

**EN GRUPPSYKOTERAPIMETOD FÖR  
KVINNOR SOM UTSATTS FÖR  
SEXUELLA  
ÖVERGREPP SOM BARN**

och

**RESULTAT AV SJÄLVSKATTAD  
FÖRÄNDRING**

**Handledare**

Jan Olof Hörnquist  
Mitthögskolan  
Centrum för studier i  
Hälsa och livskvalitet (CSL)

**Författare**

Inger Broman  
Psykiatriska kliniken  
Östersunds sjukhus  
December 1996

## Solstänk

Dig väntar en glädje.  
Det finns inga förlorade dagar,  
inga förlorade år.  
Någon har tagit var på dem,  
satt in dem på ditt framtida konto,  
låtit dem växa med ränta på ränta.  
Tusenfalt skall du få dem tillbaka -  
inte sådana de var  
då du trodde att du förlorat dem,  
kantstötta, söndertrasade.  
Någon har tagit dem i sin hand  
som krukmakaren tar en grå, ful lerklump  
och formar av den det ogripbara.

Du skall få tillbaka  
alla dina förlorade dagar,  
alla dina förnedringens år -  
inte sådana de var  
men sådana de ämnades att vara.  
Dig väntar en stor glädje någonstans  
ännu förvarad  
i en kruka av ler.

(En dikt av okänd författare.

Överlämnad till gruppen

av en av kvinnorna

i en av våra grupper.)

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	4
Förord	5
Inledning	6
Bakgrund	7
Vad är sexuella övergrepp?	7
Syfte och frågeställningar	7
Metod och tillvägagångssätt	8
Gruppsykoterapin	9
Terapigrupperna	9
Målet med gruppsykoterapin	9
Urvalskriterier	9
Urvalsmetod	9
Psykoterapeutisk metod	10
Kvinnornas bakgrund och situation	13
Uppväxtfamilj	13
Nuvarande social situation	13
Övergreppen	13
Kvinnornas symtom och svårigheter	15
Terapiprocessen	16
Faser i terapin	16
Resultat/utvärdering	18
Kvinnornas tillfredsställelse med vården	18
Kvinnornas tillfredsställelse med behandlingen	18
Psykiatriska symtom	19
Hur fick kvinnorna information om gruppen?	21
Synpunkter på innehållet	21
Synpunkter på gruppledarna	21
Diskussion	22
Litteratur	25
Bilagor	27

## SAMMANFATTNING

Gruppsykoterapi för kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn.

Under de senaste åren har kvinnors ohälsa alltmer uppmärksammas. Vid en undersökning i vårt län, Jämtlands, visade det sig dels att fler kvinnor än män hade besvär, dels att kvinnorna hade betydligt fler besvär än männen. De besvär som var framträdande för kvinnorna var värk i axlar och nacke, huvudvärk, ryggsmärtor, trötthet och sömnsvårigheter. Även om det idag är vedertaget att kvinnomisshandel/sexualiserat våld utgör ett stort folkhälsoproblem är det ändå en hittills icke tillräckligt synliggjord orsaksfaktor till kvinnors ohälsa. Många kvinnor, som har psykiatriska symtom, har som barn utsatts för sexuella övergrepp. Vid en undersökning vid psykiatriska kliniken i Umeå framkom att 28% av kvinnorna och 3% av männen hade varit utsatta för sexuella övergrepp som barn. Andra undersökningar har funnit att upp till 60% av de kvinnliga patienterna antingen själva utsatts eller kommer från förhållanden där våld och misshandel förekommit.

Undersökningsgruppen bestod av 7 kvinnor, som utsatts för sexuella övergrepp som barn. Kvinnornas ålder var mellan 29 och 50 år. Övergreppen varade i 2 - 12 år. Kvinnorna var mellan 2 och 10 år när första övergreppen skedde. Fem av dem utsattes före skolåldern. Tre kvinnor utsattes av sina fäder, fem utsattes av manliga vänner till familjen, tre utsattes av äldre bröder och tre kvinnor utsattes av andra släktingar. Flera av kvinnorna utsattes av mer än en förövare.

Kvinnorna har deltagit i gruppsykoterapi. Metoden har varit halvstrukturerad fokuserad korttidsterapi där vi använt oss av ett antal teman. De teman vi använt är: - varför söker hon hjälp just nu - hur ser den sociala situationen ut - hur gick det sexuella utnyttjandet till - hur har hon tänkt om varför hon blev utsatt för övergrepp - gav hon signaler till omgivningen om vad som pågick - hur upplever hon sin nuvarande sexualitet - har hon fast partner - vilka konsekvenser tror hon att de sexuella övergreppen har fått för hennes liv. Fokus har hållits på de sexuella övergrepp som kvinnorna varit utsatta för och på de konsekvenser som detta medfört senare i livet. Vi har intagit ett aktivt förhållningssätt. Vi har ställt frågor för att hjälpa kvinnorna att minnas och sätta ord på sina upplevelser samt hjälpt dem att få kontakt med sina känslor, som har med övergreppen att göra. För utvärderingen har vi använt oss av SCL-90 samt ett antal enkäter.

Vi ville ta reda på om gruppterapi var en bra metod för dessa kvinnor samt se vilka effekter denna metod haft för dem. De psykiatriska symtomen minskade med 38 % under själva terapin. Ett år efter avslutad terapi hade de fortsatt att minska. Det är svårt att värdera vad själva terapin har haft för effekt då ju själva livet pågår utanför terapin. Vad som framkom var dock att kvinnornas självkänsla ökat. Deras känslor av skam och skuld minskade under terapin och de fick en ökad medvetenhet om hur de sexuella övergreppen påverkat deras liv. Jag menar att via vår gruppsykoterapimetod har kvinnorna getts möjlighet att möta och bearbeta en problematik som annars kan vara svårbehandlad. Gruppsykoterapi är vid behandling av övergreppsproblem i de flesta fall överlägsen individualpsykoterapi.

## FÖRORD

I mitt arbete som kurator och leg psykoterapeut vid psykiatriska kliniken, Östersunds sjukhus, Jämtlands län, uppmärksammade jag i slutet på 80-talet att mer än hälften av de patienter, som jag mötte, på något sätt hade varit utsatta för sexuella övergrepp som barn. Flera av de övriga behandlarna hade liknande erfarenheter. Även överläkare och leg psykoterapeut Britt-Inger Bostedt hade i sitt arbete uppmärksammat många kvinnor där sexualiserat våld låg bakom den psykiatriska problematiken.

Under 1993 tog Britt-Inger Bostedt både initiativ till och deltog i en arbetsgrupp, inom Länsjukvården, med syfte att utarbeta ett handlingsprogram för omhändertagande av misshandlade kvinnor.

Britt-Inger Bostedt och jag hade arbetat tillsammans på psykiatriska kliniken sedan i början av 1980-talet. Vi hade stor respekt för varandras kunskaper och samarbetade bra. Vi hörde talas om ett par projekt där gruppterapi varit en framgångsrik metod att möta dessa kvinnor. Med ovanstående som utgångspunkt började vi diskutera att starta gruppsykoterapi för kvinnor, som utsatts för sexuella övergrepp som barn.

I april 1993 påbörjades ett utvecklingsarbete, som bestod av regelbundet återkommande diskussionsträffar, läsning av litteratur, kontakter med andra i landet som arbetat med samma problematik, utarbetande av kriterier för deltagande i gruppterapin, metod för gruppterapin samt målsättning för densamma.

Eftersom vi ville utvärdera vårt arbete, diskuterade vi olika utvärderingsinstrument och kom fram till att använda oss av SCL-90 samt några enkäter, som vi valde dels från andra dels utformade själva. Var och en av oss deltog också i några kursdagar som bla handlade om: Manligt och kvinnligt språk, Våld mot kvinnor, Sexualiserat våld, Kultur och könsneutralitet, Familjeterapi och kvinnopsykologi, Kvinnor och depressioner.

