Offeret kan også opleve frygt for andres reaktion samt for hvilke konsekvenser overgrebet vil få for offerets personlige og sociale liv(7). Implicit i angstfølelsen ligger også skyld og skam. Denne kan komme til udtryk som oplevelsen af at kvinden selv var skyld i overgrebet, grundet dårlig vurderingsevne. Her medfølger mistillid til sig selv og andre. Endvidere kan følelsen være knyttet til hvordan andre reagerer på offeret efter overgrebet. Især andres reaktioner på hvordan offeret reagerede før, under og efter overgrebet kan forstærke følelsen af skyld og selvbebrejdelse(7).

En af de typiske post traumatiske reaktioner er søvnforstyrrelser, både i form af indsovningsproblemer samt mareridt med genoplevelse af overgrebet.

Enkelte kan også opleve mere psykosomatiske problemer såsom mavesmerter, hovedpine, manglende appetit, muskelspændinger, åndenød og kvælningsfornemmelser(3).

Ovenstående, hvis ubearbejdet, kan udvikle sig til kroniske lidelser over tid. Hvilket, i meget stor grad, vil indskrænke offerets livsmuligheder socialt og arbejdsmæssigt, og kan få store konsekvenser for hendes selvbillede og selvfølelse. Hvilket igen kan føre til depression(7).

Specielt er der risiko for at et offer for voldtægt kan udvikle depression, hvis hun har en historie med tidligere psykiske problemer i bagagen, samt hvis hun oplever manglende social støtte.

Tab af kontrol, frygt, angst, skyld og skam kan medføre tab af identitet og selvrespekt. Offeret oplever at være svag, bange og hjælpeløs og dermed afhængig af andre mennesker. Denne manglende selvrespekt kan vise sig ved at kvinden oplever afsky ved egen krop(7).

***Voldtægt i et bio-, psyko –, socialt perspektiv***

Konsekvenserne for voldtægtsofre er, som nævnt vidtrækkende, og for til fulde at forstå, hvad offeret gennemgår, må man forstå hvordan voldtægten griber ind i alle aspekter af offerets liv. En voldtægt er en totalbegivenhed og må anskues og behandles som sådan(8). Der er tale om et dynamisk samspil mellem overlappende dimensioner af offerets liv, nemlig den biologiske-, den psykologiske-, og den sociale dimension (8). I det følgende vil disse overlappende dimensioner blive listet separat, for at danne et overblik over den brede vifte af konsekvenser en voldtægt eller seksuelt overgreb kan have for offeret.

Fig. 1.

Den bio-, psyko-, sociale model.

***Biologisk*:**

Voldtægt er en fysisk handling, hvor gerningspersonen, via fysisk eller mental overmagt tiltvinger sig adgang til offerets krop. I ca. 50 % af overgreb, hvor offeret henvender sig ved et Center for Voldtægtsofre, har gerningspersonen anvendt fysisk vold af forskellig sværhedsgrad(3)

Udover det faktum at der er et rent fysisk aspekt af voldtægt, hvor krop møder krop er den umiddelbare største biologiske eller fysiologiske påvirkning eller konsekvens af voldtægt, selvsagt død. Dernæst kommer fysisk skade såsom rifter, blodudtrædning, ar og fysisk traume der, i værste fald, kan resultere i urin- eller anal-/fækal inkontinens. Sådan skade kan selvsagt være et vedvarende minde om overgrebet(9).

Dertil kommer risikoen for graviditet og seksuelt overførte sygdomme. Ovenstående konsekvenser kan alle være med til at øge offerets risiko for at opleve psykologiske problemer(9).

Desuden er underlivssymptomer, diffuse smerter og svimmelhed hyppigt forekommende senfølger efter voldtægt(3). Det er dokumenteret at voldtægtsofre oplever højere grad af kroniske bækkensmerter, præmenstruelle symptomer, mavesmerter, kvalme, irritable tyktarm og fibromyalgi. Andre symptomer der ofte rapporteres er hovedpine, manglende appetit og søvnbesvær(9).

Der ses også en sammenhæng mellem voldtægt og alkohol- og stofmisbrug, og undersøgelser har vist at voldtægtsofre besøger praktiserende læge 35% oftere hvert år, end personer der ikke har været udsat for voldtægt. Disse 35% oplever eget helbred som dårligere end andres og beskriver sundhedsmæssig risikoadfærd i form af rygning og øget koffeinindtagelse(9).

Slutteligt kan nævnes den betydelige negative effekt, et seksuelt overgreb har på offerets seksuelle funktion. Dette uddybes senere i afhandlingen.

***Psykologisk:***

Såvel som voldtægt er en fysisk handling, er det også, i måske højere grad, en psykisk handling. Offeret penetreres ikke bare fysisk, men i høj grad også mentalt. Offeret oplever hjælpeløshed og afmagt under overgrebet, og mister tilliden til at hun kan klare sig selv og passe på sig selv, med ændret selvbillede til følge. Kvinden kan opleve en øget afhængighed af andre mennesker, hvilket for nogle kvinder vil tolkes som et nederlag som blot bekræfter det negative selvbillede(7).

Hertil kommer følelsen af frygt og angst. Nogle oplever endog en fobisk angst for at færdes alene, for at være alene hjemme, for steder med mange mennesker og for at tale med fremmede. Mange har depressive symptomer, følelse af skyld og skam, følelse af at være værdiløs og nogle har sågar selvmordstanker. Desuden kan nævnes flashbacks og kognitive forstyrrelser såsom hukommelsestab og koncentrationsbesvær. Nogle isolerer sig socialt og udvikler angst for intimitet(3).

Da en voldtægt kan sammenlignes med andre ekstremt livstruende oplevelser, kan det kategoriseres som et traume og der er ofte påvist en sammenhæng mellem voldtægt og udviklingen af den psykiske lidelse Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD) (10).

PTSD er en psykisk lidelse der opstår som forsinket reaktion på en traumatisk begivenhed

eller situation der er så truende eller katastrofeagtig i sin natur, at den ville kunne medføre

kraftig påvirkning hos enhver. Lidelsen har tre symptomgrupper: Intrusion / genoplevelse,

undgåelse og øget arousal(10)(11). Intrusioner kommer til udtryk i form af flashbacks og

mareridt, og kan udløses af hændelser der i en eller anden grad minder offeret om overgrebet.

Offeret vil udvise undgåelsesadfærd ved alt der kan give associationer til overgrebet, og have

koncentrationsbesvær, indsovningsproblemer og ukontrollerede vredesudbrud som

konsekvens af øget arousal(11).

***Socialt:***

I det gamle Rom og Athen var sex ikke forbundet med kærlighed, og partnerens deltagelse i akten, var irrelevant. Sex var ikke en relationel oplevelse forbundet med emotionel intimitet men handlede snarere om at manden brugte sin dominans til at penetrere sin underlegne. Det være sig hustru, kvinder, drenge, udlændinge eller slaver (12), og voldtægt blev anset som et overgreb mod kvindens fader, ægtemand eller formynder, snarere end mod kvinden, da det udgjorde en trussel mod den offentlige orden grundet risikoen for at den forurettede mandlige part ville tage hævn (12). Denne arkaiske opfattelse af seksualitet og voldtægt sender dønninger ind i nutiden.

Ifølge Petrak skriver Susan Brownmiller i sin bog *Against our will, Men, Women and Rape,* fra 1975, at voldtægt stadig er et redskab brugt af mænd til at kontrollere og undertrykke kvinder. Endvidere postulerer hun, at alle mænd drager fordel af den frygt som de enkelte mænd der voldtager, planter i kvinder, da frygten hæmmer kvinders handlemuligheder og bevægelsesfrihed(13). Denne position som mandens seksuelle og reproduktive ejendom kan tænkes at være det der har skabt de voldtægtsproblemer vi kender i dag. Endvidere ligger voldtægt tæt op ad den forholdsvis normale heteroseksuelle aktivitet da mænd er opdraget til at forføre, overtale og presse, mens kvinder skal lade sig forføre og være passive. Dette medfører naturligt, at grænserne for frivillighed bliver flydende(7). På trods af at det i ligestillings navn er blevet mere acceptabelt for kvinder at udtrykke deres seksuelle behov og ønsker, og ved hjælp af deres seksualitet, at være den der forfører, eksisterer den arkaiske opfattelse af kvinden som seksuelt underlegen til stadighed. Hvilket resulterer i at en seksuelt frigjort kvinde kan stemples som promiskuøs og ”billig”. Bliver en sådan kvinde udsat for voldtægt, er der desværre stor risiko for at dele af samfundet vil mene at voldtægten, grundet kvindens adfærd, er selvforskyldt. Hermed har kvinder i et kulturelt og samfundsmæssigt perspektiv, fået ansvaret for at undgå at blive voldtaget. De må ikke være for udfordrende klædt, ikke være for selvsikre og heller ikke for svage. Med andre ord er voldtægt noget kvinden kan undgå hvis hun virkelig vil. Disse sociale, politiske og kulturelle holdninger på voldtægt griber ind i den enkelte kvindes reaktion på overgrebet, hvilket vil få konsekvenser for den post traumatiske mestring og for kvindens eget selvbillede(7).

Det juridiske syn på voldtægt er også med til at påvirke offeret i efterforløbet. Både den måde hvorpå anmeldelsen tages imod af politiet, måden afhøringen finder sted samt rettergang og domfældelse har konsekvenser for hvordan offeret efterfølgende oplever overgrebet, hvilket igen har konsekvenser for mestringen(13).

**Seksualitet, intimitet og sundhed**

Denne afhandlings fokus er primært på de seksuelle følger efter et seksuelt overgreb. Men hvorfor overhovedet beskæftige sig med voldtægtsofferets seksualitet? Ifølge rapporten Seksualitet og Sundhed, fra Vidensråd for Forebyggelse, anser hele 90% af danskerne et velfungerende sexliv som værende af stor betydning for den selvrapporterede trivsel og livskvalitet (14). Flere studier indikerer da også at seksuel aktivitet kan øge menneskets trivsel på mange måder (15). Det kan det ved at fremme følelsen af lykke, styrke immunforsvaret, forlænge levetiden, øge graden af smerte mestring samt fremme seksuel- og reproduktiv sundhed (15). Samtidig demonstrerer flere studier at det at udtrykke sig seksuelt kan fremme sundheden gennem øget livskvalitet og selvværd, samt være medvirkende faktor til at reducere stress, depression og selvmord (15).

Hvor seksualitet tidligere var knyttet til reproduktion, er den i dag i den vestlige verden, en selvstændig kilde til fornøjelse, velvære, bekræftelse, nærhed, social kompetence og personlig vækst (8). I den engelsksprogede faglitteratur kan man finde en skematisk inddeling af det seksuelle livs motiver og funktioner, kaldet seksualitetens seks R’er:

* Reproduktion
* Relation
* Respekt
* Rehabilitering
* Rekreation
* Relaksation (8)

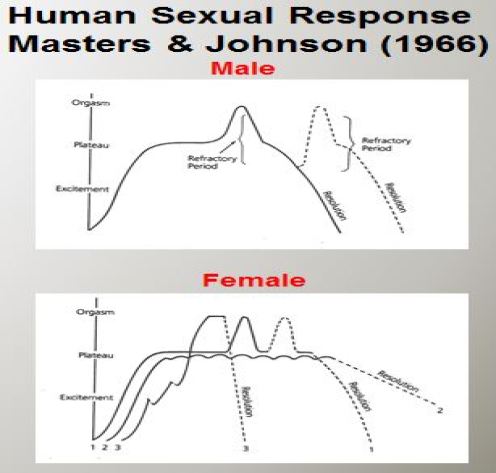
Et tilfredsstillende sexliv bidrager herved positivt til livskvalitet og psykosocial trivsel, og kan give livsmod og ressourcer til at mestre vanskelige situationer (14).

Ifølge ovennævnte rapport fra Vidensråd for Forebyggelse, er intimitet forstået som nærhed, ømhed, fortrolighed, hengivenhed og bekræftelse, af langt større betydning i den seksuelle relation end den mere mekaniske del (14). Intimitet er den nære relation der hviler på gensidig tillidsfuldhed, åbenhed og indføling mellem parterne. Intimitet er især med til at præge nære venskaber, tætte parforhold og forældre-børn-relationer (16).

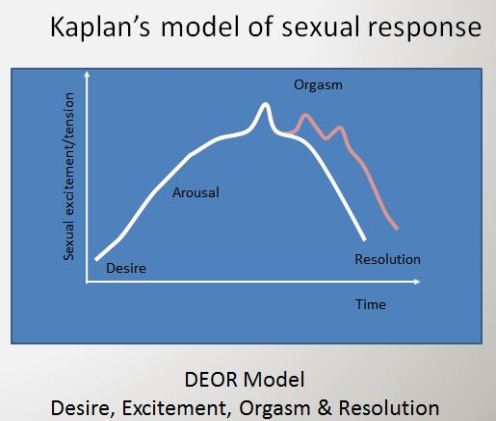
Gennem intimiteten deler man lidt af sit inderste, og uden den følelsesmæssige nærhed der ligger i intimiteten opstår der ensomhed. Men for at kunne være intim skal man være tryg og have tillid til sine medmennesker og ens nærmeste. Man skal kunne udholde den følelsesmæssige og fysiske nærhed som intimiteten fordrer (17)(18).

***Lystmodeller og seksuel respons***

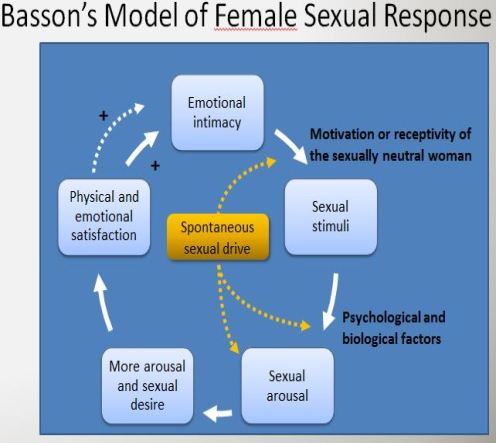
I sexologien tales om lystmodeller og seksuel respons. Dette er af vigtighed da man definerer seksuelle problemer eller dysfunktioner med udgangspunkt i hvor i responssystemet ”fejlen” opstår. I 1966 udkom Masters og Johnson med deres bog *”Human Sexual Response”* hvori de præsenterede en model for den seksuelle respons (figur 2). Modellen bestod af fire stadier: ophidselse, plateau, orgasme og resolution. I 1974 byggede Kaplan[[1]](#footnote-1) videre på modellen, og tilføjede lyst begrebet. Nu blev modellen kogt ned til tre faser: lyst, ophidselse og orgasme (figur 3). Modellen blev opfattet som lineær, da man mente at et individ fulgte faserne trin for trin. I 1997 præsenterede Basson[[2]](#footnote-2) så en cirkulær model der postulerede at kvinders seksuelle respons differentierer sig fra mænds idet den oftest opstår som en reaktion på ønsket om intimitet og nærhed, også kaldet receptiv lyst, snarere end som et behov for ophidselse/ udløsning eller som spontan lyst (figur 4)(19). Hermed mentes at kvinder har receptiv lyst og mænd oplever spontan lyst. I et større tværsnitsstudie foretaget af Professor i Sexologi, Annamaria Giraldi et al. fandt man at ingen specifik model, kan beskrive hverken mænds eller kvinders seksuelle respons. 30 % af kvinderne valgte henholdsvis Masters & Johnson, Kaplan og Bassons model til at beskrive deres seksuelle respons. De sidste 10 % valgte ingen af modellerne. Hos mændene valgte 50 % Masters & Johnson, 40% Kaplan og kun 5% Basson. Så størstedelen af mændene i studiet siger de har sex fordi de føler sig ophidsede eller føler spontan lyst, og ca. en tredjedel af kvinderne har sex af ønsket om intimitet og nærhed(19).



