

Att synliggöra det osynliga

**Ett kvinnoprojekt inom psykiatri
Gruppsykoterapi med kvinnor som
utsatts för sexuella övergrepp som barn
och
kunskapsöverföring**

Inger Broman

Område Psykiatri

Östersunds sjukhus

Februari 1998

FÖRORD

Inom Område psykiatri, Jämtlands läns landsting, startade i februari 1993, den första gruppsykoterapin för kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn. I mars 1995 skrev, tf överdirektör Ragnar Götestam att Socialstyrelsen hade förhoppning om att psykiatriska vården skulle inspireras att starta gruppterapi för kvinnor som behövde terapi pga sexuella övergrepp som barn.

Den första rapporten om de två första gruppsykoterapierna kom i december 1996, skriven av samma författare som denna rapport.

Detta projekts uppgift var tvåfaldigt, dels att utveckla behandlingsmetoder dels att arbeta med kunskapsöverföring.

Projektet har finansierats via Dagmarmedel. Den psykoterapeutiska behandlingen har utförts på ordinarie arbetstid inom område psykiatri. Man kan därför egentligen säga att behandlingsmetoden redan infördes i den ordinarie verksamheten i samband med att projektet startade.

Projektet/projektledaren har känt ett stort stöd från medarbetare och chefer. Framförallt har ett stort stöd funnits från chefsöverläkare Ulf Palm, vid område psykiatri. Utan stödet från dessa personer hade projektet inte kunnat genomföras.

Tack James Winoy för ditt bistånd vid författandet av denna projektrapport.

Ett varmt tack till Eva Holmbom, Tidig Samordnad Rehabilitering, som stött mig i projektledarrollen.

Min medarbetare i projektet, både avseende behandling och kunskapsöverföring, har varit överläkare och leg psykoterapeut Britt-Inger Bostedt. Tack Britt-Inger. Jag, som varit projektledare och skrivit denna rapport har tillika varit terapeut och utbildare i projektet. Båda arbetar vi vid Område Psykiatri, Jämtlands läns landsting.

En kortare version av projektrapporten finns.

Ytterligare upplysningar om projektet och dess olika delar kan erhållas av Inger Broman, Område Psykiatri, Östersunds sjukhus, 831 83 Östersund. Tel 063-153619.

Inger Broman
Socionom, leg psykoterapeut
Område Psykiatri
Östersunds sjukhus
Jämtlands läns landsting

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	2
Innehållsförteckning	3
Sammanfattning	4
Inledning	5
Definition av sexuella övergrepp	5
Syfte	5
Förväntat resultat/mål	6
Metod	7
Behandling	7
Psykoterapeutisk metod	7
Psykoteraپیgrupperna	8
Kunskapsöverföring	8
Utbildning i den egna arbetsgruppen	8
Utbildningsdagen	9
Utvärderingsmetoder	10
Metodproblem	10
Resultat	11
Behandling	11
Senverkningar av sexuella övergrepp och vårdbehov	11
Gruppsykoterapi - en effektiv behandlingsmetod	11
Bemötande och omhändertagande	14
Kunskapsöverföring	14
Utbildning i den egna arbetsgruppen	14
Utbildningsdagen	15
Att synliggöra det osynliga	16
Behandling	16
Kunskapsöverföring	17
Diskussion	17
Behandling	17
Behov av andra behandlingsformer	18
Kunskapsöverföring	18
Resultat i förhållande till syfte	18
Behandling	18
Kunskapsöverföring	19
Synliggörande	19
Slutsatser	19
Inför framtiden	19
Reflektioner över projektarbetet	20
Litteratur	21
Bilagor	22

SAMMANFATTNING

Om man överför resultaten från en undersökning i Umeå till Jämtländska förhållanden, finner man att under 1996 skulle 318 kvinnor och 24 män av de som varit i kontakt med område psykiatri varit utsatta för sexuella övergrepp som barn.

Med detta projekt har denna patientgrupp synliggjorts.

Gruppsykoterapi är en effektiv metod för en del av de kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp i barndomen. Två terapigrupper har genomförts, inom detta projekts ram. I dessa två grupper har deltagare funnits både från psykiatrin och de som remitterats från andra vårdgivare. De kvinnor som remitterats från psykiatrin hade mer psykiatriska symtom än de som remitterats från andra vårdgivare. Detta avser samtliga symtom förutom ilska/fientlighet. I den grupp som kom från psykiatrin hade ilska/fientlighet ökat medan omvänt förhållande gällde i den andra gruppen, efter terapin. Samtliga övriga symtom hade minskat efter terapin. Somatisering var det symtom som minskat mest i gruppen, som kom från andra vårdgivare än psykiatrin.

Då det gällde skattningen av de psykologiska, sociala, och yrkesmässiga funktionsnivån låg den på en lägre nivå för de som remitterats från andra än de som kom från psykiatrin.

Kvinnorna skattade ett högt samband mellan de sexuella övergrepp de varit utsatta för som barn och de psykiska besvär de upplevde.

Samtliga kvinnor upplevde ett sådant bemötande under gruppsykoterapin att de skulle rekommendera densamma till en vän eller släkting. Deras förväntningar på terapin hade infriats i hög grad.

Inför framtiden behövs utveckling av både grupp, individuella, verbala och icke-verbala behandlingsmetoder. Av 24 remitterade kvinnor påbörjade 5 gruppsykoterapin.

Kunskaper om sexuella övergrepp har spridits till drygt 400 personer i länet. Behov av ytterligare kunskaper, handledning, konsultation och forskning har framkommit vid de utbildningstillfällen som genomförts. Sammanlagt har 17 enheter erhållit utbildning vid 31 tillfällen. Utbildningen har bestått av 2x2 tim utbildning, men kortare alternativ har också erbjudits.

Även om syftet i detta projekt inte varit att utveckla samarbetsmetoder, har projektet medfört större samarbetsmöjligheter. Detta genom det sätt som kunskapsöverföringen har genomförts på.

Med tidiga insatser, ökade kunskaper och ett bättre bemötande torde kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn, få minskade behov av både somatisk och psykiatrisk behandling.

INLEDNING

Vi vet numera att kvinnor har ett större ohälsotal än män. Kvinnor är stora konsumenter av både psykiatrisk och somatisk vård. Idag är det allmänt vedertaget att kvinnomisshandel /sexualiserat våld mot kvinnor och barn utgör ett stort folkhälsoproblem (1,2). Problemet har uppmärksammats i olika delar av världen.

I ett slumpmässigt urval av den kvinnliga befolkningen i Norge uppgav 14 % att de blivit sexuellt utnyttjade som barn. Samtidigt får man hålla i minnet att man räknar med stora mörkertal i brottsregister och offerundersökningar. Personliga intervjuer ger oftare ett högre tal och anses ligga sanningen närmare (2).

Inom vuxenpsykiatri är patienter, som traumatiserats av sexuella övergrepp i barndomen, en stor patientgrupp. Det finns flera undersökningar som styrker detta. Vid den psykiatriska kliniken i Umeå genomfördes 1993 en undersökning för att kartlägga förekomsten av sexuella övergrepp i barndomen hos psykiatriska patienter. Utgångspunkten var personalens kännedom om förekomsten av sexuella övergrepp i barndomen hos både slutenvårdspatienter. Man fann att 28 % av kvinnorna och 3 % av männen varit utsatta för sexuella övergrepp som barn. På akutenheten var förekomsten 35 % (3). Om man överför dessa %-sats till förhållanden i Jämtlands län, finner vi att av de patienter som under 1996 var i kontakt med psykiatriska kliniken skulle 318 kvinnor och 24 män ha varit utsatta för sexuella övergrepp som barn (4). Enligt dagens diagnosregistreringssystem finns inte möjligheter att ta reda på hur många av psykiatriens patienter som varit utsatta för sexuella övergrepp i Jämtlands län.

Ett projekt vid psykiatriska kliniken i Skellefteå visar att mer än hälften av en grupp kvinnor med depressionssymtom hade varit utsatta för sexuella övergrepp eller utsatta för fysisk och/eller psykisk misshandel (5).