Till sist men inte minst viktigt diskuterade vi våra egna värderingar och vårt förhållande till de olika problemområden, som vi trodde att vi kunde möta hos de kvinnor, som vi skulle komma att arbeta med.

I juni 1993 informerade vi skriftligt om vår planerade verksamhet. Denna information gick till de remitterande enheterna inom psykiatriska kliniken, till våra närmaste vårdgrannar såsom barnpsykiatriska kliniken, mödra- och barnhälsovården, kvinnokliniken samt Qvinnojouren. Vår tanke var att starta vår första grupp under september/oktober 1993. Den första gruppen startade först i februari 1994 bl a beroende på att för få kvinnor remitterades till verksamheten. Vi visste dock att enskilda behandlare träffade kvinnor, som skulle kunna ingå i den grupp som erbjöds gruppterapi. Själva bedömde vi då det olämpligt att låta patienter vi haft i individualterapi delta i gruppen.

Mitt varma tack till de sju kvinnorna som deltagit i de två grupperna för att jag fått ta del av deras berättelser. Utan dem hade denna rapport inte kommit till stånd.

Mitt varma tack till min medterapeut Britt-Inger Bostedt för hennes medverkan, granskning och kontinuerliga synpunkter på utformningen av rapporten.

Mitt varma tack till FoU-enheten vid Vårdhögskolan, Jämtlands läns landsting, Östersund, för ekonomiskt stöd till att denna rapport överhuvudtaget kunde skrivas.

## INLEDNING

I den allmänna debatten har kvinnors hälsa alltmer uppmärksamats. I allt fler undersökningar framkommer att kvinnors hälsa är sämre än männens. I en 1993 - 1994 genomförd befolkningsenkät i Jämtlands län visade resultaten att kvinnor uppger sig ha betydligt sämre hälsa än männen. De stora könsskillnaderna märktes mest när man frågade mer konkret om hur det var. På frågan hur ofta man de senaste tre månaderna hade haft ett preciserat besvär visade det sig att kvinnorna hade nästan en halv gång till så många besvär som männen hade haft. Dessutom hade fler kvinnor än män besvär. Kvinnorna hade framförallt besvär med värk i axlar och nacke, huvudvärk, ryggsmärtor, trötthet och sömnsvårigheter (1).

I en av WHO uppdaterad version av de hälsopolitiska målen för Europa, är ett av målen att minska förekomsten av psykiska störningar och av självmord och att förbättra livskvalitén för människor med psykiska störningar (2). Genom att arbeta för att minska psykiska störningar och självmord minskas också kvinnors ohälsa.

I en av landstingsfullmäktige i Jämtlands län antagen Folkhälsovision i november 1993 fastställdes ett antal länsövergripande program (3) för att stödja och/eller förbättra folkhälsan. Dessa program saknar, enligt mitt tycke, program som rör dels kvinnomisshandel (fysiskt, psykiskt och /eller sexuellt våld) och dels program för behandling/omhändertagande av kvinnor och män, som utsatts för sexuella övergrepp som barn. Dessutom saknas ett könsperspektiv. Det är idag vedertaget att kvinnomisshandel/sexualiserat våld utgör ett stort folkhälsoproblem (4, 5). I en amerikansk undersökning visade det sig att 28 % av flickor till mödrar som misshandlats, varit utsatta för sexuella övergrepp av fadern (6). I en undersökning på nya Zeeland fann man att 22 % av en grupp kvinnor hade varit utsatta för sexuella övergrepp som barn. 3000 kvinnor (från röstlängderna) sändes ett frågeformulär för att ta reda på sambandet mellan sexuella övergrepp som barn och psykiska besvär som vuxen (7).

Av de redovisade resultaten i befolkningsenkäten (1) drog man den slutsatsen att skillnaden mellan kvinnors och mäns hälsa borde leda till någon åtgärd för att minska kvinnors ohälsa. Vid Jämtlands läns landstingsfullmäktige i april 1994 fick landstingsdirektören i uppdrag att ge förslag till ett handlingsprogram för hur kvinnors hälsa skulle förbättras i länet.

En av mina hypoteser är att sexuella övergrepp i barndomen är en viktig hittills icke synliggjord orsaksfaktor till kvinnors ohälsa. Av 27 kvinnor med depressionssymtom hade fler än hälften utsatts för sexuella övergrepp. Detta visar ett projekt vid psykiatriska kliniken i Skellefteå (8).

## BAKGRUND

Vid psykiatriska avdelningar på sjukhus med kvinnliga patienter har man funnit att upp till 60 % har varit utsatta för antingen misshandel eller sexuella övergrepp eller kommer från förhållanden där våld och misshandel förekommer (9).

Under en vecka 1993 gjordes en omfångsundersökning vid psykiatriska kliniken i Umeå, avseende sexuella övergrepp hos patienter. Resultaten visade att 28% av kvinnorna och 3% av männen, av det totala patientantalet, hade varit utsatta för sexuella övergrepp (10). Utgångspunkten var personalens uppfattning om förekomsten av sexuella övergrepp hos både öppenvård- och slutenvårdspatienter. Man kan därför anta att det föreligger ett mörkertal då säkerligen många patienter ej har berättat om de övergrepp de varit utsatta för.

I en artikel av Gunilla Silverberg-Dymling och Birgitta Tordenström (11) redovisas en behandlingsmetod med gruppterapi för denna grupp av kvinnor. Vid personlig kontakt med Birgitta Tordenström i samband med att hon höll ett föredrag om sitt arbetssätt, fick jag del av de utvärderingsinstrument som hon använt. Det framkom också att socialstyrelsen höll på att skriva en rapport, utifrån hennes arbete med sexuellt utsatta kvinnor (12).

Även vid vår klinik hade vi uppmärksammat att en stor del av våra kvinnliga patienter varit utsatta för sexuella övergrepp som barn. Med detta som utgångspunkt började vi diskutera metodutveckling för denna grupp av patienter.

Vi kom fram till att vi skulle arbeta med en gruppsykoterapimetod (13, 14). Vi har använt oss av ett antal teman som grund för utvecklandet av vår gruppsykoterapimetod.

Vi ville dels utveckla en gruppsykoterapimetod och dels ta reda på vilken effekt gruppterapi hade för dessa kvinnor.

## VAD ÄR SEXUELLA ÖVERGREPP?

Tidigare användes begreppet incest, som innebär samlag mellan personer som är nära släkt, tex mellan föräldrar och barn och mellan syskon. Numera används det vidare begreppet sexuella övergrepp, som 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 (15).

## SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna rapport är att redovisa en grupppsykoterapimetod samt att ta reda på vilka effekter denna metod haft för kvinnorna.

De frågeställningar vi hade var:

Hur har kvinnorna upplevt behandlingen?

Har behandlingen minskat kvinnornas psykiatriska symtom?

Har behandlingen förändrat kvinnornas upplevelse av sig själva?

## METOD OCH TILLVÄGÅNGSSÄTT

Grupppsykoterapi med kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn.

Direktobservationer under grupppsykoterapin.

Insamlande av självskattat material via SCL-90 och enkäter.

SCL-90 är ett självskattningsinstrument med 90 frågor med 5 svarsalternativ på varje fråga (16). Det mäter 10 psykiatriska symtom. Höga värden betyder mycket psykiatriska symtom.

Frågeformulär, (före terapin) som är en enkät som ger svar på hur den sociala situationen ser ut, ursprungsfamiljens utseende, psykiska och somatiska besvär, frågor om övergreppet/n samt om man tidigare haft kontakt med psykiatrin.