Figur 2.



Figur 3.



Figur 4.

**Voldtægt og seksualitet**

I 2002 nedsatte verdenssundhedsorganisationen WHO en arbejdsgruppe, som udarbejdede følgende definition på seksuel sundhed:

“Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt velbefindende i forbindelse med seksualitet; det er ikke alene fravær af sygdom, dysfunktion eller handicap. Seksuel sundhed *kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold*, såvel som muligheden for at have lystfyldte og sikre seksuelle oplevelser, *frie for tvang, diskrimination og vold*. For at opnå og opretholde seksuel sundhed må ethvert individs seksuelle rettigheder *respekteres, beskyttes og opfyldes*” (14).

Ifølge den norske Psykolog Solveig Dahl, forvrænger en voldtægt billedet af den seksuelle interaktion, ved på samme tid at ligne og være forskellig fra normalt samleje, hvilket forvirrer offeret og gør overgrebet svært at placere rent kognitivt(6). Det kan end dog hævdes at meget af den tilsyneladende normale heteroseksuelle aktivitet, ligger tæt op ad voldtægt. Forstået på den måde, at mænd, som tidligere nævnt, rent kulturelt er opdraget til at forføre, overtale og presse, mens kvinden er opdraget til at lade sig overtale. Herved bliver grænserne for frivillighed flydende og det kan være svært at vurdere hvad der er overgreb, og hvad der er konsensualt (7).

Den foreliggende forskning på området leverer overbevisende resultater der indikerer, at voldtægt har negativ effekt på offerets seksuelle funktion i forhold til både omfanget og kvaliteten af seksuel kontakt (20)(3). Nedenfor listes nogle af de problemer af seksuel karakter, der kan opstå som følge af seksuelt overgreb:

* Intimitets- og berøringsangst
* Lyst- og ophidselsesforstyrrelser
* Dyspareuni og vaginisme
* Hæmmet orgasme
* Kropsforagt
* Kompensatorisk hyperseksualitet
* Ændret erogenicitet (3).

Der er mange forskellige faktorer der har indflydelse på udviklingen af seksuelle problemer efter et overgreb. Dog findes en sammenhæng mellem overgrebets karakteristika, tidligere seksuelle erfaringer, offerets følelser under og efter overgrebet samt partners reaktioner, og udviklingen af seksuelle problemer. Specielt kontaktvoldtægt med et minimum af vold kan udløse seksuelle problemer, da offeret i disse tilfælde oftest føler at overgrebet delvist er hendes egen skyld, og derfor har følelser af vrede, skyld og skam rettet mod sig selv(10). I et review af van Berlo og Einsink, fandt man en sammenhæng mellem kvinder udsat for kontaktvoldtægt og antallet af seksuelle partnere efter overgrebet. Dette kan enten skyldes en forudgående promiskuitet, hvilket må anses som en risikofaktor, eller en direkte respons på overgrebet(10). Endvidere har kvinder udsat for kontaktvoldtægt eller ”date-rape”, en tendens til at udvise lavt seksuelt selvværd, forstået på den måde, at de er mere usikre på hvad de foretager sig seksuelt og er utilfredse med egne evner til selv at kontrollere deres seksuelle forhold(10).

Flere studier viser at der findes en sammenhæng mellem den psykiske diagnose PTSD

og seksuelle problemer. Kvinder diagnosticeret med PTSD er i højere risiko for at lide af

dyspareuni, endometrisose og seksuelt overførte sygdomme(20). Samtidig findes, at kvinder

der oplever seksuelle problemer efter et overgreb oftere er diagnosticeret med PTSD end

kvinder der ikke oplever seksuelle problemer efter et overgreb(10).

Voldtægtsofre der lider af PTSD er endvidere i høj risiko for at udvikle seksuelle problemer, grundet seksuelle situationers evne til at virke som en udløser af traumatiske erindringer fra overgrebet(21). Ydermere er evnen til emotioner, specielt følelser knyttet til intimitet, ømhed og seksualitet ofte nedsat hos personer der lider af PTSD. På den baggrund undertrykkes positive følelser samtidig med, at situationer det udløser traumatiske erindringer undgås(21). I et studie af van Berlo og Ensink fandt man, at kvinder der ikke var seksuelt aktive et år efter overgrebet, oftere havde seksuelle problemer, end de kvinder der var seksuelt aktive. Samtidig havde disse kvinder oftere en PTSD diagnose med svære symptomer. Specielt var disse kvinder plaget af vedvarende intrusioner(10).

Ovenstående kan virke særdeles hæmmende på den seksuelle respons.

Berlo og Ensink konkluderer, at noget tyder på at seksuelle problemer hos ofre for voldtægt, har mere at gøre med hæmning af seksuel respons som følge af frygt for sex, manglende seksuel ophidselse eller manglende seksuel lyst, og mindre at gøre med de mere fysiske symptomer såsom smerter under samleje og anorgasme(10). Dette passer fint sammen med Graugaard, Pedersen og Klarlunds beskrivelse af intimitet som værende langt vigtigere i den seksuelle kontakt, end den mere fysiske og mekaniske akt(14).

Burgess og Holmstrom fastslår at, i enhver seksuel situation kan en negativ psykologisk reaktion på sex udvikle sig til en aversion. Dette var også tilfældet for undersøgelsens informanter der beskrev aversioner på det fysiske, mentale, subjektive, generelle og affektive plan. Halvdelen af ofrene i studiet oplevede endvidere flashbacks til overgrebet. Disse optrådte som en reaktion på en gynækologisk undersøgelse og under seksuel kontakt(22). 35 % af ofrene kunne endog identificere specifikke seksuelle handlinger, som de efter overgrebet fandt urovækkende, da disse handlinger blev udført under overgrebet(22).

Berlo og Ensink fandt at flere studier peger på at ung alder og kendt gerningsmand øger risikoen for at udvikle seksuelle problemer efter et seksuelt overgreb(10). Dette kan skyldes at unge kvinder ikke har så stor erfaring seksuelt, og derfor lettere forbinder fremtidige seksuelle oplevelser med overgrebet. Hvad angår kendt gerningsmand, kan dette måske skyldes at kvinden holder sig selv mere ansvarlig for overgrebet, og derved udvikler mistillid til sig selv, samt skyld og skam(10). Endvidere diskuteres det hvorvidt der findes en sammenhæng mellem vaginal penetration under overgrebet og seksuelle problemer i efterforløbet (10).

I forhold til graden af fysisk vold under overgrebet, har studier vist en tendens til, at jo mere vold offeret er udsat for fra gerningsmanden des færre seksuelle problemer oplever hun i efterforløbet. Dette kan skyldes at ofrene, i tilfælde af fysisk overmagt, ikke føler nær så meget skyld(10). Hvis offeret derimod føler sig delvis ansvarlig for overgrebet er hun i større risiko for at udvikle seksuelle problemer. Denne tendens ses også i overgreb hvor gerningsmanden har brugt mere overtalelse end vold, som det kan ses ved kontaktvoldtægter(10).

Et interessant fund i Berlo og Ensinks review, er at de følelser offeret er i besiddelse af, under og umiddelbart efter overgrebet er stærke prædiktorer for vedvarende seksuelle dysfunktioner. Specielt følelser rettet mod offeret selv, såsom vrede, skyld og skam spiller en signifikant rolle i forhold til udvikling af dysfunktion i det seksuelle respons system(10).

**Det danske tilbud:**

I Danmark er modtagelse af voldtægtsofre en specialiseret regions funktion (1), fordelt på ti centre for voldtægtsofre, hvor ofre for voldtægt og andre seksuelle krænkelser kan søge hjælp efter et overgreb. På centrene for voldtægtsofre tilbydes personundersøgelse ved retsmediciner, gynækologisk undersøgelse ved speciallæge i gynækologi, hjælp til behandling ved fysisk traume, undersøgelse for- samt behandling af diverse seksuelt overførte sygdomme, behandling af uønsket graviditet, psykosocial støtte og omsorg i den akutte fase af overgrebet, psykologisk behandling samt socialrådgivning. Det er ikke et krav, at offeret anmelder overgrebet, og der tages altid udgangspunkt i offerets subjektive oplevelse af hændelsen, uden referencer til den juridiske ramme for voldtægt.

I 2010 benyttede 653 ofre for voldtægt sig af, de dengang syv danske centres omsorgstilbud (1). Der forligger endnu ikke nogen statistik for antallet af hjælpsøgende ofre i 2016, men i Center for Voldtægtsofre – OUH, ses næsten en fordobling i henvendelser, efter tidsgrænsen for henvendelse er blevet ophævet. Hvis det samme mønster gør sig gældende på resten af landets centre, må det betyde, at der på landsplan er tale om ca. 1300 ofre for seksuelle overgreb, der gør brug af centrenes omsorgstilbud.

***Center for Voldtægtsofre – OUH***

Til trods for politisk ønske om ensretning af sundhedsvæsenets tilbud til voldtægtsofre, er der til stadighed forskel på hvordan de forskellige centre er lokaliseret og organiseret. På Odense Universitetshospital er Center for Voldtægtsofre lokaliseret under Gynækologisk Obstetrisk afdeling. Fysisk ligger akutmodtagelsen af voldtægtsofre på afdelingens operationsafsnit. Der er afsnittets sygeplejersker der står for akutmodtagelsen af voldtægtsofre, og som yder støtte og sygepleje samt assisterer under den retsmedicinske undersøgelse. Center for Voldtægtsofre og operationsafsnit har derfor samme afdelingssygeplejerske som deler ledelsesopgaven med en overlæge. Det er endvidere i operationsafsnittet at den opfølgende sygeplejesamtale finder sted. Dertil kommer tilbuddet om psykologbistand. Til Center for Voldtægtsofre – OUH er der tilknyttet to psykologer. Begge er rent logistisk, lokaliseret på OUH’s patienthotel. Der tilbydes visiterende samtale ved psykolog, samt ca. fem sessioner med traumespecifik behandling. Dertil er tilkøbt socialrådgiverbistand som er lokaliseret i Familiecenteret. Ønskes sexologisk rådgivning er dette lokaliseret i afdelingens sengeafsnit og ambulatorie. Afdelingen har to sexologiske rådgivere fordelt på tre ugentlige ambulatorier. Der er på nuværende ingen begrænsninger i forhold til antal samtaler ved sexologisk rådgiver. Som det fremgår er centrets tilbud rent logistisk, spredt over det meste af OUH. Dette vanskeliggør fleksibilitet i hverdagen, da al kontakt mellem de forskellige instanser foregår via tlf. og e-mailkorrespondance.

|  |
| --- |
| **Problemformulering** |

Seksuelle problemer hos ofre for voldtægt er, som beskrevet i baggrundsafsnittet, et omfattende problem, som i høj grad er udløst af de psykiske reaktioner på overgrebet. Derfor er det vigtigt at følge sundhedsstyrelsens anbefalinger omhandlende tilbud om sexologisk rådgivning til ofre for seksuelle overgreb. Der er dog spørgsmål vi endnu ikke har svar på, såsom; hvornår bør denne rådgivning finde sted, og hvad bør den indeholde? Er det muligt at tage hul på sexologiske problemer hos en kvinde der lider af PTSD eller depression? Svar på disse spørgsmål vil hjælpe os med at tilrettelægge det mest optimale tilbud til ofrene i klinikken.

**Forskningsspørgsmål**

Hvordan forebygges seksuelle senfølger hos en kvinde udsat for seksuelle overgreb, herunder:

1. Hvornår bør den sexologisk rådgivning til den akut voldtægtsramte iværksættes?
2. Hvilke seksual-terapeutiske principper bør den seksuelle rådgivning bygges op omkring?

|  |
| --- |
| **Design og Metode** |

**Valg af metode**

Ovenstående spørgsmål søges besvaret gennem et litteraturstudie. Da ønsket er, via eksisterende forskning og anerkendte teorier, at generere ny viden til etablering af en styrket praksis, og bedst mulig hjælp og støtte til de hjælpsøgende ofre ved Center for Voldtægtsofre - OUH.

For at afsøge såvel det biologiske samt det psyko-sociale felt, er der foretaget systematisk litteratursøgning i databaserne Pubmed og Psychinfo. Samt søgning på bibliotek.dk og Primo på Aalborg Universitets Bibliotek (AUB).

Der er endvidere foretaget kædesøgning blandt referencer i relevant litteratur.

Da der foreligger overbevisende forskning om senfølgerne efter et seksuelt overgreb, er afhandlingens fokus at finde frem til hvordan disse kvinder bedst hjælpes post traumatisk, således de ikke risikerer en seksuel problemstilling som senfølge efter overgrebet. Derfor har afhandlingens litteratursøgning fokuseret på behandling af traumer, behandling efter seksuelt overgreb, traume efter overgreb, emotionelt traume og parathed til behandling/ helbredelse. I den følgende litteratursøgning har der været søgt at finde litteratur der besvare nedenstående forskningsspørgsmål.

1. Hvornår bør den sexologisk rådgivning til den akut voldtægtsramte iværksættes?
2. Hvilke seksualterapeutiske principper bør en sådan rådgivning bygges op omkring?

Der har derfor været søgt af to omgange. En søgning har søgt at besvare første forskningsspørgsmål. Dette spørgsmål omhandler hvornår offeret er klar til at modtage behandling. Anden søgning har søgt at besvare forskningsspørgsmål 2, som omhandler det mere praktik orienterede og seksualterapeutiske aspekt. Der er søgt i databaserne:

* PubMed

Bibliografisk database for U.S. National Library for Medicine, som bland andet dækker emnerne biomedicin, medicin, psykiatri og psykologi(23)

*Mesh – termer:* Rape AND Therapeutics

* Psychinfo

Bibliografisk database for American Psychological Association, som blandt andet dækker emnerne psykologi, sociologi, adfærds- og sundhedsvidenskab(24)

*Thesaurus-termer:* Rape AND Emotionel AND Trauma AND Sequelae (23)

Post-rape AND Recovery (7)

Post-rape AND Sexual (52 hits)

Artikler der ikke relaterer sig til afhandlingens problem blev sorteret fra, først ved screening af overskrift, og dernæst ved gennemlæsning af abstracts. De resterende artikler blev gennemlæst, og de artikler med relevans for afhandlingens problem, blev udvalgt. Ved gennemlæsning af litteratur, fundet via ovenstående databaser fandtes endvidere yderligere litteratur, både via ”key words” og via referenceliste. Den systematiske søgning gav i alt ni artikler og fagbøger til brug i den videre analyse. Figur 5. illustrerer antal hits i de forskellige databaser, samt udvælgelse af relevante emner.

