

Senfølger hos kvinder efter seksuelle overgreb og oplevelse af behandling

- et kvalitativt Master afgangsprøve i Sexologi

PÅ DEN ANDEN SIDE.



Pigen kigger om på den anden side. Vil gerne derhen, men det sker varsomt og hun er frygtsom.
Tyngden på byrden i hendes lille gule spand, kender kun hun...

Billede udlånt med tilladelse af kunstner Julie Bidstrup.

Forfattere: Stine Brasgaard Thirslund og Christin Walter
Hovedvejleder: Bo Möhl, Professor, cand.mag og cand.psych
Ansvalig vejleder: Christian Graugaard, Professor, MD, PhD.
Studienr.: 20192391 og 20196378.

Gruppenr.: sx112
Antal sider: 90
Anslag: 176.164
Maj 2021

Senfølger hos kvinder efter seksuelle overgreb og oplevelse af behandling

Studenteropgave Master afgangprojekt

Stine Brasgaard Thirslund & Christin Walter

4 semester, Master i Sexologi (efter- og videreuddannelse) (Masteruddannelse)

Resumé

Baggrund;

Senfølger efter seksuelle overgreb (SO) øger risikoen for nedsættelse af sundhed og helbred Bio-Psyko- Socialt samt forringer seksuel sundhed. Senfølger er ikke en hoveddiagnose; men en z-diagnose, og dækker over en række efterreaktioner af, at have været nødsaget til at mestre noget traumatisk. Den valgte mestringsstrategi, er, i nuet hensigtsmæssig, men kan senere skabe relationelle komplikationer, som en senfølge. Et neurovidenskabeligt syn viser, at kroppens nervesystem for at overleve traumatiske oplevelser, fastlåser sig i arousal, der gør det svært at opretholde homeostase, og i hjernen ses ændringer ved længerevarende stress. Metoder viser, at ved en mere kropssorienteret, polyvagal og neurovidenskabelig tilgang kan det hjælpe den senfølgeramte (SR) tilbage til ro i nervesystem og krop, bedre sundhed og relationer. Det kan ske, hvis den eksisterende top - down medinddrager bottom - up tilgang til behandling. Den viden giver grobund for nysgerrighed til at medtænke bottom - up i behandlingen af SR i det konventionelle behandlingssystem.

Formål:

At undersøge kvinders oplevelser med senfølger efter seksuelle overgrebs samt deres erfaring og effekt af behandling fra både det konventionelle og i det kropssorienterede fagfelt.

Metode:

Hypotesegenerende eksplorativ undersøgelse (HEU) samt semistrukturerede kvalitative interviews af 4 kvinder med fokus på deres oplevelse ud fra en fænomenologisk videnskabsteoretisk perspektiv.

Analyse:

Brug af IPA samt Hermeneutisk meningsforståelse.

Resultater:

HEU viser 78% oplever blandet, dårlig og forringende behandling af deres senfølger i det konventionelle behandlingssystem. 100% oplever derimod bedring, når kroppen medinddrages. Informanterne beskriver entydigt inter- og intra relationelle kompleksitet ved deres senfølger, de har somatiske og neurofysiologiske symptomer forbundet til traumatisk stress. Informanterne udtrykker, særligt 4 hovedtemaer, som de oplever vigtige og mangelfulde i deres senfølge behandling i det konventionelle system:

Helhed (altså krop og hoved forenet).

Relation: ligeværd, tillid, tryghed, nærvær og fordomsfrihed.

Viden om senfølger efter SO, som naturlig mulighed for psykoedukation.

Sexologisk støtte og samtaler i reorienterings processen, når "kroppen vågner" i genskabelse af krop, sensualitet, seksualitet og lyst.

Emnet er underbelyst, det lykkedes kun at finde 2 artikler til diskussion.

Konklusion/perspektivering:

Kropssorienteret neurovidenskabelig tilgang med viden om bl.a. den polyvagale forbindelse sammen med tillid og følelsen af sikkerhed ser ud til at skabe et stærkt samarbejde mellem den allerede eksisterende behandlingstilgang. Sammen står bottom - up og top - down stærk. Senfølgeramte ønsker at ses, som mennesker med senfølger og behandles med denne, som deres hoveddiagnose. Det kalder på et paradigmeskifte og på en reorientering af behandlingen af Senfølgeramte efter SO.

Sprog - Dansk

Udgivelsesår 3. Maj 2021

Antal sider:90

Emneord:

Senfølger, seksuelle overgreb, mestringssevner, kvinder, Top- down, Bottom-Up, polyvagal, Neurovidenskab, kropssorienteret, dissociation, behandling, seksualitet, relation og tillid, reorientering, paradigmeskift.

Long-term sequelae for women after sexual abuse and their experience of treatment

Master Project

Stine Brasgaard Thirslund & Christin Walter

4. semester, Master of sexology (continuing education)

Abstract:

Background:

Long-term side effects caused by sexual abuse (SA) increase the risk of a decrease in health bio-psychologically as well as socially, and also reduce sexual health. Long-term side effects are not a main diagnosis; but a z diagnosis and cover a range of post-reactions caused by having been forced to cope with something traumatic. The chosen coping mechanism seems suitable in the present time, but it can later cause relational complications as a long-term side effect. A neuro-scientific perspective proves that the nerve system of the body freezes in arousal in order to survive traumatic experiences, which makes it difficult to sustain homeostasis, and changes can be seen in the brain due to long-term stress. Methods show that by using a more body-oriented, polyvagal and neuro-scientific approach can help the person suffering from long-term side effects regain calm in the nerve system and body as well as better health and relations. This is possible if the existing Top- down involves a Bottom- up approach to treatment. This knowledge provides a breeding ground for the curiosity to involve a bottom up approach in the treatment of a person suffering from long-term side effects in the conventional treatment system.

Purpose: To investigate women's experiences with long-term side effects due to sexual abuse and their experience and results of conventional as well as bodily-oriented field of treatment.

Method: A hypothesis generating, exploratory investigation (HEI) as well as semi-organized, qualitative interviews with four women focusing on their experience from a phenomenological, scientific theoretical perspective.

Analysis: the use of IPA and a hermeneutic understanding.

Results:

HEI shows that 78% experience mixed, bad or deteriorating treatment of their long-term side effects within the conventional treatment system. However, 100% experience improvement, when the body is involved. The informants describe clear inter and intra relational complexity of their long-term side effects, they have somatic as well as neuro-physiological symptoms connected to traumatic stress. The informants pinpoint especially four main fields that they experience as important and insufficient in the treatment of their long-term side effects in the conventional treatment system:

Unity (that is, body and mind combined)

Relations: equal status, trust, security, presence and open-mindedness

Knowledge on long-term side effects due to sexual abuse SA as a natural option for psychological education
Sexological support and dialogue in the process of reorientation, when "the body awakens" in the recreation of body, sensuality, sexuality and desire.

This topic is inadequately debated and only two articles were found for the discussion

Conclusion/putting into perspective: Body-oriented neuro-scientific approach with knowledge on the polyvagal connection with trust and the feeling of security seems to create an effective co-operation with the current approach of treatment. When combined Bottom- up and Top-down prove to be effective. Women with long- term sequelae after sexual abuse would like to be seen as persons suffering from long-term side effects are treated with this as their main diagnosis. It calls for a paradigm shift and a reorientation of the treatment of women with long- term sequelae after SA.

Language: Danish

Year of publication: 3th of May, 2021

Pages: 90

Subject heading:

Long-term side effects/sexual abuse, coping skills, women, Top-down, Bottom-up, polyvagal, neuroscience, bodily-oriented, dissociation, treatment, sexuality, relations and trust, reorientation, paradigm shift.

Digt

Uddrag fra en mail fra en informant (med inf. tilladelse):

Her har I mit digt "Livstræet"

Jeg skrev det en aften hvor jeg havde været hos min terapeut om dagen.

Den dag jeg skrev digtet var der sket noget helt fantastisk.

Min terapeut sad ved mit hoved og havde en hånd på hver side og masserede forsigtigt mine tindinger. Pludselig flyttede hun hænderne længere ned ved mine ører og brugte den højre tommelfinger til at stryge mig let over den ene kind. Lige der skete der noget magisk. Jeg gav et sæt og reagerede med hele kroppen. Jeg åbnede bare øjnene og sagde "wow, hvad skete der lige der!" Der var pludselig kontakt og min terapeut spurgte om jeg nogensinde var blevet aet på kinden. Jeg tænkte godt efter og kunne mærke dybt inde i mig selv, uden den mindste tvivl, at det var jeg ikke. Hun spurgte mig så hvem der normalt aede en på kinden og jeg tænkte lidt og sagde "en mor". Først blev jeg virkelig ked af det og græd lidt, men lige der gav det hele pludselig mening. Hvorfor jeg ikke kunne håndtere berøring, jeg var ikke vant til det, mit nervesystem genkendte det ikke. Men kroppen vidste at det var noget den havde manglet og jeg højst sandsynligt havde søgt efter som barn ubevidst. For jeg var ikke i tvivl om at det var rart og følelsen af kærlighed og omsorg fyldte mig op og gav mig håb. Jeg kunne jo godt, min krop var faktisk ikke død!

Kropsterapi er ikke kun berøring. Det åbner op for alle de ting, som vi går og gemmer på, som kroppen gemmer på. Men det giver også mulighed for at samle det intellektuelle, det sanselige og det følelsesmæssige, så der dannes grundlag for en heling af hele ens jeg.

Livstræet

*Langt derinde
Langt langt derinde
Hvor der aldrig har været nogen før
Der spirer et lille håb
Et håb om endelig at blive set
Et håb om endelig at blive mødt
Et håb om endelig at blive rummet
Et håb om endelig at blive passet på
Da du lagde din hånd på min kind
Der føltes det så rigtigt et kort øjeblik
Kroppen husker
Også det den aldrig fik
Hvis jeg kunne
Havde jeg stoppet tiden
Lige der
Hvor alt pludselig gav mening
For hvad er det jeg kommer fra
Hvor er det jeg er på vej hen
Hvor er jeg lige nu
Det står nu klart
Jeg kommer fra bunden
Er på vej mod toppen*

*Lige nu stopper jeg op
Og nyder udsigten
Min stamme står stærkt
Stærkere end nogensinde
Rødderne breder sig under mig
Når dybere og dybere ned
Grenene spreder sig over mig
Folder sig nænsomt ud
Langsomt danner sig en krone
Af de fineste grønne blade
Når uvejret raser
Dil jeg blot svaje i vinden
Den indre styrke og sårbarhed
Dil endelig finde vej
Med tiden vil der dannes blomster
Hvide som uskyldigheden
De vil blive til æbler
Røde som kærligheden
De vil falde til jorden
Blive samlet op
Spredte frø
Hos dem som stadig kæmper.*

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem	3
2. Problemanalyse	5
Indledning	5
2.1 Definition af seksuelle overgreb	6
Forekomst	7
Afgrænsning	7
Senfølger efter seksuelle overgreb	8
2.2 Historiske tilgange / paradigmer	12
2.3 Tidlig tilknytning og tilknytningsstile	15
2.4 Mestringsstrategier.	18
Dissociation	20
2.5 Bio-psyko-sociale overlevelsers mekanisme ved traumatisk stress	21
Stress & seksuelle konsekvenser	27
Det Interoceptive Menneske	28
2.6 Gældende retningslinjer og behandlingstilbud.	29
2.7. Hypotesegenererende eksplorativ undersøgelse	33
3.0 Opsummering og introduktion til problemformulering	39
Forskningsspørgsmål	40
4.0 Problembearbejdning	41
4.1 Metode - og metodeovervejelser	41
4.2 Fænomenologisk tilgang	43
4.3 Sexologens medinddragende sundhedsfremmende samtale	43
4.4 Præsentation af interviewdata:	44
Informant 1	45
Barndom, overgreb & senfølger	45
Ønsker til behandling	47
Ønsker til behandling:	49
Informant 2	50
Barndom, overgreb & senfølger	50
Behandling	52
Ønsker til behandling	54
Informant 3	55
Barndom, overgreb & senfølger	55
Behandling	58
Ønsker til behandlingen	61
Informant 4	62
Barndom, overgreb og senfølger	62
Behandling	65

Ønsker til behandling	68
4.3 Analyse og diskussion	68
Analyse Informant 1	68
Analyse informant 2	70
Analyse informant 3	71
Analyse informant 4	73
Analyse opsamling	74
4.4 Søgning og struktur	75
4.5 Diskussion	78
5. Konklusion	87
6. Perspektivering	89
7. Projektet	90
7.1 Styrker og svagheder	90
7.2 Processen	92
8. Litteraturliste	93
9. Bilag	100
Bilag 1	100
Bilag 2	101
Bilag 3	251
Bilag 4	276
Bilag 5	280
Bilag 6	283
Bilag 7	285
Struktureret søgning på Psyc-info APA-psycNet	285
Beskriv emne	285
Afgrænsninger i databaserne (Eksklusion/Inklusion)	288
Resultat af bloksøgningen	288
Bilag 8	289
Bilag 9	292
Bilag 10	297
Bilag 11	314
Bilag 12	318
Bilag 13	319

1. Initierende problem

Med en sundhedsfaglig erfaring på mere end 20 år, som hhv. sygeplejerske og jordemoder, har vi begge haft oplevelser, der har præget og ændret vores virke, og arbejdsmetoder fundamentalt. Det drejer sig om oplevelser af, hvordan kontakt, tillid, respekt og omsorg helt grundlæggende har ændret en persons oplevelse af en given behandling eller fødsel. Oplevelser, hvor tid, ro og nærvær til at lytte, og være til stede, har bragt en ellers anspændt krop med et flakkende blik og en overfladisk vejrtrækning, tilbage i kroppens nu. Til en tilstand, hvor krop og sind forvandlede til et afspændt, mere helt og samlet menneske, som tilfører behandlingen bedre, lettere og hurtigere resultater. Vi har erfaret en betydelig forskel på, hvordan yderpolerne af en instrumental, positivistisk tilgang versus en holistisk, kropsorienteret tilgang har virket, når vi har mødt traumatiserede mennesker på vores sundhedsfaglige færd. Og vi har oplevet, hvordan en ny homeostase opnås, når disse paradigmer forenes i en integreret behandling.

Begge har vi specialiseret og dygtiggjort os indenfor de krops positivistiske naturvidenskabelige fagligheder forankret i et biomedicinsk paradigme, men vi har også tilegnet os et bredt fundament baseret på humanistisk, holistisk og fænomenologisk menneskesyn. Her har vi opnået forståelse, indsigt og forankring for de neuro-psyko-fysiologiske, samt kognitive indvævede sammenfletninger, ud fra en tanke om, at disse ikke nødvendigvis er modsætninger, men er uundværligt forenelige i det kliniske arbejde med de mennesker, som vi er uddannede til at hjælpe.

Fokus i denne opgave er på senfølger hos kvinder, der har været udsat for seksuelle overgreb, som udgør en speciel sårbar gruppe. Når man er presset, traumatiseret, stresset eller har senfølger efter et seksuelt overgreb (SO), er man ofte i en akut eller vedvarende, høj, ubevidst stresstilstand. Vores erfaring er, at behandlingen af kvinder, der har senfølger efter SO kan afkortes og fokuseres gennem et kropsorienteret sanseligt fokus i nuet - hvilket man kan kalde for en Bottom Up tilgang, der står i modsætning til Top Down, hvor fokus er på mentale processer, som mentalisering og samtale, som vi primært ser i dag i den traditionelle behandling i sundhedsvæsenet. Ifølge neurovidenskaben, vil man med Top-Down alene arbejde

mod en modstand af et allerede kognitivt stresset alarmberedskab af pressede frontallapper, som derved hæmmer kognition, forståelse, integration og behandling (Van der Kolk, 2019). Det er imidlertid vigtigt at arbejde med begge tilgange: en direkte kropslig tilgang (bottom up), men suppleret med indsigt og mental bearbejdning af processen, fx. mindfulness (top down). Den ene behandlingsform står svagt uden den anden, og et samarbejde styrker behandlingen. Behandlingen af en person med et seksuelt traume, er en proces, vi mener, der bør favne bredt Bio-Psyko- Socialt og neurovidenskabeligt. Indlæggelser, gynækologiske undersøgelser og fødsler kan være triggere til flashbacks, angst og stress, der gør det seksuelle traume nærværende og dermed kan bidrage til en retraumatisering. Med den rette mængde af nærvær, ro og kontekst af bottom - up, har vi oplevet, at det kan være den forløsende faktor, der skaber vejen tilbage fra senfølgerne af deres traume, og herved skaber et nyt narrativ om empowerment, og tillid til kroppen efterfølgende. Det sexologiske arbejde bevæger sig i et konstant gnidningsfelt mellem de Bio-Psyko- Sociale-kulturelle, hvor alle dele må medtages, for at skabe helhed, forståelse, forandring, og forløsning for det enkelte menneske. På master uddannelsen i sexologi lærer vi at tænke åbent, på tværs af paradigmer og samarbejde tværfagligt. Den neurovidenskabelige og kropsorienterede tilgang til behandling af seksuelle traumer viser sig overbevisende (Levine, 1997, 2012; Minton, Ogden og Pain, 2006; Heller og LaPierre, 2014; Payne, Levine og Crane-Godreau, 2015a, 2015b; Krieger *m.fl.*, 2019; Van der Kolk, 2019). Det vækker vores nysgerrighed og undren, at de to tilgange ikke ser ud til at være mere forenet og medinddraget i det sexologiske arbejde, særligt når det omhandler traumatiserede mennesker. Derfor ønsker vi at undersøge behandlingstilgange, og effekt oplevet af kvinder med senfølger efter seksuelle overgreb.

Dette vil vi gøre ved først at lave en hypotesegenererende eksplorativ undersøgelse (HEU) af kvinder, der har senfølger efter seksuelle overgreb. HEU spørger ind til deres oplevelse af både konventionelle og kropsorienterede behandlingsmetoder, og deres oplevelse igennem deres behandlingsforløb. Med udgangspunkt i vores fund fra HEU vil vi lave kvalitative interviews af kvinder med senfølger efter seksuelle overgreb (SO), for at få en dybere indsigt i deres individuelle oplevelse.

2. Problemanalyse

Indledning

WHO definerer seksuel sundhed og trivsel, som en tilstand af fysisk, følelsesmæssig, mental og socialt velbefindende, der bla. forudsætter en tilstand af sikre seksuelle oplevelser fri for tvang, diskrimination og vold. Seksualiteten spiller en central rolle i menneskers oplevelse af deres egen sundhed og trivsel. Ud fra en undersøgelse, finder 9 ud af 10 seksuelt aktive det således vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt, at have et godt sexliv (Graugaard, Giraldi og Møhl, 2019, s. 56).

SO og traume fulde oplevelser omkring seksualitet, samt senfølger heraf, udgør en risiko for at få nedsat seksuel trivsel og livskvalitet. Reaktionen på SO varierer fra mindre til større psykologiske, seksuelle, somatiske, sociale og mentale konsekvenser af lidelser og traumer. Disse strækker sig fra kortere perioder med angst, stress, smerter og depressive perioder, til længerevarende og omsiggribende senfølgeproblematikker, som ofte sidestilles med svær posttraumatisk stressreaktion (PTSD) (Graugaard og Giraldi, 2019b, s. 413–414). Den måde vi bearbejder traumatiske oplevelser er individuel, og vil have indflydelse på om oplevelsen vil sætte vedblivende, skelsættende aftryk i livet fremad, hæmme livskvalitet, og udvikle sig til en længerevarende, traume fyldt erindring (Van der Kolk, 2019, s. 24).

Bessel A. van der Kolk henviser til en undersøgelse som viser at hver 5. Amerikaner har været udsat for SO, som børn, hver 4. er blevet slået af en forælder i et omfang, der efterlader synlige tegn på kroppen, og der forekommer fysisk vold i hvert tredje parforhold. (Felitti *m.fl.*, 1998; Van der Kolk, 2019, s. 1) Han beskriver derudover, at mere end halvdelen af dem, som søger psykiatrisk hjælp, har været udsat for vold, blevet omsorgssvigtet, været vidne til vold eller endog selv er blevet voldtaget som børn (Van der Kolk, 2019, s. 24).

I det følgende beskrives definition og forekomst af SO, samt senfølger af SO. Og opgavens fokus og afgrænsning konkretiseres.

2.1 Definition af seksuelle overgreb

Lovgivningens opgørelser opdeler ofte efter om overgrebet er begået på et mindreårigt barn eller en voksen. Betegnelserne strækker sig fra voldtægt, påtvunget samleje, til seksuelt misbrug og krænkelse. I det følgende nævnes, derfor 3 forskellige definitioner gældende på både voksne og børn

Ifølge straffelovens bestemmelser om voldtægt a §216 defineres voldtægt, som den

”... der tiltvinger sig samleje ved vold eller trussel om vold eller skaffer sig samleje ved anden ulovlig tvang, jf. §260, eller har samleje med en person , der befinder sig i en tilstand eller situation, i hvilken den pågældende er ude af stand til at modsætte sig handlingen...” (Porsborg, 2019, s. 183).

Et seksuelt overgreb defineres, fra center for seksuelle overgreb (CSO):

“som udsættelse for grænseoverskridelser, pres, tvang eller vold i kombination med seksuelle handlinger” (Andersen, København, December 2020, s. 7).

Socialstyrelsen anvender følgende definition af seksuelle overgreb mod børn og unge:

“Et seksuelt overgreb er en handling rettet mod et barn , hvor en voksen, et andet barn eller en ung i kraft af magt, ansvar eller at have opnået en tillidsfuld relation udnytter barnet til at indgå i seksuelle aktiviteter: Seksuelle overgreb skader barnet og bringer dets udvikling i fare. Desuden skades barnets evne til at indgå tillidsfuldt i relationer og danne et positivt selvbillede”. Def. bygger på WHO's klassifikation fra 1999. (Socialstyrelsen, 2019).

Forekomst

Ifølge LAP (landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere) i Danmark, har 70-80% af indlagte kvinder på psykiatriske afdelinger været udsat for vold eller SO i barndommen (*Det sætter sine spor*, uden år).

I 2020 modtager politiet 1825 anmeldelser om SO. Der anslåes et stort mørketal, da mange SO aldrig bliver anmeldt. Justitsministeriets offerundersøgelser estimerer, at der begås mellem 9.440- 13.400 SO årligt og ved størstedelen af disse kender den overgrebne sin krænker. Der ses en klar sammenhæng mellem ikke at anmelde, når der er relation til krænkeren. 84 % af de overgrebne udgør kvinder (*Fakta om voldtægt*, uden år).

En dansk undersøgelse, lavet blandt 9. klasses-elever viser, at 5 % af drenge og 22% af piger har haft en eller flere uønskede seksuelle erfaringer. 1% af drenge og 9% af pigerne oplevede disse som et overgreb. (Almind Jansen og Lau, 2019, s. 952)

Landsforeningen SPOR estimerer, at der blandt voksne er mindst 10%, der har været udsat for SO, som børn, men at det kun er 10-20 % af de udsatte børn, der får hjælp, mens de er børn; de resterende 80-90% står, som voksne, uden at have fået hjælp (*Det sætter sine spor*, uden år). I Projekt SEXUS fandt man at 11.9% af kvinder mindst én gang i løbet af deres liv har været udsat for et seksuelt overgreb, og ud af disse har 33.7% oplevet et overgreb før 15-års alderen (Frisch *m.fl.*, 2019).

Afgrænsning

Ovenstående lovmæssige definitioner af SO for børn og voksne samles, da traume fulde reaktioner og senfølger beror på den enkeltes forhistorie, konteksten den foregår i, ressourcer og handlemuligheder i overgrebs øjeblikket, samt muligheden for at bearbejde oplevelsen efter. Opgavens fokus retter sig mod senfølger efter SO og behandling af disse, derfor der vælges en samlet bred betegnelse af; *seksuelle overgreb*, som dækker alle typer af overgreb i kategorien. Kvinder med senfølger efter SO udgør 84%, derfor er fokus valgt på kvinder og der afgrænses fra mænd, børn og akutte overgreb.

Da vi har udført en hypotesegenererende eksplorativ spørgeskemaundersøgelse (HEU) før de kvalitative interviews, vil nogle af svar citaterne forekomme løbende gennem opgaven.

Senfølger efter seksuelle overgreb

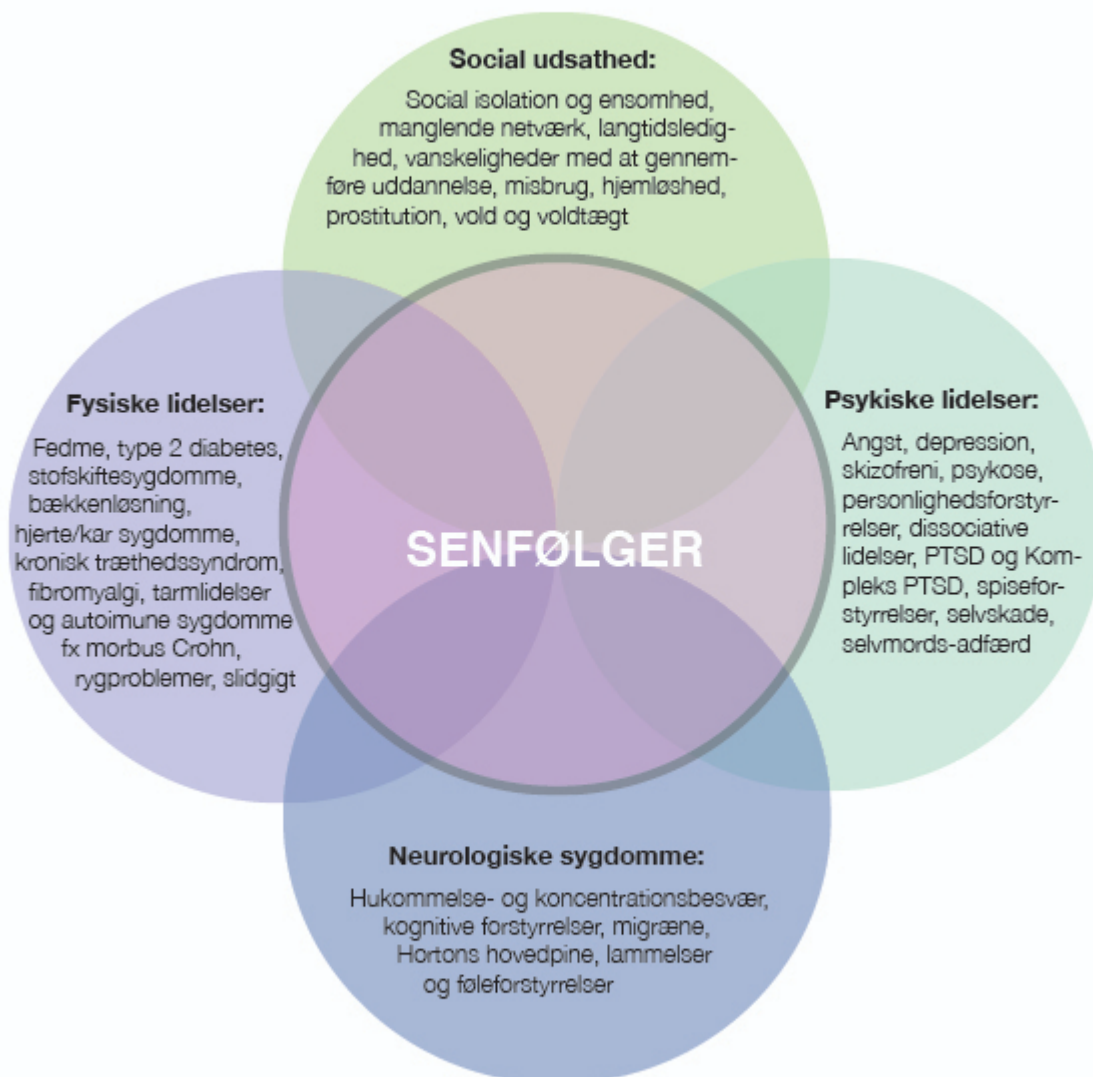
Senfølger defineres, som konsekvenser af oplevede erfaringer i fortiden, som personen oplever senfølge reaktioner af i nutiden. Senfølger er ikke en diagnose, men et bredt spekter af efterreaktioner. Senfølger er individuelle *reaktioner* på hændelser, personen har været udsat for, og ikke hændelsen i sig selv. Det er det, som sker i personens nervesystem, der er symptomer på og et resultat af, hvad personen har været udsat for. Senfølge reaktioner kan gøre hverdagens gøremål angstfulde med tiggere, flashbacks og undgåelsesadfærd, men kan også betyde, at kroppen kan være overbelastet i en sådan grad, at psykiske, fysiske, sociale, følelsesmæssige og

neurologiske hverdagsting besværliggøres, og medfører en forringet livskvalitet (Walker, 2013; Trans, 2018; Jürgensen, 2020; The Trauma Foundation, 2021).

Der er ikke tvivl om, at SO i barndommen giver en massiv risiko for udvikling af en lang række senfølger, som voksen, som kan debutere år efter overgrebet. Det vurderes, at mellem halvdelen og to tredjedele af børnene udvikler senfølger af forskellig karakter og tilstande både af somatisk, psykologisk og social karakter senere i deres livsudvikling. Hos børn, der vokser op med SO, er, krænkeren i 1/3 af tilfældene intrafamiliær og, at 2/3 kender sin krænker. Når krænkeren er en tæt omsorgsperson, som barnet ikke kan eller ønsker at undslippe, bruges mestringsstrategier, som fortrængning og dissociation (Almind Jansen og Lau, 2019, s. 952). SO, hvor der ikke er anvendt vold og magt, resulterer ofte i større efterfølgende seksuelle dysfunktioner og der tilføjes følelser, som meddelagtighed, skyld, skam og selvbefrejdelse. SO uden tydelige volds- og tvangs scener kan sammenlignes med almindelig seksuel aktivitet, hvilket ofte bevirker flashbacks og seksuelle forstyrrelser (Sidenius, Hilden og Helweg-Larsen, 2016, s. 95–97). Resiliens forskning viser, at det ikke er overgrebs karakter eller relationen til overgrebs personen, der har den egentlige betydning for helbredelsesprocessen, men mange andre faktorer herunder individets modstandskraft og netværksmæssige vilkår (Almind Jansen og Lau, 2019, s. 950–952).