Utvärderingsfrågor, (efter terapin) som rör vårt specifika sätt att arbeta med bl a teman.

Tillfredsställelse med vården (20), (efter terapin) med 4 svarsalternativ, som handlar om kvaliteten på vården och om man fått den hjälp man väntat sig.

Tillfredsställelse med behandlingen, (efter terapin) som bl a tar reda på om synen på sig själv i förhållande till övergreppen har förändrats.

## GRUPPSYKOTERAPIN

### Terapigrupperna

Vi har arbetat med två grupper. Den första gruppen bestod av tre kvinnor som var i åldern 35 - 44 år. Terapin pågick under perioden februari - oktober 1994. Den andra gruppen bestod av fem kvinnor i åldern 29 - 50 år, denna gruppterapi pågick under perioden december 1994 - maj 1995.

### Målet med gruppsykoterapi

Målet med gruppsykoterapi har varit att hjälpa de vuxna kvinnorna att arbeta sig igenom följderna av sexuella övergrepp i barndomen. Målsättningen var att kvinnorna skulle kunna integrera den smärtsamma upplevelsen i den nuvarande livssituationen.

### Urvalskriterier

De kriterier som vi ställde upp för deltagande i gruppterapi var följande:

- Neurotiskt strukturerad vid klinisk bedömning
- Ej utagerande
- Motiverad till att arbeta med sina problem i grupp
- Skall ha varit utsatt mer än en gång
- Skall vara klart medveten om att övergreppen har ägt rum
- Skall själv ha den uppfattningen att nuvarande psykiska besvär är relaterade till tidigare sexuella övergrepp
- Skall ha en tillfredsställande social situation

### Urvalsmetod

Eftersom behandlingen skulle ges inom Psykiatriska kliniken, gällde först och främst de vanliga kriterierna dvs att patienten bedömts ha så grava psykiatriska besvär att hon skulle erbjudas behandling inom vår klinik. Därutöver skulle behandlaren ta ställning till de ovan angivna kriterierna och sedan remittera patienten till Psykoterapienheten inom psykiatrin.

De båda gruppterapeuterna träffade patienterna var för sig minst en gång, såväl för individuell bedömning som för att ta ställning till dels de angivna kriterierna och dels patientens lämplighet för att delta i gruppterapi. Information om gruppen och hur den skulle arbeta gavs. Terapeuterna diskuterade därefter kvinnorna för att kunna göra en gemensam bedömning. Vi har funnit det värdefullt att var och en av oss träffat kvinnorna individuellt för att sedan tillsammans diskutera en gemensam bedömning. Genom detta tillvägagångssätt har en säkrare bedömning skett. Kvinnorna har fått samma information om gruppterapibehandlingen från två olika terapeuter, detta underlättar mottagandet av information. Dessutom har vi minskat risken för att kvinnorna känslomässigt skall binda upp sig till en av terapeuterna.

Efter den gemensamma bedömningen sändes brev till kvinnorna med besked om att de var välkomna till grupppsykoterapin. När vi hade tillräckligt antal kvinnor och tid för första mötet var fastställt, skickades SCL-90 (16) till kvinnorna. De fyllde i detta formulär och tog med sig det till första sessionen. Till kvinnorna i den andra gruppen sändes också en enkät (bilaga 1), som de skulle fylla i före terapin.

## Psykoteraeutisk metod

Vi har kallat vår metod för halvstrukturerad fokuserad korttidsterapi.

Fokuserad därför att fokus har hela tiden varit på de sexuella övergrepp som kvinnorna varit utsatta för och på de konsekvenser som detta medfört senare i livet. Det har medfört att vi som terapeuter hela tiden har hjälpt kvinnorna att se sambanden mellan nuvarande svårigheter och de övergrepp de varit utsatta för. Det har också inneburit att hjälpa kvinnorna att se vilka av de svårigheter som de har som inte kan relateras till att de utsatts för sexuella övergrepp som barn.

Vi har arbetat med korttidsterapi omfattande 20 sessioner.

Vår teoretiska referensram är en annan än den traditionella psykodynamiska teorin, där mannen är norm även för kvinnan. Våra utgångspunkter finns i den nya kvinnopsykologin, som bla innebär att vidga perspektivet från individnivån till familje - och samhällsnivån. Det innefattar förståelse för kvinnohistoria och tradition samt kunskap om och känslighet för vad det innebär att vara kvinna i dagens samhälle. Det är att ha kunskaper om underordning resp överordning, osynliggörande, utsatthet etc. Genom att betona och synliggöra kvinnors styrkor och resurser frångår vi sjukförklarande för att begripliggöra besvär och symtom utifrån kvinnans historia och sociala situation (17, 18, 19).

I bemötandet är det viktigt att förmedla att kvinnan är expert på sig själv. Det är också viktigt att följa varsamt för att minska maktförhållandet i behandlingsrelationen. Att påtala för kvinnan att hon har rätt att säga nej och inte svara på våra frågor förrän hon själv är mogen för detta innebär att visa respekt för kvinnans självbestämmande (17, 18, 19).

Vi har arbetat med teman som grund för våra samtal, vilket har inneburit att psykoterapin har varit halvstrukturerad. De teman vi använt är följande:

1. Vad får dig att söka hjälp nu?
  - i vilken situation och i vilket tillstånd befinner sig kvinnan i
  - nuvarande symtom - svårigheter
2. Hur ser den sociala situationen ut?
  - ensamstående
  - lever hon tillsammans med någon
  - har hon barn
  - nätverk
  - arbete
  - frisk
  - sjukskriven
3. Hur gick det sexuella utnyttjandet till?
  - vem/vilka utnyttjade henne
  - relation till förövaren/na

- hur gammal var hon
  - hur länge pågick det
  - hur ofta
  - var det tvång med, i så fall vilken typ av tvång
  - penetrerad
  - onanerat
  - oralsex
  - poserat
  - annat sätt
  - var hon själv aktiv
  - visste - kände hon på sig när övergreppen skulle ske
  - försvarade hon sig
  - vad kände hon själv
  - vad tänkte hon på
  - blev hon sexuellt upphetsad
  - hur kom förövaren/na till henne
  - i vilken sinnesstämning var förövaren - alkohol
  - förövarens uppträdande efteråt
  - vilket var värst/svårast
4. Hur har kvinnan tänkt om varför hon blev utsatt för övergrepp?
- förövarens motiv
  - vad tror hon drev förövaren till att utnyttja henne
  - hurdan var förövaren
  - vilka känslor tror hon att förövaren hade under övergreppet
  - hennes egen barnsexualitet
  - brister i föräldrarnas sexliv
5. Gav hon signaler till omgivningen om vad som pågick?
- hur i så fall
  - pratade hon med någon
  - om ja, med vem
  - om inte - varför - hinder - hot
  - andra signaler till omgivningen
  - hade hon ett utmanande sexuellt uppträdande
  - fanns det någon vuxen i omgivningen som kände till vad som pågick
  - symptom - beteendestörningar under uppväxten
  - tidigare kontakter med vårdgivare och erfarenheter av dessa
  - polisanmälan
6. Hur upplever kvinnan sin nuvarande sexualitet?
- har hon sexuell lust
  - kan hon få orgasm
  - kan hon ge och ta emot
  - hur har hennes relationer till män sett ut
  - relationer till män nu
7. Har kvinnan fast partner?
- om ja, känner denne till det sexuella utnyttjandet
  - hur har denne reagerat
  - om partnern inte vet, vad är skälet till att hon inte berättat

- känner någon annan till vad hon utsatts för
8. Vilka konsekvenser tror kvinnan att de sexuella övergreppen har fått för hennes liv?
- reaktioner senare i livet som liknar dem i övergreppssituationen
  - hur föreställer hon sig att hon blir fri från det hon utsatts för
  - vad skulle hjälpa henne nu
  - hur ser hon på framtiden

## KVINNORNAS BAKGRUND OCH SITUATION

Till medlemmarna i vår andra psykoterapigrupp lämnade vi ett frågeformulär (bilaga 1), som kvinnorna skulle ha med sig till första gruppträffen. Från de kvinnor som deltog i den första gruppen, hade vi inte något sådant formulär. De fakta som vi här nedan kommer att redovisa om denna grupp är hämtat från kvinnorna själva, antingen från bedömningen inför terapin eller från själva terapin. Sammanlagt fullföljde sju kvinnor terapin. En av kvinnorna i den andra gruppen avbröt terapin varför denna kvinnas omständigheter inte finns med nedan.