Der findes en del forskning på sammenhængen mellem seksuelle overgreb og PTSD, på forskellige behandlingsformer og deres relevans i forhold til de mentale følger efter seksuelle overgreb. Desværre findes der kun ganske lidt forskning på seksualterapi og seksuelle behandlingsmetoders effekt på seksuelle problemer som følge af et seksuelt overgreb. Endvidere er meget af den forskning der findes på området af ældre karakter, og artiklerne spænder over mere end 30 år, fra 1979 – 2012. Oprindeligt var tanken, at litteratur ældre end 20 år, ikke skulle medtages i litteratursøgningen, men da der som nævnt findes begrænset litteratur af nyere dato, er tre artikler fra henholdsvis 1979, 1984 og 1991 medtaget i afhandlingen. De nævnte artikler vurderes til, stadig at have relevans for arbejdet med ofre for seksuelle overgreb. Af videre inklusionskriterier kan nævnes at kun forskningsartikler, fagartikler og bøger fra den vestlige del af verden er medtaget i afhandling. Dog er et enkelt israelsk studie medtaget, da det er udrettet af en amerikanske Psykolog og Ph.d. Studier om emnet fra eksempelvis Cape Town, Sydafrika blev ikke medtaget, da de ikke vurderedes sammenlignelige med danske forhold og dansk kultur.

Fig. 5.

Skematisk fremstilling af afhandlingens litteratursøgning.

Kædesøgning

Thesaurus- /Mesh term

Bibliotek.dk og Primo

85 hits

25 hits

11 hits

I alt 111 hits

44 blev valgt ud fra titel

19 blev valgt ud fra abstract

8 blev valgt efter gennemlæsning

***Begrebsafklaring***

I den følgende litteraturgennemgang vil begrebet seksuelt overgreb blive brugt. Seksuelt overgreb dækker over alle former for overgreb af seksuel karakter. Voldtægt er et seksuelt overgreb, hvor gerningsmanden penetrerer offeret oralt, analt eller vaginalt. Endvidere dækker betegnelse over blufærdighedskrænkelse, voldtægtsforsøg og incest (3). Fremadrettet vil begrebet offer blive brugt om de kvinder der har været udsat for seksuelt overgreb.

Først præsenteres dog den teoretiske ramme. Denne består udelukkende af teorier af psykologisk- og sociologisk karakter. Dette med henblik på at forstå de psykologiske processer der følger i kølvandet på et seksuelt overgreb, og som ligger til grund for størstedelen af de seksuelle problemer der kan opstå post traumatisk. Samtidig bruges de til at kaste lys over hvornår i det post traumatiske forløb, offeret er i stand til at bearbejde og arbejde med de seksuelle problemer.

**Teoretisk ramme**

***Traumeteori***

I bogen *Shattered assumptions – Towards a New Psychology of Trauma* tegner Ronnie Janoff-Buulman, professor I psykologi ved University of Massachussets (25) et billede af de psykologiske processer der træder i kraft ved psykologisk traume. Hvordan grundlæggende antagelser om verden som et godt og meningsfuldt sted bliver knust af traumatiske begivenheder, og hvordan ofrene bliver genstand for selvbebrejdelse i forsøget på at imødekomme brutalitet (26). Bogen giver også bud på hvordan psykisk ligevægt kan genoprettes efter traume. I det følgende vil præsenteres et sammendrag af teorien(26).

Janoff-Bulman beskriver, at vi i kernen af vores interne verden, har en basal oplevelse af os selv samt af den eksterne verden vi er en del af. Denne oplevelse styrer hvordan vi ér i verden, og fungerer som guide i vores dag-til dag tanker og adfærd(26).

Janoff-Bulman beskriver at de grundlæggende antagelser der ligger til grund for hvordan vi ser os selv i verden er, at:

* verden er god
* verden er meningsfuld
* selvet er agtværdigt

*Verden er god:*

I denne kontekst refererer verden både til begivenheder og mennesker. Når vi antager, at andre mennesker er gode, tror vi på, at de i bund og grund er venlige, hjælpsomme og omsorgsfulde. Når vi antager at begivenheder er gode, handler det om antagelsen af, at der er en overvægt af positive udfald og lykke på vores vej frem for negative udfald og ulykke. Med andre ord tror vi på, at vi lever i en god, tryg og sikker verden frem for en ondsindet, fjendtlig verden. Denne tillid til verden som god, har vi med os fra barnsben, og den bygger på en tryg tilknytning mellem barnet og den primære omsorgsperson(26).

*Verden er meningsfuld:*

Med dette menes, at vi som mennesker tror på, at vores verden giver mening. I denne antagelse ligger, at vi mener der er en sammenhæng mellem en person, og de begivenheder denne er udsat for, -at ulykke ikke er vilkårlig og tilfældig. På denne måde fortjener et godt, anstændigt og moralsk menneske kun positive livsbegivenheder, mens ulykke primært bør ramme amoralske mennesker. Ud fra denne antagelse er det enkelte menneske i stand til at kontrollere hvad der hænder det gennem dets ageren i verden(26).

*Selvet er agtværdigt:*

Dette er antagelsen om eget værd. Generelt har mennesket en opfattelse af sig selv som et godt, kompetent og moralsk individ, der er i stand til at handle sig frem til positive udfald(26).

Disse tre positive antagelser, danner kernen i vores verden af antagelser. De er ikke knyttet til følelsen af, at andre altid vil være ærlige og retfærdige, men snarere til en overbevisning om at alt ender godt, og at vi er trygge og beskyttede(26).

Når et menneske udsættes for traume, udfordres dennes fundamentale antagelser, og der opstår en psykologisk krise. De typer af traumatiske begivenheder der med størst sandsynlighed udløser en traumatisk respons, er begivenheder hvor offeret har følt sig truet på sin eksistens såsom voldtægt. Janoff-Bulman beskriver ofre for traumatiske hændelser som værende i en tilstand af konceptuel disintegration. Deres tidligere positive antagelser bliver modsagt af en viden om, at verden *kan* være ondsindet og meningsløs. De har hermed to kognitive-emotionelle muligheder; at holde fast i tidligere antagelser, som ikke længere er adækvate til at beskrive verden og selvet, eller tilegne sig nye antagelser som ikke alene involverer en total omtænkning af tidligere opfattelser, men som i sig selv, er ekstremt negative og truende(26). Udfordringen for disse ofre, bliver at integrere de to. Dette mener Janoff-Bulman, kan opnås ved hjælp af 3 mestrings processer:

*Bearbejdning af intens ny data:*

Ofre svæver mellem et behov for at konfrontere traumet (intrusioner, genoplevelse) og undgå traumet (benægtelse, følelsesløshed). Disse symptomer er også tegn på PTSD, men er i første omgang en måde for offeret, ubevidst at bearbejde traumet. I forhold til undgåelse kan der være tale om såvel bevidst som ubevidst undgåelse. For eksempel er stoffer og alkohol en form for bevidst undgåelse. Ved at påtage sig undgåelsesadfærd, vil offeret i sidste ende maksimere muligheden for succesfuld integration af deres oplevelse. For de fleste mennesker der kender deres verden som god og meningsfuld, vil en traumatisk begivenhed være intet mindre end overvældende. Billeder og tanker knyttet til traumet vil fylde offerets indre verden. Disse er kraftfulde og intenst smertefulde, og truer med fuldstændig at overvælde offeret. Benægtelse som mestring, hjælper offeret med gradvist at indse realiteterne af traumet og konfrontere oplevelsen i mindre doser(26).

*Genopbygning af antagelser:*

For ofre for traumatiske begivenheder er det vigtigt, at nå frem til en verden af antagelser, der ikke er truende for individet. For at nå frem til dette, skal de negative oplevelser integreres med de tidligere illusioner. Dette sker, selv sagt på det ubevidste plan, og offeret benytter her tre strategier:

1. Sammenligningsprocessen: hvor offeret sammenligner hendes egne oplevelser med andre i lignende situationer og derved perspektiverer egen lidelse.
2. Selvbebrejdelse: hvor offeret prøver at tyde hendes egen rolle i overgrebet. Her kan opstå skyld og skamfølelser.
3. Reevaluering af overgrebet, fordele for sig selv og andre: her prøver offeret at finde formål og mening i overgrebet.

Gennem denne revurdering af overgrebet, kan offeret lokalisere og skabe bevis på at verden er god, at den giver mening, samt af eget værd i de selvsamme begivenheder der i første omgang splintrede disse illusioner(26).

*Den eksterne verden:*

Offeret kan ved hjælp af små handlinger, som at lave en indkøbsliste, handle ind eller køre fra A til B producere resultater, der ved små skridt, hjælper offeret med at erhverve ny data. Denne nye data er begyndelsen på at se, at verden ikke er et gennemført skræmmende sted. Endvidere spiller andre mennesker en stor rolle. Da mennesker ifølge Janoff-Bulman er sociale væsner, der spejler sig i andres reaktioner. Her kan offeret få opbygget noget af det selvværd, der er gået tabt under traumet. Men der er også stor risiko for at offeret kan retraumatiseres hvis hun ikke opnår den forventede støtte og forståelse fra sociale myndigheder, samfundet, venner og familie. Her kan terapeutens opgave være, at agere den omsorgsfulde anden, der kan give offeret omsorg og accept. Eller underviseren, der kan lære offeret at minimere de mere affektive reaktioner og samtidig maximere revurderingen af den traumatiske hændelse(26).

*PTSD:*

Janoff-Bulman præsenterer et studie, hvor man fandt, at en historie med en stresfuld barndom medfører mindre sandsynlighed for udvikling af PTSD efter traumatiske begivenheder. Dette viste sig at være tilfældet hvis personen i barndommen havde været udsat for moderate stressorer, der var sufficiente til, langsomt at ændre nogle antagelser i retning af mindsket naivitet(26).

***Kriseteori***

I bogen *Krise og Udvikling* skitserer den svenske psykiater, psykoanalytiker og forfatter, Professor Johan Cullberg (27) krisernes årsager og forløb.

Ifølge Cullberg defineres en krise som en situation, hvor personens ressourcer, i form af erfaringer og reaktionsmåder, ikke er tilstrækkelige til at klare hverken selvstillede udfordringer eller omgivelsernes krav. En psykisk krise indebærer en oplevelse af forladthed, selvfordømmelse og/eller kaos.

Der er tale om en traumatisk hændelse som truer ens fysiske eksistens, sociale identitet eller overordnede tryghed(11).

Cullberg taler om 3 slags kriser: udviklings-, rollerelations- og traumatiske kriser. Sidstnævnte inddeles i:

1) Chokfasen (minutter til døgn)

2) Reaktionsfasen (uger til måneder)

3) Bearbejdningsfasen (½-1 år)

4) Nyorienteringsfasen (resten af livet)

Ovenstående er en forenklet inddeling, da en eller flere af faserne til tider kan udeblive, eller være nært sammenvævet med en anden fase(11).

Tilstanden karakteriseres af voldsomme og ofte modstridende følelser og manglende evne til at bruge sin sædvanlige problemløsningsevne(11).

*Chockfasen:*

-er den indledende fase. Her holdes virkeligheden på afstand, da offeret endnu ikke er i stand til at tage hændelsen ind, eller bearbejde den. Offeret kan virke rolig og fattet, men under overfladen hersker kaos. Efterfølgende vil offeret have svært ved at huske hvad der er sket eller hvad der er blevet sagt(11).

*Reaktionsfasen:*

Chok og reaktionsfasen udgør tilsammen *den akutte krise.* Reaktionsfasen går først i gang når offeret begynder at åbne øjnene for hændelsen. Offeret vil her forsøge at finde en mening med hændelsen. Individets forsvarsmekanismer bliver nu mobiliseret. Disse forsvarsmekanismer har til formål at mindske oplevelsen af og bevidstheden om trusler og fare for jeg’et, og kan hjælpe offeret med gradvist at konfronterer sig med en smertelig virkelighed. Under forsvarsmekanismer kan nævnes regression, fornægtelse, projektion af skyldfølelse, rationalisering, isolation, affektiv suppression, fortrængning og dissociative symptomer. Endvidere vil der i reaktionsfasen opstå symptomer såsom sorg, forladthed, dødslængsel, ligegyldighed, selvfordømmelse, selvmedicinering, aggressivitet samt en lang række psykosomatiske reaktioner(11).

*Bearbejdningsfasen:*

Her begynder offeret igen at orienterer sig mod fremtiden. De symptomer og adfærdsforstyrrelser der opstod under reaktionsfasen, aftager lidt efter lidt og gamle aktiviteter genoptages. Her skal der være særlig opmærksomhed rettet mod offeret, for begynder der ikke at ske en formildning af symptomerne fra reaktionsfasen, skal der sættes ind med behandling, evt. af medicinel karakter(11).

*Nyorienteringsfasen:*

Denne sidste fase har ingen afslutning. Her lever offeret med traumet, som et ar. Selvfølelsen er genoprettet og de skuffede forhåbninger er bearbejdet. Dette sker, ifølge Cullberg, under forudsætningen af at offeret har kunnet forsone sig med den traumatiske hændelse. I arbejdet med at komme igennem krisen har offeret erhvervet nye livserfaringer, som gør det lettere at komme igennem fremtidige kriser(11).

***Mestring***

Aron Antonovskys, den, nu afdøde, israelsk-amerikanske professor i medicinsk sociologi udviklede teorien om SOC, Sence of Coherence (oplevelsen af sammenhæng, OAS) (28).

Teorien er baseret på et salutogenetisk syn på sundhed, fremfor den traditionelle patogenetiske synsvinkel. Hermed forstås at Antonovsky ønskede at fokusere på hvad der gør folk sunde, fremfor hvad der gør folk syge(29). Den grundlæggende ide bag det salutogenetiske perspektiv er, at sygdom, kriser, konflikter og spændinger er noget helt almindeligt i livet. Disse betegnes som stressorer. De samme stressorer påvirker, ifølge Antonovsky, mennesker forskelligt, og stressorer er ikke altid af negativ karakter. At være udsat for pres/ stressorer, kan under de rette omstændigheder være udviklende og øge individets modstandskraft(29). Hvis man er i stand til at handle på den spænding der udløses af stressorerne, inden de udvikler sig til stres, er man, ifølge Antonovsky, et sundt menneske. Spørgsmålet har her, for Antonovsky, været; Hvad karakteriserer sunde mennesker? Her kommer teorien om SOC ind i billedet.