Inom länssjukvårdens Område Psykiatri i Jämtlands län har genomförts två grupper av grupppsykoterapi med kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn (6). I samband med avslutad grupppsykoterapi visade dessa kvinnor 38 % mindre psykiatriska symtom jämfört med före påbörjad terapi. Ett år efter avslutad terapi hade de psykiatriska symtomen minskat med 51 %. Eftersom resultaten av vår grupppsykoterapimetod var så positiva ville vi undersöka huruvida detsamma gällde för flera kvinnor som genomförde terapin. Vi ville ta reda på om vår grupppsykoterapimetod var en metod som borde permanentas inom vuxenpsykiatri.

Vi hade också en ide om att ökade kunskaper om sexuella övergrepp, hos de som först möter denna patientgrupp, skulle leda till tidigare upptäckt, ett bättre bemötande och effektivare behandling. Vår förhoppning var att synliggöra denna grupp av kvinnor.

DEFINITION AV SEXUELLA ÖVERGREPP

I litteraturen finns en rad olika definitioner både avseende incest och sexuella övergrepp. Den definition vi stannat för är den som Folkhälsoinstitutet använder (7). ”Sexuella övergrepp inbegriper alla kränkande sexuella handlingar där förövaren är en person i överläge som utnyttjar någon för sina egna behov. Det är utnyttjandet och kränkningen av den utsattes integritet, som är utgångspunkten för vad som ska ses som övergrepp och inte arten eller graden av den sexuella handlingen i sig”.

SYFTE

I tider av krympande ekonomiska resurser, synes det än viktigare att effektivisera och utveckla ett bra bemötande och omhändertagande, för att minska det personliga lidandet och även sänka de totala behandlingsskostnaderna.

Syftet med denna studie var att främja kvinnors hälsa genom att:

- synliggöra ett tidigare dolt vårdbehov, hos en patientgrupp som hittills haft svårt att få adekvat hjälp inom hälso- och sjukvården
- utveckla effektiva behandlingsmetoder för dessa kvinnor
- i direkt patientarbete, förbättra kunskaperna om senverkningar av sexuella övergrepp och att få en bättre uppfattning om vårdbehovet för dessa kvinnor
- genom patientarbetet, både via grupppsykoterapi och individualpsykoterapi, få nya kunskaper och därmed underlag för att utveckla och tillskapa nya behandlingsformer
- nå utsatta kvinnor i tidigt skede och härigenom minska riskerna för en fortsatt destruktiv utveckling i form av missbruk, självdestruktivt och suicidalt beteende, ätstörningar och psykosociala komplikationer, som tex långvarig sjukskrivning
- aktivt arbeta med kunskapsöverföring, information och kunskapsspridning både inom psykiatri och till primärvården

Anslagsgivaren angav, i motiveringen för beslutet, att koppling skulle ske till barn- och ungdomsperspektivet med hänvisning till skolhälsovård och kommunernas Individ och Familje Omsorg (IFO). Vi beslöt därför att erbjuda IFO samt närliggande områden inom länssjukvården utbildning. Skolhälsovården i Östersunds kommun erbjöds delta på en utbildningsdag.

FÖRVÄNTAT RESULTAT/MÅL

Ett av målen med detta projekt har varit att synliggöra att sexuella övergrepp, av framförallt män mot kvinnor, eller män mot flickor förekommer.

Ett annat mål har varit att utveckla behandlingsmetoder för denna patientgrupp.

Ett tredje mål har varit att sprida kunskaper inom vår egen klinik, primärvården, några enheter inom länssjukvården, kommunernas IFO samt till familjerådgivningen om sexuella övergrepp.

Det genomförda projektet kan i stort sett indelas i två huvuddelar. Den ena delen har att göra med behandling. Den andra delen handlar om kunskapshöjning hos personalen.

Genom utvecklandet av behandlingsmetoder för denna grupp av kvinnor förväntas effektivare omhändertagande, minskat lidande samt minskade kostnader. Det totala ohälsotalet förväntas minska som en effekt av behandlingen. Tidig upptäckt förhindrar kostsamma insatser i ett senare skede både inom de somatiska och psykiatriska områdena.

Genom att erbjuda kunskapsöverföring till personal inom vår egen klinik, primärvårdens hälsocentraler, närliggande vårdgrannar inom länssjukvården och kommunernas IFO, förväntades en tidigare upptäckt och ett effektivare omhändertagande. Genom att bjuda in skolhälsovårdens personal till en utbildningsdag hade vi förväntningar på att synliggöra detta problemområde även inom skolans sfär.

En av vinsterna med projektet är att de kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn erbjuds ett adekvat omhändertagande både inom område psykiatri och hos övriga instanser som möter dessa kvinnor. En annan vinst är att arbetsmetoder för samarbete mellan område psykiatri, primärvården och vissa kliniker inom länssjukvården utvecklas. En tredje vinst, fast

på lång sikt, är att behovet av både somatisk och psykiatrisk behandling för denna grupp kvinnor kommer att minska.

METOD

BEHANDLING

Målgruppen har varit vuxna kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn.

Behandlingen avsågs genomföras som gruppsykoterapi och individualpsykoterapi. Inga individualpsykoterapier har genomförts, inom projektets ram, pga att projektet fick mindre pengar än vad som ansöktes om. Därigenom fanns inte tidsmässigt utrymme för samarbete med avsedda samarbetspartners eller för planering för denna typ av terapier.

En av anledningarna till att vi valde att använda gruppsykoterapi som metod var att vi hade erfarenhet av att tidigare ha genomfört två gruppsykoterapier med denna metod och med lovande resultat (6). Vi ville få ett större undersökningsmaterial för att ta reda på om detta var en bra metod med tanke på kvinnorna och deras psykiatriska tillstånd.

En annan anledning till att använda korttids gruppsykoterapi var att vi menar att det är kostnadseffektivt med gruppsykoterapi jämfört med individualpsykoterapi, som oftast pågår under längre tid. I dagens besparingstider anser vi att det är viktigt att undersöka huruvida det är möjligt att arbeta med fokuserad korttidsterapi i grupp och ändå kunna påvisa goda resultat.

En tredje anledning var att kvinnorna inte skulle behöva riskera att utsätta sig för individualterapisituationen, som i många stycken kan påminna om de övergrepp de varit utsatta för. Vid individualpsykoterapi sker terapin i ett slutet rum, vilket oftast var fallet vid övergreppen. Det som sägs i terapirummet "hemlighålls", det har även övergreppen gjorts. Individualterapeuten befinner sig i en "maktposition", det gjorde också förövaren. Vid gruppsykoterapi finns mer än två individer i rummet, vilket gör att rummet inte är slutet på samma sätt. Hemlighållandet bryts genom att fler personer får höra talas om övergreppen. I gruppsykoterapisituationen är man inte lika utelämnad till en terapeut. I rummet finns i detta fall två terapeuter. Dessutom finns ju flera patienter. Det gör att gruppsykoterapeuterna inte på samma sätt befinner sig i en maktposition som individualterapeuten gör.

Psykoterapeutisk metod

Vi kallar vår metod halvstrukturerad fokuserad korttidsterapi. Med halvstrukturerad menas att vi har arbetat utifrån ett antal teman. Med fokuserad menas att fokus hela tiden har varit på de sexuella övergrepp som kvinnorna varit utsatta för samt de konsekvenser som detta har medfört. Korttidsterapi har bedrivits 1 gång/vecka. Antal sessioner har varit 20.

Den psykoterapeutiska referensramen har varit en annan än traditionell psykodynamisk psykoterapi, där mannen är norm även för kvinnan. Naturligtvis grundar sig vårt psykoterapeutiska arbete i psykodynamisk teori, men därutöver har vi använt oss av objektrelations-teori, affektteori, traumateori, systemteori samt teorier om psykopedagogiskt arbete. Dessutom har vi sökt kunskaper i den sk nya kvinnopsykologin bl a hos Jean Baker Miller (8). En annan utgångspunkt i det psykoterapeutiska arbetet har varit feministisk teori (9). Detta innebär att vi har arbetat utifrån feministisk psykoterapi (10).