### Uppväxtfamilj

Fyra av kvinnorna har vuxit upp med båda sina biologiska föräldrar. Två av flickornas föräldrar skilde sig när de gick i låg- eller mellanstadiet. En av flickornas mor dog då hon var i förskoleåldern. Alla kvinnorna har syskon, både äldre och yngre, både systrar och bröder. I fyra av familjerna förekom det missbruk och/eller social misär. I tre fall var det en eller båda föräldrarna som hade missbruksproblem. I tre fall har även systrar till våra kvinnor utsatts för sexuella övergrepp.

### Nuvarande social situation

Med nuvarande social situation avses den tid under vilken kvinnorna gick i gruppsykoterapi.

Samtliga kvinnor hade en relation till en partner. Fem av dem var gifta eller sambor. Två var särbor. Fem av kvinnorna hade 1 till 3 barn var. Tre av kvinnorna hade eftergymnasial utbildning. Två av kvinnorna var vid terapins start sjukskrivna eller hade sjukbidrag. Fem hade hel- eller deltidarbete eller studerade. Fyra av kvinnorna hade haft längre sjukskrivning än tre månader någon gång tidigare i livet.

### Övergreppen

Övergreppen varade i 2 -12 år. Kvinnorna var mellan 2 och 10 år när första övergreppet skedde. Fem av kvinnorna blev utsatta före skolåldern.

### Vem var förövare?

Tre kvinnor var utsatta av sin pappa. Fem kvinnor var utsatta av vänner till familjen. Tre kvinnor var utsatta av äldre bröder. Tre kvinnor var utsatta av annan släkting.

Förövare	Antal kvinnor
Biologisk far	3
Annan släkting	3
Äldre bröder	3
Vän till familjen	5

Att antal kvinnor i tabellen inte stämmer överens med antal kvinnor i undersökningen, beror på att flera kvinnor varit utsatta av mer än en förövare.

## Hur länge pågick övergreppen?

Fem av kvinnorna utsattes för sexuella övergrepp före skolåldern. För en kvinna började det när hon var 2 år. För en kvinna började det när hon var 3 år och för två kvinnor när de var 4 år. En kvinna utsattes från det hon var 5 år tills hon blev 17 år.

Ålder och tidsperiod under vilket övergreppen pågick

Kvinna/ålder	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1				_____												
2									_____							
3				_____												
4			_____													
5				_____												
6							_____									
7									_____							

## Vad bestod övergreppen av?

Samtliga kvinnor utsattes för smekningar. Fyra kvinnor utsattes för fullbordade samlag. Tre kvinnor tvingades onanera åt förövaren. Flera av kvinnorna har dessutom förnimmelser av att de har utsatts för mer än de tydligt kan komma ihåg.

Typ av övergrepp	Antal kvinnor
Samlag	4
Onani	3
Oralt	1
Smekningar	7

Att antal kvinnor i tabellen inte stämmer överens med antal kvinnor i undersökningen, beror på att flera kvinnor utsatts för flera olika typer av övergrepp.

Övergreppen upphörde med anledning av att förövaren flyttade, att kvinnan själv sade ifrån, att flickans mamma misstänkte vad som pågick eller att kvinnan själv flyttade.

I ett fall gjordes polisanmälan. Anmälan gjordes mot en person, som var oskyldig. Utredningen lades ned och någon fortsatt utredning gjordes inte för att ta reda på om det fanns någon annan förövare.

I tre fall har fler i familjen utsatts för övergrepp. De som har utsatts var systrar till flickorna. I ett fall finns misstanke om att även modern varit utsatt för sexuella övergrepp som barn.

Två av kvinnorna berättade om övergreppen för sina mödrar. Mödrarna trodde sina döttrar och tog initiativ till att flickorna skildes från sina förövare. En kvinna berättade för sin pappa, som då utsatte henne för övergrepp. En kvinna menar att hon visade att något hade hänt genom att ofta vara sjuk. En annan kvinna visade genom att "bjuda ut sig" till andra i sin omgivning.

## **Kvinnornas symtom och svårigheter**

Samtliga kvinnor rapporterade att de led av flera psykiska besvär. De psykiska besvären bestod av oro, ångest, depression/nedstämdhet, sömnproblem, aggressivitet/irritabilitet och dåligt självförtroende.

De ovan rapporterade psykiska symtomen stämmer väl överens med de symtom som kvinnorna hade före terapin enl SCL-90. Där framkom att samtliga kvinnor hade höga värden på depression. Sex av dem hade höga värden på interpersonell känslighet och på ångest. Fem kvinnor hade höga värden på obsession/kompulsion och på paranoidea föreställningar. Fyra av kvinnorna hade höga värden på somatisering och på ilska/fientlighet. Tre kvinnor hade höga värden på psykotism och två kvinnor hade höga värden på fobisk ångest.

Alla kvinnorna hade tidigare haft kontakt med psykiatrisk klinik. Fyra av kvinnorna har tidigare använt psykofarmaka. Två kvinnor har behandlats med antidepressivt medel. Två kvinnor har behandlats med bensodiazepiner varav en av dem har använt detta i många år och gjorde så även under terapin. En av kvinnorna behandlades med antidepressivt medel under terapin.

Alla sju kvinnorna har tidigare gått i individualterapi. Alla inom psykiatrin. Längden på terapierna varierade mellan 6 mån och 4 år.

Fem av kvinnorna har haft självmordstankar. Ingen har gjort självmordsförsök.

Fyra av kvinnorna, hade flera somatiska symtom. Symtom som de uppgav var ryggbesvär, magproblem, huvudvärk, återkommande underlivsinfektioner, astma och problem med övervikt eller andra matproblem.

För flera kvinnor har konsekvenserna varit av sexuell art. Flera beskriver sig som "sexfixerade" både i barndomen och i ungdomen. Andra svårigheter som framkommit är olust och rädsla inför det sexuella och svårigheter att njuta av sex. Tidig sexuell debut och avsaknad av sexuell lust är andra konsekvenser av de sexuella övergreppen.

Nästan alla kvinnorna beskriver att de har dåligt självförtroende. En kvinna har levt ett destruktivt och oroligt liv. För en kvinna har konsekvenserna bl a varit koncentrationssvårigheter, huvudvärk och dåligt humör.

Fyra kvinnor uppger att de någon gång under det senaste året druckit för mycket alkohol. Komplikationer som detta medfört är att de har fått ångest, illamående, huvudvärk och känt sig deprimerade. I fyra fall förekom det alkoholmissbruk i ursprungsfamiljen.

## TERAPIPROCESSEN

Vi har funnit att kvinnan måste ha kommit en bit på väg i sitt arbete med de övergrepp hon varit utsatt för, detta för att både vilja och vara lämpad för gruppterapin. Tex har en kvinna, som helt nyligen blivit medveten om vad hon varit utsatt för eller som inte tidigare talat med någon om vad hon har varit med om, inte kommit så långt i sin bearbetningsprocess. Det gör det svårt för henne att delta i den typ av grupp, som vi arbetat med. Om hon skall kunna dela med sig av sina egna erfarenheter måste hon åtminstone börjat sätta ord på det hon varit utsatt för.