Efter SO er det forventeligt at opleve en eller flere belastnings efterreaktioner, i dage til uger (op til 3 måneder) efter overgrebet, og ses, som karakteristiske stress symptomer. Ofre for SO er i risiko for at udvikle senfølger af den traumatiske stresstilstand. Listen af senfølger er kompleks fra fysiske mén: som søvnløshed, mareridt, diffuse smerter, muskel træthed, svimmelhed og tand-/kæbe problemer, kroniske somatiske sygdomme. Over de psykiske; som depression, angst og selvmordstanker til de mere sociale, som intrusion (indadvendthed) og avoidance (undgåelse). Samt en dyb ensomhed, lavt selvværd og svag identitetsfølelse der hersker, oveni en relationel kompleksitet.

Figur 1 - senfølger set fysisk, psykisk, socialt og neurologisk



(Definition på senfølger af seksuelle overgreb, uden år)

Se faktaboks herunder:

Tabel 1.:

Nogle af de almindelige reaktioner efter seksuelle traumer

(De umiddelbare reaktioner kan også ses, som sene reaktioner)

Umiddelbare reaktioner

Angst af forskellig karakter
Selvmordstanker
Afmagt, uoverkommelighed
Flashback-oplevelser
Skyld, skam, nedsat selvværd
Søvnproblemer
Kognitive forstyrrelser
Forvirring
Ændret virkelighedsopfattelse
Vrede, raseri

Sene reaktioner

Forvrænget selvforståelse (pleaser, fighter, offer)
Depression
Mindsket/overdreven tillid
Tvangssymptomer
Psykotiske symptomer
Spiseforstyrrelser af forskellig type
Psykosomatiske symptomer
Indadvendt, isolation (intrusion)
Undgåelse af intime relationer (avoidance)
Lavt selvværd, utilstrækkelighedsfølelse
Selvmutilation
Reviktimisering
Seksuelle problemer og dysfunktioner
Somatiske symptomer/sygdomme
Selvskadende adfærd
Misbrug af forskellig art
Adfærd (udadreagerende, grænseløs/-overskridende, indesluttet, konfliktskabende)
Opgivende
Samfundssociale senfølger såsom manglende studieforudsætninger
Hyperseksuelle tilstande
Afhængighed af fx. sex
PTSD/kompleks PTSD
Seksuel dysfunktion

(Sidenius, Hilden og Helweg-Larsen, 2016, s. 89–102; Trans, 2018; Hald, 2019, s. 939)

Efter SO ses, at ca. halvdelen oplever PTSD, til sammenligning oplever ca. 1 % af befolkningen at få PTSD, og 10 % af soldaterne (Kristensen, 2019, s. 511). I en dansk spørgeskemaundersøgelse om SO rapporterede 56 % PTSD symptomer et halvt år efter overgrebet. Til trods for de fleste symptomer var aftaget eller forsvundet, beskrev de 6 måneder efter, en forandret oplevelse af omverden, manglende tillid og

en ændret adfærd. Der ses tendens til fobisk angst, intrusion, svært ved tilknytning og angst for intimitet (Sidenius, Hilden og Helweg-Larsen, 2016, s. 92–94).

Der er ikke enighed om, hvilke faktorer, der primært er bestemmende for senfølger efter SO, men der peges på 3 faktorer, som de væsentligste:

1. *varigheden af overgrebet*, -jo længere, jo større risiko for senfølger,
2. *relationen til krænkeren*, - en tæt relation skaber større risiko for senfølger, og på
3. *overgrebets karakter*, - jo mere alvorligt desto større er risikoen for senfølger.

Senfølgerne kan vise sig i særlige presserende livsperioder og behøver ikke at være permanent til stede, men kan på grund af indgriben Bio- Psyko-socialt give problemer med at opretholde en almindelig tilværelse med familie, arbejde og venner (Almind Jansen og Lau, 2019, s. 963; Socialstyrelsen, 2020).

SPOR oplyser, at kun 44% af dem, der i 2012 har fået behandling på et af de frivillige centre, der arbejder med behandling af voksne med senfølger, er i arbejde, mod 65 % af den øvrige befolkning. De skriver, at den rette behandling, der fokuserer på årsag i stedet for symptomer, giver grundlag for en vedvarende helbredelsesproces (*Definition på senfølger af seksuelle overgreb*, uden år).

Der er ingen reelle faktuelle tal om forekomsten af senfølger, eller hvorfra de kommer. Årsagen er kompleks, men kan anskues ud fra, at emnet er sårbart og dobbelt tabubelagt, men også, at der stadig er mange senfølgeramte (SR) efter SO og behandlere, som ikke ved, at symptomerne kan være efterreaktioner på SO. Derfor behandles symptomer oftere end årsag (*Definition på senfølger af seksuelle overgreb*, uden år; Trans, 2018).

2.2 Historiske tilgange / paradigmer

Naturvidenskabeligt er rødderne lagt med lægevidenskabs og medicinens far, Hippokrates. Helt op til 1800-tallets midte kan medicin undervisningen på universiteterne i Europa karakteriseres, som hippokratisk og med *apparatfejlsmodellens* tilgang.

Det er bl.a. med den franske kropsfænomenolog Charles-Louis de Secondat Montesquieu, der introduceres en bred fænomenologisk forståelse af krop og det hele menneske, derfor bør hoved og krop ikke afskæres fra hinanden (Graugaard og Møhl, 2019, s. 105). Ifølge J. Olesen, kan mennesket ikke fravælge at være et sansende og oplevende kropsligt væsen.

”Jeg lugter ikke med min næse, jeg hører ikke med min øre - kroppen - sanser og perciperer med og gennem disse organer”.... ”min levede krop er”hjertet” i min sansede verden” (Olesen, 2003, s. 12).

Mennesket kan, ifølge Merleau- Pontys fænomenologiske kropsforståelse kun forstås, som en helhed, hvor krop er alt, hvad den indebærer, og vil, ifølge J. Olsens analyse ved ethvert forsøg på, at dele kroppen op dualistisk, i biokemi og fysiske årsagsforhold, dræbe det levende, det åndfulde og det individuelle (Olesen, 2003, s. 12).

Interessant, er, at interessen for traumat videnskabeligt set har været, som et pendul mellem overvejende to paradigmer gennem de sidste ca. 200 år. Jean-Martin, Pierre Janet og Sigmund Freud er datidens store pionerer i neurologi og psykiatri; de forbinder det med opdagelsen af, at hysteri kommer fra traumets rod, og det er især gældende for traumat fra seksuelt overgreb i barndommen (Ribot, 1883; Freud og Breuer, 1971; Ellenberger, 1981; Young, 1997). Charcot udfører undersøgelser af de neurologiske og fysiologiske korrelater til hysteri, som alle understreger den kropslige erindring om manglen på ord og mange af hans patienter husker ikke traumat; men udvikler i stedet et fysisk symptom (Young, 1997). Janet er interesseret i at måle, og dokumentere disse fysiske symptomer, med det formål at kunne behandle (*The American Journal of Psychiatry*, 1999; Craparo, Ortu og van der Hart, 2019). Og han klarlægger forskellen på almindelig og traumatisk erindring. Det er også Janet, der skaber begrebet “dissociation”, for at beskrive, det, der sker (Craparo, Ortu og van der Hart, 2019; Janet, 2019). Freud, Charcot, Breuer og Janet er enige om, at traumatiserede mennesker ej heller kan kontrollere, hvornår erindringerne dukker op. Og for her at citere Breuer og Freud:

”..disse oplevelser er fuldstændig fraværende fra patientens erindring, når de befinder sig i en normal psykisk tilstand, eller de er kun til stede i en meget summarisk form”(Freud og Breuer, 1971; Freud, 2014).

I forlængelse heraf nævner Freud, at manglen på verbal erindring er væsentlig i traumet, og at det nemt omsættes til handling, hvis ordene ikke er der (Freud, 2014). Benægtelse af traumets konsekvenser kan skabe ravage i samfundsstrukturen. For traumet lever videre i det skjulte, som en ukrudtsplante. Som Kolk konkluder: “kulturen former det udtryk, som den traumatiske stress antager og man kan derfor se skiftende forståelse af traumers betydning (Van der Kolk, 2019).

I 1970'erne kunne man f.eks. læse i Freedmans og Kaplans autoritative lærebog *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, at “incest er yderst sjældent og kun sker for 1 ud af 1.1 million mennesker” og ”langt størsteparten havde ikke taget skade af oplevelsen” Der står endvidere, at ”Sådanne incestuøse aktiviteter mindsker individets risiko for at udvikle psykoser og fremmer for en bedre tilpasning til den ydre verden” (Sadock, Sadock og Ruiz, 2017).

I 1980'erne vælger kvinder at fortælle om deres seksuelle overgreb og følgerne heraf og mange ønskede at få deres gerningsmænd dømt. Dette ledte i 1990'erne til at mange betvivlede disse erindringer og beskrev dem som et falsk- erindring syndrom, hvilket gjorde denne erindring strid politisk. Dele af den amerikanske kvindebevægelse spillede en aktiv rolle i debatten mellem eksperterne om, hvorvidt erindringer efter seksuelle overgreb i barndommen, er troværdige eller utroværdige. Der eksisterer flere artikler, der går århundreder tilbage, der dokumenterer, hvordan erindringen om traumatiske oplevelser kan fortrænges, for at komme tilbage senere i livet, som senfølger (Williams, 1994, 1995). De nyere neurovidenskabelige undersøgelser viser, at erindringer, der genfindes, tenderer til at vise sig i ny form, når de kommer tilbage til hukommelsen (Panksepp og Biven, 2012).

“ Så længe en erindring er utilgængelig, er psyken ikke i stand til at ændre på den. Men lige så snart en historie begynder at blive fortalt, især hvis den fortælles igen og igen, forandrer den sig selv - selve det at fortælle den forandrer den. Psyken kan ikke lade være med at skabe mening i det, den ved,

og den mening, vi tilskriver vores liv, forandrer måden, vi husker på, og hvad vi husker" (Van der Kolk, 2019, s. 193).

I kontrasten mellem de to tænkemåder, "Top-down" og "Bottom-up", kommer top-down mere naturligt for de fleste mennesker; men det er samtidig tydeligt, at som samfundet bliver mere komplekst, bliver Bottom-up stadig vigtigere for at forstå verden omkring os (Yasmine, 2020).

Peter Levine er inspireret af Darwins Evolutionsteori og mener, at vi har medfødte mekanismer i vores centralnervesystem, til selvregulering og afladning af høje energiniveauer, der er knyttet til menneskets overlevelses adfærd. Levine ser seksualitet, krop, psyke og samfund, som tæt forbundne. Han ser, at man ved at forbinde kroppens samspil til nervesystemet, kan opløse muskelspænding og smertetilstande, gennem følelsesmæssige blokeringer, som stagneret stress, som et tegn på ikke forløste traumatiske oplevelser. Levine har i over 25 år forsket og arbejdet med traumatisk stress. Han har udviklet terapiformen, Somatic Experiencing (SE), hvor arbejdet med kroppen spiller en stor rolle. Levine arbejder ud fra det, han betegner, som titrering, hvor den traumatiske ophobede tilbageholdte energi, gennem bevidsthed på kroppen og hjælp til selvregulering gradvist slippes ud, så den ikke overvælder og måske bevirker retraume (Levine, 1997, 2012; Payne, Levine og Crane-Godreau, 2015a, 2015b).

2.3 Tidlig tilknytning og tilknytningsstile

Udviklings- traumatologien viser, at kombinationen mellem omsorgssvigt, usikker tilknytning, ringe social støtte og SO forøger risikoen for senfølger (Elklit, 2015; socialstyrelsen, 2015; Almind Jansen og Lau, 2019, s. 966). Da SO på børn oftest bliver begået af en tæt omsorgsperson, er et SO langt fra kun seksuelt, men handler også om et traumatiserende interpersonelt forhold. Et sådan ustabil forhold forstyrrer barnets tilknytningsevne, relationelle og emotionelle forståelse samt helt basale følelse af tillid til sig selv og andre, og evnen til at føle sig tryk bliver svært forstyrret. Barnets kræfter bruges på basale overlevelsesstrategier, og krænkede børn kan derfor fremstå modne af deres alder, men med kognitive og emotionelle vanskeligheder (Almind Jansen og Lau, 2019, s. 949, 953). Evnen til tilknytning og

mestring afhænger af samspillet med moderen og påvirkes af hendes stress tilstand før og under graviditet, hvilket har betydning for, om barnet udvikler en sikker eller usikker tilknytning (Hart, 2009, s. 21–22).

Ifl. John Bowlbys er tilknytning til en voksen person en overlevelsesmekanisme og en forudsætning for en tryk udvikling. Den tidlige tætteste kontakt og opvækst og miljø vil skabe individets evne til at knytte sociale bånd, samt præge individets relationelle tilknytning og samspil med sig selv og andre, og her viser SO ændringer i den grundlæggende tilknytning. Barnet benytter de muligheder, der er, også at knytte sig til én, som opleves utryk og måske også mishandler det. For at overleve dette ubehag udvikler barnet forskellige tilknytningsmønstre, hvor adfærden helt eller delvis undertrykkes eller frakobles.

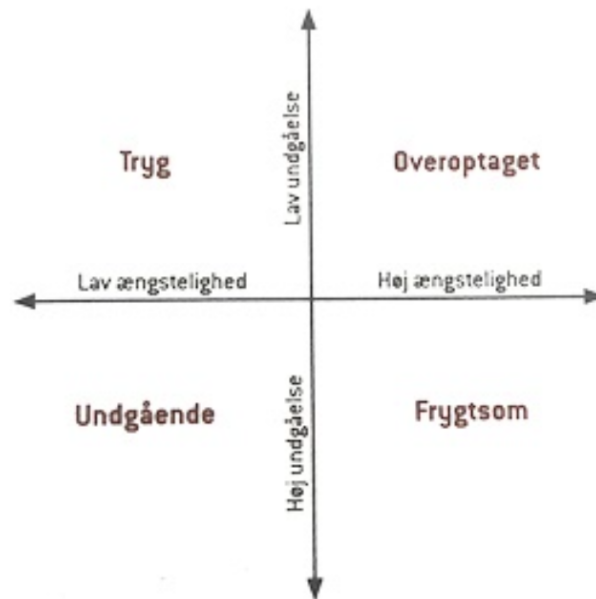
På baggrund af Bowlbys tilknytningsteori har Mary Ainsworth identificeret tre tilknytningsmønstre; det utrykke undvigende, det trykke og det utryk ambivalente og senere har Main identificeret det desorganiserede (Hart, 2009, s. 189–191).

Hos voksne bruger man tilknytningsstile, som to akser, hvor man udgør graden af undgående og ængstelig tilknytning, tryk, frygtsom, undgående og overoptaget opmærksomhed.

Overoptaget og frygtsom tilknytning kaldes under ét for utryk tilknyttede, og den undgående tilknytning præges af høj undgåelse og lav ængstelighed (Videnscenter for Psykotraumatologi, Syddansk Universitet, 2015, s. 4–5; Graugaard og Møhl, 2019, s. 112–113).

Figur 2. Diagram

Typer af tilknytningsmønstre baseret på graden af undgåelse og ængstelighed.



(Graugaard og Møhl, 2019, s. 113)

Erindringer om barnealderens psykosomatiske samspil lagres i det implicitte hukommelsessystem, hvilket betyder, at førsproglige fornemmelser og sansninger stadig eksisterer hos den voksne uden, at de nødvendigvis er tilgængelige for den eksplicitte hukommelse (vedkommende kan ikke huske dem), men de kan aktiveres ved intimt og seksuelt samvær; og give kontakt til ubevidste sårbare udviklingstrin og oplevelser. Har disse tidlige oplevelser være præget af ubehag, tab, angst, overgreb eller manglende spejling, kan de manifestere sig som ubehag, manglende sexlyst eller somatiske dysfunktioner, og tilknytningsstile kan træde frem med utryg, ængstelig eller afvisende/undgående adfærdsstil (Graugaard og Møhl, 2019, s. 110–115).

Et studie viser, at kvinder med SO i barndommen, måler signifikant højere på graden af *frygtsom tilknytning*, målt op imod *ikke krænkede*. I et andet studie af 245 kvinder finder man i gruppen af tidlige SO signifikant højere forekomst af *afvigende tilknytningsstil*. Et 3 studie måler, at over 50% kvinderne med SO har afvigende tilknytningsstil, og 10% har *tryk tilknytningsstil* (Elklit, 2015). Endnu andre undersøgelser har fundet, at SO giver øget risiko for en desorganiseret tilknytning, fordi barnet, der bliver krænket af en nærtstående person (fx. en far) bliver fanget i en uløselig situation: når det mærker angst i forbindelse med overgrebet, så søger det instinktivt beskyttelse hos sin tilknytningsperson (faren), men nærheden til faren aktiverer yderligere angst, så uanset, hvad barnet gør, så overvældes det af angst og vil reagere med at dissociere, som en måde psykisk at komme væk fra den traumatiske situation, som det ikke fysisk kan komme væk fra. Dissociation er således en mestringsstrategi, som hjælper barnet her-og-nu i forbindelse med overgrebet.

2.4 Mestringsstrategier.

Er typisk strategier, der forsøger at håndtere det følelseskaos af tanker og følelser der er forbundet med SO, som frygt, mistillid, omsorgssvigt og skyld og skam. Der findes utallige strategier til at give oplevelsen af større kontrol, og det er forskelligt, hvad der virker for hvem. De fleste foregår ubevidst og afhænger af om traumerne er chok eller tilknytningstraumer. Mestringsstrategier er behjælpelige i overgreb øjeblikket, men kan blive uhensigtsmæssige strategier og bidrage til yderligere udvikling af senfølger, og spille en rolle for, hvordan den krænkede sidenhen bearbejder sine traumer, og gør sig fri af sine senfølger. Hvad der startede med at give kontrol fx. dissociering kan ende med at tage kontrollen. Strategierne er indvævet i et komplekst samspil mellem tilknytning, relation, identitet og selvværd. Disse ofte undgående kognitive og adfærdsmæssige strategier, kan forhindre, at den krænkede mærker sig selv eller tør søge relevant hjælp. Dette kan fastlåse personen i uhensigtsmæssig adfærd, som øger mulighed for reviktimisering; risikoen er 3 gange så stor, hvis der er SO, som barn (Lyager og Lyager, maj 2013; Sidenius, Hilden og Helweg-Larsen, 2016, s. 89–99). Reviktimisering kan også ses som en form for gentagelsestvangs- eller -adfærd i forbindelse med fx prostitutions adfærd og anden

seksuel aktivitet, hvor det SO genudspilles (Lyager og Lyager, maj 2013, s. 10). Det kan derfor være vanskeligt at skelne konsekvenser af SO i barndommen og voksenlivet (Sidenius, Hilden og Helweg-Larsen, 2016, s. 89–99).

Barnets mestringsstrategier vælges for at finde udveje til at bevare følelsen af sikkerhed og tillid til utrygge situationer, da det giver en følelse af kontrol og styrke. Strategierne kan senere i livet ses, som senfølger og de er derfor tæt indvævede i senfølge-forståelsen. Se tabel 2.

Tabel. 2

Mestringsstrategier	Reaktionsmønstre
● Påtage sig skylden og ansvar ● gøre sig selv forkert og andre ret ● skjule og hemmeligholde SO ● bagatellisere og meningstilskrive ● Fortrængning ● Magisk ønsketænkning og fantasi ● Dissociation ● Opleve kontrol ved selv at tage initiativ, så det bliver på personens præmisser og bliver overstået ● Spiseforstyrrelser ● Cutting ● Pleaser- ikke mærke egne behov ● Afhængigheder som misbrug, promiskuøs adfærd, sexafhængighed	● Initiativ kan sætte sig som tvivl over om barnet selv havde lyst forstærke selvhad, selvforagt og et forstyrret selvbillede. ● Vende væmmelse, vrede, tilbageholdt ambivalens mod sin overgriber indad, så barnet selv påtager sig skylden og dermed påtager sig ansvar og skyldskammer sig over sig selv. ● objektivisering og tab af værdi

(*Senfølger af seksuelle overgreb*, uden år, *Det sætter sine spor*, uden år; Lyager og Lyager, maj 2013; Walker, 2013).

Uddrag fra den Hypotesegenererende undersøgelse HEU:

“Har altid vidst, at min stedfar gjorde noget ved mig, jeg ikke brød mig om. Vidste det var “forkert af ham”, Men troede længe, det var min egen skyld. Og skammede mig over det skete”(22).

“jeg vidste det godt, men det tog 30 år at “føle” det”... (26).

“Jeg har altid vidst det, men ikke, at det havde nogen betydning for mine problemer i voksenalderen. Det kom jeg først i kontakt med i slutningen af fyrrerne og senere igen ved at finde ud af, at der var noget, der hed senfølger”(28).

“Jeg har haft det med mig som en tavs viden, som jeg ikke havde ord for...Jeg genoplevede det "forkerte" ved mig igen, da jeg som 24 årig blev voldtaget af en nærtstående i min familie - og fortrængte det sammen med de tidligere overgreb, som jeg heller ikke, da var i stand til at sætte ord på...”(41)

“Jeg har på en eller anden måde altid vist det (jeg var ca 8 år da overgrebene startede) men gemt det meget langt væk og i perioder haft depressionslignende huller. Da jeg var først i tyverne fik jeg et sammenbrud og selvmordstanker men valgte at opsøge hjælp”(43).

Dissociation

Er reaktioner der er en af kroppens grundlæggende forsvarsmekanismer, som beskytter barnets under det traumatiske overgreb, fordi de ændrer bevidstheden og ofte også oplevelsen af smerte, men dissociation kan besværliggøre senfølge behandlingen. Dissociation forekommer uden for viljens kontrol ved stærke traumatiske oplevelser, hvor nervesystemet overbelastes, hvilket viser sig som

“forstyrrelse og fragmentering i den almindelige integration af bevidsthed, hukommelse, perception, kropsbevidsthed samt opfattelse af sig selv og andre” (*Traume, hjerne og krop: Biologiske perspektiver på PTSD*, 2021, s. 153).

Dissociation spalter derved bevidstheden som lejres uden sammenhæng i hukommelsen. Dissociation gør det muligt at udholde oplevelser, der ellers er uudholdelige, og mindsker på den måde den traumatiske hændelse ved kun delvist at opleve den.

“et barn der bliver overgrebet om natten må lære at dissociere, sin uformulerede rædsel og fremstå om dagen som om han lever en almindelig tilværelse” (Lyager og Lyager, maj 2013, s. 8).

Dissociation, der var en livsvigtig beskyttelse i situationen, kan for den voksne være et alvorligt symptom, der umotiveret kan reaktiveres i hverdagen ved forskellige kropslige sansninger, der har lighed med det, der skete under overgrebet (f.eks.

lugte, lyde, berøringer), som skaber angst og nogen gange flashbacks (Lyager og Lyager, maj 2013). Dissociering kan vanskeliggøre behandlingen af senfølger efter SO, fordi erindringen er fragmentarisk og ofte består af usammenhængende perceptioner, der som før omtalt lagres i det implicitte hukommelsessystem. Oftest er de traumatiske erindringer ikke forankrede i den eksplicite hukommelse, hvor de ville have været tilgængelige for bearbejdelse og dette betyder også, at traumatiserede mennesker derfor kan have svært ved at sætte ord på deres oplevelser. Men kroppen husker de traumatiske oplevelser, der ligger i den implicitte hukommelse, hvor de kan reaktiveres ved kropslige sansninger (Lanius, Lanius og Pat, 2006; Minton, Ogden og Pain, 2006; Van der Kolk, 2019).

I sexologien er manglende kropslig sanselighed ("Body Awareness") anerkendt, som bagvedliggende årsagsforståelse for traumatiske hændelser. I et studie undersøges graden af body awareness og body dissociation, i forhold til seksuelle dysfunktioner. Her måler kvinder højere i dissociation end mænd. Seksuelle dysfunktioner sidestilles med høj dissociation og der sandsynliggøres, at flere kvinder end mænd er seksuelt traumatiserede. De mener, at man ved at øge kroppens sansemæssige fornemmelser både interoceptivt, proprioceptivt og bottom - up, øger den kropslige opmærksomhed, hvilket medhjælper til at sænke den kropslige dissociation (Carvalheira, Price og Neves, 2017).

Personer, som er i stand til at tale åbent om SO, og håndtere de negative kognitioner oplever færre senfølger. De tidligere undvigende strategier, kan senere stå i vejen for bearbejdningen af SO og senfølger. Det ses derfor, at *undvigende tilknytning* og mestrings er en af de højeste faktorer for svære senfølger (Videnscenter for Psykotraumatologi, Syddansk Universitet, 2015, s. 5; Almind Jansen og Lau, 2019, s. 967).

2.5 Bio-psyko-sociale overlevelsers mekanisme ved traumatisk stress

Sårbare perioder med traumatiske begivenheder, kan påvirke hjernens udvikling, gennem det autoimmune system (ANS) og hormonsystemet, som nedsætter

aktiviteten i centre i hjernen. Bl.a. bliver hippocampus, som spiller en central rolle i følelsesregulering og kognition, reduceret, fordi den er "skrumpet" ved stress og dette er fx. fundet efter SO. Ved krænkelser i teenage årene ses svækkelse af den frontale cortex og amygdala som giver mening i forhold til angst, depression, flashbacks og PTSD, som senfølger (Almind Jansen og Lau, 2019, s. 966–967). Erindringer om barndommens tidligere psykosomatiske samspil lagres, som nævnt i det implicitte hukommelsessystem, hvilket betyder, at førsproglige fornemmelser og sansninger stadig eksisterer hos den voksne. Disse kan aktiveres ved intime lignende situationer eller samvær; og give kontakt til ubevidste sårbare reaktioner, som senere kan manifestere sig, som senfølger.

Tabel. 3

Stress typer

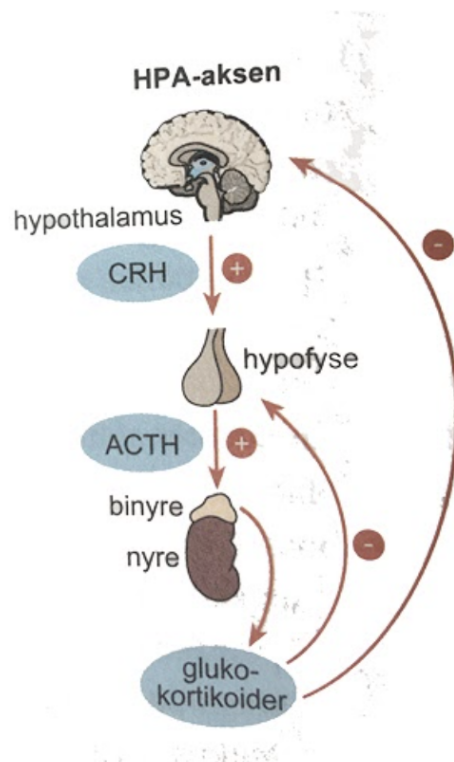
- 1.** Den stressfølelse, man oplever i hverdagen, hvor vi oplever, at vi ER stressede.
En reaktion (Akut-, korttids- og eustress)
- 2.** Den mere alvorlige stress, hvor man HAR stress, som er blevet til en tilstand.
(Kronisk-, langtids- og distress)
- 3.** Den alvorligste, hvor man er blevet syge af stress (PTSD, alvorlig distress, traumatisk stress).

Stress er en reaktion i nervesystemet, hvor der skabes en ubalance, en forskydning i homeostasen, så man er i "beredskab"; men kan yderligere trigges fra tidligere uhensigtsmæssige overbevisninger, tanker og mønstre, fra fx frygt for ikke at kunne slå til. Og kort sagt så kommer stress, når virkeligheden ikke er, som vi vil have, at den skal være (*Gulf Bend MHMR Center*, uden år; Selye, 1974).

Homeostasen er kroppens evne til at opretholde et internt miljø, der konstant forsøger at opretholde balancen, uanset påvirkninger udefra. Kroppen kontrollerer blodtryk, temperatur, respiration og endda blodsukkerniveauer ved at bruge flere interne mekanismer til dette. Homeostasen forbliver i normalområdet gennem udnyttelse af både hurtige og langsomme mekanismer. Baroreceptor refleksen er den

vigtigste af de hurtige mekanismer, der er involveret i reguleringen. Denne består af receptorer, sensoriske nerver, medulla oblongata og motoriske nerver, der alle arbejder sammen. En anden hurtig mekanisme i reguleringen af homeostasen er udskillelsen af adrenalin og noradrenalin fra binyrerne, der sætter kroppen i en kamp- eller flugt tilstand. Hjerter og blodtryk påvirkes af de sympatiske og parasympatiske dele af det autonome nervesystem (ANS) og aktiveres for at foretage de nødvendige tilpasninger for at opretholde blodtrykket og homeostasen. Aktivitet i det sympatiske nervesystem udskiller adrenalin og noradrenalin, hvilket sætter kroppen i kamp/flugt beredskab, mens det parasympatiske nervesystem, bl.a. forårsager et fald i hjerterefrekvensen og blodkarrene udvides, hvilket også mindsker blodtrykket og opretholder homeostasen (Jardine, 1984; Cooper, 1986; Toronto-Stockholm Symposium on Perspectives in Diabetes Research, 1991; Dudel, 1995; Zeman *m.fl.*, 2005; Salido og Rosado, 2009; Seaward, 2020; Smyth, 2020).

Figur 3. HPA-aksen



(Traume, hjerne og krop: Biologiske perspektiver på PTSD, 2021, s. 68).