Psykoterapigrupperna

Vi avsåg att under projekttiden genomföra tre omgångar gruppsykoterapier, med nya individer i varje grupp. Vi hade för avsikt att genomföra två grupper med kvinnor som aktualiserades via vårt eget område psykiatri och en grupp som aktualiserades via primärvårdens hälsocentraler.

Under projekttiden har genomförts två gruppsykoterapier. Till båda dessa grupper har kvinnor rekryterats inom område psykiatri. Fem kvinnor har dock kommit på remiss från primärvården, annan klinik inom länssjukvården eller privat sjukvård med direkt önskemål om behandling kopplat till sexuella övergrepp. Anledningen till att denna uppdelning gjordes var att vi ville se dels om det var någon skillnad i kvinnornas psykiatriska tillstånd före behandlingen och dels hade en idé om att de som kom från andra vårdgivare var i ett tidigare skede i sin sjukdomsutveckling. Tanken med att arbeta med en grupp av kvinnor, som rekryterades direkt via remiss från andra vårdgivare, var att kunna jämföra dessa kvinnor med de som kom via område psykiatri. Vi ville se, om de skilde sig på några väsentliga punkter samt ta reda på om insatser i ett tidigt skede minskade riskerna för en fortsatt destruktiv utveckling. I avsnittet resultat redovisas, om och i så fall på vilket sätt, dessa två grupper skilde sig åt.

Det är flera skäl till att enbart två terapigrupper har genomförts mot förväntat tre. För det första tog det längre tid för rekrytering och urval av kvinnor till gruppsykoterapierna än vad som förväntats, tex för att rekrytera fem kvinnor till den andra gruppen hade 24 kvinnor remitterats för bedömning. För det andra hade vi inte räknat med att det skulle ta så lång tid innan kunskapsöverföringen till primärvården kunde påbörjas. I och med att tidsplanen sprack på båda dessa områden har det inte varit möjligt att uppfylla intentionerna i projektbeskrivningen om att genomföra tre gruppsykoterapier, varav en med enbart primärvårdens patienter.

KUNSKAPSÖVERFÖRING

Av projektbeskrivningen framgår att information respektive kunskapsöverföring skulle ske dels till den egna kliniken och dels till primärvården. Anslagsgivaren framförde dessutom att metodutveckling var angelägen med koppling till barn och ungdomsperspektivet, och hänvisade till skolhälsovård och IFO.

Kunskapsöverföringen har skett på två olika sätt. Dels genom information/utbildning i de naturliga arbetslag som finns och dels genom att en utbildningsdag anordnades för ett stort antal personer, inkl personal från skolhälsovården.

Utbildning i den egna arbetsgruppen

Föreläsare vid informationen/utbildningen i de naturliga arbetslagen har varit Britt-Inger Bostedt, överläkare, leg psykoterapeut och Inger Broman, socionom, leg psykoterapeut.

För att få större genomslagskraft valde vi att erbjuda utbildning till personal från både hälsocentraler och kommunernas IFO inom samma geografiska område.

De kommuner, som ligger längst bort från Östersund valdes bort. Detta för att minska den egna tiden för resande. Det var ändock inte möjligt att inom ramen för projektet ge information/utbildning till samtliga hälsocentraler eller kommuner i länet.

Erbjudande om deltagande i föreslagen kunskapsöverföring gick till 16 Hälsocentraler i länet, 5 kommuners IFO, Familjerådsgivningen, 6 enheter inom Område Psykiatri, samt till ytterligare 4 enheter inom Länssjukvården förutom Område Psykiatri.

Vi ville genomföra utbildningen i de naturliga arbetslag som redan fanns. Vi ville ha små grupper. Detta för att ge möjlighet hos personalen att utbyta erfarenheter och att känslomässigt uppleva innehållet. Vi menar att ämnesområdet sexuella övergrepp är svårtillgängligt. För att mottagaren skall kunna ta till sig information/utbildning inom detta område underlättas det genom att vara i en liten grupp, där man känner sig hemma. Vi ville inte bara erbjuda intellektuella kunskaper utan också känslomässiga upplevelser. Genomförandet av kunskapsöverföringen har därför skett på mottagarens arbetsplats.

Att samarbeta med andra tog mer tid än vad vi hade förväntat oss. Vi började med att utsända erbjudan om information/utbildning till de utvalda enheterna. Vartefter positivt svar inkom planerades tillsammans med chefen på enheten om hur mycket och vad man vill ta del av samt tidpunkten/tidpunkterna härför. Det tog mycket tid att få personlig kontakt med cheferna för att diskutera innehåll och uppläggning av utbildningen. Ännu svårare var det att hitta gemensamma tider för genomförandet. Tillsammans med respektive chef vid varje enhet lades utbildningen upp, utifrån ett av oss erbjudet program. Mottagaren bestämde vem eller vilka inom arbetsgruppen som skulle erbjudas att delta.

För att genomföra denna del av projektet gjordes genomgång av litteratur. Det visade sig att det fanns en omfattande produktion av litteratur inom området sexuella övergrepp. Relevant litteratur utvaldes, se litteraturlistan, och inläsning av densamma upptog en stor del i början av projektet. I samband med genomläsning av litteraturen växte en struktur fram över hur utbildningen skulle komma att läggas upp.

För att ta del av det senaste inom området tillägnade vi oss själva en del utbildning via konferenser och utbildningsdagar.

Med kunskapsöverföringen ville vi dels ge faktakunskaper men också känslomässigt beröra de personer som deltog i utbildningen. För att känslomässigt beröra lade vi in uppläsning av ett avsnitt ur skönlitteratur (11) samt visade ett avsnitt av en videoupptagning av en TV-film (12). Vi ville också lämna någon form av material till deltagarna (6,11,13,14, 15).

Utbildningspaketet innehöll som mest 2 x 2 timmar lång utbildning, men även kortare alternativ kunde väljas. De områden som berördes i utbildningen var:

- Historik, hur har man historiskt sett på sexuella övergrepp.
- Definitioner, olika definitioner av incest respektive sexuella övergrepp.
- Lagstiftning, om anmälningsskyldighet, om brottsbalken och om föreslagen lagstiftning enl Kvinnofrid.
- Omfattning, olika undersökningars resultat angående omfattning.
- Sexuell traumatisering - på kort sikt, konsekvenser för barnet.
- Sexuell traumatisering - på lång sikt, konsekvenser för den vuxna.
- Bemötande, egna och andras erfarenheter.
- Behandling, andras men framförallt egna erfarenheter av behandling med gruppsykoterapi.

Utbildningsdagen

I samband med att projektet närmade sig sitt slut erbjöds deltagande i en utbildningsdag om sexuella övergrepp. Se bilaga 1.

Vid utbildningsdagen föreläste Christina Citron, överläkare, specialist i barn-och ungdomspsykiatri vid Vasa PBU i Stockholm, Kerstin Aldén, överläkare, leg psykoterapeut och Inger Österberg, kurator, föreståndare, Asta-teamet i Umeå. Dessutom medverkade Britt-Inger Bostedt och Inger Broman.

Erbjudande om att delta gick dels till de personer som tidigare deltagit i vår kunskapsöverföring dels till andra personer som vi trodde kunde vara intresserade. Dessutom inbjöds politiker och chefer från olika verksamheter. Personal från försäkringskassan, arbetsförmedlingen, polis, skola, länsstyrelsen, de psykosociala teamen samt familjerådgivningen inbjöds till utbildningsdagen. Sammanlagt utsändes inbjudan till ca 170 enheter/personer.

UTVÄRDERINGSMETODER

För utvärdering av behandlingen har använts:

- Enkäter före och efter behandlingen, bilaga 2 och 3. En del av dessa frågor utgår från VAS-skalan (visuell analog skala), som är en subjektiv värdering med hjälp av för ändamålet utformad skala för att skatta sina besvär.
- SCL-90, som är ett självskattningsinstrument med 90 frågor med 5 svarsalternativ på varje fråga, bilaga 4. Instrumentet mäter 10 psykiatriska symtom. Dessa utgör 9 symtomkategorier och en skala övrigt, som består av symtom som inte entydigt går att hänföra till någon av de 9 symtomkategorierna. Höga värden betyder mycket symtom. Mätningen har skett före och efter avslutad terapi.
- GAF-skalan. Global funktionsskattning, bilaga 5. Detta mätinstrument är ett subjektivt mätinstrument och mäter funktion i dimensionen sjukdom hälsa. Vid skattning ska beaktas psykologisk, social och yrkesmässig funktionsförmåga, där psykisk hälsa resp psykisk sjukdom utgör de bägge polerna. Skalan är från 0 - 90. Ju högre poäng, ju bättre funktionsnivå. Behandlarna har var för sig gjort skattningarna och sedan tagit medelvärdet därav. GAF har skattats före och efter avslutad behandling.