Hovedelementerne i SOC er elementerne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed:

*Begribelighed*

-handler om hvorvidt en person oplever indre og ydre stimuli som kognitivt forståelige, som ordnede, sammenhængende, struktureret og tydelig information. Har man en stærk oplevelse af begribelighed, har man en forventning om a de stimuli man udsættes for i fremtiden er forudsigelige, eller som minimum kan passes ind og forklares(30).

*Håndterbarhed*

-handler om hvorvidt man stoler på at der står ressourcer til rådighed, der er tilstrækkelige, til at klare de krav man stilles overfor, på baggrund af de stimuli man bombarderes med. Disse ressourcer kan både være ressourcer man selv har kontrol over, men kan også være i form af hjælp og støtte fra mennesker man stoler på. Har man en stærk følelse af håndterbarhed, føler man sig ikke som offer for omstændighederne, eller at livet har behandlet én uretfærdigt(30).

*Meningsfuldhed*

-er motivationskomponenten, og handler om hvorvidt man føler at et problem eller en udfordring er værd at engagere sig følelsesmæssigt i. Det betyder ikke at mennesker med en stærk følelse af meningsfulhed finder glæde ved evt. traumer eller dødsfald, men derimod, at når disse ting sker for sådan en person, tager denne udfordringen op, og beslutter sig for at finde mening med den(30)

**Litteratur fremstilling**

For at danne overblik, og som arbejdsredskab er litteraturen herunder fremstillet skematisk. Derefter følger en tematisering af pågældende empiri.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Titel, årstal, forfatter | Formål | Metode | Resultater | Kritik | Relevans for afhandlingens problem |
| *Time limited therapy with sexually dysfunctional, sexually assaulted women*  1984  Judith v. Becker et al.  Becker er Ph.d. og Professor i Department of Psychology ved University of Arizona.  Publiceret i *Journal of Social and Human Sexuality*, et peer-reviewed tidsskrift. | Studiets sigte var at evaluerer en allerede brugt terapiform til behandling af kvinder med seksuelle dys-funktioner efter et seksuelt overgreb. | RCT-studie.  68 kvinder deltog i studiet. Disse kvinder havde et min. 2 mdr. gammelt overgreb bag sig. Deltagerne blev forud for behandlingen interviewet om personlig baggrund og seksuel historie. De blev endvidere testet for depression, angst, evnen til seksuel ophidselse, for evnen til tilpasning i et parforhold. Kvinderne blev derefter tilbudt at deltage i terapi. De blev tilfældigt tildelt en af fire grupper: omgående igangsat individuel terapi, omgående igangsat gruppeterapi, forsinket individuel terapi og forsinket gruppeterapi. De kvinder der blev tilbudt forsinket terapi, fungerede som kontrolgruppe. Der blev efterfølgende fulgt op på kvinderne 2 uger og 3 måneder efter endt terapi. | Den behandlingsform som pågældende studie sigtede at evaluere, viste sig effektiv i forhold til at lindre de seksuelle problemer hos kvinder udsat for seksuelt overgreb. Behandlingen viste sig mest effektiv i forhold til selv-stimuli og evnen til at kontrollerer flashbacks. Men efter 3 måneder viste undersøgelsen også nogen effekt i forhold til bedring af dyspareuni.  Kvinder der deltog i gruppeterapi, havde langt større effekt af behandlingen ved 3 måneders kontrollen, end kvinder i individuel terapi. | Resultatet af denne undersøgelse må betragtes som indledende, da nogle af kvinderne, ved udgivelse af artiklen, stadig var under behandling. Endvidere er artiklen 33 år gammel, og det må forventes at der er sket fremskridt indenfor behandling af voldtægtsofre samt indenfor det seksual-terapeutiske felt. | Gruppeterapi over individuel terapi  Behandlings-pakkens indhold, som søger at genopbygge kognitioner og tilpasse adfærd.  Pakken er bygget op over PLISST-modellen. |
| *Is rape-related self-blame distinct from other post traumatic attributions of blame?*  *-A comparison of severity and implications for treatment.*  2011  *Avigail Moor, Amerikansk Psykolog og Ph.d.*  *Moshe Farchi*  Publiceret I *Women & Therapy,* et peer-reviewed tidsskrift. | Sigtet med studiet var at undersøge, nogle af de områder hvor symptomer efter voldtægt, adskiller sig fra symptomer efter andre traumatiske begivenheder. Formålet var derved at en sådan viden ville gøre det muligt at skræddersy behandlingen af voldtægtsofre. | Spørgeskema-undersøgelse med 304 informanter. Primært studerende ved Tel Hai College i Israel, og fra det omkringliggende område.  Der blev spurgt ind til om informanterne havde været udsat for en traumatisk begivenhed, PTSD symptomatologi, selvbebrejdelse og demografiske spørgsmål | Ud af de 304 informanter havde 119 været udsat for en traumatisk begivenhed. Af disse havde 14 været udsat for voldtægt (alle kvinder).  Voldtægtsofre oplever signifikant højere niveau af PTSD end hos andre traume-kategorier.  Kun hos voldtægtsofre sås en signifikant sammenhæng mellem selvbebrejdelse og PTSD niveau.  Hos samme gruppe var følelsen af hjælpeløshed signifikant højere end hos andre grupper. | Studiet er foretaget ved Tel Hai College i Israel. Informanterne havde i gennemsnit 13,5 års skolegang bag sig. Derved kan sættes spørgsmåls-tegn ved om studiet er overførbart til den vestlige verden, og hvorvidt den er repræsentativ for et større udsnit af befolkningen. Det taler dog til studiets fordel at dens hovedforfatter er den amerikanske psykolog og Phd, Avigail Moor. | Voldtægt behandles ofte som ethvert andet traume. Men herved overses voldtægts-specifikke følger, såsom selvbebrejdelse og følelse af hjælpeløshed, som hos voldtægtsofre er højere end andre traumeramte. Dette skyldes i høj grad omverdenens syn på denne gruppe.  For at offeret skal kunne komme sig på alle områder af livet, skal hun til fulde tro på at hun ikke var skyld i overgrebet. |
| *Rape victims: issues, theories, and treatment.*  1991  Judith V. Becker Ph.d. og Professor i Department of Psychology ved University of Arizona.  Meg S. Kaplan  Ph.d. I Human Sexuality og klinisk psykolog.  Publiceret i *Annual Review of Sex Reserarch.* | At give et overblik over eksisterende forsknings-resultater, teorier og behandlings-metoder der tilbydes ofre for voldtægt. | Litteratur review. | Forfatterne gør opmærksom på, at på trods af tre årtiers klinisk observation og empirisk forskning er man, på udgivelses-tidspunktet, kun begyndt at forstå de alvorlige konsekvenser et seksuelt overgreb kan have for en kvindes liv. Der er tale om påvirkning på både den emotionelle-, kongnitive-, sociale-, og fysiske funktion. Mange ofre venter flere år før de søger hjælp, og det er vigtigt at terapeuter og klinikere lærer at spørge ind til evt. tidligere seksuelle traumer. | Denne artikel er 26 år gammel, og meget kan have ændret sig siden artiklen blev forfattet. Dog kan ses, ud fra vedrørende afhandlings litteratur-søgning, at dette ikke nødvendigvis er tilfældet. | Der bliver lagt vægt på sammenhængen mellem seksuelle overgreb og udviklingen af PTSD.  Der gives mere specifikke forslag til hvordan et voldtægtsoffer kan behandles terapeutisk, for at mindske frygt og angst.  Til overgrebs-relaterede seksuelle dysfunktioner må behandling rettes mod negative kognitioner knyttet til det seksuelle aspekt af overgrebet.  Specifikke forslag baseret på PLISSIT, samt sensate-focus og masturbations-træning |
| *Solution-oriented therapy for survivors of sexual assault and their partners.*  2012  Rachel B. Trampling,  P.hd. og Associate Professor på University of Conneticut.  Publiceret i *Contemporary Family Therapy Journal,* et peer-reviewed tidsskrift. | Formålet med denne artikel er at forslå, den løsningsorienterede behandlings-model til hjælp til kvindelig ofre og deres partner med at overvinde seksuelle problemer efter seksuelt overgreb. | En litterær gennemgang af eksisterende behandlings-metoder, brugt til ofre for seksuelle overgreb. | En løsnings-orienteret tilgang kan hjælpe ofre for seksuelle overgreb, og deres partner med at mobilisere ressourcer og finde frem til styrker samt assisterer parret til at finde tilbage til et positivt, funktionelt og intimt parforhold. | Artiklen er primært bygget op som en hypotese, som dog er velfunderet, men ikke videnskabeligt afprøvet, hvilket forfatteren også pointerer ved at understrege at der er behov for yderligere forskning på området. Dette kendetegner meget forskning og teori på området. Da dette er tilfældet, og artiklens pointer vækker genklang, medtages denne i afhandlingen. | Mekanismerne i løsningsfokuseret terapi  Effekten af ovennævnte i forhold til at ændrer kognitioner og emotioner, samt mindske frygt og angst.  Effekten af ændret sprogbrug, for at vende negative etiketter til positive verber.  Vigtigheden i partner deltagelse i behandlingen |
| *Treatment for the psychosexual impact of sexual assault.*  Kapitel 8 i bogen *The trauma of sexual assault – treatment, prevention and practice.*  2004  Lynne Webster,  Consultant Psychiatrist ved Department of Psychiatry på Manchester Royal Infirmary. | En oversigt over de behandlinger der kan tilbydes ofre for seksuelle overgreb med henblik på at overvinde seksuelle problemer og dysfunktioner. | En fremstilling af relevante behandlingsmetoder med inddragelse af forskellige forskningsresultater på området. |  | Kapitlet henvender sig til terapeuter med psykoseksuel baggrund. Herved forstås at den henvender sig til psykologer med en sexologisk overbygning. Dog er de beskrevne teknikker og behandlings-metoder ikke ukendte, og forfatteren ligger vægt på at behandleren/ terapeuten først og fremmest har kendskab til seksuel anatomi og fysiologi, samt at denne føler sig godt tilpas med den seksuelle terminologi. | Struktureret oversigt over det sexologiske virke i arbejdet med ofre for seksuelle overgreb.  Anamnese-optagelse  Behandlingsplan  Behandlings-metoder til specifikke dysfunktioner.  Forståelse for hvilke psykoseksuelle mekanismer der er på spil hos et ofre for seksuelle overgreb. |
| *Behandling av seksuelle problemer hos personer som har oplevd seksuelle traumer – Del 1: teoretisk baggrunn.*  2004.  Elsa Almås, Psykolog og Professor i Sexologi ved Universitetet i Agder  Esben Esther Pirelli Benestad læge, klinisk sexolog og professor i sexologi ved Universitetet i Agderved  Publiceret i *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening* et peer-reviewed tidsskrift. | Artiklen er en fagartikel som giver råd til terapeuten der ønsker at hjælpe et offer for seksuelt overgreb, med at genvinde seksualiteten på egne præmisser. |  |  | Artiklen fokuserer meget på konsekvenser af seksuelt misbrug i barndommen. Men har nogle pointer som findes relevant i forhold til afhandlingens problem.  Endvidere findes også en del sammen-lignings-punkter mellem følger efter seksuelt overgreb i barndommen, og seksuelt overgreb i voksenalderen. | Forfatterne mener det er vigtigt at traumet er bearbejdet før det er muligt at arbejde med seksualitet. Samtidig må terapeuten have seksualiteten i baghovedet når traumet bearbejdes, og traumet i baghovedet når der arbejdes med seksualiteten.  Seksualterapi knytter sig til viden om seksuel fysiologi og seksuelle responser, samt for adfærds-terapeutiske metoder. Dertil er det nødvendigt at forholde sig til dynamiske forhold gældende for det individuelle offer, fx udviklingshistorie, tændingsmønster, aktuelle belastninger mm |
| *Behandling av seksuelle problemer hos personer som har oplevd seksuelle traumer – Del 2: terapeutisk tilnærming.*  2004.  Elsa Almås, Psykolog og Professor i Sexologi ved Universitetet i Agder  Esben Esther Pirelli Benestad læge, klinisk sexolog og professor i sexologi ved Universitetet i Agderved  Publiceret i *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening* et peer-reviewed tidsskrift. | En opfølgning til ovenstående artikel. Igen er der tale om en fagartikel. Denne beskriver terapi rettet mod at genvinde voksen seksualitet, på egne præmisser, efter endt traumebehandling. |  |  | Artiklen henvender sig primært til terapeuter med en psykologisk baggrund. Herved forstås at nogle af forslagene til behandling er af terapeutisk karakter, og ligger udenfor afhandlingens kompetencer.  Dog er en del af rådende og principperne ganske anvendelige en i sygepleje – sexologisk praksis. | Behandleren skal forholde sig til det seksuelle der er svært på tidspunktet for hjælp søgning, og ikke for overgrebet.  Overgrebet er fortid.  Parterapi forud-gået af individuel terapi.  Sanseuger.  Sensualitets-træning/ sensate focus. |
| *Coping behavior of the rape victim*  1979  Ann W. Burgess, Doctor of Nursing Science og Professor ved Conell School of Nursing, Bosten College.  Lynda L. Holmstrom, Ph.D og Professor ved sociology department, Boston College  Publicert i *American Journal of Psychiatry* et peer-reviewed tidsskrift. | At undersøge hvilke mestrings strategier et offer for voldtægt anvender, da det, ifølge forfatterne er vigtigt at forstå individets mestrings strategi er et vigtigt vurderings værktøj for klinikere, der arbejder med patienter i akut krise. | Et follow-up studie, hvor alle kvinder der henvendte sig på Boston City Hospital Emergency Department over en etårig periode, og hvis hovedproblem var voldtægt, blev interviewet. Interviewet var semi-struktureret.  Informanterne blev spurgt om deres følelser og reaktioner, før-, efter- og under overgrebet. Follow-up interviews blev siden foretaget. | Mestrings strategierne anvendt af voldtægtsofre kan analyseres i tre distinkte faser: trussel om overfald, selve overfaldet og perioden umiddelbart efter overgrebet.  De fleste af kvinderne i undersøgelsen brugte verbale, fysiske eller kognitive strategier da de blev truet, men 34 var fysisk eller mentalt paralyseret.  Selve overgrebet udledte mestrings adfærd i næsten alle ofre. | Artiklen er 38 år gammel, hvilket foranlediger en vis skepsis på dens fortsatte validitet i forhold til nutidens voldtægtsofre. Dog er den udarbejdet af Burgess og Holmstrom som var pionerer indenfor forskning om voldtægtsofre. Endvidere bliver denne og andre artikler af Burgess og Holmstrøm til stadighed refereret og citeret i nutidig forskning på området. | De fleste af ofrene oplevede voldtægten som en livstruende begivenhed.  Mestrings strategierne under overgrebet omfatter: kognitiv vurdering, verbale taktikker, fysisk reaktion.  1/3 af ofrene i undersøgelsen var ikke i stand til at tage mestrings strategier i brug, til undgåelse af overgrebet.  Kendskab til de mestringsstrategier offeret tog i brug, kan hjælpe klinikeren til at støtte offeret i at hun gjorde det rigtige. Dermed støttes offerets selvtillid og selvværd. |

**Tematisering af empiri**

Ved analysen af ovenstående empiri fremkom fire tydelige temaer til videre diskussion, nemlig voldtægt som traume og de psykologiske processer, parathed til seksuel behandling og rådgivning, psykoseksuelle mekanismer og behandling af seksuelle problemer post traumatisk. I det følgende præsenteres de fire temaer.