### Faser i terapin

Efter varje terapisesion har vi gruppterapeuter avsatt tid för att tala igenom vad som skett under terapisalet. Dessa samtal har även tjänstgjort som ett slags ömsesidig handledning och gett oss möjlighet att ventilerat våra egna känslor. Vi har vid dessa tillfällen skrivit minnesanteckningar från terapisesionen. Minnesanteckningarna har gjort det möjligt att i viss mån beskriva grupprocessen.

### Grupprocessen

Gruppdynamiken och processen i denna typ av gruppsykoterapi liknar den i andra grupper, förutom att gruppen sluter sig samman snabbare än vad som är vanligt. Medlemmarna i gruppen kommer ju till terapin med det gemensamma att de varit utsatta för sexuella övergrepp som barn. Det gör att gruppmedlemmarna snabbt får en känsla av samhörighet.

### Inledningsfas

I inledningsfasen, den formella fasen, tas de två första temana upp det handlar bla om att presentera sig själva och sin livssituation, varför man söker hjälp just nu samt frågor om sekretess och kontrakt.

I denna fas har vi sett att det förutom rädsla och ambivalens finns förväntan och en intensiv önskan om att så fort som möjligt börja tala om de sexuella övergreppen. Gruppen sluter sig snabbt samman. En stark känsla av samhörighet och identifikation infinner sig.

I den första gruppen varade denna fas endast en session. I den andra gruppen fortsatte denna fas in på den andra sessionen. En anledning till att den andra gruppens inledningsfas fortsatte in på den andra sessionen tror vi beror på att en av kvinnorna inte kom till den första sessionen. Detta gjorde att kvinnorna återigen fick presentera sig.

### Bearbetningsfas

Denna fas pågick under 2:a - 16:e resp 18:e sessionen. I den första gruppen gjordes ett långt sommaruppehåll och antal sessioner var 19. Det långa sommaruppehållet tror vi var en anledning till att bearbetningsfasen blev kortare än i den andra gruppen. I den andra gruppen arbetade vi dessutom i 20 sessioner.

De teman som vi arbetade med i denna fas handlade om de sexuella utnyttjandena, vad var det som gjorde att just hon blev utnyttjad, signaler till omgivningen, nuvarande sexualitet, relation till partner och konsekvenser av övergreppen.

Denna fas, är den längsta och tyngsta delen av terapin. Det handlar om att uttrycka känslor av ångest, sorg, ilska, depression, skam och skuld. Det handlar om att våga minnas, om att erkänna för sig själv att de sexuella övergreppen ägt rum och om att sätta ord på vad hon varit utsatt för. Bearbetningen sker i takt med att kvinnorna vågar närma sig detta.

Kvinnorna ger i terapirummet uttryck för sin ångest i form av ångestattacker. Deras depressivitet finns mycket starkt i rummet. Ilskan mot både förövare, andra närstående och mot övriga gruppmedlemmar samt oss som terapeuter uttrycks. Som terapeuter måste vi orka ta emot alla dessa olika starka känslor.

Kvinnorna börjar tala med sina anhöriga om vad de varit utsatta för. Önskan om att konfrontera förövaren uttrycks. En del av dem börjar även att göra så. Hemlighetsmakeriet har brutits.

Anhöriga börjar undra om det är bra för kvinnorna att fortsätta terapin då kvinnorna under denna fas av terapin ofta mår mycket dåligt. Vi har även erfarenhet av att behandlingspersonal, som kvinnorna har kontakt med, börjar undra om det är bra för kvinnorna att fortsätta terapin och ifrågasätter vad vi som terapeuter sysslar med då de uppfattar att kvinnorna försämras.

## **Avslutningsfas**

För kvinnorna i den första gruppen startade avslutningsfasen vid 16:e sessionen. Även om det mesta av separationsarbetet pågick under sessionerna 17 - 19. I den andra gruppen kom separationsarbetet igång först vid den 19:e av sammanlagt 20 sessioner.

Aktuella teman i denna fas var konsekvenser för kvinnan samt framtidsvisioner. Det är först när bearbetning skett som kvinnan kan förstå vilka konsekvenser de sexuella övergreppen fått. Kvinnan kan förstå hur det har påverkat hennes liv på många olika områden. Här uppstår också en stark önskan att tala mer om konsekvenserna.

Kvinnorna undrar hur de ska klara sig i framtiden utan gruppsykoterapi. En del vill fortsätta i individualterapi. Några talar om att deras partner skulle behöva motsvarande gruppsykoterapi. Detta utifrån att vara anhörig till en kvinna som utsatts för sexuella övergrepp som barn och de konsekvenser det medför att leva tillsammans med dessa kvinnor.

Vid det allra sista mötet börjar kvinnorna försonas med att de varit utsatta. De börjar kunna lämna dessa smärtsamma upplevelser bakom sig och integrera dem i nuvarande livssituation och gå vidare i livet. De ger intryck av hopp inför framtiden.

## RESULTAT/UTVÄRDERING

Vi har hittills arbetat med två grupper. Sammanlagt har 8 kvinnor deltagit, varav en har slutat i förtid. Den första gruppen bestod av 3 kvinnor. Den andra gruppen av 5 kvinnor. Resultaten baserar sig på uppgifter från de 7 kvinnorna, som fullföljde behandlingen. De fyllde i SCL-90 (16) samt enkäter (bilaga 2-4). Kvinnorna befann sig i åldersgruppen 29 - 50 år, då gruppterapin startade. Den kvinna, som avslutade i förtid, kom ej till gruppens första möte, men kom till det andra mötet. Hon fortsatte sedan tom den 13:e sessionen och avbröt terapin då hon ansåg sig vara färdigbehandlad.

Fem av kvinnorna har arbetat eller gått i utbildning. En av dem har hela tiden måst kämpa för sin rätt att gå ifrån sin utbildning.

En av kvinnorna har genom att prioritera gruppterapin fått hjälp att säga nej till annat.

En av kvinnorna fick parallellt med vår behandling även behandling vid klinikens rörelseterapi och var under en period i behov av slutenvård. En kvinna hade under gruppterapin en stöd-kontakt inom psykiatri. En av kvinnorna har efter avslutad gruppterapi fortsatt i individualterapi hos en av grupptherapeuterna.

### Kvinnornas tillfredsställelse med vården

För att ta reda på kvinnornas tillfredsställelse med gruppsykoterapin, använde vi oss av ett utvärderingsinstrument (20, bilaga 2), som bestod av sex frågor med fyra svarsalternativ på varje fråga.

Sex kvinnor ansåg att kvaliteten på gruppsykoterapin varit god eller mycket god. Fem kvinnor ansåg att de i stort sett fått den hjälp de ville ha. Tre kvinnor ansåg att alla eller de flesta behov av hjälp tillgodosetts genom gruppterapin. Samtliga kvinnor var mycket nöjda eller ganska nöjda med omfattningen av terapin. I samtliga fall hade terapin hjälpt kvinnorna att klara sina problem bättre.

Fyra av kvinnorna skulle definitivt rekommendera behandlingen till en vän eller anhörig om denne skulle vara i behov av liknande hjälp. De övriga tre kvinnorna trodde att de skulle rekommendera samma behandling.

### Kvinnornas tillfredsställelse med behandlingen

För att få svar på frågor om kvinnornas tillfredsställelse med den specifika gruppsykoterapimetod, som vi erbjudit, fick de efter avslutad behandling fylla i en enkät om detta (bilaga 3).

Alla kvinnorna ansåg att det var mycket viktigt att få höra de andra kvinnorna tala om sina upplevelser och sex av dem ansåg det mycket viktigt att själva få prata i gruppen.