För utvärdering av kunskapsöverföringen och utbildningsdagen har använts:

- Enkäter som skulle ge svar på vad man lärt sig, vilken användning man kunde tänkas ha av det, om man hade ytterligare behov av kunskaper inom området sexuella övergrepp, bilaga 6.
- Enkäten till utbildningsdagen innehöll samma frågor som ovan men dessutom en fråga om behov/önskemål inför framtiden och det fortsatta arbetet med sexuella övergrepp, här användes också VAS--skalan för vissa frågor. Bilaga 7.

METODPROBLEM

Då det gäller gruppsykoterapin, vill jag för det första slå fast att, det vi gjort är en kvalitativ studie, vilket medför att jag inte vill göra anspråk på generaliserbara fakta. För det andra är underlaget för data endast 9 kvinnor, vilket är ett alltför litet material för att dra några långtgående slutsatser av. För det tredje var det ett stort bortfall av vissa VAS-skolor avseende psykiska besvär i enkätsvaren. För det fjärde är jag, som gör utvärderingen, en av medterapeuterna i gruppsykoterapierna.

Både vid utbildning vid de olika arbetsplatserna och vid utbildningsdagen har jag varit både utbildare och utvärderare. Till utbildningsdagen hade vi till största delen engagerat utomstående föreläsare. Utvärderingen får därför ses i skenet av de svårigheter som det medfört att, en av oss som också föreläste, samlade ihop enkäterna och utvärderade resultatet av dem. Enkät-

en bestod av öppna frågor. Det innebär att svaren förts samman i kategorier och i viss mån tolkats.

RESULTAT

BEHANDLING

I projektet har vi arbetat med två grupper. Sammanlagt har 9 kvinnor deltagit. 4 kvinnor i den ena gruppen och 5 i den andra. Kvinnorna befann sig i åldersgruppen 22-55 år, då de började grupppsykoterapin. 4 av dem aktualiserades för grupppsykoterapin av vår egen klinik. 5 av kvinnorna aktualiserades för behandling, utifrån att de utsatts för sexuella övergrepp, antingen genom att själva ta kontakt eller via remiss till område psykiatri.

Senverkningar av sexuella övergrepp och vårdbehov

Kvinnorna är svårt traumatiserade pga de övergrepp de utsatts för som barn. Mätt med SCL-90 hade kvinnorna mycket psykiatriska symtom. Medelvärde hos en grupp studenter (normalgrupp) ligger på ca 0,5 för samtliga symtom. I figur 1 kan man se medelvärdena för de två grupperna, de som remitterats från psykiatrin och de som remitterats från annan vårdgivare.

För att ta reda på kvinnornas funktionsnivå, skattades de med GAF. I tabell 3 kan man se att de kvinnor som remitterats från annan vårdgivare hade lägre funktionsnivå före terapin än de som remitterats från psykiatrin. Man kan säga att de förra ligger på en relativt låg funktionsnivå. För att anses välfungerande bör GAF ligga nära 90.

Exempel på senverkningar som kvinnorna beskrev var: "Det har förstört mitt liv totalt. Min barndom. Mitt sexuella beteende". "Blivit ensam, inte känt gemenskap, svårt för nära relationer... använda mycket kraft till att fungera så bra som möjligt". "Svårt att genomföra påbörjade projekt, att inte höra till, svårt med jagkänslan, att måsta vara till lags, inte samma rätt som andra, ryggproblem, övervikt, relationsproblem". "Litar inte på någon. Väldigt lättirriterad och känner mig otrevlig. Blir arg väldigt lätt". "Gjort mig spänd, orolig, övergivenhets-känslor. Gett huvudvärk". "Skuld". "Avstängt känsloliv, svårt med relationer, ilska, frustration, depression".

Samtliga kvinnor beskrev ett högt samband mellan upplevda psykiska besvär och de sexuella övergrepp som de varit utsatta för.

Som helhet kan man säga att de kvinnor som kom via internremiss hade mer psykiatriska symtom än de som kom från andra vårdgivare. Samtidigt kan man se att de kvinnor som kom från andra vårdgivare hade lägre funktionsnivå.

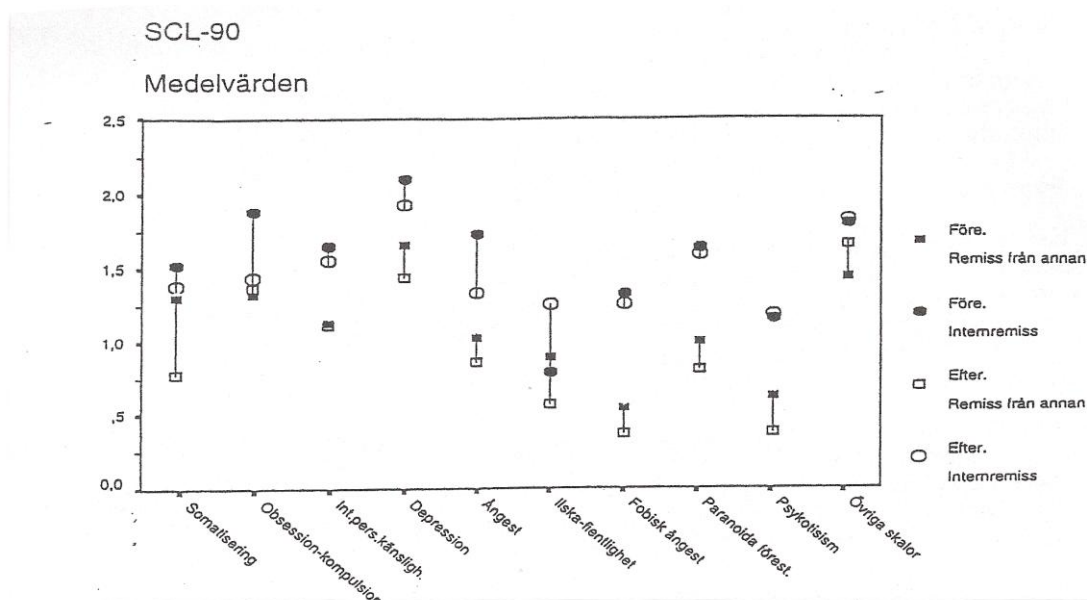
Grupppsykoterapi - en effektiv behandlingsmetod

Med SCL-90 mäts 10 psykiatriska symtom. Dessa symtom är: Somatisering, Obsession-kompulsion (tvångsmässiga symtom), Interpersonell känslighet, Depression, Ångest, Ilska/fientlighet, Fobisk ångest, Paranoida föreställningar och Psykotisism samt Övriga symtom.

Totalt har samtliga psykiatriska symtom minskat under behandlingen förutom symtomen ilska/fientlighet och övriga skalor. Se figur 1. Jämför man de som remitterats inom psykiatrin med de som remitterats från andra vårdgivare finner man att de förra har mer symtom både före och efter terapin, förutom på ilska/fientlighet. Den största skillnaden mellan grupperna avser just ilska/fientlighet. Detta symtom har ökat i gruppen som kommit på internremiss medan det

i den andra gruppen har minskat. Minskningen av symtom i gruppen som helhet var under behandlingstiden 12 %. Grupperna skiljer sig åt på så sätt att i gruppen som remitterats från andra vårdgivare var minskningen av psykiatriska symtom 15 % och i den andra gruppen 9 %.

Figur 1. I figuren kan man grafiskt se hur de psykiatriska symtomen har minskat från före till efter behandling. Ju högre värden ju mer symtom.



Som helhet kan man säga, att de kvinnor som kom via internremiss, hade mer symtom än de som kom från andra vårdgivare. Symtomen har minskat i högre grad för gruppen som kom från andra vårdgivare. Se tabell 1.