***Voldtægt som traume og de psykologiske processer***

Dette tema omhandler de psykologiske reaktioner og processer der opstår i offeret, efter et seksuelt overgreb. Det viser hvordan og hvorfor voldtægt og andre seksuelle overgreb må betragtes som traume, og giver baggrundsviden til, som fagperson, at forstå hvad der er på spil hos offeret. Følgende litteratur beskæftiger sig helt eller delvist med dette tema:

* *Time limited therapy with sexually dysfunctional, sexually assaulted women* afJudith v. Becker et al. beskriver nogle af de psykologiske processer der opstår I offeret efter et seksuelt overgreb.
* *Is rape-related self-blame distinct from other post traumatic attributions of blame? -A comparison of severity and implications for treatment* af Avigail Moor og Moshe Farchi omhandler voldtægtsspecifikke følger efter seksuelt overgreb, samt fokuserer på offerets oplevelse af skyld og skam.
* *Solution-oriented therapy for survivors of sexual assault and their partners* af Rachel B. Trampling omhandler psykologiske reaktioner efter et seksuelt overgreb.
* *Rape victims: issues, theories, and treatment* af Judith V. Becker og Meg S. Kaplanm, beskriver sammenhængen mellem seksuelle traumer og udviklingen af PTSD. Endvidere gives forslag til behandlingen af frygt og angst
* *Behandling av seksuelle problemer hos personer som har oplevd seksuelle traumer – Del 1: teoretisk baggrunn* af Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad. Artikel bidrager til dette tema, ved en beskrivelse af nogle af de psykologiske mekanismer der er på spil hos offeret når hun søger hjælp.
* *Coping behavior of the rape victim* af Ann W. Burgess og Lynda L. Holmstrom, som beskriver hvilke mestrings strategier et offer for seksuelt overgreb tyer til, før, under og efter overgrebet, og hvordan det påvirker det videre forløb.

Et seksuelt overgreb er, selvsagt og med empirien i ryggen et traume for offeret. Men hvad er det for psykologiske mekanismer der ligger bag, og hvad skal der til for at overkomme traumet. Hvad er det der gør, at nogle kvinder lider langt mere i efterforløbet end andre kvinder?

Begreber som skyld og skam, frygt og angst fylder meget i empirien og sender dønninger ind i offeret biologiske og sociale verden herunder i evnen og lysten til at være intim og seksuel.

***Parathed til seksuel behandling og rådgivning***

Dette tema er sårbart, da der er sparsom med empiri på området. Dog i sin enkelthed, vigtigt i besvarelse af afhandlings første forskningsspørgsmål; *Hvornår bør den sexologisk rådgivning til den akut voldtægtsramte iværksættes?* Det kan siges, at stå på skuldrende af det foregående tema, hvor der findes en baggrundsviden af, hvordan og hvorfor et offer for seksuelt overgreb, reagerer som hun gør.

Det er lykkes forfatteren at finde et enkelt studie, der beskæftiger sig med, hvornår et offer for seksuelt overgreb er parat til at arbejde med egen seksualitet og evt. seksuelle problemer eller dysfunktioner:

* *Behandling av seksuelle problemer hos personer som har oplevd seksuelle traumer – Del 1: teoretisk baggrunn* af Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad. Artiklen beskriver hvornår et seksuelt emne bør tages op til behandling hos et menneske udsat for seksuelt overgreb.

Dette tema er vigtigt at få belyst, da der kan gøres mere skade end gavn, hvis et offer presses til at arbejde med egen seksualitet, før vedkommende er i stand til at ”rumme” begrebet eller følelserne. Der ligger enormt meget forvikling i mellem seksualitet og seksuelt overgreb da de to, som nævnt i baggrundsafsnittet, har nogle sammenligningspunkter. Derfor er det, ifølge empirien, vigtigt at behandlingen skilles fra den psykologiske behandling.

***Psykoseksuelle mekanismer***

Under dette tema forstås, hvordan psykologien og offerets psykiske reaktioner spiller ind på offerets seksualitet. Det beskrives hvordan mange af de seksuelle problemer og dysfunktioner der kan opstå som følge af et seksuelt overgreb er af psykosomatisk karakter. Dette tema findes særdeles relevant i forståelsen af sammenhængen mellem overgrebet og de seksuelle problemer. Følgende litteratur bragte viden på dette område:

* *Rape victims: issues, theories, and treatment* af Judith V. Becker og Meg S. Kaplan giver et billede af sammenhængen mellem overgrebets karakter, den psykologiske påvirkning og seksuelle dysfunktioner.
* *Treatment for the psychosexual impact of sexual assault* af Lynne Webster. Giver et indblik i de psykoseksuelle mekanismer der er på spil hos et offer for seksuelt overgreb.

Igen står dette tema på skuldrende af de foregående. For denne empiri lader sig ikke forstå hvis man ikke først har en forståelse for hvilke psykologiske mekanismer der er på spil hos offeret. Hvilke reaktioner og processer der går i gang hos hende, og hvordan hun bearbejder skyld og skam forbundet med overgrebet. En stor del af de seksuelle dysfunktioner et offer oplever, som følge af et overgreb er af psykosomatisk karakter. Med dette for øje, giver det god mening at de psykologiske konsekvenser efter et overgreb, bør være behandlet, inden der tages fat på det seksuelle aspekt.

***Behandling.***

Dette tema omhandler afhandlingens praktiske del, og hjælper til besvarelsen af afhandlings 2. forskningsspørgsmål; *Hvilke seksual-terapeutiske principper bør den seksuelle rådgivning bygges op omkring?*

* *Time limited therapy with sexually dysfunctional, sexually assaulted women* afJudith v. Becker et al. har relevans under dette tema, da den beskriver anvendelse af konkrete behandlingsmetoder.
* *Rape victims: issues, theories, and treatment* af Judith V. Becker og Meg S. Kaplan kommer med forslag til behandling af negative kognitioner knyttet til overgrebet. Samt specifikke forslag til behandlingen af seksuelle dysfunktioner, baseret på PLISSIT – modellen.
* *Solution-oriented therapy for survivors of sexual assault and their partners* af Rachel B. Trampling omhandler løsningsfokuseret terapi og dennes evne til at andre emotioner og kognitioner hos offeret og derved mindske frygt og angst, smat påpeger vigtigheden af partnerdeltagelse.
* *Treatment for the psychosexual impact of sexual assault* af Lynne Webster tilbyder foreslag til anamneseoptagelse, behandlingsplaner, specifikke bahandlingsmetoder til specifikke dysfunktioner.
* *Behandling av seksuelle problemer hos personer som har oplevd seksuelle traumer – Del 2: terapeutisk tilnærming* af Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad giver konkrete forslag til behandling af seksuelle problemer efter seksuelt overgreb. De kommer både rundt om parterapi, sensate focus og autosensibilitets træning.

Det er med behandling og rådgivning for øje, at denne afhandling udføres, da der ønskes midler og viden til at hjælpe kvinder udsat for seksuelle overgreb til at erhverve eller generhverve en sund seksualitet. Dette, fordi det er kendt viden, jvf ovenstående baggrundsafsnit, at en sund seksualitet er vigtigt for det enkelte individ. Det er vigtigt for den sociale identitet og den psykiske ligevægt at et menneske er i stand til at opnå og føle nærhed og intimitet. Empirien giver flere interessante input til hvordan en sådan rådgivning og behandling bør bygges op.

I det følgende diskussionsafsnit vil ovenstående empiri diskuteres under de nævnte temaer. Her vil de holdes op imod den teoretiske ramme, med afhandlingens forskningsspørgsmål for øje.

|  |
| --- |
| **Diskussion** |

**Voldtægt som traume og de psykologiske processer.**

***Splintrede antagelse***

Becker og Kaplan citerer Koss og Harvey[[3]](#footnote-3) fra 1991:

*” Experiencing sexual violence transforms people into victims and changes their lives forever. Once victimized, one can never again feel quite as invulnerable. Rape represents the most serious of all major crimes against the person, short of homicide”*(31)

Dette citat repræsenterer essensen af offergørelse og understreger teorien om *Shattered assumptions.* Her beskriver Janoff-Bulman præcis hvordan offerets fundamentale antagelser om at verden er god, og at andre mennesker vil hende det godt, bliver sprængt. Derved efterlades hun med en følelse af at verden er ondsindet og med en mistet tillid til hendes medmennesker. Denne, lidt naive, tillid bliver, ifølge Janoff-Bulman, aldrig helt den samme igen(26). Offerets verden er hermed blevet mindre forudsigelig og kontrollerbar påpeger Becker og Kaplan(31).

Ifølge Becker og Kaplan, er det vigtigt at understrege, at kvinder udsat for et seksuelt overgreb ikke reagerer ens. Dermed sagt, at alle kvinder ikke bliver lige traumatiseret(31). Dette kan ses i lyset af Antonvskys SOC teori, og skyldes ifølge denne, at nogle kvinder har en højere oplevelse af sammenhæng end andre kvinder. Nogle kvinder, kan tænkes, at have bedre selvværd eller tillid til at der er hjælp at hente (håndterbarhed), kan sætte overgrebet i perspektiv (begribelighed), og føler sig motiverede til at arbejde med overgrebet (meningsfuldhed)(30).

Becker og Kaplan fortsætter med at beskrive hvad Burgess og Holmstrom i 1974 klassificerede som *Rape Trauma Syndrom (RTS).* Dette syndrom har 2 faser; det akutte niveau, hvor offerets liv er helt og aldeles forstyrret, og den langsigtede helings proces, hvor offeret forsøger at genopbygge sit liv(31). Ifølge Cullberg er offeret her i krise, og de to faser i RTS er en forenkling af ovenståendes kriseteori, hvor offeret gennemlever 4 trin chok-, reaktions-, bearbejdnings- og nyorienteringsfasen på vejen mod heling(27).

***Skyld og skam***

Moor og Farchi opstiller den hypotese, at selvbebrejdelse må forventes at være mere ekstrem hos voldtægtsofre, end hos ofre for andre typer af traume, og at der derfor er brug for mere traume specifik behandling hos denne type af ofre(32). Dette skyldes, ifølge Moor og Farchi, i høj grad, omverdenens syn på voldtægt. De spekulerer at den fordomsfulde, ”victim-blaming”, der placere skylden hos offeret selv, er det, der i høj grad differentier seksuelle overgreb fra andre traumer, da, påpeger Moor Og Farchi, voldtægtsofre er den eneste offer gruppe der på den måde holdes ansvarlig for eget overgreb(32). Webster beskriver hvordan nogle ofre føler sig skyldige i det faktum, at det er dem der blev udpeget af gerningsmanden. Disse kvinder kan begynde at føle at deres seksuelle tiltrækning er en farlig og forkert side af dem selv(33). Janoff-Bulman mener dog at skyld og skam opstår som en del af en mestringsstrategi under *genopbygning af antagelser*, hvor offeret prøver at skabe mening i overgrebet, og derved søger efter egen rolle i det hændte. Da antagelsen er, at dårlige oplevelser kun hænder de moralsk fordærvede, og at selvet er godt og dermed ikke moralsk fordærvet, hvorfor skete dette så for mig? Dog påpeger Janoff-Bulman i *Shattered assumptions,* at offeret vil forsøge at spejle sig i andre hændelser, og dermed også i omgivelserne, og vil måske derfra finde svar på spørgsmålet i omverdenens fordømmelse(26). Hermed kan man forestille sig, at hvad der før var en del af en mestrings strategier, bliver til uhensigtsmæssig skyld og skam.

Moor og Farchi postulerer endvidere, at et offer ikke vil kunne komme sig fuldstændig over overgrebet, før hun til fulde tror på, at hun på ingen måde er ansvarlig for det hændte. Først da vil hun kunne genvinde sit liv, på alle områder(32).

***Angst og frygt***

Becker og Kaplan lister hvad forudgående forskning har fundet af specifikke reaktioner på seksuelle overgreb. Her nævner de, at den mest almindelige følge af seksuelle overgreb er frygt og angst. Ofre for voldtægt har, ifølge Becker og Kaplan, et signifikant højere angst niveau end kvinder der ikke har været udsat for overgreb. Denne angst er, ifølge Becker og Kaplan, relateret til overgrebssituationen eller til tegn på potentielt overgreb, og kan føre til seksuel aversion, mareridt og intrusioner(31). Ved høj grad af stress og angst, kan offeret ty til den primitive forsvarsmekanisme, dissociation, hvor offeret emotionelt distancerer sig fra det angstfyldte, såsom seksuel kontakt. Under dissociation, påpeger Webster, er det umuligt for offeret at fokuserer på intimitet, lystbetonede følelser og ophidselse(33). Dissociation listes i Cullbergs Kriseteori, som et symptom i reaktionsfasen, hvor offeret er i akut krise. Offeret prøver her, gradvist at tilnærme sig en bevidsthed om det hændte, og dissociation bliver en måde hvorpå offeret kan distancerer sig fra det angstfyldte i situationen(27).

***Betydning af social støtte eller manglen på samme***

Jo bredere og dybere social støtte, fra eksempelvis eget netværk, jo mindre er risikoen, ifølge Becker og Kaplan, for udvikling af PTSD efter seksuelt overgreb(31). Dette kan, ifølge teorien om *Shattered assumptions,* skyldes, at vi som mennesker er sociale væsner, der spejler sig i hinanden. Risikoen opstår, som tidligere nævnt, hvis offeret ikke mødes af omverdenen, sådan som hun forventer(26).

Moor og Farchi finder, at i modsætning til andre traume ofre, må voldtægtsofre, i tillæg til traumet, håndtere den øgede emotionelle byrde der følger af omverdenens syn på voldtægt(32). Faktisk, påpeger de, er der evidens for, at hele oplevelsen af et seksuelt overgreb finder dets fundamentale betydning i denne sociale kontekst(32). I Becker et al.’s studie om effekten af tids begrænset terapi til seksuelt dysfunktionelle kvinder udsat for seksuelt overgreb, fandt de, at de kvinder der havde deltaget i gruppeterapi, havde mere langsigtet effekt af behandlingen, end de kvinder der havde modtaget individuel terapi. Becker og Kaplan spekulerer, at dette blandt andet kan skyldes at kvinderne i gruppeterapi, har mulighed for at spejle sig i hinanden, samt at yde støtte og omsorg for hinanden(34).