Eustress er betegnelsen for en sund positiv tilstand, der opstår, når man mærker fare eller travlhed. HPA-aksen aktiveres, hormoner udskilles, og kroppen reagerer ved at gøre sig klar til kamp/flugt. ANS reagerer ved, at pulsen stiger, hurtigere vejrtrækning, mave-tarm aktivitet nedsættes, sanserne skærpes, pupiller udvides, muskler spændes, mm. Når "faren" er ovre, vender systemet tilbage til normaltilstand, hvis der ikke er tidligere traume erindringer.

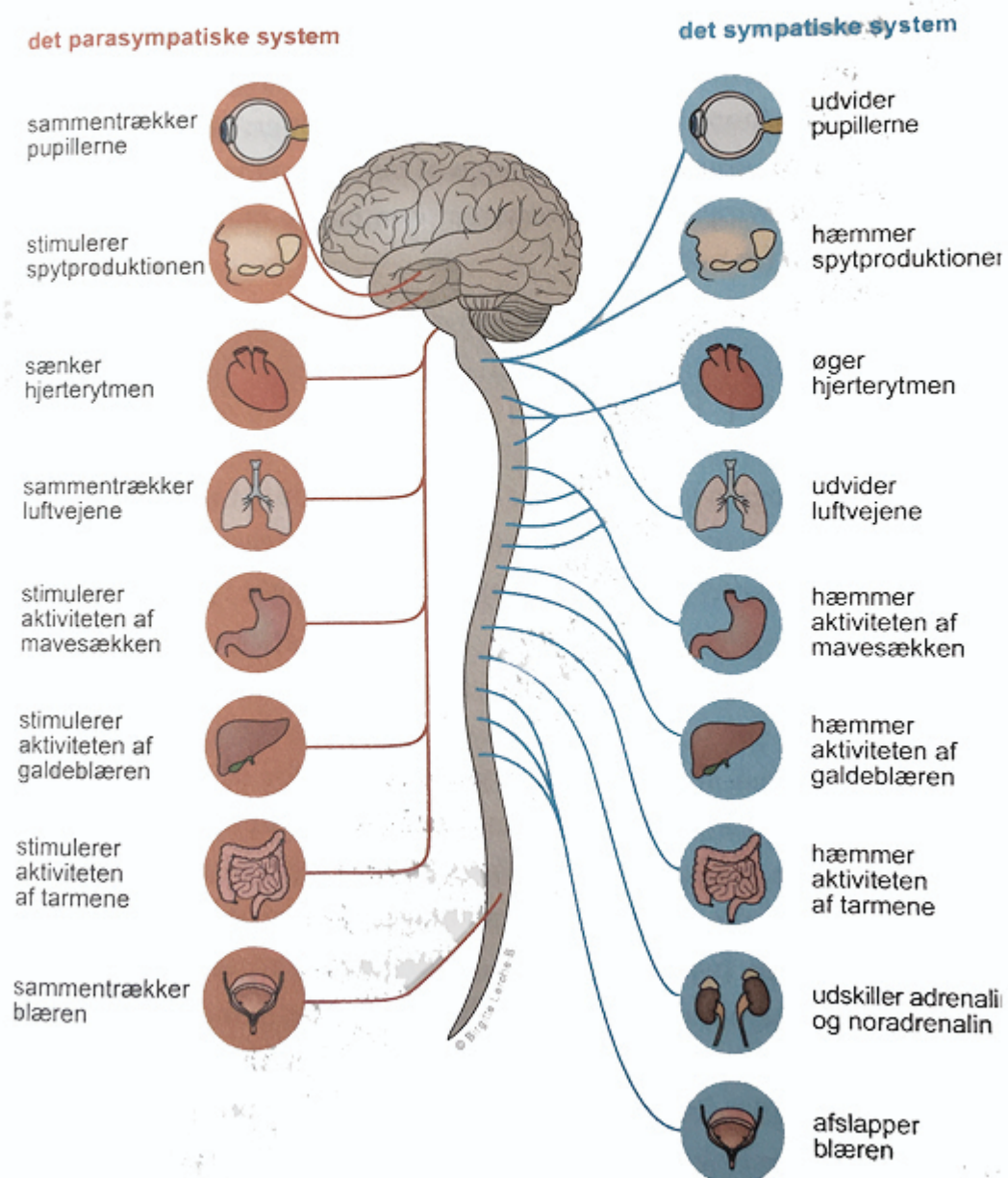
Ved traumatisk stress er kroppens mange systemer, fx; immunforsvaret og fordøjelsen nedsat (hvilket kan påvirke CNS), insulinresistens (hvilket kan ændre i det limbiske system), kønshormonerne (særligt østradiol, dermed også humøret), søvnen påvirkes (pga. højt kortisol niveau, som bl.a. hæmmer "søvnhormonet" melatonins udskillelse), stofskiftet påvirkes/forbrændingen nedsættes (kan give forhøjet blodtryk, mm.) og kroniske muskelspændinger.

Aktiveres det sympatiske nervesystem i længere tid af kortisol, er en af virkningerne en hæmning i frigivelsen af CRF (Corticotropin Releasing Factor). CRF påvirker neurotransmitter i hjernen, der sørger for reguleringen af ANS, og hvilken del der skal være ON/OFF. Jo længere det sympatiske system har været aktivt, jo sværere er det at få "tændt" parasympaticus igen. De biokemiske ubalancer i ANS medfører også ændringer psykisk og i adfærd, da centre i hjernen påvirkes (Matzau og Cadogan, 2014).

Stress får hjernen til at krympe, efter 21 dage er hippocampus og amygdala skrumpet. Dette sker for bl.a. børn, der udsættes for overgreb; at hjernen kan ændres. Under normale omstændigheder er det den præfrontale cortex, som styrer beslutninger og læring, Hippocampus styrer vor erindringer og følelser, og amygdala husker traumer og reagerer, hvis vi føler os truede. En def. af traume er når hjernens normale system bryder sammen i et sådan usynligt kollaps. Så er man fanget i et nervesystem hvor man kognitivt ikke kan nås (Schwenteck, 2019; Van der Kolk, 2019, s. 39–88).

Figur 4. Det autonome nervesystem

De to systemer: det sympatiske og parasympatiske har modsatrettet effekt på kroppens organer og funktioner.



(Traume, hjerne og krop: Biologiske perspektiver på PTSD, 2021, s. 69)

Centralt for traumereaktioner er amygdala og hippocampus, hvor amygdala, som også omtales som kroppens alarmsystem der registrerer stærke følelser, som stress og traume. Ved vedvarende traumatisk stress vil hjernen få et forstyrret arousal mønster, som betyder, at hjernen vil blive ved med at opleve, sende reaktioner på fare og amygdala vedvarende vil sende besked til kroppen om beredskab.

Hippocampus har en central rolle i lagring af eksplicit hukommelse, men med en overaktiv amygdala vil hippocampus formindskes, så eksplicit hukommelse får mindre plads og lagres derfor i den implicitte hukommelse. På den måde kan det ske, at en traumeramt ikke bærer eksplicit hukommelse om traumerne, men at "kroppen husker" traumerne via den implicitte hukommelse, erindringen bliver primært somatiske. Traumatet får et kropsligt udtryk, uden klar forbindelse til det egentlig hændte og hvor traumatet "lever" i kroppen uden eksplicite ord (Lanius, Lanius og Pat, 2006, s. 139–161; Van der Kolk, 2019, s. 39–88)(Van der Kolk, 2019).

Ved Bottom- up åbnes kroppen og det traumatiske stress gradvist op, ved at regulere det autonome nervesystem, som man får adgang til gennem vejrtrækning, bevægelse, berøring og gennem træning af interoceptiv og proprioceptiv sansning (Van der Kolk, 2019, s. 61–65, 274–275).

"Bare det at komme i kontakt med min krop viser tydeligt at kroppen lagrer erindringerne"(44).

"kontakt til kroppen har hjulpet mig at kunne regulere nervesystemet, hvilket også har hjulpet min søvn. Jeg fik mere bevidsthed omkring kroppen og dens signaler. Jeg er kommet hjem i kroppen og har fået ejerskab og mestring så jeg kan ændre svære tilstande og mærke følelser og reaktioner uden at gå i panik, jeg kan rumme og agere på det som jeg mærker og elsker i dag at have en krop og være i kroppen"(25).

"Jeg er kronisk syg, og blev tidligt bevidst om sammenhængen mellem krop og sjæl" (34).

“Jeg ville gerne mærke min krop, og forstå dens signaler. Få mere nydelse, og forstå, hvorfor jeg havde og hvordan jeg kunne undgå hjertebanken, svimmelhed, ondt i maven (som jeg har lidt meget af), rystede af angst osv”(22).

Stress & seksuelle konsekvenser

I kroppens komplekse samspil mellem hormoner og neurotransmittere sker forskydninger og forandringer. Forskellige hormoner og neurotransmittere har forskellige effekt på den seksuelle formåen, selvom samspillet mellem dem er uhyre komplekst, og et signalstof godt kan have både hæmmende og fremmende virkning. Både seksualitet og stress er biokemien i kroppens hardware. De influerer hinanden internt, og er begge i samspil med kroppens software; det psykiske og det sociale. Når kortisol niveauet er højt, fokuserer kroppen på at producere nok til den basale overlevelse. Kortisol og ”kønshormonerne” er steroid hormoner, der får næring fra kolesterol. Ved distress ses derfor ofte et fald i lyst, da den høje kortisol har negativ indflydelse på frigivelsen af GnRH fra hypothalamus (Graugaard, Hertoft og Møhl, 2016, s. 9–36; Graugaard og Giraldi, 2019a, s. 82–100)).

Hypofysen udskiller prolaktin, for primært at undertrykke reproduktionsevnen under stress, da det handler om overlevelse (Graugaard og Giraldi, 2019a, s. 82–100). Hormonel ubalance kan medføre angst og depression. Distress nedsætter dopamin, hvilket kan bl.a. medføre indlæringsproblemer, manglende handlekraft, lyst samt øger risiko for depression og inaktivitet (Talbot, 2007).

Den forstyrrede serotonin balance og stofskifte gør det sværere at slappe af, samt at aktivere parasympaticus og en af de hyppigste senfølger er depression samt, at det seksuelle og intime liv besværliggøres. Videre påvirker et lavt serotonin niveau produktionen af melatonin, der bl.a. virker genopbyggende og reparerende under søvnen, og er dermed afstressende. God søvn fylder bl.a. depoterne af serotonin og dopamin op; de er anti-stress og - søvn virkende. Søvnkvaliteten påvirker humør, lyst mm; samt hjælper på helbredelsen af senfølgerne

(*Depression, stress og hjernefunktion*, uden år; Bruhn, 2002; Westheimer og Lopater, 2005; Talbot, 2007; Larsen, 2009; Christiansen, 2018; Graugaard og Giraldi, 2019a, s. 82–100).

Lysten til at have en rolig parasympatiske adfærd er lav, når der er høj kortisol produktion, for den høje kortisol påvirker og giver også en uregelmæssig Heart Rate Variability (HRV), som fastholder ubalancen i ANS. Dette påvirker psyken og (ind)direkte det sociale. For når der er forstyrrelse i ANS, er der distress (forhøjet kortisol niveau); som sender forstyrrelse, negativitet og stress ud i krop og rum, da den er inkohærens. Altså det sympatiske nervesystem er alarmeret og klar til at reagerer hurtigt. Kroppen er i beredskab; anspændt og klar til kamp/flugt (sjældent "frosset fast"). Kroppen kan nu tolke den tiltænkte kærlige berøring fra partneren; som truende, grænseoverskridende, irriterende eller ligegyldig (Tugade, Shiota og Kirby, 2016; Childre *m.fl.*, 2017; Ong *m.fl.*, 2020).

Det Interoceptive Menneske

Interoception handler om, hvordan vi som mennesker opfatter følelser, sansninger og fornemmelser fra vores kroppe, der relaterer til vores tilstand af velvære, vores energi og stressniveauer, vores humør og dispositioner. Hvordan har vi disse følelser? Nyligt funktionelt arbejde har beskrevet et afferent neuralt system hos primater og hos mennesker, der repræsenterer alle aspekter af den fysiske krops fysiologiske tilstand. Dette system udgør en repræsentation af "det materielle mig" og kan muligvis danne et fundament for subjektive følelser, og selvbevidsthed.

"Vores subjektive følelser er baseret på integrerende repræsentationer af de interoceptive følelser fra vores kroppe, og processen med homeostase - processen, der opretholder vitaliteten i vores kroppe der giver os følelsen af at være i live". "Homeostatisk sans er den igangværende proces med autonom homeostase i den levende krop, som vi føler og er kropsliggjort i Insular cortex"(Craig, 2020, s. 657 og 662).

Kohærens er det, der får os til at blive levende, med energi og overskud (Kotler, 2014). For at forstå, hvad kohærens er- så er den polyvagale teori en interessant styrkende tilgang. Den Polyvagale teori foreslår, at der er to grene af vagusnerven relateret til forskellige adfærdsmæssige strategier, den ene er relateret til sociale interaktioner i sikre miljøer, og den anden er relateret til adaptive reaktioner på livstrusler (Porges, 2016, 2020; Schroeter, 2016).

Vagus nerven er den primære og længste komponent i det interoceptive system, der med væsentlige funktioner, regulerer alle de autonome funktioner i kroppen, fx puls, hjerteslag, vejrtrækning, fordøjelse og immunfunktion. Vagus nerven udgør 80% af det parasympatiske nervesystem, og bringer afferent besked fra viscerale organer, fascie og hud op til vores hjerne. 80 % af vagus nervens fibre er direkte forbundet til interoceptive sensorer i kroppen, og den sender 8-10 gange flere beskeder fra krop til forskellige centre i hjernen end omvendt, hvilket udgør det man kalder interoceptiv. Første reaktion, når stress kommer, er, at vagus nerven lukker parasympatisk ned, og resultatet er, at hjerterytmen der var på en lav variability, stiger prompte, og den sympatiske del lader den forblive øget, så længe kortisol systemet er aktiveret. Resultatet over lang sigt er, at alle nervus vagus jobfunktioner udføres på laveste niveau. Det betyder, at kroppens systemer ikke er i kontrolleret nok for at opretholde *raskheden* og sundheden. Det er vigtig viden for de mennesker, som har haft traume, for deres system kan ikke holde dem sunde, når homeostasen er forskudt, og nervus vagus sikrer overlevelse modus i stedet for sundhed. Da systemerne ikke er fysiologisk reguleret mhp at forebygge, oplever de traumatisk stress ramte konstant at blive syge, fx forkølelse, svamp og halsbetændelse. Den som har oplevet traumer har ofte fordøjelse/mave-tarm problemer, da vagus nerven ej heller har fokus på funktionen her; men på overlevelses modus (Felitti *m.fl.*, 1998; Reilly, 1999; Van der Kolk, 2005; D'Andrea *m.fl.*, 2011; Porges, 2011, s. 76–77, 81–82; Sherin og Nemeroff, 2011; De Bellis og Zisk, 2014; Elbers *m.fl.*, 2017, 2018; Oh *m.fl.*, 2018; Kim *m.fl.*, 2019).

Traumerne sidder som fastfrosset energi i nervesystemet og ikke i historien, derfor kan man ikke bare lægge det bag sig og komme videre så længe traumerne er ubearbejdede. Det er en langvarig proces, da følelserne fra traumerne skal rykkes fra den implicitte til den eksplicitte del, og den integrering kan ikke skabes af medicinering (*Det sætter sine spor*, uden år).

2.6 Gældende retningslinjer og behandlingstilbud.

Senfølger efter SO er komplekst og kommer, til udtryk individuelt. Det kræver bevidsthed, viden og erkendelse at kende årsagssammenhæng mellem SO og

senfølger, og dette kan tage mange år, og i den afklarende periode vil kvinden ofte være tilknyttet forskellige tilbud.

I det følgende gennemgås eksisterende og gældende behandlingstilbud for kvinder med senfølger efter SO.

Center for seksuelt misbrugte (CSM) er specialiserede enheder, fordelt i 3 centre, samt flere frivillighedscentre. CSM har fokus på senfølger efter seksuelle overgreb. Alle over 18 år kan henvende sig til gratis behandling og rådgivning. Der er udredning og inklusions kriterier, samt ventetid på 1/2 - 3 år på individuel behandling. Tilbuddet omfatter psykologbehandling, gruppeterapi, social faglig rådgivning og social støttende indsatser, samt tilbud ved frivillige og selvhjælpsgrupper (*Center for Seksuelt Misbrugte*, 2018).

Center for seksuelle overgreb (CSO) modtager henvendelse fra voksne, og kræver ingen henvisning. Alle tages seriøst. Der tilbydes 5-8 samtaler. Henvendelser om senfølger efter SO viderehenvises til CSM. CSO har udarbejdet en rapport om behandling af senfølger fra dec 2020 (*Center for seksuelle overgreb - Rigshospitalet*, uden år, *Center for Seksuelle Overgreb*, uden år; Andersen, København, December 2020).

Psykiatriske - ambulante tilbud, udbydes og organiseres af den enkelte Region, og det er forskelligt, hvordan de vælger at varetage behandling af kvinder med senfølger efter SO fx. under diagnoser som PTSD, personlighedsforstyrrelser eller traume diagnoser. Der ligger ikke noget formaliseret samarbejde med CSM, Kvisten eller andre NGO'er.

Sundhedsstyrelsen har lavet Pakkeforløb, der beskriver behandlingen af psykisk sygdom på tværs af landets sygehuse, "Formålet med pakkeforløb i psykiatrien er, at tilbyde ensartede behandlingsforløb af høj kvalitet til patienter med samme psykiske sygdom og behandlingsbehov" (*Pakkeforløb Psykiatrien*, uden år; Regioner, 2017). Behandlingen af psykisk sygdom er sammensat af forskellige tiltag som f.eks. medicin, samtaleterapi og psykoedukation i sygdommen, kognitiv og social træning.

Enkelte steder er der tilbud om mindfulness og afspænding, som ofte blandet med andre diagnosegrupper, og derfor ikke specifikt til gruppen med senfølger.

Tabel 4.: Eksempler på relevante pakkeforløb for voksne med senfølger

Pakkeforløb	Behandling		Tidsforbrug i alt
	Individuelt	Gruppebaseret	
PTSD	20 sessioner af 45 minutter	40 sessioner af 90 minutter med 8 deltagere og 2 behandlere	29 timer
Angst	7 timer i alt individuelt eller fx 14 sessioner af 2 timer i gruppe på 8 med 2 behandlere		15 timer
Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse	Individuelle forløb eller gruppeforløb – 52 timer		59 timer
Evasiv personlighedsforstyrrelse	11 timer, inklusive pårørendesamtale	14 timer	34 timer
Periodisk depression	Individuelt eller i gruppe efter behov. Fx 6 timer individuelt eller 12 sessioner af 2 timer i gruppe på 8		18 timer

Kilde: Danske Regioners beskrivelse af pakkeforløb – voksenpsykiatri (2017)

Note: Pakkeforløbene monitoreres via 1) Nationale mål for sundhedsvæsenet udarbejdet af Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og KL, 2) LUP: Landsdækkende undersøgelser af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien og 3) RKKP: Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Til trods for at der ikke eksisterer en hoveddiagnose for senfølger efter seksuelle overgreb, findes der i WHO's ICD-10-register en liste over diagnoser, der klassificerer sociale problemer, såkaldte z-diagnoser. To af disse refererer til overgreb i barndommen som årsag til sociale problemer:

- Z61.4: Problem på grund af påstået seksuelt overgreb fra nær person i barndommen
- Z61.5: Problem på grund af påstået seksuelt overgreb fra fjern person i barndommen

“Disse z-diagnoser kan anvendes i psykiatrien til at klassificere, at patienternes problemer kan relatere sig til seksuelle overgreb i barndommen. På trods af at regionerne i Danmark via EPJ-systemerne har adgang til z-diagnosen, anvendes den de fleste steder ikke systematisk til klassifikation af voksne med senfølger efter seksuelle overgreb”.

(Videnscenter for Psykotraumatologi, 2019, s. 21)...

Det kommende Diagnosesystem ICD- 11, som løbende bliver implementeret frem til 2022, opererer man med diagnosen *kompleks PTSD*. Her forsøger man netop at medinddrage det manglende selvværd, skyld og skam fornemmelser og de relationelle tilknytnings- kompleksitet i helhedsbilledet, som ofte også plager en senfølgeramt, udover PTSD symptomerne, da et seksuelt traume aldrig opleves løst, men i relationen til andre (Almind Jansen og Lau, 2019, s. 964).

SPOR skriver dette citat på deres hjemmeside:

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

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

(Senfølger af seksuelle overgreb, uden år).

Komplekse traumer repræsenteres ved stressfaktorer der ofte opstår efter gentagne gange, som seksuelt eller voldeligt overgreb, eller følelsesmæssig eller fysisk forsømmelse, ofte tidligt i barndommen og i forbindelse med familien. Diagnosen vil derfor formentligt dække mere omfattende i sin kompleksitet end den nuværende PTSD diagnose hos mange senfølgeramte efter SO.

Diagnosen lægger op til, at den er symptombaseret snarere end, at traumet skal have en bestemt karakter (Walker, 2013; Jürgensen, 2020).

Overordnet er risikoen for at udvikle en psykisk sygdom næsten firdoblet, hvis man sammenligner seksuelt krænkede med baggrundsbefolkningen (Almind Jansen og Lau, 2019, s. 964).

Psykoteraeutisk Center Stolpegård er en afdeling under Region Hovedstadens psykiatriske tilbud. Stolpegården har i samarbejde med et andet psykiatrisk center “Nannasgade” oprettet et særligt særskilt forløb til gruppen af Seksuelt Overgreb i barndommen (SOB), hvilket ifølge afsnitsleder Nikolai Cerisier Roitmann skaber gensidig forståelse af skyld og skam, samt skaber et trygt rum at åbne op i. Forløbet er 2 pakkeforløb, på et års varighed og SOB gruppen modtager 40 gange i gruppe, og 10 individuelle samtaler. Der arbejdes ud fra en krops- og oplevelsesorienteret behandlingsform der hedder traumefokuseret schematerapi (TF-ST), som ud fra samtale med Nikolai Cerisier Roitmann er vurderet som et godt bud på en ny metode til at behandle patienter med SOB- problematikker.

Der er forskellige tilbud hos psykiatere, psykologer og terapeuter. Det er for egen regning, medmindre der er lægehenvielse til autoriseret behandler (jf. sygesikringsordningen). Det er muligt at søge legater til at finansiere sin terapi. NGO'er, bla. landsforeningen SPOR som tilbyder fællesskab for ligesindede. Er hjælpsomme ift. eksisterende tilbud for senfølgeramte, har stort netværk og vidensdeling såsom foredrag. Udbreder kendskabet ift. senfølger ved bla. synlighedsdag og deler foldere ud relevante steder (*Brugerforening for senfølgeramte ~ Landsforeningen Spor*, 2019).

Kvisten tilbyder individuel terapi og gruppeterapi i næsten hele landet. Tilbuddet gælder både mænd og kvinder over 18 år. Grupperne er kønsopdelt, og følger en særlig gruppet metode, udviklet til voksne med senfølger efter seksuelle overgreb (*Kvisten*, uden år).

Der findes også andre behandlings-, støtte- og rådgivningstilbud fra frivillige foreninger og organisationer, bl.a. Grevinde Danner, mødrehjælpen mm. Det kræver research at finde dem, og der er ikke senfølge akuttilbud, så der må påregnes ventetid. De er også af forskellig karakter og validitet.

Socialstyrelsens rapport fra 2019; "Analyse af senfølgeområdet": konkluderer ud fra kohortestudiet "treatment of Danish survivors of child sexual abuse", at behandling på de primære regionale CSM centre gennem 12 måneder er effektiv, da PTSD symptomer samt andre psykologiske følgevirkninger bedres betydeligt fra 78-40%. De rejser 4 hovedtemaer som kræver særlig opmærksomhed i denne type behandling, nemlig fokus på en afvisende tilknytningsstil, emotionel coping strategier, uddannelse samt behovet for social støtte. Disse faktorer var gældende ved halvdelen af de, som efter 12 måneder fortsat havde PTSD - symptomer (Elklit, 2015; Videnscenter for Psykotraumatologi, 2019, s. 6-13).

2.7. Hypotesegenererende eksplorativ undersøgelse

Vi er nysgerrige på, hvilken behandling kvinder med seksuelle traumer og senfølger bliver tilbudt i det danske behandlingssystem, både i det konventionelle og det mere

kropsorienterede, samt hvilken betydning behandlingerne har haft i forhold til deres seksualitet, krop, traume og senfølger. Ved at kigge på de konventionelle og på de kropsorienterede arbejdsmetoder, de forskellige videnskabelige ståsteder og baggrunde, kan vi, som kliniske sexologer få en forståelse for og viden om, hvordan vi bedst muligt i arbejdet, som sexologer kan hjælpe disse kvinder både på det biologiske det psykologiske og sociale plan.

Dette gør vi ved at lave en Hypotesegenererende eksplorativ spørgeskemaundersøgelse (HEU) til kvinder, der har senfølger efter SO. HEU'en spørger ind til deres oplevelse af både konventionelle og kropsorienterede behandlingsmetoder og deres oplevelse igennem deres behandlingsforløb. Se bilag 1 + 2 + 3.

Inklusionskriteriet, er, at kvinderne både har været i konventionel behandling (læge, psykolog, psykiater, CSO, sexologisk klinik, center for voldtægtsofre, eller fx. CSM). og en mere kropsorienteret behandlingstilgang (fx. psykofysiologisk, SE) for at bearbejde erindringer og senfølger.

HEU'en er delt i følgende lukkede online grupper: gruppe med 900 senfølger ramte efter SO, gruppen i SPOR for fagpersoner, PTSD for kvinder, institut for seksuelle overgreb og netværk af sexologer, gruppe for psykoterapeuter, SPOR's hjemmeside samt på kvistens hjemmeside. Responderings tid er 9 dage. Der er svar fra 45 kvinder, som alle minus 1 opfylder kriterierne.

HEU viser; at 73,3 % har været i behandling hos psykolog, 57,7 % i behandling hos psykiater, og ca 26,7 % har været i behandling på CSM.

HEU viser; at ca. 50 % selv har taget ansvar for, og opsøgt egen behandling, og ikke er blevet "fanget" med deres uspecifikke symptomer på senfølger.

Procenterne viser; at 66,7 % har brugt andre tilbud og fundet behandling af anden vej. En kvinde udtaler:

"Jeg fandt det selv- hverken læge eller kommune vidste, hvordan situationen skulle tackles (14)".

En anden kvinde udtaler: “Jeg er på intet tidspunkt fået hjælp af det offentlige – først da jeg selv tager kontakt til CSM i en alder af 37, kommer jeg på venteliste til behandling. Ellers er det kun mig selv der har opsøgt og betalt div. Behandlinger” (20).

En tredje kvinde udtaler : “Anede selv at der var noget galt med mig og begyndte på selvudvikling da jeg 43 år”(29).

HEU viser at 65 % af respondenterne har valgt at supplere med bottom- up behandlinger og mange har selv betalt for deres kropsorienterede behandling.

I spørgsmålet til hvorfor kvinderne valgte supplerende behandlinger, følger enkelte uddrag:

“...Kropsterapien følte jeg mig meget tiltrukket af fordi min krop begyndte at ryste voldsomt, da jeg fik de første erindringer om SO for Ca. 19 år siden. Når min krop rystede fik jeg erindringsglimt fra de seksuelle overgreb...”(30).

“For at lære mine senfølger at kende, så jeg kan identificere dem og føle mig levende i hverdagen”(14).

“Pga. den (kropsterapi) har jeg efterfølgende væsentligt bedre kunne få kontakt med min krop og mine følelser, og har derved bedre kunne få gavn af den samtaleterapi, jeg sideløbende også fik”(18).

“Har taget imod alt hvad det offentlige kunne tilbyde, desværre har det været mangelfuldt = ingen viden om traumer. Kun symptombehandling...”(23).

Til spørgsmålet: Hvordan blev du klar over, at du har været udsat for overgreb? - og var der noget særligt, der udløste det?

“Min læge fortalte mig at det var årsagen til mine somatiske sygdomme og mit besvær i hverdagen, jeg troede faktisk at jeg havde lagt det bag mig, men det havde jeg ikke”(8).

“Flashback som 24-årig, efter første gang jeg frivilligt indgik i en seksuel relation”(39).

“Jeg begyndte at huske glimt under indlæggelse for anoreksi, efter års fortrængning. Både det og at begynde at spise igen udløste det”(46).

Respondenternes svar på spørgsmål om oplevelse af det konventionelle behandlingsforløb, viser at 62 % har oplevet det, dårligt, mangelfuldt, firkantet og ressourcefattigt. Hvis man i denne kategori tager dem med, som har blandede, direkte ubrugelige og forværende oplevelser er tallet på 77,7% som er lig med 35 besvarelser ud af vores 45 respondenter. Det gode er, at 7 respondenter, lig 15,5%, er tilfredse med CSM og stolpegården, samt 3 har oplevet gode private tilbud.

Her er et par citater fra svarene:

“Overvejende Positivt i forhold til den behandling jeg har fået. Dog er alle forløb afsluttet langt før jeg var i mål uden hjælp til at komme videre, både rent praktisk og økonomisk. Kropsterapien der virkeligt har været god har været meget begrænset...”(5).

“...De har alle været meget fair og ordentlige, og sagt meget tidligt, at de ikke er kompetente til at behandle traumerne, men kan støtte op med medicin...”(12).

“Af helvede til. Følte mig hverken lyttet til eller set som et helt menneske med fejldiagnoser og fejlbehandling til følge, som gjorde mig endnu mere syg”(16).

“...Ved psykolog forverbalt at få bearbejdet overgrebene og få hjælp til at finde rundt i de svære følelser, tanker og symptomer (eks. flashbacks, panikanfald, dissociation) der følger med at have været udsat for overgrebene”(15).

“Har taget imod alt hvad det offentlige kunne tilbyde, desværre har det været mangelfuldt = ingen viden om traumer. Kun symptombehandling... Psykomotorisk terapi har gjort mere for mig end 3600 timers kognitiv terapi”(23).