Tabell 1. Sammanlagd råpoäng, före och efter behandling. Minskning i % i gruppen som helhet, internremissgruppen och för de som kom från annan vårdgivare.

SCL-90	Hela gruppen		Internremiss		Remiss från annan	
	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter
Råpoäng	1084	961	576	529	508	432
Minskning		12%		9%		15%

Medelvärdet av råpoängen för hela gruppen är 120 före behandlingen och 107 efter behandlingen. I internremissgruppen var medelvärdet före behandlingen 144 och efter behandlingen 132. I gruppen remiss från annan var medelvärdet före 102 och 86 efter behandlingen.

Kvinnorna skattade psykiska besvär på en VAS-skala, där värdena var 0-10. 10 var mycket svåra psykiska symtom och 0 lätta symtom. Efter behandlingen hade oro/ångest, depression/nedstämdhet, aggressivitet/irritabilitet och dåligt självförtroende minskat. Sömnproblemen hade ökat. De två grupperna, internremiss resp remiss från annan, skiljer sig främst avseende variablerna aggressivitet/irritabilitet och dåligt självförtroende, se tabell 2.

Tabell 2. Medelvärde, förändring av psykiska besvär under behandlingstiden. Minustecknet betyder lägre värden efter behandlingen.

Förändring Psykiska besvär	Hela gruppen	Intern- remiss	Remiss från annan
Oro/ångest	-0,81	-1,25	-1,37
Sömnproblem	0,36	0,73	0,8
Depression/nedstämdhet	-1,43	-2,07	-2,03
Aggressivitet/irritabilitet	-0,23	0,78	-1,63
Dåligt självförtroende	-0,27	-1,6	0,73

Samtliga kvinnor beskrev ett högt samband mellan upplevda psykiska besvär och de sexuella övergrepp som de varit utsatta för. VAS-skalan har använts, där var 0 lågt och 10 högt samband. Medelvärdet före behandlingen låg på 7,09 och efter behandlingen på 7,37. I gruppen som helhet menade kvinnorna att sambandet hade ökat något under tiden de gått i terapi. Om man delar upp gruppen i de som rekryterats via psykiatri och de som rekryterats via andra finner man att i den första gruppen har sambandet minskat med 1,13 under behandlingen medan det ökat för den andra gruppen med 1,38.

Båda terapeuterna skattade kvinnorna enl GAF före och efter behandlingen. I tabell 3 kan man se att kvinnornas funktionsnivå har höjts. I gruppen remiss från annan har funktionsnivån höjts mer än i den andra gruppen.

Tabell 3. Medelvärden, GAF-skattning före och efter behandling.

Medelvärde GAF	Totalt	Intern- remiss	Remiss från annan
Före	66	71	60
Efter	74	77	71

Som resultat av terapin vill jag här förmedla några av kvinnornas röster om vilka förändringar som skett. "Bättre självförtroende". "Törs ta initiativ". "Försöker att hävda min rätt mot (maktpersoner) myndigheter, det går något bättre!". "Betydligt friare nu". "För första gången i mitt liv vågat fullt ut bejaka en relation till en man". "Börjat kunna säga ifrån och ägna mig åt mig själv och min familj". "Har slutat kräva av mig att jag skall fungera 'normalt', ingen annan har rätt att kräva det jag inte kan/vill ge".

I den här studien bekräftas inte våra antaganden att behovet av läkemedel minskat från före till i samband med avslutad behandling. Av 9 kvinnor använde 2 medicin mot psykiska besvär

före behandlingen och lika många i samband med att behandlingen avslutades. Före behandlingen använde 5 kvinnor smärtstillande mediciner. Vid avslutningen hade antalet ökat till 6.

Avsikten var att ta reda på om kvinnornas behov av sjukskrivning under behandlingen minskat. Vi lyckades inte erhålla detaljerade tillförlitliga data, från kvinnorna, om detta. Det innebär att vi inte har några resultat att redovisa om psykoterapins effekt på sjukskrivning.

Bemötande och omhändertagande

För att ta reda på hur kvinnorna upplevt bemötandet under terapin har vi vid avslutningen av behandlingen ställt frågor om de skulle rekommendera den behandling de själva genomgått till en vän eller anhörig. Vi har också frågat om vad de tycker om behandlingen som helhet. Samtliga kvinnor ansåg att behandlingen varit bra och att de skulle rekommendera densamma till en nära vän eller anhörig.

Ett sätt att ta reda på hur kvinnorna upplevde behandlingen var att fråga om förväntningar och dess uppfyllelse. De förväntningar som framkom inför starten av gruppsykoterapin var bla att få "större insikt", "att lättare se sambandet mellan orsak och verkan", "få mera självkänsla", "känna mindre sorg", "få mer initiativförmåga" och att de skulle få möta andra som de kunde känna igen sig i. En ambivalens kunde också märkas hos kvinnorna tex uttryckte en av dem det så här "Jobbigt att prata om allt som har hänt, fast det blir nog samtidigt en skön känsla, att veta att man ej är ensam om att ha det så här (jävligt)". Farhågor var att inte ens egna problem skulle få vara i fokus, att ingen förändring skulle ske samt att det skulle bli jobbigt.

Förväntningarna har infriats till mycket stor del. På en VAS-skala där 0 markerar att förväntningarna infriats helt och där 10 är att de inte alls infriats, är medelvärdet 1,89. Här kan man se att hos de kvinnor som rekryterats utanför psykiatrin har förväntningarna uppfyllts i något högre grad (1,64) än hos de övriga (2,2).

Kvinnorna angav följande skäl till varför de satte kryss på skalan om hur förväntningarna infriats:

- "För att det har hänt så mycket med mej under den här tiden."
- "Jag har påbörjat en process som inte blir färdig."
- "Behandlingen har fokuserat på för mig viktiga faktorer - ovan med grupp och ibland har jag känt mig utanför."
- "Jag känner att jag kommit en bit på väg, men skulle vilja fortsätta."
- "Det viktigaste var att träffa andra, se att mina reaktioner är normala".

KUNSKAPSÖVERFÖRING

Utbildning i den egna arbetsgruppen

Kunskapsöverföringen har skett i samarbete med mottagaren. Utbildningen har givits till 17 enheter, vid 31 tillfällen, som mest fyra timmar. 283 personer har deltagit i hela eller delar av utbildningen. 245 personer har fått den enkät som är underlag för resultaten nedan. 224 personer (91 %) har svarat på enkäten.

Föreläsningar har getts till personal vid hälsocentralerna i Krokomb, Torvalla, Brunflo, Järpen och Lugnvik. Till IFO har föreläsningar givits i Åre, Krokomb och Östersunds kommun. Vi har föreläst vid Familjerådgivningen. Inom Länssjukvården har Kuratorsgruppen, Hud- och Könsmottagningen samt Barnpsykiatriska mottagningen erhållit utbildning. Inom Område

Psykiatri har vi föreläst vid Allmänpsykiatriska mottagningen, Allmänpsykiatriska avdelningen, Akutavdelningen, Rörelseterapiavdelningen och Strandvillan.

Via enkäten ville vi ta reda på vad man lärt sig, vilken användning man kunde tänkas ha för det och om man hade ytterligare behov av kunskaper inom området sexuella övergrepp. Enkäten bestod av öppna frågor.

Av enkätsvaren framgår att man har fått ökade teoretiska kunskaper om sexuella övergrepp avseende dess historik, lagstiftning, omfattning, övergreppens natur, ålder då övergreppen startar, högriskgrupper, symtom, psykiska försvar, bemötande, behandling och att behandling ger god prognos. För en del har det inneburit uppfriskning och konfirmering av tidigare kunskaper. Man har fått litteraturhänvisning. Man har fått kunskaper om att det finns de som arbetar med denna problematik i länet och att gruppsykoterapi finns att erbjuda. Kontakt har etablerats mellan olika instanser. Flera har angivit att de fått ökad medvetenhet och insikt om att egna svårigheter att lyssna på och tala om sexuella övergrepp, kan vara ett hinder i arbetet med personer som utsatts för sexuella övergrepp.