***Mestring***

Dog er det, mener Burgess og Holmstrom, vigtigt at forstå offerets individuelle mestrings strategier når man arbejder med ofre for seksuelle overgreb. Både den mestringsstil som hun gjorde brug af inden overgrebet, under overgrebet og efter overgrebet. Ved at forstå disse strategier kan man som behandler, støtte offeret i, at det er kendte mestringsstrategier, og dermed naturlige reaktioner på seksuelt overgreb. Herved kan der støttes op om offerets selvværd og følelse af at være i stand til at handle(35). I deres studie fandt de, at der under overgrebet er tale om tre basale mestringsstrategier; kognitiv vurdering, verbale teknikker og fysisk reaktion. Hele 33 % af ofrene i studiet, var ikke i stand til at benytte en af ovenfor nævnte mestringsstrategier for at undgå overgrebet. Dette kan, ifølge Burgess og Holmstrom, skyldes mental lammelse, enten grundet chok, eller alkohol og stoffer(22). Hvis man ser på dette fænomen gennem Antonovskys øjne, kan man forestille sig, at de kvinder der oplever at være mentalt lammede under overgrebet har en meget lav følelse af begribelighed, hvor de ikke kan sætte situationen ind i en sammenhæng der gør den kognitivt forståelig(28). Taget i betragtning at de gennem deres basale antagelser af verden, oplever verden som god, andre mennesker som gode og verden som meningsfuld, i den forstand, at dårlige ting kun sker for dårlige mennesker og visa versa(26). Dermed bliver overgrebet uforståeligt og chokerende, da offeret via de basale antagelser, ser sig selv som en agtværdig og generelt, god person.

***Delkonklusion***

Et seksuelt overgreb ændrer offerets liv for altid. Da det efterlader hende i krise og med oplevelsen af at hendes verden er blevet mindre tryg, forudsigelig og kontrollerbar. Dog afhænger graden af traumatisering, af det enkelte individs følelse af sammenhæng.

Selvbebrejdelse er mere udpræget hos ofre for seksuelle overgreb, end hos andre traumer. Dette kan skyldes omverdenens syn på voldtægt og på voldtægtsofferets eget ansvar for overgrebet. Da selvbebrejdelse er en del af bearbejdelsen af traumet, hvor offeret prøver at forstå egen rolle ved at spejle sig i andre hændelser og i omverdenen, vil omverdenens fordømmelse blive måden hun ser sig selv på. Det postuleres at voldtægt finder dets fundamentale betydning, i den kultur eller sociale kontekst det begås i. Med andre ord, i omverdenens syn på voldtægt. Til gengæld kan social støtte være essentiel i bearbejdelsen af et seksuelt overgreb dette ses blandt andet ved at gruppeterapi til ofre for seksuelle overgreb, har bedre effekt end individuel terapi.

Frygt og angst er den mest almindelige følge af seksuelt overgreb. Angst kan medføre at offeret benytter den primitive forsvarsmekanisme dissociation som umuliggør intimitet.

De mestringsstrategier, offeret tager i brug under og efter overgrebet, kan ses i lyset af hendes oplevelse af sammenhæng. Hvis overgrebet, for offeret, er ubegribeligt, vil de mestringsstrategier hun har til rådighed, være begrænsede.

**Parathed til seksuel behandling og -rådgivning**

Webster påpeger at det kan hænde man får henvist et offer der langt fra er rede til at arbejde med den seksuelle dysfunktion. Hun er måske henvist fordi partneren, egen læge eller anden terapeut har insisteret på at hun søgte hjælp til at håndtere det seksuelle problem. Her er det, ifølge Webster, behandlerens opgave at støtte offeret i at det er ok at bibeholde den seksuelle dysfunktion indtil hun er emotionelt stærk nok til selv at kunne forestille sig at være fysisk intim igen (33).

Ved nogle ofre, påpeger Webster, er det svært at arbejde med det seksuelle aspekt, hvis offeret tilmed har en depression eller PTSD. I disse tilfælde kan det være fornuftigt at udsætte behandlingen af den seksuelle dysfunktion indtil disse lidelser er behandlet, da effekten af seksualterapi hos ofre der lider af svær depression er meget ringe. Disse ofre kan ikke samle motivation eller koncentration til at engagerer sig i en kognitiv og adfærdsmæssig behandlingsplan(33). Dog råder Webster til at være forsigtig, da forskning på området har påvist at seksuelle dysfunktioner kan ende som kroniske lidelser hvis behandlingen udsættes eller startes for sent op(33). Almås og Benestad er dog slet ikke i tvivl. De mener det er vigtigt at det oprindelige traume er bearbejdet, før der tages hul på at arbejde med det seksuelle aspekt, da de mener det er vigtigt at skille historien om overgrebet fra historien om egen seksualitet. Ellers risikeres det at de to blandes sammen. Overgrebet skal placeres i fortid, som en del af overgriberens grænseløshed(36). Moor og Farchi er enige, og tilføjer, at det er vigtigt at offeret anerkender fortiden uden at lade den diktere nutidig og fremtidig(32).

Almås og Benestad, opstiller kriterier, der i deres optik, bør være opfyldt, før seksual terapi opstartes. De mener, som tidligere nævnt, at tidligere traumehistorie bør være bearbejdet. At den aktuelle livssituation er rimelig tryg og uden store belastninger, samt at offeret er klar til at etablere seksualiteten med nuværende partner(36).

***Delkonklusion***

Behandling af den seksuelle dysfunktion bør først opstartes når offeret emotionelt er stærkt nok, og føler sig klar til at være intim igen. Tillige bør traumet være færdig behandlet, da et offer med eksempelvis PTSD eller svær depression, ikke vil kunne engagere sig i behandlingen. Endvidere er det vigtigt, at skille overgrebets seksuelle aspekt fra egen seksualitet. Dette gøres bedst ved at bearbejde traumet før den seksuelle dysfunktion. Dog findes der en risiko for, at behandlingen af traumet trækker ud, hvilket kan medføre, at den seksuelle dysfunktion bliver af kronisk karakter.

**Psykoseksuelle mekanismer**

Som tidligere nævnt beskriver Becker og Kaplan i deres review, at der er en klar relation mellem selvbebrejdelse i forhold til egen skyld i overgrebet og tilstedeværelsen af seksuelle problemer, som kun ses hos ofre for seksuelle overgreb(31). Dette tilslutter Moor og Farchi sig, da de påpeger at selvbebrejdelse er langt hyppigere forekommende end hos ofre for andre typer af traume(32).

***Det seksuelle respons system***

Seksuel respons, og seksuel funktion forudsætter, ifølge Almås og Benestad, biologiske og fysiologiske processer, men omfatter også komplekse psykologiske og sociale samspil(36).

I deres review finder Becker og Kaplan, at hæmning af respons systemet er mere end tre gange hyppigere end orgasme forstyrrelser, og syv gange hyppigere end penetrations problemer hos ofre for seksuelle overgreb. Herved konkluderer de, at der er indikation for, at ofre opfatter seksuel stimuli som angst provokerende(31). Dette forklares af Webster med, at det seksuelle respons system kan forstyrres på flere forskellig niveauer Dette kan for eksempel ske hvis den lyst der er nødvendig for at initiere en seksuel aktivitet, er mindsket eller slet ikke er tilstede, da dette kan føre til at ophidselses kredsløbet muligvis aldrig bliver aktiveret. Bliver dette kredsløb aktiveret og de fysiologiske reaktioner bliver udløst, kan dette ramme bevidstheden hos offeret. Herved kan de fysiske reaktioner dæmpes af offerets kognitioner. I stedet for at koncentrere sig om de lystbetonede følelser vil offeret begynde at monitorere egne reaktioner. Holdninger, forventninger, minder og frygt kan blive aktiveret, hvilket gør det umuligt at opbygge ophidselse til orgasmepunktet. På samme måde kan frygten for smerte ved penetration lede til den ufrivillig vaginale muskel spasme kendt som vaginisme, og negative associationer mellem smerte og seksuel aktivitet, kan føre til dyspareuni. Endvidere lærer offeret, at forsøg på seksuelt samvær efter overgrebet er smertefuldt og derved starter undgåelsesadfærd(33). Ovenstående kan benævnes som præstationsangst, altså angsten for ikke at kunne præstere seksuelt. Et sammendrag kan ses i figur 6.

Fig. 6.

Præsentationsangst.

Parforholds faktorer

Livs- begivenheder

Biologiske faktorer

Stress

Indledende nederlag

Tvivl og frygt

Selv monitorering

Gentagelse af nederlag

Autonom ubalance

Undgåelse

Parforholds problemer

***Psykoseksuelle mekanismer og reaktioner***

Becker og Kaplan beskriver, at efter et overgreb kan faktorer ved et frivilligt samleje, udløse intrusioner af minder om overgrebet. Ofte er det specifikke handlinger, dufte eller ord der udløser minderne(33). En mere subtil forhindring, fortsætter de, er dissociation. Under overgrebet kan offeret have dissocieret sig, og haft følelsen af at overgrebet skete for en anden end offeret selv. Denne dissociation kan så senere gentage sig under frivillig seksuel aktivitet, hvilket naturligt gør det umuligt for offeret at fokusere på intimitet, lystbetonede følelser og ophidselse (33). Her tilføjer Almås og Benstad, at oplevelsen af egen seksualitet, ofte ikke kan skilles fra den seksualitet som overgrebet repræsenterer. I forhold til seksuelle impulser, vil overgrebet ofte være den først association, og mange oplever al seksualitet som truende eller invaderende(36).

For at undgå at opleve negative associationer til senere seksuelle oplevelser, kan offeret, ifølge Becker og Kaplan, hæmme sine seksuelle følelser, eller udvise andre former for undgåelsesadfærd(31). Dette er, ifølge teorien om *shattered assumptiones,* et vigtigt skridt i bearbejdning af intens ny data, og en måde hvorpå offeret gradvist og i eget tempo, kan konfrontere traumet og påbegynde bearbejdningen, og er derfor i først omgang en hensigtsmæssig forsvarsmekanisme(26). Undgåelsesadfærd bliver derved først uhensigtsmæssig når offeret ikke vender sig mod bearbejdning, og tilstanden bliver kronisk.

Endvidere kan den mistillid til andre mennesker, der som tidligere nævnt, kan opstå hos ofre for seksuelle overgreb, i høj grad forstyrre offerets seksuelle adfærd, da dette ellers er en aktivitet der generelt involverer det mest intime niveau af tillid påpeger Becker et al.(34).

***Delkonklusion***

Der ses en tydelig sammenhæng mellem overgrebsspecifik skyld og skam, og forekomsten af seksuelle problemer. Oftest er der tale om hæmning af det seksuelle respons system, da ofre kan opfatte seksuelle stimuli som angstprovokerende. Respons systemet kan påvirkes ved mindsket lyst, negative kognitioner og -perceptioner, aktivering af frygt og minder, frygt for smerte og undgåelsesadfærd eller præstationsangst. Offeret kan endvidere opleve intrusioner af minder om overgrebet, dissociationer og negative associationer samt mistillid til andre, som kan være særdeles forstyrrende for den seksuelle aktivitet.

**Behandling**

***Forudsætninger for behandling***

Ifølge Webster er det vigtigt at behandleren har kendskab til seksuel anatomi og fysiologi, samt at vedkommende føler sig godt tilpas med den seksuelle terminologi(33). Dette kan dog være et problem bemærker Becker og Kaplan, da nogle klinikere ikke føler sig kompetente til at behandle seksuelle følger, og nogle sexologiske terapeuter ikke mener de besidder kompetencerne til at behandle voldtægtsofre (31). Almås og Benestad påpeger også denne faktor, da de slutter, at mange terapeuter ikke oplever at have et professionelt forhold til seksualitet, og derfor viger uden om emnet(36). De fortsætter endvidere med at understrege vigtigheden af at terapeuten eller behandleren har viden om begge dele, da man i behandlingen af voldtægtsofferets seksualitet, kan bruge de fleste principper fra seksualterapien, men at det er vigtigt også at trække på principper fra traumebehandlingen(36).

Endvidere fastsætter Almås og Benestad nogle andre kriterier, der er vigtige i arbejdet med voldtægtsofres seksualitet. Det er, ifølge dem, vigtigt at der er tydelige aftaler og grænser mellem behandler og offer. De påpeger, at hvis behandleren ikke får lavet klare aftaler, kan det af offeret opleves som manglende engagement. Samtidig kan utydelige grænser, af offeret opleves invasivt. Endvidere er det også vigtigt at der er tid nok til at processen kan udvikle sig i et trygt tempo(36).

Her forsætter Tamling, og påpeger, at skønt der findes et stort udvalg af effektive behandlingsmetoder til reducering af PTSD-lignende symptomer, findes der kun få behandlingsmodeller der fokuserer på seksuel sundhed(37). Endvidere, påpeger Becker og Kaplan, at der ikke findes én behandlingsform der passer til alle(31). Derfor må behandleren altid antage en helhedsmæssig tilnærmelse tilføjer Almås og Benstad(36). Her er det fristende at citerer teologen Søren Kierkegaard, om hjælpekunsten:

”At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaa mere end han – men dog vel først og fremmest forstaa det, han forstaar. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.”(38).

***Anamnese***

Webster præsenterer en checkliste over vigtige områder at undersøge under anamneseoptagelsen:

1. Detaljer om det presserende problem
   * + dets natur, varighed og udvikling samt alle situationelle faktorer.
2. Parforholds historie
   * + med nuværende og tidligere partner, herunder generel opfattelse af kvaliteten af parforhold, utroskab, konflikter, håb og frygt.
3. Seksuel udvikling og viden
   * + kilde til viden, hvor meget ved hun, synes vedkommende hun mangler information, behandlerens oplevelse af offerets vidensniveau, beskrivelse af puberteten, menarche, menopause, selv-stimulation, seksuel orientering, tidligere seksuelle traumer.
4. Medicinsk historie
   * + Inklusiv tidligere og nuværende medicin og prævention.
5. Psykiatrisk historie
   * + Tidligere behandling for seksuelle eller parrelaterede problemer, nuværende psykiatriske lidelser.
6. Familie historie
   * + Parforhold, forhold til forældre, forældres parforhold, familiens forhold til seksualitet, religiøs indflydelse.
7. Forbrug af alkohol og euforiserende stoffer.
8. Fysisk undersøgelse
   * + Gynækologisk undersøgelse. (33)

Lignende anamnese foreslås også af Professorer i Sexologi, Christian Graugaard, Bo Møhl og Preben Hertoft, der, i bogen *Krop, Sygdom og Seksualitet,* giver en grundig gennemgang af de centrale punkter i en sexologisk anamnese. Trioen fastslår også, at alle bio-, psyko-, sociale aspekter må inddrages i anamneseoptagelsen. Hermed er der, også i behandlingen af voldtægtsofres seksualitet, fokus på det hele menneske(8).