För sex av kvinnorna var känslorna kring övergreppen mindre laddade efter terapin. Fyra kvinnor har fått kontakt med fler minnen från övergreppen under terapin.

Samtliga kvinnor har känt ilska och sex av kvinnorna har känt sorg under behandlingen. Kvinnorna kunde dela med sig av sina känslor under behandlingen.

Fem kvinnor kände mycket skamkänslor före behandlingen medan endast en kvinna kände mycket skam efter avslutad behandling.

För samtliga kvinnor har känslan av medansvarighet för övergreppen minskat under behandlingen.

Självkänslan har för fyra kvinnor ökat under behandlingen.

Vi frågade kvinnorna om synen på övergreppen hade förändrats. Vi har här valt att inte värdera svaren utan citerar dem direkt nedan.

- Det har blivit avdramatiserat och satt på ett bredare perspektiv.
- Man har fått större acceptansförmåga i sin egen situation av att höra på andra med liknande erfarenheter och att inse att man inte är ensam.
- Att övergreppen har fått styra mitt vuxna liv så katastrofalt, hade jag ej förstått tidigare.
- Min skuld har minskat.
- Jag känner inte längre att detta är enbart min skamliga hemlighet.
- Att tordas berätta.
- Större medvetenhet om hur det påverkat mitt liv.

Övriga kommentarer som gavs var att kvinnorna under terapins gång var i olika faser av bearbetningsprocessen och därmed hade olika behov av att prata. Ibland kändes det som om tiden inte räckte till. "Tusen tack för att jag fick vara med."

## Psykiatriska symtom

Eftersom vi arbetat med kvinnor, som bedömts vara patienter tillhörande en psykiatrisk klinik, ville vi ta reda på om kvinnorna hade psykiatriska symtom, och i så fall, vilka, och i vilken grad. Vi ville också se om symtomen minskade efter avslutad behandling. Vi har använt oss av SCL-90, The Symtom Checklist, (16) som är ett självskattningsformulär med 90 frågor. Ju högre värden på SCL-90 desto mer psykiatriska symtom förekommer.

Kvinnorna fick fylla i formuläret innan de började i gruppen samt när de avslutade och ett år efter avslutad gruppsykoterapi.

De olika delskalorna är: Somatisering, Obsession-kompulsion, Interpersonell känslighet, Depression, Ångest, Ilska-fientlighet, Fobisk ångest, Paranoida föreställningar och Psykotisism samt Övriga symtom.

Fem av kvinnorna hade höga värden som helhet före terapin. Två kvinnor hade relativt låga värden förutom på depression och ilska, som också hos dessa kvinnor var höga.

I samband med att terapin avslutades hade värdena minskat och 1 år efter avslutad behandling hade värdena fortsatt att minska.

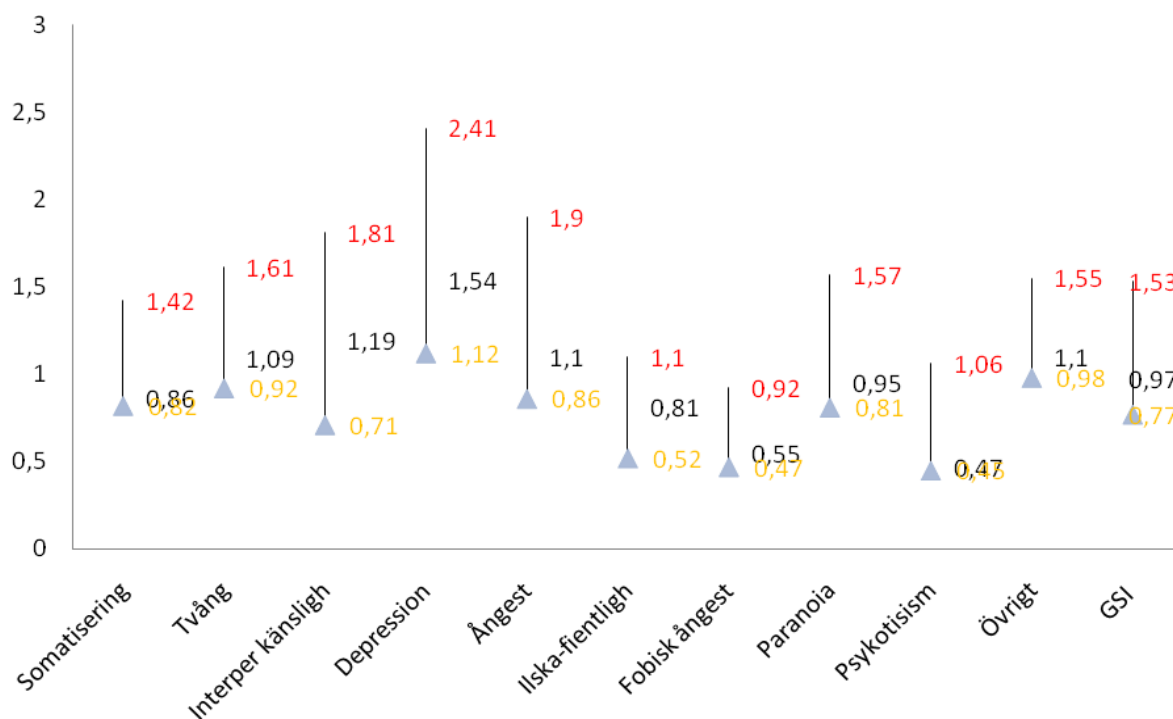
Alla kvinnorna hade höga värden på depression före terapin. På interpersonell känslighet och på ångest hade sex kvinnor höga värden före terapin. På obsession/kompulsion och på paranoida föreställningar hade fem kvinnor höga värden före terapin. På somatisering och på ilska/fientlighet hade fyra kvinnor höga värden före terapin. På psykotisism hade tre kvinnor höga värden före terapin och på fobisk ångest hade två kvinnor höga värden före terapin.

Efter avslutad terapi var värdena fortfarande höga men hade sänkts betydligt. Sex kvinnor hade höga värden på depression och på interpersonell känslighet. Tre kvinnor hade höga värden på somatisering, ilska/fientlighet och på paranoida föreställningar. Två kvinnor hade höga värden på obsession/kompulsion och på ångest. En kvinna hade högt värde på fobisk ångest.

Ett år efter avslutad terapi hade de psykiatriska symtomen halverats. Tre kvinnor hade högt värde på depression och obsession/kompulsion. Två kvinnor hade högt värde på somatisering, paranoida föreställningar och ångest. En kvinna hade högt värde på interpersonell känslighet och på fobisk ångest.

I figur 1 kan man grafiskt se hur de psykiatriska symtomen minskat från före behandling till efter behandling och till 1 år efter avslutad behandling. Ju högre värden ju mer symtom.

Figur 1. SCL-90, medelvärden, före, efter samt 1 år efter avslutad psykoterapi.



För att gestalta minskningen av psykiatriska symtom på ett annat sätt kan man helt enkelt redovisa råpoängen före, efter och ett år efter avslutad terapi. Höga poäng visar mycket psykiatriska symtom. De sammanlagda råpoängen för samtliga kvinnor före terapin var 1005. Efter avslutad behandling var poängen 628 och 1 år efter avslutad behandling var poängen 493. Man kan redovisa minskningen i procenttal och då har de psykiatriska symtomen minskat med 38 % direkt efter avslutad behandling och 51 % 1 år efter avslutad behandling.

SCL-90	Före	Efter	1 år efter behandling
Råpoäng	1005	628	493
Minskning		38%	51%

## Hur fick kvinnorna information om gruppen?

Samtliga kvinnor fick information om gruppen via olika behandlare inom den psykiatriska kliniken. Alla kvinnorna hade tidigare haft olika långa kontakter med psykiatrisk vård.