Man beskrev att man kan använda dessa ökade kunskaper i direkt arbete med patienter/klienter. Detta genom ett annat bemötande tex genom att kunna ge information och förmedla hopp, "det är lättare att fråga om man vet att hjälp finns". "Mera mod att fånga upp problemet". "I mötet med kvinnor med smärta". "Vara observant på riskgrupper". En ökad egen lyhördhet vid misstanke om att sexuella övergrepp förekommer. "Ökad trygghet i yrkesrollen". Ett annat användningsområde som flera skrivit om är minskade svårigheter hos sig själva för att våga närma sig problemet. Ex "våga se patienter med denna problematik". "Orka möta en människa som varit utsatt". "Vara mer observant på egna känslomässiga reaktioner". Ett område som också berörts är möjlighet till samverkan/samarbete/erfarenhetsutbyte mellan vuxenpsykiatrin och andra samarbetspartners. Deltagarna har lärt sig vart man kan remittera patienter och ge dem och anhöriga information om vart de kan vända sig. De har lärt sig att gruppsykoterapi finns. Man har också lärt sig var man kan hitta handledning.

Ytterligare behov av kunskaper inom området har 151 personer (67%) uttryckt, främst inom tre områden. Först och främst handlar det om önskemål om mer teoretiska kunskaper, som tex fördjupning och repetition samt om samtalsmetodik, om barn och ungdomar, om utsatta pojkar/män, om förövare och om att göra en bra bedömning. De andra två områdena är handledning och konsultation, med önskemål om att ta upp egna känslomässiga upplevelser.

Utbildningsdagen

175 personer anmälde sig till utbildningsdagen. 150 personer deltog hela eller delar av dagen. 32 personer svarade på vår enkät, vilket gör att svaren inte redovisas mer än att vi vill nämna något om vad som framkom om behov/önskemål inför framtiden avseende det fortsatta arbetet med sexuella övergrepp i vårt län.

- Samarbete.
- Behov av information till allmänheten.
- Skapa en arena/ett forum där män och kvinnor möts och vågar prata om dess frågor.
- Skapa möjligheter till erfarenhetsutbyte.
- Skapa en kunskapsbank.
- Ytterligare utbildning.
- Inte splittra den samlade kunskap som nu finns.
- Starta ett "incestteam".

- Fortsätta i nuvarande form, fortsätta med gruppbehandling.
- Fortsätta bedriva behandling för de som utsatts.
- Utöka med fler behandlingsmetoder som kroppskännedom, psykodrama och bild.
- Behov av handledning.
- Bedriva forskning.

Utbildningsdagen avslutades med en paneldiskussion om hur vi kan gå vidare i vårt län. Panelen bestod av landstingsrådet Ingrid Kallberg (s), primärvårdschef Ellen Hyttsten, socialkonsulent Kjell Brickman samt min medterapeut, överläkare/leg psykoterapeut Britt-Inger Bostedt som diskussionsledare. Den diskussion som fördes kan sammanfattas med att man anser det viktigt att:

- Synliggöra problemet.
- Lyfta upp det på en politisk nivå.
- Ge det fortsatta arbetet med sexuella övergrepp legitimitet
- Använda redan fungerande samverkansgrupper samt att
- Det behövs ökade kunskaper.

Tilläggas kan att man menar att man ska använda den redan fungerande samverkansgruppen, som är en myndighetssamverkan mot kvinnomisshandel och som arbetar för att motverka könsrelaterat våld.

ATT SYNLIGGÖRA DET OSYNLIGA

BEHANDLING

Inom vår egen organisation blir vi på olika sätt mer och mer efterfrågade då det gäller denna patientgrupp. Tex har förfrågan om att ta emot fler patienter för behandling kommit till oss två som arbetat i detta projekt. Utan att ha några siffror att redovisa förekommer det oftare nu att det antingen i remissen eller att kvinnan, som själv ringer, söker för symtom som hon menar är konsekvenser av de sexuella övergrepp hon har utsatts för.

KUNSKAPSÖVERFÖRING

Genom att ha nått ut till ca 400 personer med information/utbildning till de som kan tänkas komma i kontakt med vår målgrupp, menar vi att vi har lyckats synliggöra kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn.

DISKUSSION

Inom vuxenpsykiatri, är kvinnor som traumatiserats, av sexuella övergrepp, en stor patientgrupp. Dessa kvinnor finns också hos primärvård, övrig länssjukvård, kommunernas IFO samt privat sjukvård. Metoder behöver utvecklas och vidareutvecklas för att behandla denna patientgrupp.

BEHANDLING

Trots vetenskapliga svagheter vill vi ändå förmedla några slutsatser av genomförda terapier. Gruppsykoterapi verkar vara en metod som är tillämplig avseende vissa av de patienter som utsatts för sexuella övergrepp som barn. Om det vittnar flera andra studier (6,15,16). Detta även om gruppsykoterapimetoderna varit delvis olika. Samtliga kvinnor

ansåg att behandlingen varit bra och skulle rekommendera den till en närstående eller en vän. Dessa resultat liknar de som kom fram i en tidigare rapport (6).

Kvinnorna, som deltagit i projektet, var svårt traumatiserade. Om man jämför SCL-90 för dessa två grupper med de två grupper som beskrivits i min tidigare rapport verkar kvinnorna i de förra grupperna vara mer traumatiserade. Symtomen minskade också i högre grad i de förra grupperna.

För kvinnorna i den här studien, minskade under behandlingstiden samtliga symtom, enl SCL-90, förutom symtomen ilska/fientlighet och övriga skalor. På alla andra skalor hade kvinnorna som kom på internremiss mer symtom än de som remitterats från annan vårdgivare. Om man särskilde de två grupperna fann man den största skillnaden just då det gäller ilska/fientlighet. I gruppen som kommit på internremiss hade detta symtom ökat medan det minskat för den andra gruppen. Jag tror att kvinnorna i den förra gruppen kommit längre i sin sjukdomsutveckling. De kan därmed haft svårare med tillgång till sin ilska och genom terapin kommit i kontakt med dessa känslor. Detta tolkar vi som positivt. Fortsätter man att titta på just detta symtom kan man se att kvinnorna låg på ungefär samma nivå före behandlingen.

Man kan också se att det symtom som minskat mest, hos kvinnorna från annan vårdgivare, var somatisering. För kvinnorna med internremiss hade ångest och obsession/kompulsion (tvångstankar/tvångshandlingar) minskat mest. Man kan tänka sig att särskilt hos andra vårdgivare, än psykiatrin, är det viktigt att uppmärksamma att hos kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn kan finns en stor risk för somatisering. Funderingar som det väcker är om sexuella övergrepp kan vara en av de bakomliggande orsakerna för diagnoser som fibromyalgi och olika smärtsyndrom. En tolkning blir att det är viktigt med tidiga insatser och att man därför måste "våga" fråga om personen i fråga har varit utsatt för sexuella övergrepp. Tidiga insatser kan minska symtomen i tidigare skede.

Kvinnorna skattade också psykiska besvär på VAS-skalan från 0-10. Av detta kan vi utläsa att sömnproblemen ökade något för samtliga kvinnor under behandlingen. Det rapporterade också kvinnorna under själva terapin. När man arbetar i terapi med så svåra traumatiska upplevelser som sexuella övergrepp är det inte svårt att förstå att kvinnorna kan få sömnsvårigheter. I tidigare refererade rapport har gjorts en ettårsuppföljning som visat att de psykiatriska symtomen har fortsatt att minska. Man kan tänka sig att just i samband med att man avslutar terapin är man fortfarande så starkt påverkad av terapin att det egentligen är förvånande att symtomen överhuvudtaget har minskat.

Med hjälp av skattning på VAS-skalan kan man se att kvinnornas dåliga självförtroende, i gruppen remiss från annan vårdgivare, hade ökat när terapin avslutades. Detta var förvånande. I den andra gruppen hade det dåliga självförtroendet minskat. För att uttala sig om orsaker till förändringen avseende det dåliga självförtroendet behövs dels ett större underlag dels en djupanalys av svaren.

Vid jämförelse mellan de olika grupperna, enl GAF-skattningarna, ser man att de kvinnor som kom från annan vårdgivare, hade lägre funktionsnivå före behandlingen, men att funktionsnivån ökade mest för denna grupp. Det kan man tolka som att tidiga insatser ger goda resultat.