Det er, påpeger Webster, særdeles vigtigt at denne type anamneseoptagelse bliver udført taktfuldt og med følsomhed og diskretion, således offeret ikke oplever følelsen af endnu et overgreb, og på denne måde retraumatiseres(33). Becker og Kaplan mener da også, at den vigtigste guideline for behandlere når seksuelle problemer eller dysfunktioner efter et seksuelt overgreb skal behandles er, ikke at gøre yderligere skade(31)

***Negative perceptioner***

Det kan endvidere være en god ide at spørge ind til, om overgrebet har ændret måden hvorpå offeret ser sig selv seksuelt. Her beskriver Webster hvordan et sådant spørgsmål ofte kan lede til en diskussion om følelsen af skyld, af at være snavset, at være besudlet og andre negative emotioner der kan være en barriere til at komme over en seksuel dysfunktion (33). Offeret må finde frem til den del af hende selv, der ser på seksualitet som noget sundt og ønskeligt (33). Det er endvidere vigtigt, påpeger Almås og Benestad, at der skabes en tryghed i terapirummet. Dette indebærer at der skabes klima, hvor det er muligt for offeret, at komme af med nogle af de uhensigtsmæssige reaktioner hun har udviklet, for at beskytte sig selv. Samtidig, beskriver de, at der også skabes et rum for udviklingen af nye historier, som for eksempel bekræfter offerets evne til at stå imod, de storme hun har været udsat for(36). Dette kan ses, som et led, i det teorien om *Shattered assumptions,* beskriver som *genopbygning af antagelser,* hvor offeret prøver at finde mening i det skete og afsøge positive udkom af overgrebet, hvilket ifølge Janoff-Bulman kan medføre fornyet selvværd(26).

Ifølge Becker og Kaplan må det primære behandlingsfokus for majoriteten af overgrebsrelaterede seksuelle dysfunktioner, rettes mod den negative perception af seksuel stimuli, og inkluderer en form for kognitiv rekonstruktion (31). Her forslår Tambling den løsningsorienterede terapi form. Denne terapiform arbejder med at udvinde og udvikle mestringsstrategier. Dette gøres, ifølge Tambling, ved at undersøge hvornår problemet ikke er til stede, eller er til stede i mindre grad. Herved bliver offeret ofte i stand til at opdage løsninger, vedkommende ikke havde overvejet. Løsningorienteret terapi, forsætter Tambling, fokuserer endvidere på sprogbrug der støtter løsninger. I stedet for at accepterer offerets negative etiketter, vil man i løsningsorienteret terapi forsøge at ændre problemrelaterede verber og diskussioner, til datid. Tambling mener, at denne diskrete ændring, vil indikere overfor offeret, at problemet kan ophøre med at eksistere. Samtidig vil diskussioner omkring potentielle løsninger altid formuleres som definitive, hvilket, ifølge Tampling, øger tilliden til, at mål der er sat, vil opnås(37).

Almås og Benestad, skønt de ikke bruger betegnelsen løsningsorienteret terapi, er enige i at man må undersøge offerets mestringskapacitet i forhold til aktuelle livsudfordringer, og derfra arbejde med problembearbejdningen på et her-og-nu niveau(36).

***Involvering af partner***

At inkluderer partneren i behandlingen er essentielt, mener Tampling, da partneren kan spille en støttende og helende rolle(37). Endvidere skal han hjælpe med at undgå at udløse flashbacks, samt hjælpe offeret til at være tilstede når hun dissocierer, påpeger Webster(33). her tilføjer Tamplin, at det også kan være gavnligt at hjælpe både offer og partner med at forstå, at offerets reaktioner er ubevidste, og at det er kroppens måde at beskytte sig på(37).

***PLISSIT***

Becker og Kaplan introducerer PLISSIT- modellen i ligningen. PLISSIT-modellen er en formel til hvordan man taler med eksempelvis patienter, eller i dette tilfælde, ofre om intime og emotionelle aspekter af dennes liv. Den drejer sig, i al sin enkelthed om 4 trin (se figur 7). **P**ermission, hvor behandleren, verbalt eller nonverbalt, giver tilladelse til at tale om det svære emne, i dette tilfælde seksualitet. **L**imited **I**nformation, som er almen oplysning om eksempelvis anatomi og fysiologi. **S**pecific **S**uggestions som for eksempel instruktion i samlejestillinger, instruktion i dilations behandling mm. Til sidst kommer **I**ntensiv **T**herapy, der indbefatter eventuel psykoterapi eller sexologisk specialbehandling(8)

Figur 7.

PLISSIT-modellen

Becker et al. påpeger, at for mange seksuelt dysfunktionelle kvinder kan terapi være begrænset til at give tilladelse (**P**ermission) til at tale om det seksuelle aspekt, eller vigtigere endnu, at give dem selv tilladelse til at begive sig i kast med alternativ seksuel adfærd, såsom omfavnelse, kys, oral-sex eller selv-stimulation(34). Her er Almås og Benestad enige. De påpeger at behandlingsrummet bør betragtes som en øvelsesbane, hvor det skal være trygt at snakke om det, offeret ikke tør tale om andre steder(36).

***Sensate Focus***

Sensate focus, eller sensualitetstræning er en række øvelser, hvor parret, over en periode, aftaler at røre, kysse og stimulerer hinandens krop, uden at have samleje. Herved fjernes præstationsmomentet, og parret kan udforske sig selv og hinanden, uden pres eller forventninger. Metoden anvendes især ved præstations- og seksualitetsangst og er befordrende for tillid, ømhed og åbenhed i parforholdet(8).

Almås og Benestad beskriver dette som en proces med det formål at offeret gøres bevidst om sanserne, da sanserne, ifølge dem, er vigtige forudsætninger for seksualitet. De gør brug af, hvad de kalder sanseuger, hvor parret får ugeopgaver for. Først startes med fjernsanserne såsom at se, lugte og høre, for gradvist at bevæges mod de intime sanser som eksempelvis smag og berøring. Den mest intime sans er berøring. Det handler om at offeret skal trænes i, at mærke egne oplevelser og præferencer, da seksuelle overgreb, ofte fører til at sanserne har været brugt til at tilfredsstille andres behov(36).

Sensate focus eller sensualitetstræning er en effektiv behandlingsform, da den hjælper offeret med at være tilstede i nuet, og mærke hvad hun føler. Dette fordi enhver seksuelt ladet situation kan give associationer til overgrebet. Selv en let berøring, kan fremkalde dårlige minder(36).

Endvidere råder Almås og Benestad til en modifikation af sensualitetstræning. Da ofre ofte kan opleve flashbacks eller associationer under intimiteten, kan det styrke her-og-nu orienteringen, ved at gennemføre sensualitetstræningen med åbne øjne. Endvidere, råder de, kan kontakten mellem de tankemæssige og de kropslige processer styrkes, hvis partneren skiftevis skriver bogstaver og tal på offerets ryg(36).

***Manglende lyst, ophidselsesproblemer og anorgasme***

Som tidligere nævnt er der høj prævalens af depression og PTSD hos ofre for seksuelle overgreb. Manglende lyst, ophidselsesproblemer og anorgasme, er en del af symptomatologien ved denne type lidelser. Endvidere behandles disse typer af lidelser ofte med et SSRI præparat[[4]](#footnote-4), hvilke er kendt for at påvirke den seksuelle funktion. Webster påpeger at der i nogle undersøgelser er påvist at helt op til 60 % af patienter i behandling med et SSRI præparat, oplever mindsket libido, problemer med at blive seksuelt opstemt, samt forsinket eller udeblevet orgasme(33). Her kan det være nødvendigt at modificere målene for den sexologiske behandlingen så længe patienten behandles med SSRI præparat(33).

Webster foreslår at disse typer af dysfunktion behandles med sensate focus, hvilket hun beskriver som meget effektiv til behandling af ophidselsesproblemer grundet angstfyldte kognitioner(33)

***Seksuel aversion***

Seksuel aversion er en fobisk undgåelse af alle former for seksuel kontakt. Under diagnosekriterierne for PTSD ligger en vedholdende undgåelse af stimuli der kan associeres til traumet, og en generel følelsesløshed samt forsøg på at undgå tanker, følelser og samtaler associeret til traumet. Når den traumatiske begivenhed der udløste PTSD diagnosen, er et seksuelt overgreb, er det, ifølge Webster, ganske sandsynligt at denne undgåelsesadfærd vil være rettet mod seksuel aktivitet, da en sådan vil kunne frembringe samme følelser af frygt og hjælpeløshed som det oprindelige overgreb. Offeret kan til tider genopleve traumet som flashbacks, hvilket ifølge Webster, naturligt kan lede offeret til at undgå alle former for sex(33).

Seksuel aversion kan behandles som andre fobiske undgåelsessymptomer, med kognitiv adfærds teknikker. Her kan anvendes en teknik hvor offeret gradvist udsættes for den angstfyldte situation sideløbende med støtte fra behandleren som hjælper offeret med at modificere dennes negative og angstfyldte kognitioner. Her kan en standard sensate focus anvendes, men behandlingen er igen afhængig af en empatisk, støttende partner. Er offeret ikke i et forhold foreslår Webster at offeret gradvist eksponeres for fantasier, litteratur eller film med seksuelt indhold kombineret med selv-stimulations øvelser (33). Principperne fra den kognitive adfærds terapi, er i tråd med hvad teorien om *Shattered assumptions* kalder *Den eksterne verden.* Her eksponeres offeret gradvist, og i små skridt for skræmmende situationer. På denne måde erhverver hun ny data, der er med til at hjælpe hende til at se, at verden ikke er gennemført skræmmende. Dette er et skridt i genopbyggelsen af antagelser(26).

***Vaginisme og seksuelle smerter***

Vaginisme, som er en reflektorisk muskel spasme 1-2 cm indenfor introitus er, ifølge Webster, en rimelig forudsigelig sequelae efter seksuelt overgreb. Selve spasmen er ekstrem smertefuld, og umuliggør vaginal penetration. Ifølge Webster består behandlingen af psykoedukation, beroligelse, afslapning, træning og gradvis eksponering med penetration samt modifikation af offerets angstfyldte kognitioner(33). Det er, mener Webster, vigtigt gennem psykoedukation, at understrege overfor offer og partner, at muskelspændingen er reflektorisk, og derved ikke en ren psykologisk eller ligefrem bevidst afvisning af partneren.

Denne fysiske komponent understreger at rådgivning ikke kan stå alene ved behandling af vaginisme. Offeret kan opnå en viden omkring den angst og de følelser der ligger til grund smerten, men er stadig efterladt med vaginale muskler der går i spasme når de berøres. Derfor, beskriver Webster, bliver udspændingsøvelser der inkluderer de perineale muskler brugt til at hjælpe kvinden med at genvinde kontrollen over området. I tillæg til dette anvendes selv eksploration af genitalia externa efterfulgt af penetration med objekter i forskellige størrelser. Her kan anvendes offerets egen finger eller dilator stave med forskellige størrelser fra fingertykkelse til størrelsen på en erigeret penis. Herved, forklarer Webster at offeret opnår tillid til at vagina kan rumme disse objekter uden smerter. Herefter skal hun arbejde hen imod at dele kontrollen over penetrationen med en partner (33).

***Delkonklusion***

Det er vigtigt at behandleren der påtager sig at arbejde med voldtægtsofferets seksualitet har kendskab til seksuel anatomi og fysiologi, og føler sig godt tilpas med den seksuelle terminologi. Endvidere må behandleren være bekendt med, og kunne anvende, principper fra traumebehandlingen. Behandleren må etablere tydelige grænser og aftaler med offeret samt have god tid, så behandlingen kan udvikle sig i et trygt tempo. Men vigtigst af alt, må behandleren tage udgangspunkt i det enkelte offer.

Anamneseoptagelse bør ligeledes tage udgangspunkt i det hele menneske, så behandleren anlægger et bio-, psyko-, socialt perspektiv, og dermed opnår forståelse for hele offerets situation. Anamneseoptagelsen skal udføres taktfuldt og med følsomhed og diskretion, så retraumatisering af offeret undgås.

Som indgangsvinkel til behandling af seksuel dysfunktion hos ofre for seksuelle overgreb, kan PLISSIT – modellen anvendes. Alene det at behandleren giver tilladelse (Permission) til at tale om seksualitet, kan for nogen være en stor hjælp.

Et spørgsmål som ændret oplevelse af egen seksualitet kan føre til en vigtig diskussion om de negative emotioner, der kan fungere som en barriere til at komme sig over en seksuel dysfunktion. Ved at hjælpe offeret eksempelvis gennem principperne i løsningsorienteret terapi, til at ændre negative perceptioner, udvikle nye historier, udvinde mestringsstrategier og ændre negative etiketter, kan hun hjælpes til en form for kognitiv rekonstruktion. Herved kan hun øge mestringskapaciteten samt finde indre styrker, der kan bekræfte hende i hendes evne til at stå imod.

I selve behandlingen er det vigtigt at involvere partner. Både som støtte og omsorgsperson, men også for at han kan få en viden om de psykoseksuelle aspekter af det seksuelle problem. Endvidere kan han være med til at holde offeret fast i nuet, hvis hun dissocierer eller oplever flashbacks under seksuelt samvær.

Sensate focus kan benyttes som arbejdsredskab til befordring af tillid, evnen til at være til stede i nuet samt bevidstgørelse af sanserne. Her kan anvendes en modificeret udgave i form af sanseuger. En anden modificering kan være at tillade parret at have åbne øjne under øvelserne, for at mindske forekomsten af flashbacks og negative associationer. Sensate focus, beskrives som yderst effektiv til behandling af dysfunktioner som mindsket lyst, ophidselsesproblemer og anorgasme, især hvis de skyldes angstfyldte kognitioner, såsom under præstations- og seksualangst.

Disse dysfunktioner kan især fremkomme ved lidelser som PTSD og depression. Tillige behandles disse ofte med SSRI præparater, som i tillæg er kendt for at påvirke seksualfunktionen. Endvidere kan flashbacks og negative associationer skabe e seksuel aversion, hvor offeret påtager sig undgåelsesadfærd, for at undgå stimuli der skaber frygt og angst. I dette tilfælde seksuelle stimuli. Dette kan behandles efter principperne om kognitiv adfærdsterapi, hvor offeret gradvist eksponeres for angstprovokerende stimuli under støtte fra behandleren.

Vaginisme er endnu en forventelig følge af seksuelle overgreb. Her består behandlingen af psykoedukation, beroligelse, afslapning og udspænding samt gradvis eksponering med penetration. Endvidere arbejdes der med modifikation af angstfyldte kognitioner.

|  |
| --- |
| **Konklusion** |

I afhandlingen er forsøgt, at medbringe de fleste af de aspekter der påvirker et voldtægtsoffer og dennes seksualitet, post traumatisk. Det har vist sig omfattende, da det er et utroligt komplekst område. Offeret er ikke blot påvirket af selve overgrebet, men hendes reaktioner, mestringskapacitet, og de følger hun vil opleve, er alle betinget af hendes oplevelse af sammenhæng. Denne er i høj grad sammensat af hendes opvækst, hendes tilknytning til primær omsorgsperson, samt tidligere erfaringer. Dette ligger blot til grund for, hvordan offeret mestre et seksuelt overgreb. Dertil kommer seksuelle erfaringer og livsomstændigheder der kan være med til at fremme eller mindske risikoen for udvikling af seksuelle problemer eller dysfunktioner. Graden af en eventuel seksuel dysfunktion er betinget af alle de nævnte faktorer, men samtidig influeres den af graden af social støtte, samt omverdenens syn på voldtægt og voldtægtsofre.