## Synpunkter på innehållet

Som tidigare sagts har gruppsykoterapin varit upplagd med ett antal teman, som har bearbetats. Samtliga kvinnor ansåg att det var bra med teman. Ingen av kvinnorna ansåg att något tema varit onödigt.

Två kvinnor ansåg att flera teman borde tagits upp. Ett sådant tema kunde vara om sexualiteten och skamkänslor i samband med fantasier, som kanske kan vara relaterade till övergreppen.

Två kvinnor ansåg att det skulle ha funnits mer tid att arbeta med konsekvenser av övergreppen. En av konsekvenserna av de övergrepp som kvinnorna varit utsatta för är ju att de går i grupppsykoterapin. Konsekvenser av övergreppen kom upp vid varje session även om vi inte var inne och arbetade med just detta tema. Det är först i slutet av terapin som kvinnorna på djupet får insikt om övergreppen och dess konsekvenser för hela deras liv. I båda genomförda gruppterapierna arbetade vi med temat konsekvenser under senare delen av terapin. Det faktum att terapins avslutning närmar sig gör att de tycker sig ha för lite tid, ett känt fenomen i all psykoterapi.

## Synpunkter på gruppledarna

Alla sju kvinnorna ansåg att det varit bra med två psykoterapeuter.

Tre kvinnor ansåg att det var viktigt med kvinnliga terapeuter och att det skulle varit dåligt med en terapeut av vardera kön. En ansåg att det viktigaste inte var kön utan att det var att psykoterapeuterna var insatta i denna typ av problem och hade intresse för att arbeta med detta. En ansåg att det skulle varit bra med en psykoterapeut av vardera könet.

Fyra kvinnor anser att gruppterapeuterna inte skulle ha arbetat på annat sätt. En hade önskat att psykoterapeuterna varit mer påträngande under de sårbaraste (gråt) perioderna. En kvinna ansåg att terapeuterna kunnat visa mer på kopplingar mellan övergrepp och konsekvenser tidigare under terapin. En kvinna tyckte att terapeuterna mer skulle se till att hålla temat och att se till att det hela tiden blev dialog.

## DISKUSSION

När vi planerade att införa en ny metod för att arbeta med kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn, ville vi utvärdera vårt arbetssätt. Vi ville se om den gruppsykoterapimetod, som vi kom att arbeta med, var en bra metod. Vi ville också ta reda på om kvinnornas psykiatriska symtom minskat samt om deras upplevelse av sig själva hade förändrats under behandlingen.

Den grupp patienter som vi vänt oss till har stora psykiska problem och är svårt traumatiserade. Kvinnorna har en hög konsumtion av psykiatrisk vård. De har samtliga gått i olika långa individualterapi. Vid självskattning med SCL-90 ger resultaten höga poäng på psykiatriska symtom. Via kontakt med Kerstin Armelius vid Umeå Universitet har jag fått ta del av en undersökning med SCL-90. I en normalgrupp (studerande vid P-linjen mfl) var summan av medelvärdet för samtliga psykiatriska symtom för denna grupp tre gånger lägre än för våra kvinnor före grupppsykoterapi. Summan av medelvärdet för en grupp studerande som sökte samtalsterapi vid Umeå Universitets samtalsmottagning var 9,62 jämfört med 15,66 för våra kvinnor. Jag kan därmed konstatera att den grupp som vi arbetat med är en grupp kvinnor med mycket psykiatriska symtom.

Vårt material med 7 kvinnor är ytterst litet för att man därav ska kunna dra några generella slutsatser. Det finns dock erfarenheter från andra, som är samstämmiga med våra resultat. I Socialstyrelsens rapport "Kvinnor som utsatts för Incest" (12) redovisas goda resultat för kvinnor som behandlats med gruppterapi. För flera kvinnor rapporterades positiva förändringar avseende arbetsförhållanden, de kände sig fysiskt friskare, de hade bättre relationer till anhöriga och hade fått hjälp med att bearbeta skam-, skuld- och maktlöshetskänslor.

När det gäller tolkningen av resultatet är det ej meningsfullt att göra någon detaljgranskning. Vi vill ändå förmedla något vad gäller resultatet av vår gruppsykoterapimetod.

Kvinnorna anser att det varit viktigt både att själva få berätta men också att lyssna på varandras berättelser om de sexuella övergrepp, som de varit utsatta för. En viktig del av bearbetningsprocessen har varit att kvinnorna själva fått sätta ord på och berättat för andra, men också fått lyssna till de andra kvinnornas berättelser. Genom att berätta och att någon lyssnar till dem minskar förnekandet av att övergreppen ägt rum. De kommer i kontakt med känslor kring övergreppen. Det bryter det hemlighetsmakeri som gjort övergreppen möjliga. Ett accepterande mottagande från lyssnarna ger befrielse från skam- och skuldkänslor. Kvinnorna har bearbetat sin problematik bl a genom att i gruppen erkänna för sig själva att de sexuella övergreppen ägt rum och att övergreppen fått allvarliga konsekvenser för deras liv.

Kvinnornas känslor runt övergreppen har förändrats efter avslutad terapi. Främst har känslorna av ilska, sorg, skam och skuld bearbetats. Känslorna runt själva övergreppen är mindre laddade. Bearbetningen har skett bl a genom att kvinnorna utvecklats en tillit till varandra i gruppen. Något som för många inneburit att de för första gången funnit en människa att lita på.

De psykiatriska symtomen har minskat efter behandlingen och har även fortsatt att minska 1 år efter avslutad behandling. Mätt med SCL-90 kan man se att de psykiatriska symtomen har minskat med 38 % vid avslutad behandling. 1 år efter avslutad behandling var minskningen 51 % jämfört med innan behandlingen startade. Man kan alltså konstatera att en kraftig minskning av de psykiatriska symtomen har skett och att minskningen håller i sig även 1 år efter avslutad behandling. Kvinnorna har således uppnått en högre funktionsnivå efter avslutad behandling.

Detta bekräftar kvinnorna genom att uttrycka att upplevelsen av sig själv har förändrats i positiv riktning. Kvinnornas egen rapportering visar att deras självkänsla har ökat. Deras känslor av skam och skuld har minskat och deras känsla av att vara medansvariga för övergreppen har också minskat under behandlingen. Det innebär att känslan av att vara ett hjälplöst offer har förändrats till att vara en överlevare. Ett uttryck som betecknar att kvinnan inte bara varit ett offer utan också en person som genom sin egen kraft lyckats överleva ett svårt trauma.

En kritik som kan anföras mot vårt positiva resultat är att det redan i urvalskriterierna ingår att kvinnan skall relatera nuvarande psykiska besvär till tidigare sexuella övergrepp. Själva det faktum att kvinnan är medveten om kopplingen mellan besvär och tidigare trauman är inte tillräckligt för att en bearbetning skall ske. Det är inte heller tillräckligt att ha berättat om att hon har varit utsatt för sexuella övergrepp som barn, för att en bearbetning skall kunna ske krävs det mer än så. Genom att kvinnorna berättar så detaljerat som möjligt om vad de varit utsatta för, har de kunnat släppa på många av de hemligheter som de aldrig tidigare har vågat formulera ens för sig själva. Genom att lyssna till de andra kvinnornas berättelser om vad de varit utsatta för, blev det som om deras egna upplevelser blev mer verkliga. Genom att själv berätta och att lyssna till de andra kvinnornas berättelser fick kvinnorna känslomässig kontakt med de känslor de upplevde under själva traumat. Först då kan en känslomässig fördjupning ske och därmed sker bearbetning av traumat.