Kvinnorna ansåg, att det förelåg ett högt samband mellan de sexuella övergrepp de varit utsatta för och de psykiska besvär de hade. Efter avslutad terapi skilde de sig emellertid åt på så sätt att hos gruppen inom psykiatrin hade sambandet minskat medan det var tvärtom för den andra gruppen. En förklaring till denna skillnad skulle kunna vara att kvinnorna som kom från

andra vårdgivare inte tidigare hade gjort sammankoppling, mellan symptom och de övergrepp de utsatts för i lika hög grad som de som internremitterats. Det skulle kunna innebära att de kvinnor som kom på internremiss fått mer insikt om att det fanns även andra orsaker till deras psykiska besvär. Det kan också tyda på att kvinnorna inom psykiatri redan påbörjat en bearbetning av de sexuella övergreppen och därmed hade en större medvetenhet om dess påverkan när de startade terapin.

Behovet av läkemedel minskade inte under terapin. Man kan i stället tänka sig att behov av smärtstillande medel, sömnmedel och annan psykofarmaka kan öka under själva terapitiden. Detta då kvinnorna arbetar intensivt både med sina fysiska och psykiska traumatiska minnen. Detta väcker mycket ångest, sömnsvårigheter och fysisk och psykisk smärta. För att få någon uppfattning om eventuell minskning av läkemedel behövs förmodligen längre tids uppföljning

Behov av andra behandlingsformer

Av de 24 kvinnor som kom för bedömningssamtal, till en av grupperna bestående av 5 kvinnor, uppgav 13 att de inte var "mogna" för eller att det inte passade in i livet just då med grupppsykoterapi. Av de 13 kvinnor som ej var motiverade för grupppsykoterapi var det 8 som fortsatte i någon form av individuell kontakt. 1 kvinna, som var motiverad för grupp och ansågs lämplig att delta, hade för mycket somatiska besvär för att kunna delta. 1 kvinna hade inga tydliga minnen av sexuella övergrepp och var därför ej lämplig för grupppsykoterapi. 4 kvinnor, av de 24 som remitterats, avböjde bedömningssamtal.

Av de kvinnor som av olika skäl inte påbörjade grupppsykoterapi kan man mycket väl tänka sig att andra metoder som tex bild, psykodrama, kroppskännedom eller social verksamhet individuellt eller i grupp skulle kunna vara alternativa behandlingsmetoder (17).

Eftersom 19 av de 24 kvinnor, som remitterats för grupppsykoterapi, av olika anledningar inte blev aktuella för denna metod, finns ett behov av att utveckla nya behandlingsmetoder (17). Samtidigt kan man inte bortse från att grupppsykoterapi visat sig ha god effekt avseende de kvinnor som genomfört denna terapiform.

KUNSKAPSÖVERFÖRING

Vi ville sprida kunskaper och erfarenheter om ämnesområdet. Detta har skett genom att vi föreläst om sexuella övergrepp och dess konsekvenser. Vi menar, att det varit viktigt, att ha gett denna undervisning i de existerande arbetslag vid varje enhet. Det har medfört, att man getts möjlighet till nya teoretiska kunskaper. Men deltagarna har också fått nya insikter om egna svårigheter att möta och därmed hjälpa de personer som kommit till de olika mottagningarna med erfarenheter av sexuella övergrepp i bakgrunden.

Behov av handledning, konsultation och ytterligare teoretiska kunskaper har framförts från deltagarna. En sidoeffekt av vårt sätt att arbeta med kunskapsspridning är att det gett bättre möjligheter till samarbete. Man vet med vem man kan ta kontakt med.

RESULTAT I FÖRHÅLLANDE TILLSYFTE

BEHANDLING

Den grupppsykoterapimetod som använts visade sig vara en bra metod för vissa av de kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn. Man kan säga att grupppsykoterapi, i den form som bedrivits, var en effektiv metod. Då det gäller att pröva och tillskapa nya behandlings-

former/metoder har projektets syfte ej uppnåtts, detta pga resursbrist och därmed tidsbrist. Men man kan konstatera att behov av andra metoder finns.

Kvinnorna hade mycket psykiatriska symtom, de hade en relativt låg social, psykologisk och yrkesmässig funktionsnivå före terapin. Detta kan ses som senverkningar av sexuella övergrepp i barndomen. Genom att konstatera att dessa senverkningar fanns har också vårdbehovet lyfts fram.

Intentionen att arbeta med kvinnor som remitterats från primärvården, i en särskild grupp, kunde inte uppfyllas. Kvinnor med remiss från andra, än psykiatrin, har dock deltagit i de två genomförda gruppsykoterapierna. Detta har gjort att vi ändå nått kvinnor i tidigt skede. Att vi däremot inte sett någon minskning av läkemedel menar vi har att göra med det alltför korta tidsperspektivet. För att erhålla någon uppfattning om huruvida riskerna för en fortsatt destruktiv utveckling kunde minskas med terapin måste ett mer långsiktigt utvärderingsprogram genomföras. Trots det lilla materialet visar det ändå att för de kvinnor som remitterats från annan (tidigare skede) minskades symtomen mer än i den andra gruppen.

Vår avsikt var att inom ramen för projektet göra ettårsuppföljning. Projektiden medgav inte detta, men jag hoppas ändå kunna genomföra det utanför ramen för detta projekt.

KUNSKAPSÖVERFÖRING

Genom att ha nått mer än 400 personer med information/utbildning inom psykiatrin, primärvården, några enheter inom länssjukvården samt några kommuners IFO anser jag att syftet i denna del mycket väl har uppfyllts.

SYNLIGGÖRANDE

Syftet att synliggöra denna patientgrupp har uppnåtts. Som jag ser det behövs mer kunskaper om sexuella övergrepp, till många instanser, för att ytterligare synliggöra denna patientgrupp.

SLUTSATSER

Under de förutsättningar som gavs, med mindre resurser än vad som ansöktes om, har målen för projektet uppnåtts. Kvinnors hälsa har främjats bl.a. genom att kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp har synliggjorts. Kvinnornas symtom har minskat. För kvinnor som erbjöds behandling i tidigare skede, minskade symtomen mer än för de som remitterats från psykiatrin. Man kunde se att kvinnorna som remitterats från andra vårdgivare hade mindre symtom än de som kom från psykiatrin. Det förefaller som om, ju tidigare insatser ju bättre resultat skulle gälla. Den gruppsykoterapimetod som erbjödits verkar vara en effektiv metod, för vissa av de kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp i barndomen. Fler behandlingsmetoder behöver utvecklas, både verbala och icke verbala metoder.

Kunskapsöverföringen har gett ett stort gensvar, med önskemål om ytterligare kunskaper, handledning och konsultation och det förefaller som det finns ett stort behov därav.

INFÖR FRAMTIDEN

Den mest radikala visionen är att det inte skall behövas några åtgärder för att behandla de som utsatts eller utsätts för sexuella övergrepp. Detta innebär ett samhälle där mäns våld mot kvinnor är avskaffat. Ett samhälle där vi lever på lika villkor oavsett klass, kön, etnicitet osv.

För att visionera utifrån en mer realistisk verklighet önskas ett centrum mot sexualiserat våld. Vid detta centrum skall finnas kunskaper om ett genusperspektiv både på strukturell, grupp- och individnivå. Det skall finnas kunskaper om alla typer av sexualiserat våld som tex sexuella övergrepp på barn, vuxna som utsatts för sexuella övergrepp i barndomen, olika typer av förövare.

Vid detta centrum skall dessa kunskaper vidareutvecklas och det skall finnas erfarenheter för att bemöta alla de behov som kan uppstå i samband med sexualiserat våld.

Det skall åligga centret att överföra nya kunskaper, erfarenheter och forskningsrön till omvärlden.

Inom länssjukvården hoppas vi få till ett mer organiserat samarbete framförallt med barnpsykiatri, men också med andra enheter.

Mellan länssjukvårdens område psykiatri och primärvården önskar vi få till stånd samarbetsformer för ytterligare kunskapsöverföring, handledning och konsultation. Vi önskar också att de psykosociala teamen vill starta gruppbehandling för denna patientgrupp.