Afhandlingens primære formål, har været, at bevare afhandlingens problem. Problemet udmundede sig i følgende forskningsspørgsmål:

Hvordan forebygges eller behandles seksuelle senfølger hos en kvinde udsat for seksuelle overgreb, herunder:

1. Hvornår bør den sexologisk rådgivning til den akut voldtægtsramte iværksættes?
2. Hvilke seksualterapeutiske principper bør den seksuelle rådgivning bygges op omkring?

Det første spørgsmål er hurtigt besvaret, da der i det store hele er enighed om, at sexologisk rådgivning og behandling, ikke bør iværksættes før det oprindelige traume er behandlet. Dette skyldes at offeret ikke før, vil have kapacitet til at engagere sig i en evt. behandling, der rummer hjemmeopgaver, eksponering for angstfyldte situationer og som kræver meget af offeret, rent emotionelt. Samtidig nævnes, at offeret skal være emotionelt stærk nok til at gennemgå denne type behandling, samt at hun skal have lyst til at genoptage sexlivet. Endvidere frarådes det at opstarte sexologisk behandling, hvis offeret er i behandling med et SSRI præparat, da dette vil være kontraindiceret, forstået således, at flere af de dysfunktioner, offeret kan præsentere, kan skyldes, eller forværres af SSRI præparatet.

Dermed konkluderes, at sexologisk rådgivning *ikke* bør iværksættes til den akut voldtægtsramte. Dog kan man, i det akutte forløb, jævnfør PLISSIT – modellens første trin, med fordel give tilladelse til at tale om seksualitet, eller til at kontakte Center for Voldtægtsofre senere, hvis behovet skulle opstå. Herved, kan man gøre sig den forhåbning, at flere vil henvende sig med seksuelle dysfunktioner, hvis de ved problemet kan opstå, at der er hjælp at hente, og at der findes et sted og et ”rum” til dette aspekt.

Det andet spørgsmål, kræver et lidt længere svar. I bund og grund er der enighed om, at de fleste kendte seksualterapeutiske principper, kan benyttes til behandling af en seksuel dysfunktion, forårsaget af et seksuelt overgreb. Dog ofte af lettere modificeret karakter. Der gives råd til hvilke kompetencer behandleren bør besidde, samt hvilken tilgang denne bør vælge. Hermed understreges, at der er vigtigt, at behandleren har viden om, og kan anvende de seksualterapeutiske principper såvel som principper fra traumebehandlingen. Dermed konkluderes, at behandleren, som minimum bør have en sundhedsfaglig uddannelse på mellemlangt niveau, som indeholder anatomi, fysiologi, psykologi og pædagogik. Endvidere kan forslås videreuddannelse i sexologi eller psykologi.

Den teknik der bliver fremhævet flere gange som værende effektiv til behandling af dysfunktioner forårsaget af overgreb og med rod i angst og undgåelsesproblematikker, er sensate focus. Denne bliver anbefalet i klassisk forstand, og i mere modificeret form, alt efter hvilke symptomer det enkelte offer fremkommer med. -Og dette er netop essensen af behandlingen, da den ALTID må tage udgangspunkt i det enkelte offer, som det er tilfældet med al hjælpekunst. Som nævnt tidligere i konklusionen, er det individuelt hvordan et voldtægtsoffer reagerer på overgrebet, da hendes reaktioner er et produkt af hendes erfaringer, personlighed, sociale miljø og opvækst. Derfor kan behandlingen ikke ensrettes, og må til enhver tid antage en bio-, psyko-, social tilgang, for at forstå hele offeret, og iværksætte behandlingen på dette grundlag.

Dog nævnes forskellige seksualterapeutiske behandlingsformer herunder, som nævnt, sensate focus, sanseuger, dilationsbehandling, udspænding og afspænding. Disse følges op hjælp til kognitiv adfærds moderering, moderering af negative perceptioner og en løsningsfokuseret tilgang.

Alt i alt, synes afhandlingens forskningsspørgsmål besvaret, og der er skabt viden om redskaber til benyttelse i egen praksis i Center for Voldtægtsofre – OUH.

|  |
| --- |
| **Perspektivering** |

Som nævnt i konklusionen, må afhandlings fokus siges at være af komplekst karakter. Der er tale om en problemstilling som bedst lader sig behandle gennem et tværfagligt samarbejde mellem psykologer, læger, sexologer og fysioterapeuter. Derfor kunne det være givtigt at samle alle disse kræfter under samme tag. Dette kunne eventuelt iværksættes via en sexologisk klink, med voldtægtsofre som subspeciale. Herved fremmes muligheden for det tværfaglige samarbejde, samt muligheden for supervision og sparring. Hvilket i sidste ende, vil komme offeret til gode.

I denne afhandling har fokus været på voldtægtsofre med et enkelt overgreb bag sig. Det kunne være interessant at undersøge, om der er forskel på ofre med gentagne overgreb bag sig, og enkelt overgrebs ofre. Er der forskel i antal og omfang af seksuelle dysfunktioner. Er der forskel på adfærd før, under og efter overgrebet og er der forskel på personlighed, mestringskapacitet og opvækst?

Til spørgsmålet om forebyggelse af seksuelle dysfunktioner, bør der måske, i højere grad arbejdes på forebyggelse af voldtægt. Ved forebyggelse af dysfunktioner er der tale om sekundær forebyggelse, men ønsket er en skærpet indsats i den primære forebyggelse. Dette værre sig på skoler og ungdomsuddannelser, samt i befolkningen i sin helhed. Dette kan måske tillige være med til at forebygge seksuelle dysfunktioner og PTSD efter seksuelt overgreb på et primært plan, da det måske ville ændre omverdenens syn på voldtægt, og aflive nogle af de voldtægtsmyter vi omgiver os af, og som skaber fordømmelse og ”victim blaming”

|  |
| --- |
| **Kritik** |

Det kan være svært at opsummere forskning om voldtægt da feltet mangler en god teoretisk overbygning. Endvidere har de forskellige akademiske discipliner såsom jura, sociologi og psykologi forskellige definitioner af begrebet. Hvilket vanskeliggjort sammenligning af forskellige resultater. Ydermere kan forskellige lande og stater, have forskellige definitioner på voldtægt, hvilket igen gør forskningen svært sammenlignelig.

Meget af den, til afhandlingen, udvalgte forskning mangler kontrolgrupper, opfølgnings studier samt består af relativt små deltagergrupper. Ovenstående er vigtigt for at kunne konkludere noget entydigt, om hvad der er karakteristisk for ofre for voldtægt i form af reaktioner, symptomer og mestring.

Grundet manglende forskning på området, er der i afhandlingen medtaget forskningsresultater af ændre dato. Dette kan være problematisk, da meget kan have ændret sig på området, siden udgivelsen af resultaterne.

|  |
| --- |
| **Referencer** |

1. Behandlingstilbud ved centre for modtagelse af voldtægtsofre [Internet]. First. København S: Sundhedsstyrelsen; 2012. Available from: http://www.sst.dk/

2. Straffeloven kap. 24: Forbrydelser mod kønssædeligheden. [Internet]. [cited 2016 Mar 21]. Available from: http://www.themis.dk/synopsis/docs/lovsamling/Straffeloven\_kap\_24.html

3. Sidenius K, Hilden M, Helweg-Larsen K. Voldtægt, overgreb og seksualitet. In: Graugaard C, Møhl B, Hertoft P, editors. Krop, sygdom og seksualitet. København K: Hans Reitzels Forlag; 2006. p. 89–101.

4. Hertoft P. Samleje [Internet]. Den store danske, Gyldendal. 2014 [cited 2017 Apr 16]. Available from: http://denstoredanske.dk/index.php?sideId=155022

5. Voldtægt | Det Kriminalpræventive Råd [Internet]. [cited 2016 Mar 22]. Available from: http://www.dkr.dk/voldtægt-0

6. Dahl S. The trauma of rape, a description of the stressors. Nord Sexol. 1993;11:144–64.

7. Voie FO. Voldtekt som traume - en teoretisk gjenneomgang. Mestring, kriseintevensjon og langtidsbehandling. København; 2006.

8. Graugaard C, Møhl B, Hertoft P. Krop, sygdom og seksualitet. In: Graugaard C, Møhl B, Hertoft P, editors. Krop, Sygdom og seksualitet. First. København K: Hans Reitzels Forlag; 2016. p. 9–36.

9. Hedge B. Coping with the physical impact af sexual assault. In: Petrak J, Hedge B, editors. The trauma of sexual assault - treatment, prevention and practice. 1st ed. Cichester, West sussex: John Wiley and Sons, Ltd.; 2004. p. 205–34.

10. van Berlo W, Ensink B. Problems with sexuality after sexual assault. Annu Rev Sex Res Vol 11 2000, 235-257. 2000;

11. Cullberg J. Psykiske lidelser efter svær traumatisering - PTSD. In: Krise og Udvikling. 5. udgave,. København: Hans Reitzels Forlag; 2007. p. 198–219.

12. Mottier V. Sexuality - a very short introduction. New York: Oxford University Press Inc.; 2008. 127 p.

13. Petrak J. Rape: History, myths and reality. In: Petrak J, Hedge B, editors. The trauma of sexual assault - treatment, prevention and practice. 1st ed. Cichester, West sussex: John Wiley and Sons, Ltd.; 2002. p. 6–18.

14. Graugaard C, Pedersen B, Klarlund FM. Seksualitet Og Sundhed [Internet]. 1st ed. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2012. Available from: www.vidensraad.dk

15. Smith D. The Health Benefits of Sexual Expression. White Paper. New York; 2007.

16. Køppe S. Intimitet [Internet]. Den Store Danske, Gyldendal. 2017 [cited 2017 Apr 19]. Available from: http://denstoredanske.dk/index.php?sideId=98873

17. Møhl B. Tilknytning, affektregulering og opvækst i et invaliderende miljø. In: Møhl B, editor. Selvskade, psykologi og behandling. 1st ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 129–69.

18. Thielen MH, Sherman MD, Borst TS. Fear of intimacy and attachment among rape survivors. SAGE Soc Sci Collect. 1998;22(1):108–16.

19. Giraldi A, Kristensen E, Sand M. Endorsement of Models Describing Sexual Response of Men and Women with a Sexual Partner: An Online Survey in a Population Sample of Danish Adults Ages 20-65 Years. J Sex Med. 2015;12(1):116–28.

20. Weaver TL. Impact of rape on female sexuality: review of selected literature. Clin Obstet Gynecol. 2009;52(4):702–11.

21. Letourneau EJ, Resnick HS, Kilpatrick DG, Saunders BE, Best CL. Comorbidity of sexual problems and posttraumatic stress disorder in female crime victims. Behav Ther. 1996;27(3):321–36.

22. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape: sexual disruption and recovery. Am J Orthopsychiatry [Internet]. 1979;49(4):648–57. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/573970

23. Aalborg Universitet, Universitetsbibliotek, PubMed [Internet]. [cited 2017 Apr 5]. Available from: http://www.aub.aau.dk/find-materiale/databaser/info?id=1776120

24. Aalborg Universitet, Universitetsbibliotek, Psychinfo [Internet]. [cited 2017 Apr 5]. Available from: http://www.aub.aau.dk/find-materiale/databaser/info?id=1266718

25. Plous S. Social Psychology Network [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 27]. Available from: http://janoffbulman.socialpsychology.org/

26. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions, towards a new psychology of trauma. 1st ed. New York: The Free Press; 1992.

27. la Cour P. Johan Cullberg [Internet]. Den Store Danske, Gyldendal. 2016 [cited 2017 Apr 27]. Available from: http://denstoredanske.dk/index.php?sideId=59914

28. Lindstöm B. Professor Aaron Antonovsky (1923–1994): the father of the salutogenesis. BMJ Journals. 2005.

29. Jensen TK, Johnsen TJ. Sundhedsfremme i teori og praksis. Sundhed og sundhedsfremme. 2000. 84-100 p.

30. Antonovsky A. Begrebet “oplevelse af sammenhæng.” In: Antonovsky A, editor. Helbredets Mysterium. 1st ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2000. p. 33–50.

31. Becker J V., Kaplanm MS. Rape victims: issues, theories, and treatment. Annu Rev Sex Res Vol 11 2000, 235-257. 1991;2(1):267–92.

32. Moor A, Farchi M. Is rape-related self blame distinct from other post traumatic attributions of blame? A comparison of severity and implications for treatment. Women Ther. 2011;34(April):447–60.

33. Webster L. treament for the psychosexual impact of sexual assault. In: Petrak, Jenny HB, editor. the truama of sexual assault - treatment, prevention and practice. 1st ed. Cichester, West sussex: John Wiley and Sons, Ltd.; 2002. p. 183–204.

34. Becker J V., Skinner LJ, Abel GG, Cichon J. Time limited theraphy with sexually disfunctional, sexually assaulted women. Jounal Soc Work Hum Sex. 1984;3(1):97–115.

35. Burgess AW, Holmstrom LL. Coping behavior of the rape victim. Am J Psychiatry. 1976;4:413–8.

36. Almås E, Benestad EEP. Behandling av seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer. Del 2: Terapeutisk tilnærmning. Tidsskr Nor Psykol. 2004;41:188–94.

37. Tambling RB. Solution-Oriented Therapy for Survivors of Sexual Assault and Their Partners. 2012;391–401.

38. Sevelsted R, Tafdrup J, Tullberg S. Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed [Internet]. Søren Kierkegaards Skrifter. 2012 [cited 2017 May 3]. Available from: http://sks.dk/SFV/txt.xml

39. Person E. Helen Singer Kaplan [Internet]. The Jama Network. 1995 [cited 2017 Apr 29]. Available from: http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/497320

40. Rosemary Basson [Internet]. The University of British Columbia. 2015 [cited 2017 Apr 29]. Available from: http://psychiatry.ubc.ca/person/rosemary-basson/

1. Helen Singer Kaplan, 1929-1995. Amerikansk klinisk Professor i Psykiatri ved Cornell University(39) [↑](#footnote-ref-1)
2. Dr Rosemary Basson er klinisk Professor og Director af the UBC Sexual Medicine Program(40) [↑](#footnote-ref-2)
3. Fra artiklen *The rape victim: Clinical and community interventions.*  [↑](#footnote-ref-3)
4. SSRI = Selektiv Serotonin Reuptake Inhibitors, et anitidepressiva. [↑](#footnote-ref-4)