“Indsigtsbetonet psykoterapi er vigtigt, inkl psykoedukation, men det løser ikke de kropslige problemstillinger”(17).

“Jeg har oplevet det som firkantet og ressourcefattigt. Da vi først var på Center for seksuelle overgreb på Rigshospitalet, fik vi at vide at der var over et halvt års ventetid på behandling og gruppeterapi. Derudover har min oplevelse været, at der i de konventionelle tilbud samt hos de fleste psykologer ikke har været tilstrækkeligt fokus på det kropslige. I øvrigt var jeg på et tidspunkt til en visitationssamtale i psykiatrien, da mine økonomiske midler begyndte at slippe op. Her oplevede jeg at jeg meget hurtigt blev stigmatiseret og

kategoriseret ud fra et, for mig, alt for sygdomsfikseret udgangspunkt. Jeg valgte derfor behandling i psykiatrien fra”(7).

“De fleste forløb har hjulpet andre gjort det værre”(9).

“Samtaleterapi alene oplever jeg ikke kan forandre mine symptomer - blot lindre og give en forståelsesramme. Hvilket også har gavnet mig. Blot ikke forandret de dybereliggende mønstre” (30).

“Den konventionelle behandling har været god ift. min forståelse af PTSD og indsigten i mine reaktioner/modreaktioner på verden, den har hjulpet mig til at kunne regulere i min hverdag, men den har ikke hjulpet mig ud af mit kropslige fængsel”(17).

I Respondenternes svar til, hvilken effekt de kropssorienterede behandlingen har haft på deres symptomer og seksualitet? svarer de bla:

“Ikke nogen - umiddelbart”(14).

“ALT- afgørende forskel i forhold til at kunne leve i min krop”(17).

“En meget stor effekt. Det som virkelig har mindsket sensfølger”(25).

“kropsterapeuten har både afhjulpet mine muskelspændinger- og smerter og jeg er blevet bedre til at mærke min krop, som følge af at have “lukket af” for den efter gentagne overgreb i barndommen. Samt at jeg er blevet bedre til at være i de svære følelser der opstår ved fysisk berøring”(15).

“Den seneste behandling jeg har fået, har været vaginalterapi hos en jordemoder. Jeg har ikke været klar før nu (7 år efter), men det har været en kæmpe forløsning at få arbejdet med spændinger i underlivet.”(7).

“Kropsterapien øgede mit fokus på min krop, det gjorde at jeg fik udløst nogle spændinger, samt at jeg fik fokus på hvornår jeg spændte op... Dette samt tillidsøvelser gjorde at jeg fik åbnet stille og roligt op for min seksualitet, der var lukket meget ned”(8).

Ved spørgsmålet omkring hvordan respondenterne oplevede at den konventionelle behandling har påvirket forholdet til deres krop beskrives her med følgende citater:

“Overhovedet ikke, det var bare samtaler”(3).

“Kom ikke tættere på, at forstå hvorfor jeg reagerede som jeg gjorde og følte mig både dum og anderledes. Jeg fik ikke bedre kontakt til min krop og på intet tidspunkt forstod jeg at jeg havde senfølger af overgrebet”(33).

“... Min første indskydelse var at den i hvert fald ikke har påvirket mit forhold på en positiv måde. Nok nærmere glemt den, altså kroppen”(7).

“...jeg har grebet alle de muligheder, jeg kunne få, og i lang tid følte jeg slet ikke, at noget af det hjalp. I starten var det meget mere symptombehandling. Det tog meget lang tid at komme frem til, at mine symptomer kom pga. en meget dysfunktionel opvækst med bl.a. seksuelle overgreb”(28).

Ved spørgsmålet omkring hvordan respondenterne oplevede at den kropsorienterede behandling har påvirket deres forhold til deres krop beskrives her med følgende citater:

“Den har jo nærmest reddet mit liv oplever jeg...Jeg er også meget klar over hvem jeg er og det er jeg sikker på skyldes at kropsterapien gradvist har hjulpet mig hjem til min krop - og dermed mig” (30).

“Jeg fik endelig kontakt”(32)

“Det er det, der har rykket noget”(45).

“Jeg reagerede fra starten meget kropsligt og oplevede - og oplever stadig - at min krop huskede overgrebene. Det var derfor oplagt at søge kropsterapi” (30).

“Jeg har næsten lige fra starten af mit første terapiforløb været klar over, at før eller siden skulle kroppen inddrages i behandlingen. Der gik dog seks år, fra jeg fik hul igennem fortrængningerne, til jeg var klar til at starte et forløb hos en SE-terapeut”(37).

“En intuitiv viden om at kroppen kunne huske det hele (alt det jeg selv ikke rent kognitivt kunne komme i kontakt med/"huske")”(39).

“At traumerne sidder i kroppen og at konventionel terapi kun taler til hovedet og får mig til at føle mig helt vildt dum, når jeg sagtens kan se hvorfor jeg gør som jeg gør, men ikke ændre det, fordi problemerne i min krop ikke er blevet håndteret”(38).

“Gennem arbejdet med kroppen kom jeg i kontakt med følelsen sorg. Jeg lærte at græde og oplever at det er grunden til at mine mareridt er forsvundet. Senere kom jeg en lille smule i kontakt med vreden som jeg virkelig har det

svært med - jeg oplevede at det hjalp mig med at mærke barnet i mig selv og på en måde gav mig mulighed for at tilgive mig selv fordi det gik op for mig at jeg kun var et lille barn da overgrebene stod på”(43).

42 ud af 45 har svaret på dette spørgsmål. Ved datagennemgang, kan vi se at respondent 42 i andre beskrivelser mærker bedring ved den kropssorienterede tilgang men ikke har ord endnu for hvad der sker. Respondent 13 beskriver også andetsteds at hun har haft god gavn af kropssorienteret terapi. Respondent 10 har endnu ikke haft mod til at starte, men har ikke oplevet den konventionelle kognitive terapi tilfredsstillende.

Respondent 10 er den kvinde der - på trods af vores inklusions kriterie om at have modtaget begge behandlinger ikke falder under vores kriterier.

Det betyder at, 100% af dem, som har modtaget en kropssorienteret behandlingstilgang har svaret at de har oplevet en positiv fremgang i deres udviklings-, erkendelse- og behandlingsforløb ved at få kroppen medinddraget i deres behandling af senfølger.

Vi er bevidste om, at en sådan spørgeskemaundersøgelse, kun kan være explorativ og kun vise tendenser og mønstre, og ikke er et nuanceret kvalitativt billede af SR kvinders situation og oplevelser. Derudover er der flere bias behæftet med denne metode. Bla. er HEUén kun delt i lukkede relevante fora, og kvinder, der vælger at besvare et sådant skema, må formodes, både at have en vis kapacitet af overskud, samt være præget af oplevelser, der kan være dårlige og gode.

3.0 Opsummering og introduktion til problemformulering

I det følgende diskuteres kort kvindernes oplevelse fra HEUén holdt oppe imod gældende tilbud til SR i det konventionelle system.

Interessen for de valgte problemstillinger kommer af vores viden om, at neurovidenskabelig traumeforskning viser, at traumer påvirker det ANS og kan fastholde kroppen i en uhensigtsmæssig posttraumatisk tilstand, som måske ikke kan bearbejdes gennem kognitiv samtale alene. Medicinsk og kognitiv behandling har en

gavnlig effekt, men har den også det på kropsligt forankrede erindringer i det procedurale hukommelse system? *Erindringer*, som f.eks. kan vise sig i forbindelse med muskulære spændinger eller *flashbacks*, der aktiveres ved triggers eller gamle indkodede signaler, som reaktiverer traumet?

Har de kropslige forankrede erindringer en form for helbredende virkning på kvindernes senfølger? og bruges den viden i den konventionelle behandling af kvinderne?

Ifølge HEUén oplever knap 78 % ikke tilfredsstillende behandling i det konventionelle behandlingssystem. 100% oplever derimod bedring, når kroppen medinddrages i den konventionelle behandling.

Til modsvar, viser analysen om CSM's behandlings effekt, at der er god effekt med den nuværende behandling, som viser, at brugernes PTSD falder fra 78% til 40% gennem et års behandling.

Enkelte nævner i HEUén, at de har haft positive behandlingsforløb på henholdsvis, CSM, Stolpegården og Nannasgade. Kvinderne i HEUén beretter, at tid, tillid, relation, tryghed og menneskelig kontakt, er væsentlige faktorer for et givende behandlingsforløb.

Ovenstående viser tendens til, at der er en mangel i behandlingssystemet tilbud, metoder og effekt og vi er nysgerrige på at undersøge dette yderligere.

Dette leder os frem til følgende problemformulering:

Forskningsspørgsmål

- Hvordan oplever kvinder med senfølger af seksuelle overgreb deres behandlingsforløb bio-psyko-socialt?

- Findes der behandlings tilgange til arbejdet med kvinder med senfølger efter seksuelle overgreb, som kunne være potentielt relevante at medinddrage i deres behandlingsforløb, samt i det kliniske sexologiske arbejde?

4.0 Problembearbejdning

4.1 Metode - og metodeovervejelser

Vi vælger at starte med en hypotesegenererende eksplorativt undersøgelse (HEU) som et pejlemærke - en rundspørge, som kan give viden og pege på tendenser og mønstre, som kan repræsenterer kvinder med senfølger efter SO. Dette for at udfordrer vores egne teser og give mere viden og baggrund. Dertil bruger vi denne viden, som fundament for udformning af vores interviewguide, så vi bruger viden fra segmentets oplevelser, erfaring og erindringer.

Der er lavet ind- og eksklusionskriterier. Se under 2.7 og bilag 1, 2 og 3.

Masterspecialet er overvejende baseret på den kvalitative og hermeneutiske tilgang. Dette er valgt, da interessen ligger i, hvordan kvinderne subjektivt oplever, fremtræder, gør og siger om deres senfølger af SO. Dertil er vi optaget af at beskrive, fortolke, forstå og dekonstruere de menneskelige erfarings kvaliteter, da vi søger at forstå disse kvinder og deres sociale processer; hvordan de tænker, føler, handler, lærer og udvikler sig ift. senfølger. Vi vælger dog også at holde det op mod det kvantitative, som viser et statistisk behov og giver os teoretisk empiri, som kan diskuteres med vores kvalitative resultater.

I kvalitativ metode valg vælger vi interview tilgangen. Valg af interviewform er semistrukturerede interview, da vi i interaktionen kommer gennem nogle planlagte og nedskrevne spørgsmål, men samtidig har friheden til spørge til interviewpersonens svar og lytte til deres ord, dette for at få indblik i informanternes livsverden og rige beskrivelser. Målet er 3-5 informanter. Rekruttering til interviewet finder vi ved at vedlægge vores mail i vores HEU, så deltagernes selv kontakter os ved

interesse. Vi vælger metoden strategisk transskription, ved at skrive illustrative og tematiske processer efter at have hørt de bandede interview igennem gange flere. Der vælges at parafraser og supplerer med væsentlige citater i opgaven. Denne proces gøres ved 2 personer for at skabe mest pålidelige og loyale resultater og validitet for informanterne. Eksempelvis har vi begge lavet strategisk transskription af samme stykke data, for at bedst muligt at bibeholde subjektets konsistens og gennemsigtighed i processen (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 318).

Strukturen ved det semistrukturerede interview karakteriseres ved en interviewguide, der vejleder i forhold til spørgsmål og emner. Den muliggør i sin struktur mulighed for at gå fordomsfrit med informanten for at få indsigt i nye perspektiver, der fremkommer i det interpersonelle samspil. Interviewguiden er udarbejdet som åben ramme for interviewet i henhold til fænomenologiske og kvalitative metode, se bilag 4.

Formålet med interviewet er at frembringe en detaljeret og intensiv analyse af en forholdsvis begrænset mængde personers oplevelser af bestemte begivenheder og situationer (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 177; Tanggaard og Brinkmann, 2015, s. 13–24, 29–53).

Ingen interview er neutrale. Ved at være to øges muligheden for at vi under interviewet kan forbliver fordomsfri og undgår mønstergenkendelse. Vi er i vores tilgang i interviewet bevidste om rammesætning samt italesættelse af denne over for informanterne, bl.a. at interviewet optages på mp3 samt video. Da vi ved, det er sårbare emner, vi skal tale om, er vi særlig opmærksomme på at møde dem fordomsfrit, åbent og ligeværdig i øjenhøjde, samt skabe en tryk og tillidsvækkende ramme for interviewet, hvor informanterne føler sig mødt, som det hele menneske de er. Derfor vælger vi at lade kvinderne selv beslutte, hvor de foretrækker at interviewet foregår. 3 ønsker derfor, at vi kommer til dem i deres hjem, og en ønsker at møde os på neutral grund. For at imødekomme dette kører vi fra Lolland til Hadsund. Dertil er der i GDPR og samtykkeerklæringen fokus på at beskytte informanternes data og behandle dem efter gældende retningslinjer, se bilag 5 og 6. Der har været en fænomenologisk tillidsskabende korrespondance inden, som er foregået på en end- to-end krypteret forbindelse, hvor der også er informeret om

interviewets form og fremgangsmåde, tidsrammen, respekt, tavshedspligt, fortrolighed og efterfølgende er der fulgt op på informanterne, for at sikre deres ve og vel. Selve interviewet foregår med en bevidsthed om at fastholde så neutral teknik som muligt, da vi ved at samspillet påvirkes i de menneskelige relationer og interaktioner (Brinkmann og Tanggaard, 2015, s. 13–24; Tanggaard og Brinkmann, 2015, s. 29–53).

4.2 Fænomenologisk tilgang

Fænomenologien er både en filosofisk skole og en videnskabelig metode og tænkemåde, der er grundlagt af Edmund Husserl (1859-1938). Fokus er på oplevelsen af, hvordan den levede verden fremtræder for den enkeltes bevidsthed og erkendelse. Det videnskabsteoretiske fundament i masterspecialet bygger derfor på den fænomenologiske undersøgelsesmetodik, hvor vi netop er optagede af at undersøge oplevelse af SO samt behandlingen af senfølger af denne. Desuden er den fænomenologiske tilgang valgt, fordi den har en implicit og respektfuld tilgang til undersøgte fænomens kompleksitet, hvilket kan tilvejebringe rige beskrivelser af disse fænomener. Det fortolkende fænomenologiske perspektiv er gennemgående og afspejles særligt i analysemetoden Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Jacobsen, Tanggaard og Brinkmann, 2015, s. 237).

Uanset hvilken specifik fænomenologisk tilgang, der bruges, er interessen at opnå indsigt i, hvordan verden fremtræder i bevidstheden for mennesket, altså en interesse for det, der viser sig for det enkelte menneske.

I den strategiske transskribering reduktion er epoché en central proces, da det i denne forsøges at gøre forforståelse og fordomme bevidste samt gøre os fri af disse i arbejdet. Dette gøres for at sikre en loyalitet og åbenhed overfor de beskrevne oplevelser; igen for at fænomenet står så klart som muligt i sin egen ret (Jacobsen, Tanggaard og Brinkmann, 2015, s. 220).

4.3 Sexologens medinddragende sundhedsfremmende samtale

Ved at gøre brug af den medinddragende og teamwork baserede samtalemethode

ExPlossit- modellen, som bygger på Annons oprindelige PLISSiT vil det hjælpe klienten, til at blive medinddraget, samt være med til at opbygge ressourcer, da de vil føle sig set og hørt, hvilket hjælper til refleksion og mentalisering og tillid kan dermed nemmere opbygges i behandlingen (Møhl, Graugaard og Giraldi, 2019, s. 692–696).

I relation til at opbygge ressourcer er det ligeledes væsentligt, at man i samtalen også fokuserer på menneskets muligheder og styrker, så senfølger og sygdom ikke tager al plads for samtalen. Sociologen Aaron Antonovskys salutogenese bygger på viden om, at et menneske med *Sense of coherence* (SOC), har større grad af modstandskraft og ressourcefulde handlemuligheder til at imødekomme traumer og stress. SOC beskrives, som begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Medinddrages SOC i behandlingen kan det hjælpe klienten til at opleve dele af sig selv, som en *raskhedsfaktor* i det ellers SR menneske, hvor senfølgerne ellers kan tage alt fokus. Et eksempel på dette kan være at erkende mestringssevner, kroppens iboende ressource, som en sund reaktion på et usundt miljø. Samt at senfølger grundlæggende betyder, at nervesystemet har været under pres så længe, at det er en fastlåst ubalance. Dette perspektiv kan hjælpe med at fjerne skyld og skam samt nå helbredelsen (Fouchard, 2019, s. 665–666; Graugaard, Giraldi og Møhl, 2019, s. 58–59).

Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)

IPA er en analysemetode, der er fænomenologisk og hermeneutisk forankret, hvor empirien i analysen behandles deskriptiv og fortolkende.

Analysemetoden muliggør fortolkning mhp. at skabe en dybere forståelse, samt potentiale for at sammenholde og identificere flere informanternes mønstre og tendenser i forhold til senfølger af SO og behandling. IPA vælges, da den er egnet til homogene grupper, da giver adgang til en detaljeret undersøgelse af oplysninger fra en specifik gruppe om et specifikt fænomen. IPA har været vejledende for vores tematiske analyse. Efter den strategiske transskribering er der 4 temaer, der står særligt klart: Barndoms overgreb, senfølger, seksualitet og behandling (Langdridge, 2007, s. 107–111).

4.4 Præsentation af interviewdata:

Indledning.

Vi får kontakt fra 10, der ønsker at deltage i dybdegående interview, og vi vælger de 4 efter først til mølle princippet, bl.a. for at undgå den bias, der kan ligge i at vælge dem ud fra deres skrevne ord og argumenter. Alle 4 ønsker fortsat at deltage efter vores korrespondance.

Informant 1

Barndom, overgreb & senfølger

Informant 1 (inf) fortæller, at hun har svært ved at huske barndommen, og at hun er et sårbart barn, et lukket barn; som vælger at passe sig selv, bl.a. ved introverte aktiviteter, som fx. læsning; (6.22) ”jeg læste meget...”

(5.30) ”Jeg havde meget langt hår... jeg brugte det til at skjule mig med”.

(8. 19) ”... jeg sagde til min mor, jeg har ondt i mavenhun sagde, er du sikker på at du har rigtig ondt i maven?-... Jeg kan huske, jeg tænkte har jeg rigtig ondt? ... hvordan kan man have forkert ondt i maven?”

Hun får fjernet blindtarmen, som intet fejler. Dette fortæller inf, at det er et råb om hjælp. Denne oplevelse beskriver hun, har givet hende en grundlæggende tvivl på sig selv og andre, særligt, fordi mor gentagne gange tvivler på hendes ord, sansninger og behov.

Hendes forældre har travlt med sig selv og eget liv.

(42.53) ”Det kan godt være min far var det af navn, men han havde aldrig været det af gavn”. (11.08) ”...de var så unge mine forældre ... vi blev passet meget ved farfar; som var overgriber...” (20.02) ”Jeg betragtede ikke min farfar, som pædofil...det handlede om magt, han var grænseløs... og jeg havde rigtig gode minder med ham, det var jo også det, der nogle gange var så svært”.

Det sværeste for inf er bl.a. i farvel- situationen, hvor hun skal tage afsked med sin farfar. Her prøver hun at undslippe ved at smutte ned af trapperne, men bliver kaldt

tilbage af forældre, for at sige ordentligt farvel. Og her tungekysser og nusser farfar, mens familien ser det, men ingen handler.

(24.24) "... min oldefar havde haft fingrene op i skeden på mig, der var jeg ret gammel... 10... så jeg forsøgte at løbe..."; altså farmors far. (25.36) "jeg tænkte; arrrr, hvad var det for en familie, hvad havde min farmor mon været udsat for... hun sad altid og læste..."

Hendes forældre bliver skilt, da hun er 12, og det giver et miljøskifte. Sammen med at hun klipper håret af, som nok har været hendes redning, som hun ser det i dag.

Informantens selvvalgte seksuelle debut er som 13 årig, og hun fortæller om, hvor promiskuøs hun var, og at hun blev punker.

Inf oplever forskellige triggere bl.a.: magtforhold, mælkeskæg, tandlæge og de kommer oftest til udtryk ved maveproblemer, træthed eller arbejde.

(45.14) "...det at være grænseløs i sexen, var ikke godt..." "...og jeg har sgu haft svært ved...(pause)...adrrr...at sige nej..."

(48.50) "...jeg har jo også haft spisevægring...anorexia...mærker ikke smerte..."
(53.02) "jeg har været vild og festlig i sengen og med på den værste, skal vi sige det sådan?...Det var mig der var den styrende .. hvad der foregik og hvornår..."
(siges med meget tryk på i stemmen)
På spørgsmålet: "Mærkede du kroppen samtidig?" svarer inf : "Nej, det har jeg da ikke gjort overhovedet".

(54.41) "Det er først efter jeg har fået kropsterapi, at jeg har kunnet slappe af..."

(36.30) "jeg var kontrolfreak, jeg havde brug for kontrol, det var jo det, som var så heldigt ved mig".

Hun græder ikke, hun bliver hård, har svært ved fysisk venskabelig kontakt og tilpasser sig vennerne. Indeni er hun bange for at fejle, og at hendes præstation ikke er god nok. Da hun hører sin tante sige: (1.50.00) "... du kan godt fjerne dine fingre fra mine patter..." til inf farfar, får inf, en oplevelse af, at hun også *på den måde* kan sige fra.

Farfar dør 3 uger inden inf bryllup med gammel barndomsven. På bryllupsnatten får inf chok og indlægges.

(55.26) "...jeg fik tarmslyng og var ved at dø ..for de kan ikke finde ud af, hvad det var...øhh...øhh...får depression...jeg kunne ikke huske det...men jeg var

gået fra hospitalet ...jeg var gået fuldstændig ud af mig selv...og sagde til min mand...vi var nødt til at blive skilt..fordi jeg følte, jeg var blevet sindssyg...“.

Manden er dog helt rolig og siger til hende, lad os starte med at få hjælp, måske psykolog. Inf ved, at det ikke må være en mand. Inf oplever, at hun ændrer personlighed pga. så rolig en partner- “en klippe”; som kan give hende noget af det hun har manglet.

Ønsker til behandling

De finder en tysk uddannet psykolog, hvor hun går on/off i 6-7 år.

Inf fortæller, at hendes forståelse af incest, ikke er det hun har været udsat for, så det handler også om, at; “stille det rigtige spørgsmål”, som den tyske psykolog formår: (56.13)”Er der nogensinde nogen, der har gjort noget ved dig, de ikke skulle gøre?”

Inf fortæller, at hun arbejder meget og, at hun ender med at blive sygemeldt med stress. Hun konsulterer sin egen læge og beder selv om en henvisning til Stolpegården.

Hun føler ikke, at hun kan sige nej til behandling fra psykiatrien - føler det, som tvang og oplever også meget angst. (3.13)”... var nødt til at have en diagnose for at få hjælp...”. Hun prøver 10 uger ved CSM før Stolpegården. (3.12.51) “CSM var dårlig”, “...det gjorde ondt på mig, at dette statsstøttede valgte 2/3 dele af os fra... fordi vi var for dårlige...” I ventetiden til CSM er inf i frivilligt gruppeforløb: (3.21.59)“Hver gang vi mødtes, startede vi med at messe os ind i rummet...alt gled af...” (“sanse afspænding”).

Gruppeterapi gør det værre. Til en af gruppe sessionerne siger en medpatient til inf, at hun er ængstelig - og hun bliver flyttet fra gruppe til individuel behandling. (3.22.12)“ jeg fik diagnosen ængstelig evasiv og fik et års behandling”. Her får hun en sygeplejerske, som rummer hende (3.24.19) “... vi ringede - jeg åbnede op...”(tillid og god kemi).

(3.16) “...efter at blive behandlet for min borderline i 4 år, så skulle jeg bearbejde mit seksuelle traume, som højst sandsynligt forårsagede min borderline...”

Inf fortæller om hendes oplevelse med det konventionelle system:

“Det var både skidt og godt. For det var faktisk på Stolpegården, at det gik op for psykologerne og terapeuterne, at vejen til min healing ikke gik gennem konventionel samtaleterapi. Men da jeg som supplement fik tilbudt kropsterapi, så skete der en positiv udvikling”.

I BBAT (Basic Body Awareness Therapy) føler hun, at hun bliver set med sine behov og ikke, som en diagnose eller en ængstelig introvert, som ikke skal i gruppe med udadreagerende borderline. Det stresser hende. Inf mærker kernen (1.09.37)”... ro og afslappethed. Det gav mig tyngde og en indre stang”.

Hun mener, at hendes tyske psykolog nok har lagt vejen og bl.a. givet indsigt om, at det er incest, og det har gjort kroppen åben for BBAT.

Den kropslige kontakt plus vejrtrækningsøvelser gør den største forskel for inf; den særlige gevinst er at blive bedre til svømning uden at træne, samt at hun kan svømme uden pauser og udfordringer, som var kendetegnet tidligere.

“Jeg kunne ubesværet trække vejret helt ned i ‘maven’. Og derudover kunne jeg også mærke andre forandringer. Vandet føltes ikke som tidligere, som noget hårdt og skarpt, men derimod som noget der var blødt og rart og som blidt omsluttede min krop. Og dét at kunne ligge nede i vandet og se solens stråler ramme havbunden eller måske få øje på en fladfisk, der forsøger at gemme sig, eller vende sig om og svømme rygsvømning og se op i himlen og skyerne samtidig og måske få øje på nogle måger eller ternere, der flyver forbi, det er simpelthen ren lykke. Alt den glæde og kropslig lykke fordi, at jeg fik hjælp til at blive kropslig grounded. Jeg føler mig så meget i live!”

Inf oplever, at hun har mistet sin seksualitet - efter hun kommer hjem til egen krop - men ikke alt - intimitet er stadig ok.

(1.13.26)”jeg er så vred over det... jeg er så rasende..jeg føler mig amputeret..jeg føler det som om jeg er blevet...eller som om nogen har frarøvet mig noget...jeg kan ikke finde lysten...jeg kan ikke finde min liderlighed...jeg kan ikke finde det jeg havde før..”.

(1.23.44)”Jeg har så mange spændinger rundt omkring”. Forskellen er, at hun mærker sig selv. Kæben låser, den sidder fast, og særligt under seksuel aktivitet”.

Hun har desuden (1.25.08)”... fået problemer med at gå til tandlægen...alt stritter på mig...” og hun nævner, at (1.25.42)“...forskellen er jo at jeg mærker mig selv, det gjorde jeg jo ikke før..”

Inf har meget smerte og mange depressioner, og hun oplever dette, som et livsvilkår, som hun gerne vil være foruden. Hun ønsker mere; men kompetent behandling og vil gerne have sin seksualitet igen eller rettere påny.

Ønsker til behandling:

Om sin læge siger hun:(2.08) “... lægen- tænk hvis egen læge havde haft en sexologisk uddannelse...”. Inf savner, at flere fagpersonener ved noget, og emnet ikke er dobbelt tabu.

(1.51) -”...jeg vil gerne selv vælge behandling..”.

“...I dag ved jeg, at jeg skulle have haft kropsterapi. For mit vedkommende, så sker der først noget når jeg får kontakt... Du kan ikke tale til et hoved der ikke har forbindelse til noget... Jeg havde kronisk angst... først da jeg ligger den der 10 tusind tons rygsæk... jeg ved ikke...om jeg kan nogensinde beskrive den oplevelse ordentligt- at pludselig opleve at svæve... jeg bliver helt rørt nu... (med gråd i stemmen) - at jeg nærmest svævede - jeg svævede bare. Det har været et helt liv... at have været angst - det har været så hårdt - uden at vide det - altid skulle tage sig sammen altid -altid være bange... og ikke vide at det var det. Fordi jeg troede, at det at være bange- det var ligesom Edvard Munchs “Skriget” og sådan, og jeg gik jo ikke og skreg”.

Inf mener, at der er fordom om sexologer, og at der samtidig er et “hul” i behandlingssystemet. Inf ønsker at møde en interesse, en dedikeret fagperson - da det kan mærkes i relationen, og er et godt fundament for at skabe tillid. Inf har altid kendt til overgrebene, men har ikke haft ord eller vidst, hvordan hun har skulle sige det for at få hjælp fra behandlere. De skal være åbne for, hvem det er de møder, da vi med senfølger er sårbare, og de skal være opmærksomme på forskellen på introvert vs ekstrovert - den tavse, den stille, går selv med det- vigtigt at kunne se, at det er sådan.(4.17.11)“En overall holistisk indgangsvinkel til personen ville i det hele taget gøre underværker”.

I parforholdet er vi nødt til at snakke om det - det er svært med en ny seksualitet. (2.29.32) "...det er som om min lugtesans er blevet mig frarøvet..." (1.18.52) "...når jeg har taget det op med nogen, så ardr... de lukker ned...jeg har ikke fået noget svar...". Her savner inf en sexolog af kvalitet - hun har aldrig mødt en eller hørt om en. Inf oplever seksuelle udfordringer, og at ingen taler om det.

(2.39.12) "Det gode er, at det er godt, at jeg ikke længere er 'grænseløs' i min seksualitet. Det dårlige er, at jeg i stedet har fået en eller anden slags berøringsangst overfor min egen seksualitet".

Hun er skrevet op til Kvisten, da hun ved, at hun kan gå der, så længe, som der er behov, derudover siger inf (1.46.38) "...vil gerne have mere, for de kan ikke tage sig af seksualiteten... og jeg vil have mere seksualitet i mit liv...".

Informant 2

Barndom, overgreb & senfølger

Inf er indlagt, som lille og bliver her fastholdt for at få behandling. (6.22) "... en kultur, som børn skal ses og ikke høres...min følelse er at være meget alene...husker kun fjerne forældre ...ingen kærlighed og tryghed...jeg kan ikke huske særlig meget fra min barndom". Inf oplever, at hun er ensom og skiftede ofte skole. Jeg følte ikke, at jeg hørte til nogen steder. Hun vælger fantasiverden og bøger. Slået af sin mor før hun er tre år, for så kan barnet ikke huske det. (38.0) "...så mine mors hårde øjne.." (8.42) "Min mormor var den eneste der gav mig kropslighed, tror, at det er derfor jeg har det godt i dag".