Mellan område psykiatri och kommunernas IFO behövs fortsatt erfarenhetsutbyte.

Inom område psykiatri finns gruppsykoterapi, som är halvstrukturerad fokuserad korttids-terapi redan inlemmad i den ordinarie verksamheten. Det finns också många som arbetar utifrån olika individuella metoder med de som varit utsatta för sexuella övergrepp. Vi vill samla de erfarenheter som finns inom psykiatri för att vidareutveckla både individualpsykoterapi, gruppsykoterapi men också andra metoder som bildterapi, kroppskänedom, psykodrama, symboldrama mm.

Vi vill bygga upp en verksamhet där möjlighet till handledning och konsultation finns till de som efterfrågar det.

Från vår arbetsplats, område psykiatri, önskas möjlighet att fortsätta med någon form av kunskapsöverföring till de som efterfrågar det, både inom psykiatri, övrig länssjukvård, primärvård, privat sjukvård, kommunernas IFO mfl. Vi vill även få möjligheter att arbeta med handledning och konsultation till olika uppdragsgivare/enheter i länet.

Slutsatserna blir att det finns ett enormt behov av fortsatt arbete med området sexuella övergrepp. Behovet berör både förebyggande arbete, i form av tex undervisning, förmedling av erfarenheter och olika former av behandling, för de som redan utsatts. Patientförening och självhjälpgrupper skulle behöva startas. Tidiga förebyggande insatser, med undervisning till barnen redan på förskolan och grundskolan, om rätten till sin egen kropp tror vi skulle vara en av flera viktiga insatser.

REFLEKTIONER ÖVER PROJEKTARBETET

Det har varit roligt att arbeta med detta projekt. Framförallt har det varit roligt att träffa alla de människor som deltagit i kunskapsöverföringen. Det har varit lärorikt att arbeta både med kunskapsöverföring och med gruppsykoterapi. Projektledarutbildningen var bra, den skulle bara ha kommit lite tidigare. Det har varit bra att ha Eva Holmbom som kontaktperson/stöd i projektarbetets genomförande. Genom att vara projektledare har jag lärt mig en del om mig själv. Tex hur skönt det är att "råda" över sig själv, hur tråkigt det är med ekonomi, men vilken frihet det är med en egen budget. Det svåraste har varit att få tiden att räcka till. Det

har varit svårt att prioritera projektarbetet framför annat arbete i ordinarie verksamhet. Det hade varit enklare att vara projektledare på heltid.

LITTERATUR

1. SOU 1995:60. Kvinnofrid. Del A. Huvudbetänkande av kvinnovåldskommissionen.
2. Risberg, Gunilla. Sexualiserat våld som hälsoproblem. Läkartidningen. Volym 91, nr 50, 1994.
3. Österberg, Inger. Argusgruppen; Rapport 1994:2. Sexuella övergrepp hos patienter. En omfattningsundersökning vid psykiatriska kliniken i Umeå, vecka 13, 1993.
4. Besöksstatistik för 1996 inom Område Psykiatri, Jämtlands län.
5. Lindström, Gun-Kajsa, Nordh, Lena, Davidsson, Anita. Kvinnor möter kvinnor med depressiva besvär. Kvinnoprojekt inom psykiatrin. Socialmedicinsk tidskrift nr 1-2/1998.
6. Broman, Inger. En gruppsykoterapimetod för kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn och resultat av självskattad förändring, Psykiatriska kliniken, Östersunds sjukhus. 1996.
7. Folkhälsoinstitutet. Från övergrepp till GREPP ÖVER LIVET. A.T.T. Grafiska. 1994.
8. Miller, Jean Baker. En ny kvinnopsykologi. Liber Förlag. 1976.
9. Holmberg, Carin, Lindholm, Margareta. Feministisk teori, i Moderna samhällsteorier, red Månsson mfl. Prisma. Stockholm. 1988.
10. Greenspan, Miriam. A New Approach To Women & Therapy. McGraw-Hill Book Company. USA. 1983.
11. Mattsson, Anna. Alexandras rum. Wahlström & Wistrand. 1994.
12. ROKS. Riksorganisationen för kvinnojourer i Sverige.
13. TV-film. Hem ljuva hem. Producerad av Bjerking & Jönsson AB.
14. Rädda barnen. Detta borde alla veta om Sexuella övergrepp mot barn.
15. Wijma, B, Wijma, K. Sviter av övergrepp, dold sjukdomsorsak. Läkartidningen. Volym 90. Nr 7. 19.
16. ROKS. Riksorganisationen för kvinnojourer i Sverige. De fem härskarteknikerna.
17. Socialstyrelsen. SoS-rapport 1995:3. Kvinnor som utsatts för INCEST.
18. Lundqvist, Gunilla. Kvinnor som utsatts för incestuösa övergrepp i barndomen. En utvärdering av gruppterapeutisk behandling. Universitetssjukhuset Lund. Dagmarprojekt. 1997.
19. Österberg, Inger, mfl. Föredrag av Asta-teamet vid Umeå Universitetssjukhus 1997-11-14, vid konferens i Östersund.

Litteratur som använts som underlag till kunskapsöverföringen

- Aldén, Kerstin. Spelar verkligheten någon roll? - om sexuella övergrepp i barndomen och förhållningssätt till fantasi och realitet i psykiatrisk behandling och psykoterapi i vuxen ålder. Arbetsenheten för psykoterapiutbildning, Umeå Universitet. 1993.
- Axelsen, Eva & Bakke, Sissel. Resan tillbaka. Forum. 1991.
- Bergenheim, Åsa. Övergrepp, önskingar eller fantasier. Idéhistoriska reflexioner kring synen på sexuella övergrepp mot barn. Kritisk Psykologi, 4/93.
- Boström, Peggy. Sexuell traumatisering, SFPH monografiserie nr 29. Norstedts, 1988.
- Bra Böcker. 1976.
- Brottsbalken 6 Kap, 35 Kap 1 §.
- Christiansson, Sven-Åke. Traumatiska minnen, Natur och Kultur. 1996
- Christiansson, Sven-Åke, Wentz, Görel. Brott och minne. Berättelser om grova brott i känslö- och minnesperspektiv. Natur & Kultur. 1996.
- Dahlstöm-Lannes, Monica. Mot dessa våra minsta - Sexuella övergrepp mot barn. Förlagshuset Gothia. 1990.
- Folkhälsovision för Jämtlands län år 2000 samt Länsövergripande program för att stödja och/eller förbättra folkhälsan.
- Herman, Judith. Trauma and Recovery. Basic Books. 1992.
- ICD-10, Diagnosystem.
- Jonzon, Eva, Wiedsvang, Susanna, Wilkens, Ann. Spegelprojektet - terapi med kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen. Stödcentrum mot Incest. 1997.
- Mellberg, Nea. "Jag kan inte få mig till att fråga" om rädslan inför att misstänka och ta itu med sexuella övergrepp mot barn. Kvinnovetenskapligt Forums Rapportserie. nr 1. 1991.
- Nationalencyklopedin. 1990.
- Nordh, L, Lindström, G-K, mfl. Kvinnoprojekt inom psykiatrin, Dagmar 510-projekt 1994. Psykiatriska kliniken, Skellefteå lasarett.
- Nordisk Familjebok. 1905 och 1952.
- Norstedts Svenska ordbok. 1990.
- Sekretesslagen 14 kap 2§.
- Sexuella övergrepp på barn, kort om historia och attityder, Stödcentrum mot incest, 1996.
- Socialtjänstlagen 71 §, 1980:620.
- Utdrag ur Socialtjänstlagen 1980:620
- Vad säger forskningen om sexuella övergrepp på barn? Stödcentrum mot incest. 1996.

BILAGOR

1. Inbjudan till en utbildningsdag om SEXUELLA ÖVERGREPP
2. Frågeformulär (Före terapin)
3. Utvärdering, Gruppsykoterapi 1997
4. SCL-90
5. GAF-skalan
6. Utvärdering, "Kunskapsöverföring", i den egna arbetsgruppen
7. Utvärdering, "Kunskapsöverföring", av utbildningsdagen