Vår grupppsykoterapimetod har inneburit ett aktivt förhållningssätt. För att kvinnorna skall våga berätta om de fruktansvärda hemligheter som de burit på i många år, behöver de möta terapeuter som i sitt förhållningssätt visar att de vågar fråga och därmed vågar lyssna på alla dessa hemligheter som de har utsatts för. Det är viktigt att förklara att deras symtom kan ses som normala symtom på onormala händelser. Vi har använt oss av klarifikation och varit mycket sparsamma med tolkningar. Vårt förhållningssätt har inneburit att vi använt oss av struktur i form av teman och med hjälp av rundfrågningar vid början och i slutet av varje session. Kvinnorna uttrycker sig ibland diffust och med underförstådda meningar. Många gånger kan man känna sig obekvämt när man gång på gång ber dem förtydliga. Men vi anser att det motverkar hemlighetsmakeriet. Ofta upplever kvinnorna sina erfarenheter som så hemska att de "skyddar" familj och terapeuter genom att inte berätta.

Som terapeuter måste man ge kvinnorna den tillit de behöver för att de ska tro på att terapeuterna ska orka bära på deras historier. Det är en mycket krävande grupp att arbeta med. Det är därför en fördel att vara två terapeuter för att kunna hjälpa varandra att se klart. Vikten av att terapeuterna är samspelta med en hög grad av trygghet och ärlighet för att kunna ge gruppen ett gott och tryggt klimat kan inte nog understrykas.

Mot våra positiva resultat kan naturligtvis anföras att det är vi själva, terapeuterna, som gjort utvärderingen. För övrigt är det överhuvudtaget inte möjligt att objektivet mäta och värdera om kvinnorna hjälpts av grupppsykoterapibehandlingen. Utanför behandlingen pågår ju själva livet.

Avslutningsvis vill jag bara konstatera att vår grupppsykoterapimetod tycks vara en bra metod att arbeta med då det gäller kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn. De psykiatriska symtomen har väsentligt minskat under behandlingen och fortsätta att minska 1 år efter avslutad behandling. Kvinnornas upplevelser är att de har förändrats positivt under behandlingen. Vad man i det sammanhanget inte får glömma är att vi som terapeuter har olika inriktningar. En av oss är förutom psykiatriker individualterapeut och den andra är socionom och familjeterapeut. Individualterapeuten har fokus mer på individen och vad som sker med denna i gruppen men har även ett kontextuellt perspektiv. Familjeterapeuten ser mer vad som sker med de övriga gruppmedlemmarna, har familje- och samhällsperspektivet men ser också vad som sker med

individuen i gruppen. Vår uppfattning är att våra olika kompetenser kompletterar varandra på ett ypperligt sätt. Att vi dessutom gillar och respekterar varandra är naturligtvis också viktigt. Så har vi detta med våra egna personligheter - hur kan det värderas????

Om kvinnorna har förändrats av själva behandlingen är svårt att värdera. Men att de psykiatriska symtomen har minskat står helt klart. Jag menar att via vår gruppsykoterapimetod har kvinnorna getts möjlighet att möta och bearbeta en problematik som annars är svårbehandlad. En metod som i de flesta fall är överlägsen individualpsykoterapin. Då denna senare metod i allt för hög grad liknar övergreppssituationen: I individualterapi sker samtalen i ett rum där kvinnan är ensam och instängd med terapeuten. Terapeuten, som är en auktoritetsperson, har en överordnad position gentemot patienten. Det som sker i rummet är sekretessbelagt, med andra ord det sker ett hemlighetsmakeri bakom den stängda dörren. För en del kvinnor blir denna situation så lik den vid övergreppssituationen att de inte klarar att ta upp och bearbeta det sexuella övergreppstraumat.

Eftersom våra resultat grundar sig på en så liten grupp, 7 kvinnor, hoppas jag att vi ska kunna fortsätta med vår gruppsykoterapi med andra grupper kvinnor, som utsatts för sexuella övergrepp som barn. På längre sikt hoppas jag att vi kan erbjuda gruppsykoterapi till alla kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn och som är motiverade, har behov av och är lämpade för att arbeta i gruppsykoterapi. För att detta skall kunna genomföras krävs mer resurser. Vid Regionsjukhuset i Umeå har nyligen startats en sådan verksamhet med 6 heltidstjänster för ett upptagningsområde med ca 150000 människor. Genom fortsatt utvärderingsarbete kan då resultaten bekräftas eller förkastas.

Vi vill medelst kunskapsöverföring bli till primärvården se om dessa kvinnor kan upptäckas tidigt och därmed ge dem ett bättre omhändertagande. Genom tidig upptäckt och omhändertagande tror jag att kvinnorna ges möjligheter till bearbetning i ett tidigare skede i livet och de kan därmed undvika ett stort lidande. Samhället slipper då kostnader för läkarvård, sjukskrivning och mediciner.

## LITTERATUR

1. Winoy, James. Stanna upp en stund! Befolkningsenkäten 1993 - 1994 - de första resultaten. Jämtlands läns landsting. Hälsopolitiska enheten. Rapport nr 1.
2. Targets for Health for all - the health policy for Europe.
3. Folkhälsovision för Jämtlands län år 2000 samt Länsövergripande program för att stödja och/eller förbättra folkhälsan.
4. SOU 1995:60. Kvinnofrid. Del A. Huvudbetänkande av kvinnovåldskommissionen.
5. Risberg, Gunilla. Sexualiserat våld som hälsoproblem. Läkartidningen. Volym 91, nr 50, 1994.
6. Roy, Maria. Children in crossfire. Health Communications, Inc. Florida. 1988.
7. Romans, S. E, mfl. Sexual Abuse in Childhood and Delibrate Self- Harm. The American Journal of Psychiatry. Volume 152, number 9, september 1995.
8. Nordh, L, Lindström, G-K, mfl. Kvinnoprojekt inom psykiatrin, Dagmar 510-projekt 1994. Psykiatriska kliniken, Skellefteå lasarett.
9. Ollendorf, U. Det gömda våldet i samhället - hälso- och sjukvårdens förebyggande möjligheter. LIC Förlag, 1990.
10. Österberg, Inger. Argusgruppen; Rapport 1994:2. Sexuella övergrepp hos patienter. En omfångsundersökning vid psykiatriska klinken i Umeå, vecka 13, 1993.
11. Silverberg-Dymling, G, Tordenström, B. Samtalsgrupp för kvinnor som utsatts för incest. Socionomen 6. 1990.
12. Socialstyrelsen. SoS-rapport 1995:3. Kvinnor som utsatts för INCEST.
13. Hedlund, Eva. Bearbetningen av sexuella övergrepp i barndomen underlättas av teman. Läkartidningen. Volym 89, nr 44, 1992.
14. Hedlund, Eva. Efter ett sexuellt övergrepp. En metod att möta kvinnorna. Sesam/Rfsu skriftserie, 2.
15. Folkhälsoinstitutet. Från övergrepp till GREPP ÖVER LIVET.
16. Derogatis, L R, et al. The Hopkins Symtom Checklist (HSCL), A Measure of Primary Symtom Dimensions. Psychological Measurement in Psychopharmacology. P Pichot, Paris (Karger, Basel 1974) 79-110.
17. Miller, Jean Baker. En ny kvinnopsykologi. Liber, 1980.
18. Axelssen, Eva, Bakke, Sissel. Resan tillbaka. PAX Forlag A/S, 1991.

19. Fredelius, Gunilla, Klein-Frithiof, Patricia, Ursing, Ingrid. *Kvinnoidentitet. Natur och Kultur*, 1994.
20. Larsen, D L, et al. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 1979:2, 197-207.

## **BILAGOR**

1. Frågeformulär (före terapin)
2. Din tillfredsställelse med vården
3. Din tillfredsställelse med behandlingen
4. Utvärderingsfrågor