(16,32) "... der var ingen, der så det, for jeg smilede..." Hun smiler stadig meget. Det er utroligt, at der ikke er nogen, der opdager hende. Hun er stille, introvert og har ikke noget jeg. Til trods for godt intellekt, ved hun ikke, hvad hun vil, hun har ikke en egen mening.

Det første seksuelle overgreb er, da hun er ca. 13. Hun er taget på Bellahøj badet, for at sole sig. Her kommer overgriberen, en voksen mand og siger til hende, at hun skal have solcreme på. Hun kan ikke sige fra. Hun ved godt på en måde, at det er forkert.

Hun kan ikke sige fra. Opdraget til at sige ja; - kønsrolle for kvinder for datiden. Så han smør hende ind i solcreme...

(21.09)"... Han tog en hånd i skridtet på mig. Han ville jeg gik med ham hjem, jeg gemte mig i omklædningen, til badet lukkede... og jeg husker, at jeg følte en lyst og væmmelse på samme tid... Jeg følte mig forrådt af min krop...den oplevelse har fulgt mig meget... jeg har til op i 20'erne måtte onanere på denne oplevelse..."

Det falder hende ikke ind at sige noget til nogen, hvem skal hun sige det til? Hun lukker ned og går alene med det. Ingen grund til at sige noget til familien. Mønsteret er; vi taler ikke om det - og ved, at hvis jeg siger det, vil mor kritisere. Fx. (24.41)"... blev gravid, som 17 årig, fik en abort...og så snakkede vi ikke mere om det..."

(28.16)"... der er nogle mænd, der ser deres lejlighed til at kunne gøre noget ved kvinder, som ikke er så godt. De kan simpelthen lugte, at man er bange og, at man ikke siger fra, det kunne de ihvertfald med mig... jeg stivnede...jeg er blevet taget på i skridtet, i en fyldt bus..."

Mænd havde ret til at røre min krop, kendte ikke mine grænser.

(1.22.16) "... efter min første oplevelse der ude i Bellahøj centeret, der begyndte jeg at tage på... det er klart at de ekstra kilo har været et forsvar... en måde at beskytte mig selv på, ved at lægge flere lag på min krop".

(30.17)"... jeg tænkte rigtig meget på et tidspunkt, hvis livet er sådan, at man har det så ubehageligt, hvorfor skal man så overhovedet leve?" Hun fortæller, at hun nok har både angst og depression, men ikke diagnosticeret. Hun er bange for læger, hun er bange for at blive stemplet.

(31.19)"... jeg fik en kæreste, da jeg var 15, sød og meget kedelig...". Næste kæreste tænder en liderlighed og en seksuel lyst. (32.16)"... men også enormt ubehageligt... følte, at jeg mistede kontrollen...". Det er et meget turbulent forhold og bliver voldeligt. Han tager kvælertag på hende. (34.21)"... og på et tidspunkt smider han mig ind på sengen... voldtager mig... og kollaps...". Hun får det virkelig dårligt, og dissocierer fra sine egne følelser. Hun mærker i dag, at hjertet banker hurtigere, når hun fortæller om det. I fortællingen om hændelsen beskriver inf volden og

voldtægten, hvor hun ser sin krop udefra efter kvælertaget (00.18 Video)”den falder ned”.

(39.48)”Mine senfølger er, at jeg kan have meget svingende energi... den her psykiske smerte... den her uro... utilpashed... jeg hadede alt fra halsen og nedad..jeg ville helst bare gerne være et hoved... jeg syntes min krop og mit skridt var ulækkert, ikke fordi det lugtede, jeg syntes bare det var klamt, jeg havde virkeligt et negativt selvbillede i forhold til mig krop... trætheden... hele den her utryghed... i relationer... såsom ung, der drak jeg meget... også drak jeg virkelig meget, der var ligesom ikke noget limit...”.

(43.20) “... det var der jeg overvejer om jeg skal leve eller dø. Så havde jeg en aften, hvor jeg fik det rigtig rigtigt skidt, jeg kunne se nogle af de andre på kollegiet kunne godt finde ud af at ping ponge... jeg spiser bare de mange piller... jeg ville ikke dø der... jeg ville bare gerne have noget opmærksomhed...”.

På sygehuset er hun bange for at få en diagnose. Bagefter føler hun sig flov, og vil bare væk, for de ved det jo allesammen. Flytter ind til en pige, hun kender sporadisk og får miljøskifte, da pigen har medmenneskelighed.

(51.45) “Jeg ville gerne have hjælp, fordi jeg gik rundt og havde et ønske om.. og en lyst til at blive voldtaget... jeg håbede, at der var nogen der ville voldtage mig... altså jeg var virkelig bange for mine egne tanker... jeg var bange for at gå ud, for en del af mig ønskede selvfølgelig ikke at det skulle ske... jeg havde en periode, hvor jeg prostituerede mig selv, altså fordi jeg gerne ville fornøje mig selv, jeg ville gerne vise, hvor ussel jeg var... pengene var fuldstændige ligemeget... der var en stemme i mig der sagde: “der kan du bare se hvor ussel du er, der kan du bare se, hvor klam du er”.

(53.28)”Det var den måde jeg kunne finde ud af at have noget intim kontakt og jeg tror egentlig, at det var længslen efter intim kontakt, den eneste måde jeg kunne få det på, en negativ seksuel måde, for det var hvad der var sporet tilbage og lagret i mit nervesystem, det var den måde jeg kunne blive set på”.

Har haft oplevelser af, at mærke nogle triggere, der reaktiverer erindringer om det SO; den procedurale krop husker.

Behandling

Inf vælger at gå til læge, da hun ønsker at tale med en psykolog, da hun ved, at det hun har været udsat for, ikke er godt. Lægen kan kun henvise hende til en psykiater. Det er hun ikke glad for, men tænker, hvis det er det jeg kan få, så er det, det jeg kan få. Hos psykiater fortæller hun om overgreb og opvækst. Han slutter med:(49.22)”

jeg tror, ikke jeg kan hjælpe dig.” Men han vil gerne lige se hende engang til. Inf er pligtopfyldende, så hun kommer igen. Ved næste besøg siger han: at han har tænkt, at hun nok er grænsepsykotisk. (49.46)”... jeg blev rædselsslagen... jeg tænkte, hvordan kan jeg komme ud herfra...”. Hun var bange for at blive indlagt, og for at komme ind i det psykiatriske system. Kom hun først derind, så gik det virkelig galt for hende, følte hun. Hun ser psykiateren, som en hovedmand, der gerne ville putte hende i en kasse, i et system.

Inf søger, finder og starter i Saxogade Projektet, der er gratis og får en socialrådgiver, der er god til at få samtalen vendt ved at spørge, hvad det kunne være udtryk for, hun havde brug for.

En veninde og Saxogade Projekt sætter noget igang, der var mere konstruktivt og selvkærligt for hende. Hun er sikker på, at hun et sted i sig har kunne mærke, hvad sundt var.

Hun kan godt snøre andre, hun kan forhindre, at de kan se bag om smilet; udadtil virker hun enorm velfungerende og med gode ressourcer. Det er svært for terapeuter og psykologer at gennemskue. Den første, der gennemskuer det er en eksistentiel terapeut

(1.16.32)“... der spurgte mig, hvorfor smiler du så meget..., jeg elskede hende...fordi hun så bag masken..., men jeg har ikke været hos nogen der har haft traumeforståelse... senfølge forståelse... og det har jeg manglet... det er et underbelyst område..og der er stadig meget at lære og forstå”. (1.18.52)”...jeg vidste ikke der var noget der hed senfølger... det var først da jeg mødte landsforeningen SPOR... og det er kun 3 år siden...”.

Hos SPOR kan hun genkende mange af senfølgerne. Efter voldtægten kan hun kun finde ud af at have ubeskyttet, engangs forhold til mænd, og begynder de at vise følelsesmæssig interesse, så flygter hun. Hun fortæller, at hun havde sex med rigtig mange mænd (efterfulgt af dybt suk).

Hun fortæller, at det handlede om anerkendelse og bekræftelse, som menneske, og være attraktiv på en eller anden måde. Det gav hende en følelse af at være noget værd.

Inf fortæller om alle de terapiformer og psykologer hun har prøvet, men føler bare, at hun ikke fik det bedre med sig selv, hun begynder at forstå det mere på det mentale plan, men hun synes stadig ikke om sin krop, hun er stadig kun et hoved og får det ikke bedre af alle de her terapier. Derfor beslutter hun sig for at læse til afspændingspædagog, da man der arbejder både med psykologi og kroppen. Inf starter på uddannelsen, det er tre hårde år, hvor hun er i egenerapi. Her lærer hun at sanse kroppen, ved at lærerne hjælper hende med at finde ordene.

(1.00.17)” Gud jeg har sådan en fysisk krop, der ikke er en smerte krop... der ikke er en ulækker krop, men bare en krop. Og det lige pludselig at få en krop (befriende latter).... det var vildt, det var så vildt...”. (1.14.42)”..og det at arbejde med afspænding i min meget spændte krop, særligt i bækkenet og i psoas..., det vigtigste jeg lærte var at rumme mine følelser..”, (1.02.48)”...man føler sig tom, når man ikke sanser kroppen...”, (1.03.32)”Jeg sugede til mig som en svamp, jeg var så tørstig efter denne hjælp...vi arbejdede med den sansende, sunde, fysiske krop ikke med sensfølger...men der landede jeg i min krop...så det blev til jeg ER en krop, og ikke bare HAR en krop”.

Da hun siger fra, får hun nyt jeg. Føler i dag enorm tillid til sig selv og til andre, fordi hun kan vurdere situationen.

Hun har selv arbejdet med sin seksualitet i mange år, for der er ikke et sted at gå hen, hvor der er professionelle med rette viden. Hun vil ønske, at der havde været en sexolog at henvende sig til. (1.04.23)”...bare det at se på sit eget køn..”. Hun fortæller, at hun har valgt ufarlige kærester, der ikke har tændt og inspireret hende, og deraf er hendes seksualitet gået i stå. Og her oplever hun, at der stadig er noget hun skal lære, særligt med relationerne; egne tilknytningsmønstre. Hun arbejder målrettet med sin seksualitet. Der har været gode oplevelser i tantra miljøet, da det har været langsomt og blidt. Swinger miljøet er godt, fordi det er trygt miljø og gode seksuelle partner, folk bruger kondom, væk fra sit pleaser gen. (1.11.01)”... jeg skal stadig passe på mit pleaser gen uden for swinger miljøet... og sige fra...”(Hånden slås ned i bordet, mens dette udtrykkes).

(1.28.49)”... der er helt klart nogle aspekter jeg har til gode...oplever stadig, at der er blokeringer i den seksuelle energi, der gør, at jeg ikke får min fulde oplevelse... vil gerne arbejde med de blokeringer, der er her (lægger hånden på hjertet), der er stadig nogle uforløste følelser...”.

(1.31.36)”... hvis jeg oplever at kontakten misser... kan jeg stadig godt

dissociere i situationen...der er stadig klart nogle sårbarheder...” (1.32.09)”... særligt der, hvor jeg bliver en genstand...”.

Ønsker til behandling

Inf ønskelige behandlingsforløb, er at nogen har forklaret hende, at det er naturlige og helt sunde reaktioner på usunde hændelser, samt fortælle hende, hvordan nervesystemet fungerer. Hun vil gerne vide, at der er nogle naturlige skridt man skal gennemgå i helbredelsesprocessen, få lagt en plan med forståelser for processen, og med noget kropslighed, for at møde sin følelsesmæssige robusthed. Klarlægge ressourcer, styrke relationstræning, grænsesætning, som tilpasses den enkelte. Det hun har lært af det her, er, at der skal mange typer terapier til.

Når man har lavet mange voldsomme ting, så kommer man så langt ud, at man ikke selv kan styre sit nervesystem, så hun ønsker tidlig indsigt og indsats, så man kan blive normaliseret. Og mener, at det er vigtigt at kroppen ikke er et objekt, men at den bliver subjektet, så den indre relation kommer mere til udtryk.

Informant 3

Barndom, overgreb & senfølger

Inf.fortæller:

(10.24 lyd)“Mine forældre var meget unge... Min mor var 23, da hun fik nr.4... Min far drak rigtig meget alkohol, der var vold, og der var seksuelle overgreb-omsorgssvigt - massiv omsorgssvigt. En sådan rigtig- hård barndom.”

Hun fortæller, at hun reagerer hurtigt med bare at trække sig, som barn. Hendes oplevelse er, at hun er meget alene dengang, og det har hun også fået bekræftet flere gange senere.

(11.38 lyd)“Jeg har fået vores journal udleveret fra kommunen og kan læse hele vores familie-sag. Det er hård læsning... det gir mening... forstår nogle af de fornemmelser jeg ligesom har gået rundt med... der var mange underretninger... Så der har jo også været svigt fra systemet side - helt klart”.

Inf fortæller, at en pædagog siden beretter: at kommunen kommer forbi, da de er små. Inf mor smækker døren i og råber skrid. Pædagogen husker en fæl lugt af urin,- hvortil inf 3 udbryder. (22.47)“hvorfor fanden gjorde de ikke noget”... Jeg ved godt man siger, at det var en anden tid dengang... men det kan jeg jo ikke bruge til noget”.

Inf oplever, at det dysfunktionelle i familien, ligesom er fundamentet, og at overgrebene "bare" er en konsekvens.

Hun beretter, at det seksuelle overgreb starter, da hun er 5 år, og det er storebroderen, en ven til broderen og vennens 10 år ældre storebror. Med broderen starter det, som en leg, og helt op til voksenalder, har hun oplevet, at det er noget de er fælles om, noget de begge vil. Det bliver mere og mere - han kommer ind om natten, og om dagen skal de lege i skoven- "jeg anede ikke hvorfor", beskriver hun.

(25.10)Grunden til jeg ved, jeg ikke har været med i det, er fordi jeg kan mærke ubehaget ved det i dag,og det ikke var noget jeg glædede mig til" også fortsatte det bare og til sidst blev det faktisk sådan lidt- det er lidt sygt-sådan lidt et kæresteforhold.... og det fortsatte faktisk helt indtil jeg mødte min mand."

Overgrebene med en 10 år ældre dreng starter, da hun er 7-8 år indtil ca. 13 år. Han smigrer hende, og hun får en opmærksomhed, hun ikke plejer at få (siger hun med lidt lysere blød stemme)

(27.54)"I starten så vi bare børnefilm... så skulle vi sidde under samme tæppe, også begyndte han at røre ved mig, og så blev det til mere og mere, også skulle vi se de der pornofilm, også skulle vi gøre det samme, som i de der pornofilm.og til sidst så var... altså han har været ved at kvæle mig og alt muligt ...og det var ret voldsomt".

(31.11) "... selvom det var overgreb, så var det jo også en eller anden form for tryghed. -. han viste mig osse omsorg og gav mig kærlighed. ..han var faktisk meget omsorgsfuld... han kaldte mig jo hans lille dukke... han fortalte mig hele tiden hvor smuk og dejlig jeg var... og - jeg higede jo efter det der - jeg fik jo ingenting hjemme, på nogen måde - overhovedet. Så det var det jeg fik der".

Inf 3 fortæller, at det er svært at adskille senfølge virkningerne i dag fra hinanden, men at overgrebene fra ham den ældre er meget mere brutale, så hun tænker, at de fleste senfølger stammer derfra - i hver tilfælde i forhold til kroppen.

I forhold til relationen mellem krop og hoved, fortæller hun, at der har været helt lukket af, og det er det, der er det svære.

(32.13)" jeg lukkede jo bare af - gik ud af mig selv fuldstændig, jeg var jo der hvor jeg... frøs bare... jeg var bare slap også skete det bare... nogle gange så kunne jeg... ligefrem besvime jeg var helt væk... kollaps..."

Inf fortæller, at hun ikke har fortrængt det fuldstændigt, og mener at kunne huske 50%. Når hun var alene, så kunne hun mærke alt - også kom det til hende, men ligeså snart hun var sammen med nogen, så var hun tilbage i den der ydrestyrede tilpassede nedlukkede krop. Hun beretter om, at hun i flere år har haft bostøtte med til tandlægen. Hun har ikke kunne fortælle hvorfor, og hun reagerer ikke ved tandlægen, når bostøtten var der. Men når støtten var kørt, og hun var alene- så kom reaktionen.

Inf oplever sig dissocieret, ydrestyret og tilpasset i teenageårene, “ der var så meget ubehag i kroppen til fester og med drenge, at jeg trak mig.” Og hun beskriver, at hun har et panser omkring sig. I teenageårene begynder hun også at tage på. Hun går med aviser, tjener egne penge; også køber hun mad. (23.55)“jeg lagde sådan et lag på min krop i forhold til... beskyttelse- det er jeg slet ikke i tvivl om det handlede om”. Når veninderne fortalte om deres første gang (mødom), tænkte hun:”... at min første gang, det vil I ikke vide - for jeg var måske bare 7-8 år”. Men selvvalgt er det med hendes mand, og der er hun 17 år, og det er det hun deler med veninderne. “Det er først, som voksen jeg forstår, at det er mig, som trak mig. Jeg havde en fornemmelse af der ikke var nogen der gad mig.”

(40.22)“ Jeg hader min krop- rigtig meget. Jeg har ikke været forbundet til den overhovedet... Jeg har forsømt den rigtig meget. Når jeg tænker på mig selv inde i hovedet, så ser jeg ikke mig selv, som jeg ser ud. Jeg undgår spejle... og tænker - det er ikke mig det der. Så jeg har ikke været så god ved den. Jeg har også selvskadet iforhold til min tarm sygdom,(morbus crohn) operationer og alt sådan noget - det er også noget jeg har brugt aktivt, for det var det eneste sprog jeg havde på det tidspunkt. Så der har jeg jo også- nærmest ødelagt min krop i forhold til at jeg jo i dag er afhængig af væske og sådan nogle ting”.

Inf fortæller, at hun i somatikken har manipuleret og brugt sygdommen til at få opmærksomhed, og gjort nogle ting der har gjort sygdommen værre og forlænget indlæggelser fx., har hun skadet sig mere. Men også bare overvægten. Hun fortæller, at det i dag er skamfuldt, og at hun har dårlig samvittighed over at have udnyttet, fået ynke og medfølelse fra andre mennesker.

Inf siger; havde hun bare solgt sig selv, og brugt det, som selvskade, var det kun hende, der blev udnyttet. "Det skal jeg lige havde tilgivet mig selv helt for". Men nu forstår hun mere, hvorfor hun gjorde det.

Behandling

Ved kommunen og en psykolog, nævner hun SO; men at ingen tager det op. Det ligger blot der, som en viden. Og hun kunne ikke arbejde med det, dengang - der var ikke kontakt til kroppen, fortæller hun.

Inf har været i psykiatrien i mange år.

(43.09) "Der arbejdede de med kroppen, men slet ikke på ... idag så ved jeg, at det jo slet ikke var på den rigtig måde dengang. Det var sådan meget fysisk - nu skal du gå en tur eller nu kommer der en fysioterapeut, og så skal du lave noget med en bold. Men det er svært når man ikke kan mærke sin krop - når man ikke har noget forhold til kroppen, så bliver man bare irriteret og kan ikke mærke hvad det skal til for".

Hun fortæller, at hun gennem psykiatrien har fået "mega meget medicin" og "lagt 3 år på sofaen og gloet", og er ikke til stede og ligegyldigt, hvor meget medicin eller behandling hun får er der ikke noget, der hjalp. Så har hun en psykose, så har hun en depression. Og til sidst bliver hun udredt for en personlighedsforstyrrelse.

Hun fortæller om systemets kasser og pakketilbud, hvor hun skal deltage i samtaler af 30 gange. Hun husker intet af de samtaler,

(47.25) "tror jeg lukkede ned allerede inden jeg kørte hjemmefra" og de synes da også jeg skulle tage 30 mere. Så jeg kørte en gang om ugen i 2 år til behandling der overhovedet ikke virkede og hvor jeg slet ikke var til stede".

Til spørgsmålet om, hvorfor hun selv tror, at hun sådan "lukkede ned" i forhold til de samtaler svarer hun:

(47.58) "jeg blev fuldstændig retraumatiseret i det - fordi de har nogle klare måder de skal gøre tingene på - der er ikke noget personligt - du må ikke have noget personligt med den terapeut du har. Jeg måtte vide hendes fornavn; men jeg måtte ikke spørge ind til noget. Der var ikke noget ligeværd på nogen måde..."

Når hun bliver hentet i venteværelset, og de går ned af den lange gang, taler de ikke, ingen ping - pong, og når hun sætter sig i stolen, så skal hun starte... så der kan godt gå 10 min uden nogen siger noget.

(48.30)“Jeg anede ikke, hvad jeg skulle sige- jeg var jo lukket ned, jeg kunne ikke tænke. Jeg var helt tom i hovedet... så når jeg gik igen tænkte jeg puhh ha. Men jeg var bare så pligtopfyldende, så jeg tog bare derop igen og igen og igen- og ku bare mærke - det her det er ikke godt det her”.

Hun fortæller, at efter de 60 gange, kommer hun i gruppe, som er mindst lige så retraumatiserende. Alle med forskellige forstyrrelser, nogle tager plads og andre er helt stille. Hun var den stille. Ingen jakker man kan gemme sig bag, ingen må tale med hinanden efter gruppen ,og meget lidt omsorgsfulde rammer. Det bruger hun så 2 år på.

Inf beretter, at hun får ny bostøtte, som provokerer og stiller nye spørgsmål, der får hende til at tænke dybere, “hvad er det egentligt jeg laver”. Så inf begynder, at være kritisk og sætte flere spørgsmålstegn, og ønsker at udtrappe sin medicin. Men ingen professionelle vil hjælpe eller synes, at det er en god ide. Så det gør hun selv; hun er vant til at klare sig selv. På 4 måneder trapper hun ud af al medicin. Ingen ved det, ikke engang hendes mand.

(41.37)“Da jeg slap af med al min medicin, og jeg begyndte på den her rejse jeg har været på de sidste 2 år, det er ligesom at vågne op. Altså man kigger ned af sig selv og tænker - hvad fuck er der sket. Altså, hvad har jeg lavet- hvad har jeg gjort- og der er bare nogle af de ting - dem kan du bare ikke gøre om igen. Jeg får aldrig min tarm tilbage... så nogle gange kan jeg godt blive opgivende. Jeg kan ikke blive som jeg gerne vil- det er for sent”.

Samtidig med nedtrapningen får hun en henvisning til CSM, og så fortæller hun det i gruppeterapien. Psykologen kommenterer: ”det kunne da være interessant at finde ud af, hvad det er, der gør, at du har behov for at søge andre steder hen”. Inf tænker, at det skal jeg da ikke dele her... psykologen ønsker, at hun skal åbne op omkring overgrebene, men nej.

(53.59)” det er jo slet ikke stedet her - nu har der siddet én i 3 kvarter om snakket om, at hendes kæreste ikke vil lave hendes havelåge, så skal jeg ikke til og sidde og fortælle om overgrebene bagefter - det var bare - (dybt suk) så malplaceret altså”.

Gennem et oplæg ved SPOR, har hun fået viden om det private, omkring seksualitet og overgreb. Hun beretter, at psykiatrien på intet tidspunkt har taget hånd om

hendes SO og seksualitet, selvom de kender til historien. Diagnose og overgrebs historik har været adskilt.

(55.57)“Når du kommer ind i psykiatrien er det symptombehandling og opbevaring” og jeg har været en stille, indadvendt, tilpasset patient så systemet har tænkt “den nemme patient”, som ikke var udadreagerende. Men jeg kamouflerede det, så de troede det var noget andet- så det blev indad til i stedet for. (56.55)“Jeg ser det som en ballon der bare fyldes- og hvis du er en af dem der handler i affekt, så får du jo også gassen af engang imellem. Os der ikke gør noget - den bliver bare... ja den imploderer indvendigt.” (57.48)“Jeg fik det bare dårligere ved at være der. Jeg blev jo igen negligeret, igen bare symptombehandlet. - det er sådan lidt grooming faktisk. Jeg får fortalt, hvordan jeg skal have det, får fortalt, hvordan jeg skal gøre hvordan jeg skal handle, også tror man sådan på det og tænker nårh, det er da en depression, jeg har, det er jo det, de har fortalt mig. Også efter 3 dage så har man ikke nogen til at holde sig fast i det, også ryger man ind igen... boomerang patienter.”

Så starter hun hos en privat terapeut, hvor de seksuelle overgreb er i fokus for adfærd og forståelsesrammen. Hvor hun sidder i en sofa, begraver sig i tæpper og må have ryggen mod muren- så hun kan holde øje. Hun beskriver, at hun får lov til at pakke sig ind i tæpper, og lige så stille pakke sig ud, som roen og tilliden indfinder sig. De arbejder med, hvor langt hun skal sidde væk, og hun får lov at bestemme - ikke efter sit eget udsagn kun, men som terapeuten kan aflæse i hendes kropssprog, hvis hun siger ja; men faktisk trækker sig tilbage. Når terapeut ikke går meget stille frem, kan hun stadig godt dissociere eller kollapse.

Og de arbejder også med at blive mødt og set. Hun kan ikke have øjenkontakt først, overhovedet ikke. Og stå på gulvet, bliver hjulpet til at mærke, at kroppen reagerer og hvorfor. Hun bliver tvunget til at mærke efter og bliver vist vejen “og idag kan jeg være helt afslappet og rullet sammen hos hende, og blive aet på håret - det er bare helt fantastisk” udtaler hun. Den form for nærvær og omsorg skal de have mere af i psykiatrien, udtaler hun.

(45.39)“Jeg ved idag - i forhold til senkomplikationer, at når du har PTSD og kompleks PTSD, så indeholder de faktisk alle personlighedsforstyrrelser- på en eller anden måde. Og det viste sig jo også at det havde jeg af blandet art med items fra 10 forskellige...”- ængstelig, evasiv, passiv, aggressiv, tror jeg skinnede mest igennem og noget dependent”.

(36.03)“I dag er det mest en forsinket reaktion. Det er nok der jeg mest mærker det på kroppen. Jeg kan se, hvad det er, der sker - jeg kan se, når jeg dissocierer, jeg kan mærke det og fornemme det og bruge det aktivt. Hvorfor gjorde jeg nu det? og være nysgerrige på det? Hvad var det der gjorde det? Og det gør jeg nu kan spørge om hjælp”

(37.07)“ Nu er jeg begyndt at reagerer ved tandlægen- nu gir det mening- ja nu kan jeg ikke styre kroppen mere “ (37.52)Nu har jeg heller aldrig kunne spørge eller række ud og bede om hjælp give udtryk for mine behov eller noget.. det har jeg været bange for. Det er jeg også blevet bedre til. Fx. sige til tandlægen hvad der er ubehageligt... jeg mærker mine behov og sætter en grænse... det er jo faktisk ret stort”.

Hendes mand er den rolige, uden overraskelser eller spontanitet, men stabil. Han kommer også fra noget dysfunktionelt, og sætter ingen krav.

Sex er hvad hun kalder “mekanisk sex” hun “zappede ud” også får han lov at gøre det han skal, og sådan har det været- altid” Og efter hun begynder at arbejde kropsligt med sig selv, har sex været “nærmest ikke eksisterende. Hun håber lysten blomstrer på et tidspunkt, men hun ved det faktisk ikke. Hun foretrækker sensualitet frem for seksualitet, med nus og berøring “Det er der, næring og kontakt er”. Grunden til det er lukket ned lige nu, er, at nu begynder kroppen at reagerer. Jeg får flashbacks og det skal jeg lige lære at håndterer. Hvad der er nu, og hvad der var engang. Det er, fordi jeg nu har fået kontakt til min krop.

(01.48)“..været igennem en lang lang behandling og ingen der snakker sexualitet. - selvom det måske i virkeligheden er der, skaden måske er startet, og der ligger noget meget meget væsentligt her omkring intimitet og nærvær, så er det ikke hospitalets go to- desværre. Tænk om de havde et mere traume bevidst fokus”.

Ønsker til behandlingen

Er man i traumebehandling er det mit ønske, at man får koblet de samme behandlere på, som kender en, så der skabes tillid i kontakten.

(1.05.24)“Tilliden og tryghed er det allervigtigste. Hvis det ikke er der, så kan du ikke gøre noget, som helst. Du kan bilde dig selv ind, at det er der- men hvis du ikke føler det, så kan du ikke gøre noget”.

Hun siger, at medicin er godt i en akut fase for mange, bare man er bevidst om, hvordan man bruger det - at det jo svækker folk, så man ikke kan arbejde med sig selv og årsagen.

(1.04.33)“ jeg vil gerne have at alarmklokkerne ringer allerede, når man nævner seksuelle overgreb, eller bare traumer, ...sådan, at det ikke kun er krigsofre men os alle... at de så forstår at det tager 2 år 3 år fordi... dette her tager tid..Men jeg har brugt 10 år på hvad - ingenting. De har bare bedøvet mig”.

Inf sammenligner behandlingen i det konventionelle system, som et træ:

(1.09.07)“...når du kommer fra sådan en opvækst, så har man ingen rødder, de er nærmest ikke eksisterende. Og man arbejder bare på at gøre den trækrone fin. Den er bare ikke ægte. For træet vælter bare hele tiden, for der har ingen rødder, den kan ikke stå fast. “så du skal ned og arbejde med de der rødder, og det kan godt være at du så mister noget af kronen imens...”.

Så når rødderne er skabt, så kan man begynde at arbejde sig op igen- siger hun.

(1.32.34)“helt grundlæggende skulle vi bare være fjernet fra fødslen af, og været i en familie, hvor vi har fået alt det, som vi ikke har fået, så tænker bare, at jeg ikke havde haft behov for anden hjælp nærmest”.

I dag er hun af den overbevisning, at der er ingen af de diagnoser, hun kan bruge. Hun er ikke i tvivl om, at hun har kompleks PTSD, og hun tænker det alt sammen stammer fra hendes traumer.

Inf fortæller, at det ville være rart, at nogen havde set, turde se ind bag det, som var, hører det og handle på det. Men der var ingen, der gjorde noget. Det er tankevækkende.

Det at blive mødt fordomsfuldt, nedladende ved indlæggelser giver inf en følelse af umyndiggørelse. Behandlingen er jo bare at blive lukket inde. Ingen tager hensyn.“Jeg blev alene og byggede den der mur”. Det havde gjort en kæmpe forskel hvis én bare havde set hende- sat sig ind til hende på den psykiatriske afd. og holdt hende i hånden- fortæller hun.

Informant 4

Barndom, overgreb og senfølger

Inf fortæller om sin opvækst af unge, ufaglærte forældre, hun er 1 barn ud af 3. Efter 3 mdr starter mor op på arbejde, og inf placeres hos alle dem, der kan overskue et spædbarn i en uge ad gangen, ofte hos farmor og farfar, men også hos fjerne bekendte.

(video:00:05.57)“Vidste ikke jeg var utryk dengang, men viste, at der var grimt at være, og at jeg ikke kunne lide at være der”.

Hun fortæller, at hun har mistillid i alle relationer -hun stoler ikke på nogen og ingen kommer helt tæt på. "lærte tidligt... pas dig selv...". Hun sover bedst på repos om natten - ved ikke hvorfor, men en følelse af at kunne holde øje, og være beredt.

(video:00: 06.38)"Far utilregnelig. Vidste aldrig, hvad vi kom hjem til. Måske sjov glad far, der vil bygge huler i skoven, og pludselig uden varsel kunne der flyve en sav gennem luften, og han flejtede og jordede det hele..."

Hun er altid klar til kamp, og har "svinet ham til verbalt for at få ham til at stoppe" 2-ud af 10 gange gik hun, hvis hun kunne.

3 år yngre bror "tog alle slag" forhutlet lille dreng med blå øjne - hun husker hun væmmes ved ham, fordi han bare overgiver sig. Men det bliver værre og værre med far - vold og manipulation. Jo ældre vi bliver, jo større trussel. Børnene er skylden for det hele, mener far.

(00.03 video nr. 1)"hjemme følte jeg mig overvåget- overalt- jeg var så forskruet oppe i mit hovede at jeg troede at, hvis min tandpasta blev blandet med mine forældres i håndvasken når jeg spyttede ud, så ville der ske mig noget dårligt. Så jeg børste altid tænder før eller efter dem" "sådan var min barndom, rodet og kaotisk". Mor kalder hun "gulvlisten" da hun gør rent, maler, ordner have, i stedet for at deale med familie problemerne.

"Hos farmor og farfar var vi bare børn ingen krav.. en form for kærlighed .. et frirum".

Som barn har hun oplevelser af, at hendes hænder og fødder, er, store og skumagtige; for store kropsdele, der gør hende klodset, og hun har ingen følelse med papir og grydeskeer; meget upraktisk

(14.28 video)"når jeg kiggede ned af min krop, 13 årig måske- så havde jeg ingen ide om, at det var min- den her" (klapper på sin krop).(00.05)"... hvis jeg prøvede tøj med veninderne ...så kunne jeg ikke finde ud af om det var for stort eller for småt - ingen aning om, hvad for noget tøj jeg havde på eller, hvordan det føltes på kroppen- det kunne jeg jo ikke sige... men jeg havde et sjovt forhold til sko. Det var det eneste jeg kunne mærke... mærke min hæl når jeg trådte. Det var mine sko - de var mig".

Inf første seksuelle overgreb er omkring de 6 år. Der er fest i huset, en dreng mindst 10 år ældre kommer på værelset. Han lægger sig ovenpå hende, og prøver at tvinge hende til samleje, "...aser og maser, men kan ikke fuldføre det", hans ansigt er væk i

dag, fortæller hun. Hun har været vant til volden og verbale overgreb, men hvad er det her? Hun erfarer *frys* tilstanden.

(video 00.18)"... modeshow for mor før fest 15 år... Mor med spæd søster i armene... hyggeligt... Far kommer ind- pludselig bliver far voldsom og vil kramme- vi krammede aldrig... skubber ham væk... han tager hårdt om mig stikker hele sin hånd ned på min røv og underliv og så trykker underliv hårdt sammen gennem tøjet og holder mig fast ind til sig... jeg slår, albuer i brystet... nyrehug...han bliver afsindigt vred... jeg løber væk han fanger min fod på vej op ad trappen...sparker mig fri... låst dør til mit værelse.. han smadrer døren og kommer ind, og først der " vågner" han... imens - sidder mor i sofaen med lillesøster og kigger den anden vej - siger ingenting".

Hun fortæller, at mor selv kommer fra hjem med seksuelle overgreb og vold.

(video 00.38. 21)"... overgreb, 20 år gammel, af fysioterapeut- i behandlingssituation af øvre ryg - *frys* tilstand, låst på den briks, da han så er færdig med det, så tørrer han mit og sit snask af min ryg - også går han... da min *frys* letter, så går jeg hjem". Herefter endnu mere paranoid og *grimme* mænd bekræftes. Når hun tænker på det, ser ham mest oppefra, men også både nedefra og bagfra.

(video 00.49)"...glæde er noget jeg har nægtet mig selv altid... det er farligt at være glad, for hvis jeg bliver glad, så risikerer jeg, at far bliver glad og hvad sker der så? For når jeg var glad, så kunne jeg risikerer, at der var et seksuelt overgreb, det kunne jeg trigge ved min far... så det er farligt at være glad...så det har jeg bare nægtet mig selv...så jeg var altid været i vreden, den har gjort jeg har fået plads, fået ro, råderum, frihed, altid i beredskab men "jeg sørgede for ro i hele huset - ikke i kroppen - der var aldrig ro i kroppen".

(video 00.55.10)"...blackouts, som 8 årig... migræneanfald, som 10 årig... pause i nogle år... indlægges efter bryllup med inflammation i maven... får "gode smertestillende"... som jeg fortsatte med...startede for at dulme de smerter, jeg ikke havde ord for i øvre ryg... jeg var "panodil pige"..jeg spiste dem som slik".

Inf tror, at der er noget galt med hendes ryg, hun tror, at den er svag.

Hun beskriver, at hun i starten af 30'erne får muskeltkræmper og falder om, det ligner et epileptisk anfald, og hun får konstateret en kronisk betændelse i tarmen.

Derudover får hun konstateret spiserørsbrok pga panodilerne. Hun er sygmeldt, hun kan ikke gå, kan ikke se, og er opspændt i kæberne.

Behandling

(00.12)“...psykologbehandling, som 24 årig og igen, som 27 årig efter at have fået børn... 90 timer, men virkede kun i forløbet...så falder alt tilbage...vrede, mønstre, frustration...Det negative følelsesmæssige fylder 70 % af mit liv. Jeg kunne ikke finde ud af at fastholde et arbejde... følge en plan, lave en hverdag, det hele sejlede”.

Hun vil så gerne være en tryk, opmærksom rolig dragemor men det kan hun ikke finde ud af, fortæller hun.

(00.12.55)“... jeg ikke haft nogen “ mor”... jeg havde en fysisk mor, men ikke den der “omsorgs mor”, den har jeg aldrig haft, så det prøvede jeg på at skabe, men det ku jeg ikke... for jeg ved jo ikke, hvordan man skaber noget, man ikke kender.. så jeg bumlede rundt, og troede jeg kunne skabe det med at få noget psykologhjælp”.

Hun får en ny psykolog, der spørger indtil baggrunden for, hvorfor hun har stress.

Hun havde lige “glemt” at fortælle om sin barndom, med overgreb, vold og manipulation. Hun kan ikke forstå og accepterer, at hun ikke bare er stress syg.

Psykolog truer med, at hvis hun ikke sygemelder sig, så indlægger psykologen hende på psykiatrisk. “Kroppen kunne ikke kæmpe længere, men kunne heller ikke holde op”. ”Fortiden indhenter mig igen” og hun bliver tvangs sygemeldt, det blir ikke bedre, som det plejer efter en måned. Hun kan ikke kende sig selv, er så syg, kan ikke gå eller tage sig af sig selv.

(01.03.28)“går ind i en fuldstændig vild sorgproces, kan ikke finde ud af noget som helst. I stykker psykisk og fysik...jeg er ikke mor... er død... kravler på toilet, kan ikke gå i bad, gå på trapper. Bor på sofaen 3 måneder, indtil mand siger, at nu kan det fandme være nok, og bærer mig op ad trappen i seng om aftenen”.

Vippepunktet er, at hendes psykolog får fat i de traumer, som hun troede, var færdigbehandlet efter de 90 timer, som ung- det var jeg slet ikke. “Kroppen husker - de sidder i kroppen - og nogle af tingene er så implementeret i mit nervesystem... så voldsomt- så det altid vil poppe op”

Får en ny kvindelig læge, der griber ting an på en ny måde, og støtter hende i kontakten CSM. I ventetiden kommer hun i en selvhjælpsgruppe, hvor de mest fantastiske kvinder, som ændrer hele hendes liv, syn på sig selv og hendes adfærd.

(01.08.25)“Begynder at se at det her det er faktisk rigtig alvorligt det her - jeg er både psykisk og fysisk syg... jeg ER syg (vugger med kroppen i sit kropssprog.)...så meget falder på plads....nårh, det er derfor jeg har det skidt...derfor jeg gør de ting jeg gør, opdager jeg er parnoïd,- brikker på plads”.

I CSM starter hun ved ung, mandlig psykolog. “Jeg kan jo ikke li mænd...de er ikke til at stole på”. Hun beslutter sig for 3 gange.

“er han grim, dum og ulækker så skal jeg ikke komme der længere - men jeg skal komme 3 gange”.

(13.47)“Elsker boksning - hvis man overgiver sig, så vinder den anden jo...så hvis jeg ikke gik ind til den mandlige psykolog, så har de dumme fået lov at bestemme over mig, så har de jo vundet”.

Hun fortæller, at det er bedste forløb hun nogensinde har haft, at hun tør stole og tro på en mand, at han ikke har skjulte dagsordner, det opbyggede tilliden. Han konfronterer hende med, at de på tidspunkt skal tale om de overgreb, ellers er det jo bare symptombehandling. (15.56)“Det er jo mine traumer, der taler, kalder jeg det i dag”.

(11.03)“hvis folk ikke tror på mig eller begynder at blive lidt lallede - så er jeg gået”. I behandlingen viser hun sin vrede og deraf oplever sig, som “grimt” menneske, og de kunne stadigvæk rigtig godt lide hende.

(video 06.00)“Relationer er super farlige for sådan nogle, som os” .Tilknytning er super kompliceret fortæller hun. (02.12)“... du skal jo lære at det gør kun ondt fordi du ikke tror på det- så er det farligt... du er nødt til at tro på at det er godt”.

(00.03.17)“...det er virkelig ikke sjovt det her” græder mens hun berørt fortæller: “i den hårde periode kan jeg ikke li når min mand er tæt på mig... jeg blev bange, når han krammede mig... og det ku jeg ik li- for det var jo min mand”.

Psykologen hjælper hende med at forstå, at det er traumerne, der taler. Traumerne husker; når hun bliver krammet, så tror kroppen og reagerer, som er det et sexuel overgreb. Så selvom hun sagde til sig selv -”hey det her er jo bare min mand”, så hjalp det ikke...alle dine traumer reagerede bare”. Psykologen klarlægger for hende,

at når manden er den primære omsorgsgiver, så bliver det farligt for hendes reaktionsmønster.

(30.05) "Efter "spejl øvelsen" lærte hun igen at kramme sin mand. Det er meget anderledes nu". Inf fortæller om "spejløvelsen", hvor hendes mand står bagved hende - med hovedet over hendes skulder, så hun kan se ham i et spejl foran sig, også giver han hende et kram bagfra. 15 sek. til start.

"hold nu kæft, 15 sek. er lang tid. vi hylede begge to". (05.27)"lige så stille... begyndte jeg så at tro på... nej- min krop og mit nervesystem og mine traumer begynder at tro på, at min mand ikke er *grim*".

I takt med, at hun begynder at mærke kroppen, oplever hun at sidde mere og mere uroligt, "nogle har myrer i kroppen jeg havde elefanter".

Hos kropsterapeuten får hun blide, pulserende bevægelser af ryg, spændte diaphragma, bækken og hofter, kropsterapeuten udbryder: "hold kæft en byrde du bærer på"

(video 00.05) "det var min søster, der sad lige der, og mine tårer sprang bare... jeg havde gået med en kæmpe tung rygsæk, som var min lillesøster... Dårlig samvittighed...ikke kunne redde hende...ikke kunne gøre nok, kunne ikke beskytte hende 24/7. ..Kæmpe byrde bare at vide, at hun skulle gå i akkurat de sammen spor som mine- for hun havde heller ikke en chance...Det kan man ikke tale sig til det der hos en psykolog- før man hjælpes til at mærke..før nogle lægger hænderne på".

Gennembrud i 2020 med nye erkendelser:

(47.21)"... råbte til sine dæmoner, at de skulle holde deres kæft- i fylder ALT ALT for meget i mit liv - så var der ro...jeg er jo ikke skizofren, det er bare mine dæmoner og mine traumer der fylder mig med lort".

(48.14)"... fandt ud af, hvad jeg selv ville, hvad jeg godt kunne li at drikke, spise, lave... jeg tror jeg kom hjem". Det fandt hun først ud af, da hendes psykolog sagde til hende, "at det kunne jo være rart, at du kom tilbage til dengang, hvor du ikke var syg". "Men jeg har jo altid været syg... og været i de her traumer... jeg kan jo ikke gå tilbage til noget som ikke har været... gud ja det er jo noget nyt".

Så går så stærkt...på vej hjem må hun holde ind med bilen "... nu skal jeg jo bare hjem... det her er mit hjem og min krop og nu er det fandme mig der bestemmer".

(33.06)“ jeg troede jeg vidste hvad et kram var, men det er noget nyt det her... det er jo noget helt andet. Smertefuldt... aldrig haft den indre følelse af, hvad der er i et kram... lige pludselig kommer der en bølge ved krammet over i mig.. hold kæft det gør ondt... og det gjorde det mindst... 20 kram... så, lige pludselig holdt det op med at gøre ondt.. så var det bare rart og dejligt, (tårer) det er lidt sent at opdage når man er 39, men bedre sent end aldrig”.

(51.18) “jeg kunne pludselig cykle, det gjorde ikke ondt længere...gået fra at overleve til rent faktisk at leve...og vide, hvad det egentligt er, hvad jeg vil. Jeg kan ikk rumme det her... “jeg kan ikke rumme mine smagsløg, min knæ, mine albueled, køleskabet” ...og det er super farligt og super overvældende. Jeg kan godt blive bitter for det opdager jeg først sidste år!”

Som resultatet på at mærke sin krop, får hun seksuel trang og bliver hunderød. Hun aner ikke, hvad hun skal gøre ved det. Det er nyt og hun føler sig lammet.

Hun kan ikke finde ud af at rulle sig over til ham, hun vælger i stedet at blive vred og gå. Hun lærer; at ved at sige det højt, kan hun bagefter nemmere finde ud af det.

Siden lærer hun også for første gang at onanerer og nyde det.

Ønsker til behandling

(2.20.08)”... en form for samtale sammen med kropsorienteret terapi...jo bedre det gik hos kropsterapeuten, jo bedre gik forløbet på CSM... kædereaktion, det var bare bedste samarbejde”.

4.3 Analyse og diskussion

Analyse Informant 1

Inf 1 har haft en dysfunktionel opvækst, med fraværende forældre, manglende nærvær og spejling, og der er skabt en grundlæggende tvivl til sig selv og omverdenen. Tidligt har hun dissocieret og trukket sig ind i bøgerne. Inf 1 har ambivalente erindringer med farfar, der selvom han er overgriber, også er den nære omsorgsgivende relation, der ser hende. Der tolker vi, at hun har accepteret hans grænseløshed, tvang og magtmisbrug for at få den kærlighed og omsorg et barn higer efter. Og derigennem har hun mistet sig selv ved at være en selvopofrende pleaser, der samtidig vælger hård kontrol for at mestre de svære følelser. Denne mestringsstrategi viser sig på sigt som senfølger reaktionerne: spiseforstyrrelse,

mærker ikke smerte, promiskuøs, styrende seksualitet, kæbespændinger, depression, angst, mave-tarm problematikker, græder ikke, svært ved fysisk venskabs kontakt, "følelse af tung rygsæk", *arbejdsnarkoman*, tvivler på egen præstation, manglende selvværd, blackouts og kollaps; alt i alt tegn på et nervesystem, der er i konstant beredskab svarende til distress eller værre.

Inf1's behandling for senfølger starter med spørgsmålet fra den tyske ikke tabuiserende psykolog, om hun har været udsat for noget, som hun ikke havde lyst til, som barn. Dette giver inf1 den første erkendelse af, at det var SO. Men til trods for samtaler hos psykolog, stopper kroppen inf1 med stresssygemelding, hvilket giver en indsigt i behov for yderligere behandling. Vi ser, at hun i kontakten med behandlersystemet oplever en reviktimisering, da hun oplever det, som tvang at være nødt til at få en diagnose for at få hjælp, samt forværring ved gruppeterapi. Her går hun igen på kompromis med sig selv- *opvækst historien*, som giver forværring af senfølge symptomerne. Dette tolker vi, som, at inf1 er introvert, stille, pleasende og at det er stress forværrende for hende at deltage. Sanser afspænding beroliger hendes nervesystem og, da hun opdages som ængstelig introvert rykkes hun fra gruppeterapi til individuel. Her ser vi, at kernen lægges til en nærværende og anerkende relation, da der skabes den givende forandring, hvor hun bliver set, som helt menneske. Den udvikling, ser vi forstærkes yderligere, da hun starter BBAT, da denne møder inf1's behov og ikke en diagnose, hvilket for os giver mening, da der kommer ro i nervesystemet og dermed hendes senfølger. Da "angst-rygsækken" tages af, begynder dissociation at lette, hun oplever behagelige øgede sansninger og sensualitet, men mister samtidig sin kendte seksualitet. Svømme oplevelsen oplever vi, som, at hun er rykket fra beredskabet til en nærværende oplevelse, pga en ro i nervesystemet. Kropsligheden har i første skridt lagt låg på seksualiteten, da traumet - overgrebet her, tolker vi, er det første, som viser sit ansigt. For det er ofte, når dissociationen letter, at der mærkes og føles mere, hvilket både kan være det lette og det svære.

Artiklen skrevet af Velten og Brotto 2017, måler sammenhængen mellem kropsopmærksomhed og seksuel ophidselse, samt konkluderer, at når man fx. gennem interoception trænes til at mærke kroppen, betyder det ikke nødvendigvis, at

man får mere seksuel lyst, men faktisk, at det kan nedsætte den (Velten og Brotto, 2017, 2018).

“...når fortrængning åbner op så mærker man jo det hele - spændinger er måske væk pga. det at holde det inde, men så kommer følelsesmæssige smerter af at deale med alt det du nu ser og mærker så jeg måtte begynde at bearbejde og hele en særdeles traumatisk opvækst, der bl.a. involverede incest og seksuelle overgreb”...Da jeg fandt ud af, at det var senfølger, kunne jeg begynde at hele, og i dag har jeg det 100% anderledes.(37).

“...Om jeg oplevede forandringer i min seksuelle aktivitet, efter at jeg blev bevidst om, at jeg havde traumer og senfølger efter de overgreb, jeg havde været udsat for som barn, så er svaret JA! Jeg mistede fuldstændig lysten. For jeg blev simpelthen i tvivl og usikker på, hvad der var min lyst og hvad der var en form for seksuel gentagelsestvang.” (18).

Det giver mening, at inf1 ønsker en holistisk tilgang, med en dedikeret fagperson og gerne en sexolog, som kan hjælpe hende med en reorientering af egen seksualitet med og uden partner. Da det er en kompleks bio-psyko- social og seksuel problematik og deraf behov for tilsvarende behandling, netop fordi der kommer en tvivl hos inf1 om, hvad der er hendes og hvad, der er *traumets* seksualitet. Det tolker vi, er en naturlig proces, fra at genvinde sin krop - gennem reorientering - at skulle igennem sådan en form for berøringsangst og identitetsskabelse.

Analyse informant 2

Barndommen for inf2 har været præget af omsorgssvigt, vold, forladthed, et hjem-hvor der ikke tales, indlæggelser både i psykiatri og somatik, med en mor; der tolkes med lidt overskud eller stress selv. Vi tolker, at inf2's mestringssevner har været at tilpasse sig og vælge den smilende, kontrollerende, stille, introverte, *pleasende-konfliktmæglende* adfærd, samt søgt ind i egen fantasiverden for ikke at mærke ensomheden. Hun er opdraget til, at kvinder siger ja og adlyder, hvilket inkluderer, at mænd har ret til at bruge hendes krop, hvilket har forstærket risikoen for senfølger og reviktimisering. Det hun ved første SO mærker, er kroppens naturlige lyst, mens hun samtidig mærker, at det er forkert. Ambivalensen hun mærker, ser vi, som udtryk for en higen efter, opmærksomhed, kærlighed, nærhed, men skaber samtidig hendes usunde seksuelle fundament. Konsekvensen bliver, at det er denne usunde og skadende måde, hun kan få seksuel intimitet og tænding på og oplever at blive set på,

vi ser, som skabende for hendes senfølger, som fortsætter over i at forstærke hendes mønster af de selvdestruktive tanker. Første senfølge hos inf2 grundlægges i frygten for og mistilliden til systemet, at få diagnose og være indlagt, vi tolker, at dette traume stammer fra hendes indlæggelser i barndommen, hvor hun bliver forladt af sine forældre og får "overgreb" af behandlere. Yderligere senfølger er for inf2 svingende energi, hader alt ved sin krop og ned, negativ selvopfattelse, er promiskuøs, drikker uden limit, selvmordsforsøg for at få opmærksomhed, svært ved nærkontakt i relationer, svært ved at fokusere på uddannelse- og job, spiseforstyrrelser, overvægt, forvrænget bodyimage både fysisk og psykisk, dette konkluderer vi; som massiv forstyrrelse i nervesystemet, svær og kompleks tilknytningsproblematik i egen relation og med andre. Vi tolker, at hun til trods for mistillid vælger at søge hjælp pga massiv indre uro; her oplever hun igen et forsøg på at blive puttet i en "kasse", og mistilliden bekræftes til systemet.

Grunden til det virker at stille direkte konfronterende spørgsmål, og se bag smilet, vurderer vi, er et udtryk for tillid, ingen tabu og medmenneskelig tilgang hos behandleren. Vi ser, at inf2 gennem egen uddannelse holder på kontrollen, ved at *behandle* sig selv. Da inf 2 fortæller om sin voldtægt og kvælertag fra ex-kæresten, beskriver hun sin kroppen som *den*. Vi tolker det, som en fortsat dissociativ tilstand omkring det hændte og det, at hun fortæller, at hun stadig kan mærke, at hun reagerer når hun fortæller om det, og får hjertebanken, tolker vi som at hun har interoceptiv sansning. Da hun kommer tilbage til kroppen, mister hun sin seksualitet, dette tolker vi igen, som dissociationen er i helbredelsesfase, samt at hun starter en form for reorientering. Inf2 savner psykoedukation om de naturlige senfølger bio-psyko-socialt, og fokus på mere interrelationel terapi, vi hører og forstår dette, som et udtryk for et ønske om en mere helhedsorienteret behandling hvor hun mødes, som et ligeværdigt og seksuelt menneske med alle hendes facetter.

Analyse informant 3

Hjemmet inf3 vokser op i, er præget af massivt omsorgssvigt, choktraumer og relationelle traumer, dette forstærkes af svigt og mistillid fra et system, der ikke hjælper og handler på de talrige underretninger, og SO bliver en konsekvens heraf. Dette mener vi skaber skrøbelige forudsætninger for livsduelig mestring. De

mestringsstrategier vi ser, inf3 tager i brug er: intrusion, afvigende, dissociation, altid på vagt, tilpasset, nedlukket, flygter i bøgerne, kontrollerende og ydrestyret adfærd - pleasende adfærd, hvilket på sigt er uhensigtsmæssigt. For at sikre instinktive, basale, overlevelse behov, søger hun kærligheden hos krænkerne, hvilket vi ser, som mønstret, hvor hun gør dem til "de gode" og tager ansvaret for det.

De SO har to forskellige karakterer, det ene groet ud af det dysfunktionelle familieliv, som en form for almindelig, kærlig, selvskabt, tryghedsbase, som har udviklet sig til seksuelt samvær og kæresterektion. Den udadreagerende bror, med arousal og hun, som introvert har de gensidigt rummet og dækket hinandens dysfunktionelle utrygge behov i en usund tilknytning og afhængighed. Den anden tolker vi mere, som en far relation, der starter med nysgerrighed, smigeren og tryghed, hvor han ser og italesætter hende, der er grooming og psykopatisk -verbale evner, samt magtmisbrug med pædofile tendenser. Resultatet af disse to SO giver i vores tolkning vidt forskellige senfølger: ved broderen ses en kompleks relations- dysfunktion i

blid-heden, hvor hos den ældre er det dissociativ og afhængighedsadfærd. Begge disse resulterer i massivt ubehag, kollaps, besvimelse, frys tilstand, spiseforstyrrelse, overvægt, mave-/tarm problematik, tandlægeskræk, forstyrret bodyimage samt selvskadende og selvdestruktiv adfærd; vi ser, at alle disse symptomer er reaktioner på et presset ANS og, at hun er fungerende på et meget basalt niveau i hjernen.

Konsekvensen af dette giver mening, da hun brænder sammen, og ender på den lukkede psykiatriske afdeling; nervesystemet giver op. Her behandles hun i årevis medicinsk og uden nærvær, som for os gør, at hun fastholdes i dissociationen, hvilket er forlængende for hendes helbredelse. Det sker særligt i vores optik, da hun mangler tillid, tryghed, ligeværd i behandlings relationerne og dermed retraumatiseres samt, at medicineringen fjerner hende yderligere fra kroppen (*Det sætter sine spor*, uden år). Seksualiteten er helt ude af billedet i behandlingen, hvilket vi tolker, som manglende viden og dobbelt tabu, men også at hendes traumatiske baggrund har efterladt så meget forstyrrelse i hendes sind og krop, at hun er i sin spæde start til at reorientere sig i forhold til hvad hun egentlig kan lide og i dette beskytter sig selv ved at undgå den "fremmede seksualitet".

Det er forståeligt for os, at inf3 starter sin erkendelse, i mødet med den empatiske, rolige, ikke fordømmende, konfronterende bostøtte, som ikke reagerer på inf3's

tidligere manipulerende forsøg på opmærksomhed; da hun mødes medmenneskeligt og ligeværdigt.

Ved medicin stop opdager hun sin kropslige og adfærdsmæssige dissociation, hvilket giver erkendelse af stagnation, ressourcer og motivation til at søge anden behandling, hvilket vi tolker, som udtryk for en basal ny livslyst. Derfor giver det mening for os, at hun søger en behandlingstilgang, der er funderet på tillid, ligeværd, tryghed med en forening af hoved og krop, hvor relationen er i fokus, samt at hun er velvidende om processen. Så i hendes kropslige opvågning, ser vi det ligeledes naturligt, at reorientering bl.a. sker seksuelt, da kroppen forholder sig til nye flashbacks, og endnu er uvidende om sanselighed, og forståelsen af sensualitet og seksualitet, som to forskellige størrelser. I stedet for *symptombehandling*, ser vi, at en behandling, der tager vare på den tidlige traumatiske stress, møder kvinden nærværende, fordomsfri og tillidsfuld, med fokus på SO og senfølger heraf; bidrager til en kortere helbredelses proces.

Analyse informant 4

Barndom i dysfunktionalitet med unge forældre skaber konsekvenserne gennem svigt, vold, frygt pga. utilregnelighed, og ved tidligt at efterlade hende, som resulterer i en grundlæggende utryghed, overansvar, mistillid, vrede og overdreven årvågenhed. Reaktionen på konsekvenserne er i vores termer et desorganiseret barn, der forsøger efter bedste evne at mester sin kaotiske virkelighed. Derfor er mestringsstrategierne i vores øjne logiske: massiv dissociation på nær ved brug af særlige sko, hvor hun kan mærke sin krop, kamp/flugt, frys tilstand, massiv kontrol, verbal og *fysisk- udadreagerende -undgående adfærd* og vælger at påtage sig ansvar, der ikke er hendes; fordi hun er i distress eller værre i ANS. Fx. ved vi, at den undgående adfærd er tegn på en disorganisering i sin tilknytning, hvor hun er bange for, at de kommer for tæt på, og derfor skubber dem væk. Senfølger er: undertrykt angst, kan ikke se, kan ikke gå, pillemisbrug, mave-tarm problematikker, *popup seksualitet*, blackouts, migræne, smerter, uro, rygsmerter, muskelkramper, anfald, negative følelser, forvrænget og paranoidt billede af mænd, sygemeldes og må gentagende gange opgive uddannelse og job; vi forstår dette, som nervesystems burnout. Vi tolker, det virksomt, at tvang og trusler i behandlingen er

tryghedsskabende; som tegn på den traumatiske gentagelse, hun oplever. Derudover tolker vi; når hun fra behandlers side oplever at få frtaget ansvaret, dette skaber grobund for tillid og mulighed for, at hun kan slække kontrollen. I mødet med ligesindede i CMS frivillige gruppen oplever hun, at processen starter, hvilket vi forstår og ser, som at hun bliver spejlet og mødt i forståelse. Vi ser, at det for inf4 gør den åbnende forskel, da den kropsorienterede behandling guider hende til stede i nuet og skaber indre fokus, samt ved fysisk berøring; dette skaber ro i nervesystemet. Bl.a. ses, at hendes diffuse smerter aftager, et ejerskab over sig selv vokser, søvnen er god, seksuel lyst spirer, hun mærker sig selv og hjertet i kontakt med andre, det viser os, at nervesystemet og stress er i helbredelse. Kimen er lagt til samarbejdet mellem Top Down og Bottom-up, som er livsforandrende for hende; dette er for os udtryk for, at hoved og krop er afhængige i helbredelsesprocessen og, når de arbejder sammen sker en accelererende positiv kædereaktion.

Analyse opsamling

Ovenstående analyser beskriver et udpluk af vores informanternes historier, set ud fra vores fokus som er oplevelse og behandling af senfølger efter SO.

Det ses tydeligt at en dysfunktionel opvækst giver uhensigtsmæssige mestringsevner og tilknytningsmønstre. De væsentligste senfølger er dissociation, distress, mave/tarm problematikker, relations udfordringer, lavt selvværd og selvopofrelse. Deres oplevelse af behandlingen er entydig, at det, som betyder mest for dem, er at blive mødt fordomsfrit og med tillid i relation, samt få helhedsorienteret behandling, hvor Bottom-up er i ligeværd med Top Down. Alle oplever brug for reorientering i forhold til seksualitet og relationer, særligt i forbindelse til, når dissociationen letter, hvor krop og hoved forbindes igen. De savner alle mere viden fra de professionelle om, at det er en sund og naturlig proces med senfølger efter SO, og at dette introduceres i psykoedukation. Den tidligere seksualitet og identitet har de alle mistet i deres helbredelsesproces, men de har ikke vist, at dette er en følge af at slippe senfølge identitet. Vi ser, at de alle er i bedringsproces mod en større trivsel og seksuel sundhed med bedre livsduelige relationer bio-psyko-socialt.

4.4 Søgning og struktur

For at besvare forskningsspørgsmålet er der søgt litteratur i Pubmed (MEDLINE), PsychInfo, Scopus og Cinahl ved at sammenkoble kontrollerede emneord og synonymer ved hjælp af de boolske operatorer. **I første omgang** er der opstillet følgende fokusområder og søgetermer, se bilag 7 og 8.

Endeligt er der søgt på nedenstående efter PICO. Se mere detaljeret i bilag 9.

P1	P2	I
Sex offenses Child abuse Sexual Adult survivors of child abuse Sexual assault Sexual abuse Child Abuse Childhood maltreatment Childhood trauma	Sexual Trauma Trauma	Sequelae sequels Late complication Coping strategies Social connection Late effects Attachment

P(1):

"Sex Offenses"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual"[Mesh] OR "Adult Survivors of Child Abuse"[Mesh] OR "sexual assault"[Title/Abstract] OR "sexual abuse"[Title/Abstract] OR "childhood maltreatment"[Title/Abstract] OR "childhood trauma"[Title/Abstract]

P(2):

"Sexual Trauma"[Mesh] OR Trauma[Title/Abstract]

I:

sequelae[Text Word] OR sequels[Text Word] OR "late complication"[Text Word] OR "coping strategies"[Text Word] OR "social connection"[Title/abstract] OR "late effects"[Text Word] OR attachment[Title]

Hver blok eller hvert P i PICO, der er lavet giver store søgeresultater, men når de kobles sammen med hinanden fremkommer der ingen relevante hits.

Der er forsøgt at anvende flere forskellige synonymer og trunkeringer, med at ændre fokusområder og søgetermer, men det medfører 0 hits efter screening og

gennemlæsning. På denne søgning finder vi *ikke* egnede studier til at identificere en "best practice". Se bilag 10.

Måske emnet er underbelyst med studier, da vores søgning bygger bro mellem paradigmerne. Almen praksis er, at man arbejder i dybden med sit studie, i sit gældende paradigme. Trods intens og struktureret søgning kan relevant og væsentlig kildelitteratur være overset.

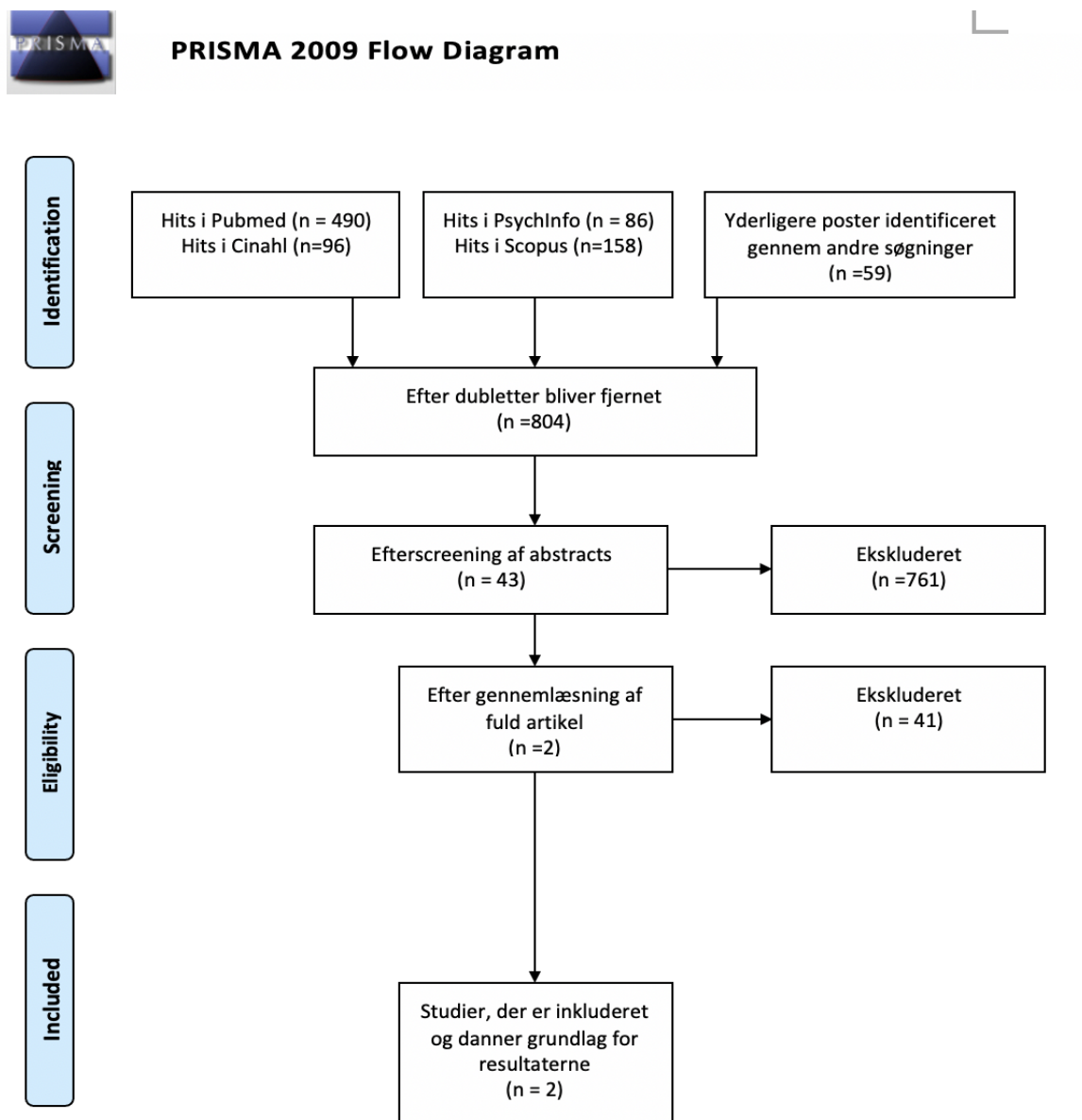
TABEL 5:

Inklusions- og eksklusionskriterier:
• Engelsk og nordiske sprog er inkluderet. • Bogkapitler er ekskluderet, da der inden studiets start er søgt og studeret her. • Resultater, der er publiceret før år 2000, er ekskluderet, <i>gjort med ønske om at opnå den mest opdaterede viden på området og at forebygge forældede forståelse teorier og uddaterede sociokulturelle forhold inddrages uden relevans.</i>

Artiklernes titler blev gennemlæst ved første screening, og dem som ikke umiddelbart relaterer sig til emnet er frasortet. Næst er abstracts gennemlæst, og de, der ikke svarer på forskningsspørgsmålet er sorteret fra.

I anden søgning er i alt 761 studier ekskluderet (meget støj). Derefter er opnået adgang til de 43 fulde artikler, der alle er gennemlæst. Her er yderligere 41 studier ekskluderet. Således er der 2 studier, der danner grundlag for nyere litteraturviden til diskussionen mellem allerede nævnte artikler fra den behandlende del af systemet til om forskningsspørgsmålet kan besvares gennem fremsøgt litteratur og ved egen empiri. Nedenstående flowchart figur 5 viser oversigt over antallet af hits i sidste søgning samt udvælgelsesproceduren. Sidste søgning er udformet omvendt, giver deraf en del støj, (se bilag 11) og på flowchart ses også *quick and dirty* søgningsresultat, hvor der er søgt "Psychotherapy"[Mesh] AND abuse AND sexual AND body = 59 results, se bilag 12.

Figur. 5 Flowchart



Figuren Flowchart over udvælgelsesprocessen. Figuren er fra: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

4.5 Diskussion

Ud fra det informanterne udtrykker, og savner i deres senfølge behandling, finder vi 4 hovedtemaer, som er særlig vigtige for kvinderne at blive mødt med i behandler relationen.

1. Helhed (*altså med krop og hoved forenet*).
2. Ligeværd, tillid, tryghed, nærvær og fordomsfrihed.
3. Viden om senfølger efter SO, som naturlig mulighed for psykoedukation.
4. Sexologhjælp til reorientering i genskabelse af krop, sensualitet, seksualitet og lyst.

Til det informanterne ønsker, kan vi, med vores viden tilføje; at senfølge ramte (SR) efter SO ofte er fastlåste, da mestringssevnerne er uhensigtsmæssigt integreret hos den SR, og at det derfor kan tage år, at nå erkendelsen om senfølgerne.

Rapporten fra Socialstyrelsens; 2019 "Analyse af senfølgeområdet" viser at, den primære indsats til personer med senfølger efter overgreb, varetages af regionerne, CSM og, at kommunerne i begrænset omfang har indsatser til målgrupperne. Analysen viser, at der foregår "lav grad af systematisk koordination" mellem disse indsatser, som ofte drives af den enkelte sagsbehandler, eller psykolog. Analysen beskriver, at senfølge området er præget af en række udfordringer; som en lang ventetid til CSM, der kan have alvorlige konsekvenser for SR sundhedstilstand. Derudover er området præget af fragmentering, geografisk skævhed og tilfældighed i hvem, der får behandling.

Kvinderne i vores interview og HEU beskriver samstemmende, oplevelser om blandede ressourcer i tilbud, manglende viden, tillid, ventetid og symptombehandling, der hos dem skaber mere distance og reviktimisering end forståelse.

Citater fra HEU'en:

"Af helvede til. Følte mig hverken lyttet til eller set som et helt menneske med fejldiagnoser og fejlbehandling til følge, som gjorde mig endnu mere syg"(16).

“Jeg havde ingen tillid til “systemet”. Autoriteter havde svigtet mig, så min overbevisning var “hvorfør skulle fremmede ville hjælpe mig og være troværdige?”(22).

“Distance... og skyld pålæggelse. Der er noget galt med dig. Ikke med systemerne omkring”(44).

“Forfærdeligt; ydmygende og ødelæggende. Mangelfuldt på en bred front. fx ingen hjælp til at bearbejde chokket og sorgen der kom med flashbackene. I Stedet vantro og mistænkeliggørelse”(39).

Analysen rapporterer, at SR i forhold til fysiske og psykiske lidelser, ikke er en homogen gruppe, da de har været udsat for mange forskellige slags overgreb og de senfølger, de lider under derfor varierer. Langt over halvdelen af SR har dobbeltdiagnoser, eller flere end to diagnoser. SR får ordineret psykofarmaka, og har dermed betydelige og sammensatte psykiske lidelser, som kræver en kompetent behandling. Hvis informanterne var blevet set med senfølger, mener de ikke, at de var blevet “kastet” rundt på den måde i udrednings- og diagnosesystemet.

CSM behandling er i analysen sammenlignet med psykologordning under Socialstyrelsen. Her finder man i sammenligningen, at psykologordningens brugere har et højere antal psykiatriske diagnoser, mens brugerne af CSM har et højere antal somatiske sygdomme. I begge ordninger falder diagnoserne markant, målt før og efter behandlingsstart over 12 måneder. Forbruget af psykofarmaka til de SR daler hos CSM, men stiger hos psykologerne. Gruppen hos psykologerne har også en tredobling af fysiske symptomer efter behandlingen, hvor antallet stiger med en tredjedel hos CSM gruppen.

“At traumerne sidder i kroppen og at konventionel terapi kun taler til hovedet og får mig til at føle mig helt vildt dum, når jeg sagtens kan se hvorfor jeg gør som jeg gør, men ikke ændre det, fordi problemerne i min krop ikke er blevet håndteret”(38).

“At jeg havde gået til psykolog 2x12 sessioner uden egentlig at opleve noget ‘gennembrud’. Og at jeg oplevede at psykologen ikke kom forbi min facade med snak/spørgsmål, så tænkte at jeg måtte gøre noget andet. Plus anbefaling fra en anden senfølgeramt...”(27).

Til sammenligning beskriver informanterne, at deres fysiske symptomer er et invaliderende udtryk for, at deres senfølger ikke er adresseret samt, at det først, er, da en kropsorienteret tilgang bliver koblet på deres behandling, symptomerne letter og, der kommer ro i nervesystemet.

“At jeg i dag har et rigtigt trygt og rart forhold til min krop, min seksualitet samt langt mere tillid til verden. Jeg oplever ro i mit nervesystem som aldrig før”(7).

Da mange SR følger ambulante tilbud i psykiatrien, kan det være tilfældigt, om de modtager tilbud til CSM eller psykiatrisk pakkeforløb. Afrapporteringen beskriver, at tilbud i psykiatrien kan mangle helhedsorientering i forhold til senfølgerne, da behandlingen tager udgangspunkt i en hoveddiagnose, samt at z- diagnoserne ikke bruges systematisk. Senfølger efter SO kan fx. lede til en diagnose, som PTSD, og derved får senfølger efter SO ikke samme opmærksomhed (Videnscenter for Psykotraumatologi, 2019, s. 6–13).

Informanterne og HEU beskriver oplevelser af reviktimisering af systemet, frygt og tvang ved at skulle passe i en diagnostisk kasse, og at blive mødt som en diagnose og ikke, som et helt menneske med senfølger reaktioner.

“... Psykiatrien behandlede ikke mine senfølger, men gjorde dem bare værre, bortset fra mine tvangstanker om selvmord”(45).

“Jeg har oplevet det som firkantet og ressourcefattigt... (7).

I forlængelse af dette oplever informanterne samt kvinderne fra HEU ikke deres behandling fyldestgørende, faktisk fortæller vores empiri det modsatte nemlig, at kvinderne ikke har oplevet deres behandling i det konventionelle, som en succes, snarere tværtimod.

“Af helvede til. Følte mig hverken lyttet til eller set som et helt menneske med fejldiagnoser og fejlbehandling til følge, som gjorde mig endnu mere syg”(16).

Nedenstående tabel viser et overblik over de tre vigtigste fremtidige kompetencer,

som de SR prioriterer indenfor de fire områder, i en undersøgelse, som var en del af afrapporteringen. Den viser, særligt viden om, hvad senfølger er over alle fire områder, samt ønske om bedre redskaber til opsporing af SR.

Tabel 6.: Top 3 vigtigste kompetencer på senfølgeområdet.

Opsporing	Behandling	Rådgivning	Frivillig indsats
1. Metoder og værktøjer til at spørge ind til overgreb 2. Generel viden om, hvad senfølger er 3. Indikationer på, hvordan borgere med senfølger kan identificeres	1. Grundviden om fænomenet senfølger, herunder viden om traumer, sexologi og fysiotraumatologi 2. Relevant efteruddannelse 3. Viden om senfølger, herunder komorbiditet og sammenhæng til somatiske sygdomme	1. Kompetencer i forhold til at opbygge en god relation 2. Kompetencer i forhold til tværfagligt samarbejde 3. Viden om socialpsykologi, i særdeleshed gruppedynamik	1. Generel viden om, hvad senfølger er 2. Personlige kompetencer, herunder at kunne lytte og relatere sig 3. Ydmyghed i forhold til brugergruppen

(Videnscenter for Psykotraumatologi, 2019, s. 6)

I lighed med den ovenstående tabel fra sundhedsstyrelsen, udtrykker informanterne, samstemmende ønsker om ensartede behandlingsbehov med baggrundsviden fra den professionelle om senfølger, helhedsorienteret behandling, at blive mødt i reaktionen af senfølgerne, uden at blive puttet i en *diagnostisk kasse* og, at medicineringen bruges med omhu.

“Den har haft en meget dårlig påvirkning af min krop. Jeg er blevet proppet med medicin, som har ført til overvægt og mere selvhad, ødelagte tænder, som jeg var flov over og drevet mig endnu længere ind i dissociation, så jeg intet godt kunne mærke”(16).

En essentiel faktor for informanterne i mødet med behandlingssystemet er tillid, nærvær og ro for, at de overhovedet kan, vil og tør åbne op. Afvisende tilknytning, dissociation samt andre overlevelsesmekanismer viser sig ved manglende tillid i relationelle kontakter og anses, som et beskyttende skjold mod at blive forrådt og overgrebet igen. Dette skal også ses i forbindelse med behandling, og der må derfor forventes ekstra tålmodig behandlingstid med denne gruppe. Et studie omhandlende behandling på CMS viser derfor også, at kvinder med en afvigende tilknytningsstil er associeret med fortsat PTSD efter 12 måneders behandling, men efter et års yderligere behandling, ser man positivt fald af PTSD symptomerne(Elklit, 2015, s. 2).

“Fordi jeg stadig var plaget af senfølger af incest seksuelle overgreb. Men 11 gange forslog jo slet ikke”(29).

“Det tog meget lang tid at komme frem til, at mine symptomer kom pga. en meget dysfunktionel opvækst med bl.a. seksuelle overgreb”(28).

Citatet siger: “Trust is essential for the working alliance in therapy”(Elklit, 2015, s. 9), og Elklit konkluderer, at det tager tid at genopbygge basal tillid, samt kræver en empatisk og kompetent behandler. Når det sker over tid, er der bedre muligheder for, at det tillidsfulde forhold i terapien potentielt kan overføres til at opbygge nye tillidsfulde relationer udenfor terapilokalet. CSOs rapport om behandling af SR beskriver også i deres rapport, at:

“opbygning af tillid til en behandler og bearbejdelsen af følelsen af, at overgrebet var ens egen skyld og den skam, som ofte også er forbundet med at have gået så længe uden at have søgt hjælp, lå dybt forankret i mange”(Andersen, København, December 2020, s. 3).

- og det stod klart for CSO at et korttids tilbud ikke ville kunne favne denne gruppens komplekse behandlingsbehov.

En del kropsorienterede terapeutiske retninger handler grundlæggende om at genopbygge tillid og kontakt med andre, samt (gen)opbygge tillid og kontakt med sig selv. Når vi er i kontakt, opfylder og udfylder vi den tomhed og længsel efter at blive mødt helt, og det gør vi føler os levende og fuldt ud tilstede. Nogle hævder ligefrem at al forløsning sker i kontakt. Dog er det ikke så ligetil, da længslen efter kontakt hos de krænkede, ofte er ambivalent og præget af stor angst, arousal, og dissociative tilbøjeligheder for ikke at være i kontakten, og derfor kræver motivation, tid, mod, accept, tålmod og vedholdenhed (Heller og LaPierre, 2014, s. 7, 159).

Inf 3 beskriver, hvor essentielt kontakt, ligeværd og tillid er for behandlingseffekten.

“tilliden. Den er den allervigtigste. Hvis den ikke er der, så kan du ikke gøre noget som helst. Hvis ikke trygheden er der, så kan du ikke arbejde med noget som helst. Du kan bilde dig selv ind, at det er der- men hvis du ikke føler det, så kan du ikke gøre noget” (inf 3 side 60)

“En anerkendelse af, at tillid til terapeuten er det vigtigste, ift. at kunne arbejde sammen om noget så sårbart...at der er en almen forståelse, for hvor dybt kropsligt lagret traumer er. Så der arbejdes både med sansninger, følelser og intellekt”(11).

“At komme til en terapeut som så mig som det menneske jeg er, med alt hvad det indebærer. At behandlingen er en sammenhæng mellem intellekt, følelser og sansning. Og så er det selvfølgelig alfa omega at man har en terapeut man er tryk og har tillid til!”(16).

Kolk, Levine og Porges opdagelser om, at traume erindringerne og helbredelsen er indkodet i vores autonome nervesystem, gør, at de har genåbnet og fundet værdi ved de ikke-farmakologiske forståelser for sundhed udenfor den vestlige medicin, og kalder på en radikal forandring af vores terapeutiske metoder. Kolk og Porges neurovidenskabelige forskning viser at eneste vej tilbage til et liv ud af dissociationen er gennem opmærksomhed på kroppen her og nu, og ved at blive bedre til at håndterer sine emotioner. Dette gøres både top-down og bottom - up. (Levine, 2012; Porges, 2017, s. 39–88; Schwentek, 2019; Van der Kolk, 2019)

“Chok og traumer sidder i kroppen, fordi krop og psyke hænger sammen, så hvis vi ikke har kroppen med, er det meget svært for helingsprocessen”(19).

“Hvis erindringen om de traumatiske begivenheder er indkodet i det autonome nervesystem, i hjerteskrænde og mavevridende emotioner, i autoimmune forstyrrelse og problemer med skelettet/muskulaturen, og hvis kommunikationen psyke/hjerne/det autonome nervesystem er kongevejen til regulering af emotionerne, kalder det på radikal forandring af vores terapeutiske antagelser”(Van der Kolk, 2019, s. 88).

Som det ses gennem vores søgning tyder det på, at vores problemområde er et underbelyst fagfelt.

De 2 artikler, som besvarer vores forskningsspørgsmål, er begge udarbejdet af samme forfatter, PhD; Cynthia Price og omhandler samme interventionsstudie. (Price, 2005, 2007) Studiet undersøger effekt af kropsorienteret behandling i helbredelsesprocessen af kvinder med senfølger efter SO og er fra 2005. Price skriver i 2007 det andet studie om, hvordan den kropsorienterede behandling kan nedsætte dissociation og skabe kropsbevidsthed ud fra data udtrukket fra det første studie.

Første studies design omhandler to gruppe, der er randomiseret til enten *bodywork* kombineret med psykoterapi eller kun massage. Der er inddraget 24 kvinder, som alle følger samme protokol om at udfylde kvalitative spørgsmål ud fra 3 nøglepunkter: fysisk-, psykisk velvære og kropskontakt; de omhandler bl.a. graden af dissociation eller PTSD. Disse besvares ud fra forskellige skalaer bl.a. Scale of Body Connection. Studiet forløber over 8 gange, en times behandling, over en 10 ugers periode. Svarene indhentes over 6 gange- bl.a. efter 3 måneder. Studiet viser at begge grupper havde signifikant forbedring i de 3 nøglepunkter og at der ikke var signifikant forskel mellem de to grupper. Dog viser den kvalitative undersøgelse efterfølgende, at den ene gruppe oplever, at behandlingen har terapeutisk effekt. I studiets start, er der 15 med aktiv PTSD og 3 måneder senere, er der 4. Ergo falder PTSD samlet i grupperne fra 62,5% til 16,6%. For dissociation gælder det, at 10 ud af 24 ved start har score svarende til normalbefolkningen, og ved 3 måneders opfølgning, har 18 har dissociation inden for normalen; det er en forbedring på 34%. Studiet demonstrerer, at begge kropsorienterede tilgange har en klinisk positiv effekt på senfølger efter SO, efter 8 ganges behandling over 10 uger.

Elklit's kohortestudie(Elklit, 2015) fremhæver deres succes ved behandling af senfølger efter SO ved måling af PTSD symptomerne, der falder fra 78 til 40%, altså 38% over et år. Heri nævnes, at gruppen avoidance attachments kan have behov for længere tids behandling.

Prices studie konkluderer, at de kropsorienterede behandlingstilgange er effektive og grundlæggende for helbredelsen af senfølger efter SO, for begge grupper. De interpersonelle relationer og, at kvinderne er motiverede, ser studiet som afgørende. Denne fundamentale viden er essentiel for kommende studier ved behandling af senfølger efter SO. De rejser et bredt spørgsmål om at integration af en mere helhedsorienteret tilgang, vil kunne løfte sundhed og velvære i behandlings verden generelt.

Andet studie fra Price, (Price, 2007), måler på samme tre nøglepunkter, som første studie og omhandler behandling af dissociation gennem kropsorienteret terapi hos kvinder med senfølger efter SO. Dette er område er sjældent blevet belyst. Studiet demonstrerer; at distress, dissociation og SO er tæt forbundet, samt spiller en central

rolle for helbred og helbredelse. Den gruppe med højest grad af dissociation har mindst kropskontakt og har de største psykologiske og fysiologiske distress symptomer. Dissociation er en barriere for at arbejde med traumerne, og det viser sig mere virkningsfuldt, når tilgangen kombineres mellem Top Down og Bottom-up. Det gøres ved, at de øver deltagerne i en øget kropslig opmærksomhed, evnen til sanse nærværelse, samt at opretholde en bevidsthed på indre oplevelse uden at dissociere under kropsarbejdet: udvikle en indre interoceptiv og proprioceptiv opfattelse (Payne, Levine og Crane-Godreau, 2015a, 2015b). Dette kombineret med en mental forståelse, accept og indsigt, mener forfatteren, er den primære strategi for helbredelse af dissociative senfølger.

Hypotesen bekræftes og begge grupper, der modtager kropsorienteret behandling, når overvældende nedgang i dissociation. Alle deltagerne har forinden modtaget 2 års psykoterapi, og på trods af dette er det først under dette kropsorienterede interventionsstudie, at dissociationen falder markant. Altså senfølgen med moderat dissociation har den største forbedring i helbredelsen i alle parametrene, og den bedste forøgning af interoceptiv og proprioceptiv opmærksomhed. 50% af deltagerne har høj grad af dissociation ved starten, denne gruppe falder til 16,7% ved studiet afslutning, og der er kun 4,2% efter 3 måneders opfølgning. Konklusionen er, at det kan virke for alle grader af dissociation, ved oplevelse af egen krop, øget bevidsthed og egen identifikation gennem kropsterapi kan være nøglen til at ændre mønstre af dissociation, distress og senfølger. Det demonstreres i studiet, hvor dissociationen falder ved øget kropskontakt, samt mental og fysisk velvære forbedres.

CSM har udvælgelseskrav, hvori dissociation bevirker, at SR ikke kan få den ønskede hjælp. I forhold til ovenstående artikel skønnes dette ikke nødvendigt for senfølge helbredelse, hvis behandlingen går Bottom- up.

(3.12.51) "CSM var dårlig" (3.16.53) "du skal kunne huske det... du skal have erindringer..det gør ondt på mig, at dette statsstøttede tilbud vælger $\frac{2}{3}$ dele af os fra..., fordi vi er for dårlige i deres opfattelse - altså dissociation"(inf1 s. 46)

"Deres screening procedure ville jeg aldrig kunne gå ind i. Pga typen af spørgsmål, hvad man forventes at kunne sætte ord på allerede ved en forsamtale, ens erindringer, og fordi jeg dissocierer"(12).

Ligeledes lægges der vægt på det sociale engagement for at flytte sig fra arousal til ro i nervesystemet, som medvirkende helbredende faktor. Kun ved at arbejde begge veje mener de, at der kan opnås forløsning, reparation og forandring af et traume. Altså ved at inkorporerer begge tilgange, og at de begge er lige vigtige til trods for at de fremtræder meget forskellige, pga. dette efterlyser de et paradigmeskifte i behandlingssystemet af traumatisk stress ramte.

“Ved et traume, i den brøkdelen af et sekund, hvor kroppen uforberedt rammes af chokket, kan man ikke reagerer formålstjenligt. Det er af den grund, at den enorme overlevelsens energi bliver låst fast i kroppen og sindet. Det er, som om energien er rigtig fint klædt på uden nogen steder at tage hen. Men den energi er nødt til at bevæge sig et eller andet sted hen; og den går ind i symptomerne på traumer. Hals og ryg spænder op og knytter sig sammen i smertefulde kramper. Nervesystemet er så aktiveret, at vi ikke kan sove eller hvile godt. Sindet begynder at blive plaget af ængstelig bekymring”(Heller og Heller, 2017, s. 15).

“Kropsterapien følte jeg mig meget tiltrukket af fordi min krop begyndte at ryste voldsomt, da jeg fik de første erindringer om seksuelle overgreb for ca. 19 år siden. Når min krop rystede fik jeg erindringsglimt fra de seksuelle overgreb”(30).

Informanterne og kvinderne fra HEU efterlyser samstemmende, at de ønsker at mødes, som det hele menneske de er, samt ses med de senfølger de bærer efter SO. De ønsker ikke at mødes ud fra en diagnostisk kasse, som en hoveddiagnose, hvor de skal forsøge at passe ind og blive puttet i. Alle ovenstående artikler og undersøgelser, der belyser behandlingseffekt på senfølge området, henviser til målinger lavet på diagnostiske termer, som PTSD og dissociation og ikke senfølger efter SO.

5. Konklusion

SR efter SO oplevelser og behandling er et underbelyst, men vigtigt område, da flere end før antaget bærer på traumefulde erindringer, som dysregulerer nervesystem, kontakten til krop, relationer til andre og bringer den generelle sundhed i fare. Et traumatiseret menneskes nervesystem er fanget i arousal og ved Bottom - up processer genoprettes balancen lettere, som kan skabe en følelse af sikkerhed og

tillid. Top- Down kan lave mere skade for SR, da det kan fastholde dem i senfølgerne af fx mestringsstrategierne og arousal. Modsat skal Bottom-up gøres blidt og i proces med den enkelte, for ikke at skabe retraumatisering og kræver desuden en kompetent behandler. Vi ser derfor, at behandling af SR efter SO kalder på en behandlings tilgangs reorientering, hvor vi ser brobygning mellem paradigmerne, som vejen frem.

Inf 2 og 4 siger uafhængigt af hinanden, det at få kontakt til kroppen, gør, at de nu *lever i stedet for blot at overleve.*

Kvinder oplever fragmenterede, snævre og mangelfulde tilbud, som vi konkluderer ikke favner kvinden med senfølger efter SO bio- psyko- socialt, og vi ser, at de mangler:

bio: Psykoedukation om neurovidenskab især, at senfølger er en naturlig reaktion på en traumatisk begivenhed. Bottom - up, som anerkendt hovedvej til at berolige ANS og åbne for kognitiv forståelse og integration. Støtte i kvindernes reorientering, særligt seksualiteten.

psyko: tillid, nærvær, respekt, forståelse for deres senfølger, blive mødt individuelt og med bedre tid.

socialt: Flere ligesindet gruppe muligheder, som SPOR. Parrelationshjælp.

CSM vurderes, som de bedste i Danmark, på trods af, at der er ventetid, og skrappe inklusionskriterier. De viser, et effektivt fald af PTSD på 38% over et år. Som modsvar, viser kropsorienteret tilgang forbedring af PTSD på 34% indenfor 10 uger, altså hurtigere effekt. Dertil vælger CSM en stor del af de SR fra, selvom studier viser, at disse fravalgte dissocierede kan have gavnlig effekt af den rette behandling. Dette ser vi, som problematisk, og forringende for helbredelses behandling på senfølge området. Derudover ser vi, at diagnosticeringen og længerevarende medicinering, er hæmmende faktorer.

Stolpegården og Nannasgade arbejder med at samle SR i behandlingen, og bruger systematisk z-diagnoserne. På denne måde behandles de SR, med respekt for

spektret af senfølger og den senfølge, der er mest fremtrædende i deres verden, og de ses dermed uden for diagnose kasserne. Bottom-up tilgangen ser vi ikke implementeret på lige fod med Top- Down; dette vurderer vi forringer, og forlænger muligheder for at helbrede senfølgerne og øger risikoen for, at nye problemer støder til og dermed for stigende komorbiditeter, fordi; jo længere man er i arousal, desto sværere er det at helbrede.

Som vores studie fremkommer med, kan det være relevant at medinddrage mere Bottom-up i behandlingstilgange af kvinder med senfølger efter SO. Fragmenteret hoved og krop forlænger senfølge behandling og er forbundet med forringet livskvalitet og helbred. Som artiklerne viser øger den kropsorienterede behandling interoception og proprioception, som nedsætter dissociationen, der ellers står i vejen for at bearbejde senfølgerne efter SO. Dertil ser vi, at der vil være en fordel i at tildele behandlere mere viden omkring emnet, da det vurderes mangelfuldt og dobbelt tabubelagt.

I det kliniske sexologiske arbejde er det relevant at medinddrage sexologer i behandlinger af kvinder med senfølger efter SO, da studiet fremkommer med et behov, der ikke er opfyldt. Der er en oplevelse af, at seksualiteten ikke berøres i senfølge behandlingen, og at kvinderne står alene med deres nye seksualitet og integrationen af denne, til tider med en partner. Seksualitetens fokus og sexologens arbejde efterlyses af informanter og HEU kvinderne, da det er gennem seksualiteten senfølgerne er skabt, derfor savner de nogen, som tager det felt alvorligt, fokuserer på årsagen, kan rumme det, er villige til og åbne overfor at behandle det. En virkningsfuld metode i mødet med den kliniske sexolog vil være at gøre brug af EXPLISSIT modellen. Et andet givende værktøj for at fremme ressourcer i senfølge behandlingen er at anskue behandlingen med en salutogenetisk tilgang- SOC. På denne måde at medinddrages kvinden først i behandlingen og dernæst lægges vægten på begribelighed, meningsfuldhed og håndterbarhed, - som fremmer resiliens og sundhed, som ny sund mestring strategi til kvinden fremtidige liv.

6. Perspektivering

Fremadrettet ser vi, at en tidlig indsats, vidensdeling og formidling allerede i skoleniveau, hos sundhedsplejerske, lærer, pædagogerne, og til forældre vil kunne forebygge, og bryde angsten for at tale om SO, så traumerne ikke når at forplante sig til dybe og fastgroede rødder, der er svære at behandle og helbrede. Dette for at hjælpe børnene, og de voksne til en forståelse af de kropslige reaktioner og nonverbale indsigter, fx. intrusion, udadreageren, spiseforstyrrelser eller viden om seksualitet ift. deres alder. Hvilket taler; for hurtigere at fange, helbrede -og måske endda forebygge stress traumatiske senfølger inden de, som ovenfor bliver fastlåste symptomer.

Dertil kunne en generel vidensdeling om emnet være givende for relevante fagpersoner, der kan møde SR med forståelse og accept, af hvorfor mennesker, reagerer og agerer, som de gør grundet senfølger efter SO.

Stolpegården er på vej i en rigtig retning med deres nye tiltag, hvor de samler gruppen af SR efter SO, via z-diagnosen og ligesindede mødes under en inkluderet krops tilgang som en forståelse i deres behandling af senfølger.

Vi ser en spændende mulighed for et interventionsstudie, hvor man medinddrager kropsorienteret behandling af senfølger i den konventionelle behandling. Et studie, der måske påviser hurtigere resultater med mere kropslig tilgang end den nuværende konventionelle behandling. Den konventionelle behandling ville ses, som kontrolgruppe. Et samarbejde mellem paradigmerne, så de begge står stærkere.

“Trauma is an experience not an event. It's what happens inside of us as a result of what happens to us . It's our response to the event rather than the event itself” (The Trauma Foundation, 2021).

7. Projektet

7.1 Styrker og svagheder

En styrke ved vores projektprocessen er, at forforståelser gang på gang er kommet i spil, og bliver udfordret på baggrund af forskellige habitus i vores møde med hinanden. Gevinsten ved dette er en dybere forståelse, udvikling og gennearbejdet materiale, end hvis vi har gennemlevet processen alene.

HEU

Styrker: Til udfærdigelse af HEU gør vi brug af afkrydsning rubrikker med grader af henholdsvis stress reaktionsmønstre, samt graden af interoceptiv sansning og dissociation i forskellige situationer, ved hjælp af Scale of Body Connection (SBC), som er et videnskabeligt valideret værktøj. Desværre bliver afkrydsningen forskelligt brugt, da der er en overskrift som nogle brugte, så begge svar blev behæftet med bias. **Svagheder:** spørgsmål kunne være formuleret bedre forståeligt, så i denne proces har vi fået indsigter og læring af, hvor svært og tidskrævende det kan være at få udarbejdet en kvalitativ spørgeskemaundersøgelse.

Vi har fx. et spørgsmål om kvindens oplevelse af sin seksualitet efter SO. Dette giver mange svar om, at det er svært at svare på da, de ikke har haft egen seksualitet før SO starter, og at deres seksualitet er groet ud af en hverdag præget med disse overgreb.

Der har vi ikke været specifikke nok i formuleringen af, hvad vi ønskede svar på.

En anden læring er, at vi kan investere mere i online platformen, for at få flere muligheder med. Den version vi vælger at købe, giver en ekstra rubrik ved overskriften, så der i besvarelse af spørgsmålet er mulighed for misforståelse, hvilket giver en bias i analysen af skema, som gør, at vi vurderer det spørgsmål ubrugeligt i den kvantitative analyse.

En anden læring er valg af ord: fx. er *konventionel* ikke forståeligt for alle informanter. Dertil er det, at vi skriver, at det tager 5 minutter at udfylde, og det for mange tager timer at udfylde, for os en læring.

Interview og video proces

Interviewene oplever vi som værende en givende proces, da vi vælger at køre ud og hjem til informanterne, så den tillidsfulde og trygge ramme er skabt for dem. I denne forbindelse vælger vi også at filme informanterne for at få deres nonverbale kommunikation med. Videoerne er ikke medinddraget i analysen, da “det var for stort brød”, samt at vores it- kyndighed kunne være bedre. Videoen er brugt i vores opsamling proces, ved at blive set sammen med lytnings proces, bl.a. for at udfordre egen forforståelse i det hørte versus det set non-verbale, og fastholde os i at beskrive informanten så valid så muligt ved transskriptions reglerne uden medinddragelse af egen forforståelse og tolkning. Dette er set for at forsøge at imødekomme epochés fænomenologiske ideal om selv at kunne træde mest muligt ud af analysen. Dog med viden om, at det er et ideal, som aldrig helt kan opnås, da der i samtalens deltagende eksistens aldrig vil være muligt kun at være ren bevidsthed.

Undervejs i interviewene forsøger vi mundtligt at validere. Dertil forholder vi os kritiske til egne analyser og konklusioner og tjekker hvert trin (jf. 7.2) for om processen understøtter disse. For at sikre validiteten, søger vi i alle projektets faser at tilpasse os projektets emne og formål.

7.2 Processen

Der har fra start været lavet struktureret tidsplan og gantt diagram, med et samtidig ønske om en struktureret agil og iterativ proces. Dette valg er truffet, da er erfaret, at de to tilgange supplerer hinanden godt. Det kan udtrykkes, som: “omstillingsparate gentagelser” eller “gentag og vær åben overfor, at noget kan forbedres og gøres anderledes”. I den iterative proces ligger der nemlig en tendens til at gentage på samme måde. Derfor er det agile aspekt godt at få med, så man gentager og forholder sig til, hvordan man gjorde. Kan det gøres anderledes, bedre, med færre “fejl”, osv. med den nye viden og de nye indsigter. Og så gentage igen. Konklusionen er: at agil og iterativ passer, som fod i hose. Da de to tilgange komplimenterer hinanden og sikrer et fokus på, at man lærer og tilpasser sig efter hver gentagelse. Deadlines har været overskredet, og aftaler brudt, da livet er dynamisk og uforudsigeligt, samt en meget lærerig og spændende proces. Se bilag 13: X, X2, X3 viser gentagelsen (Kousholt, 2010, s. 45, 46, 515–517).

Forfattere: Stine Brasgaard Thirslund og Christin Walter

Studienr.: 20192391 og 20196378

Masteruddannelse i Sexologi, Masterspeciale, Modul 8.

8. Litteraturliste

Almind Jansen, H. og Lau, M. (2019) "Seksuelle krænkelse af børn og unge", i Graugaard, C., Annamaria, G., og Møhl, B. (red.) *Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard, s. 949–976.

Andersen, L. E. (København, December 2020) *Behandling af senfølger hos Voksne udsat for seksuelle overgreb efter det 18 år. projekt 2017-2019*. Center for seksuelle overgreb b.

Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (2015) "Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: en introduktion", i Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (red.) *Kvalitative metoder: en grundbog*. Hans Reitzels Forlag, s. 13–24.

Brugerforening for senfølgeramte ~ Landsforeningen Spor (2019). Tilgængelig hos: <https://www.landsforeningen-spor.dk/> (Set: 18. april 2021).

Bruhn, P. (2002) *Hjernen og stress: hjerneforskningen om stress, en oversigt over aktuel viden*.

Carvalho, A., Price, C. og Neves, C. F. (2017) "Body Awareness and Bodily Dissociation Among Those With and Without Sexual Difficulties: Differentiation Using the Scale of Body Connection", *Journal of sex & marital therapy*, 43(8), s. 801–810.

Center for Seksuelle Overgreb (uden år). Tilgængelig hos: <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/center-for-seksuelle-overgreb/Sider/default.aspx> (Set: 18. april 2021).

Center for seksuelle overgreb - Rigshospitalet (uden år) *Rigshospitalet*. Tilgængelig hos: <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/center-for-seksuelle-overgreb/Sider/default.aspx>.

Center for Seksuelt Misbrugte (2018) *Center for Seksuelt Misbrugte*. Tilgængelig hos: <https://csm-danmark.dk/> (Set: 18. april 2021).

Childre, D. m.fl. (2017) *Heart Intelligence: Connecting with the Intuitive Guidance of the Heart*. Waterside.

Christiansen, I. (2018) *ICD-11, Kapitel 6: Psykiske-, adfærdsmæssige lidelser og neuroudviklingsforstyrrelser. Videnskabeligt grundlag samt retningslinjer*, www.dp.dk. Dansk Psykolog Forening. Tilgængelig hos: <https://www.dp.dk/p-psykologernes-fagmagasin/konferenceartikler/icd-11-kapitel-6-psykiske-adfaerdsmaessige-lidelser-%20og-neuroudviklingsforstyrrelser-videnskabeligt-grundlag-samt-retningslinjer/> (Set: 27. februar 2021).

Cooper, K. E. (1986) *Homeostasis and Thermal Stress: Experimental and Therapeutic Advances*. S Karger Ag.

Craig, A. D. (2020) *How Do You Feel?: An Interoceptive Moment with Your Neurobiological Self*. Princeton University Press.

Craparo, G., Ortu, F. og van der Hart, O. (2019) *Rediscovering Pierre Janet: Trauma, Dissociation, and a New Context for Psychoanalysis*. Routledge.

D'Andrea, W. *m.fl.* (2011) "Physical health problems after single trauma exposure: when stress takes root in the body", *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(6), s. 378–392.

De Bellis, M. D. og Zisk, A. (2014) "The biological effects of childhood trauma", *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 23(2), s. 185–222, vii.

Definition på senfølger af seksuelle overgreb (uden år) Landsforeningen SPOR. Tilgængelig hos: <https://www.landsforeningen-spor.dk/hvad-er-senfoelger/> (Set: Marts 28, 2021).

Depression, stress og hjernefunktion (uden år). Tilgængelig hos: <http://www.videbech.com/page4/page5/page5.html> (Set: 27. februar 2021).

Det sætter sine spor (uden år) Landsforeningen Spor. Tilgængelig hos: <https://www.landsforeningen-spor.dk/det-saetter-sine-spor/> (Set: 25. marts 2021).

Dudel, J. (1995) "Innerneurale Homeostase und Kommunikation, Erregung", *Springer-Lehrbuch*, s. 31–58. doi: 10.1007/978-3-662-22217-1_2.

Elbers, J. *m.fl.* (2017) "Clinical Profile Associated with Adverse Childhood Experiences: The Advent of Nervous System Dysregulation", *Children*, 4(11). doi: 10.3390/children4110098.

Elbers, J. *m.fl.* (2018) "Wired for Threat: Clinical Features of Nervous System Dysregulation in 80 Children", *Pediatric Neurology*, s. 39–48. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2018.07.007.

Elklit, A. (2015) "Treatment of Danish Survivors of Child Sexual Abuse—A Cohort Study", *Behavioral sciences*, 5(4), s. 589–601.

Ellenberger, H. F. (1981) *The Discovery Of The Unconscious: The History And Evolution Of Dynamic Psychiatry*. Basic Books.

Fakta om voldtægt (uden år) Det Kriminalpræventive Råd. Tilgængelig hos: <https://dkr.dk/vold-og-voldtaegt/fakta-om-voldtaegt/> (Set: 19. februar 2021).

Felitti, V. J. *m.fl.* (1998) "Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study", *American journal of preventive medicine*, 14(4), s. 245–258.

Fouchard, J. (2019) "Forebyggelse og sundhedsfremme på seksualitetens felt", i Graugaard, C., Giraldi, A., og Möhl, B. (red.) *Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard, s. 665–686.

Freud, S. (2014) *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. Read Books Ltd.

Freud, S. og Breuer, J. (1971) "Studies on Hysteria (1893-1895). Chapter I. On the psychical mechanism of hysterical phenomena: Preliminary communication (1893) (Breuer and Freud)", *PsycEXTRA Dataset*. doi: 10.1037/e417472005-070.

Frisch, M. *m.fl.* (2019) *Sex i Danmark - Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*. Aalborg Universitet, Statens Serum Institut. Tilgængelig hos: https://files.projektsexus.dk/2019-10-26_SEXUS-rapport_2017-2018.pdf.

Graugaard, C. og Giraldi, A. (2019a) "Seksualitet i et biologisk perspektiv", i Graugaard, C., Annamaria, G., og Möhl, B. (red.) *Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet*. København:

Munksgaard, s. 63–102.

Graugaard, C. og Giraldi, A. (2019b) "Sundhed, sygdom og seksualitet - et overblik", i Graugaard, Christian, Annamaria Giraldi, Bo Møhl m. fl. (red.) *Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard, s. 409–427.

Graugaard, C., Giraldi, A. og Møhl, B. (2019) "Hvad er seksualitet og seksuel trivsel?", i Graugaard, C., Giraldi, A., og Møhl, B. (red.) *Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard, s. 39–62.

Graugaard, C., Hertoft, P. og Møhl, B. (2016) "Krop, sygdom og seksualitet", i Graugaard, C., Hertoft, P., og Møhl, B. (red.) *Krop, sygdom & seksualitet*. Hans Reitzels Forlag, s. 9–36.

Graugaard, C. og Møhl, B. (2019) "Seksualitet i et psykosocialt perspektiv", i Graugaard, C., Giraldi, A., og Møhl, B. (red.) *Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard, s. 103–142.

Gulf Bend MHMR Center (uden år). Tilgængelig hos:

[https://www.gulfbend.org/poc/view_doc.php?type=docandid=15644andcn=\(Set: 27. februar 2021\)](https://www.gulfbend.org/poc/view_doc.php?type=docandid=15644andcn=(Set: 27. februar 2021)).

Hald, G. M. (2019) "Seksuelle afhængighedstilstande", i Graugaard, C., Giraldi, A., og Møhl, B. (red.) *Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard, s. 935–947.

Hart, S. (2009) *Den følsomme hjerne: hjernens udvikling gennem tilknytning og samhørighedsbånd*. Hans Reitzels Forlag.

Heller, D. P. og Heller, L. S. (2017) *Traumeheling: Guide til forløsning af traumer efter trafikuheld og andre ulykker*. Gyldendal A/S.

Heller, L. S. og LaPierre, A. (2014) *Udviklingstraumer: hvordan udviklingstraumer påvirker selvregulering, selvbillede og evnen til kontakt*. Hans Reitzels Forlag.

Jacobsen, B., Tanggaard, L. og Brinkmann, S. (2015) "Fænomenologi", i Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (red.) *Kvalitative metoder: en grundbog*. Hans Reitzels Forlag, s. 217–240.

Janet, P. (2019) *Psychological Healing: A Historical and Clinical Study-Volume One*.

Jardine, L. W. (1984) *Adaptation, Homeostasis, and Stress: Background and Development of Psychosomatic Medicine in the Twentieth Century*.

Jürgensen, P. (2020) *Forskellen på PTSD og Kompleks PTSD, KomplexPTSD.dk*.

Tilgængelig hos:

<https://www.kompleksptsd.dk/fakta-om-kompleks-ptsd/forskellen-paa-ptsd-og-kompleks-ptsd/> (Set: 21. marts 2021).

Kim, S. m.fl. (2019) "Emotion regulation after acquired brain injury: a study of heart rate variability, attentional control, and psychophysiology", *Brain injury: [BI]*, 33(8), s. 1012–1020.

Kotler, S. (2014) *The Rise of Superman: Decoding the Science of Ultimate Human Performance*. Houghton Mifflin Harcourt.

Kousholt, B. (2010) *Projektledelse*. Nyt Teknisk Forlag.

Krieger, J. F. *m.fl.* (2019) "Mindfulness i behandlingen af seksuelle funktionsforstyrrelser", *Videnskab / Ugeskrift for Læger* 2019;181.

Kristensen, E. (2019) "seksualitet og psykisk sygdom", i Graugaard, C., Annamaria, G., og Møhl, B. (red.) *Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard, s. 501–526.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Interview- det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. Gyldendal.

Kvisten (uden år) *Kvistene.dk*. Tilgængelig hos: <https://www.kvistene.dk/> (Set: 3. januar 2021).

Langdridge, D. (2007) *Phenomenological Psychology: Theory, Research and Method*. Pearson Education.

Lanius, R., Lanius, U. og Pat, F. J. O. (2006) "psychological trauma and the brain:toward a neurobiological treatment model", i Ogden, P., Minton, K., og Pain, C. (red.) *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. WW Norton & Company, s. 139–161.

Larsen, O. S. (2009) *Psykologiens veje*. Systime.

Levine, P. A. (1997) *Væk Tigeren- helberedelse af traumer*. Borgens Forlag.

Levine, P. A. (2012) *Den Tause Stemme*. Hans Reitzels Forlag.

Lyager, L. og Lyager, J. (maj 2013) "Barnets mestring Den voksnes senfølger", *Psykoterapeuten*, 2.

Matzau, M. og Cadogan, O. U. (2014) *Rigtige mænd går også i sort*.

Minton, K., Ogden, P. og Pain, C. (2006) *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. W. W. Norton & Company.

Møhl, B., Graugaard, C. og Giraldi, A. (2019) "At arbejde klinisk-sexologisk", i Graugaard, C., Giraldi, A., og Møhl, B. (red.) *Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard, s. 687–710.

Oh, D. L. *m.fl.* (2018) "Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity", *BMC pediatrics*, 18(1), s. 83.

Olesen, J. (2003) "Sansning, følelser, krop og bevidsthed", *Nordisk psykologi*, 55(3), s. 235–264.

Ong, A. D. *m.fl.* (2020) "Affective reactivity, resting heart rate variability, and marital quality: A 10-year longitudinal study of U.S. adults", *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association*, 34(3), s. 375–382.

Pakkeforløb Psykiatrien (uden år) *Sundhed.dk*. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/sjaelland/almen-praksis/patientforloeb/psykiatrien/pakkeforloeb-psykiatrien/> (Set: 18. april 2021).

Panksepp, J. og Biven, L. (2012) *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. W. W. Norton & Company.

Payne, P., Levine, P. A. og Crane-Godreau, M. A. (2015a) "Somatic experience: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy", *Frontiers in psychology*, 6(article 93), s. 1–17.

Payne, P., Levine, P. A. og Crane-Godreau, M. A. (2015b) "Somatic Experiencing: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy": Corrigendum", *Frontiers in psychology*, 6, s. 423.

Porges, H. (2020) *Polyvagal Theory: Self-Help Guide to Master Your Emotions and Stress, Discovering The Secrets Behind the Rhythm of Regulation*.

Porges, S. W. (2011) *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. W. W. Norton & Company.

Porges, S. W. (2016) "Trauma and the Polyvagal Theory: a commentary", *INTERNATIONAL JOURNAL OF MULTIDISCIPLINARY TRAUMA STUDIES*, s. 24–30. doi: 10.3280/ijm2016-001003.

Porges, S. W. (2017) "The pocket guide to the polyvagal theory: The transformative power of feeling safe", *Norton series on interpersonal neurobiology*, 254. Tilgængelig hos: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2012-32693-000.pdf>.

Porsborg, M. (2019) "Seksualitetens juridiske rammer", i Graugaard, Christian, Annamaria Giraldi, Bo Møhl m. fl. (red.) *Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard, s. 179–194.

Price, C. (2005) "Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse: an efficacy study", *Alternative therapies in health and medicine*, 11(5), s. 46–57.

Price, C. (2007) "Dissociation reduction in body therapy during sexual abuse recovery", *Complementary therapies in clinical practice*, 13(2), s. 116–128.

Regioner, D. (2017) "pakkeforløb-for-ptsd-voksne.pdf". Tilgængelig hos: <https://www.regioner.dk/media/5557/pakkeforløb-for-ptsd-voksne.pdf>.

Reilly, C. E. (1999) "Neuroscience news", *Journal of neurology*, 246(9), s. 863–864.

Ribot, T. (1883) *The Diseases of Memory*.

Sadock, B. J., Sadock, V. A. og Ruiz, P. (2017) *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.

Salido, G. M. og Rosado, J. A. (2009) *Apoptosis: Involvement of Oxidative Stress and Intracellular Ca²⁺ Homeostasis*. Springer Science & Business Media.

Schroeter, V. (2016) "Polyvagal Theory. Introduction for Somatic Psychotherapy", *Bioenergetic Analysis*, s. 9–40. doi: 10.30820/9783837972573-9.

Schwentek, M. (2019) *Polyvagal Theory Map*. Youtube. Tilgængelig hos: https://www.youtube.com/watch?v=yI-TtZl2_wg (Set: 19. april 2021).

Seaward, B. L. (2020) *Managing Stress: Skills for Self-Care, Personal Resiliency and Work-Life Balance in a Rapidly Changing World: Skills for Self-Care, Personal Resiliency and Work-Life Balance in a Rapidly Changing World*. Jones & Bartlett Learning.

Selye, H. (1974) *Stress Without Distress*.

Senfølger af seksuelle overgreb (uden år) Landsforeningen Spor. Tilgængelig hos: <https://www.landsforeningen-spor.dk/senfoelger-af-seksuelle-overgreb/> (Set: 2. april 2021).

Sherin, J. E. og Nemeroff, C. B. (2011) "Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma", *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(3), s. 263–278.

Sidenius, K., Hilden, M. og Helweg-Larsen, K. (2016) "Voldtægt, overgreb og seksualitet", i Graugaard, C., Hertoft, H. P., og Møhl, B. (red.) *Krop, sygdom & seksualitet*. Hans Reitzels Forlag, s. 89–102.

Smyth, N. (2020) *Stress and Brain Health: Across the Life Course*. Academic Press.

socialstyrelsen (2015) *undersøgelse af den landsdækkende behandlingsindsats til mennesker med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen*.

Socialstyrelsen (2019) *Definition - Vidensportalen på det sociale område, Vidensportalen på det sociale område*. Tilgængelig hos: <https://vidensportal.dk/temaer/seksuelle-overgreb/definition/definition> (Set: 19. februar 2021).

Socialstyrelsen (2020) *Definitioner af seksuelle overgreb og senfølger, Socialstyrelsen*. Tilgængelig hos: <https://socialstyrelsen.dk/voksne/Senfolger-af-seksuelle-overgreb/definitioner> (Set: 22. marts 2021).

Talbott, S. M. (2007) *The Cortisol Connection: Why Stress Makes You Fat and Ruins Your Health -- and What You Can Do about It*. Hunter House.

Tanggaard, L. og Brinkmann, S. (2015) "Interviewet: samtalen som forskningsmetode", i Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (red.) *Kvalitative metoder: en grundbog*. Hans Reitzels Forlag, s. 29–53.

The American Journal of Psychiatry (1999).

The Trauma Foundation (2021) *Trauma and the Nervous System: A Polyvagal Perspective*, YouTube.com. Tilgængelig hos: <https://www.youtube.com/watch?v=ZdIQRxwT1Io>.

Toronto-Stockholm Symposium on Perspectives in Diabetes Research (1991) *Fuel Homeostasis and the Nervous System*. Springer.

Trans, K. (2018) *senfølger efter seksuelle overgreb*. Frydenlund.

Traume, hjerne og krop: Biologiske perspektiver på PTSD (2021). Hans Reitzel.

Tugade, M. M., Shiota, M. N. og Kirby, L. D. (2016) *Handbook of Positive Emotions*. Guilford Publications.

Van der Kolk, B. A. (2005) "Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis

for children with complex trauma histories”, *Psychiatric Annals*, s. 401–408. doi: 10.3928/00485713-20050501-06.

Van der Kolk, B. A. (2019) *Kroppen holder regnskab: hjerne, psyke og krop i heling af traumer*. Århus: Forlaget Klim.

Velten, J. og Brotto, L. A. (2017) “Interoception and sexual response in women with low sexual desire”, *PloS one*, 12(10), s. e0185979.

Velten, J. og Brotto, L. A. (2018) “Correction: Interoception and sexual response in women with low sexual desire”, *PloS one*, 13(8), s. e0203094.

Videnscenter for Psykotraumatologi (2019) *Analyse af senfølgeområdet - afrapportering*. Videnscenter for Psykotraumatologi.

Videnscenter for Psykotraumatologi, Syddansk Universitet (2015) *undersøgelse af den landsdækkende behandlingsindsats til mennesker med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen.pdf*. Socialstyrelsen.

Walker, P. (2013) *Complex PTSD: From surviving to thriving*. Azure Coyote.

Westheimer, R. K. og Lopater, S. (2005) *Human Sexuality: A Psychosocial Perspective*.

Williams, L. M. (1994) “Recall of childhood trauma: A prospective study of women’s memories of child sexual abuse”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, s. 1167–1176. doi: 10.1037/0022-006x.62.6.1167.

Williams, L. M. (1995) “Recall of childhood trauma: A prospective study of women’s memories of child sexual abuse: Correction”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, s. 343–343. doi: 10.1037/0022-006x.63.3.343.

Yasmine (2020) *I Heart Math: 160 Lined Pages Journal | 6*9 Inches Size Notebook to Write in | Math Students Notebook | Math Teacher Notebook*.

Young, A. (1997) *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder*. Princeton University Press.

Zeman, M. *m.fl.* (2005) “[Insulin resistance, metabolic syndrome and cardiovascular diseases]”, *Casopis lekaru ceskych*, 144 Suppl 1, s. 19–20, 22–6.

Forside billedet PÅ DEN ANDEN SIDE.

Pigen kigger om på den anden side. Vil gerne derhen, men det sker varsomt og hun er frygtsom. Tyngden på byrden i hendes lille gule spand, kender kun hun.

Kontrasten mellem lys og mørke er til at tage at føle på. Den mørke side kan være svær at slippe, fordi det er vores vaner, mønstre og miljø. Det kræver mandsmod og hårdt arbejde at se; endsige bevæge sig om på den anden side. Ordspillet ’På den ene side, og på den anden side’ spiller også ind i tvivl. Vinkler fra omverdenen og i hende selv. Hvis hun kommer igennem til den anden side, så bliver byrden i spanden måske skiftet ud med hjælpende hænder og værktøjer?

Kunstner: Julie Bidstrup f. 1977

www.bidsart.dk

Forfattere: Stine Brasgaard Thirslund og Christin Walter

Studienr.: 20192391 og 20196378

Masteruddannelse i Sexologi, Masterspeciale, Modul 8.

Forfattere: Stine Brasgaard Thirslund og Christin Walter

Studienr.: 20192391 og 20196378

Masteruddannelse i Sexologi, Masterspeciale, Modul 8.